



TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
WIEN

DIPLOMARBEIT

Vereinbarkeit von Gesundheitsplanung und Örtlicher
Raumplanung

Darstellung von Integrationsmöglichkeiten
raumplanungsfachlicher Ziele in die Gesundheitsplanung

ausgeführt zum Zwecke der Erlangung des
akademischen Grades einer Diplom-Ingenieurin

unter der Leitung von:

Ao. Univ. Prof. Dipl.-Ing. Dr.techn. **Andreas Voigt**
Univ. Ass.in Dipl. -Ing.in **Magdalena Maierhofer**

E280-04 | IFOER | Forschungsbereich Örtliche Raumplanung

eingereicht an der Technischen Universität Wien
Fakultät für Architektur und Raumplanung

von

Adriana Busch

Matr. Nr.: 11705345

Wien, Oktober 2023



Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt bzw. die wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Diese Diplomarbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland als Prüfungsarbeit vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Adriana Busch, Wien am 04. Oktober 2023

Kurzfassung

Der Fachkräftemangel, insbesondere im Gesundheitswesen, und Gesundheitskrisen, wie die Covid-Pandemie, die unser Gesundheitswesen auf die Probe stellen, sind Ausgangspunkt für die Diplomarbeit. Eine Aufgabe der Gesundheitsplanung ist die Vorgabe von quantitativen und qualitativen Festlegungen zur ambulanten Versorgung, was die räumliche Verteilung der niedergelassenen Ärzt:innen beinhaltet. Diese Festlegungen und die darauf basierenden Standortentscheidungen von Gesundheitseinrichtungen haben dadurch direkt Auswirkung auf die Raumentwicklung. Es stoßen zwei Planungsmaterien aufeinander mit inhaltlich ähnlichen Zielen und wechselseitigen Auswirkungen, aber ohne Verknüpfungspunkte in der Planung. Die Diplomarbeit beschäftigt sich damit, wie die Örtliche Raumplanung und die Gesundheitsplanung es schaffen, näher zusammenzuarbeiten. Es soll gezeigt werden, dass durch eine gute Gesundheitsplanung die Örtliche Raumplanung profitiert und vice versa.

Mehrere Herangehensweisen, die qualitative und quantitative Methoden enthalten, führen zu einem gemeinsamen Ergebnis der Forschung. Zum einen werden die Instrumente der Gesundheitsplanung hinsichtlich der Ziele der Örtlichen Raumplanung untersucht und zum anderen wird die Versorgung einer Testregion anhand Planungsrichtwerte der Gesundheitsplanung geprüft. Mit Hilfe von Nutzwertanalysen werden Kriterien für bestmöglich geeignete Standorte einer Primärversorgungseinheit eruiert und in Visionen die Entwicklung einer Gemeinde bzw. des Gemeindelebens dargestellt.

Die Forschung zeigt, dass vernetztes Arbeiten zwischen Raumplanung und Gesundheitsplanung unumgänglich ist, um eine nachhaltig hochwertige Raumentwicklung und die Gesundheitsversorgung, insbesondere im ländlichen Raum, sicherzustellen. Dafür ist eine Reihe an Maßnahmen notwendig, die in Summe die Vernetzung stärken sollen. Es bedarf einer Anpassung der Inhalte der Planungsinstrumente der Gesundheitsplanung, die Weiterentwicklung von innovativen Versorgungsmodellen, wie Primärversorgungseinheiten, aber auch aktives Mitwirken der Örtlichen Raumplanung.

Abstract

The shortage of skilled workers, especially in the health sector, and health crises such as the Covid pandemic, which are putting our health system to the test, are the starting point for the diploma thesis. One of the tasks of health planning is the specification of quantitative and qualitative specifications for outpatient care, which includes the spatial distribution of practising physicians. These specifications and the location decisions of health care facilities based on them thus have a direct impact on spatial development. Two planning issues collide with similar objectives and mutual effects, but without any linkage points in the planning process. The diploma thesis deals with how local planning and health planning manage to work closer together. It will be shown that good health planning benefits local planning and vice versa.

Several approaches containing qualitative and quantitative methods lead to a common result of the research. On the one hand, the instruments of health planning are examined with regard to the objectives of local planning, and on the other hand, the supply of a test region is examined on the basis of planning guidelines of health planning. By means of utility analyses, criteria for the most suitable locations of a primary care unit are determined and the development of a community or community life is presented in scenarios.

The research shows that networked work between local planning and health planning is indispensable to ensure sustainable high-quality spatial development and health care, especially in rural areas. For this, a series of measures is necessary, which in sum should strengthen networking. What is needed is an adaptation of the contents of the planning instruments of health planning, the further development of innovative care models, such as primary care units, but also the active participation of local planning.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
1.1	Problemstellung	2
1.2	Hintergrund	3
1.3	Thesen	4
1.4	Zielsetzung und Forschungsfragen	4
1.5	Methodik	5
1.5.1	Literaturrecherche und Wissensaufbau	5
1.5.2	Qualitative Inhaltsanalyse	6
1.5.3	SWOT-Analyse	7
1.5.4	GIS-Erreichbarkeitsanalysen	7
1.5.5	Quantitative Datenprüfung	8
1.5.6	Nutzwertanalyse	8
1.6	Begriffsdefinitionen	9
1.7	Forschungsarbeiten	14
2	THEORIE & GRUNDLAGEN	16
2.1	Gesetzliche Verankerung der Örtlichen Raumplanung und der Gesundheitsplanung 17	
2.1.1	Gesetzliche Verankerung der Örtlichen Raumplanung	17
2.1.2	Gesetzliche Verankerung der Gesundheitsplanung	20
2.2	Ziele der Örtlichen Raumplanung und der Gesundheitsplanung	27
2.2.1	Ziele der Gesundheitsplanung	27
2.2.2	Ziele der Örtlichen Raumplanung	30
2.2.3	Diskussion zur Relevanz des Zusammenhangs	33
2.3	Primärversorgung	35
2.3.1	Rolle der Primärversorgung im Gesundheitssystem	35
2.3.2	Primärversorgung als Schlüssel	36
2.3.3	Primärversorgungsgesetz	36
2.3.4	Funktion und Aufbau von Primärversorgungseinheiten	36
2.3.5	Beispielhafte Primärversorgungseinheiten in der Testregion	38
2.4	Gründung einer Primärversorgungseinheit	43
2.4.1	Schritte in der Gründung einer PVE	43
2.4.2	Erfolgsfaktoren vs. Herausforderungen und Hindernisse bei der Gründung	43
2.5	Möglichkeiten in der Örtlichen Raumplanung	44
2.5.1	Örtliches Entwicklungskonzept	44

2.5.2	Flächenwidmungsplan.....	45
2.5.3	Bebauungsplan.....	45
2.5.4	Weitere Methoden	46
2.6	Auswirkungen in der Gemeinde.....	46
2.7	Die Testregion	48
2.7.1	Vorstellung der Region und Beschreibung des Spannungsfeldes.....	49
2.7.2	Grundlagen zur Testregion	50
2.7.3	Gesundheitsversorgung in einer Testregion als Grenzregion	57
3	ANALYSE.....	58
3.1	Qualitative Inhaltsanalyse zur Verschneidung der Instrumente der Gesundheitsplanung mit den Zielen der Örtlichen Raumplanung	59
3.1.1	Methodisches Vorgehen.....	59
3.1.2	Auswertung im Überblick.....	61
3.1.3	Auswertung beispielhafter Textstellen.....	65
3.1.4	Ergebnis zur qualitativen Inhaltsanalyse.....	67
3.2	Analyse zur quantitativen Umsetzung der Planungsrichtwerte	70
3.2.1	Methodisches Vorgehen.....	70
3.2.2	Erreichbarkeitsanalyse der Primärversorgung mittels GIS.....	72
3.2.3	Quantitative Prüfung der Versorgungsdichte	79
3.3	SWOT-Analyse	82
3.3.1	Ziel der Analyse	82
3.4	Nutzwertanalyse zur Findung einer Standortgemeinde - Makrostandort	84
3.4.1	Methodische Vorbereitung zur Analyse	84
3.4.2	Durchführung Nutzwertanalyse.....	90
3.4.3	Ergebnisdarstellung	91
3.5	Nutzwertanalyse zur Entscheidung bei Standortmöglichkeiten einer PVE innerhalb einer Gemeinde - Mikrostandort.....	93
3.5.1	Methodische Vorbereitung zur Analyse	93
3.5.2	Durchführung Nutzwertanalyse.....	101
3.5.3	Ergebnisdarstellung	102
3.6	Vision 2035.....	103
3.6.1	Vision 1: PVE im Zentrum	103
3.6.2	Vision 2: PVE am Siedlungsrand.....	105
3.6.3	Null-Variante.....	107
3.6.4	Ergebnis	107
4	ERGEBNISDISKUSSION.....	109
4.1	Empfehlungen	110
4.1.1	Empfehlungen und Anpassungsvorschläge zur Umsetzung in den Instrumenten der Gesundheitsplanung.....	110

4.1.2	Empfehlungen zur weiteren Umsetzung von Primärversorgungseinheiten	112
4.1.3	Empfehlung zur Umsetzung in der Örtlichen Raumplanung.....	113
4.2	Konzeption eines Kooperationsnetzwerks	115
4.2.1	Hard Facts zum Netzwerk	116
4.2.2	Mögliche Erweiterungen	117
5	FAZIT	118
5.1	Erkenntnisse zur Vereinbarkeit von Raumplanung und Gesundheitsplanung	119
5.2	Blick in die Zukunft	121
	ANHANG	122



Die approbierte gedruckte Originalversion dieser Diplomarbeit ist an der TU Wien Bibliothek verfügbar
The approved original version of this thesis is available in print at TU Wien Bibliothek.

1 Einleitung

Gesundheitskrisen, wie beispielsweise die Covid-Pandemie 2020, lehren einmal mehr, wie wichtig ein stabiles Gesundheitssystem ist. Unter Betrachtung der personell begrenzten Ressourcen gilt es für die Planung innovative Modelle zur Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Eine wichtige Rolle trägt dabei die räumliche Verteilung von Gesundheitseinrichtungen. Hier setzt die vorliegende Arbeit an und versucht, die Ziele der Örtlichen Raumplanung mit der Umsetzung in der Gesundheitsplanung zu vereinen.

Die Gesundheitsplanung und Örtliche Raumplanung stehen zu Beginn der Arbeit noch in getrennter Betrachtung. In einer Darstellung der aktuellen Problemlage und dem Hintergrund der Arbeit wird aufgezeigt wo eine Gemeinsamkeit und Vereinbarkeit liegen kann. Darauf aufbauend werden Thesen zur Vereinbarkeit gestellt und daraus die Forschungsfragen der Arbeit abgeleitet.

1.1 Problemstellung

Überalterung, Ärzt:innenmangel, Fachkräftemangel, Ressourcenknappheit und ähnliche Begriffe prägen die aktuelle Medienwelt. Es schreit nach einem Strukturproblem. Dennoch werden auf Seiten der Entscheidungsträger keine konkreten Lösungsvorschläge erarbeitet, sondern lediglich Maßnahmen zur Symptombehandlung getroffen. Doch wie kann auf Seiten der Planungsebene der Raumplanung und Gesundheitsplanung, dem entgegengesetzt, eine nachhaltig bessere Lebensqualität beigetragen werden?

“Es geht nicht darum, mehr zu tun, sondern das, was ohnehin getan wird, anders zu tun.” (Ostermann und Ropin, 2020, 12f.)¹

Der demographische Wandel bringt mit sich, dass das Durchschnittsalter der Bevölkerung in Österreich immer weiter zunimmt. Infolgedessen kann auch festgestellt werden, dass Krankheiten, die häufig ältere Menschen betreffen, öfter vorkommen. Das lässt sich auf den Einsatz von fortschrittlicher Medizin zurückführen. Beispielsweise ist bis 2050 eine Verdoppelung der Demenzkranken in Deutschland zu erwarten (vgl. Zeit online, 2018). Für Österreich kann eine ähnliche Steigerung angenommen werden. Zudem nahmen in Österreich die durchschnittlich gesunden Lebensjahre in den letzten Jahren ab (vgl. Rechnungshof Österreich, 2023).

Einhergehend mit der sich ändernden Demographie und Änderung der Bevölkerungsstruktur ändern sich Wünsche an das private und berufliche Leben. Die "Work-Life-Balance", flexible Arbeitszeiteinteilung und berufliche Weiterentwicklung sind in der Berufswelt aktuell unumgängliche Themen, die sich auch in der Arbeit von medizinischem Personal wiederfinden lassen. (vgl. Albrecht und Mayerhofer, 2021, S. 138f) Zum Beispiel führt man als niedergelassener Arzt bzw. niedergelassene Ärztin in einer Praxis eine eigene Firma, wobei es Aufgaben wie Verwaltung, Personalmanagement und bürokratische Hürden zu übernehmen gilt (vgl. Schöne, 2021). Attraktiver hingegen erscheint das Modell einer Gruppenpraxis, in dem Aufgabenfelder gebündelt und abgegeben werden können sowie das medizinische Wissen im Team stärker ist (vgl. Schmitt, 2018).

Um weiterhin eine adäquate Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu garantieren, gilt es Maßnahmen in der Politik und Planung zu setzen. So wurde schon 2013 eine Gesundheitsreform im Bereich der Zielsteuerung durchgeführt. Ein weiterer Schritt war das Primärversorgungsgesetz (PrimVG), welches 2017 als Bundesgesetz beschlossen wurde und den Grundstein für ein innovatives Versorgungsmodell gelegt hat (vgl. BMSGPK, 2023d). Mittels der Etablierung von Primärversorgungseinheiten wird eine Erstanlaufstelle in der Gesundheitsversorgung entwickelt, welche als Ziel die Förderung von Gesundheit und Prävention vor Krankheiten sowie die umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen hat (vgl. BMSGPK, o.J.b). Für die Gründung einer Primärversorgungseinheit (PVE) bedarf es die direkte Initiative durch Ärzt:innen, wofür im September 2022 ein detailliertes Handbuch für Initiator:innen mit Hilfestellungen zu diversen Themen veröffentlicht wurde. Als sehr positiv können die im Anhang gelisteten Standortkriterien für

¹ In einem Interview der Zeitschrift *Gesundes Österreich* mit Rudolf Anschöber (ehemals Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) über die Umsetzung von Gesundheitsförderung in Einrichtungen des Gesundheitssystems

eine Primärversorgungseinheit beschrieben werden. Dort wird auf die Berücksichtigung von Strukturen im Umfeld bezüglich der Aspekte Familienfreundlichkeit, Kooperationspartner oder das zur Verfügung stehende Personal hingewiesen. (vgl. BMSGPK, 2023c)

1.2 Hintergrund

Grundsätzlich wird die Gesundheitsplanung in Österreich vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) mit dem Planungsinstrument des *Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG)* geregelt. Dieser fungiert als Rahmenplan und wird in den Bundesländern in den *Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG)* detaillierter festgelegt. Es wird jeweils lediglich ein Teil durch die Gesundheitsplanungs GmbH oder die jeweilige Landesregierung erlassen. (vgl. GÖG, o.J.f)

In den genannten Planungsinstrumenten (ÖSG, RSG) liegt die Verbindung zwischen der Raumplanung und der Gesundheitsplanung, denn in diesen werden pro festgelegte Region die Bedarfe anhand der strukturellen und demographischen Entwicklungen abgeschätzt und Vorgaben für die nächsten Jahre getroffen. Im Endeffekt entsteht eine relativ starre Matrix, die Vorgaben für Bettenzahlen, Großgeräte, Ambulanzen usw. liefert. In welcher Gemeinde bzw. welchem Bezirk wie viel niedergelassene Ärzt:innen vorgesehen sind wird in Stellenplänen als Teil der Gesamtverträge festgelegt. Das ist eine vertragliche Festlegung zwischen Ärztekammern und der Sozialversicherung auf Bundeslandebene. (vgl. Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2020) Die Ergebnisse all dieser Planungen werden immer in Berichtsform mit Tabellen veröffentlicht, wodurch kein Spielraum in der Umsetzung gegeben ist. Durch die starre Form geht auch der räumliche Bezug verloren und die Gesundheitsplanung agiert raumblind.

Alleine die Ausarbeitung der Pläne (ÖSG, RSG) stellt eine Mammutaufgabe für die Planung dar, in welcher verschiedenste Player versuchen, einen gemeinsamen Nenner zu finden. Trotz der multidisziplinären Erstellung lassen sich aus raumplanerischer Sicht mehrere Aspekte wiederfinden, die hinterfragt werden können. Beispielsweise soll gemäß ÖSG 2017 die Angebotsplanung auch die Pendler:innenbewegungen berücksichtigen (vgl. BMSGPK, 2022b, S.39). Eine Verteilung der niedergelassenen Ärzt:innen auf eine pendlerbereinigte Bevölkerung impliziert, dass die Person am Arbeitsort zum Arzt/zur Ärztin geht. So werden ohnehin strukturschwache Regionen mit wenigen Arbeitsplätzen benachteiligt.

Ein weiterer Aspekt ist die Erreichbarkeit von medizinischen Versorgungseinrichtungen. Dafür wird im ÖSG 2017 lediglich eine maximale Fahrzeit für PKWs vorgegeben (vgl. ebd., S.38). Eine verpflichtende Anbindung an den öffentlichen Verkehr oder ähnliches wird nicht vorgeschrieben. Im Allgemeinen sind Vorgaben in den Strukturplänen einerseits sehr strikt, wenn es um quantitative Planungen geht und andererseits relativ offen und allumfassend, wenn es um qualitative Ziele geht. Dadurch können in der Praxis Defizite in der Einhaltung der strikten Planungen entstehen und zu allgemein formulierte Ziele bleiben unbeachtet.

Zusammengefasst ergibt sich ausgehend aus den Planungsinstrumenten der Gesundheitsplanung großer Handlungsbedarf für die Integration einer raumplanungsfachlichen Sichtweise. Die gegenständliche Forschung hat zum Ziel der Schließung der vorhandenen Lücke in der Forschung zur Zusammenarbeit der beiden Planungsmaterien beigetragen.

1.3 Thesen

Ausgehend von der Darstellung der Problemlage und dem Hintergrund können Thesen zur Theoretisierung des Forschungsfeldes für die vorliegende Arbeit abgeleitet werden.

Oberthese	Die Zusammenarbeit von Örtlicher Raumplanung und Gesundheitsplanung verbessert die Gesundheitsversorgung.
Unterthesen	Die Anpassung der Instrumente der Gesundheitsplanung ÖSG und RSG hinsichtlich raumordnungsfachlicher Ziele sichert eine räumlich nachhaltigere Gesundheitsversorgung. Festlegungen der Gesundheitsplanung haben Einfluss auf räumliche und soziale Strukturen von Gemeinden und deren Entwicklung.
Thesen zur Umsetzung	Aktive Zusammenarbeit zwischen Projektwerber:innen, Planer:innen und Akteur:innen in der Gemeinde fördert die Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Gemeinden bzw. Regionen. Gemeinden, die aktiv an ihrer nachhaltigen räumlichen Entwicklung arbeiten, sind besonders gut für innovative Versorgungsmodelle geeignet.

1.4 Zielsetzung und Forschungsfragen

Auf Basis der erläuterten Problemstellung und der Darstellung der Relevanz zwischen Raumplanung und Gesundheitsplanung ergibt sich die Zielsetzung der vorliegenden Diplomarbeit. Ziel ist es, den Zusammenhang bzw. die gemeinschaftlichen Ziele von Raum- und Gesundheitsplanung aufzuzeigen und Möglichkeiten einer weiteren Abstimmung zu entwickeln. Die dahinterstehende These ist, dass eine verbesserte Abstimmung der Planungsmaterien eine positive Auswirkung auf die Gesundheitsversorgung bringt, woraus sich die folgende übergeordnete Forschungsfrage ergibt:

Forschungsfrage:

Inwiefern können Gesundheitsplanung und Örtliche Raumplanung zusammenwirken, um eine verbesserte Gesundheitsversorgung, insbesondere im ländlichen Raum, zu gewährleisten?

Ziel ist es, sich der übergeordneten Forschungsfrage anhand mehrerer untergeordneter Forschungsfragen mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen anzunähern.

Unterfrage 1: Inwieweit lassen sich raumordnungsfachliche Ziele in den Planungsinstrumenten der Gesundheitsplanung wiederfinden?

Unterfrage 2: Wie können die Planungsinstrumente der Gesundheitsplanung hinsichtlich raumordnungsfachlicher Ziele besser ausgestaltet werden?

Die ersten beiden Unterfragen beschäftigen sich mit den vorhandenen Überschneidungen der Raumplanung und Gesundheitsplanung. Im Speziellen soll die erste Forschungsfrage den Zusammenhang zwischen den Zielen der Örtlichen Raumplanung und der Gesundheitsplanung erforschen. Ziel der zweiten Unterfrage ist es, jene Überschneidungen zu bewerten und anhand dieser Empfehlungen Anpassungen in den Planungsinstrumenten der Gesundheitsplanung vorzuschlagen. Weil die ausschließliche Änderung des Planungsinstruments noch nicht zwingend zur verbesserten Versorgung führt, werden in einem weiteren Schritt Vorschläge zu möglichen weiteren Kooperationen getroffen, um das Zusammenwirken von Raum- und Gesundheitsplanung auch nachhaltig abzusichern.

Unterfrage 3: Welche Kriterien können aus Sicht der Örtlichen Raumplanung für einen bestmöglichen Standort einer Primärversorgungseinheit eruiert werden?

Unterfrage 4: Zu welchen Auswirkungen kann es in ländlichen Gemeinden durch Standortentscheidungen von Gesundheitseinrichtungen kommen?

Die zwei weiteren Unterfragen haben das übergeordnete Ziel zu analysieren, was die Etablierung einer Primärversorgungseinheit in einer ländlichen Region mit sich bringt. Gegengleich wird auch untersucht, was eine Gemeinde mit sich bringen muss, um eine Etablierung zu fördern. Dabei stehen Faktoren wie räumliche Strukturen, Erreichbarkeit, soziale Infrastrukturen und Bevölkerungsstruktur im Untersuchungsspektrum. Anhand der festgestellten Faktoren soll eruiert werden, welche Standorte in einer Testregion sich bestmöglich für eine Primärversorgung eignen. Ziel ist es zu zeigen, dass die Ziele und Umsetzung aktiver Örtlicher Raumplanung die Gesundheitsplanung und in Folge die Gesundheitsversorgung unterstützen können.

In der gegenständigen Arbeit ist es nicht Ziel, Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung zu untersuchen, sondern lediglich Auswirkungen auf die Versorgung von Gesundheitsdienstleistungen sowie deren Standortgemeinden. Eine Analyse, um Auswirkungen auf die Gesundheit abschätzen zu können, bedarf einer Untersuchung aus der Medizin.

1.5 Methodik

Im folgenden Kapitel wird Aufschluss über die angewandten Methoden der Arbeit gegeben. Als Grundlage dafür erfolgt zu Beginn der Arbeit eine Literaturrecherche, wobei die wichtigsten Erkenntnisse und Informationen zum Verständnis der Forschungsarbeit im Kapitel 2 zusammengefasst werden. Im Kapitel 3 folgt der empirische Teil, der sich in mehrere Unterkapitel mit unterschiedlichen Analysen gliedert. Zuletzt werden die Ergebnisse der Grundlagen und Analysen im Kapitel 4 zusammengeführt und Empfehlungen zur Umsetzung getroffen.

1.5.1 Literaturrecherche und Wissensaufbau

Vor der eigentlichen Forschung erfolgt eine ausführliche Recherche zu fachspezifischer Literatur, relevanter Gesetze und Dokumente, vorwiegend zur Gesundheitsplanung. Diese ist notwendig für die Ermittlung des Forschungsstands und Probleme, woraus in späterer Folge

auch die Forschungsfragen und Thesen abgeleitet werden können (vgl. Briselat und Malewski, 2016). Durch den breiten Zugang in der Recherche kann ein Bild über das System der Gesundheitsplanung sowie spezifisches Fachwissen für die Analysen im Hauptteil generiert werden. Quellen der Literatur sind überwiegend Körperschaft des öffentlichen Rechts (Ministerien, Landesregierungen, Sozialversicherungsträger) aber auch Forschungs-institute wie beispielsweise das Institut für höhere Studien in Wien.

Ergänzend zur Literaturrecherche wurde ein Kontakt zu Expert:innen der Versorgungsplanung bzw. Primärversorgung aufgebaut. Die Auswahl der Ansprechpersonen beruht auf Recherchen im Internet sowie Medien (Fachzeitschriften, Veranstaltungen). Als Experten wurden in diesem Kontext Personen gewählt, die ein spezifisches Rollenwissen vor allem aus dem beruflichen Werdegang mitbringen (vgl. Helfferich, 2014, S. 570).

1.5.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Die erste Analyse der Forschungsarbeit ist eine qualitative Forschungsmethode, welche sich mit den Instrumenten der Gesundheitsplanung beschäftigt. Abbildung 1 gibt einen Überblick über den Ablauf und den Zusammenhang der Abschnitte. Der Ablauf ist aufeinander aufbauend und hat das Ziel einer gemeinsamen, zusammenfassenden Empfehlung bzw. einem Ergebnis.

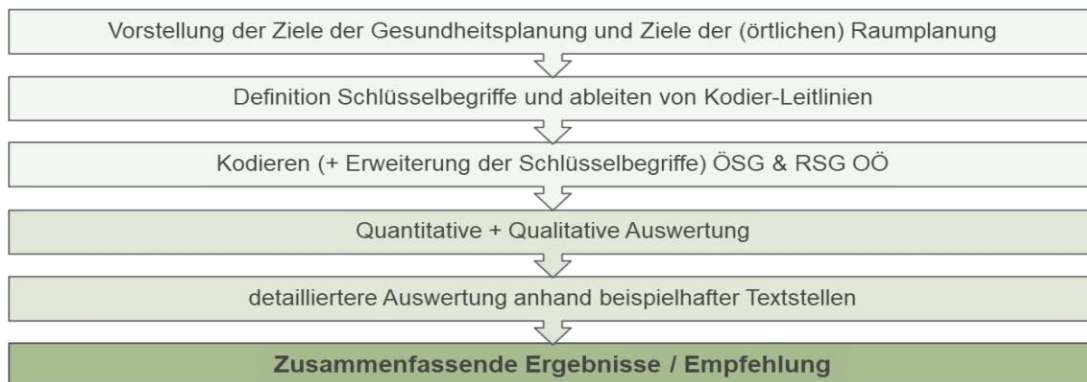


Abbildung 1: Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse, Quelle: eigene Darstellung

Für die Verschneidung der Themen der Gesundheitsplanung und Raumplanung stützt sich die Forschungsarbeit auf eine qualitative Inhaltsanalyse, angelehnt an Mayring. Die Form ist eine strukturierende Inhaltsanalyse, welche einer deduktiven Herangehensweise entspricht (vgl. Mayring und Fenzl, 2014, S. 548). Dabei werden die beiden Planungsinstrumente ÖSG 2017 und RSG OÖ anhand einer deduktiven Kategorienanwendung mit den Schlüsselbegriffen aus der Literaturrecherche kodiert. Der detaillierte Ablauf, ein Kodierleitfaden und etwaige Anpassungen der Methode werden im Kapitel der Analyse dargelegt.

Das Ergebnis der qualitativen Inhaltsanalyse ist ein Konvolut aus einer quantitativen Aufbereitung der Anzahl an Schlüsselbegriffen, einer zusammenfassenden Generalisierung der Inhalte und einer analytischen Interpretation beispielhafter Textstellen. Eine Ableitung von Theorien oder Thesen, wie es in der Wissenschaft üblich ist, ist für den gegebenen Fall nicht zielführend, da die Planungsinstrumente an sich kein Wissen weitergeben oder eine Forschung beinhalten (vgl. Mayring, 1994, S. 173). Anstelle dessen werden, ausgehend von den Ergebnissen, Empfehlungen für eine Anpassung der untersuchten Planungsinstrumente getroffen.

Ableitung Schlüsselbegriffe:

Ein grundlegender Teil der qualitativen Inhaltsanalyse mit einer deduktiven Kategorienanwendung ist die Definition von Codes (vgl. Mayring, 1994, S. 170). Diese Codes wurden im Rahmen der Literaturrecherche aus der Fachliteratur zur Örtlichen Raumplanung erfasst. Die Schlüsselbegriffe verstehen sich als wichtigste Handlungsfelder mit tragender Rolle in der Örtlichen Raumplanung, wobei sie in der gegebenen Reihung keine Wertung über Wichtigkeit aufweisen. Die Herleitung wird im gegebenen Kapitel der "Ziele der Örtlichen Raumplanung" genauer erläutert.

1.5.3 SWOT-Analyse

Um ein Meinungsbild über die gewählte Testregion zu schaffen, wird eine SWOT-Analyse durchgeführt. Die SWOT-Analyse ist eine Methode zur Strategieentwicklung und wird vor allem in der Unternehmensentwicklung eingesetzt. Sie umfasst eine Analyse der Stärken, Schwächen, Chancen und Hindernisse, welche im Begriff "SWOT" ein Akronym für Strengths, Weaknesses, Opportunities und Threats ist. (vgl. Künzli, 2012) Die SWOT-Analyse hat den Fokus der Regionalentwicklung, wobei dabei insbesondere auf die medizinische Versorgung eingegangen wird. Grundlage der SWOT-Analyse ist eine breite Grundlagenforschung zu relevanten Themenbereichen.

1.5.4 GIS-Erreichbarkeitsanalysen

Für die Analyse über die räumliche Verteilung der medizinischen Versorgung der Testregion wurde eine Erreichbarkeitsanalyse durchgeführt. Über die QGIS Software wurden anhand der Adressdaten und der daraus berechneten Koordinaten Punktdaten eingepflegt. Mit dem Plugin-Tool "ORS" (openrouteservice) der HeiGIT gGmbH (Heidelberg Institute for Geoinformation Technology), einem Institut der Universität Heidelberg, konnte mit den Punktdaten die Erreichbarkeit in Minuten berechnet werden. Das Plugin-Tool ORS basiert auf Daten der OpenStreetMap, einem öffentlich zugänglichen Projekt, das (Geo-)daten durch private Nutzer:innen sammelt und verarbeitet. Wichtig zu erwähnen ist, dass in der Berechnung immer von perfekten Bedingungen ausgegangen wird, was bedeutet, dass Verkehrsbehinderungen wie Staus, Wartezeiten etc. nicht berücksichtigt werden. Ebenso ist anzumerken, dass die realen Maximalgeschwindigkeiten nicht immer in OpenStreetMap verfügbar sind. (vgl. HeiGIT gGmbH, o.J.b) Wenn diese nicht verfügbar sind, wird eine landesspezifische Maximalgeschwindigkeit je Straßenkategorie verwendet, wobei in Österreich 50 km/h für den urbanen Raum 100 km/h für den ländlichen Raum und 130 km/h für Autobahnen herangezogen werden (vgl. HeiGIT gGmbH, o.J.a). Eine wirkliche Erreichbarkeit in der vorgegebenen Zeit unter diesen Umständen ist aufgrund von Faktoren wie Fahrbahnverhältnisse, Verkehrsbelastung, Kreuzungen, Kurven, Wetter, etc. unrealistisch, wenn es auch als Näherung verstanden werden kann.

Um ein Vergleichsergebnis zu erzeugen, wurde mit einem generalisierten Straßennetz und einer selbst gewählten Geschwindigkeit eine Erreichbarkeitsanalyse ohne dem ORS-Tool durchgeführt. Das Vergleichsergebnis soll die Qualität der eigentlichen Methode mittels ORS stützen und die Ergebnisse bestätigen. Als Alternative wird das QGIS-eigene Tool der Netzwerkanalyse für die Ermittlung herangezogen, welches sich nicht aus öffentlichen Daten bedient, sondern mit selbst zur Verfügung gestellten Daten (Straßennetz, etc.) arbeitet. Für die Forschungsarbeit wurde ein generalisiertes Straßennetz verwendet und eine Durch-

schnittsgeschwindigkeit von 50 km/h über alle Straßen angenommen. Die Annahme, dass auf allen Straßen gleich schnell gefahren wird, wird als starke Vereinfachung betrachtet, dennoch können so auch Verlangsamungen wie die oben genannten Faktoren grob berücksichtigt werden.

1.5.5 Quantitative Datenprüfung

Die quantitative Prüfung in der Forschungsarbeit hat das Ziel, die vorgegebenen Planungsziele im ÖSG 2017 und RSG OÖ mit den eigens erhobenen Daten zu prüfen und so den Stand der Versorgung zu bewerten. Dafür erfolgen tabellarische Darstellungen mit einem Überblick über die Planungsrichtwerte, eigene Daten und den bisherigen Erfüllungsgrad. Da die Vergleichbarkeit aufgrund unterschiedlicher Planungsebenen sowie Messgrößen nicht gänzlich gegeben ist, versteht sich auch diese Auswertung als Näherung. Für nicht zur Verfügung stehende Berechnungsschlüssel oder Zugehörigkeiten wurden Annahmen getroffen, die in einem Unterkapitel (3.2.1.2) erläutert wurden.

