

The logo for NOE GUS, featuring a stylized yellow 'N' with a star inside a blue square.

# **Niederösterreichischer Gesundheitsplan 2040+**

*Gesund sein. Gesund werden. Gesund bleiben.*

**Schwerpunktklinikum in der  
Versorgungsregion  
Weinviertel –  
Factsheet zur Versorgungs-  
strukturplanung**



## LK Weinviertel Süd-West

### *Erläuterungen zur Versorgungsstrukturplanung*

#### **Angebotsplanung für die VR Weinviertel bzw. das LK Weinviertel Süd-West**

##### ***Methodische Grundlagen***

Die zentrale Grundlage für sämtliche planerischen Überlegungen betreffend die Versorgungsstrukturen im intramuralen Setting bildet der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2023). Die Planungsgrundlagen, die Prinzipien bzw. Kriterien entsprechen grundsätzlich jener des RSG NÖ 2030 und folgen jenen des ÖSG 2023 (vgl. ÖSG 2023: Kap 2.2):

## 2.2 Planungsgrundlagen und Richtwerte

### 2.2.1 Rahmenbedingungen der Angebotsplanung

Ausreichende Angebote zur Gesundheitsversorgung sind den folgenden Prinzipien entsprechend zu planen:

#### Prinzipien der Angebotsplanung

- Sicherstellung des offenen Patientenzugangs zum evidenzgesicherten **medizinischen Fortschritt**<sup>31</sup>
- Sicherstellung von **fachlicher Expertise** in den Behandlungsteams (ÄrztInnen und Angehörige pflegerischer und therapeutischer Gesundheitsberufe) durch Qualifikation (Aus-, Fort- und Weiterbildung) und Routine
- Einhaltung der im ÖSG enthaltenen **Qualitätskriterien** (siehe → Kap. 3)
- Einhaltung **ökonomischer Grundprinzipien** im Hinblick auf ausreichende Leistungsmengen, Fixkostendegression und Nutzungsgrad von eingesetzten Ressourcen und Kapazitäten ohne Qualitätseinbußen

Die Angebotsplanung im Bereich der gesamten stationären, ambulanten und rehabilitativen Versorgung geht – unter Berücksichtigung der jeweils verfügbaren Datengrundlagen – grundsätzlich von den nachfolgend dargestellten Überlegungen zu Planungskriterien aus:

#### Kriterien der Angebotsplanung<sup>32</sup>

- **Demografie:** Bevölkerungsdichte und Altersstruktur im Zeitverlauf (inkl. Prognose)
- **Epidemiologie:** Berücksichtigung regionaler epidemiologischer Unterschiede (soweit Daten dazu verfügbar sind), insbesondere auch der Spezifika von urbanen Ballungsräumen
- **Inanspruchnahmeverhalten:** Berücksichtigung von Unterschieden in der Leistungsanspruchnahme durch die regionale Bevölkerung sowie - in Ballungsräumen - auch durch die Bevölkerung des mitversorgten Umlands (Behandlungsfälle pro Kopf bzw. Anspruchsberechtigten)
- **Leistungsfähigkeit der AnbieterInnen:** Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der bestehenden LeistungsanbieterInnen pro Region in Relation zu einem Referenzwert (z.B. Auslastung von Abteilungen bzw. Fallzahlen pro Leistungsanbieter und Jahr)
- **Wartezeiten:** Differenzierte Beurteilung von Wartezeiten je nach Dringlichkeit des Leistungsbedarfs (akut, elektiv) inkl. Veränderung der Wartezeiten im zeitlichen Verlauf
- **Wegstrecken:** Berücksichtigung regional bestehender Erreichbarkeiten der Leistungserbringer (z.B. Fahrzeiten im Straßenverkehr)

Den Rahmen zur Angebotsplanung<sup>33</sup> auf regionaler Ebene bilden die **Planungsrichtwerte** im ÖSG. Ausgangspunkt für die Planungsrichtwerte ist dabei ein **bundesweiter Referenzwert**, der sich am Bundesdurchschnitt der Kapazitätsdichte bzw. der Versorgungsdichte (siehe → *Glossar*) in den einzelnen Sektoren und Versorgungsbereichen orientiert. Bei der Festlegung des jeweils anzuwendenden Referenzwertes sind regionale Besonderheiten sektorenspezifisch zu berücksichtigen (z.B. Bundesdurchschnitt mit/ohne Wien, Berücksichtigung der regionalen und/oder sozioökonomischen Struktur, Großstadtfaktor).

