

Regionalwirtschaftliche Optimierung des Gesundheitsversorgungsstandorts Gmünd in NÖ

Entscheidungsgrundlage mit vergleichender Bewertung zweier Standortkonzepte



Zwischenbericht, Stand 06/2026

Projektleitung: DI Dr. Bernhard Schneider, Ingenieurkonsulent für Raumplanung und Raumordnung (verantwortliche Projektleitung, senior researcher)

Fachbeirat: Dipl.-KH-Vw. Karl Binder (Autor einer Konzeption zum Upgrade des LK GD)
Dr. Dr. Josef Baum, Universität Wien (wissenschaftliche Fachberatung Regionalökonomie)
Tamara Schönsgibl (Organisation, Management Delphi-Studie)

(c) Bernhard Schneider 2026, alle Rechte, auch die der auszugsweisen Vervielfältigung, liegen beim Autor.

INHALT

<u>Hintergrund, Motivlage</u>	<u>4</u>
<u>Bewertungsgegenstände</u>	<u>4</u>
<u>Warum integrierte Betrachtung?</u>	<u>5</u>
<u>Bewertungsmethode</u>	<u>5</u>
<u>Varianten</u>	<u>8</u>
<u>Fachärztezentrum mit Schließung des Krankenhauses:</u>	<u>8</u>
<u>Landeskrankenhaus Gmünd 2.0 (im Weiteren kurz: LK GD 2.0)</u>	<u>14</u>
<u>Bewertungskriterien</u>	<u>17</u>
<u>Betriebswirtschaft - Baukosten</u>	<u>17</u>
<u>Methodik der Bewertung der Baukosten</u>	<u>17</u>
<u>Fachärztezentrum</u>	<u>17</u>
<u>LK GD 2.0</u>	<u>18</u>
<u>Betriebswirtschaft: laufende Kosten (inkl. Personal)</u>	<u>19</u>
<u>Laufende Kosten Fachärztezentrum und in Krankenhäusern, in die Leistungen ausgelagert werden:</u>	<u>20</u>
<u>Laufende Kosten LK GD 2.0</u>	<u>21</u>
<u>Rückbaukosten, Verwertungserlöse, Übersiedlungskosten</u>	<u>22</u>
<u>Gesundheit und Gesundheitsökonomie</u>	<u>24</u>
<u>Durch Privatisierung verringerte Unsicherheit, Bestandssicherheit</u>	<u>25</u>
<u>Zukunftsfähigkeit</u>	<u>27</u>
<u>Aus- und Anlaufphasen eines neuen Ärztezentrum</u>	<u>35</u>
<u>Entwicklungsperspektive</u>	<u>35</u>
<u>Epidemien, Katastrophen und Großunfälle</u>	<u>37</u>
<u>Synergiepotenziale interdisziplinärer Behandlungszugänge</u>	<u>38</u>
<u>Leistungen für PatientInnen aus anderen Regionen Niederösterreichs und Südböhmens</u>	<u>39</u>
<u>Nachsorge - Outplacement und nachgelagerte mobile Dienste</u>	<u>40</u>
<u>Betreuung Sterbender</u>	<u>40</u>
<u>Besuchsintensität</u>	<u>41</u>
<u>Konzentration auf wertvolle Dienstleistungen</u>	<u>41</u>
<u>Vorlaufzeit bis zur Versorgung (inkl. Un- und Notfälle) inkl. Rettungsketten</u>	<u>42</u>
<u>Regional- und Volkswirtschaft</u>	<u>44</u>
<u>Regionalwirtschaftliche Auswirkungen auf die Wertschöpfung</u>	<u>44</u>
<u>In der Variante LK GD 2.0 werden kaum spürbare Effekte auf Liegenschaftswerte auftreten und somit erfolgt auch keine quantitative Bewertung.</u>	<u>48</u>
<u>Küchenservice</u>	<u>48</u>

<u>Bewertung von Arbeitsplatzeffekten</u>	<u>48</u>
<u>Budgets der Gemeinden im Bezirk, Abwanderung</u>	<u>50</u>
<u>Auswirkungen unterdurchschnittlicher Gesundheitsversorgung auf An-/Absiedelungsverhalten, Nichtansiedeln und Personalrekrutierung regionaler Betriebe</u>	<u>51</u>
<u>Demographie, regionale Über- und Unterangebote</u>	<u>52</u>
<u>Bindung und -findung von Gesundheitspersonal</u>	<u>54</u>
<u>Zufriedenheit und Annehmlichkeit auf Patientenseite (Gesprächszeit, Aufenthaltsqualität, Essen, Besuchs- und Betriebszeiten, Sprachdienste)</u>	<u>55</u>
<u>Patient:innen auf Distanz</u>	<u>56</u>
<u>Verkehr, Umwelt und Nachhaltigkeit</u>	<u>57</u>
<u>Veränderte Weglängen - Variante Fachärzteezentrum</u>	<u>57</u>
<u>Veränderte Weglängen Variante LK GD 2.0</u>	<u>59</u>
<u>Klima und Luftreinhaltung</u>	<u>60</u>
<u>Flächen- und Rohstoffverbrauch</u>	<u>61</u>
<u>Natura 2000 - Biokorridor mit Habitatschutz</u>	<u>62</u>
<u>Hochwasser</u>	<u>66</u>
<u>Altlasten</u>	<u>70</u>
<u>Verschiebungen in andere Bereiche</u>	<u>73</u>
<u>Verschiebung von Leistungen und Kosten zu mobilen Pflegediensten, Hausärzten und Angehörigen</u>	<u>73</u>
<u>Verlagerung von Baukosten in andere stationäre Einrichtungen</u>	<u>77</u>
<u>Evaluation Leitprinzipien des RSG 2030 und Zusatzprinzip</u>	<u>78</u>
<u>Ergebnis</u>	<u>79</u>
<u>Resultate der monetären Vergleichsbewertung</u>	<u>79</u>
<u>Ergebnis der Punktebewertung</u>	<u>80</u>
<u>Gesamtresultat (monetäre, Punkte-Bewertung und Leitprinzipievaluation)</u>	<u>81</u>
<u>Literatur</u>	<u>82</u>

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.

Bewertungsgegenstände

Fachärzteezentrum mit Schließung des Krankenhauses: 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 Gmünd 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.

¹ [Amt der NÖ Landesregierung, Empfehlungen des Expertengremiums, St. Pölten 2025, https://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/Gesundheitsplan_NOE_2040_Empfehlungen_Expertengremium.pdf](https://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/Gesundheitsplan_NOE_2040_Empfehlungen_Expertengremium.pdf). Die Leitprinzipien sind: 1. Erstklassige Prävention und Gesundheitsvorsorge 2. Schnelle und vollkommene Rettungskette 3. Wachsende und alternde Bevölkerung 4. Jederzeitige Erst- und Akutversorgung 5. Behandlung chronischer Krankheiten 6. Optimale Nachsorge und Rehabilitation 7. Hochwertige Aus- und Weiterbildung

Ist-Stand ist ein in Gmünd-Neustadt als "Landeskrankenhaus Gmünd" im Verbund mit Krankenhäusern in Waidhofen an der Thaya und Zwettl betriebenes allgemeines öffentliches Krankenhaus mit (Ende 2025) **288.889 ambulanten Kontakten**² pro Jahr (davon 1.700 grenzüberschreitend³), **5.588 stationären Aufenthalten**⁴, 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

² Hohenbichler Anna, in NÖN-Gmünder Zeitung vom 13.5.2026

³ lt. Erhebung der Sprachenservicestelle des Landeskrankenhaus Gmünd

⁴ ibidem

⁵ ibidem

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

die Anzahl der vergebenen Punkte auf Kostenbetrachtungen. In den übrigen Fällen liegt jeder Punktwertung eine detaillierte argumentative Auseinandersetzung mit qualitativen Effekten 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 aus 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 angewandt. 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.

⁷ Vorgrimler, Daniel; Wübben, Dirk, 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

- Von allen Schätzungen wurden **Mittelwerte** errechnet und als finale Schätzung in die Studie anonymisiert aufgenommen, alle Mitwirkenden erhielten danach vorab eine Arbeitsversion der Studie.

Zusätzlich zu Bewertungen konnten die Befragten auch weitere Bewertungskriterien (erwartbare Auswirkungen) vorschlagen; auf diese Art wurden zwei vorgeschlagene Kriterien in die Bewertung mit aufgenommen.

Zur Bewertung im Detail

Die quantitative Bewertung misst eine Verteuerung oder Verbilligung, die qualitative eine Verbesserung oder Verschlechterung. Eine Umwandlung quantitativer in qualitative Bewertung ist nur nötig, wenn die Varianten nicht bei beiden Bewertungen auf demselben Rang liegen. **Liegen sie bei beiden Bewertungen am selben Rang, erhält man die klare Aussage „Variante X ist sowohl besser als auch billiger und daher zu bevorzugen“.**

Die **quantitative** Bewertung erfolgte durch Kosten in Euro ohne Mehrwertsteuer mit Ausnahme der Schätzung von Kosten für private Haushalte, bei denen die Mehrwertsteuer eingerechnet wurde. Alle Kostenangaben wurden auf Preisbasis 2026 kalkuliert bzw. umgerechnet. Einmalkosten wurden zu Annuitäten umgerechnet.

Der **qualitativen** Bewertung liegt nachstehendes Punkteschema zugrunde.

Skala	Entspricht verbaler Bewertung:
-3-	Erheblich negative Auswirkung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten
-2	Erheblich negative Auswirkung mit geringer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, oder mäßig negative Auswirkung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten
-1	mäßig negative Auswirkung mit geringer Wahrscheinlichkeit zu erwarten
0	Keine Auswirkung zu erwarten, oder positive / negative Auswirkungen werden sich wahrscheinlich die Waage halten
+1	Mäßig positive Auswirkung mit geringer Wahrscheinlichkeit zu erwarten
+ 2	Erheblich positive Auswirkung mit geringer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, oder mäßig positive Auswirkung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten
+ 3	Erheblich positive Auswirkung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten

Vorbildwirkung für die Anwendung der Punktemetnach einem Punkteschema hatte die Studie zur Standortfindung¹⁰ für die Versorgungsregion Weinviertel.

Für den Fall, dass die Vergleichsbewertung keinen eindeutigen Empfehlung ergibt, war zur Absicherung und demokratischen Legitimation der erzielten Reihung vorgesehen, (i) die qualitative Bewertung von einer noch **größeren Anzahl an Personen** mit einem fortgeschrittenen Grundverständnis der Thematik vornehmen zu lassen, und (ii) durch Expert:innen eine **Gewichtung** der Bedeutung einzelner Kriterien vornehmen zu lassen. Ein solcher zweiter Arbeitsschritt war angesichts der Eindeutigkeit des Resultats nicht erforderlich.

¹⁰ Amt der NÖ Landesregierung, Studie zur Standort-Evaluierung für ein Schwerpunkt-Klinikum in der Versorgungsregion Weinviertel, St.Pölten, April 2026
https://noe-landtag.gv.at/fileadmin/gegenstaende/20/09/966/0966_Bericht.pdf

Varianten

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

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

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.

Fachärztezentrum mit Schließung des Krankenhauses:

Leistungsumfang

Im Gesundheitspakt 2040+ ist festgehalten, dass es in Gmünd außer einem Primärversorgungszentrum ein Fachärztezentrum mit Notarztstandort und Helikopterlandeplatz geben soll.¹¹ Nachstehende Darstellung gibt die vom Land NÖ bereitgestellte Information wieder:

Gesundheitsklinik Gmünd - Primärversorgungs- und Fachärztezentrum¹²

- Investition: bis zu 120 Millionen Euro: Gesundheitsinfrastruktur. 1. Bauphase bis Ende 2027: 30 Millionen Euro in eine neue Gesundheitsklinik investiert,
- 180 Mitarbeiter¹³
- Direkte Anbindung an das grenzüberschreitende Gesundheitszentrum Healthacross MED Gmünd
- Fließender Übergang zum neuen Standort der Gesundheitsklinik Gmünd: Das Landesklinikum 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 in 2 Operationssälen mit Einstellungs- und Aufwachbereich¹⁴: Schwerpunkten Orthopädie, Augenheilkunde (u.a. Katarakt-OPs wie z.B. die Operation von grauem Star), Haut und Weichteile; Endoskopie
- 24-Stunden-Erst- und Notfallversorgung mit Hubschrauberlandeplatz für Notfalltransporte.
- Erweiterung des Angebots an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Fachärzten
- Notfallversorgung mit *Notarztstützpunkt* Tag und Nacht
- Akutversorgung Tag und Nacht
- Personalwohnhaus
- Ausbildungsräume für ärztliches Personal

¹¹ [Amt der NÖ Landesregierung, Empfehlungen des Expertengremiums, St. Pölten 2025,
https://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/Gesundheitsplan_NOE_2040_Empfehlungen_Expertengremium.pdf](https://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/Gesundheitsplan_NOE_2040_Empfehlungen_Expertengremium.pdf)

¹² <https://land-noe.at/noe/Waldviertel.html>

¹³ https://www.meinbezirk.at/gmuend/c-lokales/weitere-details-zu-gesundheitsklinik-gmuend-praesentiert_a7855526. Branchenüblich wäre in dem Fall ein Vollzeitäquivalent von ca. 75.

¹⁴ https://www.meinbezirk.at/gmuend/c-lokales/bevoelkerung-begehrt-gegen-schliessungsplaene-auf_a7441864

- Küche für Essen auf Rädern¹⁵
- Bandagist, Apotheke¹⁶, Labor¹⁷
- Tagesklinik: Orthopädie, Augenheilkunde und Chirurgie
- Fachärzteezentrum: Annahme: 5 zusätzliche Planstellen + Übersiedlung des Instituts für CT und MRT Prim. Dr. Capellmann

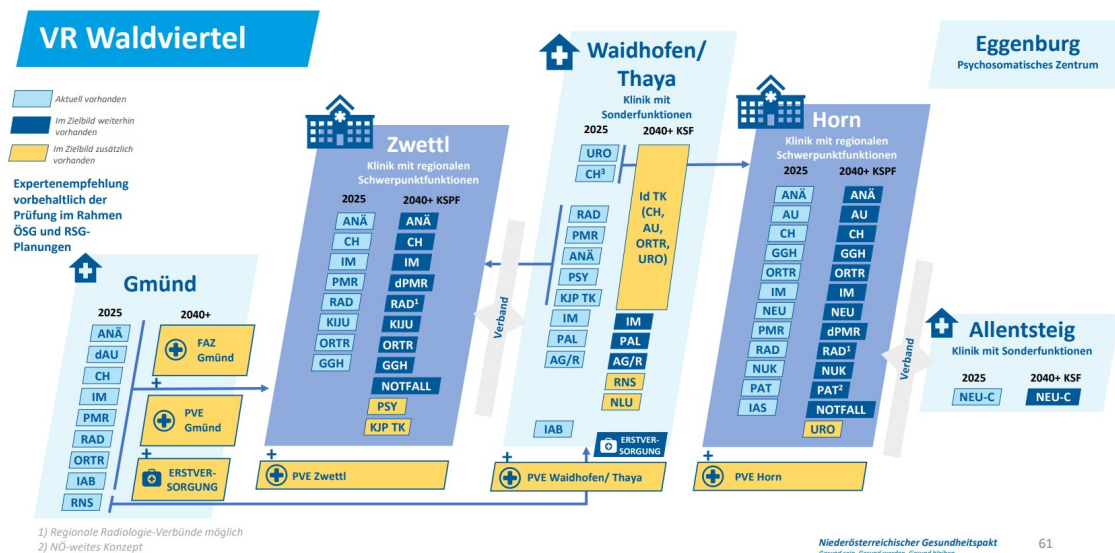
Von den bis zu 30 M€ Baukosten wird ca. 0,8 M€ auf einen neuen Notarztstützpunkt, 0,2 M€ auf einen neuen Heliport und ev.ca. 2,3 Mio. auf den Erwerb des bestehenden benachbarten Primärversorgungszentrum entfallen. Der Plan, beim neuen Zentrum auch ein Hotel für stationäre Aufenthalte zu errichten, ist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

Dennoch **erfüllt diese Variante nicht alle 7 Leitprinzipien des RSG 2030:**

Die Variante Fachärzteezentrum plus Krankenhausschließung nur teilweise auf der Basis des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) 2030¹⁸ und des auf ihm aufbauenden Gesundheitspakts 2040+. **Leitprinzip 6 des RSG 2030 verlangt nicht „ausreichende“, sondern „optimale“** Nachsorge und Rehabilitation. Es kann zweifellos **nicht** als optimal bezeichnet werden, wenn im Bezirk (und für die Nordhälfte des Bezirks gilt: auch im Nachbarbezirk) weder postchirurgische stationäre Nachbetreuung noch stationäre Remobilisation geboten wird.

Das **RSG 2030** erwähnt für Gmünd nur kurz, dass ergänzend zur Spitalschließung neben dem Gesundheitshaus Gmünd und dem Sozialpsychiatrischen Ambulatorium des PSD der Caritas ein weiteres fächerübergreifendes **Ambulatorium** vorgesehen ist, das das Leistungsspektrum der Primärversorgungseinheit um weitere Fachrichtungen (beispielsweise Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe) sowie ggf. um kleinchirurgische Eingriffe erweitern soll (inkl. 7/24-Erstversorgung) Folgendes Bild stellt die Eingliederung in die regionale Struktur vor.

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



¹⁵ lt. Mitteilung Landesrat Kasser, NÖN online am 16.05.2026

¹⁶ <https://noe.orf.at/stories/3298726/>

¹⁷ https://www.meinbezirk.at/gmuend/c-lokales/bevoelkerung-begehrt-gegen-schliessungsplaene-auf_a7441864

¹⁸ https://www.noegv.at/noe/Gesundheitseinrichtungen/RSG_NOE_2030_s.pdf

Quelle: Gesundheitsplan 2040+¹⁹

Nachstehende Visualisierung zeigt eine Aufstockung des bestehenden Zentrums samt Vordach, ein etwa dreimal so großes Bauvolumen in zwei Baukörpern auf der zusätzlich gewidmeten Fläche und in einem dritten auf dem anschließenden derzeit als Grünland Freifläche gewidmeten Grund, und einen weitläufigen Parkplatz auf der derzeit als Grünland Sport-Festgelände gewidmeten Fläche.



Bildquelle: Kronen-Zeitung vom 12.6.2026

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 ersichtlich; es ist also erkennbar, dass hier eine Sondergebietswidmung ausgeweitet wurde.

¹⁹[https://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/Gesundheitsplan NOE 2040 Empfehlungen Expertengremium.pdf](https://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/Gesundheitsplan_NOE_2040_Empfehlungen_Expertengremium.pdf)

ausgewiesene Fläche misst **15.045m²**, abzüglich der bereits mit dem HealthAcross-Med-Zentrum verbauten Teilfläche misst sie 9.846m². Der dicke Umrandungsstrich zeigt an, dass das Grundstück ein isoliertes Baulandgebiet darstellt. Zum Vergleich: Das Grundstück des Landeskrankenhauses inklusive Parkplatz und Palliativstation ist mit 15.216m² etwa gleich groß. Das Areal stellt den höchst seltenen Fall einer Baulandwidmung auf einer nicht geräumten Mülldeponie dar.

Anschließend an das Bauland-Sondergebiet ist eine Fläche als „Gfrei-G“ gewidmet: Dabei handelt es sich nach §20 Abs. 2 Z. 18 NÖROG²⁰ um eine „**Grünland-Freihaltefläche**“; dieser Bestimmung nach also um „*Flächen, die aufgrund öffentlicher Interessen (Hochwasserschutz, Umfahrungsstraßen, besonders landschaftsbildprägende Freiräume u. dgl.) von jeglicher Bebauung freigehalten werden sollen. Der Zweck der Freihaltefläche darf durch einen Zusatz zur Signatur ausdrücklich festgelegt werden.*“ Diese Bestimmung dient also nicht dazu, Flächen **für** spätere Bebauung freizuhalten, sondern dazu, Grünland aus einem öffentlichen Interesse heraus **von** jeder Bebauung freizuhalten. Der Zusatz „G“ zu „Gfrei-G“ ist in der Planlegende mit „Gesundheitseinrichtungen“ erklärt. Es handelt sich also um eine zu einer Gesundheitseinrichtung gehörende dauerhaft von Verbauung freizuhaltende Fläche. Eine Landeplatzwidmung ist nicht ersichtlich.

Ebenfalls an das Sondergebiet-Gesundheitseinrichtung grenzt (im Süd-Südosten) eine als **Grünland-Sportstätte-Festgelände** gewidmete Fläche an. Gemäß § 20 Abs. 2 Z. 8 des NÖ Raumordnungsgesetzes²¹ gewidmete Fläche an, laut dieser Bestimmung müssen dies sein: *“Flächen für Sport- und Freizeitgestaltung im Freien. Erforderlichenfalls können die Sportarten im Flächenwidmungsplan festgelegt werden.”*

Das Healthacross-Med-Zentrum hat inkl. Verwaltungscontainern eine verbaute Bruttofläche von knapp 800 m²², d.s. 16% der Grundstücksfläche, ohne die Container sind es ca. 770 m² Grundfläche. Die in der Visualisierung daran anschließend eingezeichneten Gebäude ergeben eine Verbauung der gesamten Grundstückstiefe bis zum ostnordöstlichen Grundstücksrand.

Trakt	m ² verbaute Grundfläche	m ² Bruttogeschoßfläche:
Bestehendes Gebäude mit Containern	800	800
2. Stock über bestehendem Healthacross-Med-Zentrum:	770	700
Teils zweigeschossiger Anbau Anmeldung, Info und Fachärzte (Empfangshalle über 2 Geschosse) :	1080	1620
Daran anschließender Trakt (Operationstrakt?) offenbar mit erhöhter Heliport-Dachfläche	600	1200
Erst- und Notversorgungstrakt mit Garagen (1/3 2-geschossig)	1380	1840
Personalwohnheim	160	320

²⁰ Niederösterreichisches Raumordnungsgesetz, <https://ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrNO&Gesetzesnummer=20001080>

²¹ ibid.

²² ursprünglich 655 m² Nutzfläche, mittlerweile erweitert

Summe ohne Bestand	3990	5680
---------------------------	-------------	-------------

[Die neuen Gebäude können wegen der unter ihnen befindlichen Hausmüll- und Industrieabfalldeponie nicht unterkellert werden.]

Nachstehende Visualisierung illustriert die.a. nur teilweise zweigeschossige Ausführung des an das bestehende Zentrum anschließenden Trakts.



Bildquelle: Kronen-Zeitung vom 12.6.2026

Es würde den Brügern des Bezirks nach Schließung des Krankenhauses und Errichtung des neuen Zentrums trotz des fast gleichen Flächenbedarfs wesentlich **weniger Nutzfläche für Gesundheitsdienste** zur Verfügung stehen; rechnet man hinzu, dass bestehende Ordinationen in das neue Zentrum verlagert würden, wären es entsprechend noch weniger.