1.5.6 Nutzwertanalyse

Mittels Nutzwertanalysen werden in der Forschungsarbeit Standortanalysen zur Findung von Makro- und Mikrostandorten (Gemeinde und Standort in der Gemeinde) für eine Primärversorgungseinheit durchgeführt. Die angewandte Methode der Nutzwertanalyse, beschrieben durch Dr. Horst Hanusch, eruiert Gemeinden/Standorte anhand Indikatoren und bewertet sowie gewichtet diese pro Gemeinde/Standort (vgl. Hanusch, 2011, S.175). Ziel ist die Bewertung der Gemeinden/Standorte mit einem Punktesystem, um auf eine daraus ableitbare Empfehlung für eine Standortgemeinde schließen zu können. Die Methode eignet sich besonders gut, weil sie keine Gemeinden/Standorte ausschließt und die Faktoren sowie Gewichtung selbst festgelegt werden können und je Fokus oder Region auch angepasst werden können. Des Weiteren ist die Methode sehr transparent und bietet einen übersichtlichen Vergleich der Alternativen. Dennoch finden sich auch die Präferenzen der Durchführenden maßgeblich in der Analyse wieder und können das Ergebnis beeinflussen. (vgl. Hüftle, 2006) Vor allem die Bewertung und Gewichtung der Indikatoren können durch die Durchführenden beeinflusst werden. Aus diesem Grund werden die Bewertung und Gewichtung direkt im Punktesystem durchgeführt und auf ein Minimum an Spannweite begrenzt. So kann eine falsche Genauigkeit vermieden werden.

Um die Präferenzen möglichst unabhängig zu gestalten, wird in der Festlegung und Gewichtung der Indikatoren auf Erkenntnisse der Expertengespräche sowie Erkenntnisse der Literaturrecherche zurückgegriffen. In der Nutzwertanalyse zum Mikrostandort leiten sich die Indikatoren aus den Zielen der Örtlichen Raumplanung ab. Die Quellen zur Bewertung der Indikatoren sind alle öffentlich zugänglich und lizenzfrei und werden im Detail im jeweiligen Kapitel (3.4.1 und 3.5.1) angeführt. Unter anderem wurden Daten der Statistik Austria und der einzelnen Gemeinden verwendet.

Die potentiellen Gemeinden und Standorte sind im Folgenden Basis für die Erstellung von Szenarien der Entwicklung für ein räumliches Experiment. Durch das Szenario soll ein Bild der Gemeinde und Region geschaffen werden, wie sich diese in 10 Jahren entwickelt, ab Eröffnung einer PVE.

1.6 Begriffsdefinitionen

Zum Einstieg in die Arbeit erfolgen Definitionen über die wichtigsten Begriffe. Dabei geht es darum, eine eigene Definition bzw. Begrenzung im Rahmen der Forschungsarbeit zu gestalten und die Begriffe für das Verständnis der Arbeit zu sammeln. Weitere fachspezifische Begriffe für konkrete Anwendungsfälle bzw. Analysen werden im jeweiligen Kapitel erläutert.

Gesundheit

Die WHO definiert in der Präambel ihrer Verfassung von 1946: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*“ (vgl. WHO, 1946) Daraus kann geschlossen werden, dass es sich nicht um den rein körperlich einwandfreien Zustand handelt, sondern auch die mentale Gesundheit bzw. ein generelles Wohlbefinden. Gesundheit lässt sich also nicht nur anhand von keiner vorhandenen Krankheit beschreiben. (Definition übernommen aus Busch und Krückendorf, 2021, S. 6)

Gesundheitssystem

Des Weiteren definiert die WHO „*A health system consists of all organizations, people and actions whose primary intent is to promote, restore or maintain health. This includes efforts to influence determinants of health as well as more direct health-improving activities. A health system is therefore more than the pyramid of publicly owned facilities that deliver personal health services.*“ (vgl. WHO, 2007) So zählen zum Beispiel auch Eltern, die ihr krankes Kind pflegen, Krankenkassen oder soziale Programme gegen Suchtkranke zum Gesundheitssystem. (Definition übernommen aus Busch und Krückendorf, 2021, S. 6)

Örtliche Raumplanung

Unter der Örtlichen Raumplanung wird der Aspekt der Raumplanung verstanden, der sich im Bereich einer Gemeinde bzw. einer Kommune abspielt. Dazu legen Gemeinden ihre eigenen Ziele fest und setzen diese in Entwicklungskonzepten, Flächenwidmungsplänen und Bebauungsplänen um. Die Gesetzgebung sowie Kontrolle übernehmen das jeweilige Bundesland. Der Gemeinde obliegt es also selbst, unter gewissen Voraussetzungen, wohin sie sich entwickeln will und welche Flächen wofür genutzt werden sollen.

Gesundheitsplanung

In der gegenständigen Diplomarbeit wird der Begriff der Gesundheitsplanung, wie üblicherweise in Österreich gehandhabt, als Planung der Gesundheitsversorgung im Sinne der Verteilung der niedergelassenen Ärzt:innen und Krankenanstalten verstanden. Auch wird die Planung der dahinter liegenden Verwaltungs- und Rechtsstrukturen darunter verstanden. Allgemeines Ziel ist die Sicherstellung einer medizinischen Versorgung der Bevölkerung.

In Deutschland wird unter der (kommunalen) Gesundheitsplanung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in Bezug zur Gesundheit auf Ebene der Gemeinden, Städten oder sogar nur auf Stadtteilebene verstanden. So wird es eher als Teil der Stadtplanung verstanden und nicht wie in Österreich als System- und Strukturplanung. Gesundheitsplanung, wie es in Österreich verstanden wird, setzt sich überwiegend aus der Krankenhausplanung und Bedarfsplanungen von niedergelassenen Ärzt:innen zusammen. Zuständig sind hier ebenfalls die Bundesländer. Für den niedergelassenen kassenärztlichen Bereich sind die Kassenärztliche

Vereinigungen (je Bundesland), welche für die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung durch Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen zuständig ist, verantwortlich. Dies ist zugleich die Interessenvertretung der Ärzt:innenschaft, die in Österreich die Ärztekammer übernimmt. (Kassenärztliche Bundesvereinigung, o.J.)

Der Begriff der Gesundheitsplanung ist in der Schweiz weniger bekannt. Hier spricht man eher von einer Spitalsplanung, wobei diese auch nur den intramuralen Bereich betrifft. Für niedergelassene Ärzt:innen gibt es keine ähnlichen Vorgaben zur Versorgungssicherheit, wie in Österreich durch ÖSG und RSG, wodurch der Standort der Niederlassung von Praxen folglich frei gewählt werden kann. Dazu muss erwähnt werden, dass es in der Schweiz keine Pflichtversicherung gibt, wie in Österreich, sondern eine Versicherungspflicht. (vgl. Németh, 2018) Das bedeutet, dass sich alle Schweizer:innen zwar verpflichtend versichern müssen, den Versicherungsträger aber frei wählen können. Besonders an der Schweizer Gesundheitsplanung ist auch, dass auf Ebene der Kantone geplant wird, wodurch bei 26 Kantonen, 26 verschiedene Planungen passieren (vgl. Gfeller Consulting NWS AG, 2020)

Integrierte Versorgung

Eine integrierte Versorgung zeichnet sich durch die interdisziplinäre bzw. multiprofessionell ausgerichtete Versorgung aus, welche eine Vernetzung der einzelnen Akteur:innen benötigt. Für die vorliegende Arbeit wird der Begriff als Grundsatz für Planung gesehen, welcher in jeder Maßnahme der Raum- und Gesundheitsplanung berücksichtigt werden muss. In Österreich bezieht sich der Begriff der integrierten Versorgung noch hauptsächlich auf einzelne wenige Krankheitsbilder wie Diabetes, Demenz oder Schlaganfälle (vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022b, S. 180f). In Deutschland hingegen wird der Begriff breiter eingesetzt und ist auch gesetzlich verankert. (Hildebrandt und Trojan, 2021)

Gesundheitsförderung

Laut Ottawa Charta der WHO zielt die Gesundheitsförderung „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Fonds Gesundes Österreich, o.J.) ab. Somit ist es Ziel der Gesundheitsförderung, die in der Definition zu Gesundheit erwähnten Faktoren zur körperlichen und mentalen Gesundheit sowie das allgemeine Wohlbefinden zu fördern. Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wurde 1986 im Rahmen der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedet. Mit dem Ziel „Gesundheit für alle“ bis 2000 und darüber hinaus wollte man auf die wachsenden Erwartungen an eine neue öffentliche Gesundheitsbewegung aufmerksam machen. (vgl. WHO, 1986) In der Ottawa-Charta wird Gesundheitsförderung als Prozess gesehen, bei dem Menschen mehr über ihre eigene Gesundheit bestimmen können und damit diese gestärkt werden kann. Zudem wird auf die Verantwortung aller Politikbereiche neben dem Gesundheitssektor hingewiesen. Es steht die Entwicklung gesünderer Lebensweisen mit der Förderung von umfassendem Wohlbefinden im Fokus. (Definition übernommen aus Busch und Krückendorf, 2021, S. 7)

Health in all Policies

Health in all Policies ist ein Grundsatz der Gesundheitsförderung, denn die Gesundheit der Menschen wird maßgeblich durch die umgebende Lebenswelt bestimmt, wodurch sie auch

durch das Gesundheitssystem nicht direkt beeinflussbar ist. Health in all Policies wird aber auch als Strategie gesehen, die Agenda der Gesundheitsförderung in andere politische Sektoren, mit dem Ziel einer allgemeinen gesundheitsfördernden Politik, einzubringen. (vgl. Fonds Gesundes Österreich, 2017)

Primärversorgung

Die Primärversorgung stellt die zentrale bzw. erste Versorgungsebene der Gesundheitsversorgung dar. Zu den Aufgaben der Primärversorgung gehört die Versorgung durch niedergelassene Ärzt:innen (Allgemeinmediziner:innen sowie teilweise auch Fachärzt:innen). Im Normalfall ist der/die Hausarzt/Hausärztin der Ansprechpartner. (vgl. Cypionka et al., 2012) Einige Beispiele die zur Primärversorgung gehören sind:

- Vorsorgeuntersuchungen
- Versorgung chronischer Krankheiten
- Akutbetreuung im Krankheitsfall

(Definition übernommen aus Busch und Krückendorf, 2021, S. 10)

Public Health

Unter Public Health wird die Gesundheit der Bevölkerung verstanden bzw. das Gesundheitswesen als Ganzes. Die WHO definiert auf Basis von Acheson 1988 "Public Health ist die Wissenschaft und die Praxis der Verhinderung von Krankheiten, Verlängerung des Lebens und Förderung der Gesundheit durch organisierte Anstrengungen der Gesellschaft." (vgl. Robert Koch Institut, 2016) Wichtig ist die Fokussierung auf Wissenschaft sowie Praxis zugleich. Beispielhafte Institutionen sind: Robert-Koch-Institut, Deutsche Gesellschaft für Public Health e.V. oder Österreichische Gesellschaft für Public Health (ÖGPH). Diese sind oft dem Ministerium unterstellt. Beispiele von aktuellen Forschungsbereichen in den Institutionen sind:

- Klimaschutz und Gesundheit
- Infektionsschutz, Impfungen
- Diabetes bzw. Übergewicht
- Primärversorgung

Public Health wird auch an mehreren Universitäten als Studiengang angeboten (meist Masterlehrgang o.ä.). (Definition übernommen aus Busch und Krückendorf, 2021, S. 8)

COPC (Community-Oriented Primary Care)

Die Verknüpfung von Public Health und der Primärversorgung wird in der Community-Oriented Primary Care (COPC) behandelt. Die COPC ist ein Ansatz, der die medizinische Versorgung, Sozialwesen und Gesundheitsförderung (Partizipation, Empowerment, Stärkung der Gesundheitskompetenz) zusammenführt. (vgl. Fonds Gesundes Österreich, 2020) Besonders relevant sind dabei das Setting der Gemeinde sowie die Beteiligung der Bevölkerung. Bisher ist der Ansatz noch weniger bekannt und wurde erst in vereinzelt Projekten angewandt.

Testregion

Der Begriff der Testregion stellt in der Arbeit die räumliche Begrenzung der Forschung dar. Dabei stellt die Testregion einen ländlichen strukturschwachen Raum dar, welcher in starker Wechselwirkung zum urbanen Raum steht. Damit können Unterschiede innerhalb einer

Region verstanden, abgebildet und bei Bedarf geleitet werden. Eine Abhängigkeit gibt es beispielsweise bei Gesundheitsinfrastrukturen, Arbeitsplätzen oder in der Lebensmittelproduktion (vgl. Steinwender und Nahrada, 2021). Die Testregion sollte also nicht als homogener Raum wahrgenommen werden, sondern als Beispiel für Wechselwirkungen in der Region und mögliche Entwicklungen und Auswirkungen.

In der Arbeit ist die Testregion primär im Teil der Analyse der Arbeit relevant, in dem die Testregion auch im Vergleich von Standortgemeinden und Szenarien genutzt wird. Dennoch ist das Bundesland der Testregion auch für die Beschreibung der rechtlichen und theoretischen Grundlagen relevant sowie für die Analyse der Planungsinstrumente.

Ärzt:innenmangel

Der Aspekt des Ärzt:innenmangels wird in der in der Öffentlichkeit bzw. in den Medien oft als Begriff zur Beschreibung eines grundlegenden Mangels an medizinischer Versorgung verwendet bzw. um den Bedarf an medizinischen Berufen zu beschreiben. Einen Mangel im Sinne einer zu geringen Anzahl an Ärzt:innen zu deklarieren ist allerdings schwer möglich, da das Berufsbild von Ärzt:innen sehr vielfältig ist und verschiedene Bereiche betrifft. Einige Masterarbeiten, unter anderem aus der Sozialwirtschaft, haben versucht den Begriff zu definieren. Dabei wird versucht den Ärzt:innenmangel anhand von statistischen Zahlen im internationalen Vergleich zu definieren. Es stellt sich heraus, dass der Mangel an Ärzt:innen sich auch in verschiedenen Dimensionen zeigt (vgl. Mathä, 2021, S. 52).

Dimensionen des Ärzt:innenmangels:

- „Aspekte der Altersstruktur der derzeit den Beruf ausübenden Ärzte
- Aspekte der Arbeitszeitgestaltung, der Vollzeit-, und Teilzeitquote aller im Beruf stehenden Mediziner
- Aspekte der Feminisierung
- Aspekte der regionalen Verteilung (Stadt/Land-Problematik)
- Aspekte der in Österreich verfügbaren Ausbildungskapazitäten für das Studium der Medizin
- Die Quote der Abwanderung aller Studienabsolventen, die Qualität des Studiums der Humanmedizin
- Der Aspekt der Migrationsströme
- Aspekte der Kassen-, und Wahlarzt Problematik
- Aspekte der Gestaltung im Intra-, und extramuralen Bereich
- Aspekte der Verteilung der Fachdisziplinen unter der Ärzteschaft“ (Mathä T., 2021, S. 52)

Ein Mangel entsteht in der Regel aus einem nicht erfüllten Bedarf, wobei der Begriff “Bedarf” im Gesundheitssystem schwer greifbar ist. Dabei muss beachtet werden „Wer“ den Bedarf äußert und „Woran“ sich dieser zeigt. Darüber hinaus muss differenziert werden, „in welcher Region“ und „ab wann“ tatsächlich von einem Mangel gesprochen werden kann. Nicht zuletzt muss geklärt werden, in welcher Dimension, also “Worin”, der Mangel besteht. (vgl. Mathä, 2021, S. 95)

In der vorliegenden Forschungsarbeit wird der „Ärzt:innenmangel“ mit allen Dimensionen, die den wahrgenommenen Mangel verschulden, betrachtet. Ergänzend werden prognostizierte Entwicklungen wie Überalterung, Klimawandel, Landflucht und Wachstum der Ballungsräume berücksichtigt.

Standortplanung

Die Standortplanung, im Bereich der Gesundheitsplanung, beschäftigt sich mit der Suche und Festlegung von Standorten für medizinische Einrichtungen. Man versteht darunter die Festlegung einer Fläche oder eines bestehenden Gebäudes, welche für die Einrichtung genutzt werden sollen. In der vorliegenden Arbeit ist die Standortplanung von Relevanz, weil auch der Standort innerhalb einer Region oder Gemeinde große Unterschiede in den Auswirkungen auf den umliegenden Raum haben kann.

Makro- und Mikrostandort

In der vorliegenden Arbeit wird bei Standorten von Gesundheitseinrichtungen von Makrostandorten und Mikrostandorten gesprochen. Dabei versteht man unter Makrostandorten den regionalen Standort (Gemeinde) und unter Mikrostandorten den lokalen Standort (Straße, Gebäude, Grundstück). (Haas et al., 2018)

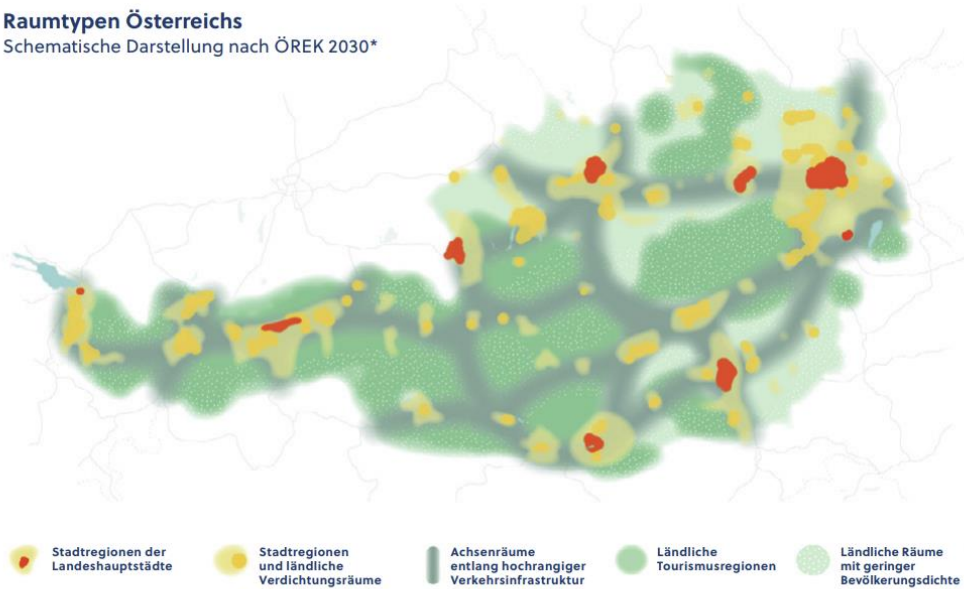
Netzwerk

In einem Netzwerk treffen Akteur:innen aus voneinander unabhängigen Fachbereichen aufeinander. Hintergrund ist ein gemeinsames Ziel bzw. Projekt, das durch die gegebenen Strukturen in einem Netzwerk erreicht werden kann. Die Strukturen im Netzwerk können als Knoten und deren verbindende Netzlinien beschrieben werden, wobei die Knoten die einzelnen Akteur:innen darstellen und die Netzlinien die Beziehung zueinander. (vgl. Schubert, 2005) Im Idealfall profitieren aus einem gut funktionierenden Netzwerk alle beteiligten Akteur:innen. (vgl. Büttner und Voigt, 2015)

Ländlicher Raum

Der ländliche Raum wird in der Arbeit als Überbegriff ohne exakte Definition im Sinne eines quantitativen Richtwertes zur Bevölkerungsdichte oder Bebauungsdichte verwendet. Vielmehr sind die umgebende Struktur und Versorgung einer Region über die Kategorisierung als ländlicher Raum aussagekräftig. Das Verständnis eines ländlichen Raumes orientiert sich an der Darstellung über die Raumtypen Österreichs durch die ÖREK 2030 (siehe Abbildung 2), welche anhand gemeinsamer Herausforderungen und Potentiale charakterisiert werden.

Raumtypen Österreichs Schematische Darstellung nach ÖREK 2030*



*Diese Darstellung illustriert die Raumtypen des Österreichischen Raumentwicklungskonzepts. Die Handlungsräume charakterisieren sich durch gemeinsame Herausforderungen und Potenziale und können einander überlagern. Die Karte enthält keine Zielvorstellungen.

Abbildung 2: Raumtypen in Österreich gemäß ÖREK 2030, Quelle: ÖROK, 2021, S. 17

1.7 Forschungsarbeiten

Vor allem der öffentliche Sektor beschäftigte sich bisher mit der Forschung und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Die Verbindung von Raum und Gesundheit wurde jedoch noch nicht häufig betrachtet. Erst in den letzten Jahren wurde der Zusammenhang zur Raumplanung stärker berücksichtigt und es wurden mehrere Publikationen veröffentlicht. Im Folgenden zwei Beispiele:

- Styria vitalis (2022): Gesundheit in der örtlichen Raumplanung Informationen, Empfehlungen und Praxishilfen für Gemeinden und ihre RaumplanerInnen. Graz.
- Sonderausgabe 6a (2023) der Zeitschrift KOMMUNAL Bürgermeister Zeitung für kommunale Entscheider zum Thema Hausärztliche Versorgung.

Zwei weitere Beispiele aus der Forschung sind das „Hagenberger Modell“, das in Zusammenarbeit der Ärztekammer Oberösterreich, oberösterreichische Gebietskrankenkassa und FH Hagenberg entstanden ist, und ein *Stresstest zur Widerstandsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems*, an dem das Complexity Science Hub Vienna und weitere Einrichtungen beteiligt waren.

Das „Hagenberger Modell“ beschäftigt sich mit der regionalen Verteilung der Vertragsärzt:innen in Österreich anhand mehreren Parametern. Diese Parameter sind Einwohner:innen pro Vertragsärzt:in, Einwohner:innen, Bevölkerungsstruktur, Pendlerstatistik, Wahrscheinlichkeit ob Patient:in den Arzt bzw. die Ärztin am Wohn- oder Dienstort konsultiert und die Fahrzeit bzw. Entfernung. (vgl. Institut für Gesundheitsplanung, 2012) Zum Hagenberger Modell gibt es keine aktuelleren Aufzeichnungen, als eine Erwähnung im *Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005-2010*.

Der Stresstest zur Analyse der Widerstandsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems ermittelt anhand von Simulationen die Widerstandsfähigkeit durch Ausfälle von Gesundheitsdienstleister im Netzwerk der Ärzt:innen. (vgl. Kaleta et al., 2022)

Weitere Einrichtungen die Forschung zur Gesundheitsversorgung in Österreich betreiben sind das Institut für höhere Studien (IHS), (Medizin-) Universitäten, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit (EPIG GmbH) und das Linzer Institut für Gesundheitsforschung. Ebenfalls werden Forschungsarbeiten im öffentlichen Sektor durchgeführt, wie z.B. bei Sozialversicherungsträger oder Gesundheitsfonds. Auf internationaler Ebene tragen insbesondere die WHO und OECD zur Forschung bei sowie in Deutschland das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF).

2 Theorie & Grundlagen

Der erste Schritt zur Beantwortung der Forschungsfragen ist die Aufbereitung der Tatsachen aus den beiden Planungsmaterien. Dazu werden zuerst die gesetzliche Grundlage sowie die Ziele dargelegt und Verknüpfungspunkte zwischen der Örtlichen Raumplanung und Gesundheitsplanung eruiert. Insbesondere wird auf die Möglichkeiten des Versorgungsmodells der Primärversorgung und auf die Hilfestellungen, die die örtliche Raumplanung bieten kann, eingegangen. Zuletzt wird die Testregion vorgestellt.

2.1 Gesetzliche Verankerung der Örtlichen Raumplanung und der Gesundheitsplanung

Die Örtliche Raumplanung und die Gesundheitsplanung werden in Österreich gesetzlich auf unterschiedlichen Ebenen festgelegt. So gibt es für die Örtliche Raumplanung explizite Gesetze auf Ebene der Bundesländer. Die Gesundheitsplanung wird hingegen nicht explizit in einem Gesetz behandelt, sondern wird in einer breiten Reihe von Vereinbarungen und Verordnungen festgelegt. Auch diese richten sich nicht konkret an die "Gesundheitsplanung", sondern bestimmen die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems.

In den beiden folgenden Kapiteln (2.1.1 und 2.1.2) wird auf die gesetzliche Verankerung der beiden Planungsmaterien detaillierter eingegangen. Es soll dabei nicht die gesamte rechtliche Grundlage dargestellt werden, sondern ein Verständnis über Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Planungsmaterien geschaffen werden.

2.1.1 Gesetzliche Verankerung der Örtlichen Raumplanung

Die Raumplanung ist in Österreich gemäß Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) Art. 15 in Gesetzgebung und Vollziehung Angelegenheit der Länder. Die Örtliche Raumplanung wird gemäß Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) Art. 118 Abs. 2 und 3 in den eigenen Wirkungsbereich der Gemeinden übertragen. Hintergrund ist, dass sie im ausschließlichen und überwiegenden Interesse der Gemeinde liegt und diese auch geeignet ist, diese zu besorgen (vgl. B-VG, Art. 118 Abs. 3). So agiert die Landesregierung in der Örtlichen Raumplanung als Gesetzgebung und die Gemeinde als ausführende Kraft.

Die Abbildung 3 zeigt die gesetzliche Verankerung anhand der Planungsebenen und Zuständigkeiten in der Raumplanung. Die in der Arbeit im Fokus stehende Örtliche Raumplanung wird durch die Landesgesetzgeber (Oberösterreichische Landesregierung) im Oö. Raumordnungsgesetz 1994 (Oö. ROG 1994) vorgegeben und im Gemeinderat der Gemeinden geplant und umgesetzt. Die zugehörigen Planungsinstrumente der Örtlichen Raumplanung sind Örtliche Entwicklungskonzepte, Flächenwidmungspläne und Bebauungspläne.

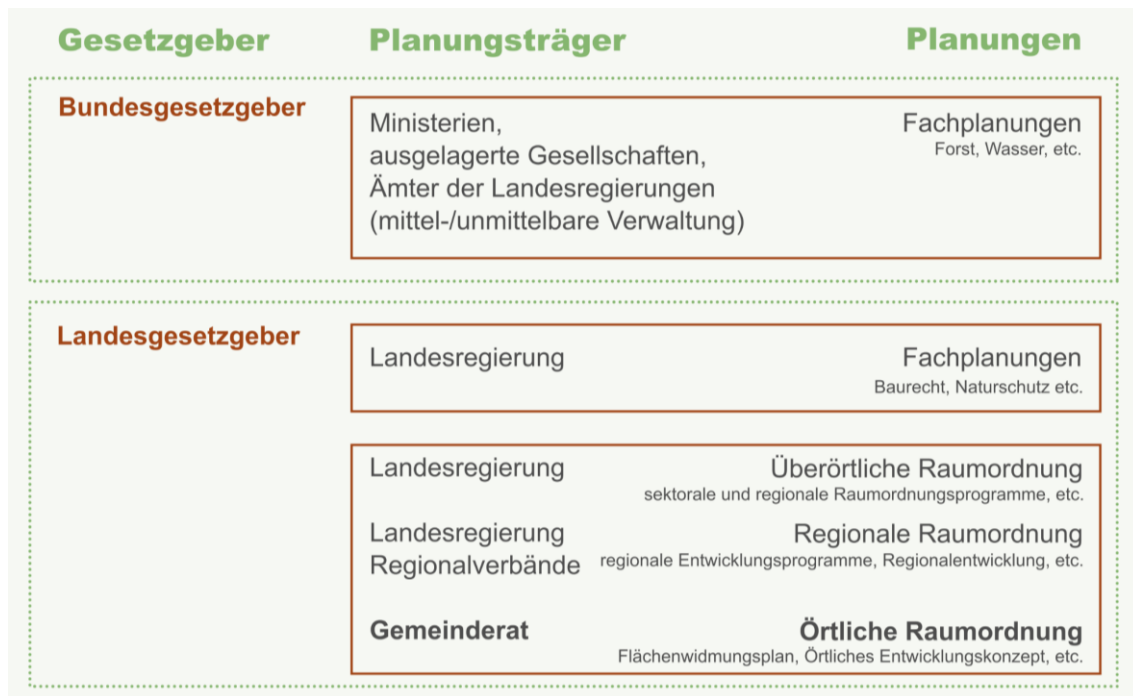


Abbildung 3: Planungsebenen mit Zuständigkeiten in der Raumplanung,
Quelle: eigene Darstellung nach Kanonier und Schindelegger, 2018, S. 64

2.1.1.1 Akteur:innen in der Örtlichen Raumplanung

In der Örtlichen Raumplanung können die beteiligten Akteur:innen in zwei Gruppen (Gemeinde und Landesregierung) geteilt werden. In der Gruppe der Gemeinde, als ausführendes Organ, sind der Gemeinderat und der/die Bürgermeister:in aktiv an der Örtlichen Raumplanung beteiligt. Des Weiteren sind die Grundstückseigentümer:innen und mögliche Nachbarn in Verfahren eingebunden. Da Verfahren in der Örtlichen Raumplanung oft mit viel Aufwand und Fachwissen verbunden sind, unterstützen Planungsbüros im Auftrag der Gemeinde. Die Landesregierung stellt als gesetzgebende und kontrollierende Akteurin die zweite Gruppe dar. Sie beinhaltet die Verwaltung, Kontrolle und Gesetzgebung durch das Amt der Oö. Landesregierung, wobei die Aufgaben auf verschiedene Abteilungen aufgeteilt sind. (siehe Abbildung 4)

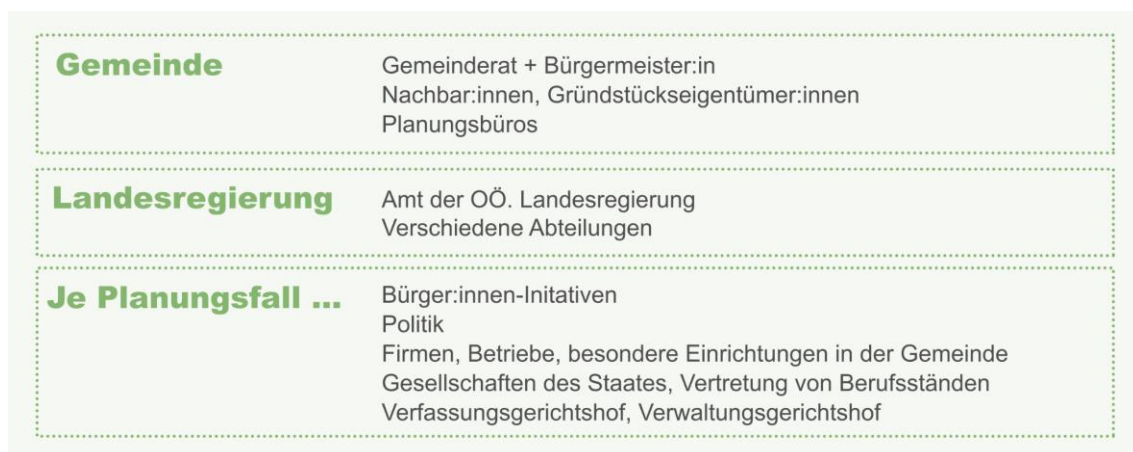


Abbildung 4: Akteur:innen der Planungsebenen in der Örtlichen Raumplanung,
Quelle: eigene Darstellung

Die zuvor angeführten Akteur:innen sind an allen Verfahren der Örtlichen Raumplanung beteiligt. Je nach Planungsfall kann noch eine Vielzahl an weiteren Akteur:innen beteiligt sein. Das betrifft beispielsweise Gesellschaften des Staates, wie z.B. die ÖBB oder ASFINAG AG, aber auch Vertretungen von Berufsständen, wie der Wirtschaftskammer oder der Landwirtschaftskammer. Ebenfalls können sich Bürger:innen-Initiativen oder politische Parteien in Verfahren beteiligen. (vgl. Kanonier und Schindelegger, 2018, S. 150f)

2.1.1.2 Festlegungen zur Gesundheit in der Örtlichen Raumplanung

Gemäß Oö. ROG 1994 § 1 Abs. 2 wird folgende Definition für die Raumordnung getroffen:

“Raumordnung im Sinne dieses Landesgesetzes bedeutet, den Gesamtraum und seine Teilräume vorausschauend planmäßig zu gestalten und die bestmögliche Nutzung und Sicherung des Lebensraumes im Interesse des Gemeinwohles zu gewährleisten; dabei sind die abschätzbaren wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Bevölkerung, die freie Entfaltung der Persönlichkeit in der Gemeinschaft sowie der Schutz der natürlichen Umwelt als Lebensgrundlage des Menschen zu beachten.” (§ 1 Oö. ROG 1994)

Hinsichtlich Gesundheit ist auf das *“Interesse des Gemeinwohls”* und die *“sozialen Bedürfnisse der Bevölkerung”* hinzuweisen, denn diese Aspekte beinhalten die Sicherung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Weitere Festlegungen zur Gesundheit sind im Oö. ROG 1994 lediglich im § 18 Abs. 3 Z. 5 zu Inhalten des Örtlichen Entwicklungskonzeptes definiert. Es ist festgelegt, dass jedes Örtliche Entwicklungskonzept (ÖEK) Aussagen zur Gemeindeentwicklung zum Thema der sozialen Infrastrukturen enthalten muss. (vgl. § 18 Abs. 3 Z. 5 Oö. ROG 1994)

Des Weiteren sind Vorgaben zum Thema Gesundheit bei der Durchführung einer Umweltprüfung definiert. Gemäß Oö. ROG 1994 §13 Abs. 2 Z. 5 i.d.g.F. muss eine Umweltprüfung bei Raumordnungsprogrammen der Landesregierung durchgeführt werden, wenn voraussichtlich erhebliche Umweltauswirkungen entstehen und sich dadurch ein Risiko für die menschliche Gesundheit ergibt. (vgl. §13 Abs. 2 Z. 5 Oö. ROG 1994) Für Änderungen im Flächenwidmungsplan gelten gemäß Oö. ROG 1994 weniger tiefgreifende Bestimmungen für eine Umweltprüfung, wobei Gesundheit nicht berücksichtigt wird. (vgl. § 33 Abs. 7) Unabhängig vom Hintergrund der Umweltprüfung müssen im Umweltbericht Auswirkungen auf die Bevölkerung und die Gesundheit des Menschen behandelt werden. (vgl. Umweltbundesamt, o.J.)