Die Festlegung ausreichender Versorgungsangebote in einer Region in Art und Umfang ist abhängig von den spezifischen regionalen **Rahmenbedingungen**, die sich aus der vernetzten Versorgungswirkung aller Systempartner in den komplementären Versorgungssektoren im Gesundheitswesen und im angrenzenden Sozialwesen ergeben. Der Ansatz der integrativen regionalen Versorgungsplanung (siehe → Kap. 2.1.1) berücksichtigt diese Wechselwirkungen weitgehend.

Zur Unterstützung der spezifisch notwendigen regionalen Ausgestaltung von Versorgungsangeboten bzw. zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten werden **Bandbreiten** (Ober- und Untergrenzen) für Planungsrichtwerte angegeben. Ziel ist es, durch das Festlegen von **Obergrenzen** negative Auswirkungen von allfälliger Angebotsinduktion zu vermeiden sowie durch **Untergrenzen** Minimalanforderungen an das Leistungsspektrum bzw.

<sup>31</sup> Nutzung von Erkenntnissen in der medizinischen Wissenschaft und in der technologischen Entwicklung in der Medizin; Weiterentwicklung der Behandlungsmethodik v. a. in Richtung Erhöhen von Überlebensraten; Einsatz patientenschonender Methoden - insbesondere minimal-invasiver Eingriffe - und Nutzung der damit verbundenen Verweildauer-Verkürzung bzw. der Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich, inkl. vertretbare Konzentration von teurem Ressourceneinsatz

<sup>32</sup> Die ersten drei Kriterien liegen der Rahmenplanung im ÖSG zugrunde, die weiteren Kriterien sind in der Folge auf der regionalen Ebene (RSG, Bedarfsprüfungen, etc.) zusätzlich zu berücksichtigen.

<sup>33</sup> ohne Berücksichtigung außergewöhnlicher Ereignisse

an den Versorgungsauftrag in Art und Umfang festzulegen. Die Einhaltung dieser Grenzen ist in der **Leistungssteuerung** und/oder im Rahmen von regionalen Detailplanungen (RSG) zu beachten.

Generell beruhen die Planungsrichtwerte für die Angebotsplanung im ambulanten Bereich (siehe → Kap. 2.2.2) und im akutstationären inklusive tagesklinischen/tagesambulantem Bereich (siehe → Kap. 2.2.3) auf folgenden **Annahmen** in Bezug auf komplementäre Versorgungsbereiche:

- Sicherstellung einer **präklinischen Notfallversorgung** (siehe → Kap. 2.1.2) durch ein verlässliches Notfallversorgungssystem unter zentraler Einbindung des Notarzt-/Rettungswesens<sup>34</sup>.
- Sicherstellung einer bedarfsgerechten Verfügbarkeit von **Betreuungsangeboten** (Rehabilitation, Sozial- und Pflegebereich, Hauskrankenpflege, therapeutisches Angebot) und Unterstützen von Laienhilfe, Selbsthilfegruppen, etc.

Wird eine dieser Rahmenbedingungen in regionalen Versorgungs-Situationen nicht gewährleistet, sind adäquate Anpassungen im Leistungsangebot in den von der integrativen Planung betroffenen Bereichen (unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Regelungs- und Finanzierungskompetenzen) im Sinne **kommunizierender Gefäße** erforderlich<sup>35</sup>.

Die Angebotsplanung bezieht sich für einzelne Fachrichtungen entweder auf **Kapazitäten** (z.B. Bettenanzahl, Personal) und auf Organisationsstrukturen und/oder auf **Leistungsmengen** (siehe → *Versorgungsmatrix*) in Verbindung mit Qualitätskriterien und Mindestfrequenzen (siehe → Kap. 3)<sup>36</sup>.

Darüber hinaus erfolgt für spezielle Leistungen mit – bezogen auf die Bevölkerung – geringer Fallhäufigkeit eine **überregionale Versorgungsplanung** (ÜRVP), um – bei vertretbarer Erreichbarkeit – die effiziente Versorgung für die Bevölkerung sicherzustellen (siehe → Kap. 2.2.5).