Eine der wenigen vom Land NÖ aktiv kommunizierten Zahlen zum Fachärzteezentrum ist jedoch das Investitionsvolumen von „bis zu **120 Millionen Euro**“²³. Diese Zahl steht in einem eigenartigen Verhältnis zur Größe des vorgesehenen Areals: Die Baukosten würden dann 28.000 €/m² pro m² betragen.

Die vom Land NÖ für die obenstehend visualisierte erste Bauetappe kommunizierten **30 M€** sind realistisch. Die Errichtung hochtechnisierter moderner Fachärzteezentren kostet inklusive Ausstattung bis zu 5.000 € - pro m² Bruttogeschossfläche. Zwar ist die am Standort zu wählende Leichtbau (Container- und Holzriegelbauweise) kostengünstig, doch sind wegen der teuren Baugrundvorbereitung und -fundierung die genannten Baukosten pro m² nahe am genannten Maximalwert anzunehmen, selbst wenn man berücksichtigt, dass ein großer Teil der Ausstattung nicht neu angeschafft, sondern nur übersiedelt werden muss (z.B. CT, MRT). Zum vom Land NÖ als **2. Etappe** kommunizierten „bis zu“-Maximalinvestitionsbetrag liegen **keine Informationen** vor und besteht **keine Bauerweiterungsmöglichkeit**: weder kann auf den

²³ [Amt der NÖ Landesregierung, Empfehlungen des Expertengremiums, St. Pölten 2025, https://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/Gesundheitsplan_NOE_2040_Empfehlungen_Expertengremium.pdf](https://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/Gesundheitsplan_NOE_2040_Empfehlungen_Expertengremium.pdf)

Freihalteflächen und im Überflutungsgebiet dazugebaut werden, noch werden die problematische Bodenfestigkeit und der Heliport spätere Aufstockungen gestatten

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, die Ankündigung von weiteren bis zu 90 M€ Investvolumen wurde nicht berücksichtigt.

Eine spätere **Ausweitung des Baulands** durch Verschiebung der rund um das Areal des Fachärzteezentrums verlaufenden Baulandgrenze wäre kaum denkbar. Die Natura 2000-Widmung samt Grenze des Überflutungsgebiets auf der einen Seite, die öffentliche Verkehrsfläche auf der anderen Seite und Freihalteflächenwidmung auf den restlichen Seiten schließen eine spätere Erweiterung des Baulands aus.

Ein **Bebauungsplan** für das Areal besteht noch nicht.

Verkehr

Zielverkehr

Die Zufahrt erfolgt ausschließlich über die Bleylebenstraße. Eine zweite Zufahrt ist wegen der durch Wohnbebauung und Eisenbahnanlagen eingeengten räumlichen Lage nicht herstellbar. Die **Autobushaltestelle** ist 8-10 Gehminuten entfernt, der Bahnhof mit Busbahnhof 16-20 Gehminuten. Zum **Arbeitspendeln per Rad** ist der Standort sehr gut erreichbar.

Ruhender Verkehr:

Die ans Health-Across-Med anschließende Parkfläche für 15 Fahrzeuge wird wohl auch für 5-10 PKWs von Grenzgängern, die von hier aus zu Fuß nach Velenice gehen, benützt werden. Inklusiv dieser Fahrzeuge parken beim Healthacross-Med-Zentrum derzeit bis zu 20 PKW. Eine ÖV-Haltstelle ist in der Visualisierung nicht eingezeichnet. Auf der Visualisierung sind befestigte **Parkflächen** für 28 PKW eingezeichnet, plus weitere 14 auf dem als **Grünland-Sportstätte** Festgelände gewidmeten Grundstück.

Flugverkehr:

Der **Heliport** mit Betriebsgebäude ist wegen der Nähe zur Bebauung wahrscheinlich als Aufdachanlage in mindestens 8 m Höhe geplant.

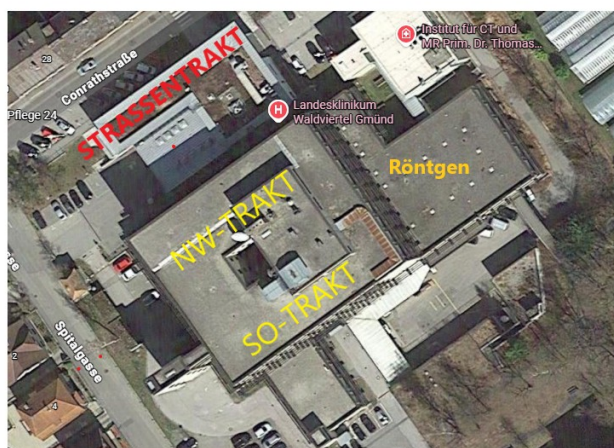
Landeskrinikum Gmünd 2.0 (im Weiteren kurz: LK GD 2.0)

Eine von der kaufmännischen Standortleitung des Landeskrinikums Gmünd erstellte Vergleichsrechnung erbrachte das Ergebnis, dass ein Neubau kostengünstiger zu realisieren sei als die Sanierung. Eine Fortführung des Betriebs des Landeskrinikums 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.

Erfüllung der Leitprinzipien:

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	Straßen trakt	Anbau
UG	Küche, Kantine, Haus- und Medizintechnik, Wäschelogs tik, Palliativ			
EG	Interdisziplinärer Aufnahmebereich, Labor, Röntgen,	2 OP-Säle, Nachsorge, Endoskopie	OP-Planung, IT	Schnittbild, FA Radiologie
1.OG	Tagesklinik für Chirurgie, Augenoperationen (v.a.Katarakt), Orthopädie und Gynäkologie: 10 Betten + 4 IMCU; dislozierte Wochenklinik mit Rufbereitschaft Wochenende: 18 Betten	Ausweichlokal Umbau, danach: Zahnärzt:in, Optiker:in, weitere Fachärz tezentrum (URO, NEURO, PSYCHIATER, DERM, Hebammep raxis, Orthopädiebedarf	Management, Verrechnung, Innovations-Zentrum (-> neuer Zubau)	—
2. OG	Interne 24 Betten: Stoffwechsel, Schilddrüse, Fettstoffwechsel ev. Gynäkologieklinik	Gastroentologie 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: 136)

Zum Vergleich: Der derzeitige Bettenstand ist 136 (davon 51 auf der Chirurgie, 1 Augenheilkunde, 33 Interne Medizin, 18 Remobilisation und 5 gemischt/interdisziplinär. Die Planung für 2030 ist ein Bettenstand von 0²⁴.

Bei weiterer Dezentralisierung der Gesundheitsversorgung durch neue Technologien ist noch mittelfristig ein **hofseitiger Erweiterungsbau** vorgesehen. Die Fläche ist derzeit Parkplatz; durch

²⁴ NÖ Gesundheits- und Sozialfonds NÖ, KV-Träger in Kooperation mit der Gesundheit Österreich GmbH (Zielsteuerungspartner): Regionaler Strukturplan Gesundheit Niederösterreich 2030 (RSG NÖ 2030), Status: 11.12.2025, beschlossen am 15.12.2025

https://www.noel.gv.at/noel/Gesundheitseinrichtungen/RSG_NOe_2030_s.pdf

die insgesamt sinkende Beschäftigtenzahl wird dieser nicht mehr gebraucht werden. Die Erweiterung sollte in den nächsten drei Jahren erfolgen, da sie zuerst einmal als Ausweichquartier für im Hauptgebäude der Reihe nach umgebaute Stationen dienen soll. Ihre Errichtung und Betrieb wurden in die hier bewertete Variante voll **inkludiert**, die Variante kann jedoch (kostengünstiger) auch ohne sie umgesetzt werden.

Das **Upgrade** zum LK GD 2.0 kann mit geringem Bauaufwand erfolgen: Nötig wird ein zweigeschossiger Neubau von 160 m² Grundfläche im Hof für das Innovationszentrum, die Vergrößerung bzw. Zusammenlegung einiger Arzträume durch Herausnahme von mit Gipskarton verkleideten Stahlskelett-Zwischenwänden, die Modernisierung der Lüftungstechnik gemäß geänderter Richtlinien, die verbesserte Ausstattung einiger Bettenräume (z.B. Saauerstoff), die Steigerung der Energieeffizienz inkl. PV-Anlage und die Aufwertung von Räumen im Untergeschoss für das Palliativteam.

Risikoanalyse Umbauphase:

– **Phasen:** Phase 1: Errichtung Zubau und Etablierung Innovationszentrum auf 100 m² freier Verwealungsräume (Pilotphase). Phase 2: befristete Übersiedlung der jeweils gerade umgebauten Station in den Neubau. Phase 3: Einrichtung des Innovationszentrums im Zubau nach Komplettsanierung Bestand.

- Einhaltung aller **Hygienevorschriften** während des Umbaus: Das LK GD 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 Hygienevorschriften²⁵ 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 Richtlinie²⁶ 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 Übertragungsleitungen und Anschlussleitungen eingerichtet. Sie sollten in einer ersten IT-Upgradephase in einem für Niederösterreichs Spitäler überdurchschnittlichem Maß ausreichen.

Im LK GD 2.0 werden durch den weitgehenden Abbau von Wochenenddiensten, durch auf mehrere Standorte aufgeteilten Einsatz von ärztlichem Fachpersonal, durch Digitalisierung von

²⁵ [Amt der NÖ Landesregierung, Abt. BD 6, Leitfaden Hochbau und Hygiene Planung, Errichtung und Betrieb von NÖ Krankenanstalten, St. Pölten, Januar 2024](https://www.noe.gv.at/noe/Gesundheitseinrichtungen/Leitfaden_Hochbau_und_Hygiene_Errichtung_und_Betrieb_von_NÖ_Krankenanstalten_St._Pölten_Januar_2024)
https://www.noe.gv.at/noe/Gesundheitseinrichtungen/Leitfaden_Hochbau_und_Hygiene_Errichtung_und_Betrieb_KA.pdf

²⁶ [Amt der NÖ Landesregierung, Abt. BD 6, Leitfaden Hochbau und Hygiene Planung, Errichtung und Betrieb von NÖ Krankenanstalten, St. Pölten, Januar 2024](https://www.noe.gv.at/noe/Gesundheitseinrichtungen/Leitfaden_Hochbau_und_Hygiene_Errichtung_und_Betrieb_von_NÖ_Krankenanstalten_St._Pölten_Januar_2024)
https://www.noe.gv.at/noe/Gesundheitseinrichtungen/Leitfaden_Hochbau_und_Hygiene_Errichtung_und_Betrieb_KA.pdf

Abläufen und durch neue Technologien bei Betrachtung von Vollzeitäquivalenten etwas weniger Personen als bisher beschäftigt sein, und von diesen wird ein Teil auf Beschäftigte eingemieteter Dienstleister entfallen und somit nicht zusätzliche, sondern nur räumlich verlagerte Beschäftigte sein. Andererseits können durch eine Etablierung von Gmünd als Demonstrationsstandort für dezentrale Innovationen (siehe Kapitel Zukunftsfähigkeit) 10-15 Arbeitsplätze zusätzlich geschaffen werden, sodass die Personalkosten in Summe um ca. 5% zurückgehen werden.

Bewertungskriterien

Es werden **betriebswirtschaftliche, regional- und volkswirtschaftliche, Gesundheits-, Verkehrs-, Klima und Umweltkriterien** bewertet. Weiters wird die Zusätzlichkeit aller neuen Aktivitäten bewertet. Stellt eine Maßnahme nur eine **Verschiebung** dar, erfolgt eine korrigierende Bewertung.

Betriebswirtschaft - Baukosten

Methodik der Bewertung der Baukosten

Der Vergleich der Kosten zwischen Varianten in dieser Studie erfolgt auf Grund angenommener **jährlicher Ausgaben**. Baukosten werden in solchen jährlichen Kosten (außer bei Mietlösungen) 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. Marktübliche **Finanzierungszinsen** für Bauvorhaben wurden berücksichtigt.

Fachärztezentrum

Das Fachärztezentrum 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 Bleyleben stehen soll. Der vom Land NÖ genannte Investitionsbetrag zur Errichtung des Fachärztezentrums beträgt 30 Millionen €; die Zusammensetzung dieses Gesamtbetrags wurde noch nicht kommuniziert; es wird angenommen, dass der Betrag keine Altlastensanierungskosten enthält. Möglicherweise wurde in diesen Betrag der Ankauf des bestehenden Healthacross-Med-Gebäudes samt Parkplatz von der Gemeinde Gmünd eingerechnet. 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 Grück²⁷ vorgestellten Methoden ca. 2,3 M€. Für die Bürger:innen und diese Studie ist wenig bedeutsam, ob die Gemeinde dieses Geld auf einmal erhält oder über die Jahre als Miete einnimmt, daher wurde diese Möglichkeit hier weiter nicht berücksichtigt.

Im Weiteren wird von der vom Land NÖ genannten **Gesamtinvestition von 30 M€** ausgegangen. Im vorstehenden Kapitel über die Vergleichsobjekte wurde die Plausibilität dieser Summe grob

²⁷ Peter GRÜCK, Bewertung alter Bauobjekte, 2010 <https://widab.gerichts-sv.at/website2024/wp-content/uploads/2016/08/Sach-2010-11-26-Grueck.pdf>

überprüft und bestätigt. Die Investition 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 und bei einem über die Laufzeit durchschnittlichen Sollzinssatz von 3,5% beträgt die jährliche Rate **2,103 T€**²⁸.

LK GD 2.0

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 palliativmedizinischen Station. Das Gebäude wurde laufend instandgehalten und an steigende Ansprüche angepasst und beherbergt auch zwei modern ausgestattete Operationssäle. 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 Sicherheitstechnik²⁹ und für Hochbau und Hygiene der NÖ Landesregierung einzuhalten³⁰ 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. Den oben angegebenen Baukosten des Fachärzteeentrums werden die Umbau- und Ausstattungskosten der Variante LK GD 2.0 gegenübergestellt. **Sie betragen 4,8 M€ und umfassen einen Zu- und einen Umbau.**

(i) Neubaukosten:

Der Zubau muss nicht unterkellert werden. Um 2100 €/m² Bruttogeschossfläche kann er in Brettstapelbauweise mit Außentreppe errichtet und innen ausgebaut werden. Für Wärmepumpe, Dämmung, Strom- und IT-Verkabelung und Sanitärausstattung sind weitere 900 € zu rechnen. Fundierung und Anschlüsse sind um 150 € herstellbar. Die Baukosten betragen daher 3.150 € m² BGF, bei 300 m² BGF sind dies 945 T€. Dazu kommen Adaptierungskosten bei provisorischer aufeinanderfolgender Unterbringung von 3 Stationen für je 1-2 Jahre von 3x60 T€, d.s. 1105 T€. Einschließlich der technischen Ausstattung des Innovationszentrums inkl. Möblierung wurden 1,6 M€ angesetzt. Pro betrachtetem Jahr sind dies **64 T€**.

²⁸ www.finanzen-rechner.net - Rechner für Annuitätendarlehen mit Gültigkeit für Österreich

²⁹ https://www.noel.gv.at/noel/Leitfaden_des_sicherheitstechnischen_Amtssachverstaendigen.pdf

³⁰ [Amt der NÖ Landesregierung, Abt. BD 6, Leitfaden Hochbau und Hygiene Planung, Errichtung und Betrieb von NÖ Krankenanstalten, St. Pölten, Januar 2021](https://www.noel.gv.at/noel/Gesundheitseinrichtungen/Leitfaden_Hochbau_und_Hygiene_Errichtung_und_Betrieb_von_Noe_Krankenanstalten_St._Poltten_Januar_2021.pdf)
[https://www.noel.gv.at/noel/Gesundheitseinrichtungen/Leitfaden Hochbau und Hygiene Errichtung und Betrieb KA.pdf](https://www.noel.gv.at/noel/Gesundheitseinrichtungen/Leitfaden_Hochbau_und_Hygiene_Errichtung_und_Betrieb_KA.pdf)

(ii) Die **Umbaukosten** im Klinikumsgebäude 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€
- Bauliche Anpassung von Ärztezimmern (Zusammenlegung von Räumen): 0,1 M€
- **Dämmung der Fassade**: 1,25 M€. Die im Konzept des LK GD damals vorgesehene Ausschäumung des Hinterlüftungsspalts ist wegen späterer Durchfeuchtung und Schimmelbildung nicht mehr Stand der Technik³¹; die vorgehängte Fassade samt Sonnenschutz sollte abgenommen, gelagert und nach Verstärkung der bestehenden Dämmschicht mit Mineralstoffplatten wieder auf eine neue Unterkonstruktion aufgedübelt werden, an der Südwestfassade sind statt ihnen PV-Elemente zu wählen. Neue Verblechungen sind danach anzubringen.
- **Dämmung der obersten Geschossdecke**: 0,35 M€. Nach Abbau der bestehenden Aufbauten, Rollierung und Deckplatte sind zusätzliche Dämmplatten und –keile zu verlegen und ein neue dichte Abschlusswannen herzustellen, wobei die Dachvorsprünge ggf. An die durch die Fassadendämmung veränderte Breite angepasst werden kann. Die Dämmarbeiten amortisieren sich in 5 (Decke) bis 10 (Fassade, PV) Jahren und den Herstellungskosten steht daher eine Einsparung bei den Heizkosten gegenüber, die im Kapitel Betriebskosten zu finden ist. Da die betrachtete Periode etwa das Dreifache der Amortisationsdauer beträgt, ist dort eine Betriebskostensparnis von $1,6 * 3 = 4,8$ M€ angesetzt.
- Unvorhergesehenes: 0,2 M€

Gesamtkosten: 3,5 M€. Die durchschnittliche wirtschaftliche Lebensdauer dieser aus ca. 60% für Baukosten und ca. 40% für technischer Ausstattung zusammengesetzten Umbauinvestition ist mit 15 Jahren anzusetzen, bei 4,1% Sollzinssatz ergibt sich eine Annuität von ca. **262 T€**³².

Zusammen mit der Annuität der Baukosten von 64 T€ ergibt dies 326 T€.

Betriebswirtschaft: laufende Kosten (inkl. Personal)

Kostenangaben und Begriffsbestimmungen von Kostenstellen in dieser Studie orientieren sich am derzeit geltenden Dokumentationshandbuch³³.

³¹ z.B. <https://www.der-daemmstoff.de/vorgehaengte-hinterlueftete-fassade-diese-6-punkte-sind-besonders-wichtig/>

³² <https://www.finanzen-rechner.net/annuitaetenrechner.php>

³³ 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>

Laufende Kosten Fachärzteezentrum und in Krankenhäusern, in die Leistungen ausgelagert werden:

Miete oder Leasingrate Gebäude inkl. Außenanlagen: Es wird angenommen, dass der Wechsel von einem Krankenhaus zu einem Fachärzteezentrum 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 Fachärzteezentrum zugrunde gelegt, dass die bisher im LK Gmünd angefallenen Betriebskosten weiter anfallen werden, wenn auch 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). Personalkostenreduktionen im öffentlichen Gesundheitssvektor werden hier erfasst, für Auswirkungen der Verschiebung von Arbeit in Ordinationen, Heimhilfe, Privathaushalte und über die Grenze erfolgen in betreffenden Kapiteln gesonderte Bewertungen, ebenso wie für Einsparungen durch niedrigere Entlohnung von Ordinationspersonal im Vergleich zu Krankenanstaltenbediensteten, die im Kapital Auswirkung auf Arbeitsplatzattraktivität behandelt sind.

Die Einsparung laufender Kosten durch Schließung des Krankenhauses wird wie folgt angesetzt (Beträge auf 1000 € gerundet):

- Einsparung der nun anderswo stationär betreuten Personen durch bessere Bettenauslastung: Verringerung der Gebäudebetriebskosten um 10%: **90 T€**
- **Reduktion von Personalkosten** (durch verringertes Leistungsangebot, Ersatz stationärer durch ambulante Betreuung -5%, frühere Entlassung -3%, Digitalisierung-5%, neue Technologien -5%): -18% der bisherigen Personalkosten - **4,271 M€ p.a.**
- 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 T€**
- Einsparung durch um 40% bessere Energieeffizienz der Neubauten im Vergleich zum Bettenbereich im Landeslinikumsgebäude in Gmünd: **660 T€**

Die Summe dieser Einsparungen beträgt **6.664 T€ 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 T€ pro Jahr**, während die Mieter 480 T€ 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 Landeskrankenhauses Gmünd und Verlagerung der anfallenden Dienste in ein neues Fachärzteezentrum und an andere Orte außer Budweis kann auf Preisbasis 2026 demnach eine **Einsparung laufender Kosten** von ca. $6.664 - 240 = 6.424 \text{ T€ per Jahr gegenüber dem Status Quo erzielt werden}$. Die ebenfalls bei Schließung des Krankenhauses Gmünd anfallende Erhöhung laufender Kosten des Betriebs des Krankenhauses **Budweis** wurden im Kapitel über Auswirkungen auf Südböhmen behandelt.

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 laufenden Kosten des geplanten **Personalwohnheims** wurden nicht eingerechnet, da diese in der Regel als Betriebskosten den Mietern weiterverrechnet werden.

Laufende Kosten LK GD 2.0

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

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 T€ p.a.** erzielt werden und
- 2) durch mehr ambulante und am Wochenende reduzierte Betreuung (-2% der bisherigen Personalkosten), Digitalisierung (-6%), neue Technologien (-5%) und unter Berücksichtigung zusätzlicher Personals, das ein Demonstrationsprojekt für dezentrale Innovationen (s. Kapitel Entwicklungsperspektive) benötigt (+7%): -6% der bisherigen Personalkosten, d.s. von ca. **1424 T€** wegfallen werden.
- 3) In dieser Variante ist zudem eine Energiesanierung von Dach und Fassaden samt PV-Anlage mit Speicher vorgesehen, die (abzüglich eines etwas erhöhten Energieverbrauchs für sommerliche Kühlung) zusammen mit anderen Maßnahmen zur

Steigerung der Energieeffizienz einer Einsparung von **330 T€ p.a. an Energiekosten** für Heizung führt. Der Anteil der Wärmedämmung an dieser jährlichen Einsparung ist 260 T€.

- 4) Der **Zubau** wird mit pro Jahr 60 T€ Gebäudebetriebskosten, (ab ca. Jahr 5 20 Jahre lang 920T€ =) 800 T€ Personalkosten und ca. 150 T€ p.a. IT- und Betriebsmittelkosten verursachen, d.s. **1.010 M€** p.a.

Summe Minderkosten (ohne untenstehende aufgeschlagene Zinsenlast): 2.004-1.010=**994 T€**.

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 II³⁴ 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.

Das LK GD 2.0 ist in den NÖ Gesundheitsplan 2040+ integriert zu sehen, in dem es zur Etablierung neuer Angebote in Gmünd und so zu Rückverlagerungen von bisher in anderen Krankenanstalten betreuten Personen kommen wird; in dieser Variante wird angenommen, dass Zu- und Abflüsse einander ausgleichen und die Bettenreduktion durch bessere Auslastung und den Trend zu tagesklinischen Behandlungen möglich ist - 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 Zu- und Umbaukosten von 5.100 T€ aufzunehmen ist, der für Zinsen und Gebühren Kosten von ca. 2,150 T€ (bei 25-jähriger Laufzeit und guter Bonität) verursacht, d.s. pro Jahr des Betrachtungszeitraums **86 T€**.