2.1.1.3 Festlegungen zur Gesundheit in der Überörtlichen Raumplanung

Auch die Überörtliche Raumplanung in Oberösterreich, die sich insbesondere mit der Planung des gesamten Landesgebietes beschäftigt, nimmt in ihrem Raumordnungsprogramm (Oö. LAROP 2017) das Thema der Gesundheit auf. Das Oö. LAROP 2017 fasst in 5 Leitmotiven die Grundsätze und Empfehlungen für den Rahmen einer nachhaltigen Raumentwicklung Oberösterreichs zusammen. Eines dieser Leitmotive lautet *„Die lokale und regionale Daseinsvorsorge sichern“*, was die Sicherstellung der medizinischen Versorgung beinhaltet. (vgl. Amt der

Oö. Landesregierung, 2016, S.5) Dazu werden Handlungserfordernisse definiert, wobei das Folgende den größten Bezug zur gegenständigen Forschungsarbeit beinhaltet:

„Handlungserfordernis: Ansiedelung von Beratungs-, Sozial-, Gesundheits-, Bildungs-, Freizeit- und Verwaltungseinrichtungen an raumplanerische Kriterien koppeln:

- *Einrichtungen mit hoher Besucherfrequenz nur an Orten mit guter Anbindung an Bahn oder Bus errichten*
- *Komfortablen Zugang sicherstellen: zu Fuß, mit Rollstuhl, Fahrrad, von der ÖV-Haltestelle oder vom Parkplatz*
- *Standorte möglichst in bestehende Siedlungsstrukturen integrieren (Synergien, Mehrfachnutzung)“ (Amt der Oö. Landesregierung, 2016, S. 41)*

2.1.2 Gesetzliche Verankerung der Gesundheitsplanung

“Die Sicherung der Gesundheit ist in Österreich eine öffentliche Aufgabe und das Gesundheitssystem ist öffentlich organisiert. Das bedeutet: Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherung und gesetzliche Interessenvertretungen [...] sind für verschiedene Teilbereiche des Gesundheitswesens verantwortlich: z.B. Gesetzgebung, Verwaltung, Finanzierung, Leistungserbringung, Qualitätskontrolle, Ausbildung etc.“ (GÖG, 2019)

Die Kompetenzverteilung ist grundsätzlich im Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) in den Art. 10 bis 15 geregelt. Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über die relevanten Passagen, die das Gesundheitswesen betreffen.

Abschnitt (B-VG)	Zuständigkeit	Inhalt
Artikel 10. Abs. 1 Z. 12	Die Gesetzgebung und die Vollziehung sind Bundessache	Gesundheitswesen (ohne Leichen- und Bestattungswesen, Gemeindegewerksdienst, und Rettungswesen); sanitäre Aufsicht bei Heil- und Pflegeanstalten, im Kurortwesen und bei natürlichen Heilvorkommen
Artikel 12. Abs. 1	Die Gesetzgebung über die Grundsätze ist Bundessache, Die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung sind Landessache	Heil- und Pflegeanstalten
Artikel 15a. Abs. 1	Bund und Länder können untereinander Vereinbarungen über Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereiches schließen.	Die jeweiligen Vereinbarungen sind nicht im B-VG integriert, sondern sind innerstaatliche Verträge zwischen Bund und Ländern unter Einbeziehung der Sozialversicherung (vgl. GÖG, 2019)
Artikel 118. Abs. 3 Z. 7	Angelegenheiten zur Besorgung im eigenen Wirkungsbereich der Gemeinden (behördliche Aufgaben)	örtliche Gesundheitspolizei, Hilfs- und Rettungswesen, Leichen- und Bestattungswesen

Tabelle 1: Überblick über die Kompetenzverteilung gemäß Bundes-Verfassungsgesetz mit Bezug zur Gesundheitsversorgung, Quelle: eigene Zusammenfassung nach dem B-VG

Besonders der Artikel 15a des BV-G hat in der Planung hohe Relevanz, da lt. den Vereinbarungen gemäß Artikel 15a (B-VG) die Organisation und Finanzierung festgelegt werden, die das Thema der Instrumente der Gesundheitsplanung beinhalten. Ebenfalls wird in den Vereinbarungen die Reallokation von Finanzmitteln im Gesundheitssystem festgelegt, wodurch die Entscheidungsträger:innen eine gewünschte Richtung vorgeben können und so die Planung unterstützen. (vgl. Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens)

Das Gesundheitssystem wird allerdings nicht nur durch das Bundes-Verfassungsgesetz geregelt. Eine Reihe von Gesetzen, Verträgen, Vereinbarungen, etc. auf unterschiedlichen Ebenen organisiert das System. Folgend eine Liste über relevante Gesetze:

Gesetzliche Regelungen auf Bundesebene:

- Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit
- Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)
- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG)
- Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG)
- Primärversorgungsgesetz (PrimVG)

Gesetzliche Regelungen auf Landesebene:

- Landeskrankenanstaltengesetze (z.B. Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 (Oö. KAG 1997))

Die Leistungen der Gesundheitsversorgung werden in Österreich durch verschiedene, teils öffentliche, teils private Institutionen erbracht. Je Institution kann sich die Zuständigkeit sowie Planungsebene unterscheiden. Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz hat in einer Grafik (siehe Abbildung 5) die einzelnen Leistungsbereiche im Überblick zusammengefasst.

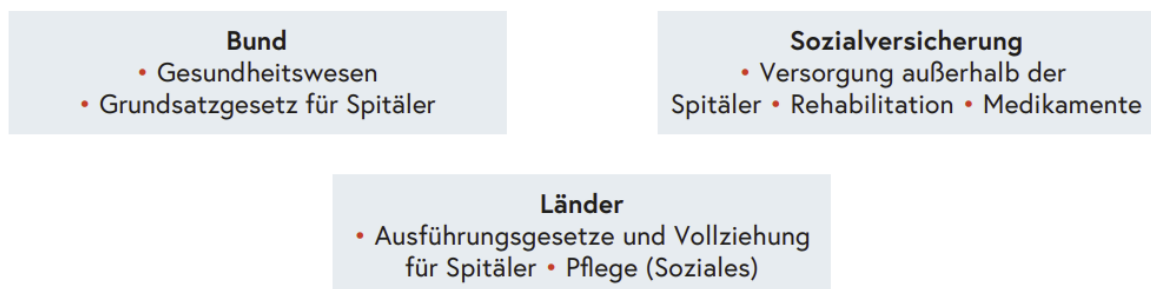


Abbildung 5: Zuständigkeiten im Österreichischen Gesundheitssystem, Quelle: BMSGPK, 2019a, S.8

2.1.2.1 Akteur:innen der Gesundheitsplanung

Aufgrund der hohen Relevanz der Gesundheit in der Gesellschaft ist eine Vielzahl an **Akteur:innen im Gesundheitswesen** beteiligt (siehe Abbildung 6). Neben der gesamten Bevölkerung, an die sich die Gesundheitsversorgung richtet, sind auch Personen, welche im Gesundheitssystem direkt (z.B. Krankenhaus) oder indirekt (z.B. Verwaltung, Pharmaunternehmen) arbeiten, beteiligt. Auf der anderen Seite steht der operative und strategische Teil mit Politik, Verwaltung, Regierung und Versicherungen.

Neben den Akteur:innen in Österreich spielen auch Akteur:innen im internationalen Raum eine Rolle. Dabei sind die relevantesten Akteur:innen die Europäische Union (EU), Vereinten Nationen (UNO) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO).

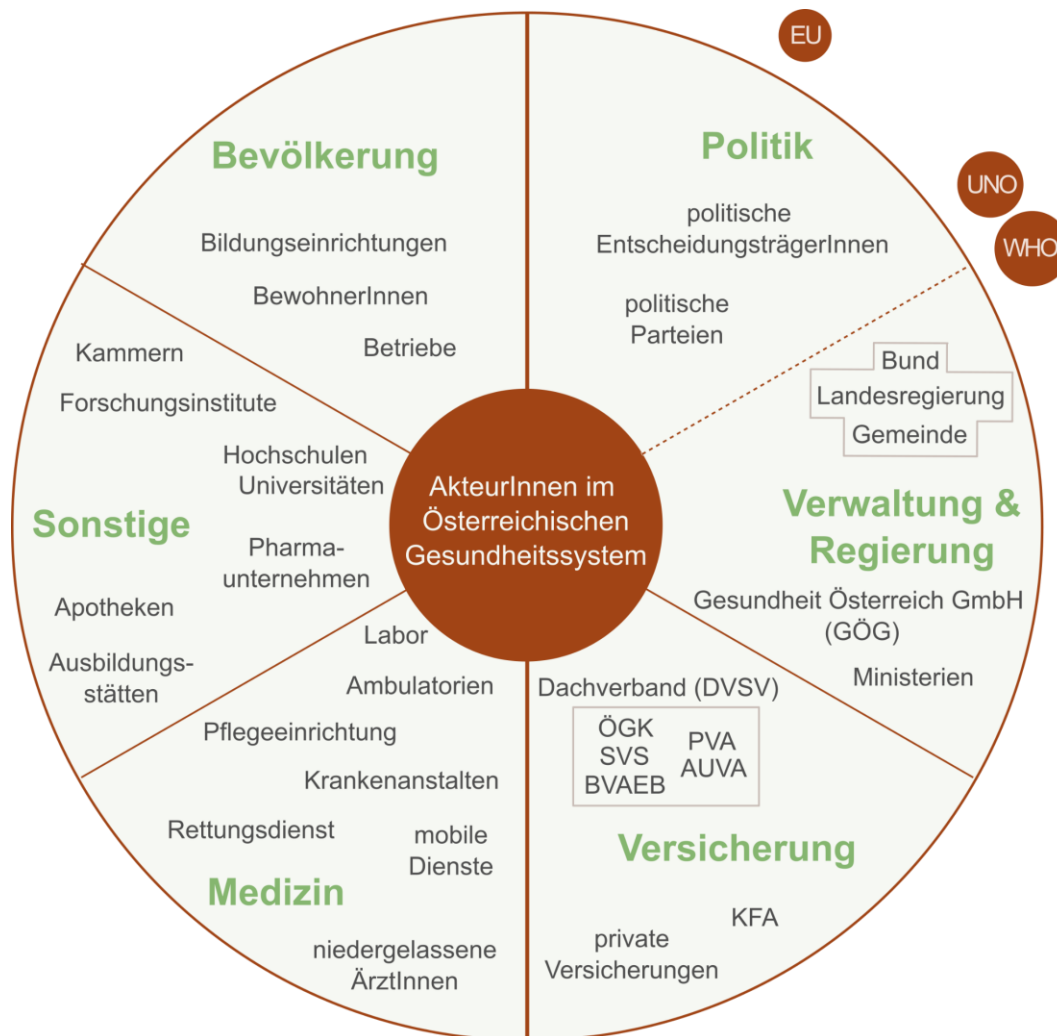


Abbildung 6: Akteur:innen im Gesundheitssystem, Quelle: eigene Darstellung

Im Anfall können auch noch viele weitere Akteur:innen beteiligt werden. Beispielsweise können Forschungsaufträge an Institute, Universitäten oder andere wissenschaftliche Einrichtungen vergeben werden, weitere Ministerien zu anderen Fachbereichen angefragt oder die Ärzt:innenschaft direkt eingebunden werden.

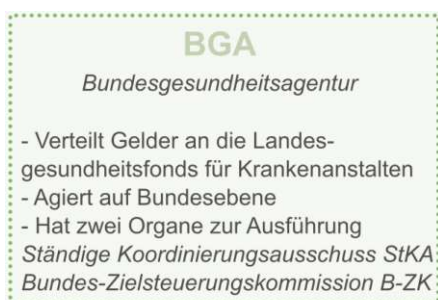
In der **Planung des Gesundheitssystems** ist allerdings nur ein Teil der genannten Akteur:innen beteiligt, die in Abbildung 6 dargestellt werden. Insbesondere sind Akteur:innen, die im Kapitel zur gesetzlichen Verankerung der Gesundheitsplanung aufgegriffen (Kapitel 2.1.2.1) werden, auch an der Planung aktiv beteiligt. Auf der Seite der Gesetzgeber sind das die Bundesregierung und Landesregierungen mit den jeweiligen Ministerien bzw. Abteilungen und auf der Seite der Sozialversicherung sind das die fünf Versicherungsträger (ÖGK, SVS, BVAEB, PVA, AUVA) mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (DSV) (vgl. BMSGPK, 2022c). Die Regierungsebene und die Sozialversicherungsträger stellen gemeinsam die Bundes-Zielsteuerungskommission, welche Beschlüsse zur Zielsteuerung-Gesundheit (z.B.

Zielsteuerungsvertrag, Jahresarbeitsprogramme, ÖSG, etc.) treffen dürfen (vgl. § 26 Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit). (siehe Abbildung 7)



Abbildung 7: Akteur:innen der Gesundheitsplanung, Quelle: eigene Darstellung

Im Folgenden werden weitere wichtige Akteur:innen dargestellt, welche in ihrer Funktion einen Beitrag zur Gesundheitsplanung leisten.



Die Bundesgesundheitsagentur (BGA) agiert unter Führung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums auf Bundesebene. Zur Ausführung hat die BGA zwei Organe, wobei die Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) für die Abstimmung des Zielsteuerungsvertrags auf Bundesebene verantwortlich ist und der Ständige Koordinierungsausschuss (StKA) für die Vorbereitung und Koordination der Agenden der B-ZK. Zudem verteilt die BGA Bundesmittel an die Landesgesundheitsfonds (LGF). (vgl. BMSGPK, 2020)



Der Landesgesundheitsfonds (LGF) ist ein öffentlich-rechtlicher Fonds zur Finanzierung öffentlicher gemeinnütziger Krankenanstalten. Jedes Bundesland hat einen eigenen Landesgesundheitsfonds (z.B. Oö. Gesundheitsfonds). Die LGF beinhalten jeweils zwei Organe, die Gesundheitsplattform sowie die Landes-Zielsteuerungskommission (L-ZK). (vgl. BMSGPK, 2022a)

Ärzttekammer

- Vertritt die Ärzt:innenschaft
- Verwaltet und schreibt Stellen aus
- Überwacht die Berufsausübung
- Agiert auf Landesebene
- Zahnmedizin hat eine eigenständige Vertretung (Zahnärztekammer)

EPIG GmbH

*Entwicklungs- und Planungsinstitut
für Gesundheit*

- Eigenständiges Planungsinstitut (für Themen der Gesundheitsplanung)
- Im Eigentum der Gesundheitsfonds Steiermark, Burgenland, Kärnten & Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH

GÖG GmbH

Gesundheit Österreich GmbH

- Nationales (Planungs-)Institut
- Im Eigentum des Sozialministeriums
- Erstellt Stellungnahmen, Konzepte, Expertisen, Monitorings

Die Ärztekammer ist die Interessenvertretung der Ärzt:innen und schreibt offene Stellen im niedergelassenen Bereich aus. Gemeinsam mit der Österreichischen Gesundheitskasse arbeiten sie den Stellenplan für den niedergelassenen Bereich aus. Je Bundesland gibt es eine Ärztekammer, welche die Umsetzung übernimmt, und eine österreichweite Ärztekammer, welche für strategische Aufgaben zuständig ist. Die Ärztekammer organisiert und überwacht zudem die Berufsausübung der Ärzt:innenschaft (Arztprüfung) und führt eine Ärzt:innenliste. Für Fachärzt:innen der Zahnmedizin gibt es eine eigene Zahnärztekammer. (vgl. Ärztekammer für Oberösterreich, o.J.)

Die EPIG GmbH ist ein eigenständiges Planungsinstitut, welches im Themenfeld des Gesundheits- und Pflegewesens tätig ist. Unter anderem übernimmt die EPIG GmbH auch die Erstellung der Regionalen Strukturpläne für Gesundheit (RSG) mehrerer Bundesländer. Da die EPIG GmbH sich im Eigentum der LGF Steiermark, Burgenland und Kärnten sowie der JOANNEUM RESEARCH Forschungsgesellschaft mbH befindet, arbeitet sie insbesondere für diese Einrichtungen bzw. mit diesen Bundesländern zusammen. (vgl. EPIG GmbH, o.J.)

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) ist ein nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen, dessen *Alleingesellschafter der Bund* ist. Die Aufgaben *unterstehen dem Allgemeininteresse* und basieren nicht auf gewerblichen Zielen der Daseinsvorsorge auf dem Gebiet des Gesundheitswesens. (vgl. § 3 Abs. 1 GÖGG) Das Institut beinhaltet die drei Geschäftsbereiche: *Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG)*, *Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)* und das *Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG)*. Insbesondere das ÖBIG beschäftigt sich mit Planung und Steuerungsmaßnahmen im Gesundheitswesen. (vgl. § 2 Abs 1. und § 4 Abs. 1 GÖGG)

2.1.2.2 Planungsinstrumente der Gesundheitsplanung

Die zentralen Planungsinstrumente der Gesundheitsplanung sind der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) sowie die neun Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG), die für jedes Bundesland erstellt werden. Im Folgenden werden die Inhalte, Verbindlichkeiten und Erstellungsprozesse der Planungsinstrumente vorgestellt, da diese in den weiteren Analysen von Bedeutung sind.

Neben den zentralen Planungsinstrumenten gibt es auch weitere ergänzende Planungsdokumente. Zum Beispiel sind das Stellenpläne für den niedergelassenen Bereich, Rehabilitationsplan Österreich, Landeskrankenanstaltenpläne pro Bundesland, Personalplanungspläne pro Bundesland und eigene Pläne für den Pflegebereich pro Bundesland.

2.1.2.2.1 Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG)

Der ÖSG ist der Rahmenplan zur Umsetzung der Gesundheitsplanung in Österreich und beinhaltet die Grundlagen für die Versorgungsplanung und Qualitätskriterien. Er besteht aus einem Textband sowie einem Tabellenband.

Der erste ÖSG wurde 2006 veröffentlicht, der den ursprünglich geltenden Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan ablöste. Der aktuelle Stand des ÖSG wurde am 07. Oktober 2022 mit der Revision vom 30. Juni 2017 (ÖSG 2017) von der Bundes-Zielsteuerungskommission (Bund, Bundesländer, Sozialversicherung) beschlossen. (vgl. BMSGPK, 2022b, S.1)

Inhalte und Aufbau

Im ÖSG 2017 wird eingangs auf Position und Stellenwert im Gesundheitssystem, den Rahmen der Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit) sowie die gesetzlichen Vorkehrungen für die Umsetzung des ÖSG eingegangen. In den Kapiteln 2 bis 4 folgen die inhaltlichen Festlegungen. Für die integrierte Versorgungsplanung werden dafür Planungsrichtwerte und Festlegungen zur Organisation der Versorgung getroffen. Das betrifft die ambulanten und stationären Bereiche sowie die spezifische und überregionale Versorgung und den Rehabilitationsbereich. Alle Festlegungen dazu sind als Rahmenwert definiert und werden in den RSG spezifiziert. Ebenfalls werden für alle Bereiche Qualitätskriterien festgelegt, wobei hier der Fokus auf der Strukturqualität liegt. Zuletzt wird der bundesweite Großgeräteplan dargestellt, der nicht nur den Rahmen für die RSG abbildet, sondern konkrete Planungsfestlegungen enthält. (vgl. BMSGPK, 2022b)

Verbindlichkeit

“Der ÖSG hat die Qualität eines Sachverständigengutachtens. Ausgewählte Inhalte des ÖSG 2017 zur überregionalen Versorgungsplanung, zur Planung des Rehabilitationsbereichs, zu den Festlegungen zu Aufbau und Inhalten von RSG und RSG-Planungsmatrix sowie zum Großgeräteplan werden in [...] [Verordnungen] verbindlich gemacht.” (GÖG, o.J.f)

2.1.2.2.2 Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG)

Die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) sind die konkretisierten Detailpläne auf Basis der Vorgaben durch den ÖSG. Je Bundesland können die Pläne unterschiedlich aussehen und ausgestaltet werden, dennoch müssen die vorgegebenen Inhalte aus dem ÖSG berücksichtigt

werden. Für die gegenständige Forschungsarbeit wird der RSG aus Oberösterreich herangezogen, da dieser auch in weiteren Analysen (insbesondere Analysen der Kapitel 3.1 und 3.2) verwendet wird.

Der RSG Oberösterreich wurde am 20. Mai 2022 unter dem Namen "GESUNDHEIT OÖ 2025" durch die Landes-Zielsteuerungskommission beschlossen und vom Amt der Oö. Landesregierung sowie der Österreichischen Gesundheitskasse herausgegeben. (vgl. Amt der Oö. Landesregierung und ÖGK, 2022, S.1)

Inhalte und Aufbau

Der RSG OÖ beinhaltet Festlegungen zur Versorgung durch Akutkrankenhäuser (Fondskrankenhäuser, Unfallkrankenhaus Linz und Klinik Diakonissen Linz), Versorgung durch den niedergelassenen Bereich, Versorgung durch Einrichtungen der Rehabilitation, medizinisch-technische Großgeräte (gemäß ÖSG-VO) und überregionalen Versorgungsplanung. (vgl. Amt der Oö. Landesregierung und ÖGK, 2022)

Verbindlichkeit

Die Verbindlichkeit des RSG OÖ wird in der Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH festgelegt, die eine Verbindlicherklärung von Teilen des 2. Regionalen Strukturplans Gesundheit Oberösterreich 2025 (2. RSG OÖ 2025) einschließen (vgl. Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH über die Verbindlicherklärung von Teilen des 2. Regionalen Strukturplans Gesundheit Oberösterreich 2025). Inhaltlich sind dabei lediglich Vorgaben zum intramuralen Bereich in Fondskrankenanstalten verbindlich gemacht (vgl. Amt der Oö. Landesregierung und ÖGK, 2022).

2.2 Ziele der Örtlichen Raumplanung und der Gesundheitsplanung

2.2.1 Ziele der Gesundheitsplanung

Die ständige Verbesserung des Systems, der Struktur oder des Raumes ist das Hauptziel von Planung. Im Fachgebiet der Gesundheitsplanung ist die Gesundheit der Bevölkerung der Gegenstand der Planung. Vorausschauende Planung ist dabei das Um und Auf, denn nur durch die Berücksichtigung von zukünftigen Entwicklungen können Systeme, Strukturen und Räume nachhaltig geplant werden. Im besten Fall können zukünftige Entwicklungen von vorausschauender Planung auch gelenkt werden.

Ziele bezüglich Gesundheit und deren Planung in Österreich werden auf verschiedenen Ebenen festgelegt. Wichtige Zielformulierungen finden sich im Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene und im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 (ÖSG 2017). Zudem gibt es "Gesundheitsziele Österreich" des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, welche unabhängig vom Themenfeld für alle Politik- und Gesellschaftsbereiche gelten. Im Folgenden werden die verschiedenen Ansätze der Zieldefinition, gereiht nach dem Maß der Verbindlichkeit, dargestellt.

2.2.1.1 Ziele gemäß Zielsteuerungsvertrag

Zur Gesundheitsplanung werden auf Bundesebene Ziele im Zielsteuerungsvertrag (Zielsteuerung-Gesundheit) festgelegt. Dabei erfolgt eine Untergliederung in strategische und operative Ziele, welche in einer Ziele-Maßnahmen-Tabelle in der Zielvereinbarung festgelegt werden. Abgeschlossen wird der Zielsteuerungsvertrag zwischen Bund, Dachverband der Sozialversicherungsträger und den jeweiligen Landesregierungen. (vgl. Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung-Gesundheit)

Auf Grundlage der Zielsteuerung-Gesundheit wird auch auf Bundeslandebene ein Vertragsabschluss zur Zielsteuerung abgeschlossen. Dazu werden Ziele aus dem bundesweiten Zielsteuerungsvertrag übernommen, die gegebenenfalls erweitert werden können. Bezeichnet wird dieser als Landes-Zielsteuerungsübereinkommen. Zu den jeweiligen Zielen werden Messgrößen und Zielwerte bzw. Zielvorgaben festgelegt, anhand derer die Umsetzung der Ziele ermittelt wird. (vgl. OÖ Landeszielsteuerungsübereinkommen. Zielsteuerung-Gesundheit)

Die Tabelle 2 zeigt eine Übersicht der strategischen und operativen Ziele aus dem Zielsteuerungsvertrag.

<i>Strategische Ziele</i>	<i>Operative Ziele</i>
<p><i>Bessere Versorgung:</i> S1: Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes</p>	<p>1: Verbesserung der integrativen Versorgung durch gemeinsame abgestimmte verbindliche Planung und Umsetzung der folgenden Ziele (1.1 bis 1.3) 1.1: Primärversorgungsmodelle auf- und ausbauen 1.2: Bedarfsgerechte Gestaltung, Abstimmung und Weiterentwicklung der ambulanten Fachversorgung 1.3: Bedarfsgerechte Anpassung der stationären Versorgungsstrukturen 2: Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (Skill-Mix, Nachwuchssicherung, demographische Entwicklung) sicherstellen 3: Stärkere Ausrichtung des Vertragswesens und der Honorierungssysteme am Versorgungsbedarf bei gleichzeitiger Unterstützung der Zielsetzungen der ZS-G (insbesondere Versorgung am „Best Point of Service“) und der Anforderungen an die Versorgungsformen 4: Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen</p>
<p><i>Bessere Qualität:</i> S2: Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse</p>	<p>5: Gezielter Einsatz von IKT zur Patientenversorgung, Systemsteuerung und Innovation 6: Verbesserung der integrierten Versorgung 7: Medikamentenversorgung sektorenübergreifend gemeinsam optimieren 8: Sicherstellung der Ergebnisqualität im gesamten ambulanten Bereich 9: Zur Stärkung der Sachleistungsversorgung örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren abbauen</p>
<p><i>Gesündere Bevölkerung:</i> S3: Gesundheitsförderung und Prävention: Erhöhung der Zahl der gesunden Lebensjahre und Verbesserung der Lebensqualität von erkrankten Personen</p>	<p>10: Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung 11: Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Prävention</p>
<p><i>„Better value“:</i> S4: Gewährleistung einer nachhaltigen Finanzierbarkeit der öffentlichen Gesundheitsausgaben</p>	<p>Messgrößen und Zielwerte siehe Finanzzielsteuerung bzw. Einhaltung der Ausgabenobergrenzen Art. 7</p>

Tabelle 2: Ausschnitt aus der Steuerung über strategische und operative Ziele – Übersicht Ziele und Messgrößen im Zielsteuerungsvertrag; Quelle: Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung-Gesundheit

Daraus lassen sich zusammenfassend vier Bereiche ableiten, in denen durch gezielte Projekte und Planung eine Verbesserung stattfinden soll:

- Verbesserung im **System bzw. Struktur**
- Verbesserung in **Prozessen**
- Verbesserung im Sinne der verbesserten **Gesundheit der Bevölkerung**
- Verbesserung der **Finanzierung**

2.2.1.2 Ziele gemäß Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Auf Ebene des ÖSG 2017 werden ebenfalls „Grundsätze und Ziele“ festgelegt, wobei diese sich eher auf Änderungen im bestehenden Gesundheitssystem beziehen. Das bedeutet, dass jene Grundsätze und Ziele in der Umsetzung der Gesundheitsplanung berücksichtigt werden müssen. (vgl. BMSGPK, 2022b, S. 27) Zusammengefasst sind das die folgenden Ziele:

- Versorgung die gleichmäßig, bestmöglich erreichbar, medizinisch und gesamtwirtschaftlich auf einem hohen Niveau ist
- Lückenlose Behandlungsketten (Nahtstellenmanagement) schaffen
- Telefon- bzw. Online-Erstkontakt priorisieren
- Regionale und überregionale Abstimmung der Planung
- Reduktion der Krankenhausaufenthalte
(vgl. ebd.)

2.2.1.3 Ziele gemäß "Gesundheitsziele Österreich" des BMSGPK

Auf Seiten des Bundesministeriums wurden 2012 die „10 Gesundheitsziele für Österreich“ beschlossen. Die auf der Metaebene angesiedelten Ziele verbinden die zwei internationalen Strategien „Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung“ der Vereinten Nationen und „HEALTH 2020“ der WHO ein (vgl. BMSGPK, o.J.a). Diese Gesundheitsziele sind auch Grundlage für die Aufstellung der Ziele in der Zielsteuerung Gesundheit (vgl. Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung-Gesundheit, S. 5)

Die „10 Gesundheitsziele für Österreich“ weisen einen breit gefassten Ansatz des Verständnisses über Gesundheit mit dem Grundgedanken des „Health in all Policies“ auf und adressieren mit dieser Zielsetzung alle Politik- und Geschäftsbereiche. Ebenfalls werden die Determinanten der Gesundheit, also welche Faktoren die Gesundheit beeinflussten, berücksichtigt. Determinanten sind beispielsweise Geschlecht, Lebensraum, soziale Netzwerke, Ernährung, etc. Fokus der Gesundheitsziele ist es, die Anzahl der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre zu steigern (vgl. BMSGPK, 2017b, S. 19)

„Gesundheitsziel 1: Gemeinsam gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen schaffen

Gesundheitsziel 2: Gesundheitliche Chancengerechtigkeit für alle Menschen in Österreich sicherstellen

Gesundheitsziel 3: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Gesundheitsziel 4: Luft, Wasser, Boden und alle Lebensräume für künftige Generationen sichern

Gesundheitsziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken

- Gesundheitsziel 6: Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten*
- Gesundheitsziel 7: Gesunde und nachhaltige Ernährung für alle zugänglich machen*
- Gesundheitsziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag fördern*
- Gesundheitsziel 9: Psychosoziale Gesundheit fördern*
- Gesundheitsziel 10: Qualitativ hochstehende und leistbare Gesundheitsversorgung für Alle sicherstellen“ (BMSGPK, 2017a)*

2.2.2 Ziele der Örtlichen Raumplanung

Raumplanung hat eine Vielfalt an Zielen, wobei im Mittelpunkt die nachhaltige räumliche Entwicklung mit sozialen und wirtschaftlichen Ansprüchen an den Raum steht. (vgl. Amt der Oö. Landesregierung, o.J.c) Von dieser allgemeinen Definition ausgehend, lassen sich gemeinsam mit den Zielen aus dem ÖROK und dem Oö. Raumordnungsgesetz 1994 konkrete Handlungsempfehlungen ableiten, die den heutigen Grundsätzen der Planung in Österreich entsprechen. Diese sind eine Summe aus politischen und gesellschaftlichen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte und befinden sich im stetigen Wandel.

Im Folgenden erfolgt eine Auflistung der wichtigsten Ziele der Örtlichen Raumplanung. Zum einen wird das Ziel aus Sicht der Örtlichen Raumplanung erläutert und zum anderen wird die Auswirkung auf die menschliche Gesundheit dargestellt. Das soll zeigen, in welcher enger Verbindung Entscheidungen der Örtlichen Raumplanung mit der Gesundheit der Menschen stehen.

2.2.2.1 Innen- vor Außenentwicklung

Die Siedlungsentwicklung soll vorwiegend in geschlossenen Siedlungsstrukturen stattfinden. Mögliche Lücken in Siedlungsstrukturen sollen geschlossen und möglichst wenig neue Flächen neu erschlossen bzw. bebaut werden, wobei bei Bautätigkeiten eine qualitative Dichte erzeugt werden soll. Erst wenn Flächen im Zentrum ausgeschöpft sind, soll eine Außenentwicklung erfolgen. Ebenfalls gilt es, den Leerstand im Inneren zu vermeiden und nach Möglichkeit eine Umnutzung anzudenken.

Einfluss auf die Gesundheit: Kompakte Strukturen mit einer Nutzungsvielfalt bringen kurze Wege zu relevanten Einrichtungen, wie Nahversorger oder ärztlichen Einrichtungen. Diese gesicherten Grundversorgungsbedürfnisse tragen zum Wohlbefinden der Bevölkerung bei und vermindern beispielsweise die Barrieren eines Arztbesuches. Eine zu dichte Bebauung jedoch kann negative Auswirkungen haben, da lokale Hitzeinseln erzeugt werden oder vermehrt Emissionen ausgestoßen werden. (vgl. Köckler et al., 2020)

2.2.2.2 Vermeidung von Versiegelung

Ein Ziel, das mit der Stärkung von Innenentwicklung einhergeht, ist die sparsame Inanspruchnahme von Grund und Boden, wobei hier die Gesamtheit der Flächen von Relevanz ist. Das gilt auch für Flächen, die dem Straßenraum, der Landwirtschaft, Freizeit- und Erholungseinrichtungen sowie Gewerbe- bzw. Betriebsgebieten zugehören.

Einfluss auf die Gesundheit: Versiegelung führt, ähnlich wie eine zu dichte Bebauung, zur Entstehung von Hitzeinseln. Ebenfalls wird Wasser am Versickern gehindert, wodurch die Gefahr für Überschwemmungen steigt und damit einhergehend eine direkte Gefahr auf die Gesundheit besteht. Ein weiterer Faktor ist die negative Auswirkung durch erhöhten Lärm im zu dicht bebauten Raum, wodurch Schlaf und das allgemeine Wohlbefinden negativ beeinflusst werden. (vgl. Hutter et al., 2020)

2.2.2.3 Berücksichtigung des Naturhaushaltes

In jeder planerischen Tätigkeit sollte ein ausgewogener Naturhaushalt berücksichtigt werden. Dazu gehören Aspekte wie die Biodiversität, Wasserhaushalt, Eingriff in Lebensräume von Flora und Fauna, Klimaschutz oder Klimawandel(-anpassung). Besonders Schutzzonen, Naturschutzgebiete, Wildtierkorridore, etc. müssen gesichert werden.