Die Rahmenbedingungen für die Angebotsplanung in der **Rehabilitation** sind in → Kap. 2.2.6 ausgeführt.

## Planungsgrundlagenmatrix

Eine wesentliche Grundlage für die regionale Angebotsplanung stellt die Planungsgrundlagenmatrix (siehe → *Anhang 5*) dar. Sie beschreibt quantitativ die Versorgungssituation 2018 in jeder Versorgungsregion nach Fachrichtungen bzw. Versorgungsbereichen für Akut-Krankenanstalten (FKA, UKH und SAN), ambulante ärztliche Versorgung, extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung (insoweit dazu aktuelle und valide Datengrundlagen verfügbar sind) sowie für die Alten- und Langzeitversorgung.

## Methodenband

Für ergänzende methodische Erläuterungen zu den Planungsgrundlagen wird ein Methodenband zum ÖSG zur Verfügung gestellt.

Der ÖSG weist für die ambulanten und akutstationären Fachbereiche quantitative Planungsrichtwerte sowie Erreichbarkeitsvorgaben aus. Die Planungsrichtwerte werden für den stationären Bereich in Form eines Bettenmessziffernintervalls dargestellt. Für den spitalsambulantem Bereich definiert der ÖSG 2023 Platzmessziffern, welche sich auf Tagesklinikplätze bzw. ambulante Betreuungsplätze beziehen. Die gesamthafte Planungsaussage für die Versorgung im Normalpflege- und Intensivmedizinischen Bereich inkl. tagesambulanter und tagesklinischer Versorgung wird um die Kapazitätsmessziffer ergänzt. Zusätzlich bestehen Rahmengrößen für Organisationsformen (z.B. Mindestbettenzahlen für Abteilungen) (vgl. ÖSG 2023: Kap. 2.2.3.1):

## 2.2.3 Akutstationäre inklusive tagesklinische/tagesambulante Versorgung

Im Bereich der akutstationären Versorgung sind **Planungsgrundlagen und -richtwerte** aufgrund der vorhandenen Datenbasen sowie aufgrund der wesentlich komplexeren und vielfältigeren Versorgungsstrukturen **mehrdimensional**. Neben Richtwerten für Erreichbarkeit und Kapazitäten an

- Betten für vollstationäre Aufenthalte,
- Tagesklinikplätzen für Tagesklinik-Aufenthalte (siehe → *Glossar*) und
- ambulanten Betreuungsplätzen für tagesambulante Behandlungen (gemäß Anhang 2)

werden auch Richtwerte für Leistungsmengen angegeben (→ *Versorgungsmatrix und Planungsgrundlagenmatrix*) sowie ergänzende spezielle Planungsgrundlagen für ausgewählte Versorgungsbereiche angeführt.

### 2.2.3.1 Planungsrichtwerte für den akutstationären und tagesklinischen/tagesambulanten Bereich

Zur Darstellung der **vollstationären Versorgung**<sup>41</sup> werden die vorzuhaltenden **Bettenkapazitäten in Akutkrankenanstalten**<sup>42</sup> abgebildet. **Kapazitäten zur tagesklinischen/tagesambulanten Behandlung** werden zum Teil in der akutstationären und – bei ersatzweiser Durchführung im ambulanten Bereich – in der sog. tagesambulanten Versorgung (siehe → *Glossar*) mitberücksichtigt<sup>43</sup>. Die Bettenmessziffer 2019 bezieht sich auf alle für die stationäre Versorgung im Jahr 2019 systemisierten Betten (inkl. Tagesklinikplätze).

Das **Intervall der Bettenmessziffer vollstationär (BMZvs)** ist Ausdruck der zum Planungshorizont erforderlichen **Kapazitätsdichte** für die vollstationäre Versorgung der Wohnbevölkerung pro Bundesland. Das Intervall ermöglicht, epidemiologische und intersektorale Versorgungs-Spezifika einer Region zu berücksichtigen und trägt dem heterogenen Ausmaß erzielter Tagesklinikanteile bzw. der Verlagerung von Teilen der stationären Versorgung in den spitalambulantem Bereich Rechnung. Die Zurechnung von ausländischen **GastpatientenInnen** erfolgt zielbezogen (zum Leistungsstandort) gemäß Inanspruchnahme 2019. Im Rahmen der regionsspezifischen Detailplanung sind Patientenströme zu berücksichtigen.