Die laufende Einsparung an Betriebskosten dieser Variante beträgt daher unter Berücksichtigung der Zinskosten mit Preisbasis 04/2026 mit (994-86=) **908 T€**.

Rückbaukosten, Verwertungserlöse, Übersiedlungskosten

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

(a) Umbau des Bestandsgebäudes 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

³⁴ a.a.O.

Tagespflegehäusern und Häusern für betreubares Wohnen abgedeckt werden, dennoch könnte es mittelfristig in den Pflegeheimen Schrems, Weitra, Litschau und im Altersheim České 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 im 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 Werkstatträume): Da es bereits ein Gründerzentrum im Internationalen Wirtschaftspark gibt und das nahe gelegene Bobbin-Areal zur verstärkten Nutzung für Gewerbegründungen 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 der 13.553 m² Bruttogeschossfläche 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 **3,39 Mio. €** auf Preisbasis 2026³⁵ zu rechnen. Diese Kosten sollten Räumung, Abbruch, Trennung, Verbringung zum kostendeckenden Recycling und Planum abdecken. Enthält das Gebäude gefährliche Abfälle wie Asbestmaterialien u.ä., erhöhen sich die Abbruchkosten erheblich. Abzüglich des erzielbaren Grundverkaufserlöses verursacht diese Lösung immer noch Mehrkosten von 3 M€ – angenommene Wahrscheinlichkeit: 10%

³⁵ <https://hausabrissrechner.at/abrisskostenrechner/#f1p6>

(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 einem eigenen Kapitel 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**. Auf 25 Jahre Betrachtungszeit aufgeteilt entspricht dies **134 T€ p.a.**

Des Weiteren entsteht möglicherweise die Notwendigkeit, den bestehenden Heliport im Norden der Stadt asufzulassen und zurückzubauen. Es ist nicht bekannt, ob der Österreichische Zivilschutzverband plant, seinen Landeplatz aufzulassen, daher floss dieser Fall nicht in die Bewertung ein.

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

Mehr-/Minderkosten Bau u. Betrieb	-3.106	-1.656	-1450
--	---------------	---------------	--------------

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.

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

Insolvenz

Ambulanzen mit Erst- und Notversorgung sind Teil der **kritischen Infrastruktur** und sollten als solche ein möglichst geringes Insolvenzrisiko haben. Dies kann vor allem durch öffentliche Betreiber sichergestellt werden. In einigen – auch europäischen – Ländern hat die Schließung von Notversorgungsinfrastruktur nach Insolvenzen zur politischen Willensbildung geführt, solche Infrastruktur überhaupt nicht privaten Betreibern zu überlassen. Die Rechtslage sieht in den meisten Staaten durch strikte Vorgaben vor, dass jederzeit ausreichend Eigenkapital und Ausfallsicherheiten vorhanden sind und regelt, dass im Insolvenzfall die lokale Versorgungsverpflichtung sofort ersatzweise aus die öffentliche Hand übergeht.

In Niederösterreich gelten Regelungen für den Rettungs- und Krankentransportdienst³⁶ und für Betreiber privater Akutkrankenhäuser. Rettungsorganisationen haben nachzuweisen, dass sie über die erforderlichen Mittel zu verfügen. Im Fall der Insolvenz eines Rettungsdienstes oder Akutkrankenhausbetreibers wird die Masserverwalter:in versuchen, den Betrieb aufrecht zu halten; ist dies nicht möglich, wird die Landesregierung andere geeignete Träger dazu bewegen, ersatzweise tätig zu werden und muss, wenn das nicht gelingt, selbst ohne vermeidbaren Verzug die Versorgung sicherstellen. Das Land NÖ hat sich bislang nicht dazu geäußert, ob es in dem Fall die **Umleitung** zu versorgender Patient:innen in andere LGA-Häuser in ganz NÖ bereits als ausreichendes Ersatzangebot einstufen würde, oder ob in dem Fall Bemühungen für wohnortnahe Ersatzleistungen zu erwarten wären.

Hinsichtlich privat betriebener Facharztzentren, die zwar Notversorgung anbieten, aber weder Rettungsdienstorganisation noch Krankenhausbetreiber sind, scheint in NÖ eine **Gesetzeslücke** zu bestehen. Es war keine Vorschrift zu finden, die darauf ausgerichtet wäre, Insolvenzen solcher Träger präventiv zu vermeiden, bei drohender Insolvenz bzw. nach eingetretener die Versorgung sicherzustellen. Die einzige Sicherheit für die Bevölkerung ist, dass ausreichend viele Facharztplanstellen ausgeschrieben sind. Der regionale Strukturplan Gesundheit NÖ 2030 (RSG) hält zwar fest, dass die Not- und Akutversorgung in Gmünd durch eine Ambulanz sichergestellt wird³⁷, eine einforderbare Gewährleistung dieser Akutversorgung scheint aber nicht zu bestehen.

³⁶ NÖ Rettungsdienstgesetz 2017 (NÖ RDG)

³⁷ Regionaler Strukturplan Gesundheit NÖ 2030,

https://www.noel.gv.at/noel/Gesundheitseinrichtungen/RSG_NOe_2030_s.pdf

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. Einem als rechtsprägend zu verstehenden Gerichtsentscheid³⁸ 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 Hofmeister³⁹ sein wird, demnach ist eine Ausschreibung nicht vorgesehen. Das bedeutet, dass der öffentliche Gesundheitsversorgungssträger **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 wurde, könnte eine **Versorgungslücke** entstehen.

Für die Variante des Fachärzteezentrums bestehen daher folgende Risiken:

- 1) schon jetzt: Der Risikofall, dass der Investor vom Vorhaben zurücktritt, würde nicht nur ihm, sondern auch der Allgemeinheit Kosten dadurch bereiten, dass selbst bei nachfolgender Entscheidung für den Fortbetrieb des LK GD der durch die zeitweilige Schließungsabsicht eingetretene **Personalschwund im LK** Schaden verursacht.
- 2) Tritt der Investor noch in der Planungsphase vom Vorhaben zurück und entscheidet die Landesregierung, das LK Gmünd nicht weiterzuführen, tritt ggf. eine **Versorgungslücke** ein, bis ggf. durch Ausschreibung ein neuer Bauträger gefunden ist. Dieser Fall kann jedoch durch die kostensenkende Wirkung von Bieterverfahren auch eine Kostenersparnis bewirken.
- 3) Wird der Betreiber **während des Baus oder Betriebs** insolvent, ist das Risiko, keinen übernehmenden Träger zu finden, wesentlich größer. Wurde das Landesklinikum bis zu diesem Zeitpunkt schon geschlossen, tritt eine Versorgungslücke ein.
- 4) Werden Facharztordinationen soweit gebündelt, dass sie von einer gemeinsamen Organisation wirtschaftlich abhängig sind, besteht bei deren Insolvenz das Risiko einer **Kettenreaktion**, während umgekehrt bei nicht gebündelten Facharztinfrastrukturen jede einzelne Insolvenz die verbleibenden Praxen gleicher Fachrichtung sogar wirtschaftlich stärkt.
- 5) Selbst wenn die derzeitige Bonität des Investors gut sein sollte, kann ein derzeit im Ausland anhängiges **Zivilrechtsverfahren** sein Insolvenzrisiko erhöhen;
- 6) Das Insolvenzrisiko ist erhöht dadurch, dass der Investor, um die Ausschreibungspflicht zu vermeiden, dem Land und der LGA kein Mitspracherecht bei der Gestaltung und Dimensionierung der Bauwerke einräumen darf, sodass ggf. **nicht nachfragegerecht** gebaut wird.
- 7) Erhebliches zusätzliches Mehrkosten-, Rücktritts- oder Insolvenzrisiko besteht durch die erhebliche Unsicherheit der nötigen Kosten zur Bauplatzvorbereitung und Fundamentherstellung dadurch, dass auf einer **Deponie** gebaut wird. Die Umwälzung solcher Mehrkosten auf Mieter wird nur sehr begrenzt möglich sein.
- 8) Erhebliches Insolvenzrisiko besteht durch die latente Hochwassergefährdung (siehe auch Kapitel Hochwasser). Durch eine Schutzgrenzenverlegung oder Überschwemmung kann es zu raschem **Absinken des Liegenschaftswerts** kommen. Wurde die Liegenschaft zur Besicherung von Fremdkapital belastet, erhöht sich das bei privaten Investoren grundsätzlich gegebene Insolvenzrisiko weiter, und es wäre dann wohl auch aussichtslos, einen Käufer zu suchen.
- 9) Ein Rechtsnachfolger sollte dieselben Auflagen haben wie der Investor

³⁸ Entscheid des EU-Gerichtshofs in der Rechtssache c-537/19, www.bka.ris.gv.at

³⁹ www.hofmeister-group.com

Unsicherheit von Leistungsspektrum und Qualität

Es ist nicht nur das Vorhandensein bestimmter Gesundheitsdienste vertraglich zuzusichern, sondern auch die vorgegebene **zeitliche** Verfügbarkeit rund um die Uhr, die medizinische und organisatorische **Qualität** der Dienstleistungen und **Leistungspreise**, die nicht über denen der vorangegangenen Lösung liegen und nicht ganze Bevölkerungsgruppen ausschließen. Das Vorliegen eines Versorgungsauftrags allein wird oft nicht als ausreichend wahrgenommen, wenn z.B. **Planstellen** zwar festgelegt, aber **nicht besetzt** sind. Da noch kein Nutzungsvertrag bekannt geworden ist, besteht für die Bevölkerung keine aus den Planungen des Landes Niederösterreich resultierende durchgehende Rechtssicherheit.

Empfundene Sicherheit

Ein allgemeines öffentliches Krankenhaus in öffentlichem Besitz, das auf Basis eines gesetzlichen Versorgungsauftrags errichtet worden ist und betrieben wird, bietet der Bevölkerung auch ein hohes Maß an **empfundener Versorgungssicherheit**. Eine neue Nachfolgelösung sollte keinen Rückschritt in Bezug auf die Versorgungssicherheit mit sich bringen. Versorgungssicherheit, die durch private Dienstleister geboten wird, wird nur als sicher empfunden, wenn entsprechende gesetzliche Garantien bestehen, und weit weniger sicher, wenn Verpflichtungen nur vertragsrechtlich eingegangen werden. Am schwächsten werden sie empfunden, wenn sie, wie derzeit im vorliegenden Fall, nur als Ziele eines Strukturplans festgelegt sind. Das Unsicherheitsgefühl steigt weiter, wenn der Bauträger eine flexible Grundrisslösung wählt, die es baulich ermöglicht, den Nutzungszweck zu ändern.

Für beide Varianten erfolgte eine **qualitative** Expert:innenbewertung.

Bei der Bewertung der Auswirkung eines **Fachärzteeentrums** schätzen 58% die Bestandssicherheit eines privat errichteten Fachärzteeentrums im Vergleich zu einem Landeskrankenhaus als sehr fraglich, 42% als fraglich ein; „gute“ oder „sehr gute“ Bestandssicherheit wurde nicht angenommen (0%). Die diesen Antworten entsprechende Punktebewertung ist **-2 Punkte**.

Die Bewertung der Auswirkung des LK 2.0 ist positiv (**+1 Punkt**), da ein klares Bekenntnis zum zu Kassentarif zugänglichen Krankenhausstandort mit entsprechenden Investitionen in die Zukunftsfähigkeit des Hauses die empfundene Versorgungssicherheit steigert..

Zukunftsfähigkeit

1. Berücksichtigung der allgemeinen Entwicklung:

Die **kurzfristig zum Markteintritt 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.

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 der neoliberalen Wirtschaftsschule und von Konzerninteressen seit über 10 Jahren im In- und Ausland Krankenhausschließungen forciert wurden, wird dieses Vorgehen unreflektiert übernommen; schließlich ist in der jüngeren

Vergangenheit die Einführung von Spitzentechnologie regelmäßig mit Zentralisierungserfordernissen einher gegangen (Beispiel: Med-Austron). Der anstehende 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 Anpassungsdruck⁴⁰. Als schon **kurzfristig herankommende Innovationen** werden allgemein v.a. diskutiert⁴¹:

- Videosprechstunden, Tele-Konsultation (z.B. Hotline 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 werden möglich.
- 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

Bis zur Pandemiezasur wurde aus den Trends zur Digitalisierung, weißen⁴² Biotechnologie und Robotisierung ein Folgetrend zur **Zentralisierung von Gesundheitsdiensten** 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. Dabei trat erstmals im Diskurs die Erkenntnis zu Tage, 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 de vor allem vielseitig einsetzbar sein sollen. So ist es überhaupt nicht mehr sicher, dass in 7-10

⁴⁰ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11572004/>

⁴¹ Systematic, Smart hospital – seven examples, 2023: <https://systematic.com/int/industries/healthcare/news/blog/the-future-of-healthcare-7-examples-of-how-smart-hospitals-are-changing-the-game/>

⁴² d.h. für medizinische Zwecke eingesetzten

Jahren Roboterchirurgie ein Tätigkeitsfeld nur für die höchstrangige Spitzenchirurgie sein wird. 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 Standortausstattungen abhängig sein werden.

Wearables⁴³ und telemedizinische Funktionsüberwachung werden flächendeckende **5G-Telekommunikationsinfrastruktur** 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 sein. Die Telemedizinprojekte in NÖ 2040 sind laut RSG 2030 Herzmobil, Teledermatologie, Tele(haus)arzt bzw. virtuelle Krankenbehandlung sowie Onkomobil⁴⁴. Es ist nicht unwahrscheinlich und liegt nicht im Entscheidungsbereich der Gesundheitspolitik, dass in Gebieten wie dem Bezirk **Gmünd der kommende Telekommunikationsstandard 6G langsamer vordringt und sogar 5G-Lücken noch mittelfristig bestehen bleiben**, während sie in Zentralräumen schon jetzt nicht mehr auftreten.

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. Der RSG⁴⁵ wendet das Prinzip „digital vor ambulant vor stationär“ als tiefgehende, rasche und pauschale Disruption an, und der NÖ Gesundheitspakt 2040+ geht von der Einschätzung aus, Zentralisierung sei die einzige Option stationärer Gesundheitsfürsorge, ohne das durch den medizinischen Fortschritt erwartbare Dezentralisierungspotenzial in Erwägung zu ziehen.

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

⁴³ am menschlichen Körper oder der Bekleidung angebrachte intelligente Geräte zum ortsunabhängigen Monitoring von körperbezogenen Daten oder zur Beeinflussung von Körperreaktionen. Etabliert z.B. In Form von Notruf-Smartwatches, die Körperfunktionen wie Herzrhythmus, Puls, Zucker, Blutdruck und Schlafqualität messen und ggf.samt Standortdaten an medizinisches Personal übermitteln.

⁴⁴ Strukturplan Gesundheit NÖ 2030,

https://www.noel.gv.at/noel/Gesundheitseinrichtungen/RSG_NOe_2030_s.pdf

⁴⁵ ibid.

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:

- engmaschig betreute 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 Vertrauensvorsprung 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**⁴⁶ zeigen an, welche Innovationen um 2030 marktreif sein werden.

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 kleine 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	+	Verabreichung überall möglich, Wohnortnahe von Vorteil

⁴⁶ https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/docs/2021-2027/horizon/wp-call/2026-2027/wp-4-health_horizon-2026-2027_en.pdf

Management für neue antivirale Impfstoffe		
DISEASE-26-13 Bessere Vorbereitung auf weitere Pandemien	+	Dezentrale Bettenreserven waren eine Hauptlektion aus SARS2
DISEASE-26-0 12Seltene 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 Flavivren	-	
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 ⁴⁷ :	+	Betrifft v.a. Fachärzte, Ambulatorien haben geringere 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

⁴⁷ 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.>

dafür, dass diese Projekte AGI⁴⁸-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.

Auf Gebäude bezogene Teile dieser Studie nutzen allerdings einen Betrachtungszeitraum bis **2050**, da im Medizinbereich, in dem Restlebensdauern genutzt werden müssen, Rechts- und Ethikfragen auszudiskutieren sind und in die höchstpersönliche Sphäre (v.a. älterer) Menschen eingegriffen wird, ein Zeitraum von 10 Jahren zwischen dem Markteintritt neuer Technologien und der völligen Marktdurchdringung anzunehmen ist.

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. Internationaler Diskurs Zentralisierung versus Dezentralisierung von Gesundheitsdiensten

Laut einer vom National Institute of Health durchgeführten Studie⁴⁹ 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 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 Befragten Expert:innenstatus haben.

⁴⁸ Artificial General Intelligence – allgemeine künstliche Intelligenz, geplante Weiterentwicklung der am Markt befindlichen generativen künstlichen Intelligenz mit massivem Auswirkungspotenzial

⁴⁹ Jovi-Klein, F. Et al, Forecasting the future of smart hospitals, BMC Health Services Research, 2024, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11572004/>

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 noch 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:

Digitale Technologien zur Sammlung, Verarbeitung und Weiterleitung von Daten profitieren vielfach von KI. AI dringt allenthalben vor in Informatik, Forschung und Politikgestaltung. [Die Technologien selbst stecken jedoch oft noch in den Kinderschuhen](#), besonders hinsichtlich der fehlenden strategischen Lenkung der Implementation von [Gesundheitsleistungsprozessen](#). KI verspricht Muster in Daten zu erkennen, zu extrapolieren, zu interagieren, Objekte [und Krankheiten zu erkennen](#). Der Anstieg der Rechenleistung, Speicherfähigkeit, Übertragungsgeschwindigkeit (z.B. 5G) bewirken, dass KI im Zentrum künftiger Innovationen und organisatorischer Effizienz stehen wird. Außer ein Spezialwerkzeug wird KI auch das Mittel sein, das nicht nur personalisierte und [Systemmedizin ermöglicht](#), sondern auch [stakeholderbezogene Gesundheitspflege](#). So wird der Einsatz von KI eine konstituierende Dimension des Konzepts von smarten Krankenhäusern sein. Allerdings stehen dem auch zahlreiche Hürden entgegen. [Sie reichen von der Interoperabilität bis zu regulatorischen und Datenschutzbedenken](#). Da Gesundheitsdaten oft hochsensible persönliche Informationen enthalten, bleiben Datenschutz [und Vertrauen in das störungsfreie Funktionieren der Technologie große Herausforderungen für die Zukunft smarter Krankenhäuser](#)⁵⁰.

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

3. Auswirkungen auf Kosten:

Im Gegensatz zu allen anderen 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. Dieses Phänomen ist ein Kostentreiber und bewirkt im Gegenzug die Tendenz, systemverteuernden technischen Fortschritt auf zahlungskräftige Klientel zu beschränken und nur systemverbilligenden Fortschritt in das sozialversicherungsfinanzierte System aufzunehmen. Fokussiert man sich beim anstehenden technischen Fortschritt nur auf systemverbilligende

⁵⁰ Florian Jovy-Klein, Susan Stead, Torsten Oliver Salge, Jil Sander, Anke Diehl, David Antons, Forecasting the future of smart hospitals: findings from a real-time delphi study, National Library of Medicine, 2024 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11572004/#CR19>

Innovationen, 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.

Auch wird in der Literatur gelegentlich angeführt, dass das, was in Evaluationen kleiner und mittelkleiner Stationen oft als geringere Effizienz angeführt wird, zugleich bedeutet, dass das Personal den Patient:innen mehr Zeit widmen konnte und gerade dies ein Faktor ist, der sich auf die gesamte Performance der Station vom Heilungsprozess bis zur Personalfluktuatation und Burnoutgefahr sehr positiv auswirkt⁵¹.

Auch den **für diese Studie befragten Expert:innen** wurde die Frage gestellt: „*Schätzen Sie, dass die bis 2035 zur Markteinführung anstehenden Technologien eine Dezentralisierung der Gesundheitsversorgung (Stärkung kleiner Spitäler) oder eine Zentralisierung (nur Spezialkrankenhäuser bleiben und Spitzenkliniken bleiben übrig) bewirken? Welche Entwicklung erwarten Sie?*“

- 43% wählten die Antwort „Nur spezialisierte und zentrale Kliniken bleiben – der Trend zu teurer Hochtechnologie und Spezialist:innen bleibt erhalten“.
- **57%** erwarten hingegen primär eine Verlagerung in Haushalte, Praxen und wohnortnahe Kleinspitäler.

Andere Antwortmöglichkeiten wie, dass die Lage eher unverändert bleiben würde oder dass es zu einer Verlagerung in Haushalte und Praxen kommen würde, die keinen Platz mehr für kleine Spitäler lassen würde, wurden nicht gewählt.

Die **qualitative** Bewertung der erwarteten Auswirkungen erbrachte für das **Fachärzteezentrum** einen Wert von **0 Punkten** – positiv ist die Chance, durch Facharztordinationen flexibel und zeitnah Innovationen einführen zu können; als negativ ist zu sehen, dass die damit verbundene Schließung des Krankenhauses die mehrheitlich als wahrscheinlich eingeschätzte Chance verspielt, dass Innovationen, die eine Spitalsumgebung benötigen, dann nicht mehr in Gmünd, sondern nur in anderen Bezirken Einsatz finden würden.

Die qualitative Bewertung der erwarteten Auswirkungen erbrachte für die **Variante LK GD 2.0** eine Punktezah von **+2**, da eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht, dass ein Krankenhaus dieser Größe und Ausrichtung eine sehr gut geeignete Einsatzumgebung für herankommende Innovationen ist und von diesen überdurchschnittlich profitieren kann.

In der für diese Studie vorgenommenen Expert:innenbefragung wurde die Frage, ob die Vergütungssätze der Kassen grundsätzlich noch einen **Kosten und Bedarf deckenden Betrieb**

⁵¹ <https://www.medi-karriere.at/magazin/zeitdruck-in-der-pflege/>

eines kleinen Krankenhauses ermöglichen, eher bejaht: 5,4 Punkte auf einer Skala von 0 („nein“) bis 10 („ja“) zeigen jedoch erhebliche Skepsis an. Sollen keine Standorte erhalten werden, es wird daher wesentlich sein, dass die derzeitige Reformpartnerschaftsdiskussion von Bund, Ländern und Gemeinden eine bedarfsgerechte Finanzierung aller Ebenen der Gesundheitsversorgung vorsieht.

Aus- und Anlaufphasen eines neuen Ärztezentrum

Jede Umstrukturierung ist mit erheblichem Umgestaltungsaufwand verbunden. im Vergleich zur „eingespielten guten Praxis“ entstehen Umstellungskosten.