Einfluss auf die Gesundheit: Durch den Erhalt von hochwertigen Naturräumen wird die Bildung von Sauerstoff und Kohlenstoffdioxid gesichert. Naturräume haben eine positive Auswirkung auf die soziale, mentale und physische Gesundheit. Durch die konkrete Nutzung von Grünräumen können unter Umständen allerdings auch negative Auswirkungen hervorgerufen werden, wie zum Beispiel Allergien gegen Pollen und Gräser oder Infektionskrankheiten, die durch Insekten übertragen werden. (vgl. Claßen und Bunz, 2018)

2.2.2.4 Soziale Gerechtigkeit

(Öffentlicher) Raum gehört jedem und jeder - Raumplanung muss also auch für jeden und jede planen. Um das zu gewährleisten, muss auf verschiedene Rahmenbedingungen der Bevölkerung eingegangen werden. Ethische Fragen zur Gerechtigkeit, wie "Was ist Gerechtigkeit?" oder "Ist das für alle gerecht?", spielen hier eine Rolle und können je nach Planfall unterschiedlich gehandhabt werden. Im Endeffekt bedeutet eine soziale Gerechtigkeit auch, dass durch staatliche Interventionen ein gewisser Mindeststandard gesichert wird und ein Zugang zu Ressourcen ermöglicht wird. (vgl. Hartmann, 2018, S. 574)

Einfluss auf die Gesundheit: Armut und geringe soziale Teilhabe sind Einflussfaktoren auf die Gesundheit. So lässt sich erkennen, dass zwischen einem geringen Einkommen und Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Krankheitsprävention der Bevölkerung ein signifikanter Zusammenhang besteht (vgl. BMSGPK und Statistik Austria, 2020, S.7-10). Gleichzeitig werden von Menschen mit geringerem Einkommen weniger Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen (vgl. Beigewum, 2021). Im Umkehrschluss kann vermutet werden, dass eine gestärkte soziale Gerechtigkeit ein Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit leistet (vgl. AGGSE, 2020).

2.2.2.5 Sicherung von erhaltenswerten Orts- und Landschaftsbildern

Der visuelle oder optische Eindruck eines Ortes oder einer Landschaft kann ein wichtiges Kulturgut für eine Region sein. Durch den Erhalt bestehender Strukturen entsteht eine Charakteristik, die sich oft in einer gesamten Region wiederfindet und einen Wiedererkennungswert darstellt. Dabei haben die Aspekte von Architektur, Sichtbeziehungen und Denkmale einen hohen Stellenwert.

Einfluss auf die Gesundheit: Ästhetik von der Umwelt hat eine Auswirkung auf das Wohlbefinden der Menschen. So wurde z.B. in einer Studie der WSL Eidgenössische For-

schungsanstalt für Wald, Schnee und Landschaft festgestellt, dass bei einem Spaziergang in einem gepflegten Wald die Steigerung des Wohlbefindens größer ist als in einem verwilderten Wald. (vgl. Bauer und Martens, 2010, S.49)

Das von der TU-München entwickelte PAKARA-Modell (kurz für präventive Architektur, kurative Architektur und rehabilitative Architektur) zeigt, dass die Aneignung von (öffentlichen) Räumen eine positive Auswirkung auf die psychosoziale Gesundheit bzw. das Wohlbefinden bewirkt. Dabei ist es wichtig, dass eine Aneignung nur bei Balance der Einflusspole Stimulation, Identifikation und Privatheit passiert. (vgl. Vollmer et al., 2022)

2.2.2.6 Ausbau erneuerbarer Energie

In der Raumplanung ist es Ziel, Flächen für die Produktion erneuerbarer Energie zu verorten, festzulegen und freizuhalten. Hier muss vorausschauend agiert werden und in Kooperation mit der Energiewirtschaft gearbeitet werden, um etwaige Entwicklungen, Potentiale oder Konflikte zu erkennen.

Einfluss auf die Gesundheit: Eine gesicherte Energieversorgung ist für das Gesundheitswesen, speziell für Krankenanstalten, im Hinblick auf Versorgungssicherheit essentiell. Zudem ergibt sich ein erhöhtes Gesundheitsrisiko aufgrund von Luftverschmutzung durch fossile Brennstoffe wie Kohle, Erdöl oder Erdgas, durch welche Feinstaub und Stickoxide in die Luft freigegeben werden. (vgl. Keim et al., 2019)

2.2.2.7 Vermeidung von Nutzungskonflikten

Aufgabe der Raumplanung ist es, Nutzungskonflikte von Boden oder auch bebautem Raum zu verhindern bzw. Methoden zu entwickeln, damit umzugehen. Dazu gehört die Abwägung von Interessen, Nutzen im ökonomischen, ökologischen aber auch rechtlichen Sinne.

Einfluss auf die Gesundheit: Durch die Nutzung von Raum wird auch der davon umgebende Raum beeinflusst. So können beispielsweise durch Betriebsgebiete negative Auswirkungen durch Lärm oder andere Emissionen auf ein angrenzendes Erholungsgebiet entstehen.

2.2.2.8 Einbindung der Bevölkerung in die Planung

Um möglichst erfolgreich und nachhaltig zu planen, gilt es die Bevölkerung mit einzubeziehen. Das soll je nach Vorhaben in unterschiedlichem Ausmaß erfolgen. Dabei ist das Spektrum der Partizipation, zwischen der reinen Information bis zur Entscheidungskraft und darüber hinaus, sehr breit.

Einfluss auf die Gesundheit: Selbstbestimmung und Empowerment stärken die eigene Gesundheitsförderung, aufgrund der Tatsache, dass man selbst befähigt ist, diese eigenständig zu stärken (vgl. Nowak, 2015). Auch die Aneignung von öffentlichen Räumen wird durch Partizipation befürwortet.

2.2.2.9 Zusammenfassung der Ziele

Diese Ziele sind im Allgemeinen für die Örtliche Raumplanung in Österreich gültig, je nach Region und räumlicher bzw. wirtschaftlicher Struktur liegen die Prioritäten in der Umsetzung

anders. Beispielsweise ist es für touristische Regionen wichtiger, das Orts- und Landschaftsbild zu berücksichtigen. In dichter bebauten Gebieten liegt der Fokus auf der Vermeidung von Versiegelung neuer Flächen.

Zusammenfassend kann man die dargestellten Ziele der Örtlichen Raumplanung in acht **Schlüsselbegriffe** fassen:

- Innenentwicklung
- Versiegelung
- Naturhaushalt
- Soziale Gerechtigkeit (soziale Sicherheit)
- Orts- und Landschaftsbild
- Erneuerbarer Energie
- Nutzungskonflikte
- Partizipation

2.2.3 Diskussion zur Relevanz des Zusammenhangs

Die Örtliche Raumplanung und die Gesundheitsplanung beschäftigen sich auf den ersten Blick mit sehr unterschiedlichen Gegenständen - auf der einen Seite die räumliche Entwicklung, auf der anderen Seite die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Ein genauerer Blick zeigt allerdings auf, dass es viele inhaltliche Zusammenhänge gibt.

Um den inhaltlichen Zusammenhang zu verdeutlichen, hilft ein Blick auf die Ziele der beiden Planungsmaterien. Der Vergleich der Ziele zeigt, dass Gesundheitsplanung und Örtliche Raumplanung mit ähnlichen Hintergründen planen. Unterscheiden können sich Methoden und Herangehensweise, das inhaltliche Ziel jedoch ist gleich. Besonders die "Gesundheitsziele Österreich" des BMGF stehen in direktem Zusammenhang zu Inhalten der Örtlichen Raumplanung. Die Tabelle 8 zeigt die Vernetzung der Ziele mit einem inhaltlichen Zusammenhang.

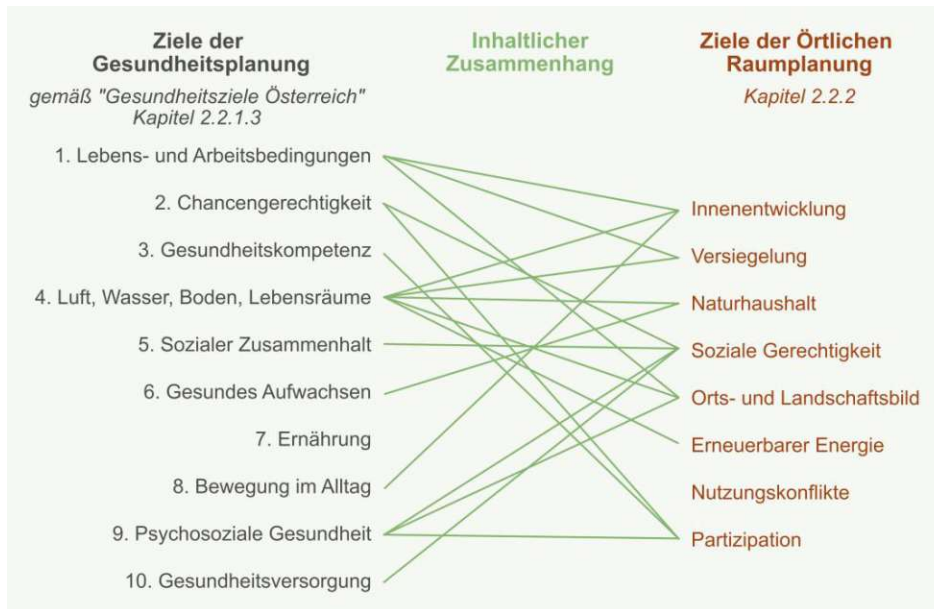


Abbildung 8: Inhaltliche Vernetzung der Ziele der Gesundheitsplanung und Örtlichen Raumplanung, Quelle: eigene Darstellung

Es muss dabei auf zwei unterschiedliche Zusammenhänge von Gesundheits- und Raumplanung hingewiesen werden. Einerseits betrifft der Zusammenhang die Planung von Versorgungseinrichtungen wie Krankenanstalten oder niedergelassene Ärzt:innen (z.B. Ziel: *Soziale Gerechtigkeit* in der Örtlichen Raumplanung und Ziel *Gesundheitsversorgung* in der Gesundheitsplanung). Andererseits gibt es Zusammenhänge in der Gesundheitsförderung, wie beispielsweise die Errichtung von Grün- und Parkanlagen (z.B. Ziel: *Partizipation* in der Örtlichen Raumplanung und Ziel: *Psychosoziale Gesundheit* in der Gesundheitsplanung).

2.3 Primärversorgung

Im Bezirk Rohrbach, einem ländlich-peripheren Bezirk, stehen 38 Allgemeinmediziner:innen mit Kassenvertrag, elf Fachärzt:innen aus zehn verschiedenen Fachgebieten (exkl. 15 Zahnärzt:innen) mit Kassenvertrag gegenüber (Stand: Juni 2022) (vgl. Amt der Oö. Landesregierung, 2022c) Dieser Vergleich zeigt, welchen hohen Stellenwert die allgemeinmedizinische Versorgung im ländlichen Raum hat. Die allgemeinmedizinische Versorgung, welche den Grundpfeiler der Primärversorgung bildet, stellt den Fokusbereich im folgenden Teil der Arbeit dar.

2.3.1 Rolle der Primärversorgung im Gesundheitssystem

Die Primärversorgung ist in der Regel die erste medizinische Stufe der Versorgung, welche den Eintritt in das Gesundheitssystem darstellt. Die Aufgabe wird von niedergelassenen Allgemeinmediziner:innen bzw. Hausärzt:innen erfüllt (vgl. BMSGPK, o.J.b).

“Primärversorgung (Primary Health Care) ist die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.” (§ 3 Z 9 Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit)

Nach der Primärversorgung als erste Stufe sind die zweite und dritte Stufe der Versorgung die Sekundärversorgung und Tertiärversorgung. Die Sekundärversorgung deckt die spezialisierte ambulante Versorgung sowie die stationäre Versorgung ohne Langzeitpflege ab und wird durch Fachärzte und Krankenanstalten ausgeführt (vgl. Czypionka et al., 2012). Die Tertiärversorgung als letzte Stufe beinhaltet hochmedizinisch spezialisierte Universitätskliniken (vgl. ebd.). Die Sekundär- und Tertiärversorgung decken die spezialisierte Versorgung ab, welche aufgrund der Komplexität der medizinischen Fälle nicht flächendeckend wohnortnah angeboten werden kann und daher in Versorgungszentren zentralisiert und auch überregional geplant wird (vgl. BMSGPK, 2022b, S. 119). Unter Zentralisierung wird im Fall der Gesundheitsplanung die Zentralisierung auf urbane Räume verstanden, da hier auch das benötigte medizinische Personal, Wissen und Kooperationsmöglichkeiten verankert sind. Die Örtliche Raumplanung hat auf dieser Ebene wenige Möglichkeiten sich zu integrieren und kann lediglich in der Ausführung von konkreten Projekten unterstützend wirken. Das betrifft beispielsweise eine notwendige Flächenwidmungsplanänderung für ein Krankenhaus sowie die zugehörigen Verfahrensschritte.

Die Primärversorgung als erste Versorgungsstufe hingegen sollte möglichst wohnortnah für häufige und einfache Versorgungsleistungen zur Verfügung stehen. (vgl. ebd.) Da diese Versorgung auf Ebene der Gemeinde passiert und diese auch direkt betroffen ist, kann hier die Örtliche Raumplanung aktiv mitwirken. Besonders in ländlichen und suburbanen Räumen hat die Gemeinde die Möglichkeit, ihren eigenen Standpunkt mit einzubringen, da sich hier die medizinische Versorgung auf einzelne Ärzt:innen zurückführen lässt.

2.3.2 Primärversorgung als Schlüssel

Um das Gesundheitssystem zu entlasten und gleichzeitig zu stärken, soll die Primärversorgung gemäß den aktuellen Zielen der Gesundheitsplanung priorisierend ausgebaut werden. Dafür wurde mit der Gesundheitsreform 2013 im Bundes-Zielsteuerungsvertrag zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung die Basis für das Modell der Primärversorgungseinheiten (PVE) gelegt (vgl. BMSGPK, 2023d). Im Jahr 2014 folgte ein Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung und 2017 das Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz) das den rechtlichen Rahmen für die Umsetzung öffnete (vgl. GÖG, 2023a).

“Eine PVE ist ein Zentrum oder ein Netzwerk, in dem multiprofessionelle Teams gemeinsam und aufeinander abgestimmt Patient:innen behandeln. Im Kernteam der PVE arbeiten mindestens zwei Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin mit Angehörigen der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege zusammen. Dies wird ergänzt durch Ordinationsassistent:innen, sowie gegebenenfalls eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde.” (BMSGPK, 2023d)

In laufenden Revisionen des Primärversorgungsgesetzes werden nun PVE mehr und mehr in die Gesetzesgrundlage des Gesundheitssystems integriert. Zum einen werden dazu quantitative Ziele gesetzt, zum anderen werden die Möglichkeiten des Modells erweitert sowie Vergabeverfahren vereinfacht. Die im August 2023 aktuelle Revision des Primärversorgungsgesetzes beinhaltet beispielsweise die Möglichkeit, dass statt drei nur mehr zwei Ärzt:innen für eine Gründung benötigt werden bzw. dass eine PVE von nur Ärzt:innen der Kinder- und Jugendheilkunde betrieben werden kann. (vgl. BMSGPK, 2023a)

Auch von politischer Seite wurde das Thema der Primärversorgungseinheiten im Frühling und Sommer 2023 verstärkt behandelt. So soll die Anzahl der PVE von 44 (Stand August 2023) bis 2025 auf 120 gesteigert werden. (vgl. Bundeskanzleramt Österreich, 2023a)

2.3.3 Primärversorgungsgesetz

Die Veröffentlichung des Primärversorgungsgesetzes 2017 legte den Grundstein für die Etablierung der Primärversorgungseinheiten in Österreich. Es ist ein Bundesgesetz, wobei die Vollziehung beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen liegt (Bezeichnung 09/2023: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz). Das Gesetz beinhaltet Definitionen zur Primärversorgung, Anforderungen an die Primärversorgung, Vorgaben zum Leistungsumfang und ein Versorgungskonzept. Darüber hinaus werden Richtlinien zu Verträgen mit PVE sowie zur Organisationsform, Rechtsform und Auswahlverfahren festgelegt. (vgl. PrimVG)

2.3.4 Funktion und Aufbau von Primärversorgungseinheiten

Nachdem nun der rechtliche Hintergrund und die Relevanz der Primärversorgung im Gesundheitssystem verdeutlicht sind, werden folglich die Funktion und der Aufbau von Primärversorgungseinheiten dargelegt.

Primärversorgungseinheiten können als **Einheit** oder als **Netzwerk** organisiert werden. Das bedeutet, sie haben entweder einen Standort mit mehreren Gesundheitsdienstleister:innen oder mehrere Standorte mit jeweils verteilten Gesundheitsdienstleister:innen. (vgl. § 2 Abs. 5 PrimVG)

Das **Team** einer Primärversorgungseinheit wird in ein Kernteam und ein erweitertes Team gegliedert (siehe Abbildung 9). Das Kernteam kann dabei grundsätzlich mit dem Personal einer Einzelordination eines Allgemeinmediziners verglichen werden. Dennoch bedarf es für die Etablierung einer PVE mindestens zwei Ärzt:innen der Allgemeinmedizin/Kinderheilkunde sowie einer Person aus dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. (vgl. § 2 Abs. 2 PrimVG) Im erweiterten Team können weitere Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen und Einrichtungen wie beispielsweise Psycholog:innen oder Logopäd:innen eingestellt werden. Für die Anzahl an Personen, welche im erweiterten Team angestellt sind, gibt es keine Vorgaben. (vgl. § 2 Abs. 3 PrimVG)

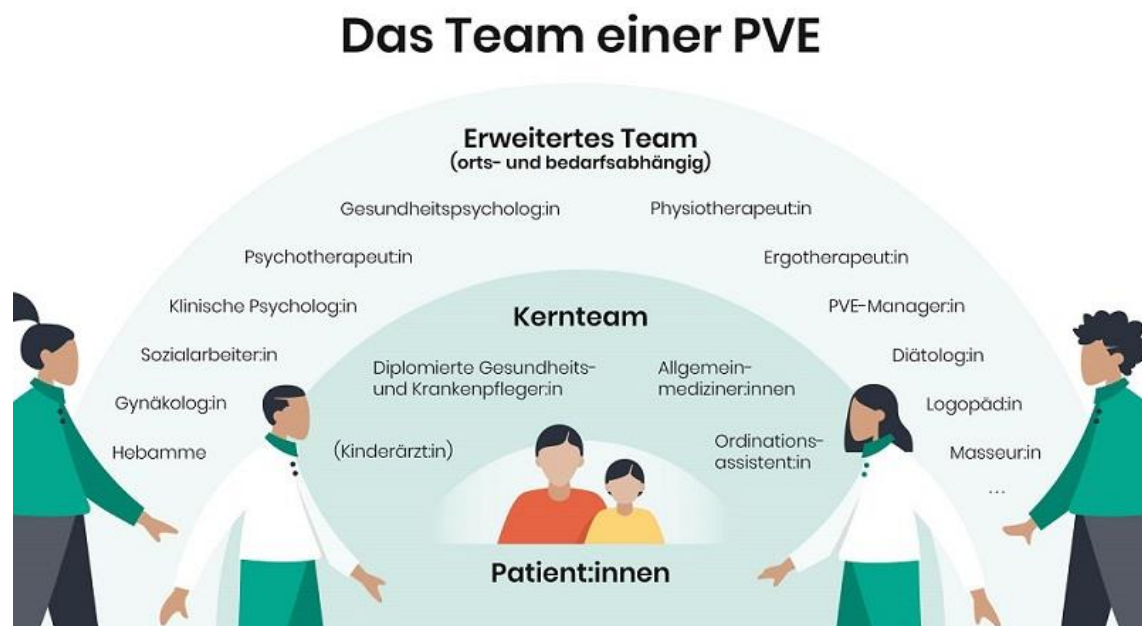


Abbildung 9: Teamstruktur in einer Primärversorgungseinheit, Quelle: GÖG, o.J.d

In einer PVE können **Leistungen** erbracht werden, die gemäß Vertrag des jeweiligen Berufsfeldes (z. B. Physiotherapie) festgelegt sind. Aufgrund der Zusammensetzung der multi-professionellen Kompetenzen müssen gemäß Primärversorgungsgesetz - PrimVG § 5 Abs. 3 jedenfalls die Akutbehandlung einer Erkrankung möglichst abschließend, aber abhängig vom Schweregrad, sowie die Langzeittherapien bei chronischen Erkrankungen gewährleistet werden. (vgl. § 5 Abs. 3 PrimVG) Der Versorgungsauftrag der Primärversorgung wird im Primärversorgungs-Gesamtvertrag (Anhang 1) dargestellt. Die Bundesländer können ergänzend eine gesamtvertragliche Honorarvereinbarung beschließen.

Für die Gründung einer PVE gibt es verschiedene **Rechtsformen** zur Wahl, wobei für Zentren und Netzwerke nicht dieselben Möglichkeiten bestehen. Für Zentren besteht die Möglichkeit einer Gruppenpraxis als Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH), einer Gruppenpraxis als Offene Gesellschaft (OG) oder einem selbständigen Ambulatorium. Für Netzwerke besteht ebenfalls die Möglichkeit einer Gruppenpraxis als GmbH oder als OG sowie die Gründung

eines Vereins oder einer Genossenschaft (vgl. GÖG, o.J.b). Welche Rechtsform für den Anlassfall am besten geeignet ist, hängt nicht zuletzt von betriebswirtschaftlichen Faktoren ab.

Aus Sicht der Patient:innen unterscheiden sich Gruppenpraxen, Ärztezentren und Primärversorgungseinheiten nicht wirklich voneinander. Der Unterschied dabei liegt im Hintergrund - in der Rechtsgrundlage und den **Fördermöglichkeiten**. Der EU-Aufbauplan stellt für den Ausbau und die Attraktivierung der Primärversorgung in Österreich 100 Mio. Euro zur Verfügung, gekoppelt an eine Förderung. Das Förderprogramm bietet zwei Möglichkeiten der Förderung: entweder über eine Gründungsförderung für neue Einrichtungen oder über eine Projektförderung von bestehenden Einrichtungen. (vgl. GÖG, o.J.e)

Förderart	förderbare Kosten	Förderhöhe	max. Zuschuss
Gründungsförderung	max. 1 Mio. Euro	50 %	max. 0,5 Mio. Euro
Projektförderung	max. 3,2 Mio. Euro	50 %	max. 1,6 Mio. Euro

Tabelle 3: Überblick über die Fördermöglichkeiten einer PVE durch den EU-Aufbauplan, Quelle: GÖG, o.J.e

Des Weiteren gibt es die Möglichkeit, dass ergänzend zur Förderung durch den EU-Aufbauplan die Landesregierungen oder von Sozialversicherungsträger weitere Förderungen (z.B. Anschubfinanzierung) gewährt werden. Dabei muss beachtet werden, dass eine Leistung nicht mehrmals gefördert werden darf. (vgl. BMSGPK, 2022d)

2.3.5 Beispielhafte Primärversorgungseinheiten in der Testregion

Mit Stand Juli 2023 gibt es in der Testregion drei aktive Primärversorgungseinheiten, wovon sich zwei in der Landeshauptstadt Linz und eines in der Marktgemeinde Haslach an der Mühl befindet. Alle werden als Einheit und nicht als Netzwerk betrieben. Im Folgenden werden die drei bestehenden Primärversorgungseinheiten in der Testregion sowie eine weitere, welche sich in Traun im Zentralraum von Linz befindet, vorgestellt. (siehe Abbildung 10)



Abbildung 10: Beispielhafte Primärversorgungseinheiten in der Testregion, Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik Austria, 2023a,c

2.3.5.1 Hausärzte am Domplatz

Bezeichnung	Hausärzte am Domplatz - Dr. Einwagner, Dr. Forstner, Dr. Nenning, Dr. Schimmerl - Primärversorgungszentrum OG
Standort	Stifterstraße 3, 4020 Linz
Gründungsjahr	2020
Organisationsform	OG
Mitarbeiter:innen	4 Allgemeinmediziner:innen, 4 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, 5 Ordinationsassistentinnen, 3 Physiotherapeut:innen, 1 Ergotherapeutin, 1 Diätologin, 1 Sozialarbeiterin, 1 Klinischer Psychologe, 1 PV-Managerin Summe: 21 Mitarbeiter:innen (vgl. Hausärzte am Domplatz, o.J.)
Lagebeschreibung	 <p>Abbildung 11: Orthofoto Linz Domplatz; Quelle: DORIS, 30.07.2023</p> <p>Die PVE "Hausärzte am Domplatz" befindet sich unmittelbar am Linzer Domplatz und somit in einer sehr zentralen Innenstadtlage. In unmittelbarer Umgebung befinden sich eine Vielzahl an weiteren medizinischen Einrichtungen, wie das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder und das Ordensspital der Barmherzigen Schwestern, aber auch weitere niedergelassene Ärzt:innen und therapeutische Institute. Der Nahbereich um die PVE ist sehr dicht bebaut und verfügt neben dem Domplatz über wenig öffentliche Freiflächen. An den öffentlichen Verkehr ist der Standort über das Netz der Linz Linien angeschlossen. Die nächste Bushaltestelle befindet sich rd. 100 m und die nächste Straßenbahnhaltestelle rd. 350 m entfernt.</p>

2.3.5.2 PVE Grüne Mitte

Bezeichnung	PVE Grüne Mitte – Dr. Bitter, Dr. Kässmann, Dr. Mikschl, Dr. Popp, Dr. Rechberger – Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin OG
Standort	Hamerlingstraße 27, 4020 Linz
Gründungsjahr	2022
Organisationsform	OG
Mitarbeiter:innen	5 Allgemeinmediziner:innen, 4 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, 5 Ordinationsassistentinnen, 3 Physiotherapeut:innen, 1 Ergotherapeutin, 1 Diätologin, 1 Sozialarbeiterin, 1 Klinischer Psychologe, 1 PV-Managerin Summe: 22 Mitarbeiter:innen (vgl. PVE Grüne Mitte, o.J.)
Lagebeschreibung	 <p>Abbildung 12: Orthofoto Linz Grüne Mitte; Quelle: DORIS, 30.07.2023</p> <p>Die PVE Grüne Mitte befindet sich im Linzer Stadtteil Bulgariplatz. Die direkte Umgebung zeichnet sich durch eine hohe Dichte an Gewerbe- und Handelseinrichtungen sowie Büros aus. Ebenfalls befindet sich das namensgebende Wohnbauprojekt "Grüne Mitte" im Nahbereich. Die "Grüne Mitte" wurde im Jahr 2017 fertiggestellt und umfasst rd. 800 Wohneinheiten. (vgl. Stadt Linz, o.J.)</p> <p>Die PVE ist öffentlich über eine Haltestelle der Linz Linien angebunden, welche sich unmittelbar vor dem Gebäude der PVE befindet, sowie eine Straßenbahnhaltestelle in rd. 500 m fußläufiger Entfernung.</p> <p>In für eine Masterarbeit durchgeführten Interviews wurden Einwohner:innen des Stadtteils zum Bulgariplatz als Wohn- und Lebensraum befragt. Daraus kann zusammengefasst werden, dass der Stadtteil sehr heterogen ist und sich besonders durch günstigere Mietpreise, zentraler Lage, wenig öffentliche Freiflächen, einen hohen Anteil an Bewohner:innen mit Migrationshintergrund und einem allgemein eher schlechten Ruf auszeichnet. (vgl. Leibetzedler, 2021, S.77)</p>

2.3.5.3 Hausarztmedizin Plus - Gesundheitszentrum Haslach

Bezeichnung	Hausarztmedizin Plus Dr. Peinbauer Dr. Rebhandl Dr. Zogholy Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin OG
Standort	Kirchenplatz 3, 4170 Haslach an der Mühl
Gründungsjahr	2018
Organisationsform	OG
Mitarbeiter:innen	4 Allgemeinmediziner:innen, 5 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, 6 Ordinationsassistentinnen, 1 Gesprächstherapeutin, 1 Community-Nurse, 2 Physiotherapeut:innen, 3 Ergotherapeutin, 1 Diätologin, 1 Sozialarbeiterin, 3 Logopädinnen, 1 PV-Managerin, 2 Reinigungskräfte Summe: 30 Mitarbeiter:innen (vgl. Hausarztmedizin Plus, o.J.)
Lagebeschreibung	 <p>Abbildung 13: Orthofoto Haslach an der Mühl; Quelle: DORIS, 30.07.2023</p> <p>Die PVE Hausarztmedizin Plus hat ihren Standort in der Marktgemeinde Haslach. Die Marktgemeinde hat rund 2.600 Einwohner:innen (vgl. Statistik Austria, o.J.) und verfügt über einen kompakten Ortskern, welcher diverse soziale Infrastrukturen und kulturelle Einrichtungen beherbergt. So befinden sich in der Gemeinde mehrere Schulen, Museen und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen. Weitere medizinische Versorgung in der Gemeinde wird nur durch Wahlärzt:innen angeboten. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln kann die PVE über verschiedene Möglichkeiten erreicht werden. Die nächste Haltestelle liegt zwar lediglich 100 m zu Fuß entfernt, bedient jedoch nur den nächstgelegenen Bahnhof. Eine weitere, rund 250 m entfernte Haltestelle bindet auch umliegende Gemeinden an, wobei sich hier die Intervalle der Fahrzeiten auf den frühen Vormittag und Nachmittag beschränken.</p>

2.3.5.4 Primärversorgungszentrum Traun

Bezeichnung	Primärversorgungszentrum Traun - Dres. Dürr, Fiederer, Hauer, Hofer, Jagersberger, Obernosterer und Salner-Würtz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde GmbH
Standort	Am Nordsaum 144, Stadtteilzentrum Weidfeld, 4050 Traun
Gründungsjahr	Eröffnung Jänner 2023
Organisationsform	GmbH
Mitarbeiter:innen	6 Allgemeinmediziner:innen, 2 Fachärztinnen der Kinder- und Jugendheilkunde, 5 Physiotherapeut:innen, 1 Ergotherapeutin, 2 klinische Psychologinnen, 3 Logopädinnen, 2 Diätologinnen, 2 Sozialarbeiterinnen, 6 Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, 13 Ordinationsassistentinnen, 1 Assistentin der Geschäftsleitung, 3 Raumpflegerinnen Summe: 46 Mitarbeiter:innen (vgl. Primärversorgungszentrum Traun, o.J.)
Lagebeschreibung	 <p>Abbildung 14: Orthofoto STZ Weidfeld; Quelle: DORIS, 15.09.2023</p> <p>Das PVZ befindet sich in der Stadtgemeinde Traun im neu errichteten Stadtteilzentrum (STZ) Weidfeld. Das 2023 eröffnete Zentrum liegt in einem fast gänzlichem Wohngebiet mit überwiegender Bebauung durch Einfamilienhäuser und niedriggeschossigen Mehrfamilienwohnhäuser. Im nördlichen Anschluss an das Stadtteilzentrum befinden sich ein Friedhof und eine großflächige Parkanlage. Ebenfalls befinden sich Bildungs- und Pflegeeinrichtungen im Umgebungsbereich. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln kann das PVZ Traun über den City-Bus mit einer Haltestelle direkt am Stadtteilzentrum erreicht werden (vgl. Stadt Traun, o.J.). Das PVZ bzw. das Stadtteilzentrum ist ein Wunschprojekt der Stadt Traun, das in gemeinsamer Abstimmung mit einem initiativen Arzt durch den Projektträger AVORIS GmbH etabliert wurde (vgl. AVORIS GmbH, 2023, persönliche Kommunikation).</p>

2.4 Gründung einer Primärversorgungseinheit

Wie kommt man nun zu einer Primärversorgungseinheit (PVE) und was kann die Örtliche Raumplanung dazu beitragen? Das wird im folgenden Kapitel zum Gründungsprozess einer PVE erläutert. Es werden die notwendigen Schritte, Erfolgsfaktoren aus bestehenden Einrichtungen, die Möglichkeiten der Örtlichen Raumplanung und der Gemeinde sowie die Auswirkungen auf die Gemeinde dargestellt.

2.4.1 Schritte in der Gründung einer PVE

Der Weg bis zur Eröffnung einer Primärversorgungseinheit läuft nicht immer gleich ab bzw. sind Hintergründe und Initiativen oft andere. Es gibt dazu keinen idealtypischen Ablauf, dennoch gibt es einige Schritte, die eingehalten werden müssen, um einen Vertrag zu erhalten und in Folge die Einheit eröffnen zu können.

Grundlegend muss ein/eine oder mehrere Ärzt:innen die Initiative ergreifen und sich auf eine ausgeschriebene Primärversorgungseinheit bewerben. Dazu muss man sich bei der Ärztekammer des Bundeslandes, Österreichischen Gesundheitskasse (jeweilige Landesstelle) oder beim Landesgesundheitsfonds erkundigen, ob und wo die Errichtung einer Primärversorgungseinheit derzeit möglich ist. Für das Auswahlverfahren muss eine Reihe an Kriterien erfüllt werden. Es benötigt dazu die passende Festlegung im RSG inklusive freie Planstellen oder einen Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission sowie ein Versorgungskonzept. (vgl. GÖG, o.J.a) Nach einem positiven Auswahlverfahren gilt es, die Rechtsform zu beschließen und mögliche Förderungen zu beantragen. Zudem folgt der Aufbau des Teams und des Standortes. (vgl. GÖG, o.J.c)

2.4.2 Erfolgsfaktoren vs. Herausforderungen und Hindernisse bei der Gründung

Neben den genannten Schritten im vorangegangenen Kapitel bedarf es auch einer Vielzahl an weiteren Überlegungen zur Gründung einer Primärversorgungseinheit. Unter Umständen kann die Gründung aufgrund einzelner Faktoren auch gänzlich verhindert werden.