**Planungsrichtwerte** zur Kapazitätsdichte für bettenführende, tagesklinische und tagesambulante Strukturen berücksichtigen die regionale Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte, die Erreichbarkeitsverhältnisse im Straßen-Individualverkehr (ohne Berücksichtigung wetter-/verkehrsbedingter Verzögerungen), die beobachtete Auslastung bereits bestehender stationärer Einheiten sowie die expertengestützt erwartbaren Tendenzen in der medizinischen Entwicklung in den einzelnen Fach- bzw. Versorgungsbereichen (inkl. der mit dem medizinischen Fortschritt sich ergebenden Möglichkeiten für eine verstärkte Verlagerung in die tagesklinische bzw. ambulante Leistungserbringung).

Zur Darstellung der **erforderlichen Versorgungsstrukturen** für das gesamte Leistungsgeschehen, das vor Einführung des LKF-Modells ambulant überwiegend im stationären Bereich erbracht wurde und zukünftig partiell in den spitalsambulantem Bereich verlagert wird bzw. werden kann, werden die Planungsrichtwerte durch drei Kennzahlen zur Versorgungsdichte mit Bezug auf jeweils 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner ausgedrückt:

- **Bettenmessziffer-vollstationär (BMZvs)**: Bettenbedarf für Aufenthalte mit zumindest einem Belagstag; die Intervalle BMZvs(min) und BMZvs(max) zeigen das Planungsintervall.
- **Platzmessziffer (PMZ)**: Bedarf an Tagesklinikplätzen und/oder ambulanten Betreuungsplätzen für Behandlungen, die während eines Kalendertags bzw. bei Beobachtungserfordernissen in ambulanten Erstversorgungseinheiten innerhalb von max. 24 Stunden abgeschlossen werden.
- **Kapazitätsmessziffer (KMZ)** gibt als **Gesamtstrukturgröße** den Kapazitätsbedarf für eine bedarfsgerechte intramurale gesamthafte (vollstationäre bis tagesambulante) Versorgung an (Summe von BMZvs und PMZ)

Die Einführung der Platzmessziffer trägt der mit dem LKF-Modell ambulant intendierten Förderung der ambulanten Leistungserbringung im Sinn der Entlastung des vollstationären Bereichs Rechnung, wobei auch Leistungen gemäß LKF-Tagesklinikatlas (siehe → *Glossar*) optional vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden können. Die Bedarfsplanung für Tagesklinikplätze (Teil des stationären Bereichs) bzw. alternativ ambulante Betreuungsplätze gemäß Anhang 2 (Teil des ambulanten Bereichs) für tagesklinische Leistungen folgt

<sup>41</sup> geplante und ungeplante akutstationäre Aufenthalte mit mindestens einem Belagstag (Mitternachtsstand)

<sup>42</sup> Landesgesundheitsfondsfinanzierte KA, UKH und Sanatorien (letztere gemäß Kap. 2.3.2)

<sup>43</sup> Derzeitige „Sonstige Nulltagesaufenthalte“, die aufgrund des „Bepunktungsmodells für den spitalsambulantem Bereich“ künftighin im spitalsambulantem Bereich erbracht werden, sind nicht der tagesklinischen oder tagesambulanten Versorgung zuzurechnen.

demselben Algorithmus unabhängig von der jeweils gewählten administrativen Zuordnung der Patientenbehandlung.

PMZ Orientierungswerte gelten als Planungsrichtwerte für die erforderliche Anzahl an Tagesklinikplätzen bzw. ambulanten Betreuungsplätzen, die zur Durchführung von tagesklinischen bzw. tagesambulanten Leistungen vorgehalten werden sollten.

KMZ zeigen als Summe von BMZvs (Mittelwert) und PMZ den gesamten Kapazitätsbedarf an Versorgungsstrukturen, für die vollstationäre, tagesklinische und tagesambulante Leistungserbringung. Tagesambulante Besuche benötigen einen ambulanten Betreuungsplatz (vgl. Anhang 2). Diese Besuche unterscheiden sich von den in der KMZ nicht berücksichtigten „einfachen“ ambulanten Besuchen vor allem aufgrund ihrer im Vergleich höheren Anforderung an die Personalausstattung und Infrastruktur. Die KMZ ist ein Ausgangspunkt für das Planungsintervall +/-25 % zur Bereitstellung der Gesamtkapazität an Betten und Plätzen, die im RSG ausgewiesen werden.