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 T€,
- **Personalwechselkosten:** Recruiting, Ein- und Umschulungsaufwand, schlecht ausgelastete Kündigungszeiten und Sozialpläne: 100 T€,
- Kosten durch **vorzeitige Selbstkündigungen** von Personal, das am Standort für sich keine Zukunft mehr sieht und kurzfristig (auch mit Überstunden) zu ersetzen ist: 50 T€
- Kosten des **Zusammenwachsens, anfänglicher Ineffizienz, zusätzlicher Evaluierung und Nachjustierung** von anfangs nicht voll effizienten neuen Teams und Abläufen: einmalig 250 T€.

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

Das Upgrade des **Landeskrankenhauses zum LK GD 2.0** inkl. hausinterner Übersiedlungen geht mit mehr Kontinuität einher und verursacht einen geschätzten Umstrukturierungsaufwand vort allem durch organisatorische Umstellungen von 20% des o.a. Aufwands, d.s. ca. **150 T€**.

Entwicklungsperspektive

Es ist sinnvoll, außer der im Kapitel „Zukunftsfähigkeit“ erfolgten Bewertung der Auswirkungen von Entwicklungen von außen ist auch zu bewerten, inwieweit in einer Variante Schritte setzt, um diese **Entwicklungen aktiv und positiv zu nutzen**. 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 Inhalte 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 České Velenice erfolgte. Wenn der Investor den Inhalt der langfristigen Pläne konkretisiert, kann ihre Bewertung als Nachtrag in die Studie eingearbeitet werden.

Für diese Studie wurden **0 € Kosten** für die Erarbeitung einer weiteren Entwicklungsperspektive angesetzt, da derartige Ausgaben noch nicht kommuniziert wurden.

Die qualitative Bewertung der erwarteten Auswirkungen erbrachte für die **Variante Fachärzteezentrum** eine Punktezahl von **0 Punkten**, da weder Errichterkonsortium noch die Träger der Gesundheitspolitik eine mittel- oder langfristige Strategie oder auch nur Vision für die weitere Entwicklung genannt haben.

LK GD 2.0

Das Landeskrankenhaus Gmünd eignet sich als **Modellstandort für die Einführung neuer Technologien** in den Alltag der dezentralen stationären Gesundheitsversorgung:

- 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; ggf. Status eines Universitätsklinikums;
- 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 nutzen 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 Karrierstufe** genutzt werden können.
- Am Areal des Landeskrankenhaus besteht eine **Baulandreserve**, die für genutzt werden soll, um den zusätzlichen Platzbedarf eines Zentrums, das sich mit der Implementation neuer Technologien befasst, abzudecken. Derzeit sind hinter dem Gebäude Parkplätze und 2 Container untergebracht.

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 České Velenice und im Bobbin-Areal auch Ansiedlungsmöglichkeiten offenstehen.

Die **quantitative Bewertung** der Auswirkungen dieser Variante ergibt für die Etablierung eines mit einer Forschungseinrichtung zusammen aufgebauten Zentrums den Bedarf nach einer Anschub- und z.T. Vorfinanzierung für 3 Jahre von ca. **1,2 M€**, die aus Forschungs- und Technologieförderungsmitteln der EZ ergänzt mit nationaler Kofinanzierung aufzubringen wären. Dies entspricht **Jahreskosten von 48 T€**. Dieser Betrag sollte von einem Forschungspartner bzw. Forschungsmitteln von Risikokapitalgebern, Land, Bund und EU aufgebracht werden.

Die qualitative Bewertung der erwarteten Auswirkungen erbrachte für die **Variante LK GD 2.0** eine Punktezahl von **+2**, da ein Teil von ihr darin besteht, den Standort zu einem **Demonstrationszentrum** für dezentrale Medizininnovation aufzuwerten. Der Vorschlag „*das Gmünder Krankenhaus in Partnerschaft mit einer technischen oder KI-Hochschule zu einem Modellbetrieb für die Einführung neuer, dezentral in Kleinkrankenhäusern einsetzbarer Technologien zu entwickeln?*“ wurde von 66% der Befragten für sehr gut, von 34% für gut und zu 0% für nicht gut befunden.

Epidemien, Katastrophen und Großunfälle

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

- Es werden ggf. viel mehr **Behandlungskapazitäten** als sonst 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 Triagemassnahmen⁵² 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. Fachärzteezentrum mit Schließung des Krankenhauses ist mit -2 zu bewerten, das LK GD 2.0 mit +1, da die Reservekapazität bei Betten mit SDauerstoffversorgung steigt.
- **Der Betrieb und die Benützbarkeit von (v.a.öffentlichen) Verkehrsmitteln** kann eingeschränkt sein, es kann zu Engpässen der Verfügbarkeit von Energieträgern kommen, Straßenverbindungen und Telefonhotlines können unterbrochen sein. Da Gmünd vom Großteil des Bezirks aus besser erreichbar ist als Zwettl und das künftig nur noch z.T. Relevante Waidhofen an der Thaya, erhält hier das Fachärzteezentrum mit Schließung des Krankenhauses eine Bewertung von -1, LK GD 2.0 +1.
- 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. Bewertung -1/+1 s.o.,
- 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. -2, LK GD 2.0

Diese Fragen wurden auf einer **qualitativen Skala** so bewertet, dass das Fachärzteezentrum **-1 Punkte** erhielt und das LK GD 2.0 **+1 Punkte**, wie sich aus nachstehender Tabelle (nach Abrundung auf ganze Zahlen) ergibt..

⁵² Wikipedia: medizinisches Verfahren zur strukturierten Ersteinschätzung und Dringlichkeitsstufung von Patienten. Sie dient dazu, bei begrenzten Ressourcen – wie in Notaufnahmen oder bei Katastrophen – die Behandlungsreihenfolge festzulegen, damit lebensbedrohliche Fälle sofort versorgt werden.

Bewertung der Krisentauglichkeit: Subkriterien	Fachärztezentrum und Schließung des LK GD	LK GD 2.0
Bettenkapazität	-2	+1
Erreichbarkeit Krisenfall	-1	+1
Angriffsziel	-1	+1
Schnelle nicht zu komplizierte Notoperationen	-2	+2
Mittelwert	-1,5	+1,25

Synergiepotenziale interdisziplinärer Behandlungszugänge

Räumlich konzentrierte Gesundheitsleistungen bieten 2 Arten von Synergien:

- - Synergien im Angebotsbereich (zur effizienteren Management der Leistungen)
- - Synergien im Nachfragebereich (aus Sicht der Patient:innen)

Synergien im Angebotsbereich:

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 erfolgte die Bewertung auf einer **qualitativen Skala**.

Für das **Fachärztezentrum** wurde als gegenüber dem Statuis Quo zusätzliche Leistung die Durchführung von bestimmter Augenoperationen angekündigt. Diese Leistung wird üblicherweise unabhängig von anderen Therapiebedürfnissen wahrgenommen und hat daher ein geringes Synergiepotenzial. Es wurde zwar nicht spezifiziert, welche Facharztangebote zusätzlich eingerichtet werden, doch lässt sich erwarten, dass einige zusätzliche Disziplinen angeboten werden, wodurch dann weitere Synergien entehen können. Andere nur stationär erbringbare Leistungen (/v.a. Der inneren Medizin und der Chirurgie) und damit Synergien werden durch die Schließung des Krankenhauses wegfallen. Diese Variante wurde in diesem Kriterium daher mit **0 Punkten** bewertet.

Synergien im Nachfragebereich zur Entlastung von PatientInnen (z.B. 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 Kliniken auf wenige ganz spezifische Maßnahmen, sinkt die Anzahl solcher Synergien stark. Abgesehen von Kosten- und Zeitersparnis bewirken diese – in Gmünd schon bisher lebhaft genutzten - 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 eines Rückgangs nicht verlässlich quantitativ geschätzt, sondern nur auf einer Punkteskala qualitativ bewertet werden.

Die Variante **LK GD 2.0** wird gezielt wegen ihres Synergiepotenzials ausgewählte zusätzliche Leistungen anbieten und keine auflassen, was zu einer Bewertung mit **+2 Punkten** führte.

Leistungen für PatientInnen aus anderen Regionen Niederösterreichs und Südböhmens

Einige Auswirkungen können **monetär** bewertet werden: Für die Verlagerung von Operationen, die bisher in Gmünd für Patient:innen aus anderen Teilen Niederösterreichs 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 verzinnten Zusatzkosten dafür fallen nur in der **Variante Fachärzteezentrum** an und betragen ca. 3 Mio. €, auf 25 Jahre verteilt sind dies **120.000 €/a**. Andererseits fallen in der Variante Fachärzteezentrum die damit zusammenhängenden Transportkosten (s. dieses Kapitel) weg, dies wurde im Kapitel Auswirkungen auf Mobilität behandelt. In der **Variante LK GD 2.0** ergibt sich keine Notwendigkeit der Änderung des Status Quo.

Eine monetär nicht bewertbare Auswirkung der **Variante Fachärzteezentrum** 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 bei häufigen Staus an der Stadteinfahrt. Zur längeren Fahrzeit kommt dazu, dass Rettungsfahrzeuge in dieses Gebiet oftmals erst auch Třeboň anreisen müssen und so um bis zu 30 min.später bei der Patient:in eintreffen.

Patient:innen aus Südböhmen haben durchschnittlich ein geringeres Einkommen, dies trifft besonders auf ältere Personen zu. Sie werden daher kaum Wahlarztleistungen in Anspruch nehmen, und bei Nutzung von kassengeförderten Leistungen müssen sie i.d.R. die Behandlung vorfinanzieren und bekommen von tschechischen Gesundheitsversicherungen die Kosten in Höhe der in Tschechien zustehenden Beteiligung nur falls sie während eines Aufenthalts in Österreich behandlungsbedürftig wurden. Bei gezielter Ausreise ersetzen einige tschechische Versicherungen nur die Kostenbeteiligung, die in Tschechien angefallen wäre, welche 10-40% der in Gmünd verrechneten Kosten beträgt, sodass in Tschechien sozialversicherte Personen

schon jetzt trotz räumlicher Nähe die Leistungen von Healthacross-Med nur in sehr geringem Ausmaß nutzen. 2018 wurde der Standort Bleyleben wegen der Nähe zum Grenzübergang gewählt; wird diese Patient:innengruppe nun nicht mehr erreicht, überwiegen die problematischen Eigenschaften des Standorts. Es ist anzunehmen, dass durch die Schließung des Krankenhauses und Bau des Fachärzteezentrums sich die medizinische Versorgung des tschechischen Grenzgebiets massiv verschlechtert, was sich in einem **Bewertungsfaktor von -2** ausdrückt.

In der Variante **LK GD 2.0** soll die bisher sehr erfolgreiche Betreuung von patient:innen aus dem tschechischen Grenzgebiet fortgesetzt werden. Sie wird sich in dem Ausmaß, in dem das Behandlungsangebot erweitert wird, verbessern und ist daher mit **+1** bewertet.

Nachsorge - 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 war nur **qualitativ bewertbar**. Die Bewertung ergab für das **Fachärzteezentrum** wegen des steigenden Risikos des **Auftretens von Versorgungslücken nach ambulanter Betreuung einen Wert von -2** Punkten, in der Variante **LK GD 2.0** sind es angesichts der unveränderten Fortsetzung des Entlassungsmanagements **0 Punkte**.

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 letzter Besuche** haben. Durch den längeren Weg zum Krankenhaus werden tendenziell mehr Menschen auf dem Transport ins Krankenhaus versterben als bisher, wobei im Fahrzeug weniger Behandlungsmöglichkeiten als im Krankenhaus zur Verfügung stehen. Eine **Palliativstation** ist im Fachärzteezentrum nicht vorgesehen. Diese die Variante Fachärzteezentrum betreffenden Faktoren konnten natürlich nur auf einer **qualitativen Skala** bewertet werden. Die künftige Entwicklung wird sich nur auf einen kleinen Teil der Sterbefälle auswirken, und dies in der Variante des **Fachärzteezentrums mit**

Schließung des Krankenhauses negativ (-1 Punkt), in der Variante LK GD 2.0 ist weiterhin eine Palliativstation enthalten und wird keine Auswirkung erwartet (**0 Punkte**).

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 Krankenhausbett 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 war **qualitativ** zu bewerten, wie sich die Varianten auf die Besuche und ihre psychisch stabilisierende Wirkung von samt pflegerischer Mitwirkung durch Angehörige auswirken.

In der Expertenbefragung wurde von 100% der Befragten eine positive Auswirkung von Besuchen auf Heilungserfolge konstatiert, die die durch Besuche ausgelöste Belastung des Personals mehr als rechtfertigt. Die allseits akzeptierte Begründung dafür war, dass Einsamkeit zu psychischer Verfassung führen kann, die die Heilung erschwert. Der Großteil der Befragten gab zudem an, dass die Patient:innen durch das Besuchwerden mehr positive Energie haben, gelegentlich wurde auch angeführt, dass Besuche die Pfleger:innen entlasten(13%) und dass sie das Gesundheitspersonal zu besserer Betreuung motivieren würden (27%)..

Da fehlende Besuche durch frühere Heimkehr in manchen Fällen kompensiert werden, bleibt für die Variante **Fachärzteezentrum** eine nur leichte Negativwirkung in Fällen, in denen Patient:innen weiter weg untergebracht werden und dadurch seltener Besuch erhalten (**-1 Punkt**), in der anderen Variante erfolgt keine Veränderung (**0 Punkte**).

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 hat⁵³.

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

⁵³ 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.

bestehen Bestrebungen, die Grenzen dessen, was als fragwürdig gilt, enger zu ziehen, wobei es naturgemäß zu Konflikten mit Präventionsstrategien kommt.

Derzeit schätzen die für diese Studie befragten regionalen Exüpert:innen das **Einsparpotenzial** durch Verzicht auf "low value care" (verzichtbare Diagnose- oder Therapiemaßnahmen, die nichts bis fast nichts bringen) auf **8% der Kosten aller Gesundheitsleistungen** (mit einer recht großen Streubreite von 2 bis 20%). Ein Konsens war nicht herzustellen. Maßnahmen, die von einigen Expert:innen als verzichtbar angesehen werden, sind für andere wertvoll. Eine quantitative Bewertung erwartbarer Auswirkungen erweiterter Definitionen von *low-value care* war angesichts dessen nicht möglich, die Bewertung erfolgt daher **qualitativ**. An Hand einiger offensichtlicher Bezüge zwischen Art der Leistung und Qualität, wobei bewertet wurde, inwieweit jede der Varianten zu einer negativ zu bewertenden Unter- oder Übererfüllung neigt.

Anerkannte Auswirkungen in der Variante „Fachärzteezentrum“:

- Durch den Ersatz einer interdisziplinären Ambulanz durch eine Notaufnahme, eine Hotline und die Zuweisung vom praktischen Arzt zu Fachärzt:innen kann es mit leicht erhöhter Wahrscheinlichkeit dazu kommen, dass eine breite interdisziplinäre Erfassung des Gesundheitszustands unterbleibt und Diagnose und somit auch die Therapie auf Basis einer punktuell geschilderten Beschwerde erfolgt: -1
- Der Verzicht auf "zur Sicherheit" 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: -1
- Durch Verschiebungen von Kassen- zu Wahlarztleistungen werden weniger solvente Patient:innen versucht sein, Leistungen mit niedriger Wahrscheinlichkeit wertvoller Resultate aus Kostengründen nicht zu beauftragen: -2

Mittelwert: -1,33

In der **Variante LK GD 2.0 w** Werden keine Auswirkungen erwartet (**0 Punkte**).

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

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 Fachärzteezentrum: 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 min⁵⁴. Im Durchschnitt **Transportzeitverlängerung um 8 Minuten** durch längere Flugstrecke.

Nach einem Wegfall der Chirurgie in Gmünd könnte zudem 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 Landeskrankenhauses ein Fachärzteezentrum 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 Fachärzteezentrums enthalten. Ausstattungs- und Betriebskostenveränderungen sind in keiner Variante zu erwarten, da bei Neubau eines Heliports bew. gleiche Ausstattung aus dem derzeitigen Standort leicht übersiedelt werden kann.

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 T€ p.a.** In der **Variante LK GD 2.0** tritt **keine Änderung** gegenüber dem Status Quo ein.

Dieses Kriterium war auch **qualitativ** zu bewerten, da es nicht nur um die Anbringungszeit geht, sondern auch darum, welche Notfalleinstellungen von regionalen Einrichtungen wahrgenommen werden können.

Im Raum Gmünd hat es sich in den letzten Jahrzehnten bewährt, dass ein allgemein versierter Chirurg bereitgestanden ist, der in machen Verletzungsfällen die beste weil schnellst erreichbare anlaufstelle war. So konnten immer wieder Leben gerettet werden. Es hätte in größerer Entfernung noch besser ausgestattete Chirurgische Kliniken gegeben, die Anbringungszeit war jedoch der kritische Faktor und so hat die chirurgische Klinik in Gmünd nach Aussage von Experten Leben gerettet, die mit einer bloßen Erstversorgungsstelle und einem zeitraubenden und wetterabhängigen Hubschrauberdienst nicht zu retten gewesen wären.

Die Frage „Ist es bei Unfällen relevant, dass zumindest eine kleine chirurgische Abteilung in einem Krankenhaus in jedem Bezirk besteht?“ wurde von 86% der Befragten beantwortet mit „das ist wichtig und kann Leben retten“, der Rest entfiel auf die Antwort „gelegentlich, es gibt vielleicht selten einmal Eingriffe, auf die eine Chirurg:in nicht spezialisiert sein muss und bei denen es vor allem **um Zeit geht**“.

Das Fachärzteezentrum, das offenbar nur Erstversorgung, aber keine Allgemeinchirurg:in in Bereitschaft vorsieht, wäre wegen der Schwere des Falls, dass das Risiko eintritt, demnach **mit -2 Punkten zu bewerten**, das **LK GD 2.0** wegen Beibehaltung des bewährten Zustands **mit 0 Punkten**.

⁵⁴ Flugzeiten errechnet nach Information auf <https://www.ara-flugrettung.at/unsere-hubschrauber>

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-Gruppe⁵⁵ 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) in NÖ lt. Vinzenz-Gruppe⁵⁶				davon	davon
		valorisiert		Region	Bezirk
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.

Wendet man die zitierte Methode an, errechnet sich für das Landeskrankenhaus Gmünd eine jährlich erzielte Gesamtwertschöpfung von ca. 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 über 13 Millionen € 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.

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.

⁵⁵ Institut für Volkswirtschaft der Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Studie „Krankenhaus: Wachstumsspritze für die Wirtschaft“, im Auftrag der Vinzenz-Gruppe Krankenhaus- und Managementbeteiligungsgruppe, Klagenfurt 2009

⁵⁶

Nur bei ersatzloser Schließung der Landesklinikums 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 T€ Wertschöpfung des LK GD fallen derzeit 10.930 T€ im Bezirk und 9.564 im Bezirk Gmünd an. Das LK GD 2.0. wird etwa 80-85% der Wirtschaftsleistung des bisherigen Landesklinikums 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 T€ 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.

Ein paradoxer Effekt ist, dass sich auch bei Verlagerung von Kassen- zu Wahlarztmedizin durch höhere Gesamtpreise die Wertschöpfung erhöht. Indem zu spät einsetzende Behandlungen oft teurer sind als rechtzeitige und als Prävention, eignet sich die Wertschöpfungsrechnung sich daher nicht als Indikator der Qualität des Gesundheitswesens, sondern nur zur Bewertung regionaler Ausstrahlung.

Auswirkungen auf Attraktivität und 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 Fachärztelezentrum 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 Fachärztelezentrum; 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.

Bei der Anwendung der verbreiteten **Vergleichswertmethode** sind gelegentlich zwei ansonsten vergleichbare Wohnobjekte zu bewerten, deren eines in der Nähe eines Akutkrankenhauses liegt, das andere aber nicht. Dies führt üblicherweise dann zu einem Zu- bzw. Abschlag von 3-5%. Im gegebenen Fall ist bei Schließung des LK Gmünd ein höherer durchschnittlicher Abschlag anzusetzen, da dann das nächste Akutkrankenhaus (Zwettl) 26 km – also stark überdurchschnittlich weit – und per ÖV schlecht erreichbar - entfernt wäre.

Die Wertermittlung erfolgte in drei Schritten:

Im ersten Schritt erfolgte für jede Liegenschaft des Stadtteils Neustadt die Schätzung des aktuellen Verkehrswerts; *ceteris paribus*⁵⁷ ergab dies insgesamt einen Wertverlust von ca. **10,9 Millionen Euro**. Die diesem Wert zugrunde liegenden Preisschätzungen basieren auf der Verkehrswertmethode nach Kranebitter⁵⁸.

In einem zweiten Arbeitsschritt wurden diese Schätzwerte an Hand der veröffentlichten Angebotspreise der aktuell in Gmünd Neustadt zum Verkauf stehenden Immobilien kalibriert. Dafür wurden die in Medien vorgefundenen 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 bloß -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 dritten 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. für Gebäude mit **Ordinationen** und für Wohnhausanlagen wie die neu errichtete und erst teilweise vermietete der Waldviertler Siedlungsgenossenschaft in der **Arbeiterheimgasse**. Würde tatsächlich das beim Fachärztezentrum geplante **Personalwohnheim** errichtet werden, wäre diese Wohnhausanlage um 20% entwertet. Durch diesen Neubau würde der in Gmünd seit

⁵⁷ 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

⁵⁸ Kranebitter Heimo, Liegenschaftsbewertung, MANZ-Verlag, Wien 1987, [ISBN 978-3-214-03693-5](https://www.manz.at/ISBN-978-3-214-03693-5)

Jahren ansteigende hohe Leerstand bei geförderten Wohnungen weiter anwachsen, was die Preise von Immobilien mit Mietwohnungen in der ganzen Stadt tendenziell drücken würde. Das Gebäude ist in der Visualisierung des geplanten Zentrums in einem als Grünland gdedwidmeten Bereich eingezeichnet, sodass seine Realisierung fraglich ist. Für das bestehende **Seniorenwohnheim** und die **Tagesstätte des Fördervereins** für behinderte Kinder und Jugendliche (beide in der Spitalgasse gleich hinter dem Krankenhaus) wurden diese Standorte gezielt wegen der Nachbarschaft zum Landeskrankenhaus gewählt. Wird dieses geschlossen, sind die Standorte wesentlich weniger (-20%) attraktiv.

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 České 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:

Liegenschaften, 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.

Saldo aus Ab- und Aufwertung:

Die für jedes Objekt in Gmünd-Neustadt nach o.a. Methode durchgeführte Wertänderungsschätzung ergibt einen aggregierten Wertverlust von 11,1 M€, für die nahe Gießhüblsiedlung in Ehrendorf sind weitere 0,3 M€ anzusetzen, dies ergibt einen vorwiegend bei Privathaushalten anfallenden **Einmaleffekt von 11,4 M€ (aufgeteilt auf 25 Jahre: 456 T€)**. Auf die Gemeinde als Gebäudebesitzer entfallen hier ca. 660 T€ (26 T€ p.a.).