Vor der Gründung einer Primärversorgungseinheit muss immer eine **Initiative** gesetzt werden. Je aktiver und motivierter die Initiator:innen sind, umso eher erfolgt eine Umsetzung. Bei bisherigen Primärversorgungseinheiten waren oft Ärzt:innen die Initiator:innen, wobei auch Manager:innen von zukünftigen Primärversorgungseinheiten oder Gemeinden die Initiative ergreifen können. (vgl. AVORIS GmbH, 2023, persönliche Kommunikation; Fulöp, 2023, persönliche Kommunikation; Schütz, 2023, persönliche Kommunikation)

Die **Lokalpolitik** der Gemeinde muss hinter dem Projekt stehen und Rückhalt gewährleisten. Eine proaktive Gemeinde mit dem Willen der Umsetzung kann nicht nur mit einem möglichen Gemeinderatsbeschluss (z.B. für eine Finanzierung, Widmung, etc.) das Projekt bekräftigen, sondern kann auch durch weitere Kontakte unterstützen. Beispielsweise konnte im Gründungsprozess der PVE Haslach (Hausarztmedizin Plus - Gesundheitszentrum Haslach) auf einen guten und langjährigen Kontakt zwischen Arzt (Initiator), Bürgermeister und Architekt zurückgegriffen werden. Das war die Voraussetzung für die Etablierung (vgl. Schütz, 2023, persönliche Kommunikation).

Die Etablierung von Primärversorgungseinheiten ist dann besonders relevant, wenn eine **Änderung der Gesundheitsversorgung** der Gemeinde oder Region bevorsteht oder gewünscht ist. Das können beispielsweise bevorstehende Pensionierungen, eine überlastete Ordination oder auch ein starkes Bevölkerungswachstum sein, wodurch die Sicherung der Gesundheitsversorgung der umliegenden Gebiete bedroht wird. (vgl. AVORIS GmbH, 2023, persönliche Kommunikation)

Wenn in einer Gemeinde oder einem Stadtteil schon eine **funktionierende Primärversorgung** durch die bestehenden Ressourcen gegeben ist, sollte die Gründung einer weiteren Einheit bedacht werden. Im Fokus sollten unterversorgte Regionen sein. (vgl. Fulöp, 2023, persönliche Kommunikation) Wobei grundsätzlich davon auszugehen ist, dass weder die Landesregierung noch die ÖGK ein Bedarf aussprechen wird, wenn die Gesundheitsversorgung ohnehin gesichert ist.

Eine weitere Herausforderung in der Planung ist die **Finanzierung** einer Primärversorgungseinheit. Auch wenn es ein breites Förderangebot (EU-Ausbauplan, Anschubfinanzierung, etc.) gibt, muss ein gewisser finanzieller Grundstein gegeben sein, um eine PVE zu etablieren. (vgl. BMSGPK, 2023c, S. 29)

Ebenfalls kann die Gewinnung von ärztlichem und nichtärztlichem medizinischen **Fachpersonal** Herausforderungen mit sich bringen. Vor allem in ländlichen Regionen kann die Bereitstellung von Fachpersonal schwierig sein. (Auschra et al., 2018, S. 12f) Gegenteilig kann die Etablierung einer PVE auch als Chance betrachtet werden, um hochwertige Stellen in der Region zu schaffen und diese an Arbeitskräfte aus der Region zu vergeben.

2.5 Möglichkeiten in der Örtlichen Raumplanung

Aus der Aufbereitung zum Gründungsprozess von Primärversorgungseinheiten zeigt sich, dass es unterschiedliche Initiatoren und Hintergründe geben kann. Nicht immer muss dazu ein Arzt oder eine Ärztin aktiv werden, um eine PVE zu gründen. In jedem Fall können auch von Seiten der Örtlichen Raumplanung bzw. der Gemeinden unterstützende Methoden eingebracht werden, um eine PVE zu etablieren. Die folgenden Möglichkeiten beziehen sich auf die rechtliche Grundlage in Oberösterreich, wobei auch in anderen Bundesländern ähnliche Vorgaben vorzufinden sind.

2.5.1 Örtliches Entwicklungskonzept

Das Örtliche Entwicklungskonzept (ÖEK) ist ein Instrument der Örtlichen Raumplanung zur Definition von Festlegungen und Zielen zur Entwicklung der Gemeinde mit einem längeren Planungshorizont (15 Jahren). Es ist Grundlage für die Erstellung von Flächenwidmungsplänen und Bebauungsplänen. (vgl. § 18 Abs. 1 Oö. ROG 1994) Gemäß Oö. ROG 1994 § 18 Abs. 3 muss das Örtliche Entwicklungskonzept Aussagen zu prioritären und ergänzenden Siedlungsschwerpunkten, Abrundungs- und Auffüllungsbereichen, Frei- und Grünraumplanung, Verkehrsplanung sowie zur technischen und sozialen Infrastruktur beinhalten. Dadurch bietet das Örtliche Entwicklungskonzept die Möglichkeit, konkrete Flächen oder Standorte für eine Gesundheitseinrichtung festzulegen. Darüber hinaus können im schriftlichen Teil der Ziele genauere Ausführungen zur Umsetzung einer Gesundheitseinrichtung getroffen werden. (vgl. ebd.)

Der Vorteil durch die planliche Festlegung im Örtlichen Entwicklungskonzept ist, dass eine mögliche darauffolgende Änderung der Widmung oder des Bebauungsplans besser begründet werden kann. Ebenfalls kann durch einen Gemeinderatsbeschluss, der für die Beschließung eines Örtlichen Entwicklungskonzeptes notwendig ist (vgl. § 33 Oö. ROG 1994), die Realisierung bekräftigt werden.

2.5.2 Flächenwidmungsplan

Der Flächenwidmungsplan (FWP) ist ein weiteres Instrument der Örtlichen Raumplanung, welches zur Festlegung einer konkreten Nutzungsabsicht bzw. Nutzungsmöglichkeit dient (vgl. Amt der Oö. Landesregierung, o.J.b). Für eine Gesundheitseinrichtung kommt eine Reihe an möglichen Widmungen in Frage, die alle in die Kategorie "Bauland" fallen. Beispielsweise eignen sich in Oberösterreich Bauland-Kerngebiet, Bauland-Wohngebiet, Bauland-Gemischtes Baugebiet, Bauland-Dorfgebiet oder auch Bauland-Sozialer Wohnbau. Nach eingehender Prüfung in einem Widmungsverfahren können auch andere Widmungen in Betracht gezogen werden. In jedem Fall muss die sensible Nutzung der Gesundheitseinrichtung im Widmungsverfahren berücksichtigt werden, die insbesondere Lärm, Emissionen und Naturgefahren beinhalten (vgl. § 33 Oö. ROG 1994).

Abgesehen von den genannten Widmungskategorien gibt es in Oberösterreich gemäß Oö. ROG 1994 §19 auch die Widmungskategorie der Vorbehaltsflächen, welche die Möglichkeit bietet, eine Fläche für öffentliche Zwecke zu reservieren (vgl. § 19 Abs. 1 Oö. ROG 1994). Gemäß Anlage 1 der "Planzeichenverordnung für Flächenwidmungspläne 2021" gibt es in Oberösterreich unter anderem schon Vorbehaltsflächen für Verwaltungsgebäude, Schulen, Krankenanstalten und Heil- und Pflegeanstalten. Dazu kann der Antragsteller/die Antragstellerin ein Einlösungsbegehren nach frühestens sechs Jahren bei der Gemeinde stellen (vgl. § 19 Abs. 2 Oö. ROG 1994). Dieser relativ lange Prozess für eine Fläche kann zwar eine gewünschte Fläche sichern, gestaltet den Prozess aber relativ steif, vor allem wenn direkter Bedarf herrscht und Interessenten vorhanden sind.

2.5.3 Bebauungsplan

Ein weiteres Instrument der Örtlichen Raumplanung ist der Bebauungsplan, welcher die Art der Bebauung und die Erschließung des Planungsraumes festlegt (vgl. Amt der Oö. Landesregierung, o.J.a). Gemäß Oö. ROG 1994 § 32 Abs. 1 beinhaltet ein Bebauungsplan in Oberösterreich unter anderem die verpflichtende Festlegung zu Fluchtlinien, Gebäudehöhen sowie Verlauf und Breite von Verkehrsflächen (vgl. Oö. ROG 1994 § 32 Abs. 1). Darüber hinaus gibt es eine Reihe an möglichen weiteren Festlegungen, welche nicht verpflichtend festzulegen sind. Dazu gehören die Bauweise, Bestimmungen zu Stellplätzen, Einfriedungen, Gemeinschaftsanlagen, Freiflächen, aber auch Festlegungen zum äußeren Erscheinungsbild der Gebäude (vgl. § 32 Abs. 2 Oö. ROG 1994).

Eine konkrete Festlegung einer Nutzung durch eine Gesundheitseinrichtung ist im Bebauungsplan nicht möglich. Dennoch können das notwendige Ausmaß des Gebäudes sowie die verkehrliche Erschließung, aber auch Festlegungen zur Ausgestaltung der Freiflächen etc. festgelegt werden. In dieser Weise kann eine Umsetzung durch den Bebauungsplan gestärkt werden und ein möglichst hochwertiger Raum für die PVE gestaltet werden.

2.5.4 Weitere Methoden

Neben den klassischen Instrumenten der Örtlichen Raumplanung hat die Gemeinde auch andere Möglichkeiten, die Etablierung einer Gesundheitseinrichtung zu fördern. Eine Möglichkeit besteht darin, dass die Gemeinde selbst eine **aktive Bodenpolitik** betreibt und ein Grundstück erwirbt (vgl. § 15 Abs. 2 Oö. ROG 1994). Dazu steht allerdings in der Regel nur eine begrenzte Auswahl an Flächen zur Verfügung und die nötigen finanziellen Mittel müssen der Gemeinde zur Verfügung stehen. Gemäß Oö. ROG 1994 § 16 Abs. gibt es dafür eine Fördermöglichkeit durch die Landesregierung. In weiterer Folge kann das Grundstück zu einem günstigen Preis an die Projektinitiatoren der PVE verkauft werden. Der Vorteil für Betreiber:innen ist, dass sie wenig organisatorischen Aufwand für die Beschaffung eines Grundstückes haben und die Gemeinde direkt in den Projektablauf integriert ist. Dennoch ist durch die Betreiber:innen das Grundstück anzukaufen, wenngleich es ein günstiger Preis ist.

Wenn die Gemeinde kein Interesse oder Möglichkeit an einer aktiven Beteiligung hat, kann sie auch als mobilisierende Kraft unterstützen. Durch ein **Management** von unbebautem Bauland, insbesondere im Gemeindezentrum oder von Leerständen, können verfügbare Flächen identifiziert werden, die sich für eine Gesundheitseinrichtung eignen. Die Gemeinde übernimmt hier eine vermittelnde Aufgabe zwischen Betreiber:innen der PVE und Grundstückseigentümer:innen.

Darüber hinaus kann die Gemeinde auch selbst am Grundstück eine passende Immobilie für eine PVE errichten und als **Projektträger** agieren. Auch hier bedarf es einem hohen finanziellen Aufwand, welcher allerdings durch Mieteinnahmen der PVE oder anschließendem Verkauf beglichen werden kann. Der Vorteil für die Gemeinde als Projektträgerin ist, dass eine geeignete Immobilie geschaffen wird, ohne dass mögliche Betreiber:innen der PVE ein hohes Startkapital benötigen.

In fast jedem Fall der Beteiligung der Gemeinde entsteht ein finanzieller Aufwand für die Gemeinde. Hier muss ein ressourcenschonender Umgang der Gelder beachtet und mögliche Förderungen in Betracht gezogen werden. Auch wenn eine medizinische Versorgung für eine Gemeinde unumgänglich ist, dürfen andere soziale Infrastrukturen oder Nahversorger (z. B. Gasthaus) der Gemeinde nicht außer Acht gelassen werden.

2.6 Auswirkungen in der Gemeinde

Ziel der Raumplanung ist es, durch eine gesicherte Daseinsvorsorge gleichwertige Lebensbedingungen zu gestalten und leistbares Wohnen zu sichern (vgl. ÖROK, 2021, S. 26). Die soziale Infrastruktur, insbesondere die Gesundheitsversorgung, stellt zudem einen wichtigen Wirtschaftsfaktor aufgrund ihres Potenzials für Arbeitsplätze, Dienstleistungen und Standortimage dar (vgl. Winkel, 2018, S. 2193). In Summe haben Einrichtungen, wie Primärversorgungseinheiten, die die Daseinsvorsorge gewährleisten, eine wichtige Aufgabe für die Gesellschaft und somit auch Auswirkung auf die Gemeinden und deren Bevölkerung.

In erster Linie wird die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung quantitativ durch z. B. mehr zur Verfügung stehendes Personal, aber auch qualitativ durch z. B. Synergien und Zusammenarbeit innerhalb der Einheit verbessert. Neben der in Folge verbesserten Gesundheitsversorgung können aber auch noch andere Effekte in der Gemeinde gemessen werden.

Infolge der Eröffnung einer Primärversorgungseinheit können **quantitative Daten** der Gemeinde Aufschluss über Auswirkungen geben. Das sind Aspekte wie Bevölkerungsentwicklung, Entwicklung der Arbeitsstätten sowie Entwicklung der Beschäftigten oder einer vermehrten Bautätigkeit. Um eine Entwicklung abzubilden, müssen die Daten in einer Zeitreihe verglichen werden, wobei wichtig ist, dass der Ursprungswert vor dem Datum der Gründung liegt und der Vergleichswert mehrere Jahre danach. Da Primärversorgungseinheiten erst seit wenigen Jahren bestehen, ist eine detaillierte Auswertung über Auswirkungen nur sehr begrenzt möglich.

Im Falle der Gemeinde Haslach an der Mühl konnte ein geringes Bevölkerungswachstum von 2017 (ein Jahr vor Eröffnung der PVE) mit 2.530 Einwohner:innen auf 2023 mit 2.600 Einwohner:innen (vgl. Statistik Austria, o.J.) verzeichnet werden. Weitere Daten zur Beschäftigung oder Bautätigkeit lassen sich aufgrund des kurzen Zeitraumes nicht auswerten. Zudem kann kein eindeutiger Zusammenhang aus diesen Ergebnissen abgeleitet werden.

Ein weiterer Aspekt, um Auswirkungen auf die Gemeinde zu erfassen, ist die **Untersuchung des öffentlichen Lebens** der Gemeinde. *Entwickelt sich die PVE zu einem Begegnungsort? Können Synergien mit anderen Nutzungen festgestellt werden? Gibt es eine Weiterentwicklung in der PVE?*

Im Beispiel der PVE Haslach an der Mühl war schon von im Vorhinein das Ziel, einen positiven Beitrag zur Ortskernentwicklung zu liefern. *„Nunmehr ist ein öffentlicher Raum entstanden, dessen Mehrwert größer ist als die Aufgabe einer PVE.“* (vgl. Schütz, 2023, persönliche Kommunikation). Dazu wurde laut Josef Schütz versucht, die Menschen bewusst in den öffentlichen Raum zu bringen, um einen Begegnungsort zu schaffen, der der Bevölkerung auch Teilhabe ermöglicht. (vgl. Maierhofer et al., 2023, S. 68ff)

Im Beispiel der PVE Traun konnte ein kommunaler Treffpunkt in einem fast reinen Wohnviertel geschaffen werden. Das neu errichtete Stadtteilzentrum, in dem die PVE angesiedelt ist, wird ergänzt von Büros, Gastronomiebetrieben und Handelseinrichtungen. Ebenfalls gibt es einen Marktplatz, an welchem Veranstaltungen stattfinden können. Schon im Prozess der Planung wurden die Bevölkerung, sowie Expert:innen und Politik durch den Projektträger in enger Abstimmung berücksichtigt (vgl. AVORIS GmbH, 2023, persönliche Kommunikation). Zusammenfassend soll durch die überlegte Planung und Einbeziehung der Bevölkerung ein Grundstein für die Schaffung eines Zentrums für Begegnung gelegt werden.

2.7 Die Testregion

Im Vorfeld des zweiten Teils der Forschungsarbeit wird eine Testregion definiert, die für den weiteren Inhalt der Arbeit den Rahmen als Untersuchungsraum setzt. Die Testregion dient zum einen als Grundlage für Auswertungen der medizinischen Versorgung und zum anderen als Raum für Visionen zur weiteren Entwicklung.

Die Testregion befindet sich im nördlichen Teil Oberösterreichs und beinhaltet drei politische Bezirke. Konkret werden der Bezirk Rohrbach, der Bezirk Urfahr-Umgebung und der Bezirk Linz (Landeshauptstadt) untersucht. Die Grenzen der Testregion wurden anhand der räumlichen Zusammenhänge, Pendlerbeziehungen aber auch topografischer Gegebenheiten festgelegt. So begrenzt im Westen die Landesgrenze zu Deutschland, im Norden die Landesgrenze zur Tschechischen Republik, im Osten die Bezirksgrenze des Bezirkes Urfahr-Umgebung und im Süden der Verlauf der Donau bzw. die Stadtgrenzen von Linz. Die folgenden Abbildungen verortet die geografische Lage in Österreich und Oberösterreich (Abbildung 15 und Abbildung 16).

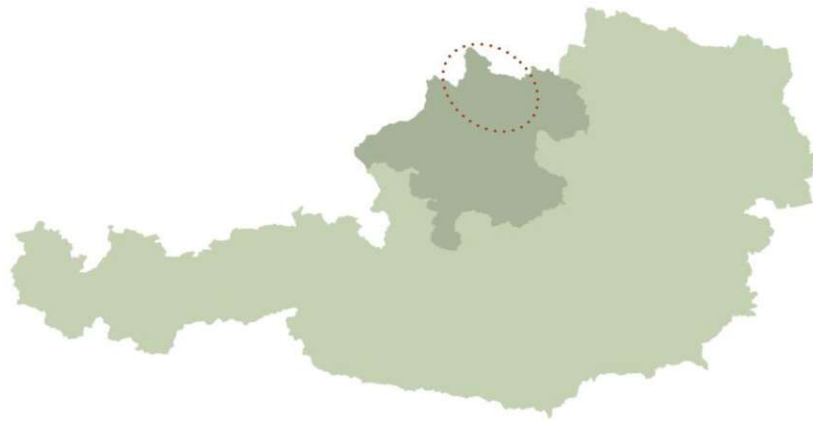


Abbildung 15: Verortung der Testregion in Österreich; Quelle: eigene Darstellung



Abbildung 16: Genaue Verortung der Testregion auf Bezirksebene;
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis Daten der Statistik Austria, 2023b,c

2.7.1 Vorstellung der Region und Beschreibung des Spannungsfeldes

Die gewählte Testregion ist aus einer Reihe von Gründen besonders spannend zu untersuchen. Zum einen stellt die Testregion einen Einzugs- und Pendlerbereich von Linz dar und andererseits ist für die strukturelle teils schwache Region Linz ein wichtiges Versorgungszentrum. Aus diesem Grund wurde die Landeshauptstadt Linz auch in die Testregion integriert. Unter anderem ist die Testregion, ohne die Stadt Linz, auch als Oberes Mühlviertel bekannt.

Eine Besonderheit der Region sind auch die Begrenzungen nach außen (siehe Abbildung 17). Die an der südlichen Grenze befindliche Donau verfügt über nur vereinzelte Querungsmöglichkeiten, wodurch sich eine Interaktion erschwert. In Richtung Westen und Norden befindet sich die Region im Grenzraum zu Tschechien/Südböhmen bzw. Deutschland/Bayern, wodurch ein weiteres Spannungsfeld entsteht. Insbesondere das Thema Gesundheit ist aufgrund der Versicherungszugehörigkeit und Kostenübernahme stark an den eigenen Wohn- bzw. Arbeitsplatz gebunden. Dazu kommt die Sprachbarriere zur Tschechischen Republik. Im Osten ist die Begrenzung der Testregion offener, denn hier gilt als Begrenzung die Grenze des Bezirks Urfahr-Umgebung mit Verlängerung im Süden an der Grenze der Stadt Linz. Als Schlussfolgerung dieser Begrenzungen kann von einer enorm hohen Wichtigkeit, aber auch Abhängigkeit zur Landeshauptstadt Linz ausgegangen werden.

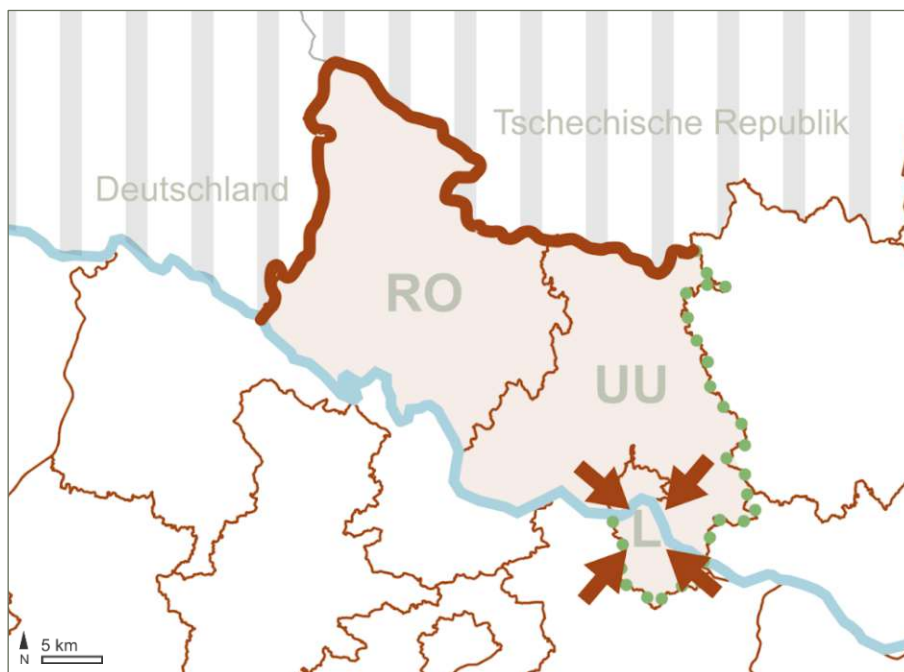


Abbildung 17: Spannungsfeld mit strukturellen Grenzen um die Testregion;
Quelle: Eigene Darstellung

2.7.2 Grundlagen zur Testregion

Im Vorfeld der Analysen wird eine Daten- und Strukturhebung zur Testregion durchgeführt. Diese dient zum Verständnis der Ausgangslage und Kenntnis über Entwicklungen und mögliche Prognosen der Region.

2.7.2.1 Bevölkerungsentwicklung und -prognose

In der gesamten Testregion leben im Jahr 2023 rund 355.327 Personen, was knapp ein Viertel der Gesamtbevölkerung Oberösterreichs darstellt. In den letzten 20 Jahren ist die Bevölkerung in der Testregion deutlich gestiegen, wobei dieses Wachstum vor allem in den Bezirken Linz und Urfahr-Umgebung stattgefunden hat. Die Bevölkerung Rohrbachs ist fast gleichbleibend, wobei diese zwischenzeitlich auch rückläufig war. (siehe Tabelle 4)

Bezirk	2003	2008	2013	2018	2023	Änderung in % (2003-2023)
Stadt Linz	183.827	188.277	191.501	204.846	210.165	+14,33 %
Urfahr-Umgebung	79.081	80.936	82.417	84.999	87.878	+11,12 %
Rohrbach	57.039	56.857	55.944	56.459	57.284	+0,43 %
Testregion gesamt	319.947	326.070	329.862	346.304	355.327	+11,06 %

Tabelle 4: Bevölkerungsentwicklung in der Testregion in den letzten 20 Jahren;
Quelle: Statistik Austria, o.J.

Wird zusätzlich die Verteilung der Bevölkerung nach Altersgruppen betrachtet, lassen sich keine großen Differenzen zwischen den Bezirken erkennen. Lediglich in Linz ist der Anteil der jüngeren Altersgruppe der unter 20-jährigen geringfügig geringer und der Anteil der Erwerbstätigen zwischen 20 und 64 Jahren etwas größer. (siehe Abbildung 18)

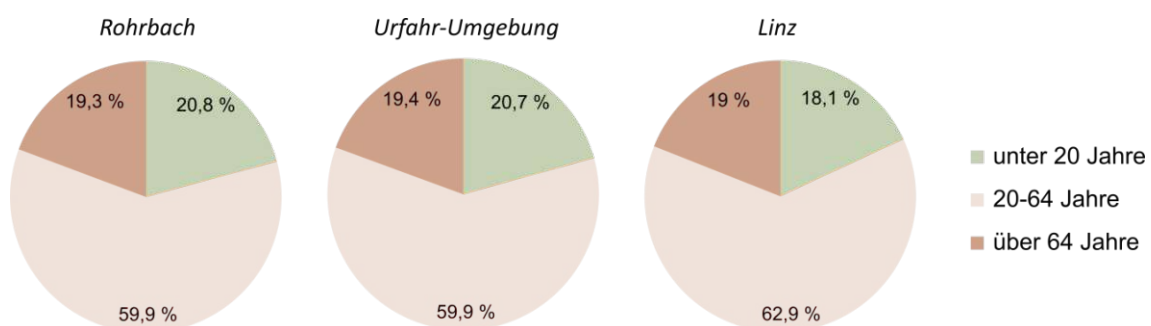


Abbildung 18: Verteilung der Altersstruktur über die Bezirke der Testregion im Jahr 2023,
Quelle: Eine Darstellung auf Basis der Statistik Austria, o.J.

2.7.2.2 Altersstruktur der Bevölkerung

Im Weiteren wird ein Detail als Spezifikum herausgehoben. Einerseits wird in der linken Abbildung die Prognose der Erwerbstätigen (Alter 20-64) und andererseits in der rechten Abbildung die Bevölkerungsprognose des Bezirks Urfahr-Umgebung in dessen Nord- und Südteil dargestellt. (siehe Abbildung 19)

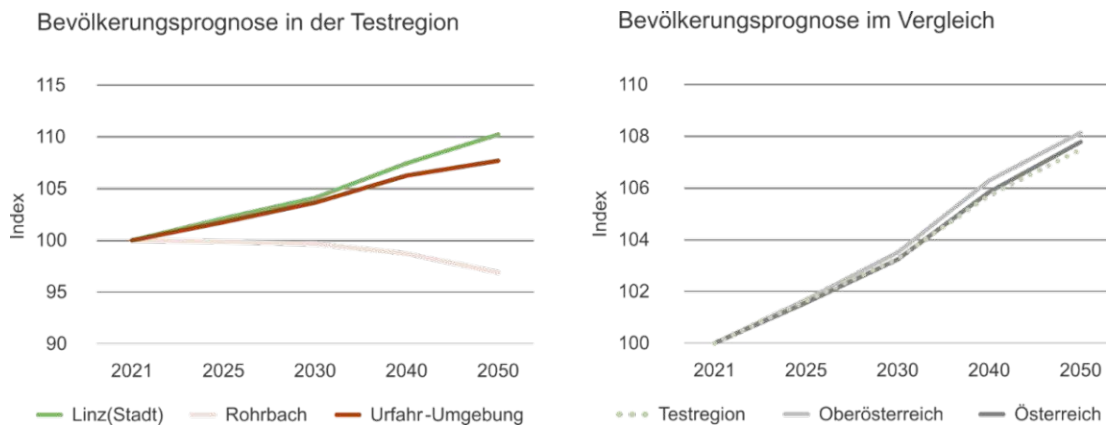


Abbildung 19: Bevölkerungsprognose in den Bezirken der Testregion und im Vergleich mit Oberösterreich und Österreich, Quelle: Eine Darstellung auf Basis der ÖROK, 2022a

Im Gegensatz zur allgemeinen Bevölkerungsprognose in der Testregion, ist in

Abbildung 20 ersichtlich, dass der Anteil der Erwerbstätigen in der Testregion bis 2050 in den Bezirken Rohrbach und Urfahr-Umgebung deutlich zurückgehen wird und im Bezirk Linz (Stadt) geringfügig ansteigt. In der rechten Abbildung wird der Bezirk Urfahr-Umgebung herausgehoben, welcher im Rahmen der Bevölkerungsprognose in einen Nord- und Südteil geteilt wurde. Hier ist deutlich ersichtlich, dass der Nordteil schwächer wächst als der Südteil, welcher in räumlicher Nähe zu Linz ist.

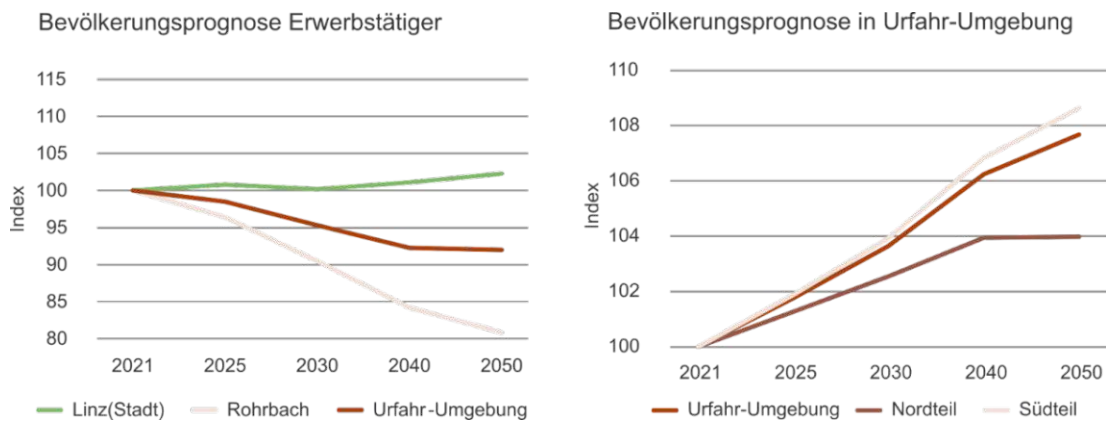


Abbildung 20: Bevölkerungsprognose der Erwerbstätigen in den Bezirken der Testregion und Fokus auf den Bezirk Urfahr-Umgebung, Quelle: Eine Darstellung auf Basis der ÖROK, 2022a

Wird die Bevölkerungsprognose in Altersklassen abgebildet zeigt sich, dass vor allem der Anteil der Personen über 64 Jahre bis 2050 zunehmen wird. Der Anteil der unter 64-Jährigen bleibt hingegen bis 2050 auf einem ähnlichen Niveau. (siehe Abbildung 21)

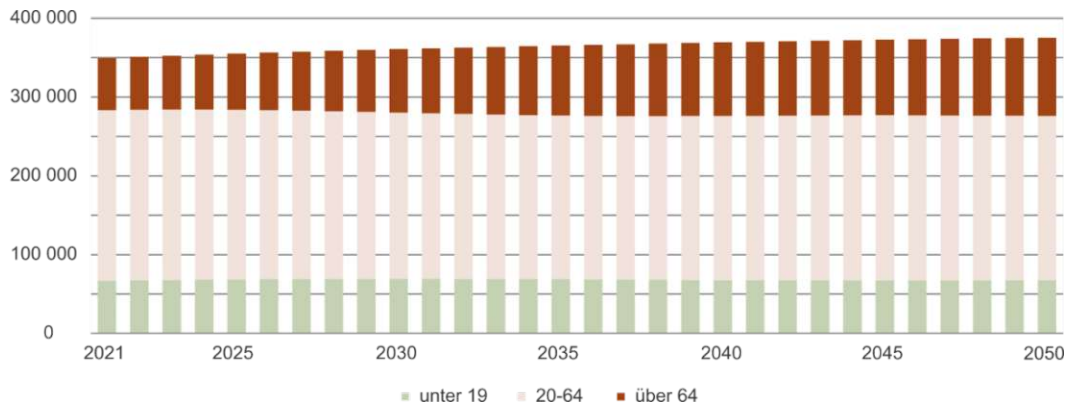


Abbildung 21: Entwicklung der Bevölkerung in Altersklassen bis 2050 in der Testregion, Quelle: Eine Darstellung auf Basis der ÖROK, 2022a

2.7.2.3 Mobilität in der Testregion

Die folgenden Darstellungen (Abbildung 22 bis Abbildung 25) geben einen Überblick über die Verkehrserschließung im motorisierten Individualverkehr und im öffentlichen Verkehr in der Testregion sowie über die Verteilung auf die einzelnen Verkehrsträger (Modal-Split).