Aufgrund der Änderung der Sonderfach-Gliederung gemäß Novellierung der Ärzteausbildung im Zeitraum 2014 bis 2016 werden zwei betroffene Fachbereiche<sup>44</sup> (Innere Medizin bzw. Pulmologie) in den nachfolgend dargestellten **Planungsrichtwerten** unter Berücksichtigung der Übergangsfrist (bis zum Jahr 2027) bis auf Weiteres speziell dargestellt. Die unten angeführten Planungsrichtwerte bzw. Orientierungswerte sind bei der Erstellung bzw. bei der Aktualisierung von RSG heranzuziehen. Die Planungshorizonte sind österreichweit einheitlich in 5-Jahres-Schritten zu wählen (2025, 2030, 2035 usw.).

---

<sup>44</sup> Zusammenführung der Sonderfächer Unfallchirurgie und Orthopädie und orthopädische Chirurgie in das Sonderfach Orthopädie und Traumatologie in Umsetzung bzw. bis 2018 bereits vielerorts vollzogen, daher nur mehr gemeinsame Darstellung.

**Planungsrichtwerte für die Normalpflege- und Intensivbereiche sowie tagesklinische/tagesambulante Versorgung in Akutkrankenanstalten (Planungshorizont 2030)**

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

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

\* Angaben nicht sinnvoll bzw. nicht verfügbar

**Legende:**

- Err. (Min.) Erreichbarkeitsfrist in Minuten für jeweils nächstgelegene Abteilung (ABT, ohne Berücksichtigung von FSP, dWK und dTK bzw. für NEU-ANB, PSO, AG/R, RNS und PAL für alle bettenführende Einheiten anzuwenden); zu erfüllen für 90 % der Wohnbevölkerung jedes Bundeslandes (unter Berücksichtigung auch Bundesländer übergreifender Versorgungsbeziehungen)
- BMZvs Bettenmessziffer-vollstationär (Bettenäquivalente als Basis für Planbetten in FKA, UKH und SAN pro 1.000 EW) ausschließlich für vollstationäre Aufenthalte zum Planungshorizont 2030
- BMZvs(min) untere Grenze des BMZvs-Soll-Intervalls, das von BMZvs(min) und BMZvs(max) begrenzt wird
- BMZvs(max) obere Grenze des ZVS-Soll-Intervalls, das von BMZvs(min) und BMZvs(max) begrenzt wird
- PMZ Platzmessziffer (Summe Tagesklinikplätze und ambulante Betreuungsplätze in FKA, UKH und SAN pro 1.000 EW) zum Planungshorizont; Berechnung gemäß Anhang 2
- KMZ Kapazitätsmessziffer (Summe Mittelwert des BMZvs-Intervalls und PMZ); Kapazitätsbedarf in Akut-KA für die vollstationäre und tagesklinische/tagesambulante Versorgung zum Planungshorizont: Planungsrichtwert
- BMZ 2019 Bettenmessziffer (systemisierte Akutbetten inkl. Tagesklinikplätze in FKA, UKH und SAN pro 1.000 EW 2019); CH inkl. HCH, GCH, TCH, TXC

Die beschriebenen Planrichtwerte werden im Rahmen einer regionalen Planung auf die regionsspezifischen Erfordernisse bzw. Gegebenheiten übersetzt. Aus der Verschneidung der unterschiedlichen Planrichtwerte und Kennziffern ergeben sich Bandbreiten, innerhalb derer die spezifischen Kapazitätsbedarfe errechnet werden.

### ***Angebotsplanung: Methodik und Eingangsdaten***

Ausgehend von den bestehenden bundesweit verfügbaren Patienten- und Strukturdaten werden – unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung – die künftig zu erwartenden Bedarfe für die Wohnbevölkerung abgeschätzt, wobei die Patientenströme berücksichtigt werden. Konkrete Anwendung finden:

- Bevölkerungsdaten der Statistik Austria
- Bevölkerungsprognosedaten der Statistik Austria bzw. der ÖROK
- Routine- und Statistikdaten gem. LKF-Modell (Diagnosen- und Leistungsdokumentation, Kostenstellenstatistik d. Krankenanstalten)
- Erreichbarkeit (Reisezeit) im Straßen-Individualverkehr 2023/2024
- RSG NÖ 2030 bzw. RSG NÖ 2030 VO und deren inhaltliche Festlegungen als Ausgangsbasis für weiter in die Zukunft führende Planungen