Für **Wohnungsmieter:innen** in Gmünd-Neustadt ergibt sich, falls die Wertminderung auf die Mieten weitergegeben wird, zwar eine Verringerung der Mietzinse von 105 T€ 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 quantitative 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 České 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 healthcrossreport II⁵⁹ kostet eine Klinik-Küche (Baukosten von 2010 auf 2026 hochgerechnet) 480.000 € (Ausstattung dazu 150.000, insgesamt also 630.000 €). Die Ausgaben zur Errichtung eines solchen Küche bei gleichzeitiger Schließung der bestehenden Küche sind Mehrkosten der **Variante Fachärzteezentrum** ohne Mehrwert mit einer **Annuität von 25 T€**.

Bewertung von Arbeitsplatzeffekten

Das Land NÖ kündigt 180 Beschäftigte an, hat aber noch keine Zahlen zum erwartbaren Vollzeitäquivalenten des neuen Fachärzteezentrums vorgelegt. Wenn die genannte Zahl auch geringfügig Beschäftigte erfasst, entspricht dies etwa 75 Vollzeitäquivalenten, da sowohl in der Branche als auch in der Region sehr hohe Teilzeitquoten bestehen. Die Schätzung wegfallender Beschäftigung basiert daher auf möglichst exakter Umlegung verfügbarer verbaler Beschreibungen und ist entsprechend **unscharf**. In beiden Varianten ändern sich bedingt durch Digitalisierung und andere Innovationen etliche Stellenprofile (Wegfall von Schreibdiensten, Medikamentenvorbereitung, Bodenreinigung, Verwaltungsassistenz udgl.). Da diese Entwicklung beide Varianten etwa gleich betrifft, bleibt sie hier unberücksichtigt.

Unterschiedliche Beschäftigtengruppen werden unterschiedlich betroffen sein

- **Ärztliches Personal:** Beim ärztlichen Personal ist bei Standortschließung nicht mit zusätzlicher Arbeitslosigkeit zu rechnen, sondern nur mit Übersiedlungs- 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 beschäftigungserschwerende 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

⁵⁹ a.a.O.

führen, in einigen Fällen (z.B. Bei im LK beschäftigten behinderten Personen) auch zu mehrjähriger Arbeitslosigkeit oder gar zum Herausfallen aus der Erwerbstätigkeit.

- Personen mit **Spezialexpertise** in Bereichen wie medizinischer Kommunikation, Digitalisierung, Messtechnik, IT-Management, Gesundheitsberatung und Krankentransport werden zusätzliche Beschäftigungsmöglichkeiten vorfinden.

In der Variante Fachärzteezentrum werden abzüglich von nur kurz arbeitslos werdenden Personen mit Jobangeboten oder Einstellungszusagen etwa 80-90 Personen aus der Region in zeitlicher Nähe zur mit Schließung des Krankenhauses arbeitslos werden, z.T. aber auch schon davor. In dieser Zahl sind auch derzeit bei Auftragnehmern des Krankenhauses beschäftigte Personen inkludiert. 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 Tagsatz 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 Fachärzteezentrum** (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 €), d.s. 63 T€ p.a..**

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. 3,15 M€ (bei hypothetischer Aufteilung auf die 25 Jahre Betrachtungsperiode: 126 T€/a). In der Gesamtaufstellung ist die Auswirkung auf die Wertschöpfung jedoch gesondert behandelt und wird zur Vermeidung einer Doppelzählung in diesem Kriterium nicht beachtet.

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

Zum Vergleich: Haber⁶⁰ 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.

Das Kapitel zur Auswirkung auf die Wertschöpfung behandelt andere Auswirkungen auf die Wertschöpfungsketten im Detail. Die Auswirkungen der Notwendigkeit des Tages- und Wochenpendelns sind in Kapitel über Mobilität dargestellt, jene von Übersiedlungen reichen von die Notwendigkeit zum Verkauf von Wohnimmobilien über Übersiedlungskosten bis hin zu nur qualitativ bewertbaren – meist negativen - Effekten wie starken Einbußen der

⁶⁰ Haber Gottfried, Einfluss eines Krankenhauses auf die regionale Beschäftigung und Wertschöpfung, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt 2011

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.

LK GD 2.0.

Der Rückgang von 6% der Personalkosten (s. Kapitel Betriebskosten) wird ca. 8% der Beschäftigten treffen. Zwar kann ein Teil der Kosteneinsparung durch Verringerung der Beschäftigungsstunden Beschäftigter erreicht werden, es werden durch die schon derzeit hohe Teilzeitquote deutlich mehr Personen als Vollzeitäquivalente betroffen sein. Im Gegensatz zum Fachärzteezentrum kann der Rückgang in dieser Variante über den Betrachtungszeitraum aufgeteilt erfolgen, sodass ein Sozialplan besser greifen kann. Ein großer Teil des Beschäftigungsrückgangs lässt sich durch Nicht- oder Teilzeitbesetzung frei gewordener Stellen erreichen. Bei gleichen Kosten pro Person wie in der o.a. Variante Fachärzteezentrum ergibt dies Kosten von **375 T€** für Arbeitslosenunterstützung, d.s. **15 T€ p.a.** Inklusiv Wertschöpfungsverlust für die Region würde das Kosten von ca. **750 T€** ergeben (aufgeteilt auf den Betrachtungszeitraum von 25 Jahren 30 T€ p.a.), die Auswirkung auf die Wertschöpfungskette wird in diesem Kriterium jedoch nicht in den Gesamtwert einbezogen, da sie ein eigenes Kriterium darstellt.

Zudem ist wegen der Kontinuität der Dienstleistung mit geringerer Fluktuation zu rechnen. Auch Fluktuation, die nicht mit Stellenabbau einhergeht, verursacht öffentliche Kosten für Arbeitslosentransfers und private Kosten v.a. durch Wohnortwechsel.

Qualitativ:

Da Arbeitslosigkeit für die Gesellschaft und den Einzelnen nicht nur ein finanzieller Faktor ist, war für beide Varianten eine zusätzliche **qualitative** Wirkungsbewertung vorzunehmen.

Im **Fachärzteezentrum** sind mehr Personen frühzeitiger und mit höherer Gleichzeitigkeit von Arbeitslosigkeit betroffen, daher erfolgte eine qualitative **Bewertung -2**, während in der **Variante LK GD 2.0** weniger Personen über einen etwas längeren Zeitraum verteilt die Arbeit verlieren werden (**-1**).

Budgets der Gemeinden im Bezirk, Abwanderung

Da das Land NÖ noch keine genauen Zahlen zum erwartbaren Beschäftigtenstand des neuen **Fachärzteezentrums** vorgelegt hat, lassen vorliegende verbale Beschreibungen nur grob auf einen Gesamtbeschäftigtenstand von 110-170 über der Geringfügigkeitsgrenze beschäftigten Personen im neuen Fachärzteezentrum 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 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 Abgabenrückgang von **130 T€** zu erwarten ist, von dem etwa 104 T€ 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 Landesklinikums, 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 T€ p.a. zurückgehen, die Ertragsanteile würden um ca. 30 T€ sinken – zusammen ein Rückgang von ca. **55 T€ p.a.**, wovon ca. 45 T€ 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 T€ betragen, davon würden ca. 23 T€ auf die Stadt Gmünd entfallen.

Auswirkungen unterdurchschnittlicher Gesundheitsversorgung auf An-/Absiedelungsverhalten, Nichtansiedeln 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 České Velenice haben auch berichtet, dass diese Stadt ein deutlich beliebteres Zuwanderungsziel geworden ist, als die Aufnahme von Bewohner:innen dieser Stadt im Landeskrumlov Gmünd möglich wurde. Durch etwa 60-90 nicht besetzbare offene Stellen in Unternehmen der Region sind die betroffenen Betriebe in 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. Dieser Wert ist nur schwach durch Evidenz belegt und wurde daher bloß zur Untermauerung der **qualitativen** Beurteilung herangezogen.

Ein weiterer Effekt, der sich **nur qualitativ** abbilden lässt, ist, dass bei Lebensentscheidungen von Menschen, die im Bezirk leben und überlegen abzuwandern sowie von Menschen, die überlegen, in den Bezirk zu übersiedeln, als eine von vielen Fragen auch die medizinische Versorgung betrachtet wird. Wenn sich z.B. ein Paar kennenlernt und die Frage eines gemeinsamen Wohnorts ansteht, kann dann durchaus die Frage, ob ein Krankenhaus schnell erreichbar ist, bei der Wahl des gemeinsamen Wohnorts den Ausschlag geben.

Die Negativwirkung eines „Bezirks ohne Krankenhaus“ auf die Wohnortwahl wurde von den befragten Expert:innen als erheblich eingeschätzt, die Variante **Facharztzentrum mit Schließung des Krankenhauses** war daher mit **-2 Punkten** zu bewerten, während die allfällige **Aufwertung des Landeskrankenhauses** zu einem Modellprojekt für dezentrale Innovationen als sehr attraktiv wahrgenommen wird, wegen der fraglichen Umsetzungswahrscheinlichkeit aber nur **mit +1** zu bewerten war.

Demographie, regionale Über- und Unterangebote

Demographie

Dem NÖ Gesundheitsplan 2040+⁶¹ 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 ÖROK⁶² 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 Europas**⁶³, Auszeichnung durch die WHO als „**Internationales Best-Practice-Modell**“)⁶⁴.

⁶¹ a.a.O.

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

⁶² ÖROK-Prognose 2021: Bevölkerung zu Jahresanfang 2021 bis 2051

⁶³ https://www.meinbezirk.at/tulln/c-lokales/platz-drei-fuer-gesundheitsprojekt_a3678630

⁶⁴ https://www.meinbezirk.at/gmuend/c-lokales/eu-preis-fuer-grenzueberschreitende-gesundheitskooperation_a3680889

Einwohner des tschechischen Einzugsgebiets

	Volkszählung 2023	Prognose 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. Blendet man das tschechische Grenzland, wie es im Gesundheitsplan 2040+ der Fall ist, bei der Erfassung des Einzugsgebietes aus, wäre juristisch zu klären, ob von der Landesgesundheitsagentur Niederösterreich und der Stadt Gmünd empfangene EU-Beihilfen **zurückgezahlt** werden müssen.

Gefahr der Unterversorgung mit Klinikleistungen

Weiters wurde die überproportionale Ausstattung des Bezirks mit **Kurplätzen** im Gesundheitsplan 2040+ nicht berücksichtigt. In Moorbad Harbach 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. Eine Unterbewertung in diesem Ausmaß musste sehr wahrscheinlich dazu führen, dass die Leistungsplanung für den Standort Gmünd unterdimensioniert erfolgt ist. Mangels an Daten zum geplanten **Fachärztezentrum** konnte dies nicht genau überprüft werden, aber in der Expert:innenbefragung wurde angenommen, dass bei korrekter Erfassung des Einzugesgebietes wahrscheinlich analog zu den Empfehlungen für Bezirke wie Lilienfeld der **Fortbetrieb** des Landesklinikums empfohlen worden wäre.

Abwägung zwischen Gleichbehandlungsgrundsatz und Wirtschaftlichkeit

Auch die Bewohner:innen dünner besiedelte Gebiete haben ein Recht auf guten Zugang (räumliche Erreichbarkeit, angemessene Wartezeiten) von Gesundheitsdiensten. Dies soll nicht nur für die Notversorgung gelten, sondern auch für die ambulante und stationäre Grundversorgung. Der Regionale Strategieplan Gesundheit 2030⁶⁵ sieht vor, dass in ganz Nö bis 2030 die Bettenzahl der Akutkrankenhäuser um 33 gesenkt werden soll. Die Auflassung aller 136 Spitalsbetten im Gmünder Bezirk ist somit mehr als das **Vierfache** des für ganz NÖ geplanten Bettenrückgangs.

Gefahr des Überangebots an Fachpraxen

⁶⁵ https://www.noel.gv.at/noel/Gesundheitseinrichtungen/RSG_NOe_2030_s.pdf

Durch das angestrebte Fachärztezentrum droht aber nicht nur ein Mangel an stationärer Versorgung, sondern auch ein **Überangebot an Facharztordinationen**, vor allem wenn wirklich 30 Millionen Euro in das neue Zentrum investiert werden sollten. In diesem Fall würde eine Vielzahl an Ordinationen entstehen, ohne dass es aber möglich sein dürfte, die Zahl der Kassenstellen stark auszuweiten; die Folge wäre, dass Wahlarztpraxen einander gegenseitig stark konkurrenzieren würden. In Bezirken ohne Krankenhaus lässt sich das beliebte Geschäftsmodell der Kombination einer Oberarztposition mit einer nahegelegenen Wahlarztpraxis nicht anwenden, dadurch wäre ein Überangebot an Wahlarztpraxen mit Insolvenzrisiken verbunden. Es wurde aber bisher weder vom Investor noch von Politikseite kommuniziert, wie Fachärzten, die in den letzten Jahren im Bezirk größere Investitionen getätigt haben, wie es z.B. Bei einer Augenärztin, einem Chirurgen und einem Zahnmediziner der Fall ist, bei Errichtung eines großen Fachärztezentrums die Rückzahlung von Investitionsdarlehen ermöglicht werden wird. Das Fachärztezentrum kann damit potenziell nicht nur Ordinationen im Stadtgebiet, sondern auch solche im erst 5 Jahre alten Primärversorgungszentrum im Fortbestand gefährden.

Rückmeldungen aus der anonymen Expert:innenbefragung haben deutlich bestätigt, dass in diesem Bereich erhebliche Bedrohungen für das Überleben von Ordinationen vermutet werden. Da aus Überdimensionierung von Facharztangeboten erheblicher Konkurrenzdruck entstehen kann und die Unterdimensionierung stationärer Angebote tendenziell Fehlentwicklungen wie inadequat hohe Fahrtaufwände, Wartezeiten und Ausdünnung von Infrastruktur hervorruft, erfolgte die Bewertung **mit -2**.

Die korrigierten Einzugsgebietswerte fanden die Arbeiten zur **Konzeption von LK GD 2.0** Eingang, daher erfolgte hier eine Bewertung mit **0 Punkten**.

Bindung und -findung von Gesundheitspersonal

Die beiden Varianten unterscheiden sich hinsichtlich Entlohnung, fringe benefits, Arbeitsklima, Arbeitszeiten, Bildungs- und Aufstiegschancen.

Kollektivvertragslohn (€ brutto/Monat)

- Ordinationsassistent:in in Berufsgruppe 1 (Sekretärin, Schreibkraft, etc.): 2.157.- € brutto pro Monat im 11. Berufsjahr⁶⁶,
- Krankenhaus: Ordinationsassistent (Gruppe NOG 3): 2.817 im 11. Berufsjahr⁶⁷
- Differenz bto.: 660.- €/Monat = inkl. Dienstgeberanteil und Sonderzahlungen 12 T€ p.a., d.s. bei 40 Personen 480 T€.
- Dazu kommt der Aspekt, dass beim Wechsel in Privatunternehmen die Nichtanerkennung von Vordienstzeiten droht. Dies kann zu erheblichen Gehaltsdifferenzen führen.

Nimmt man an, dass durch die **Schließung des Krankenhauses und den Ersatz durch ein Fachärztezentrum** 10 Ärzt:innen einen Einkommensvorteil inkl. Lohnnebenkosten von je 80 T€ pro Kopf, d.s. zusammen 800 T€ bto./Jahr haben, aber 40 Beschäftigte im unteren Dienst p.a.

⁶⁶ 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

⁶⁷ Landesgesundheitsagentur NÖ, https://epaper.noe-lga.at/Gehaltstabelle-NOG_01.01.2025/4/index.html

480 T€ verlieren und 50 Beschäftigte im mittleren Dienst einen Gehaltsnachteil zus. 1.000 T€ (20 T€ pro Kopf) im Jahr haben, entsteht eine Verringerung der Bruttolohnsumme von 680 T€. 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 T€ p.a. Damit verringert sich die Wertschöpfung um ca. **1,02 Millionen € p.a.**, jene des Bezirks um ca. 800 T€ und jene der Stadt Gmünd um etwa **380 T€ pro Jahr.**

Da je nach Blickwinkel Lohnkostensparnisse als Vor- oder Nachteil gesehen werden, eignen sie sich nicht als objektives Bewertungskriterium. Es erfolgte daher eine **qualitative Bewertung** aufgrund folgender Faktoren:

Bewertung gegenüber Status Quo	Fachärzteezentrum	LK GD 2.0
Gehalt (aus Sicht Beschäftigter)	-	+
Gehalt (aus Sicht der Finanzierenden)	+	
Fringe benefits von im Landesdienst Beschäftigten	-	
Karrierechancen	-	+
Kombinationsmöglichkeit Anstellung und Selbständigkeit	-	+
Klima		
Arbeitszeit (viel Wochenende/Nacht?)	+	-
Kontinuität		+
Summe	-2	+3

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 Pernkopf⁶⁸.“*

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

⁶⁸ https://noe.gv.at/noe/Kliniken_und_Pflege_1.000_Euro_Landesmittel_sorgen_fuer_.html

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. Eine Bewertung könnte auf einer **qualitativen** Punkteskala erfolgen, indem z.B. Befragungen von Krankenhauspatient:innen und Klient:innen von Healthacross durchgeführt wurden. Da keine solchen aktuellen Bewertungen vorliegen, **unterblieb** eine Vergleichsbewertung.

Patient:innen auf Distanz

Komplizierter werdende Zuständigkeiten, Anmelde- und Ablaufmodalitäten und Kommunikationssituationen bewirken v.a. bei älteren, wenig Deutschkundigen, psychisch und mental unangepassten oder wenig leistungsfähigen 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**. Gerade diese Menschen bräuchten die Angebote aber in besonderem Maß. Diese gestörte Beziehung zwischen System und Patient:in kann sich in **Ablehnung oder Angst** manifestieren und bis zur Verweigerung jeglicher Behandlung führen, die in Extremfällen suizidale Dimension erreichen und auch Euthanasiewunsch, Suizid und assistiertem Suizid führen kann. Diese Fälle mögen nicht zahlreich sein, angesichts ihrer Schwere sind sie aber bei der Entscheidung zwischen Varianten von Gesundheitseinrichtungen mitzudenken. Man sucht den Fehler üblicherweise beim diesen Patient:innen, aber es ist auch möglich, das Gesundheitssystem annehmbarer zu gestalten. Indem zumeist diese Patient:innen als Ursache der Störung gesehen werden, gibt es auch nur wenige 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 auswirkt 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 spielt eine Rolle, ob man die konkreten Kontaktpersonen und Räumlichkeiten schon von früher kennt und schon früher zumindest eine minimale Beziehung zu ihnen aufgebaut hat. Die Varianten waren auch in dieser Hinsicht **qualitativ zu bewerten**.

	Fachärztezentrum	LK GD 2.0
Personal mit ausreichend Zeit für Gespräche		
geringe räumliche Entfernung	- (nicht mehr bei stationärem Betreuungsbedarf)	[iin anderen Kriterien bewertet]
Umgebung und Kontaktpersonen, die man schon kennt und in die eigene bekannte Welt leicht einordnen kann		+
Angebote wie Palliativteam, sozialpsychologisch ausgebildetes Pflegepersonal, Seelsorge	-	+ Pflegepersonal tendenziell besser ausgebildet wie mobile Heimhilfe
Punktebewertung	-2	+2

Verkehr, Umwelt 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.

Veränderte Weglängen - Variante Fachärzteezentrum

Die Auswirkungen werden auf den Status Quo derzeit zurückzulegender Entfernungen bezogen.

Zusatzkosten infolge GP 2040+

€ pro Jahr inkl. MwSt.

Vollkostenbetrachtung

Summe	Kosten	Haushalte	Taxi	Sanitätsdienst	LKW
zusätzliche Primärtransportkosten	1,773.310	930.457	48.971	793.881	
Wegfall Sekundärtransportkosten	-210.000			-210.000	
Wegfall Anfahrt andere Regionen	-140.000	-96.000		-44.000	
Zusätzliche Besuchsfahrkosten	806.139	8,061.396			
zusätzliche Pendelwege Personal	2,638.350	2,638.350			
Wegfall Anbringungskosten	-35.100				-35.100
Zusätzliche Mobilitätskosten Summe p.a.	4,832.700	4,278.947	48.971	539.881	-35.100
%		88,5	1,0	11,2	-0,7

Die geschätzten zusätzlichen Mobilitätskosten der Variante „Fachärzteezentrum“ sind **4,83 M€**

p.a.

Annahmen:

Die Kosten setzen sich aus fahrzeugtypabhängigem **km-Geld** (PKW: 0,5 €, KTW/PTW: 1,2 €) inkl. Parkgebühren und 45 €/Stunde für **Wegzeit** beruflicher Fahrer:innen sowie 30 € für Wegzeit privater Fahrer:innen zusammen. Darin inkludiert sind die Kosten einer in manchen Fällen mitfahrender Zivi/Sanitäter:in bzw. Notärzt:in.

Das das LK Waidhofen an der Thaya zeitgleich mit der Schließung des LK Gmünd in ein **Sonderkrankenhaus** umgestaltet werden soll, wurde angenommen, dass der Großteil der in Gmünd nicht mehr betreuten Personen gezwungen sein wird, nach Zwettl zu fahren. Während z.B. Die Entfernung von Litschau nach Gmünd 23 km beträgt, liegt Zwettl 48 km entfernt.

ÖV-Fahrten kosten bei Ansatz einer Vollkostenrechnung etwa gleichviel wie IV-Fahrten, daher wurde alles auf Basis IV gerechnet. Für den ÖV wurde keine Wegzeit gerechnet. Die einzige Verbindung von Gmünd zum abseits und hoch gelegenen Zwettler Krankenhaus erfordert einen 10-minütigen Fußweg.

Durchschnittliche **Verweildauer** 7 d (länger als der Durchschnitt, da dzt. Kurz Aufgenommene meist zu TagesklinikpatientInnen in GD werden)

Im neuen Fachärzteezentrum 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 sind leicht abgerundet, da viele nicht über Gmünd, sondern über eine direktere Strecke den neuen Arbeitsort erreichen können, sowie wegen Fahrgemeinschaften und weil manche ihren Wohnort in Arbeitsortnähe verlagern werden.

In dieser Variante fallen auch Fahrten weg, die bisher entstanden sind, indem Patient:innen

aus **anderen Teilen Niederösterreichs** zur besseren Auslastung des Standorts in Gmünd operiert wurden (Zeile „Wegfall Anfahrt andere Regionen“ in obiger Tabelle). Dies betrifft etwa 1100 stationäre Behandlungsfälle im Jahr (20 Betten * 10 Belegungen). Sie hatten ca. 290.000 km Fahrten verursacht, davon etwa 40.000 km in Krankentransportwägen und 340.000 km in PKWs (Anbringung, Abholung, Selbstfahrer:innen, Besucher:innen).

Diese Kosten fallen zum allgergröÙten Teil 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 “Fachärzteezentrum” weg, da nur Transporte zwischen Krankenanstalten gezählt werden.