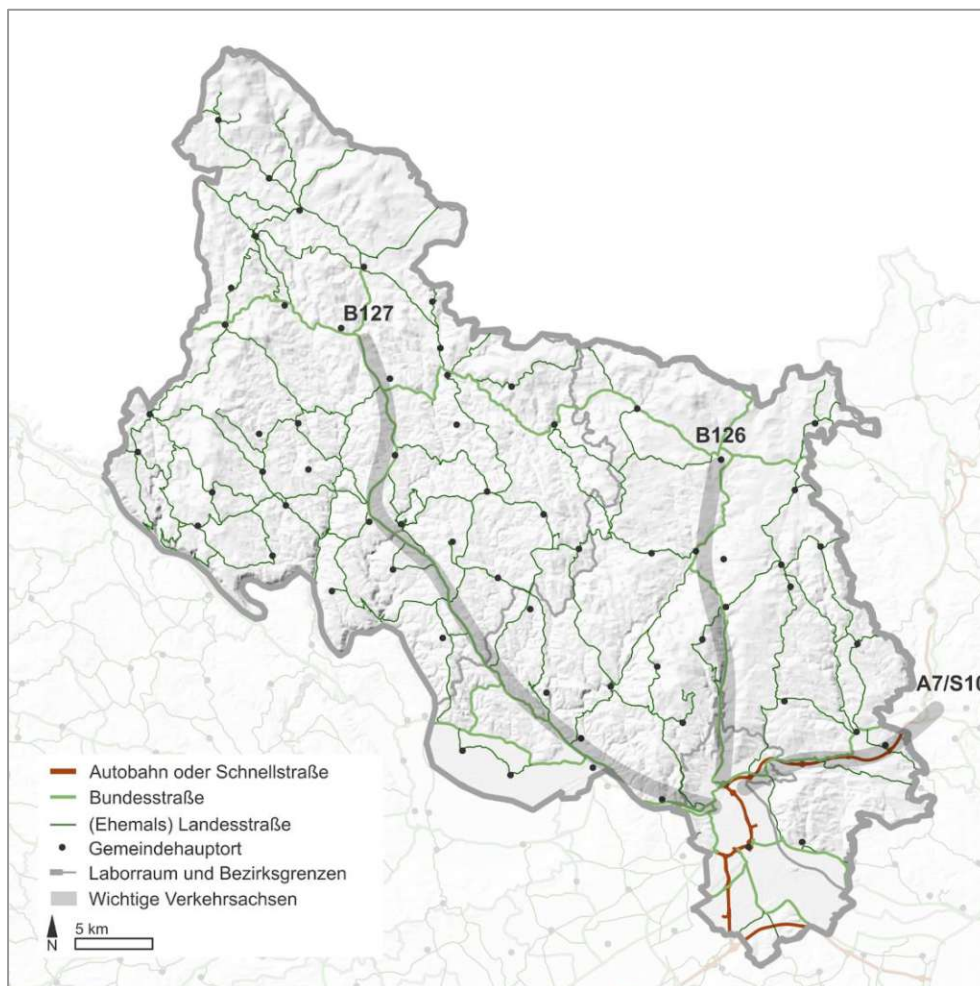


Abbildung 22: Darstellung des überregionalen Straßennetzes in der Testregion, Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des Amtes der Oö. Landesregierung, 2023b

Das überregionale Straßennetz der Testregion ist relativ dicht ausgebaut, wobei sich zwei besonders wichtige Achsen erkennen lassen. Der überwiegende Teil der Gemeindehauptorte wird von einer Landes- oder Bundesstraße erreicht. Zum einen ist das die Bundesstraße in den Bezirk Rohrbach (B127) und zum anderen die Autobahn und anschließende Schnellstraße in Richtung Freistadt (A7/S10). Ergänzend kann noch die Verkehrsachse nach Bad Leonfelden genannt werden (B126).

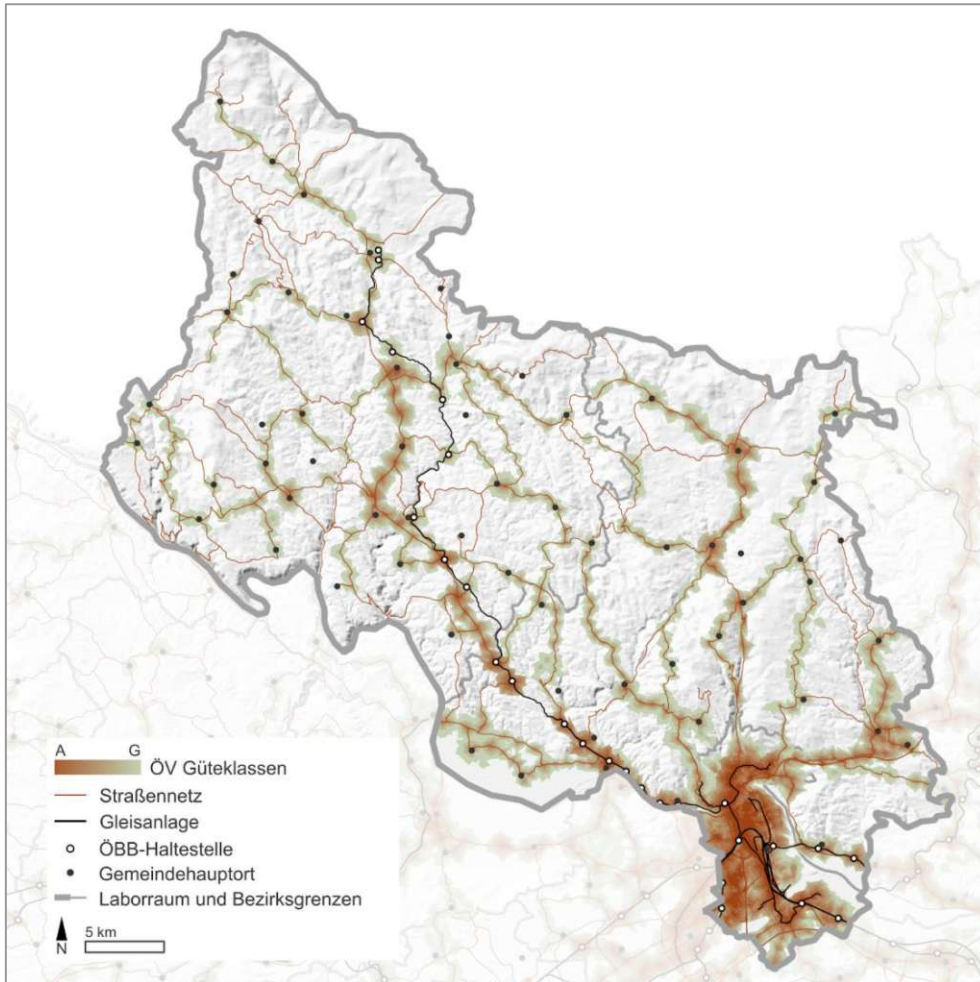


Abbildung 23: Darstellung der Erreichbarkeiten im öffentlichen Verkehr (ÖV) in der Testregion, Quelle: Eigene Darstellung auf Basis ÖROK, 2022b; ÖBB, 2022

Die Karte zum öffentlichen Verkehr in der Testregion zeigt, dass einzelne wenige Achsen der überwiegenden öffentlichen Anbindung darstellen. Diese Verbindungen sind deckungsgleich mit den Hauptachsen aus dem MIV. Der Schienenverkehr trägt in der Testregion, bis auf das Straßenbahnnetz in Linz, keine übergeordnete Rolle. Die einzig vorhandene Strecke verläuft in Richtung Aigen-Schlägl und bindet wenige Gemeindehauptorte an.

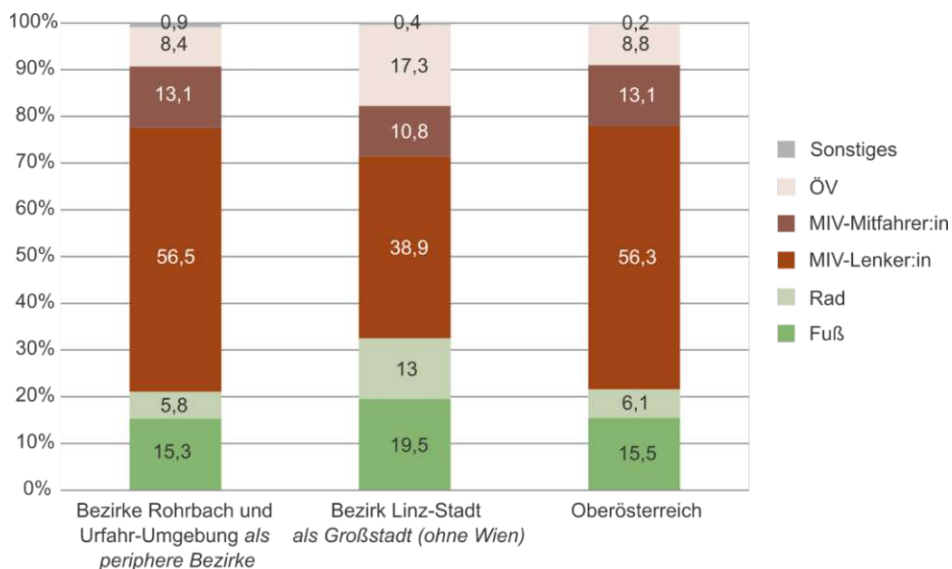


Abbildung 24: Modal-Split auf Bezirksebene und in Oberösterreich-Vergleich 2013/2014, Quelle: Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie, 2016

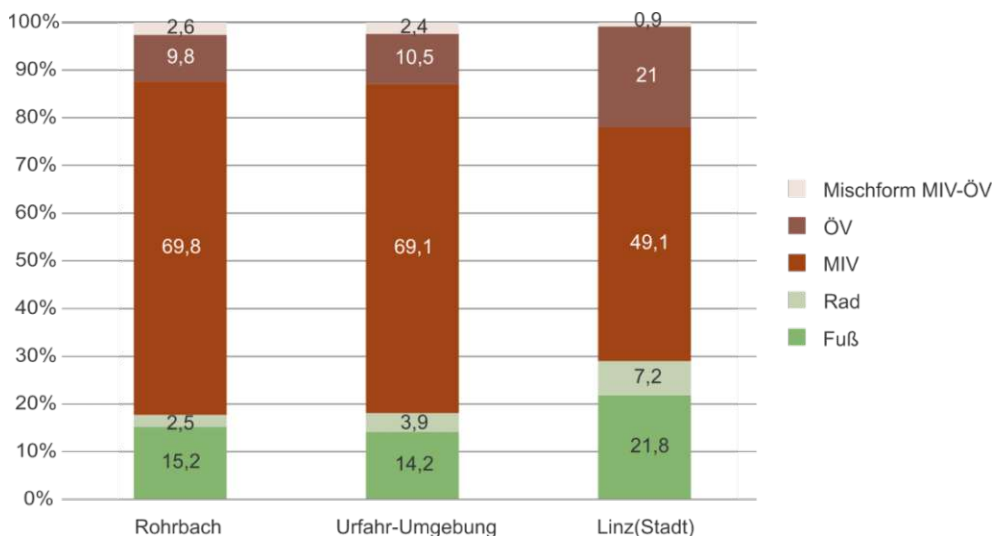


Abbildung 25: Modal-Split auf Bezirksebene 2012, Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, 2014a,b,c

Die Betrachtung des Modal-Splits zur Testregion zeigt, dass der motorisierte Individualverkehr in allen Bezirken den größten Anteil einnimmt. So wurden in den Bezirken Rohrbach und Urfahr Umgebung 2012 fast 70 % der Wege mit dem MIV zurückgelegt.

Nichtmotorisierte Verkehr

Das Netz für Radfahrer ist derzeit noch wenig ausgebaut und konzentriert sich auch auf zentrale Räume wie Linz. Das widerspiegelt sich auch im Modal Split der Bezirke (siehe Abbildung 25). Gemäß Abgleich der Homepages der Landesregierung Oberösterreich wird das Rad eher als Sportgerät, Tourismusattraktion und Freizeitbeschäftigung betrachtet und weniger als Fortbewegungsmittel.

Pendlerbewegungen

Die Abbildung 26 zeigt das Pendlersaldo der drei Bezirke in der Testregion als Gesamtwert und die einzelnen Pendlerströme zur Landeshauptstadt. Bei einem Pendlersaldo über 100 kann gemäß Statistik Austria von einer Einpendlergemeinde gesprochen werden, bei einem Pendlersaldo unter 100 von einer Auspendlergemeinde (vgl. Statistik Austria, 2021). Die Bezirke Rohrbach und Urfahr-Umgebung stellen demnach Auspendlerbezirke dar und Linz einen Einpendlerbezirk, was der Struktur entsprechend zu erwarten ist. Im Bezirk Urfahr-Umgebung ist das Saldo besonders gering, was auf die räumliche Nähe zur Landeshauptstadt zurückzuführen ist und sich auch in der Gesamtsumme von rd. 20.500 Einpendelnden nach Linz widerspiegelt.

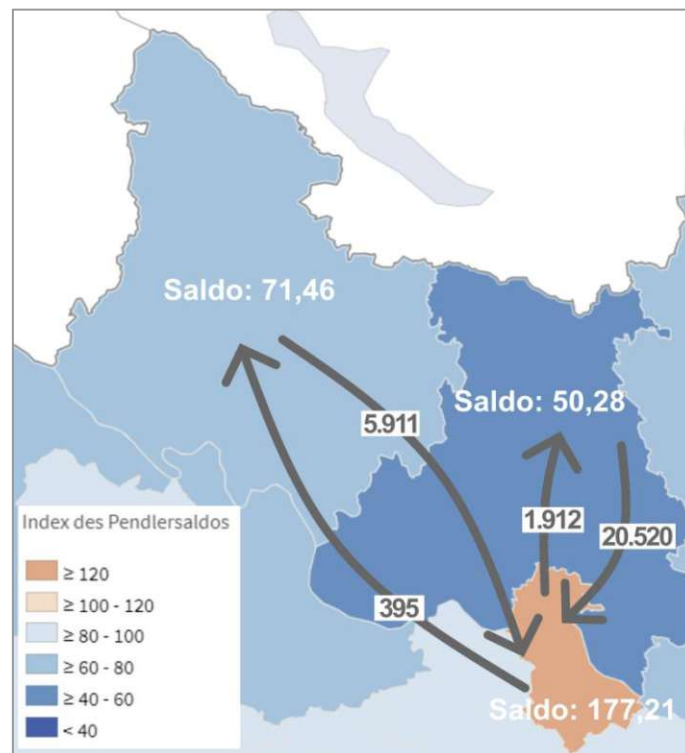


Abbildung 26: Pendlerbeziehungen im Laborraum;
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik Austria, 2021

2.7.2.4 Aktuelle Großprojekte

Aktuelle Projekte mit überregionaler Bedeutung in der Testregion beziehen sich auf das Thema Verkehr. Zum einen wird in Linz über den Ausbau des öffentlichen Verkehrs durch eine Regional-Stadtbahn (Strecken innerhalb Linz und Linz-Gallneukirchen) gesprochen und zum anderen ist das Projekt der Linzer Autobahn A26, als Entlastung für den innerstädtischen Verkehr, in Bau (vgl. Asfinag, o.J.; OÖ Verkehrsverbund-Organisations GmbH Nfg. & Co KG, o.J.)

2.7.2.5 Siedlungsstruktur

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit der Siedlungsstruktur in der Testregion.

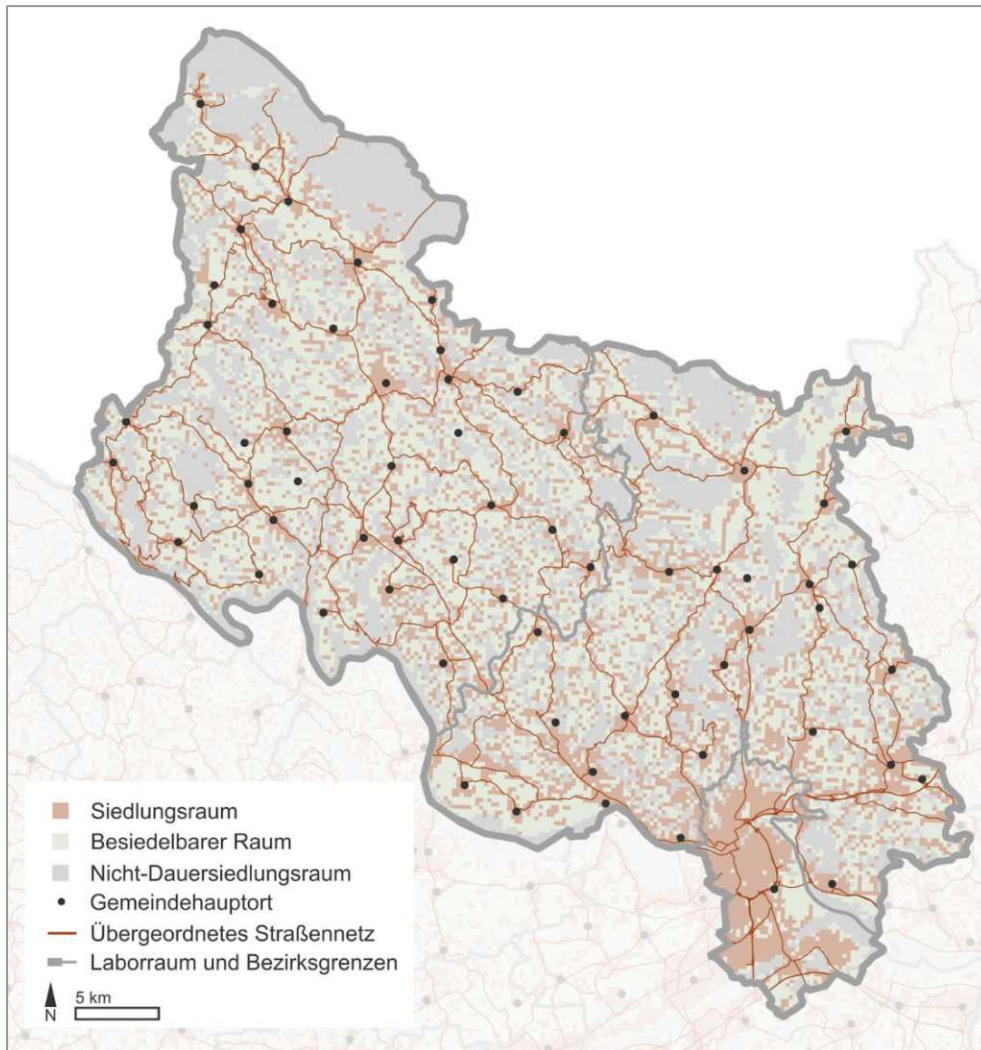


Abbildung 27: Darstellung des Dauersiedlungsraumes in der Testregion,
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik Austria, 2023

In der übergeordneten Betrachtung des Dauersiedlungsraumes zeigt sich, dass der Siedlungsraum der Testregion in vielen Gemeinden sehr zersstückelt ist, was auf eine starke Zersiedelung hindeutet. Besonders im Norden der Region, im Grenzraum zur Tschechischen Republik, befinden sich auch größere Flächen, die Nicht-Siedlungsraum sind. Der größte zusammenhängende Siedlungskörper in der Testregion ist die Stadt Linz.

Neben der Thematik der Zersiedelung ist auch das Thema Leerstand von Aktualität. Für das Jahr 2023 fördert das Amt der Oö. Landesregierung die Entwicklung von *Konzepten zur Aktivierung von Leerstand, Nachnutzung von Gebäudebrachen, Entwicklung von Orts- und Stadtkernen*. Die Konzepte müssen auf interkommunaler Ebene und von fachspezifischen Expert:innen erstellt werden. Die Mindestinhalte sind eine regionale Standort- und Marktanalyse, ein regionaler Rahmenplan mit Erfassung und Priorisierung von Objekten und eine Teilraumanalyse mit Bürger:innenbeteiligung und konkrete Ausarbeitung von Vorschlägen zur Objektrevitalisierung (vgl. Amt der Oö. Landesregierung, 2022a, S.1ff). In der Testregion gibt es mehrere teilnehmende Regionen (vgl. Gahleitner, 2022).

2.7.3 Gesundheitsversorgung in einer Testregion als Grenzregion

Die Besonderheit der Testregion ist die Lage im Grenzraum der Tschechischen Republik und Deutschland, die auch eine gemeinsame Geschichte und Kultur verbindet. Dennoch trennen die Grenzen die Gesundheitssysteme der Länder und werden als Barriere wahrgenommen. Für EU-Bürger:innen ist es grundsätzlich möglich, sich ohne weiteres innerhalb der EU behandeln zu lassen. In Grenzregionen liegt es nahe, dass Bewohner:innen auch Ärzt:innen in Nachbarländern aufsuchen, wenn dorthin Fahrtwege möglicherweise kürzer sind. Im Folgenden werden die Einschränkungen und Voraussetzungen zur Behandlung innerhalb der EU erläutert.

Bezüglich der Kostenerstattung der erbrachten Leistung gibt es Regelungen, die den Arztbesuch im Ausland einschränken. So ist es im Akutfall und Notfall immer möglich, ein Krankenhaus oder Ärzt:innen aufzusuchen. Dabei darf der Grund des Aufenthalts im Ausland allerdings nicht die Gesundheitsversorgung an sich sein (vgl. Europäische Kommission, 2019). Bei planbaren Behandlungen bzw. einer Reihe von Ausnahmen ist eine Vorabgenehmigung bei der Krankenkasse in Österreich notwendig. Das betrifft beispielsweise stationäre Behandlungen, ambulante Behandlungen, die kostenintensiver sind und spezialisierter Infrastruktur bedürfen oder auch Behandlungen, die mit einem erhöhten Risiko für Patient:innen verbunden sind (vgl. BMSGPK, 2019b). Gemäß ÖGK kann eine geplante Behandlung im Ausland durchgeführt werden, wenn sie nicht in einem vertretbaren Zeitraum in Österreich durchgeführt werden kann und eine schriftliche Begründung durch die behandelnde Einrichtung in Österreich besteht. Zudem muss die geplante Leistung in Österreich grundsätzlich erstattungsfähig sein (vgl. ÖGK, o.J.a)

Für seltene Krankheiten gibt es ein EU-weites Netzwerk, das Europäische Referenznetzwerk (ERN), zur Abstimmung der Diagnose und Behandlung von Patient:innen. Dazu tauschen Mitglieder eines ERN-Gremiums Informationen und Wissen mit anderen Mitgliedern aus, wobei Fachleute unterschiedlicher Disziplinen primär über telemedizinische Tools zusammentreffen (vgl. Europäische Kommission, o.J.).

3 Analyse

Auf Basis der breiten Grundlagenaufbereitung wird im Kapitel der Analysen mit verschiedenen Herangehensweisen und Methoden ein Beitrag zur Lösung der Forschungsfragen gebildet. Dazu wird eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden angewendet.

Die Reihung der Kapitel erfolgt, ausgehend von der Analyse und Prüfung der Vorgaben in den Planungsinstrumenten, bis hin zur Vision einer Gesundheitseinrichtung. Gleichzeitig stellt das die Reihung der Maßstäblichkeit von der österreichweiten Betrachtung bis hin zum Mikrostandort auf Grundstücksebene dar.

3.1 Qualitative Inhaltsanalyse zur Verschneidung der Instrumente der Gesundheitsplanung mit den Zielen der Örtlichen Raumplanung

Die Planungsinstrumente der Gesundheitsplanung werden in Zusammenarbeit verschiedener Akteur:innen erstellt, was bedeutet, dass eine Vielzahl an Meinungen, Expert:innenwissen, politische und wirtschaftliche Entscheidungen mit einfließen. Die folgende Analyse soll darstellen, inwieweit auch raumplanungsfachliches Wissen und Ziele integriert sind.

In der folgenden Analyse und anschließenden Auswertung werden die Planungsinstrumente ÖSG 2017 und RSG OÖ behandelt. Der RSG wird aus dem Bundesland Oberösterreich gewählt, da in weiteren Teilen der Arbeit die gewählte Testregion in Oberösterreich liegt und dadurch besser abgestimmte Schlussfolgerungen entstehen können.

Zuerst wird im Kapitel das methodische Vorgehen in der qualitativen Inhaltsanalyse dargestellt. Anschließend erfolgt die Auswertung der Analyse in einer zusammenfassenden Tabelle. Beispielhafte Textstellen werden ergänzend detaillierter ausgewertet. Zum Schluss erfolgt die Darstellung der Ergebnisse mit Interpretation und Bewertung.

3.1.1 Methodisches Vorgehen

Der Analyse zur Verschneidung der Instrumente der Gesundheitsplanung, mit den Zielen der Örtlichen Raumplanung, liegt eine qualitative Inhaltsanalyse (nach Mayring) zugrunde, für welche im ersten Schritt der Kodierleitfaden zum methodischen Ablauf vorgestellt wird.

3.1.1.1 Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse

Mittels der qualitativen Inhaltsanalyse wird untersucht, inwieweit die Ziele der Örtlichen Raumplanung in den Instrumenten der Gesundheitsplanung verankert sind. Ziel ist es, anhand möglicher Lücken Anpassungsvorschläge zu definieren und die Instrumente hinsichtlich der Örtlichen Raumplanung zu verbessern. Es ist nicht Ziel, Fehler der bestehenden Planungsinstrumente zu eruieren, sondern vielmehr eine Sichtweise der Raumplanung zu integrieren, von der im besten Fall profitiert werden kann.

3.1.1.2 Kodierleitfaden

Der Kodierleitfaden (siehe Tabelle 5) gibt die gewählten Codes, ein Beispiel und die Kodierregel an. Die verwendeten Codes 1 bis 8 basieren auf den abgeleiteten Schlüsselbegriffen aus dem Kapitel „Ziele der Örtlichen Raumplanung“ (Kapitel 2.2.2) und stellen die wichtigsten Ankerpunkte in der Örtlichen Raumplanung dar. Die Codes 9 bis 11 wurden im Vorgang des Kodierens in einer Arbeitsschleife ergänzt und werden im Anschluss an den Kodierleitfaden erläutert.

Code	Erläuterung	Beispiel	Kodierregel
1 - Innenentwicklung	Kapitel 2.2.2.1	"Ambulatorien sollten sich nach Möglichkeit im Zentrum ansiedeln."	jeglicher Aspekt bezüglich Innenentwicklung wird gewertet
2 - Versiegelung	Kapitel 2.2.2.2	"Ambulatorien sollten in bestehende Gebäude untergebracht werden."	jeglicher Aspekt bezüglich Versiegelung wird gewertet
3 - Naturhaushalt	Kapitel 2.2.2.3	"Reha-Zentren sollten über eine eigene Grünfläche verfügen."	jeglicher Aspekt bezüglich Naturhaushalt und Grünräumen/Freiflächen wird gewertet
4 - Soziale Gerechtigkeit	Kapitel 2.2.2.4	"Die gesamte Bevölkerung hat Zugang zum Gesundheitssystem."	jeglicher Aspekt bezüglich sozialer Gerechtigkeit wird gewertet
5 - Orts- und Landschaftsbild	Kapitel 2.2.2.5	"Grünflächen bei Reha-Zentren sollten optisch ansprechend ausgestaltet werden."	jeglicher Aspekt bezüglich Orts- und Landschaftsbild wird gewertet
6 - Erneuerbarer Energie	Kapitel 2.2.2.6	"Jede neu errichtete Gesundheitseinrichtung sollte mit einer PV-Anlage ausgestattet werden."	jeglicher Aspekt bezüglich erneuerbarer Energie und Energieeffizienz wird gewertet
7 - Nutzungskonflikte	Kapitel 2.2.2.7	"Gesundheitseinrichtungen sollten nicht in direkter Nachbarschaft eines Krematoriums errichtet werden."	jeglicher Aspekt bezüglich Nutzungskonflikte wird gewertet
8 - Partizipation	Kapitel 2.2.2.8	"Bei der Planung neuer PVE soll die ansässige Bevölkerung eingebunden werden."	jeglicher Aspekt bezüglich Partizipation wird gewertet
9 - Verkehr	im Anschluss	"Ambulatorien müssen innerhalb von 50 Minuten mit dem öffentlichen Verkehr erreichbar sein."	jeglicher Aspekt bezüglich Verkehr (MIV, ÖV, Fußverkehr, etc.) wird gewertet
10 - Standortentscheidung	im Anschluss	"Bei Notwendigkeit einer Erweiterung der Krankenanstalt muss der gegebene Standort ausgebaut werden."	jeglicher Aspekt bezüglich Standortverlegung oder -entscheidung wird gewertet
11 - Zuständigkeit	im Anschluss	"Ambulatorien werden auf Ebene der Bundesländer geplant."	jeglicher Aspekt bezüglich Planungsebene, Zuständigkeit wird gewertet

Tabelle 5: Kodierleitfaden zur Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse, Quelle: eigene Erstellung

In der Durchführung der Kodierungen im ÖSG 2017 und RSG OÖ wurde erkannt, dass neben diesen acht Schlüsselbegriffen weitere raumplanungsfachliche Aspekte in der Gesundheitsplanung aufgegriffen werden, die in der Praxis nicht an erster Stelle der Ziele der Örtlichen Raumplanung stehen, aber dennoch von hoher Bedeutung sind. Das sind die Schlüsselbegriffe: **Verkehr, Standortentscheidung, Planungsebene**, welche im Kodierleitfaden ergänzt wurden. Die Begriffe lassen sich zu anderen Fachgebieten der Raumplanung (Verkehrsplanung, Regionalplanung/Regionalwissenschaft, Raumordnungsrecht) einordnen. Im Folgenden wird die Relevanz der drei Schlüsselbegriffe für die Raumplanung erläutert.

Verkehr:

Für die Raumplanung ist der Aspekt "Verkehr", besonders hinsichtlich der Wechselwirkungen zwischen Raum und Mobilität, tragend. Dabei muss Verkehr in seiner Gesamtheit in jeder raumplanerischen Tätigkeit berücksichtigt werden, wodurch eine allgemein hohe Relevanz entsteht. In Bezug auf die Gesundheitsplanung können unter anderem Erreichbarkeit von Einrichtungen, Zugang zum öffentlichen Verkehr oder die Ausgestaltung von Verkehrsflächen eine Rolle spielen.

Standortentscheidung:

Die Entscheidung über einen Standort für eine (medizinische/soziale) Einrichtung ist maßgebend für deren Nutzung und bestimmt die weitere Entwicklung des umgebenden Raumes, wodurch eine hohe Relevanz für die Raumplanung entsteht. In der Gesundheitsplanung ist beispielsweise die Fragestellung einer zentralen oder dezentralen Versorgung oder die Standortentscheidung zwischen Zentrums- versus Ruhelage maßgebend.

Planungsebene:

Je nach Themenbereich finden in der Gesundheitsversorgung die Planung, Entscheidung und Umsetzung auf unterschiedlichen Ebenen statt, was mit den verteilten Zuständigkeiten der Raumplanung (Gemeinde-Länder-Bund) verglichen werden kann. Diskussionen zur bestmöglichen Zuständigkeitsverteilung zwischen den jeweiligen Ebenen können indirekt auch auf die Gesundheitsplanung übertragen werden und ergeben dadurch ein ähnliches Problemfeld.

3.1.2 Auswertung im Überblick

Im Folgenden (Tabelle 6) wird die Auswertung zu qualitativen Inhaltsanalyse dargestellt. Aufgrund des Umfangs vom ÖSG 2017 und RSG OÖ wird die Auswertung in einer zusammenfassenden Tabelle dargestellt. Sich wiederholende Themen wurden zusammengefasst und in Stichworten notiert. Um dennoch einen Überblick über die Quantitäten zu erhalten, sind die Anzahl an codierten Textstellen sowie die Ausprägung der Codes angegeben.