Um den Bedarf für eine zukünftige Versorgungsstruktur abschätzen zu können, wurden die Versorgungsstrukturbedarfe für die Wohnbevölkerung möglichst feingliedrig (d.h. 5-Jahres-Alterskohorten je Wohngemeinde) ausgehend von bestehenden bundesweit verfügbaren Routinedaten (Quelle: DIAG) mit kleinräumigen Bevölkerungsprognosen verschnitten und hochgerechnet. Bestehende Versorgungsstrukturen wurden auf etwaige Adaptierungsbedarfe hin geprüft (z.B. Auslastungen, Verweildauern, sonstige Veränderungsbedarfe).

In den bisherigen Angebotsplanungen wurde angenommen, dass die **Patientenströme** innerhalb Niederösterreichs unverändert bleiben. Die initiale Betrachtung der quellbezogenen Aufenthalte aus der Versorgungsregion Weinviertel bezog sich somit auf die Versorgung innerhalb der Region, sowie die Versorgung in anderen Bundesländern. Die restlichen Aufenthalte in Niederösterreich außer Acht gelassen, ergibt dies eine Eigenversorgungsquote von 64,4 %. Aufgrund der niedrigen Eigenversorgungsquote des Weinviertels wurde in Modellberechnungen auch eine Steuerung dieser Kennzahl vorgenommen – d.h. **Erhöhung der Eigenversorgungsquote** (An-

nahme: 92%). Die Patientenströme innerhalb Niederösterreichs sind von dieser Quote nicht betroffen.

### Bevölkerungsstruktur und -entwicklung

Ein wesentlicher Planrichtwert für die Standortfrage des LK Weinviertel Süd-West ist die Erreichbarkeit im motorisierten Individualverkehr und ableitend ein entsprechend großes Einzugsgebiet mit dem Ziel, möglichst viele Menschen möglichst rasch und wohnortnah versorgen zu können, wobei hier auch künftig absehbare Entwicklungen miteinfließen. Die unten folgenden Darstellungen belegen die quantitativen und strukturellen Unterschiede in der Wohnbevölkerung der Bezirke Korneuburg und Hollabrunn – rezent und auch vorausgeschätzt für die Zukunft. Es ergibt sich ein klarer Standortvorteil für den Bezirk Korneuburg.