Qualitative Bewertung

Längere Wege haben abgesehen von den obenstehend quantifizierten Kosten aus Auswirkungen, die nur qualitativ bewertbar sind:

- **Rettenungskettenunterbrechung:** Im Kapitel „Fachärzteezentrum“ der Beschreibung der beiden Varianten ist dargestellt, dass die Anforderung der durchgehend funktionierenden Rettenungskette vom Standort nicht erfüllt werden kann, da durch ein verunfalltes Fahrzeug (z.B. Durch Kollision mit einem Zug am dortigen Bahnübergang) die einzige Zufahrt Bleylebenstraße gesperrt wäre, sodass bis zur Räumung der Stelle das Zentrum nur per Rad, zu Fuß und per Helikopter erreichbar wäre. **Notversorgungszentren solltengrundsätzlich nicht in Sackgassen ohne zweite Zufahrt liegen.** Ein zweiter Anschluss an das öffentliche Straßennetz ist aber wegen der durch Wohnbebauung und Eisenbahnanlagen eingeengten räumlichen Lage nicht herstellbar.
- Eine weitere Anreise (z.B. 50 statt 20 km) ins Krankenhaus kann sich auf finanzschwache PatientInnen auch abgesehen von der Rettenungskette negativ auswirken, indem ggf. Fahrten unterbleiben, weil sie für die Betroffenen **zu strapaziös oder zu teuer sind.** Danach befragt, bejahten über 80% der befragten E\$xpert:innen diese negative Auswirkung.
- Die öffentliche Verkehrsanbindung ist unzureichend: Die nächstgelegene ganztägig angefahrene **Autobushaltestelle** Schubertplatz ist 8-10 Gehminuten (680 m, eine Querung mit Fussgeherübergang) entfernt, der **Bahnhof mit Busbahnhof** 16-20 Gehminuten (1300 m, 3 Querungen). Die derzeitige Gehentfernung von der

Bushaltestelle zum Landesklinikum beträgt 240 m (um 440 m weniger), die zum Bahnhof 800 m (um 500 m weniger). Eine ÖV-Haltstelle ist in der Visualisierung nicht eingezeichnet. Die ÖV-Fahrt nach **Zwettl** ist nur von Gmünd, Schrems, Kirchberg Hoheneich und Waldenstein ohne Umsteigen möglich und aus dem Norden des Bezirks beschwerlich: in Zwettl ist ein bergauf führender Fußweg von 10 Minuten zu bewältigen.

- Bei dem erwartbar hohen Anteil temporär oder dauerhaft gehbehinderter Patient:innen wird die Zusatzentfernung von Haltestellen und innerstädtischen Wohnorten zum Ärztezentrum in vielen Fällen eine Anfahrt per Krankentransportwagen oder PKW erfordern und somit privaten und öffentlichen Haushalten **Zusatzkosten** und gerade in Verbindung mit frühzeitiger Entlassung auch Gersundheitsrisiken verursachen.
- Der **ruhende Verkehr** ist im derzeitigen Grobkonzept unzureichend gelöst. Die ans Health-Across-Med anschließende Parkfläche für 15 Fahrzeuge wird ie bisher für 5-10 PKWs von Grenzgängern, die von hier aus zu Fuß nach Velenice gehen, benötigt werden. Inklusiv dieser Fahrzeuge parken beim Healthacross-Med-Zentrum derzeit bis zu 20 PKW. Auf der Visualisierung sind befestigte **Parkflächen** für 28 PKW eingezeichnet, von denen also ca. 14 für das bestehende Healthacross-Med weiter benötigt werden. Weitere 14 (die südliche Hälfte) bereits sich jedoch bereits auf dem als **Grünland-Sportstätte** Festgelände gewidmeten Grundstück. Auf Grundstücken mit dieser Widmung dürfen nur Parkplätze errichtet werden, die vorrangig Sport-, Fest- und Freizeitwecken dienen. Sollten sie vorrangig der Klientel des Fachärztezentrums samt Schulungscampus dienen, wäre diese Fläche von Grünland zu Bauland-Sondergebiet oder Verkehrsfläche umzuwidmen, wobei allerdings darauf Bedacht zu nehmen wäre, dass für die **Sportstättenwidmung eine ausreichend große Fläche verbleiben würde**, da Gmünd zwar über mehrere kleine Festwiesen verfügt, die Stadt aber nur diese eine Fläche für Großzelte besitzt. Angesichts der Nähe zum Natura 2000-Gebiet wird der Parkplatz eine zuverlässige **Regenwasserableitung mit Ölabscheideanlage** benötigen; ein Restrisiko der Einwachtung von Schadstoffen aus dem Parkplatz in die Lainsitz bleibt dabei bestehen. **Fazit:** Die visualisierte dichte Bebauung des Areals würde um ca. **30-40 weniger PKW-Stellplätze als benötigt** auf Flächen, die hinsichtlich der Widmung dafür geeignet sind, ermöglichen.
- **Flugverkehr:** Der **Heliport** wird ein Betriebsgebäude und wahrscheinlich auch einen Kerosintank von ca. 250 hl Fassungsvermögen mit Zapfsäule und Füllschrank benötigen.
- Die Radweganbindung ist sehr gut.

Es erfolgte daher auch eine **qualitative Bewertung mit -3 Punkten beim Fachärztezentrum**.

Veränderte Weglängen Variante LK GD 2.0

Quantitative Bewertung:

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 gegenüber dem Status Quo 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 ⁶⁹	310.000	422.220	531
stationäre Aufenthalte	5.588 ⁷⁰	4.100		

Besucherwege			30.000	35
Personalwege			1,050.000	875
Summe			1,502.220	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...)
- Weiterhin nahe Haltestellen. 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 jährlich um ca. **1,502 Mio. €** gestiegene Mobilitätskosten erwartet.

Qualitative Bewertung:

In der qualitativen Expert:innenbefragung wurde die Frage gestellt: „*Wie gravierend wirkt sich eine weitere Anreise (50 statt 20 km) ins Krankenhaus auf finanzschwache PatientInnen aus (Frage bezieht sich nicht auf Notfalleinsätze)?*“

Alle Respondent:innen beantworteten die Frage mit „*Viele, die wenig mobil und sozial schlechter gestellt sind, werden Behandlungen aufschieben (über 5 % der Patienten)*“. Keine Antwort lautete auf weniger als 5% der Patient:innen. Eine Studie des Max Planck-Instituts belegte für Deutschland⁷¹, dass lange Wege zur Versorgung sich auf die Lebenserwartung negativ auswirken.

Durch die Auflassung einer Gesundheitsleistungen wird es in dieser Variante zu zusätzlichen Wegen z.B.in Othopädieabteilungen anderer Städte und in spezialisierte Ordinationen kommen, die nicht völlig durch neue Angebote kompensiert werden können und die schlechter erreichbar sind, sodass für weniger mobile Patient:innen die Zugangsbarrieren etwas höher werden. Es erfolgte daher auch eine **qualitative Bewertung mit -1 Punkt bei der Variante LK GD 2.0.**

Klima und Luftreinhaltung

Laut Umweltbundesamt emittiert die aktuelle PKW-flotte Österreichs im Durchschnitt etwa 120 g CO₂, 0,3 g NO_x und 0,003 g Feinstaub pro gefahrenem Kilometer

Kategorie	g/km	Fachärztezentrum	LK GD 2.0	Differenz
-----------	------	------------------	-----------	-----------

⁶⁹ Hohenbichler Anna, in NÖN-Gmünder Zeitung vom 13.5.2026

⁷⁰ ibidem

⁷¹ Ebeling, M., R. Rau, N. Sander, E. Kibele and S. Klüsener: Urban–rural dis- parities in old-age mortality vary systematically with age: evidence from Germany and England & Wales. Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels des Max-Planck-Instituts für demografischen Wandel, Public Health 205(2022), 102–109.

DOI: [10.1016/j.puhe.2022.01.023](https://www.dia-vorsorge.de/land-oder-stadt-wo-altern-menschen-gesuender/), nach: <https://www.dia-vorsorge.de/land-oder-stadt-wo-altern-menschen-gesuender/>

Zusätzliche km p.a.		2,645.000	1,502.000	1,143.000
CO2	120	317.397	180.266	137.310
NOx	0,3	793	451	343
Feinstaub	0,003	8	5	3
55€/t CO2-Äquiv. 2026		28.566	16.224	12.358

Der erhöhte Verbrauch von Rettungsautos, LKWs und Helikoptern Im mittleren Jahr der Periode 2026-2051 wird die Durchschnittsemission der Fahrzeugflotte bereits geringer als die der jetzigen Neuzulassungen sein (schätzungsweise 80 g/km). Wenn die CO2-Zertifikate im mittleren Jahr dieser Periode 90 € kosten (dzt. 55), so ergibt sich in der **Variante Fachärztezentrum** ein CO2-Mehrpreis von **29 T€**, in der **Variante LK GD 2.0** einer von **16 T€**.

Durch den Rückgang des Dieserverbrauchs ist in beiden Varianten ein starker Rückgang bei NOx und bei Fein- und Ultrafeinstaub aus Abrieb und Abgas zu erwarten. Dies wird sich positiv auf die Atemwegesundheit vor allem in entlasteten Durchfahrtsorten wie Gmünd, Waldenstein, Schweiggers, Limbach, Kirchberg, Ullrichs und Jagenbach auswirken. Getrübt wird dieser Effekt durch starken /Fachärztezentrum) bzw. mäßigen Zusatzverkehr – dieser Effekt ist hier **qualitativ mit -2 bzw. -1 Punkt bewertet**.

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 das Land 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 Siedlungsgebietwachstums 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 Einweckbauwerk 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.

Abgesehen von der im Kapitel Abbruchkosten beschriebenen Kostenbelastung wäre es auch aus Nachhaltigkeitsgründen sinnvoll, 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 weiterbetrieben werden, die Facharztpraxen könnten im Gebäude so viel Platz finden, dass noch ein Geschoss mit Bettenstationen für stationären Spitalsbetrieb frei bliebe.

Die ca. 1,4 ha große Fläche des Fachärzteezentrums wird laut Visualisierung zu 85% (ca. 11 900 m²) versiegelt, die verbleibenden 15% (ca. 2 100 m²) werden von einer derzeit dreischnittigen Wiese zu Rasenstreifen mit den für Verkehrsflächenbegrenzungen üblichen Baum- und Strauchbepflanzungen abgewertet. Darüber hinaus ist laut einer vom Land NÖ und der LGA NÖ präsentierten Visualisierung die Umgestaltung eines großen Teils des Grünlands-Freiflächen-Sportstätte zu PKW-Abstellplätzen vorgesehen, wodurch bis zu 1 ha Grünfläche (nicht exakt ersichtlich) versiegelt würden. Insgesamt entspricht dies der Versiegelung einer Fläche für über 100 Wohnungen in neuen Mehrfamilienhäusern, also dem gesamten mittelfristigen Wohnbaubedarf der Stadt bei gleichzeitigem Brachfallen bestehender Parkplätze im Raum Spitalgasse.

Der **Landschaftsverbrauch** des Fachärzteezentrums ist dadurch besonders hoch, da die Geländebeschaffenheit niedrige Geschöszahlen ohne Unterrückbau erzwingt.

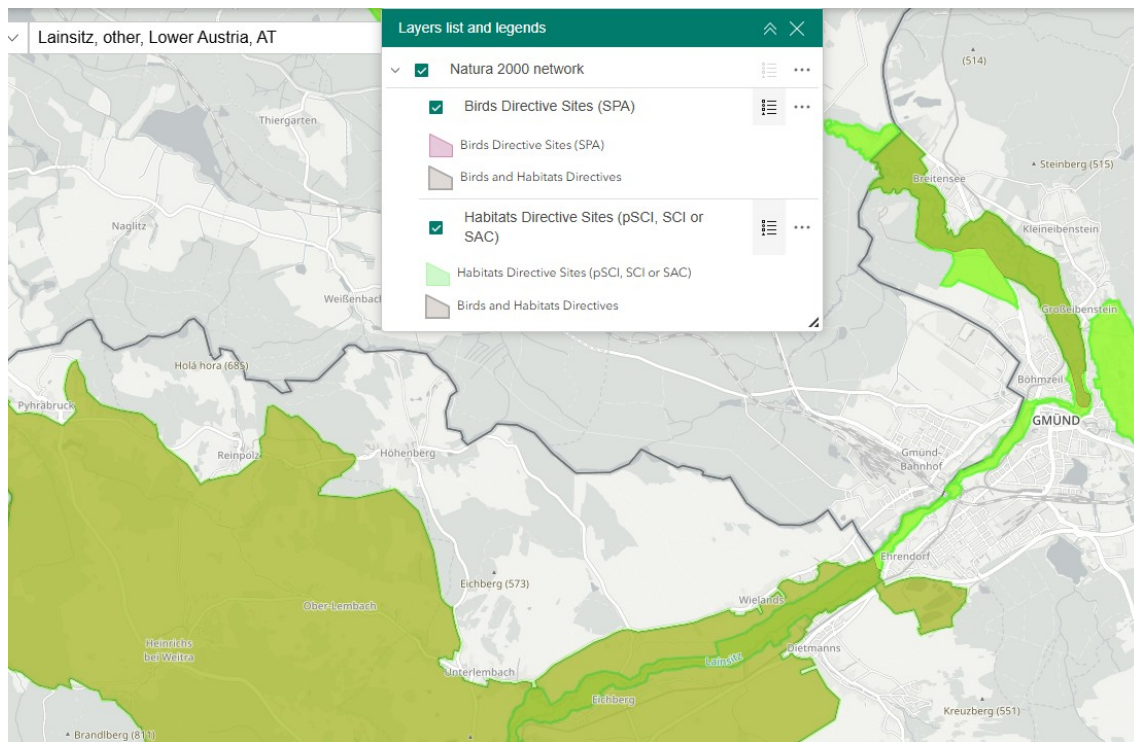
Die drei **bestehenden befestigten Parkplätze** des Landeskrankenhauses (ca. 2000 m²) würden in dieser Variante zudem zu versiegelten Brachflächen werden, da in ihrem Umkreis über den Bedarf des LK hinaus kein Bedarf nach weiteren Parkplätzen besteht.

Der für das Fachärzteezentrum samt Nebengebäuden anfallende hohe **Rohstoffverbrauch** ist ebenso wie der **Recyclingaufwand** bei Auffassung des Krankenhauses als weitere Negativposition dieser Variante zu sehen. Die qualitative Bewertung der Variante Fachärzteezentrum resultierte in der Feststellung von „deutlich negativen Auswirkungen“ – hier erfolgte daher ein Abzug von **2 Punkten**.

Wegen Fehlens von Auswirkungen wurden für die **Variante LK GD 2. = 0 Punkte** vergeben.

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 Viewer⁷²

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 Třeboň-Veselí.

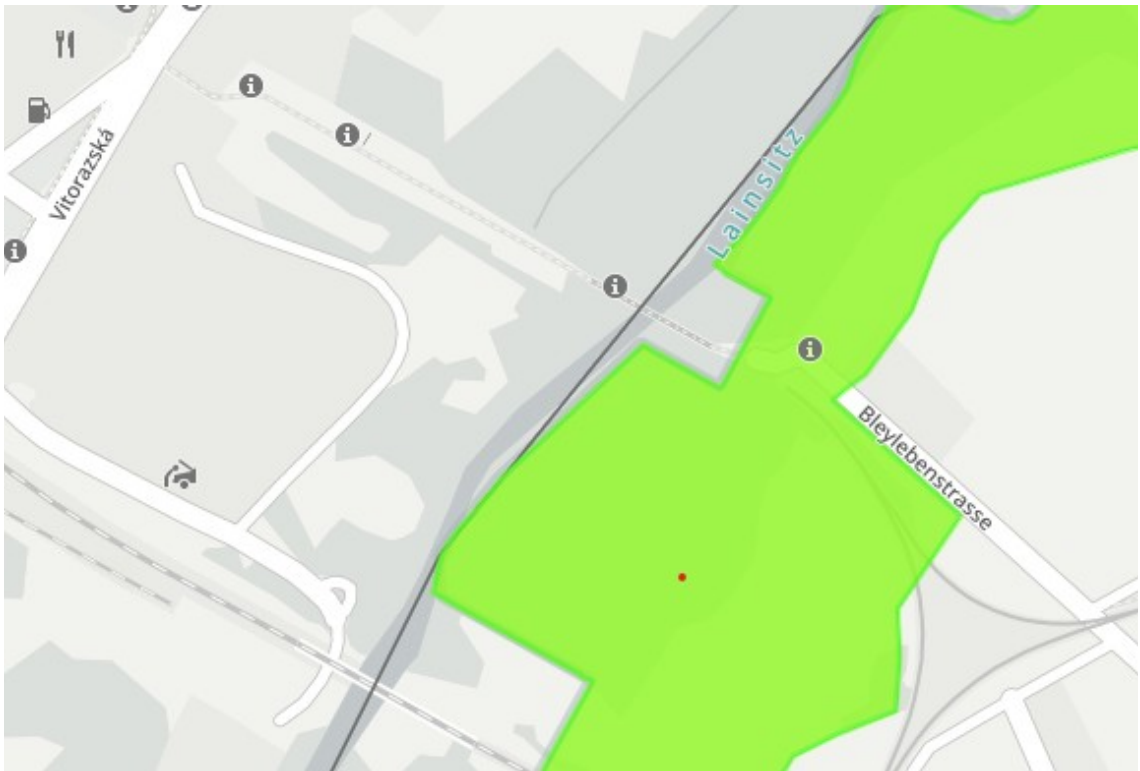
Man kann erkennen, dass zwar ein Teil des Healthacross-Med-Gebäudes auf der ausgenommenen Fläche steht, ein anderer jedoch im Schutzgebiet liegt, und dass die für das Fachärzteezentrum und seinen Parkplatz vorgesehene Sondergebietsfläche zur Gänze im Natura 2000-Gebiet liegt.

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 (*Ophionymphus cecilia*), aber auch bei Pflanzen wie Echter Baldrian (*Valeriana officinalis*), Echtes Mädesüß (*Filipendula ulmaria*), Echter Beinwell (*Symphytum officinale*), Pfaffenhütchen (*Euonymus europaeus*), Giersch (*Aegopodium podagraria*), Schlangenknoterich (*Persicaria bistorta*), Großer Wiesenknopf (*Sanguisorba officinalis*), Gilbweiderich (*Lysimachia vulgaris*), Waldsimse (*Scirpus sylvaticus*) und Kohldistel (*Cirsium oleraceum*) und dadurch auch bei an diesen gebundene Insektenarten und ihren Fressfeinden, d.s. v.a. einige Vogelarten⁷³. Alle diese Arten außer der Kohldistel wurden bei Begehungen der Parzellen zwischen Ärzteezentrum und Lainsitz 2026 angetroffen.

⁷² https://natura2000.eea.europa.eu/ExpertViewer/?page=Page-1-&v=latest&views=Filter_View

⁷³ Matouch, S., Wrbka, Th., Naturschutzkonzept Lainsitztal, 1993 (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 České Velenice von einander teilt. Der beiderseits des Flusses Lainsitz bestehende Biokorridor konnte bislang im gesamten Verlauf der Grenze zur Stadt České 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 Feste mehr in Gmünd abgehalten werden könnten.

Das Grundstück in der Gmünder Conrathstraße, auf dem das Landeskrankenhaus steht, würde sich durch seine zentrale Lage hingegen kaum zur Wiederbegrünung eignen. Es sind keine Pläne für die Neunutzung des Grundstücks bekannt⁷⁴.

Des Weiteren ist es möglich, dass der **Hubschrauberlandeplatz** negative Auswirkungen auf den Vogelbestand im Natura-2000-Gebiet und den angrenzenden Freihalteflächen haben kann. Die **qualitative Bewertung des Landeplatzes** erfolgt in einem gesonderten Kapitel behandelt.

Bei der Standortevaluierung Weinviertel⁷⁵ wurde festgelegt, dass die Lage abseits von naturschutzrechtlichen Schutzgebieten und Naturdenkmäler eine **Mindestanforderung** an einen Standort darstellt. „Auch Standorte im Nahbereich von Naturdenkmälern kommen für das ggst. Vorhaben deshalb nicht in Frage.“

Das geplante Fachärztezentrum befindet sich in 310 m Entfernung vom nächsten Naturdenkmal. Würde angesichts dessen, dass vom Land NÖ betont wird, das Zentrum würde von Leistungsumfang und Frequenz einem Grundversorgungs Krankenhaus sehr nahe kommen, das Fachärztezentrum nach den Kriterien der Standortevaluierung Weinviertel des Landes NÖ bewertet, würde dieser Standort **nicht empfohlen** werden.

Für dieses Kriterium konnte nur eine **qualitative** Bewertung erfolgen.

Die Bewertung der Auswirkung eines **Fachärztezentrums** erbrachte **-2 Punkte**. Die Baumaßnahme ist knapp außerhalb des Schutzgebiets vorgesehen, die als Baugrund vorgesehene Wiese hat jedoch eine Pufferzonenwirkung. Eine gewisse negative Auswirkung ist durch Verringerung und Beeinträchtigung der Pufferzone gegeben. Eine Umweltverträglichkeitsprüfung ist mit hoher Wahrscheinlichkeit erforderlich.

Rechtsvorschriften:

Hinsichtlich des Artenschutzes und der Einhaltung von Regulativen für Europaschutzgebiete (§9) ist das NÖ Naturschutzgesetz 2000 zu beachten, ebenso wie die Bewahrung des Landschaftsbildes nach dem Raumordnungsgesetz⁷⁶.

Die Bewertung der Auswirkung des **LK GD 2.0** erbrachte **0 Punkte**.

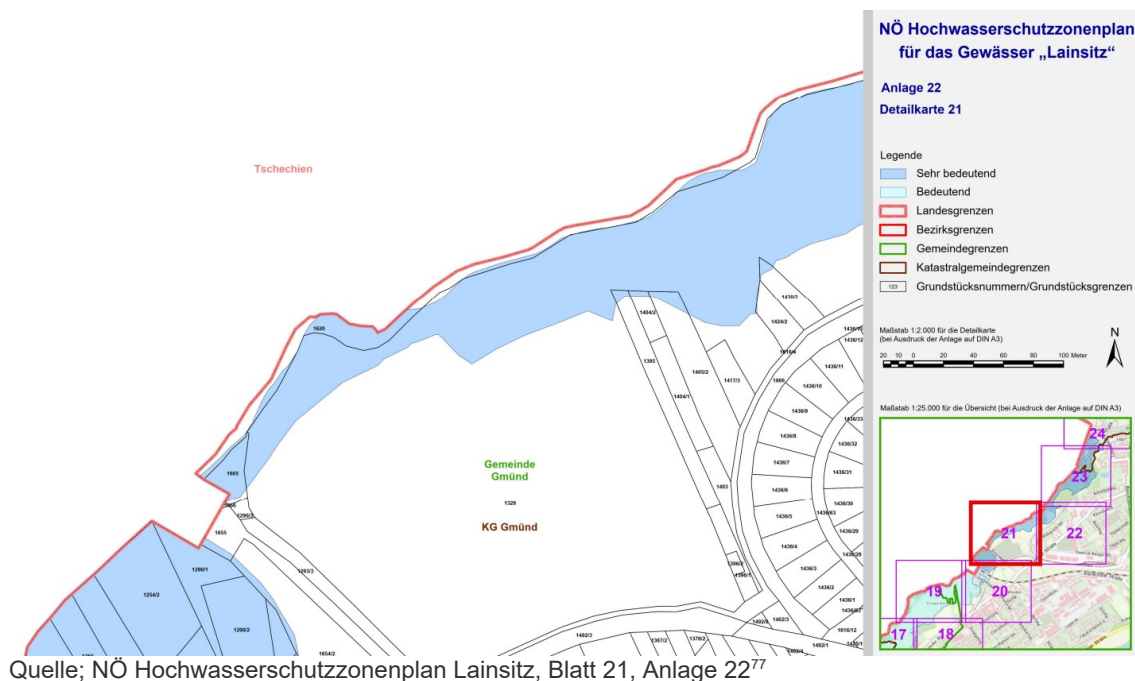
Hochwasser

Der Bauplatz für das **Fachärztezentrum** liegt ca. **40 m entfernt** vom Gebiet mit als **„sehr bedeutend“** klassifizierter **Gefahr** durch ein hundertjähriges Hochwasser (HQ100). Die Fußbodenoberkante würde ca. 0,5 m höher als die Hochwasserlinie liegen.