0 Textstellen	keine Ausprägung
<20 Textstellen	geringe Ausprägung
<40 Textstellen	mittlere Ausprägung
>40 Textstellen	starke Ausprägung

Code	Anzahl an Codes im ÖSG	Anzahl an Codes im RSG OÖ	GENERALISIERTE THEMEN (Zusammenfassung über die Aussagen aus dem ÖSG 2017 und RSG OÖ)	Ausprägung der Codes
	<i>quantitative Bewertung</i>			
Innenentwicklung	26	10	<ul style="list-style-type: none"> - Engmaschige Behandlungsketten, die räumlich nah umgesetzt werden können. - Bestmögliche und wohnortnahe Erreichbarkeit bedeutet eine zentrale Lage im Umfeld von Wohngebieten. - Berücksichtigung der Bevölkerungsdichte. - Mindestanzahl an Einwohner:innen für die Errichtung einer Einrichtung. 	mittel
Versiegelung	4	4	<ul style="list-style-type: none"> - Genutzte Bestände und Ressourcen bei Umstrukturierungen/ Etablierung neuer Systeme unterstützen die Verminderung von Versiegelung. - Ausbau und Aufbau vorzugsweise bei bestehenden Strukturen. 	gering
Naturhaushalt	-	-	- Keine Themen	keine
Soziale Gerechtigkeit	49	23	<ul style="list-style-type: none"> - Gleichwertiger Zugang zur Gesundheitsversorgung durch regional möglichst ausgewogene Verteilung der Versorgungsangebote (Prinzip der Versorgungsgerechtigkeit). - Umfassende Grundversorgung in ausreichender Verfügbarkeit und Wohnortnähe. - Sozioökonomische Faktoren, Bevölkerungsdichte und Bevölkerungsentwicklung werden in die Planung miteinbezogen. - Gleichmäßig regionale Verteilung auf Versorgungsregionen. - Vermeidung ungerechtfertigter regionaler Abweichungen in den Ergebnissen. - Entscheidungsdreieck: ausreichende Versorgung - hohe Behandlungsqualität - hohe Effizienz. - Niederschwelligkeit und Gleichwertigkeit des Zugangs. - Gleichwertigkeit der Versorgung. - Etablierung von Kooperationen zur Sicherstellung oder Verbesserung der medizinischen Versorgung. 	stark

Orts- und Landschaftsbild	-	-	- Keine Themen	keine
Erneuerbarer Energie	-	-	- Keine Themen	keine
Nutzungskonflikte	8	3	<ul style="list-style-type: none"> - Abläufe und Prozesse verbessern, um "doppelte Arbeit" zu vermeiden. - Stark unterschiedlich regionale Versorgungsqualitäten bewirken Nutzungskonflikte. - "Wechselwirkung zwischen Regionen" und "lokale Spezifika" können einhergehen mit Konflikten zwischen Regionen bzw. einer nicht vorhandenen Zusammenarbeit. 	gering
Partizipation	5	14	<ul style="list-style-type: none"> - Partizipation der Patient:innen und Angehörigen in die Behandlungsabläufe integrieren. - Partizipation in der Planung: Nachbarbundesländer oder Nachbarländer werden in Planung einbezogen. - Gesundheitsförderung inkludiert Mitmenschen bzw. fordert Mitmenschen auf, aktiv teilzuhaben. - Verbesserung der Kommunikation verbessert Partizipation. - Die Bildung von Netzwerken fördert Partizipation innerhalb des Gesundheitswesens. 	gering
Verkehr	35	17	<ul style="list-style-type: none"> - Gleichmäßige und bestmögliche Erreichbarkeit soll gegeben sein. - Regionale Begebenheiten sollen berücksichtigt werden. - Wechselwirkungen von Städten mit deren Ballungsräumen und Regionen sollen berücksichtigt werden - Gute Erreichbarkeit, auch im öffentlichen Verkehr, ist erwünscht. - Bezirkshauptorte, Verkehrsknotenpunkte, Standorte entlang von Verkehrsachsen sollen bevorzugt werden. - Verpflichtung für einen Einzugsbereich gibt es nur für den PKW-Verkehr. - Pendler:innenbewegungen, Gastpatient:innen, Patient:innenströme sind zu berücksichtigen. - Neu realisierte Straßenprojekte wirken sich positiv auf festgelegte Erreichbarkeiten aus. - Mobile Teams zur Versorgung verlagern die Wege von den Patient:innen zum medizinischen Personal. 	stark

Standortentscheidung	21	10	<ul style="list-style-type: none"> - Spezialisierte Versorgung zentralisieren. - Primärversorgung bzw. Grundversorgung dezentralisieren. - Die richtige Leistung muss am richtigen Ort zum richtigen Zeitpunkt (Best Point of Service Prinzip) erbracht werden. - Regional möglichst ausgewogene Verteilung der Versorgungsangebote (Prinzip der Versorgungsgerechtigkeit). - Wechselwirkungen zwischen Regionen wie Pendlerbewegungen sind zu berücksichtigen. - Bildung von Netzwerken bzw. eine Einrichtung mit mehreren Standorten ist möglich. - Wenn die Umsetzung an einem guten Standort nicht möglich ist, kann man vom Standort abweichen. 	mittel
Zuständigkeit	9	9	<ul style="list-style-type: none"> - Je nach Thematik passiert die Planung auf Bundesebene, Landesebene, Ebene der Versorgungszone, Versorgungsregionsebene, Standortebeane. - Die Entscheidungsebene kann von der Planungsebene abweichen. - Netzwerke ermöglichen eine zielgerichtete Versorgung. - Bei komplementären Bereichen wie Rettungswesen, Sozialbereichen und Notdiensten kann die Planungsebene abweichen. 	gering

Tabelle 6: Quantitative Auswertung zur Kodierung der Inhaltsanalyse, Quelle: eigene Erstellung

3.1.3 Auswertung beispielhafter Textstellen

Im Folgenden werden beispielhaft codierte Textstellen aus dem ÖSG 2017 bzw. RSG OÖ zitiert und ausgewertet. Es wird dargestellt, inwieweit ein Zusammenhang mit den Zielen der Örtlichen Raumplanung besteht oder nicht.

“Primäre Analyse- und Planungs-Ebene im Bereich der stationären Rehabilitation sind die Versorgungszonen bzw. im Bereich der ambulanten Rehabilitation die Bundesländer unter besonderer Berücksichtigung der Eignungsstandorte und deren Einzugsbereiche.” (BMSGPK, 2022b, S.33)

Codes zur Textstelle: Zuständigkeit, Standortentscheidung

Planungen zum Bereich der Rehabilitation werden in einem eigenen Planungsdokument, dem Rehabilitationsplan 2020, durchgeführt. Diese Planungen werden im ÖSG 2017 und in den RSG aufgenommen. (vgl. Reiter et al., 2020) Wie in der Textstelle erwähnt, wird die stationäre Rehabilitation auf Ebene der Versorgungszone und die ambulante Rehabilitation auf Ebene der Bundesländer festgelegt, wobei die Planung mit Planungshorizont 2025 auf Ebene der Eignungsstandorte erfolgt. Das bedeutet, dass österreichweit der genaue Standort mit der Anzahl der Verfahren festgelegt wird. Bei einem Ausbaubedarf kann gemäß ÖSG 2017 bis maximal 10 km bzw. 15 km Entfernung ein weiterer oder neuer Standort errichtet werden. Eine Standortentscheidung durch den ausführenden Träger bzw. ausführende Trägerin wird dadurch stark eingeschränkt. (vgl. BMSGPK, 2022b, S.59)

Auch aus dem Blickwinkel der sozialen Gerechtigkeit lässt sich eine Schwäche erkennen, da für manche Regionen die Errichtung einer Rehabilitationseinrichtung somit gar nicht möglich ist. Die Verteilung der Zuständigkeiten auf vier Planungsebenen (Bund, Land, Versorgungsregion, Standort) und mehrere Planungsinstrumente für lediglich einen Bereich erschwert die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Festlegungen.

“[...] [Es] sind eine detaillierte Bedarfsschätzung und Angebotsplanung auf regionaler Ebene (Versorgungsregionen, ggf. auch Bezirke, Standortgemeinden) im Rahmen regionaler Detailplanungen (RSG) durchzuführen, wobei die lokalen Spezifika (inkl. Wechselwirkungen zwischen den Regionen wie z.B. Pendlerbewegungen) ebenso zu berücksichtigen sind wie die bundesweiten Vorgaben.” (BMSGPK, 2022b, S.39)

Code zur Textstelle: Soziale Gerechtigkeit, Standortentscheidung

Die zitierte Textstelle bezieht sich auf die Umsetzung der Versorgungsplanung in den Regionalen Strukturplänen der Bundesländer. Oberflächlich betrachtet ist es durchaus positiv, dass auf die unterschiedlichen Herausforderungen der jeweiligen Regionen eingegangen wird. Jedoch muss dabei betrachtet werden, dass durch die Berücksichtigung von lokalen Spezifika auch negative Entwicklungen berücksichtigt werden, welche durch Wechselwirkungen verstärkt werden.

Beispiel Pendelbewegungen: Wenn in einer Region wenige Arbeitsplätze vorhanden sind und die Bevölkerung auspendeln muss, würde das laut ÖSG 2017 den Bedarf an medizinischer Versorgung mindern. Wenn in einer solchen strukturschwachen Region zusätzlich die medizinische Versorgung fehlt, wird das dazu führen, dass die Bevölkerung abwandert. Die

Gesundheitsplanung beeinflusst sozusagen die Raumentwicklung. Zudem lässt sich aus der Textstelle schließen, dass die Bevölkerung am Arbeitsplatz zum Arzt bzw. zur Ärztin geht, was aus Sicht der Medizin nicht nachvollziehbar ist.

“Die Erreichbarkeit wird in Minuten angegeben. Innerhalb dieser Frist sollte die nächstgelegene Abteilung bzw. das Spezial- oder Referenzzentrum im Straßen-Individualverkehr zu erreichen sein, wobei diese Regel für 90 % der Wohnbevölkerung jedes Bundeslandes (unter Berücksichtigung auch Bundesländer übergreifender Versorgungsbeziehungen) zur Anwendung zu bringen ist.” (BMSGPK, 2022b, S.45)

Codes zur Textstelle: Verkehr, soziale Gerechtigkeit

Die zitierte Textstelle bezieht sich auf die Erreichbarkeit von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen. Wie in der Textstelle erläutert, ist die Erreichbarkeit in Minuten im Straßen-Individualverkehr, also mit dem PKW, unter einwandfreien Verhältnissen und auch nur für 90 % der Bevölkerung gewährleistet. (vgl. BMSGPK, 2022b, S.45) Für die Umsetzung im Bundesland Oberösterreich würde das bedeuten, dass im Jahr 2022 für rund 150.000 Bewohner:innen die angestrebte Versorgung nicht gegeben werden muss, was keiner sozialen Gerechtigkeit, im Sinne einer gleichen Versorgung für die gesamte Bevölkerung, entspricht.

Ebenfalls ist die Wahl des PKWs als Instrument zur Erreichbarkeit zu hinterfragen, da für Patient:innen nicht immer ein PKW zur Verfügung steht und bedacht werden muss, dass erkrankte Menschen ohnehin nicht selbst einen PKW lenken sollten. (vgl. BMSGPK, 2016) Zudem ist es nach vielen medizinischen Eingriffen nicht möglich, Auto zu fahren. Aus Sicht des Rettungs- und Notfallwesens ist die Festlegung einer maximalen Erreichbarkeit in Minuten per PKW durchaus nachvollziehbar.

“Neu realisierte Straßenprojekte – wie beispielsweise die Mühlviertler Schnellstraße (S10) – wirken sich bei den im ÖSG festgelegten Erreichbarkeiten positiv aus.” (Amt der Oö. Landesregierung und ÖGK, 2022, S. 17)

Code zur Textstelle: Verkehr

Die Aussage, dass der Ausbau des Straßenverkehrsnetzes die Erreichbarkeiten verbessert ist richtig. Bei Interpretation dieser Textstelle könnte allerdings daraus geschlossen werden, dass durch den Ausbau des Verkehrsnetzes weniger Mediziner:innen benötigt werden, da in gleicher Zeit möglicherweise mehr Ärzt:innen erreicht werden. Diese Interpretation widerspricht sich gänzlich mit den Zielen der Örtlichen Raumplanung, die den Ausbau des öffentlichen Verkehrs sowie eine möglichst wohnortnahe Versorgung priorisiert.

„Die Verdichtung des Leistungsprozesses in den Krankenhäusern, welche insbesondere durch steigende Einzelleistungen je ambulanter oder stationärer Aufnahme sowie durch die kontinuierliche Verkürzung der Belagsdauer hervorgerufen wird, erfordert einerseits organisatorische und andererseits – im Rahmen von ohnehin geplanten Um- und Neubauten – bauliche Maßnahmen, um eine optimale Ressourcennutzung sicherzustellen.“ (Amt der Oö. Landesregierung und ÖGK, 2022, S.35)

Code zur Textstelle: Versiegelung

Durch das Ziel der Verschiebung von erbrachten Leistungen aus dem intramuralen Bereich in den extramuralen Bereich verändern sich auch die Ansprüche an Gebäude von Krankenanstalten. Wie in der Textstelle dargestellt, soll nach Möglichkeit eine solche Anpassung der Bedürfnisse im Rahmen einer ohnehin geplanten Bautätigkeit passieren. Damit geht auch einher, dass es sich um eine Anpassung des gegebenen Standortes, und nicht um eine komplette Neuerrichtung an einem anderen Standort, handelt, wodurch möglichst ressourcenschonend mit Boden umgegangen wird.

3.1.4 Ergebnis zur qualitativen Inhaltsanalyse

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die Quantität der Codes und beispielhaften Textstellen analysiert wurden, erfolgt im folgenden Kapitel eine zusammenführende qualitative Analyse anhand der Codes. Das beinhaltet eine Aussage über die Ausprägung, also ob eine negative Auswirkung aus raumplanerischer Sicht entsteht. Dazu werden die drei untenstehenden Kategorien den Codes zugeordnet und erläutert.

Kategorien:

- Themen, die **nicht** behandelt werden.
- Themen, die **unzureichend** behandelt werden.
- Themen, die aus raumplanerischer Sicht **falsch** behandelt werden.

Positive Aspekte aus dem ÖSG 2017 und RSG OÖ werden hier ausgeklammert, da sie grundsätzlich keinen Änderungsbedarf ergeben. Erwähnt werden diese Aspekte in der folgenden Auswertung dennoch, denn diese können eine Grundlage für weiterfolgende Anpassungen darstellen.

Die nachstehende Tabelle zeigt die qualitative Bewertung zur Inhaltsanalyse nach Codes geordnet und anhand der oben genannten Kategorien bewertet. Ergänzend werden Aspekte aufgegriffen, die aus dem Blickwinkel der Örtlichen Raumplanung in die Instrumente der Gesundheitsplanung zu integrieren sind.

Code	qualitative Bewertung
Innenentwicklung	unzureichend
<p>Das Thema der Innenentwicklung wird in den Planungsinstrumenten relativ häufig erwähnt, wobei meist eine Verknüpfung zum Code der Standortentscheidung vorliegt. Die Vorgaben zu einer Mindestdichte und wohnortnahen Erreichbarkeit gehen zwangsweise mit der Entwicklung von Gesundheitseinrichtungen im Inneren bzw. in Zentren einher. Dass medizinische Einrichtungen aber speziell im Inneren zu etablieren sind, wird nicht festgelegt, wobei eine solche Festlegung aus raumplanungsfachlicher Sicht zielführend ist. Aspekte, die ebenfalls nicht ausreichend im ÖSG 2017 bzw. RSG OÖ behandelt werden, sind die priorisierende Nutzung von bestehenden Gebäuden sowie der Zusammenschluss von z.B. niedergelassenen Ärzt:innen im Nahbereich zu einem gemeinsamen Standort.</p> <p>Im ländlichen Raum ist auch die verkehrliche Erschließung der Einrichtungen von hoher Relevanz. Zentrale Lagen sind meist besser an den öffentlichen Verkehr angeschlossen als Randlagen. Ebenfalls sind Parkplätze sowie Radabstellanlagen im Inneren von Orten in vielen Fällen schon vorhanden, wodurch neue Flächen nicht versiegelt werden müssen.</p>	

Versiegelung	unzureichend
<p>Das Thema der Versiegelung wird nur im weitesten Sinne im ÖSG 2017 und RSG OÖ behandelt. Als positiv kann das Ziel, dass bestehende Ressourcen zu bevorzugen sind, bewertet werden. Dennoch müsste deutlich klarer zum Ausdruck gebracht werden, dass neue Einrichtungen primär in bestehenden Gebäuden untergebracht werden sollten. Daraus lassen sich eben nicht nur Vorteile aus raumplanerischer Sicht ableiten, sondern auch wirtschaftliche und finanzielle Vorteile aufgrund der schon vorhandenen Strukturen.</p>	
Naturhaushalt	nicht vorhanden
<p>Das Thema des Naturhaushaltes wird weder im ÖSG 2017 noch im RSG OÖ behandelt. Aus der Analyse zeigt sich aber auch, dass es thematisch nicht unbedingt in die bestehenden Instrumente passt.</p> <p>Fragen zur Umwelt, zum Naturhaushalt und Klimawandel werden dennoch bei der Umsetzung der Planung, wenn beispielsweise ein neues Gesundheitszentrum errichtet wird, relevant. Ebenfalls werden dann Vorgaben aus Bau- und Raumordnungsrecht wirkend, die Vorgaben diesbezüglich beinhalten.</p>	
Soziale Gerechtigkeit	ausreichend aber noch unzureichend
<p>Das Thema der sozialen Gerechtigkeit wird im ÖSG 2017 und RSG OÖ oftmals und detailliert aufgefasst. Es lässt sich erkennen, dass ein gerechter Zugang für die gesamte Bevölkerung ein wichtiger Pfeiler der Gesundheitsplanung ist. Dennoch kann durch die Einschränkungen der Richtwerte (z.B. 90 % der Bevölkerung) keine allumfassende Erreichbarkeit gewährleistet werden. Dazu wird textlich mehrmals auf eine gleichmäßig regionale Verteilung und auf das Vermeiden von starken regionalen Unterschieden hingewiesen, in den Zahlen widerspiegelt sich das allerdings nicht.</p> <p>Relevant ist auch die Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren in der Planung. Auf diese wird ebenfalls wiederholt hingewiesen. Sie werden als essentiell für die Gesundheitsplanung betrachtet.</p>	
Orts- und Landschaftsbild	nicht vorhanden
<p>Themen rund um das Orts- und Landschaftsbild werden weder im ÖSG 2017 noch im RSG OÖ behandelt, wobei sich aus der Analyse auch zeigt, dass sich inhaltlich kein Zusammenhang ableiten lässt. Vorgaben dazu sind demnach in anderen Planungsinstrumenten oder Gesetzen wie im Denkmalschutzgesetz, im Ortsbildschutzgesetz und auch im Bau- und Raumordnungsrecht festzulegen. Im Themenfeld des Orts- und Landschaftsbildes liegt es an der Raumplanung, gesundheitsfördernde Aspekte in die Instrumente der Örtlichen Raumplanung zu integrieren.</p>	
Erneuerbarer Energie	nicht vorhanden
<p>Auch das Thema der erneuerbaren Energie wird weder im ÖSG 2017 noch im RSG OÖ behandelt und es lassen sich keine inhaltlichen Zusammenhänge zu diesen Themen erkennen. Vorgaben zum Einsatz und Ausbau von erneuerbarer Energie in Bezug auf Gesundheit sind in Leitfäden oder im Erneuerbaren-Ausbau-Gesetz (EAG) festzulegen.</p>	

Nutzungskonflikte	unzureichend
<p>Inhalte zum Thema Nutzungskonflikte werden im ÖSG 2017 und RSG OÖ als Konflikte zwischen Regionen bzw. aufgrund von Ungleichgewichten in der Versorgung aufgezeigt. Es gibt keinen Bezug zu kleinräumigen Nutzungskonflikten im Umkreis von Gesundheitseinrichtungen.</p>	
Partizipation	unzureichend
<p>Das Thema der Partizipation wird in ÖSG 2017 und RSG OÖ nur indirekt behandelt, denn getroffene Vorgaben gehen zwar mit einer Partizipation einher oder bewirken eine solche, konkret erwähnt wird sie allerdings nicht. Für die Stärkung der Partizipation in der Gesundheitsplanung ist es nicht notwendig in jedem Abschnitt detaillierte Festlegungen zu treffen. Eine Möglichkeit wäre die Aufnahme der Partizipation als eigenes Kapitel in den ÖSG 2017 bzw. in den RSG OÖ und sie so für alle Themen verpflichtend zu integrieren. Ausnahmen für Bereiche, bei denen Partizipation möglich ist, können dann immer noch berücksichtigt werden.</p>	
Verkehr	falsch und unzureichend
<p>Inhalte zum Thema Verkehr bzw. Erreichbarkeit kommen besonders häufig und detailliert im ÖSG 2017 und RSG OÖ vor, wobei fast ausschließlich der PKW-Verkehr behandelt wird. Nur im ÖSG 2017 wird als Kriterium in der Standortplanung auch der öffentliche Verkehr erwähnt. Der nichtmotorisierte Verkehr zu Fuß oder mit dem Rad wird hingegen gar nicht behandelt. Verpflichtende Inhalte sind nur in Bezug auf die Erreichbarkeit durch PKW vorgegeben.</p> <p>Das Thema Verkehr wird zudem durch andere Vorgaben im ÖSG 2017 beeinflusst, die Auswirkungen auf den Verkehr mit sich bringen. Vorgaben, wie die Förderung von mobilen Diensten oder räumlich kurze Behandlungsketten, vermindern oder steigern die Anzahl der zurückgelegten Wege von Patient:innen.</p>	
Standortentscheidung	unzureichend
<p>Das Thema der Standortentscheidung spielt eine tragende Rolle im ÖSG 2017 und RSG OÖ. Insbesondere wird auf die Notwendigkeit einer regionalen Ausgewogenheit, aber gleichzeitig auch auf die Zentralisierung von spezialisierter Versorgung, aufmerksam gemacht. Aus dem Blickwinkel der Ziele der Örtlichen Raumplanung werden viele positive Aspekte diesbezüglich angemerkt, wobei Vorgaben, wie "falls die Umsetzung nicht möglich ist, kann vom Standort abgewichen werden" (Amt der Oö. Landesregierung und ÖGK, 2022, S. 28), die ursprünglich gut gewählten Vorgaben einschränken.</p>	
Zuständigkeit	-
<p>Das Thema der Zuständigkeit ist keine Planungsmaterie der Raumplanung, aber dennoch ist es für die Planung von hoher Relevanz, da sie direkt davon betroffen ist. Die Analyse zeigt, dass Örtliche Raumplanung und Gesundheitsplanung ähnlich komplexe Verteilungen bei Zuständigkeiten aufweisen. Eine zu undurchsichtige Zuständigkeit der Themen kann ein Hindernis in der Umsetzung von Planung sein und mögliche Prozesse verzögern.</p>	

Tabelle 7: Qualitative Analyse zur Inhaltsanalyse, Quelle: eigene Darstellung

3.2 Analyse zur quantitativen Umsetzung der Planungsrichtwerte

Das folgende Kapitel soll die Testregion mit dem Thema der Gesundheitsversorgung vereinen. Es wird ergänzend zur qualitativen Analyse des ÖSG 2017 und RSG OÖ aus dem vorherigen Kapitel die quantitative Umsetzung der Gesundheitsversorgung in das Licht gerückt. Dazu wird der Status-Quo der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen in der Testregion analysiert. Ziel ist es, den Stand der Gesundheitsversorgung darzustellen, diesen mit den Richtwerten aus der Planung abzugleichen und daraus mögliche Versorgungslücken oder überversorgte Regionen zu identifizieren.

3.2.1 Methodisches Vorgehen

Wie im Kapitel 2.1.2.2 schon eingehend dargestellt, wird in der Österreichischen Gesundheitsplanung mittels Planungsrichtwerten im ÖSG 2017 und den Planungsmatrizen im RSG geplant. Die Planungsrichtwerte beinhalten unterschiedliche Kriterien zur Sicherstellung der Versorgung. So wird zum einen die Erreichbarkeit von medizinischen Einrichtungen und zum anderen die Dichte der Versorgung anhand der Bevölkerung pro Arzt/Ärztin festgelegt (vgl. BMSGPK, 2022b, S.38f). Wie in der gesamten Arbeit, liegt auch in der folgenden Betrachtung der Fokus auf dem niedergelassenen bzw. ambulanten Bereich.

Im folgenden Kapitel wird der Stand der medizinischen Versorgung der Testregion dargestellt und analysiert. Dabei wird der Status-Quo der Versorgung abgebildet und mit den Vorgaben aus dem ÖSG 2017 bzw. RSG OÖ verglichen. Die Ergebnisse werden tabellarisch sowie kartografisch aufgearbeitet. Pro Unterkapitel wird je ein Kriterium (Erreichbarkeit, Dichte) bzw. Ebene (ÖSG 2017, RSG OÖ) betrachtet.

3.2.1.1 Datenquelle

Die Datengrundlage für die Analyse wurde aus mehreren Quellen zusammengetragen. Die Datenquelle dafür sind die Ärztekammer für Oberösterreich für die Allgemeinmedizin und alle Fachärzt:innen bzw. die Landes Zahnärztekammer Oberösterreich für die Zahnärzt:innen. Konkret abgefragt wurden die Daten der Allgemeinmedizin und Fachärzt:innen allerdings im Digitalen Oberösterreichischen Raum-Informationssystem (DORIS) der Oberösterreichischen Landesregierung. Stand dieser Daten ist gemäß DORIS der 28.07.2022 (vgl. Amt der Oö. Landesregierung, 2022c). Die Daten zu Zahnärzt:innen wurden hingegen auf der Homepage der Landes Zahnärztekammer abgefragt. (vgl. Landes Zahnärztekammer Oberösterreich, o.J.) Stand dieser Daten ist das Datum der Abfrage, die am 20.05.2023 stattgefunden hat.

Die Erhebung der Standorte für Notfallversorgung durch Spitäler und Ambulanzen erfolgte über Google Maps und das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (vgl. BMSGPK, 2023e) sowie die jeweilige Homepage der Krankenanstalt.

3.2.1.2 Einschränkung der Analyse aufgrund der Datenverfügbarkeit

In der Gesundheitsplanung wird im ambulanten Bereich mit der Einheit *ärztlich ambulante Versorgungseinheiten* (ÄAVE) geplant. Der Einheit hinterliegt eine Berechnung, die den durchschnittlich arbeitenden Arzt/Ärztin ermitteln soll. Hintergrund ist, dass nicht jeder Arzt/

jede Ärztin gleich lange Öffnungszeiten hat bzw. gleich viele Patient:innen in gleicher Zeit behandeln kann. Für die gegenständige Analyse werden ÄAVE mit einer distinkten Zählung der Anzahl an Ärzt:innen gleichgesetzt, was eine Verzerrung der Ergebnisse bewirken kann. Es wird sozusagen angenommen, dass alle Ärzt:innen der Versorgungsregion durchschnittlich viel arbeitet. Dennoch kann aus der Analyse ein grober Stand und ein Vergleich der Fachgebiete erfolgen, wodurch eine Aussage über die Versorgung in der Region getroffen werden kann.

Eine weitere Einschränkung der Datenverfügbarkeit betrifft die Vorgaben im ÖSG 2017. Die Planungsrichtwerte aus dem ÖSG 2017 beziehen sich auf den gesamten ambulanten Bereich, wodurch auch Spitalsambulanzen inkludiert sind. Dazu gibt es allerdings keine öffentlichen Daten und sie werden in der folgenden Analyse vernachlässigt.

3.2.1.3 Ziel der Analyse

Die Analyse dient der Bestimmung und Bewertung der Gesundheitsversorgung in der Testregion anhand der geltenden Planungsrichtwerte in Österreich. Ziel ist es, ausgehend der Bewertung, mögliche räumliche Versorgungslücken oder eine allgemeine Über- bzw. Unterversorgung der Testregion festzustellen. Anhand der Ergebnisse können in Folge Bedarfe abgeleitet und für weitere Analysen verwendet werden. Es ist nicht das Ziel, die bestehenden Planungsrichtwerte zu beurteilen, sondern nur anhand dieser Vergleiche zu ziehen.

3.2.2 Erreichbarkeitsanalyse der Primärversorgung mittels GIS

3.2.2.1 Erreichbarkeitsanalyse zur medizinischen Erstversorgung

In der folgenden Analyse wird die medizinische Erstversorgung im Grenzraum der Testregion analysiert. Dabei liegt der Fokus auf der Erstversorgung durch ein Krankenhaus oder ähnliche Einrichtungen. Hintergrund dafür ist, dass eine Notfalleistung im Ausland in jedem Fall durch die Sozialversicherung übernommen wird, sowie im Bereich der Notfallversorgung die Distanz bzw. die Erreichbarkeit einer Einrichtung besonders relevant ist. Neben den medizinischen Einrichtungen im Ausland werden auch nahe Einrichtungen im östlichen und südlichen Bereich der Testregion, welche innerhalb Österreichs liegen, berücksichtigt.

Die Abbildung 28 analysiert die Erreichbarkeit durch die bestehende Notfallversorgung von Krankenhäusern in der **Testregion**. Eine bestehende Notfallversorgung gibt es in der Testregion nur in der Bezirkshauptstadt Rohrbach und in Linz. In Linz stehen mehrere Standorte zur Verfügung.

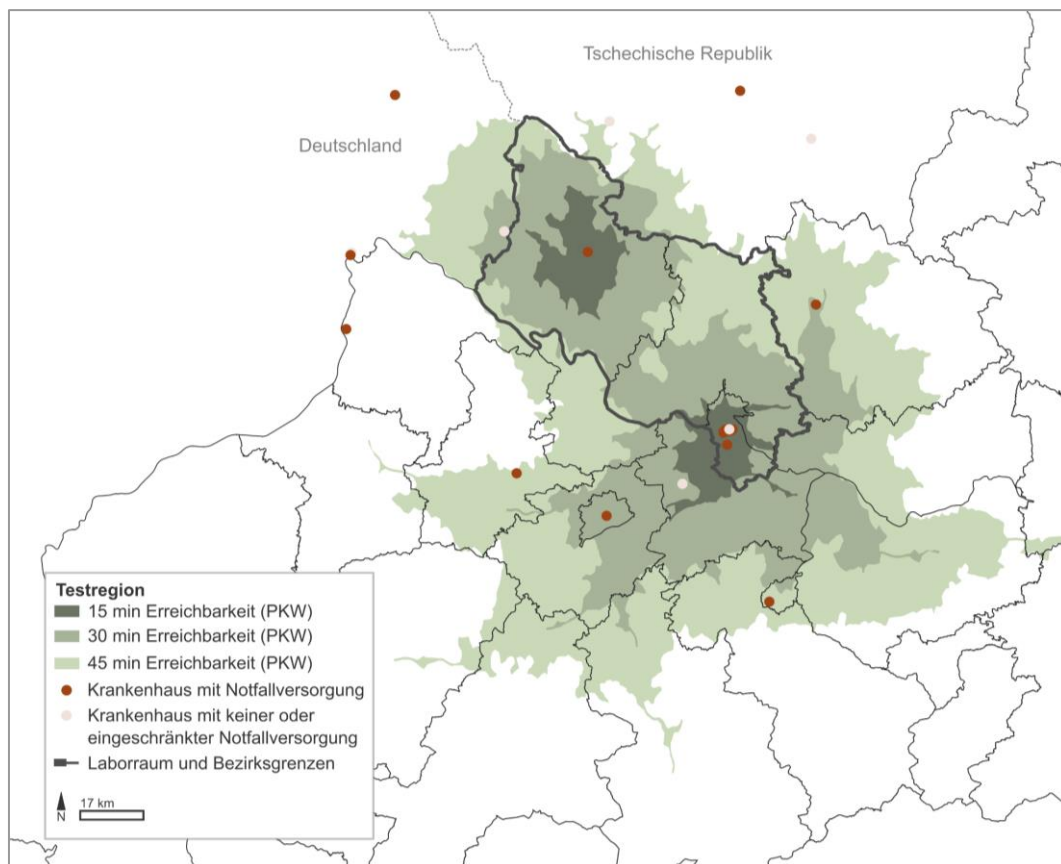


Abbildung 28: Erreichbarkeitsanalyse der Notfallversorgung in Spitälern in der Testregion, Quelle: eigene Erhebung, Berechnung mittels ORS

Bis auf einzelne entlegene Gebiete im Norden der Testregion, wird die gesamte Region innerhalb von 45 min mit dem PKW (unter optimalen Bedingungen) erreicht. Die Vorgaben aus dem ÖSG 2017, welche eine Erreichbarkeit von 45 min als Minimalzeit (Unterscheidung je nach Fachgebiet) für 90 % der Bevölkerung vorgeben, können als erfüllt betrachtet werden (vgl. BMSGPK, 2022b, S. 42f). Als am schlechtesten versorgt lassen sich der nördliche Teil des

Bezirks Urfahr-Umgebung, sowie entlegene Gebiete im Norden oder Südwesten des Bezirkes Rohrbach beschreiben. Am besten versorgt wird der Raum Linz bzw. der Raum um Rohrbach.

Da sich die Analyse zwar auf den Testraum in Österreich, aber nicht auf die Erreichbarkeit in Österreich beschränkt, wird auch die Erreichbarkeit im Ausland dargestellt. Dabei ist erkennbar, dass man den südlichen Teil im Anschluss an die Testregion deutlich schneller erreichen kann als Deutschland und Tschechien. Daraus kann abgeleitet werden, dass das Straßennetz im Grenzraum schlechter ausgebaut ist als im Zentralraum von Linz. Dennoch gibt es Regionen in Deutschland sowie Tschechien, die das Krankenhaus in Rohrbach schneller erreichen, als ein Krankenhaus mit voller Notfallversorgung im eigenen Land.

Die Abbildung 29 analysiert die Erreichbarkeit der gegebenen Notfallversorgung von Krankenhäusern in der **Testregion inklusive der angrenzenden Regionen**. In der Analyse wurden nur Krankenanstalten mit voller Notfallversorgung berücksichtigt. Krankenanstalten mit eingeschränkter Notfallversorgung bzw. nicht-öffentliche Krankenanstalten werden als Information ergänzt.