#### VR Weinviertel. Entwicklung der Wohnbevölkerung 2015-2025

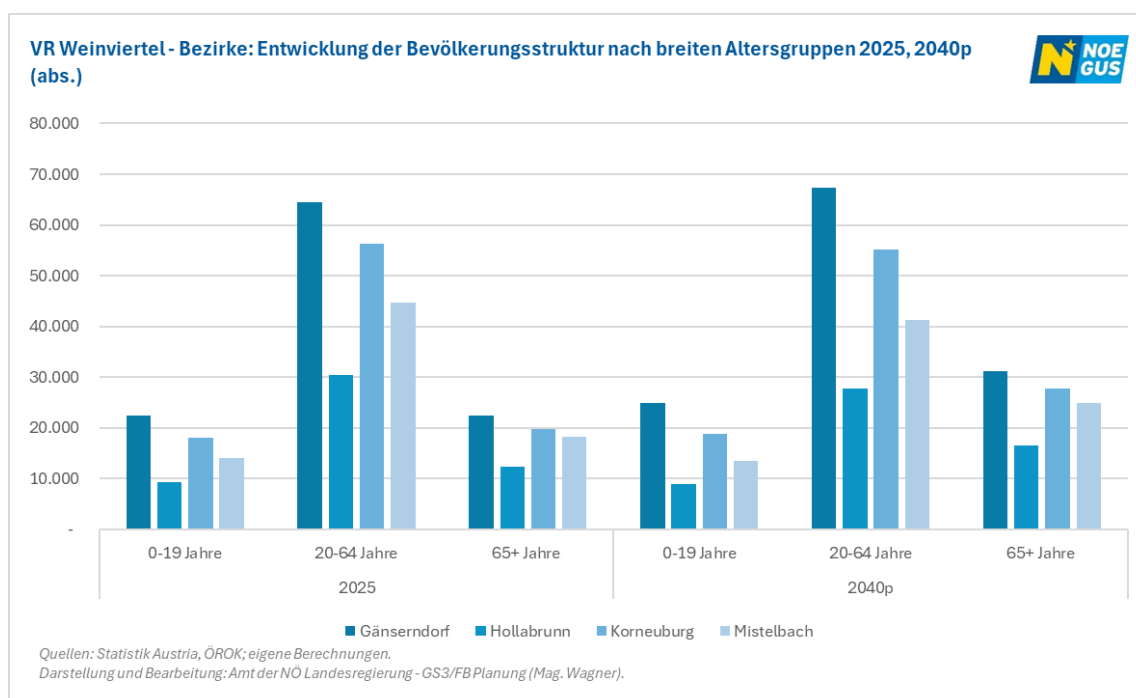


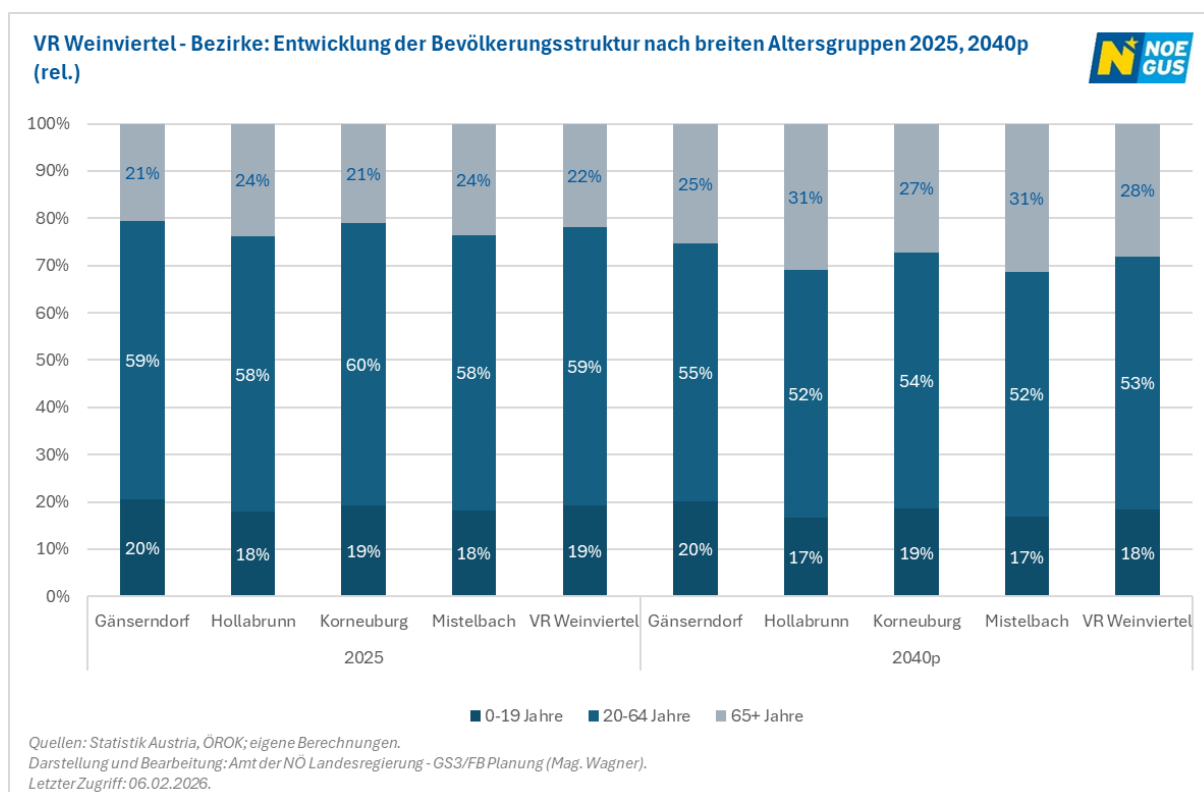
Politischer Bezirk	2015	2020	2025	Veränderung 2015-2025 (rel.)
Gänserndorf	98.645	104.782	109.392	11%
<b>Korneuburg</b>	<b>87.500</b>	<b>91.254</b>	<b>94.113</b>	<b>8%</b>
Mistelbach	74.447	75.625	76.986	3%
<b>Hollabrunn</b>	<b>50.232</b>	<b>51.033</b>	<b>52.035</b>	<b>4%</b>
<b>VR Weinviertel</b>	<b>310.824</b>	<b>322.694</b>	<b>332.526</b>	<b>7%</b>

Quellen: Statistik Austria, eigene Berechnungen.