⁷⁴ NÖN – Gmünder Zeitung Online vom 26.5.2026, Anna Hohenbicher “Wir müssen jetzt nach vorne blicken”

⁷⁵ Amt der NÖ Landesregierung, Gesundheitsplan 2040+ - Studie zur Standort-Evaluierung für ein Schwerpunkt-Klinikum in der Versorgungsregion Weinviertel, Sankt Pölten, 04/2026

⁷⁶ Der Erhalt und Schutz des Landschaftsbildes stellt ein generelles Leitziel der Raumordnung dar (vgl. § 1 Abs. 2 Z 1 lit. f NÖ Raumordnungsgesetz 2014, LGBl. Nr. 104/2025).



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 Jahrhunderhochwassereignisse eingetreten⁷⁸, 2014 wurden z.B. von Ybbs und Pielach die Wasserstände eines 100-jährigen Hochwassers (HQ100) überschritten, am Donauegel Kienstock trat ein HQ100 1899, 2002 und 2013 auf. Geosphere Austria hat gegenüber den 1960er Jahren eine 35%-ige Zunahme von Extremniederschlägen beobachtet, das Abflusstempo steigt durch Hochwasserschutzbauten und Bodenverdichtung. Andererseits mildern Hochwasserschutzbauten einen Teil des Risikoanstiegs wieder ab. Beim Hochwasser 2003 befand sich der Bauplatz ca. **30 cm über dem Wasserspiegel der Lainsitz**.

Maßgebende **Grundlage** für das ggst. Kriterium ist das generelle Leitziel der Raumordnung, dass „durch die Berücksichtigung vorhersehbarer Naturgewalten bei der Standortwahl für Raumordnungsmaßnahmen Voraussetzungen für die Gesundheit der Bevölkerung geschaffen werden sollen“⁷⁹.

Rechtslage:

Das NÖ Raumordnungsgesetz besagt in § 15⁸⁰:

„(3) Flächen dürfen nicht als Bauland [...] gewidmet werden, wenn sie aufgrund der Gegebenheiten ihres Standortes dafür ungeeignet sind. Dies ist insbesondere der Fall bei: 1. Flächen, die bei 100-jährlichen Hochwässern überflutet werden [...] (6) In Bereichen, die von einem Hochwasserereignis niedriger Wahrscheinlichkeit (HQ300) überflutet werden, ist die Widmung von Bauland-Sondergebiet mit Gefahrenpotential, Bauland-Industriegebiet und Bauland-Verkehrsbeschränktes Industriegebiet nicht zulässig. (7) Zusammenhängende und unbebaute Flächen entlang von Fließgewässern, die von einem 30-jährlichen Hochwasser überflutet werden oder für die rote Zonen in Gefahrenzonenplanungen ausgewiesen sind, sind als Grünland-Freihaltefläche-Retentionsfläche zu widmen.“

⁷⁷ Amt der NÖ Landesregierung, 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

⁷⁸ <https://www.greenpeace.de/klimaschutz/klimakrise/ursachen-jahrhunderthochwassers>

⁷⁹ (vgl. § 1 Abs. 2 Z 1 lit. i NÖ Raumordnungsgesetz 2014, LGBl. Nr. 104/2025

⁸⁰ § 15 Abs. 3 Z 1 lit. i NÖ Raumordnungsgesetz 2014, LGBl. Nr. 104/2025

Für den Standort bedeutet dies:

- **in Hinblick auf Punkt (3)** der Bestimmung gilt, dass sobald eine Fläche einmal als Bauland gewidmet ist, sie es vom Gesetz her auch bei späterer Verschiebung der Überflutungsgrenze des 100-jährigen Hochwassers bleiben kann. Obwohl absehbar ist, dass im Licht der klimawandelbedingten Zunahme von Hochwassereignissen hundertjährige Hochwässer sich in Niederösterreich künftig öfter als alle 100 Jahre ereignen werden, darf die Baulandwidmung der Baufläche des Fachärztesentrums also bestehen bleiben. Ob es aber auch **klug** ist, tatsächlich bis an die Grenze dieser Gefahrenlinie zu bauen, mag dahingestellt sein, und umso mehr, ob es klug ist, dass dieselbe Behörde, die das im Raumordnungsgesetz genannte Leitziel des Schutzes vor Hochwasser verordnet hat und kontrolliert, selbst Bauvorhaben direkt am Rand dieser fraglich gewordenen Gefahrengrenze in ihrer Maßnahmenplanung verordnet und anmietet.
- **in Hinblick auf Punkt (7)** der Bestimmung wäre jedoch, falls infolge der zunehmenden Häufigkeit von Hochwassereignissen der Baugrund einmal in die 30-jährige Hochwasserzone fallen würde, die Fläche zu Grünland zurückzuwidmen, was Neu- und Zubauten unmöglich machen würde, zumal da Bauten auf Gründen ungenügender Tragfähigkeit des Untergrundes auch nach § 20 (1) 4b NÖROG nicht als erhaltenswerte Bauten im Grünland gewidmet werden dürfen, oder es müsste durch zusätzliche Hochwasserschutzbauten die Gefahrenzone wieder so verkleinert werden, dass das Sondergebiet wieder außerhalb von ihr liegen würde.
- **in Hinblick auf Punkt (6)** der Bestimmung ist zu prüfen, ob das hier gewidmete Bauland-Sondergebiet-Gesundheitseinrichtung ein Bauland-Sondergebiet mit Gefahrenpotenzial darstellen wird. Dabei wird zu prüfen sein, ob diese Widmung üblicherweise die Lagerung technischer Gase, die Verwendung von Hochdruckgefäßen, Strahlungsmedizingeräten, den Betrieb von chemische Laboratorien und Apotheken und die Vorratslagerung von Kerosin zur Helikopterbetankung umfassen. Ist dies der Fall, ist die Widmung abzuändern in eine Widmung, die solche Tätigkeiten nicht ermöglicht. Es geht also nicht um die tatsächlich am Standort vorgesehene Nutzung, sondern um die Frage, ob Gesundheitseinrichtungen ein Gefahrenpotenzial haben.

Risikobewertung:

In Abwägung all dessen ist als eher wahrscheinlich anzunehmen, dass während der Lebensdauer eines hier errichteten Fachärztesentrum einmal eine **Überschwemmung** des Areals Bleyleben durch ein im Plan noch als "hundertjährig" qualifiziertes Hochwasser auftritt; lagebedingt ist dieses Risiko kaum versicherbar

- 1) Die Wahrscheinlichkeit, dass mit oder ohne vorangegangenen Hochwasserschutzereignis im Natura 2000-Streifen zwischen Fachärztesentrum 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 T€ zu rechnen⁸¹. Abgemindert durch die Wahrscheinlichkeit von 70% und abgezinst wegen in der Zukunft liegender Kosten wären hier 25 T€ zu veranschlagen, dazu kommen ca. 8 T€ für Instandhaltung, Auf- und Abbau, insgesamt also 33 T€. Schon in diesem Fall kommt ein aus den genannten Rechtsbestimmungen resultierendes Risiko hinzu: Da der Bauplatz nahe der Grenze zur ausgewiesenen Hochwassergefahrenzone liegt, ist damit damit zu rechnen, dass in den nächsten Jahren eine Neudefinition des hundertjährigen Hochwassers erfolgt, die bewirken kann, dass der Baugrund dann innerhalb einer solchen Zone zu liegen kommt. In dem Fall würde der Marktwert um ca. 12,5% sinken⁸². Da das Risiko zu 70% eintritt und es es zu ca. 40% wahrscheinlich ist, dass sich dieser Wertverlust nicht in geringere Miete umlegen lässt, erhöht sich das Risiko um 0,945 M€, das Gesamtrisiko des Szenarios (a) beträgt sohin **0,978 M€**.

⁸¹ Amt der Kärntner Landesregierung, valorisiert. <https://www.ktn.gv.at/Service/News?nid=34309>

⁸² Schlager, G., Verkehrswertminderung bei Grünlandgrundstücken Ergebnisse einer Expertenbefragung, immo aktuell 6/2021, http://www.oekologen-ingenieure.at/pdf/mMw_gruenland.pdf

- 1) 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 220.000 € zu rechnen, bei einer Wahrscheinlichkeit von 40% sind dies abgezinst 80 T€. Dazu kommt dann das Risiko einer Wertminderung laut Punkt (a) erhöht um einen Faktor von 10% wegen des nach einem Ereigniss deutlicher wahrgenommenen Risikos, d.s. 520 T€; in Summe ist das Risiko im Szenario (b) **599 T€**.
- 2) 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 T€ für Schließtage, 600 T€ (5% des Gebäudewerts) für Wiederherstellung hygienisch benutzbarer, trockener Erdgeschossräume und 50 T€ für Bergungs- und Einsatzkosten anzusetzen, d.s. 1,1 M€, die bei einer Eintrittswahrscheinlichkeit von 5% als Kostenfaktor von 48 T€ anzusetzen sind. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Teil des Areals (oder seine gesamte Fläche) in diesem Szenario vor oder nach dem Ereignis in der HQ30-Zone zu liegen kommt, fällt mit diesem Risiko zusammen, erhöht aber die Auswirkung erheblich, da in diesem Fall das Gebäude nicht nur wegen der Überflutung, sondern auch wegen der geänderten Flächenwidmung und Zukunftserwartung massiv an Wert verliert und es nicht sicher ist, dass eine solche Wertminderung auch zur entsprechenden Senkung der Miete führen wird. Dieses Zusatzrisiko ist mit einem Schadensausmaß von 40% des Zeitwerts der Liegenschaft im mittleren Bestandsjahr (8,8 M€) und mit Eintrittswahrscheinlichkeit 2,5% ansetzbar, wobei das Risiko, dass der Wertverlust nicht auf die Miete umlegbar ist, 40% beträgt, d.s. **98 T€**.

Das Gesamtrisiko der **Variante Fachärzteezentrum** durch Hochwasser kann durch „Addition der Risikobeträge abzüglich einem Abschlagsfaktor geschätzt werden. Die Risiken können zwar unabhängig von einander auch mehrere Male eintreten, aber wenn nach einem ersten Schaden Schutzmaßnahmen getroffen worden sind, wird ein weiterer Schaden deutlich weniger wahrscheinlich. Eine komplexe versicherungsmathematische Berechnung würde den Rahmen dieser Analyse sprengen, daher wurde hier folgende Näherungsberechnung zur Bemessung des nicht versicherbaren Gesamtrisikos vorgenommen:

Gesamtrisiko	Wahrscheinlichkeit	Risikobewertung in T€
Fall nichts	30%	0
Fall nur A	36%	242
Fall A mehrmals	12%	267
Fall nur B	19%	287
Fall A, dann B	13%	352
Fall B, dann A	6%	176
Fall nur C + C nach A	1%	20
Fall A+A+B	2%	54
Fall A+B+C	1%	31
Fall B+C	1%	25
Summe		1399
Annuität		56

Qualitative Bewertung

Das Kriterium Hochwasser ist zudem auch qualitativ zu bewerten. Das Risiko für den Investor ist auch wenn diese Entscheidung in seinem Sinn getroffen wird, extrem hoch bedingt durch eine

mögliche erhebliche Wertminderung nach einer möglichen Verschiebung von Überflutungsgrenzlinien oder nach tatsächlicher Überschwemmung des Areals. Die Fremdkapitalaufnahme wird für ihn durch dieses Risiko erheblich erschwert, oder es kann der Fall eintreten, dass die Liegenschaft über ihren (reduzierten) Wert hinaus kreditbelastet wäre, wodurch der Fortbestand des Zentrums gefährdet wäre (siehe Kapitel zu Unsicherheiten und Bestandssicherheit).

Die Bewertung erfolgt für das Fachärzteezentrum qualitativ mit einer Punktebewertung von **-3**, denn gerade **kritische Infrastruktur sollte im Sinn der Ziele der NÖ Raumordnung und aus Prinzip nur außerhalb von Gefährdungszonen errichtet werden**. Die Wahrscheinlichkeit, dass die rechtswirksame Entscheidung getroffen wird, Bauland-Sondergebiet-Gesundheitseinrichtung wäre grundsätzlich **Bauland mit Gefahrenpotenzial**, wird als ausreichend hoch eingeschätzt, um einen **Planungsaufschub** bis zum Zweitpunkt der Klärung vorzunehmen, um gestrandete Planungskosten zu vermeiden.

Für die **Variante LK GD 2.0** besteht kein Hochwasserrisiko.

Altlasten

Rechtslage: NÖ Raumordnungsgesetz § 15 (3)⁸³: „*Flächen dürfen nicht als Bauland [...] gewidmet werden, wenn sie aufgrund der Gegebenheiten ihres Standortes dafür ungeeignet sind. Dies ist insbesondere der Fall bei: 1. Flächen, die bei 100-jährlichen Hochwässern überflutet werden; 2. Flächen, die eine ungenügende Tragfähigkeit des Untergrundes aufweisen (...)*“

Der zur Verbauung vorgesehene Standort Gmünd-Bleylebenstraße 6 ist die ehemalige Deponie „Bleyleben“ der Stadtgemeinde Gmünd. Das Areal wurde lt. Auskunft der Stadtgemeinde 1971-84 von der Stadt Gmünd und zuvor schon von einem Textilunternehmen zur Ablagerung von **Abfall aller Art** genutzt und später mit Aushubmaterial abgedeckt. Dabei blieben Kavernen und mit damals als inert⁸⁴ betrachtetem Abfall unterschiedlicher Dichte und Druckfestigkeit gefüllte Bereiche zurück. Bereits verstorbene Gmünder:innen haben zudem berichtet, dass hier auch die **Blindgänger** des Luftangriffs vom 23.3.1945 gelagert sind. Eine Verbauung ist laut einem Gutachten von 2018 daher nur mit sehr tief gegründeten Pilotenfundamenten und einer Fundamentplatte und nicht mit klassischer Streifenfundierung möglich, ein Plattenfundament wäre mit einer ausgasungssicheren Abdichtung zu versehen. Die Fläche war am 13.5.2026 im Altlastenportal des Umweltbundesamts **nicht** als Deponiestandort oder Verdachtsfläche angeführt, auch nicht als dekontaminiert⁸⁵.

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.“⁸⁶

⁸³ § 15 Abs. 3 Z 1 lit. i NÖ Raumordnungsgesetz 2014, LGBl. Nr. 104/2025

⁸⁴ d.h. keine Schadstoffe abgeben

⁸⁵ <https://altlasten.umweltbundesamt.at/altlasten/addrsearch/>

⁸⁶ https://www.meinbezirk.at/gmuend/c-lokales/gruene-fordern-aufklaerung-zum-areal-bleyleben_a7345979

Abb. – Ausschnitt aus dem Altlastenatlas des Umweltbundesamts



Obige Karte ist ein Ausschnitt aus dem Altlastenatlas⁸⁷, 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.”*

Das Altlastenrisiko wird durch das auf der gleichen Fläche gegebene **Hochwasserrisiko** weiter erhöht. Bei Starkniederschlag ist mit einer **Auswaschung** bzw. Abbrechen der Böschungskante hin zur Lainsitz zu rechnen, die sich nicht nur auf die **Tragfähigkeit** des Untergrunds der nahebei dauerhaft aufgestellten Container und der Gebäude negativ auswirken würde, sondern auch das Risiko des **Austrags von Schadstoffen in den Vorfluter** in sich birgt. Im Zuge der Studie befragte Experten (Fachgebiete Geologie und Bauwesen) bestätigen, dass die einzige Möglichkeit, dieses Risiko auszuschalten, der Abbau des bestehenden Heilöthacross-Med-Zentrums und die vorschriftsgemäße Verbringung des Deponieguts wäre. Durch die sich daraus ergebende Absenkung des Deponiegeländes um mehrere Meter würde sich eine Hochwasserretentionsfläche ergeben, die trotz der bestehenden Hochwasserschutzbauten bei

⁸⁷ Altlastenportal des Umweltbundesamtes

einem starken Hochwasserereignis ausschlaggebend für den Schutz der flussabwärts gelegenen Stadtteile von Gmünd vor Verkläuserung und Hochwasserschäden sein könnte.

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.

Die Bewertung der Auswirkung eines Fachärztezentrums auf die Altlastenrisikosituation von Gmünd erfolgt durch **-3 Punkte (LK GD 2.0: 0 Punkte)**.

Lärm und Gefährdung durch Helikopter

In der Variante Fachärztezentrum werden etwas mehr Helikopterabflüge erfolgen, und es soll eion nahe einem ruhigen Wohngebiet entfernter, neu errichteter und laut Visualisierung nur ca. 10 m erhöht gelegener **Heliport** genutzt werden. Die Rechtsbestimmungen für Heliports bei Krankenanstalten werden bei der Errichtung nicht anwendbar sein, das Bauvorhaben wird nach dem Luftfahrtgesetz abgehandelt werden. Da im Verwaltungsverfahren zur Bewilligung eines Landeplatzes nur jenen Liegenschaftseigentümern Parteistellung zukommt, auf deren Grundstücken der Flugplatz errichtet wird oder die sich in Sicherheitszonen befinden, so liegt nach erteilter Bewilligung zwar noch keine „behördlich genehmigte Anlage“ vor, der in solchen Fällen uneingeschränkt bestehende allgemeine zivilrechtliche Untersagungsanspruch nach § 364 ABGB wegen **Lärmerregung** wird allerdings nur dann durchsetzbar sein, wenn eine Gesundheitsgefährdung vorliegt. Die Lärmschutzverordnung für Bauland ist nur bei zusätzlicher Baulandwidmung anzuwenden.⁸⁸

Als der bestehende derzeit genutzte Heliport im Norden der Stadt errichtet wurde, wurde dem Projektwerber Access Industria Park Austria GmbH eine **Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP)** vorgeschrieben⁸⁹, obwohl nur max. 5 Starts pro Woche (keiun Nachtbetrieb!) vorgesehen waren, die nächstgelegene Wohnnachbarschaft 800 m vom Heliport entfernt war und das nächstgelegene Natura-2000-Gebiet ca. 1000 m östlich und nordwestlich dieses Heliports lag. Im Fall des Fachärztezentrums ist die Entfernung zum Wohngebiet 180 m, die zum Natura 2000-Gebiet 20 m und die Zahl der Starts könnte höher sein, sodass davon auszugehen ist, dass in diesem Fall eine UVP erforderlich sein wird. Nachtbetrieb von Hubschraubern wird erst in jüngster Zeit durch die markteinführung von NVIS-Brillen⁹⁰ üblich, und es ist noch offen, wie Lärmschutzentscheidungen darauf reagieren werden. Durch „Screening and Scoping“ ist zu beurteilen, in welchen Aspekten eine UVP nach Anhang 1 Zi.14 zum UVP-Gesetz 2000 durchzuführen ist. Eine UVP würde für ein Vorhaben dieser nicht allzu großen Komplexität ca. 15-18 Monate dauern und kann ergeben, dass das Zentrum ohne Heliport gebaut werden müsste.

Das **Fachärztezentrum** bietet einen näher an der Akutversorgung gelegenen Heliport, der allerdings eigens errichtet werden müsste, was mit Lärm (auch nachts) im angrenzenden Wohngebiet und mit Gefährdungsrisiken (Überflug, Start, Landung, Kerosinlager) verbunden wäre **(-2 Punkte)**. Der Variante **LK GD 2.0** bleibt der Nachteil weiterer Entfernung zur Akutversorgung **(-1 Punkt)**.

⁸⁸ Verordnung über die Bestimmung des äquivalenten Dauerschallpegels bei Baulandwidmungen (LGBl. 8000/4-0)

⁸⁹ https://secure.umweltbundesamt.at/uvpdb/public#PAGE_ID_EDIT_VORHABEN

⁹⁰ Night Vision and Imaging Systems

Verschiebungen in andere Bereiche

Ressorts wie Gesundheit oder Straßenbau, denen zweckgebundenen Finanzierungen zugeordnet sind, neigen dazu, in ihren Entwicklungsplänen unter Kostendeckungsdruck, 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 und Kosten zu mobilen Pflegediensten, Hausärzten und Angehörigen

Quantitative Bewertung:

Der niederösterreichische Gesundheitspakt geht davon aus, dass zahlreiche bisher stationär ausgeführte chirurgische Eingriffe künftig tagesklinisch oder ambulant ausgeführt werden. Dies soll v.a. 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 T€ 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 T€ p.a.**

Qualitative Bewertung

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. **Zentral dabei ist die Frage, ob eine Verschiebung in den ambulanten Bereich zusammen mit der Verschiebung von Kosten zu privaten Haushalten zu vermehrten Gesundheitsproblemen führt und somit mittelfristig erst wieder öffentliche Haushalte belastet.**

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 Gmünd 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). Kurzfristige Wartezeiten durch in Wartezonen verbrachte Minuten und Stunden bleiben in dieser Studie unberücksichtigt.
- 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.
- Im Krankenhaus Gmünd besteht zudem eine Sonderregelung für **Behandlungskosten tschechischer Patient:innen** aus dem Grenzgebiet, die bei Umstieg auf ein Fachärzteezentrum wegfielen, in dem die Patientenrichtlinie⁹¹ ohne Zusatzangebote die Bezahlung regelt.

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.

⁹¹ Richtlinie 2011/24/EU vom 9. März 2011 über die Ausübung der **Patientenrechte** in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Im bestehenden Healthacross-Zentrum überwiegen nichtärztliche Mieter, und weniger als der Hälfte der eingemieteten Dienstleister sind Kassenpraxen.

Healthacrossmed 2026	Alle Kassen	Wahlpraxis	Privat	Kassen-zuschuss	Summe
Arztpraxen	5	2			7
Dienste für Wohlbefinden und nichtärztliche Therapie	2	4	2	1	9
Summe	7	6	2	1	16

In der Planungsphase von Healthacross wurde kommuniziert, dass es sich um ein Spital mit zusätzlichen ärztlichen Kassendiensten für Patient:innen von beiderseits der Grenzen handeln würde⁹². Tatsächlich ist nur eine ärztliche Ordination als zusätzlich zu bezeichnen, eine weitere ist eine Neubesetzung nach einem Ruhestand, die anderen sind nur aus der Spitalgasse und der Conrathstraße bzw. 1 Arzt aus Litschau übersiedelt. Auf der Grundlage dieses Unterschieds zwischen der während der Planung kommunizierten und der tatsächlich umgesetzten Funktion des Zentrums besteht ein Risiko, dass das neue Fachärzteezentrum wiederum nur zum geringeren Teil mit Kassenstellen und mit Ordinationen besetzt sein wird, zumal da die Möglichkeit, die Angebotspalette des Zentrums dauerhaft zu beeinflussen, bei einem privat errichteten Zentrum geringer als bei einem im Besitz der öffentlichen Hand ist.

Sein neue Studie⁹³ zeigt zudem auf, dass ein verstärkter Fokus auf den niedergelassenen Bereich und Primärversorgungszentren die Spitalambulanzen nicht signifikant entlastet.

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 am 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 Einwohnerzahl	€/Jahr 9,000.000	6812
davon LK-relevante Ausgaben	€/Jahr	2271
Nettomehrkosten Spätbehandlung	6%	136
Bez. GD, Einwohnerzahl	35000	4,768.339

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

⁹² ORF NÖ, Gmünd bekommt grenzenloses Spital, 12.7. 2018

<https://noe.orf.at/v2/news/stories/2924006/>

⁹³ Pitlik, H., et al., Struktur- und Schnittstellenprobleme im österreichischen Gesundheitswesen, WIFO-Studie, Wien 04/2026

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 **Abklärungen** 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**.

In der Expert:innenbefragung zu dieser Studie wurde die Frage gestellt: „*Wie viel Prozent der derzeitigen stationären Aufenthalte im LK Gmünd können Ihrer Meinung nach ohne Qualitätseinbußen in den nächsten 10 Jahren auf **ambulante bzw. tagesklinische Leistungen** umgestellt werden?*“ Der Mittelwert der Antworten war **21%** mit einer Streuung zwischen 10 und 40%. Dies deutet darauf hin, dass regionale Expert:innen, die es gewohnt sind, die Situation durch die Brille der Klientel zu betrachten, das Potenzial zur Reduktion stationärer Aufenthalte wesentlich geringer einschätzen als die Autor:innen des Gesundheitsplans 2040+, deren Denken eher von der Kostenproblematik ausgeht.

Die für die Studie befragten Expert:innenschätzung die **Mehrkosten** der Sozialversicherer durch derzeitige Wartezeiten auf Abklärungen, Operationen und andere Therapien durch inzwischen eintretende Komplikationen auf **41%** ein. Das zeigt auf, dass das Einsparpotenzial der beschleunigten Abwicklung von Diagnostik und Therapie **sehr hoch** ist. Beschleunigung erfordert eine aufstockung von Finanzierungs-, Personal-, Betten-oder Technikressourcen, je nachdem, wo der Engpass liegt.

Die **Variante Fachärzteezentrum** baut daher möglicherweise auf einer zu positiven Einschätzung der Verlagerbarkeit von stationären zu tagesklinischen und ambulanten Aufenthalten hin und kann die regionalen Expert:innen auch nicht davon überzeugen, dass die Verlagerung ohne

Qualitätseinbußen und problematischen Kostenüberwälzungen zu privaten Haushalten vonstatten gehen wird, daher wird diese Variante **mit -2 Punkten** bewertet.

In der **Variante LK GD 2.0** ist ebenfalls eine Reduktion der Bettenzahl vorgesehen (-30%, wobei ein Teil durch bessere Auslastung abgefangen werden kann); zudem wurden nur Maßnahmen von stationär auf ambulant umgestuft, bei denen es gute einschlägige Erfahrungen gibt; eine gewisse Einbuße ist jedoch auch in dieser Variante zu erwarten, weshalb die Bewertung **mit -1 Punkt** erfolgt.

Verlagerung von Baukosten in andere stationäre Einrichtungen

In diesem Abschnitt geht es um die geographische 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 bei Schließung des Spitals** 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 (Querverw) bereits berücksichtigt.

In der **Variante LK GD 2.0**. Kommt es zu keinem Bedarf der Errichtung zusätzlicher Bettenkapazität außerhalb der Region zur Betreuung von Bezirksbewohner:innen.

Evaluation Leitprinzipien des RSG 2030 und Zusatzprinzip

Vergleich der Erfüllung durch die beiden untersuchten Varianten

Leitprinzipien lt. NÖ Gesundheitsplan 2040+:	Erfüllung durch Fachärzterzentrum	Erfüllung durch LKGD 2.0	Variante(F oder L) ⁹⁴⁾	Begründung
1. Erstklassige Prävention und Gesundheitsvorsorge	eingeschränkt	voll	L	Prävention ist auf Niederschwelligkeit angewiesen. Die Kombination aus Kassenordinationen, Healthacross-Med, Gesundheitshaus Gmünd und Grundversorgungsspital LK GD 2.0 stellt eine niederschwellige Vollversorgung dar. Der etwas geringere Stellenwert digitaler Angebote sorgt für mehr reale Dialogzeit „Patient-Fachpersonal“ und stärkt die ständige Vermittlung des Werts der Vorsorge. Erstklässigkeit heißt zugänglich auch für Kassenpatient:innen, daher sind v.a. Kassenleistungen zu bewerten; während Wahlarztleistungen der Markt regelt.
2. Schnelle und vollkommene Rettungskette	voll	voll	-	In beiden Varianten erfüllt
3. Wachsende und alternde Bevölkerung	eingeschränkt	voll	L	Einzugsgebiet ist größer als im Gesundheitsplan 2040+ angesetzt und erfordert ein Grundversorgungskrankenhaus. Je höher der Anteil alter Menschen, desto mehr kritische Nachsorgelücken bei radikaler Umstellung auf digital/ambulant
4. Jederzeitige Erst- und Akutversorgung	eingeschränkt	voll	-	Ein nahes Grundversorgungskrankenhaus mit 24/7- bereiter Allgemeinchirurgie ist in bestimmten Notversorgungsfällen das lebensentscheidende Glied der Rettungskette
5. Behandlung chronischer Krankheiten	fraglich	voll	L	Notwendig als Kassenleistung, um Abgleiten weniger solventer Patient:innen in eine „2.Klasse“
6. Optimale Nachsorge und Rehabilitation	nein	ja	L	In diesem Kriterium erfüllt die Variante F die Mindestansprüche nicht , da Optimalität vorgegeben ist. Optimalität erfordert postoperative stationäre Angebote und stationäre Remobilisationsangebote.
7. Hochwertige Aus- und Weiterbildung	fraglich	voll	L	Modellprojekt für Einsatz medizinischer/administrativer Innovation in Kleinspitälern ist ein konkreter Schwerpunkt, der dem Bedarf der Region entspricht. In der Variante Fachärzterzentrum sind Schulungsräume ohne Angaben zum Bildungsangebot erwähnt (gibt es auch im bestehenden LK).
Zusatzprinzip „Digital vor ambulant vor stationär“	radikal	bedarfsgerecht	L	In beiden Varianten angewandt, aber in Variante „F“ in radikalerer Form; die Zahl der für rein digitale bzw. ambulante Versorgung nicht geeigneter Bedarfe ist unzweifelhaft hoch, sodass ein Bezirk ohne stationäres Angebot seine Bewohner

⁹⁴⁾ F = Fachärzterzentrum mit Notversorgung und Schließung des LK Gmünd

L = Aufwertung des Landesklinikums zum LK Gmünd 2.0

				schlechter stellen würde als die voll versorgter Bezirke.
--	--	--	--	---

Fazit: Die Variante „Fachärzteezentrum mit Notversorgung und Schließung des Landeskrankenhauses“ erfüllt das Leitprinzip Nr.6 nicht, 2 Leitprinzipien 5 und 7 möglicherweise (zur Beurteilung fehlen Informationen), das Zusatzprinzip in einer dem Bedarf nicht angepassten Form, Leitprinzipien 1, 3 und 4 eingeschränkt und Leitprinzip 2 vollauf.

Die Variante „Landeskrankenhaus Gmünd 2.0 **erfüllt** die Leitprinzipien des NÖ Gesundheitsplans 2040+ vollauf.

Ergebnis

Resultate der monetären Vergleichsbewertung

Monetär bewertbare Kriterien	Fachärzteezentrum + Schließung LKLG GD		Differenz
	(T€)	2.0 (T€)	
Betriebswirtschaft - Baukosten	2103	326	1777
Betriebswirtschaft: laufende Kosten (inkl. Personal)	-6424	-908	-5516
Rückbaukosten, Verwertungserlöse, Übersiedlungskosten	134	0	134
Aus- und Anlaufphasen eines neuen Ärzteezentrums	750	150	600
Entwicklungsperspektive	0	48	-48
Leistungen für PatientInnen aus anderen Regionen in NÖ und Südböhmen	120	0	120
Vorlaufzeit bis zur Versorgung (inkl. Un- und Notfälle) inkl. Rettungsketten	210	0	210
Regionalwirtschaftliche Auswirkungen auf die Wertschöpfung	5500	1708	3792
Liegenschaftswerte	456	0	456
Küchenservice	25	0	25
Bewertung von Arbeitsplatzeffekten	63	15	48
Budgets der Gemeinden im Bezirk, Abwanderung	130	55	75
Veränderte Weglängen	4830	1502	3328
Klima und Luftreinhaltung	29	16	13
Hochwasser	56		56
Verschiebung von Leistungen und Kosten zu mobilen Pflegediensten, Hausärzten und Angehörigen	1740	240	1500
In andere stationäre Einrichtungen verlagerte Baukosten	1080	0	1080
Summe	10802	3152	7650

Das **große Plus der Schließung des Krankenhauses** und Errichtung eines Fachärzteezentrums ist die hohe jährliche **Betriebskosteneinsparung**, die die Landesgesundheitsagentur und somit das Land NÖ und tendenziell auch die Krankenversicherungsträger entlastet und ggf. dem Investor eine **Rendite** abwirft. Dieses Plus wird jedoch **mehr als egalisiert** durch die **Erhöhung aller anderen monetär bewertbaren Positionen** für Bau und Rückbau, nötig werdendem Bau und Betrieb zusätzlicher Betten in anderen Kliniken Niederösterreichs, Mehrkosten im Transportwesen und in der Rettungskette, Übersiedlung von CT/MRT, Küche u.a., in Summe höhere Pflegezuschüsse, wegfallende Gemeindeeinnahmen und die finanzielle Bewertung des Hochwasser- und Alltlastenrisikos.

Rechnet man auch noch die **Wertschöpfung- und Arbeitsmarkteffekte** und die auf **private** Haushalte abgewälzten **zusätzlichen Pflege- und Reisekosten** und die richtliniengemäß geltenden Immobilienpreisabschläge für Städte ohne Krankenhaus hinzu, zeigt sich die Variante

„Fachärzteezentrum“ als über 13,2 Millionen minus der eingesparten 5,5 = 7,6 Millionen teurer. **Träger der Mehrkosten** sind vor allem private Haushalte des Bezirks (8,6 M€, d.s. 245 € pro Jahr und Bezirksbewohner). Dabei sind Gmünder stark überdurchschnittlich betroffen: Die Verschlechterung der Versorgung durch Umsetzung der Variante Fachärzteezentrum kostet ihnen 688 € pro Person jährlich auf Preisbasis 2026.

Sollte die Betriebskosteneinsparung auf Niederösterreichs Steuerzahler umgelegt werden, würde dies etwa 3€ pro Einwohner ausmachen, und dann würde die Mehrbelastung $688-3=685$ € pro Gmünder Kopf und Jahr betragen.

Ergebnis der Punktebewertung

Die Punktebewertung **verstärkt** das durch die monetäre Bewertung entstandene Bild sehr deutlich, sodass auf weitere Arbeitsschritte wie z.B. Gewichtung und Barwertberechnung verzichtet werden konnte.

<u>Punktebewertung</u>	Fachä.-Z	LK GD 2.0
Durch Privatisierung verringerte Unsicherheit, Bestandssicherheit	-2	1
Zukunftsfähigkeit	0	2
Entwicklungsperspektive	0	2
Epidemien, Katastrophen und Großunfälle	-1	1
Synergiepotenziale interdisziplinärer Behandlungszugänge	0	2
Leistungen für PatientInnen aus anderen Regionen in NÖ und Südböhmen	-2	1
Nachsorge - Outplacement und nachgelagerte mobile Dienste	-2	0
Betreuung Sterbender	-1	0
Besuchsintensität	-1	0
Konzentration auf wertvolle Dienstleistungen	-1	0
Vorlaufzeit bis zur Versorgung (inkl. Un- und Notfälle) inkl. Rettungsketten	-2	0
Bewertung von Arbeitsplatzeffekten	-2	-1
Auswirkungen unterdurchschn. Gesundheitsversorgung auf An-/Absiedelung	-2	1
Demographie, regionale Über- und Unterangebote	-2	0
Bindung und -findung von Gesundheitspersonal	-2	3
Patient:innenverträglichkeit	-2	2
Veränderte Weglängen	-3	-1
Klima und Luftreinhaltung	-2	-1
Flächen- und Rohstoffverbrauch	-2	0
Natura 2000 - Biokorridor mit Habitatschutz	-2	0
Hochwasser	-3	0
Altlasten	-3	0
Hubschrauberbetrieb	-2	-1
Verschiebung v. Leistungen/Kosten zu mobilen Pflegediensten/Angehörigen	-2	1
Summe	-41	12

Gesamtergebnis (monetäre, Punkte-Bewertung und Leitprinzipbewertung)

Die Vergleichsbewertung bringt ein eindeutiges Resultat: Durch die **Modernisierung des bestehenden Landeskrankenhauses Gmünd** kann mit **geringerem Mitteleinsatz** und niedrigeren laufenden Kosten ein **höherer Gegenwert** für die Region und vor allem für in ihr lebende kranke Menschen erzielt werden als mit einem Fachärzteezentrum mit Notarztstützpunkt und der damit verbundenen anteiligen Ausweitung von Bettenkapazitäten in anderen Krankenhäusern der Region.

Die Variante „Landeskrankenhaus GD 2.0“ ist bei niedrigerer gesamtwirtschaftlicher Kostenbelastung und niedrigerer Belastung sowohl öffentlicher als auch privater Haushalte auch in der qualitativen Betrachtung eine signifikant besser zu bewerten und ist daher vor der Variante einer Schließung des Landeskrankenhauses Gmünd nach Errichtung eines Fachärzteezentrums mit Notarztstützpunkt und Heliport vorzuziehen.

Im Zuge der qualitativen Bewertung wurde als Kontrollfrage zur Absicherung des Resultats auch die zusammenfassende Frage gestellt, welcher der beiden Varianten der Vorzug zu geben sei. Die Antwort (90% für die Variante LK GD 2.0) bestätigte die Schlüssigkeit der in den Detailfragen gegebenen Antworten. Die häufigste Begründung für die Präferenz der Variante LK GD 2.0 waren Versorgungsqualität, richtige Mischung aus ambulanter und stationärer Versorgung, Erhalt von Arbeitsplätzen, räumliche Nähe/ex aequo), gefolgt vom Argument der Kostenersparnis. Die häufigste Begründung für die Präferenz der Variante Fachärzteezentrum war ein besserer Zugang zu Fachärzten.

Kritische Infrastruktur sollte im Sinn der Ziele der NÖ Raumordnung und aus Prinzip nur außerhalb von Hochwassergefährdungszonen errichtet werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass die rechtswirksame Entscheidung getroffen wird, Bauland-Sondergebiet-Gesundheitseinrichtung wäre grundsätzlich **Bauland mit Gefahrenpotenzial**, wird als ausreichend hoch eingeschätzt, um einen **Planungsaufschub** bis zum Zeitpunkt der Klärung vorzunehmen, um gestrandete Planungskosten zu vermeiden. Der Investor und seine Financiers sind über das Risiko zu belehren, dass bei einer Verlegung der Hochwassergefahrenlinie die Gebäude massiv abgewertet werden.

Eine **Ausschreibung** ist nicht vorgesehen. Da aber zur Vermietung an öffentlich finanzierte Nutzer bestimmte Bauvorhaben nur dann von der Ausschreibungspflicht befreit sind, wenn der künftige Nutzer keinen Einfluss auf die Gebäudemerkmale wie Geschoßzahl, Gesamtfläche, Bauweise und Raumkonzept nimmt, besteht eine **zu geringe Mitgestaltungsmöglichkeit**. Da keine Rechtsvorschrift bei der Fachärzteezentrum eine Versorgungsgarantie gibt, wie sie bei Akutkrankenhäusern und Rettungsdiensten besteht, bleibt zudem ein erhöhtes **Ausfallrisiko**. Die Modernisierung des LK GD lässt sich gut in den Gesundheitsplan 2040+ integrieren. Das in Summe viel teurere **Fachärzteezentrum erfüllt zudem Leitprinzip 6** des vom Landtag beschlossenen Strukturplans Gesundheit 2030 (optimale Nachsorge und Rehabilitation) eindeutig **nicht**, andere nur teilweise.

Es wird empfohlen, künftig bei der strategischen Planung regionaler Gesundheitsdienste vermehrt praktisch in der Branche Tätige einzubinden, um ihre Expertise zu nützen. Durch eine solche Einbindung hätte sich frühzeitig erkennen lassen, dass eine Schließung des bestehenden Landeskrankenhauses keine sinnvolle Option darstellt.

Literatur

Amt der Kärntner Landesregierung, <https://www.ktn.gv.at/Service/News?nid=34309>

Amt der NÖ Landesregierung, Abt. BD 6, Leitfaden Hochbau und Hygiene Planung, Errichtung und Betrieb von NÖ Krankenanstalten, St. Pölten, Januar 2024
https://www.noegus.at/noe/Gesundheitseinrichtungen/Leitfaden_Hochbau_und_Hygiene_Errichtung_Betrieb_KA.pdf

Amt der NÖ Landesregierung, Empfehlungen des Expertengremiums, St. Pölten 2025,
https://www.noegus.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/Gesundheitsplan_NOE_2040__Empfehlungen_Expertengremium.pdf

Amt der NÖ Landesregierung, Landesamtsdirektion, Pressemeldung 4.7.2019,
https://noe.gv.at/noe/Kliniken_und_Pflege__1.000_Euro_Landesmittel_sorgen_fuer_.html

Amt der NÖ Landesregierung, LGBl. Nr. 61/2019 , Änderung des NÖ Bedienstetengesetzes 1976, Datum der Kundmachung: 23.07.2019,

Amt der NÖ Landesregierung, Studie zur Standort-Evaluierung für ein Schwerpunkt-Klinikum in der Versorgungsregion Weinviertel, St.Pölten, April 2026
https://noe-landtag.gv.at/fileadmin/gegenstaende/20/09/966/0966_Bericht.pdf

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>

Dahlbeck, E., Hilbert, J. (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

Ebeling, M., R. Rau, N. Sander, E. Kibele and S. Klüsener: Urban–rural disparities in old-age mortality vary systematically with age: evidence from Germany and England & Wales. *Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels des Max-Planck-Instituts für demographischen Wandel, Public Health* 205(2022), 102–109.

DOI: [10.1016/j.puhe.2022.01.023](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.01.023), nach: <https://www.dia-vorsorge.de/land-oder-stadt-wo-altern-menschen-gesuender/>

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](https://doi.org/10.1006/obhd.1994.1087)

Entscheid des EU-Gerichtshofs in der Rechtssache c-537/19, www.bka.ris.gv.at

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

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.

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

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

Hohenbichler Anna, in NÖN-Gmünder Zeitung vom 13.5.2026

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

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

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

<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.

<https://www.hofmeister-group.com>

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

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

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

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11572004/#CR19>

<https://www.ara-flugrettung.at/unsere-hubschrauber>

<https://www.der-daemmstoff.de/vorgehaengte-hinterlueftete-fassade-diese-6-punkte-sind-besonders-wichtig/>

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

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

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

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.meinbezirk.at/gmuend/c-lokales/eu-preis-fuer-grenzueberschreitende-gesundheitskooperation_a3680889

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

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

https://www.noe.gv.at/noe/Leitfaden_des_sicherheitstechnischen_Amtssachverstaendigen.pdf

https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/LgblAuth/LGBLA_NI_20190723_61/Anlage_022.pdf

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

Jovy-Klein, Florian; Stead, Susan; Oliver Salge, Torsten; Sander, Jil; Diehl, Anke; Antons, David, Forecasting the future of smart hospitals: findings from a real-time delphi study, National Library of Medicine, 2024

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

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

Kranewitter Heimo, Liegenschaftsbewertung, MANZ-Verlag, Wien 1987, ISBN 978-3-214-03693-5

Landesgesundheitsagentur NÖ, https://epaper.noe-lga.at/Gehaltstabelle-NOG_01.01.2025/4/index.html

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

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.

Matouch, S., Wrbka, Th., Naturschutzkonzept Lainsitztal, 1993 (unveröffentlicht)

NÖ Gesundheits- und Sozialfonds NÖ, KV-Träger in Kooperation mit der Gesundheit Österreich GmbH (Zielsteuerungspartner): Regionaler Strukturplan Gesundheit Niederösterreich 2030 (RSG NÖ 2030), Status: 11.12.2025 https://www.noegv.at/noegv/Gesundheitseinrichtungen/RSG_NOE_2030_s.pdf

NÖN – Gmünder Zeitung Online vom 26.5.2026, Anna Hohenbicher "Wir müssen jetzt nach vorne blicken"

ORF NÖ, Gmünd bekommt grenzenloses Spital, online 12.7.2018
<https://noe.orf.at/v2/news/stories/2924006/>

Österreichische Raumordnungskonferenz, Wien 2021, ÖROK-Prognose 2021: Bevölkerung zu Jahresanfang 2021 bis 2051

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

Richtlinie 2011/24/EU vom 9. März 2011 über die Ausübung der **Patientenrechte** in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

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

Schlager, G., Verkehrswertminderung bei Grünlandgrundstücken Ergebnisse einer Expertenbefragung, immo aktuell 6/2021, http://www.oekologen-ingenieure.at/pdf/mMw_gruenland.pdf

Systematic, Smart hospital – seven examples, 2023:
<https://systematic.com/int/industries/healthcare/news/blog/the-future-of-healthcare-7-examples-of-how-smart-hospitals-are-changing-the-game/>

Vorgrimler, Daniel; Wübgen, Dirk, 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

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

www.wikipedia.com, Beitrag: Delphi Study

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. Generaldirektion der >Kommission für Forschung DG Research, European Innovation Council, European New Bauhaus)