Darstellung und Bearbeitung: Amt der NÖ Landesregierung - GS3/FB Planung (Mag. Wagner).

Letzter Zugriff: 22.01.2026.





### **Ergebnisse aufgeschlüsselt nach Fachbereichen/Abteilungen**


Die vorausgeschätzte demographische Entwicklung sowie die modellierte Steigerung der Eigenversorgung in der VR Weinviertel begründet insgesamt eine deutliche Steigerung der Versorgungsstrukturbedarfe in der VR Weinviertel im Vergleich zu den PLAN-Vorgaben gem. RSG NÖ 2030.

Die Zuteilung von einzelnen Fachhauptbereichen bzw. Leistungsbereichen zu den Klinikstandorten Weinviertel Süd-West bzw. Mistelbach erfolgt entlang definierter Parameter aus dem ÖSG (speziell Planrichtwerte Erreichbarkeit, Mindestbettenzahlen) sowie dem Gesundheitsplan 2040+ betreffend die Festlegung der beiden Kliniken hinsichtlich ihrer Versorgungsfunktion als regionale Schwerpunktversorger und Definition der Fächerspektren. Das LK Weinviertel Süd-West nimmt künftig gemäß Gesundheitsplan 2040+ die Akutversorgungsrolle ein, während das LK Mistelbach beispielsweise in der AG/R eine regionale Schwerpunktversorgungsrolle einnimmt.

**Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich bei den folgend dargestellten Zahlen um Grobschätzungen basierend auf dem aktuellen Wissenstand handelt und diese Planungen auf veränderlichen Einflussfaktoren (Demogra-**

phie, Patientenströme, baulicher Erfordernisse, medizinische Entwicklungen etc.) aufbauen. Eine Feinabstimmung bzw. Validierung der Versorgungsaufträge ist noch durchzuführen.

**Modellrechnung akutstationäre Strukturen LK Weinviertel Süd-West**  
*Basis: im Weinviertel bzw. anderen Bundesländern versorgte Weinviertler Wohnbevölkerung (VR33)  
 - fiktive Eigenversorgungsquote 92%; Patientenströme in NÖ gleichbleibend*



Fachbereiche	RSG 2030 LKWW-SW (KO+STO+HL)		Modellrechnung 2040 LKWW-SW	
	Betten	ambBP	Betten	ambBP
KJU			21	
KCH				
KP			20	
CH	70		55	5
NCH				
IM	122	32	207	50
GGH	30		35	
NEU			42	
NEU_B			x	
NEU_C				
PSY	51	20	51	20
DIER				
AU			8	7
HNO			25	
URO	23	2	50	
PCH				
PUL				
ORTR	69	2	105	
MKG				
ZMK				
SIR				
NUK				
PSO				
AGR	40		25	
FNS				
PAL	6		8	
ZAE		11		11
INT-IMCU	9		9	
INT-ICU	10		16	
NIMCU			5	
PIMCU			2	
GEM	8			
<b>Summe</b>	<b>438</b>	<b>67</b>	<b>683</b>	<b>93</b>
	<b>505</b>		<b>776</b>	

Quellen: BMSGPK, Statistik Austria, eigene Berechnungen.  
 Darstellung und Bearbeitung: Amt der NÖ Landesregierung GSS - FB Planung.

Insgesamt ergibt die Modellrechnung einen Bedarf von 683 Betten und 93 ambulanten Betreuungsplätzen für das LK Weinviertel Süd-West.

Die im Gesundheitsplan 2040+ zugewiesene Versorgungsrolle für das LK Weinviertel Süd-West in Verbindung mit den für die VR Weinviertel modellierten hohen Versorgungsstrukturbedarfen bedingen einen Klinikstandort mit größtmöglicher Erreichbarkeit und möglichst hohen Bevölkerungspotentialen, um den Anspruch der bestmöglich spezialisierten und gleichzeitig wohnortnahen Akutversorgungsrolle entsprechen zu können.