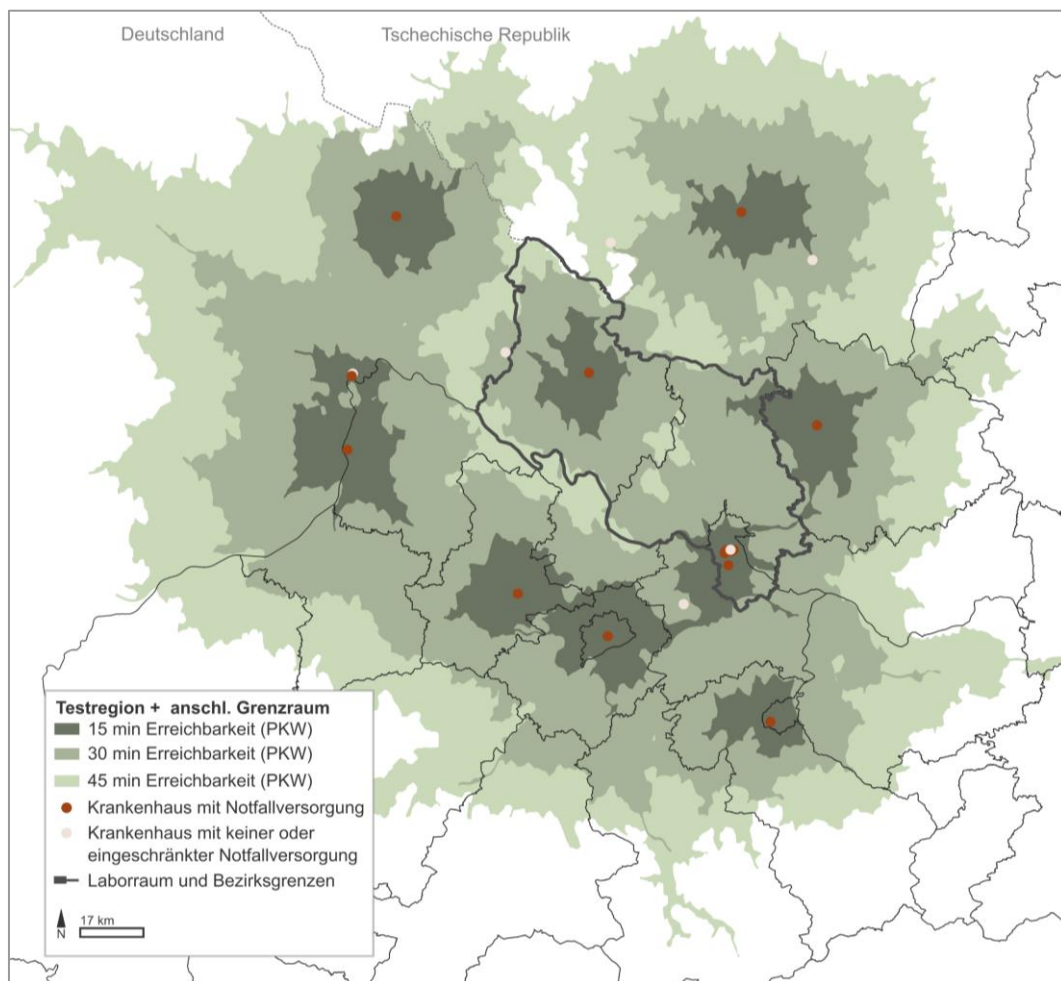


Abbildung 29: Erreichbarkeitsanalyse der Notfallversorgung in Spitälern in der Testregion + umgebender Grenzraum; Quelle: eigene Erhebung, Berechnung mittels ORS

Die Analyse zeigt, dass die gesamte Testregion innerhalb von 45 Minuten und auch ein großer Teil innerhalb von 30 Minuten mit dem PKW erreichbar ist. Wird das Gesamtbild betrachtet, lässt sich lediglich ein Teil im nördlichen Anschluss an die Testregion als schlecht

versorgt ausweisen. Dieser Raum ist allerdings geprägt durch bewaldete Gebiete und ist somit kein Dauersiedlungsraum bzw. ist kein Straßennetz vorhanden. Die Analyse zeigt auch, dass Krankenhäuser außerhalb der Testregion für die Testregion hinsichtlich kurzer Erreichbarkeit keine große Verbesserung darstellen. Lediglich das Krankenhaus Freistadt bietet dem östlichen Teil der Testregion eine Versorgung innerhalb von 15 bzw. 30 Minuten.

3.2.2.2 Erreichbarkeitsanalyse der Primärversorgung gemäß ÖSG 2017

Ein Kriterium zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung ist die Festlegung einer minimalen Zeit, in welcher ein/eine Arzt/Ärztin erreicht werden muss. Im ÖSG 2017 wird dazu je medizinisches Fachgebiet ein Planungsrichtwert vorgegeben. Es gilt, dass die jeweilige medizinische Einrichtung mit dem PKW und unter perfekten Bedingungen, also unabhängig von Wetterlage oder Verkehrsbelastung, in einer gewissen Zeit erreicht werden muss. Für die Allgemeinmedizin gilt ein Erreichbarkeitswert von maximal 10 Minuten Fahrzeit. Für die Kinder- und Jugendheilkunde und Innere Medizin gilt ein Erreichbarkeitswert von maximal 20 Minuten Fahrzeit und für alle anderen Fachgebiete von maximal 30 Minuten Fahrzeit. Ergänzend wird festgelegt, dass 90 % der Bevölkerung durch die Erreichbarkeitswerte abgedeckt werden muss. (vgl. ebd., S. 38f)

In den folgenden Abbildungen (30-37) werden die **Ergebnisse der GIS-Erreichbarkeitsanalyse für die Testregion** je Fachgebiet dargestellt. Die Analyse beschränkt sich auf die Fachgebiete Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Innere Medizin und Frauenheilkunde, da diese der Primärversorgung zugeordnet werden können bzw. in Primärversorgungseinheiten tätig sein können. Es folgt eine Analyse der Ärzt:innen mit Kassenvertrag inklusive Bewertung der Versorgungslage je Fachgebiet. Eine Analyse inklusiver Wahlärzt:innen wird nur als Karte dargestellt, da bei Wahlärzt:innen von keiner Versorgungswirksamkeit ausgegangen werden kann.

Allgemeinmedizin (Abbildung 30):

Die Versorgung in der Allgemeinmedizin kann für die gesamte Testregion grundsätzlich als ausreichend beschrieben werden. Kleinräumige Versorgungslücken gibt es in nördlichen Teilen der Testregion und im Donauraum.

Kinder- und Jugendheilkunde (Abbildung 32):

Weil es, bis auf Linz, nur zwei Standorte der Kinder- und Jugendheilkunde gibt, ist die Versorgung in der Testregion nicht ausreichend. Der nördliche Teil von Urfahr-Umgebung und die Randgebiete des Bezirks Rohrbach sind unterversorgt. Auch in Linz gibt es nur wenige Stellen der Kinder- und Jugendheilkunde, obwohl die Erreichbarkeit grundsätzlich gegeben ist.

Innere Medizin (Abbildung 34):

Ähnlich dem Fachgebiet der Kinder- und Jugendheilkunde zeigt sich die Versorgungslage in der Inneren Medizin. Hier können der nördliche Teil von Urfahr-Umgebung und die Randgebiete des Bezirks Rohrbach nicht im vorgegebenen Zeitrahmen erreicht werden.

Gynäkologie (Abbildung 36):

Die Versorgungslage in der Gynäkologie erweist sich grundsätzlich als ausreichend, wobei im Bezirk Rohrbach einzelne Siedlungsgebiete nicht im vorgegebenen Zeitrahmen erreicht werden können.

Allgemeinmedizin

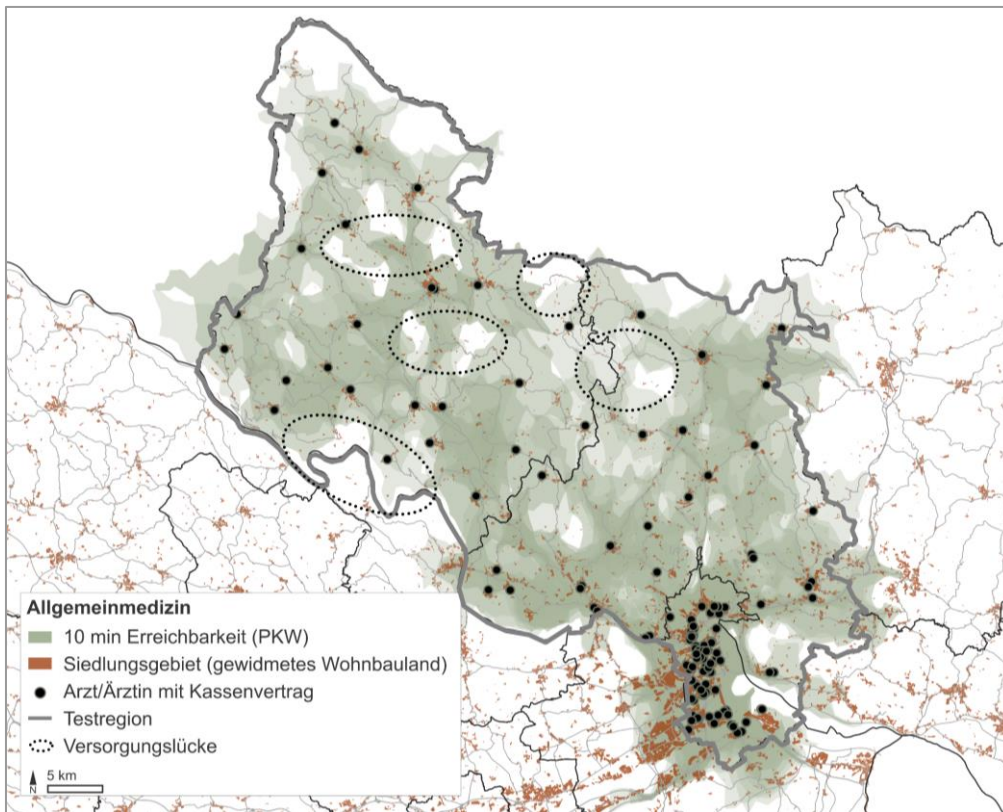


Abbildung 30: Erreichbarkeitsanalyse in der kassenärztlichen allgemeinmedizinischen Versorgung in der Testregion; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung 2022c, 2023a; Berechnung mittels ORS

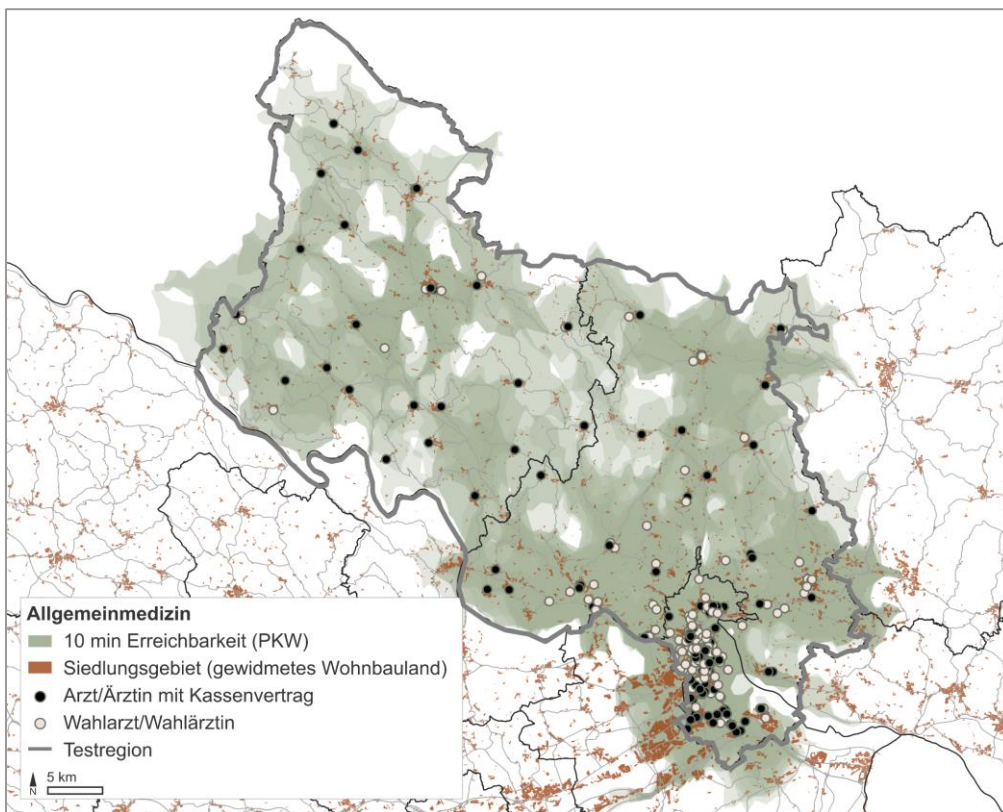


Abbildung 31: Erreichbarkeitsanalyse der gesamten allgemeinmedizinischen Versorgung in der Testregion; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung 2022c, 2023a; Berechnung mittels ORS

Kinder- und Jugendheilkunde

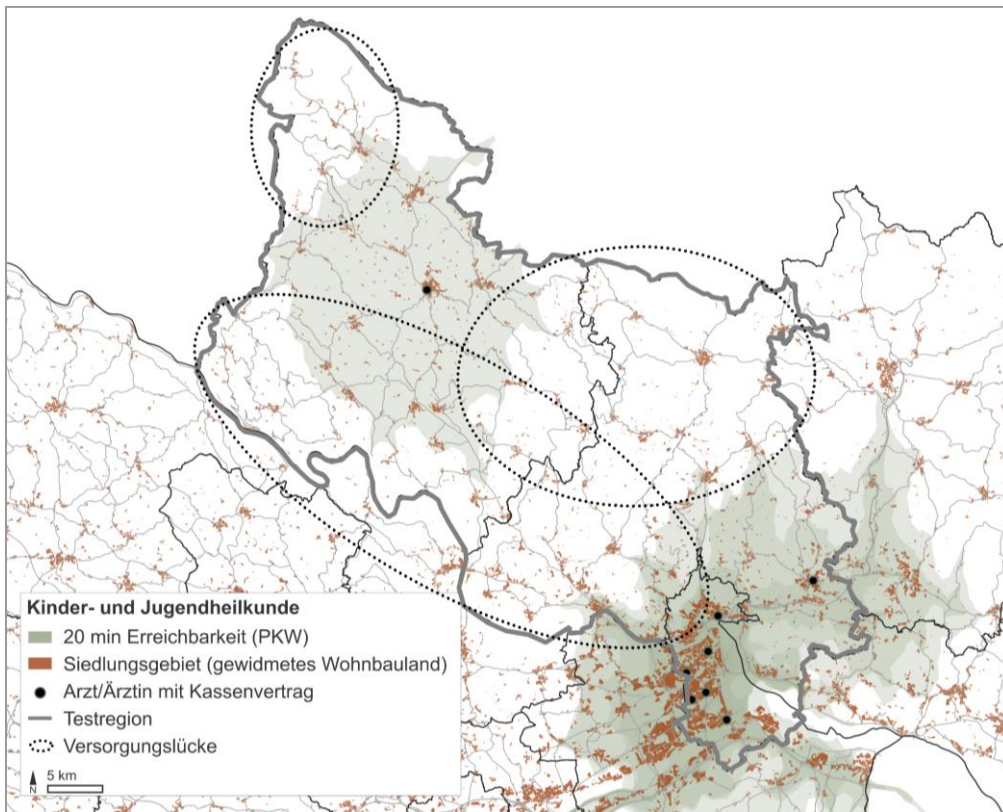


Abbildung 32: Erreichbarkeitsanalyse in der kassenärztlichen Versorgung in der Kinder- und Jugendheilkunde in der Testregion; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung 2022c, 2023a; Berechnung mittels ORS

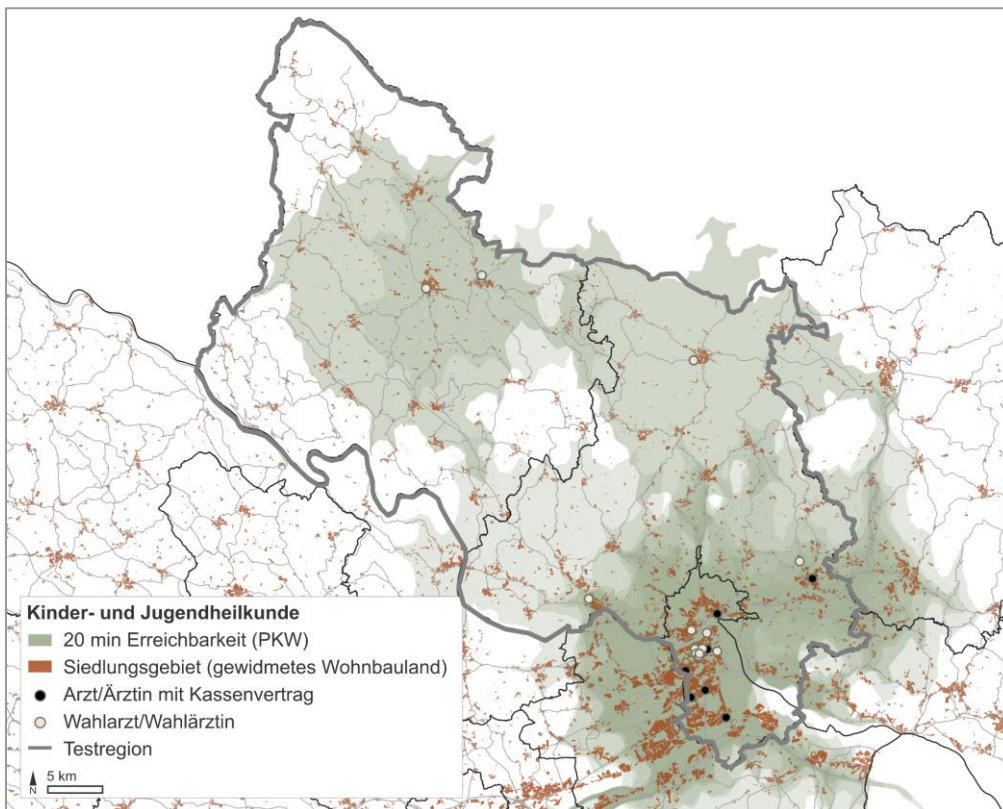


Abbildung 33: Erreichbarkeitsanalyse der gesamten Versorgung der Kinder- und Jugendheilkunde in der Testregion; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung 2022c, 2023a; Berechnung mittels ORS

Innere Medizin

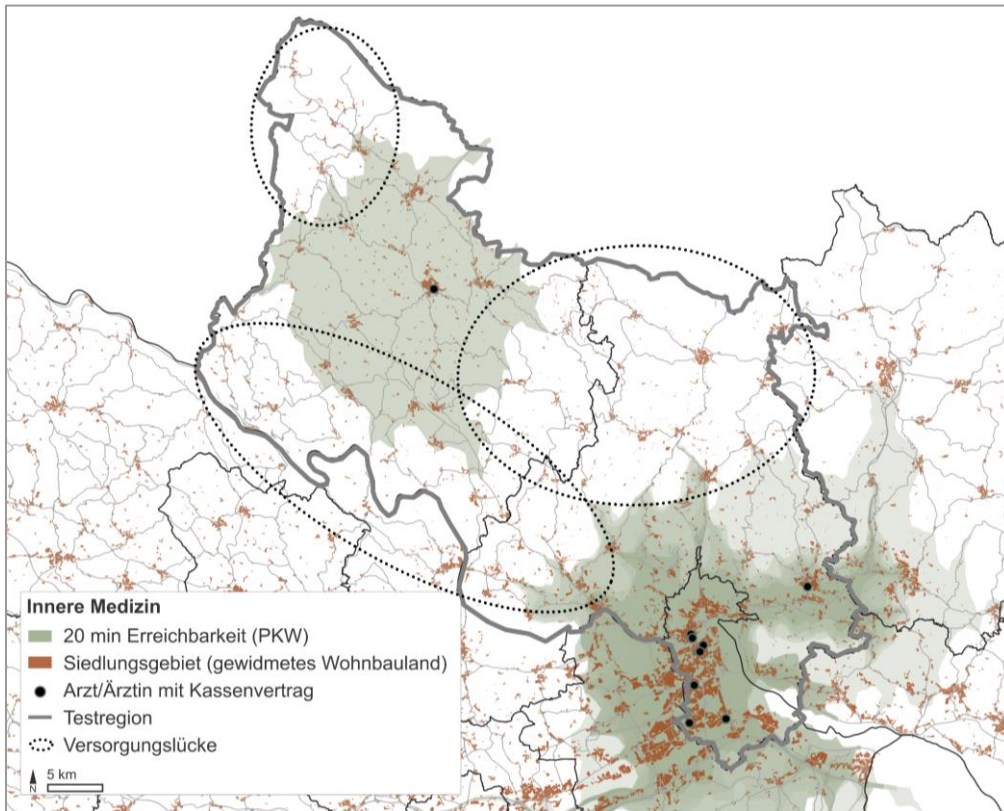


Abbildung 34: Erreichbarkeitsanalyse in der kassenärztlichen Versorgung in der Inneren Medizin in der Testregion; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung 2022c, 2023a; Berechnung mittels ORS

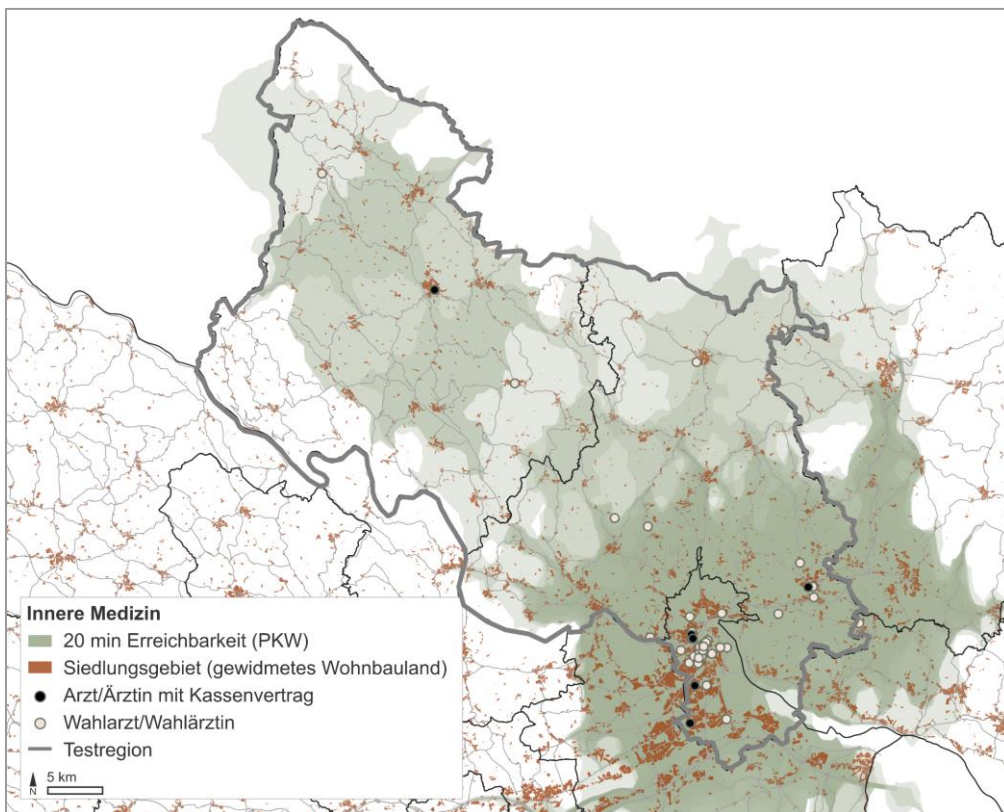


Abbildung 35: Erreichbarkeitsanalyse der gesamten Versorgung der Inneren Medizin in der Testregion; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung 2022c, 2023a; Berechnung mittels ORS

Gynäkologie

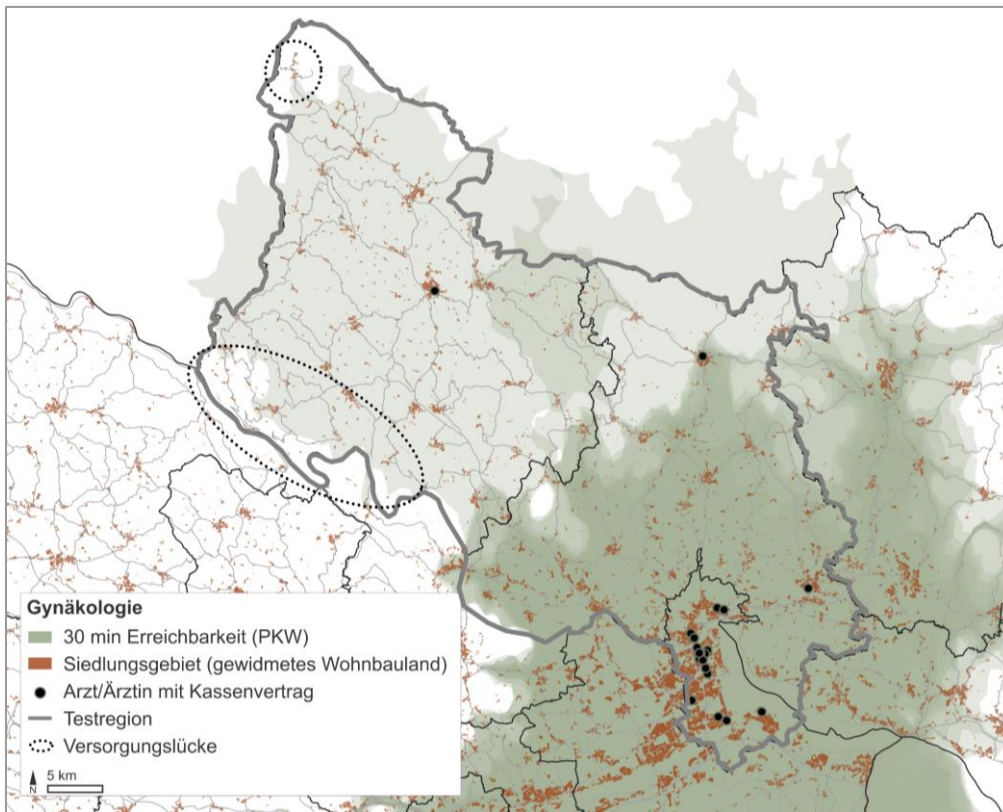


Abbildung 36: Erreichbarkeitsanalyse in der kassenärztlichen Versorgung in der Gynäkologie in der Testregion; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung 2022c, 2023a; Berechnung mittels ORS

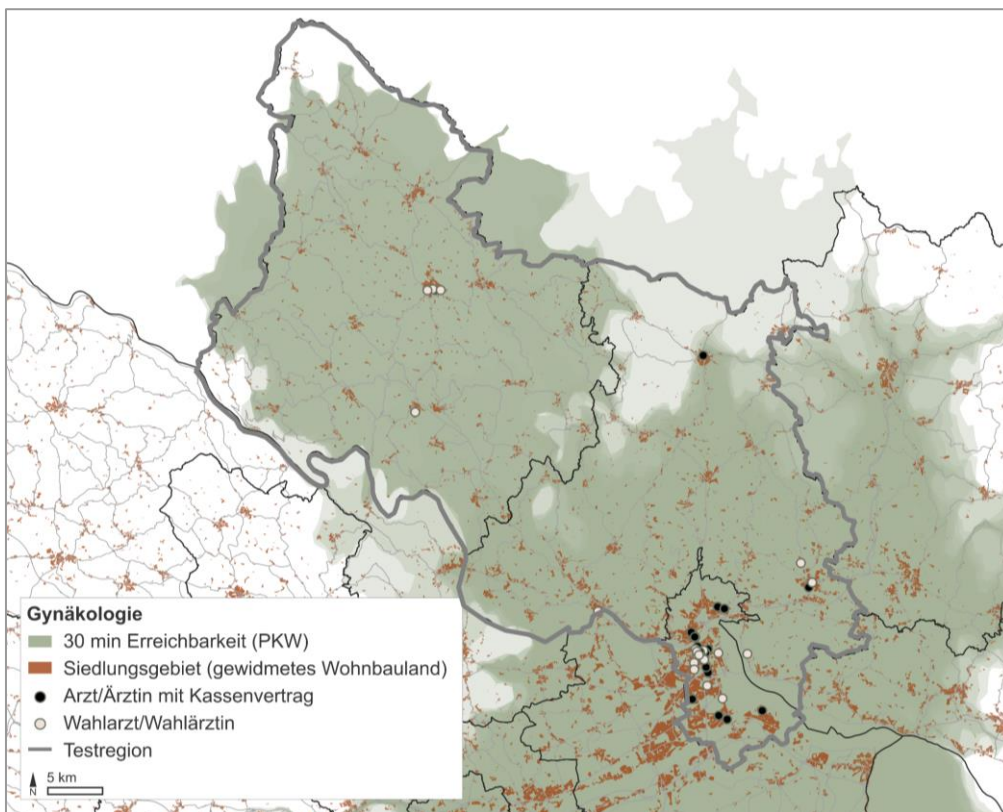


Abbildung 37: Erreichbarkeitsanalyse der gesamten Versorgung der Gynäkologie in der Testregion; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung 2022c, 2023a; Berechnung mittels ORS

3.2.2.3 Erreichbarkeitsanalyse der Primärversorgung im ÖV

Für die Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen im öffentlichen Verkehr (ÖV) gibt es keine Planungsrichtwerte. Dennoch wird in den Planungsinstrumenten darin darauf hingewiesen, dass Gesundheitseinrichtungen mit dem ÖV erreichbar sein sollten (vgl. BMSGPK, 2022b, S. 36). Die Abbildung 38 legt dar wie bestehende Allgemeinmediziner:innen der Testregion im ÖV erreicht werden. Ebenfalls wird die Zentralität der bestehenden Allgemeinmediziner:innen in der jeweiligen Gemeinde abgebildet (gilt nicht für Linz).

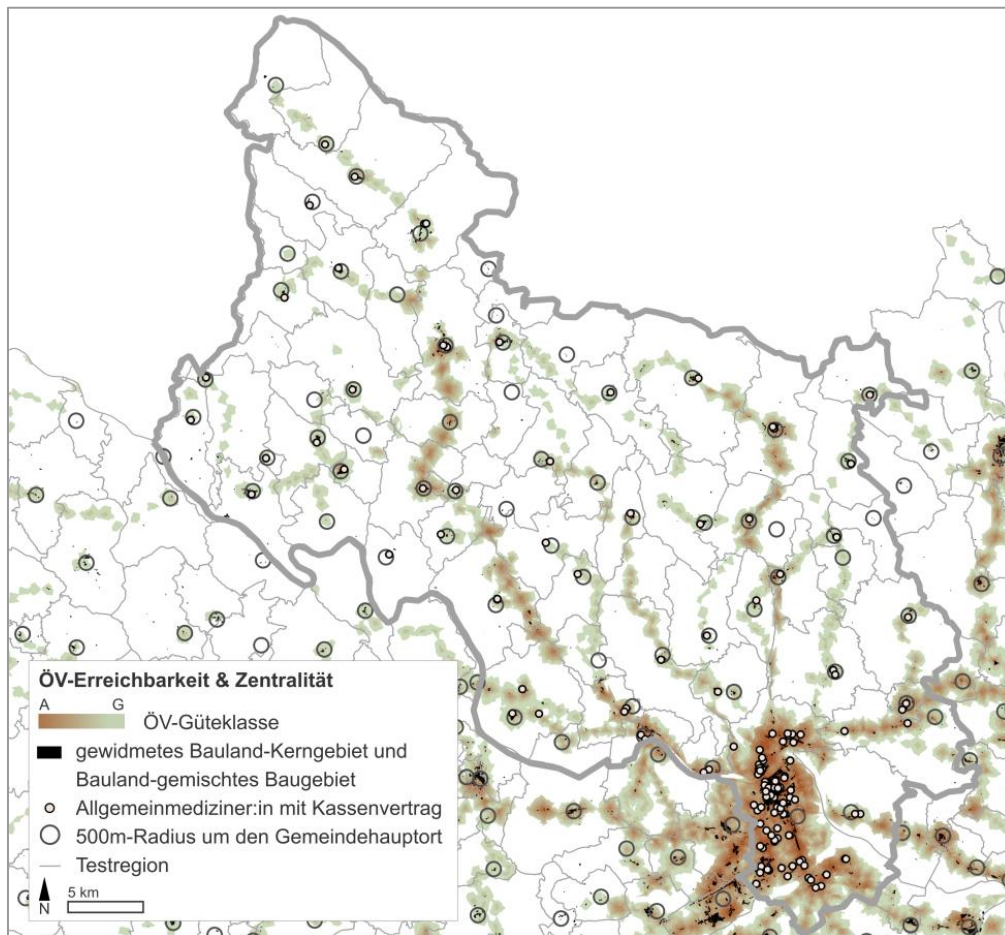


Abbildung 38: Erreichbarkeit im öffentlichen Verkehr und Zentralität der Allgemeinmediziner:innen, Quelle: Amt der Oö. Landesregierung 2022b, 2023a

Aus der Analyse in Abbildung 38 lässt sich schließen, dass sich der überwiegende Teil an Allgemeinmediziner:innen mit Kassenvertrag im Zentrum einer Gemeinde befindet. Eine gute ÖV-Anbindung der Mediziner:innen ist dennoch nicht immer gegeben. Daraus lässt sich nicht ableiten, dass die Mediziner:innen am falschen Standort platziert sind, sondern eher, dass der öffentliche Verkehr zu schlecht ausgebaut ist.

3.2.3 Quantitative Prüfung der Versorgungsdichte

Der folgende Teil der Analyse beschäftigt sich mit den Richtwerten zur Versorgungsdichte. Es wird für alle Fachgebiete jeweils der Richtwert aus dem ÖSG 2017 und dem RSG OÖ geprüft. Zuvor wird die allgemeine Versorgungslage für das Bundesland Oberösterreich dargestellt, um den Stand der Versorgung einschätzen zu können und diesen mit den eigens erhobenen Zahlen zu vergleichen.

3.2.3.1 Monitoring über die Einhaltung der Planungsrichtwerte

Die Einhaltung der vorgegebenen Planungsrichtwerte wird von der GÖG in einem jährlichen Monitoring überwacht. Konkret werden die einzelnen RSG der Bundesländer geprüft, wobei hier nur das gesamte Bundesland, nicht die einzelnen Versorgungsregionen betrachtet werden. Für Oberösterreich gibt es im aktuellen Monitoring für das Jahr 2022 mit Stand 31.12.2021 **627,5 ÄAVE** im IST-Stand für den ambulanten Bereich (ohne Spitalsambulanzen). Dem gegenüber stehen **768,8 geplante ÄAVE** im SOLL-Stand des RSG OÖ für 2025. Daraus ergibt sich eine Differenz von 141,3 ÄAVE, die bis 2025 noch zu füllen sind. (vgl. Amt der Oö. Landesregierung und ÖGK, 2022; GÖG, 2023b)

3.2.3.2 Prüfung der Versorgungsdichte gemäß ÖSG 2017

Ein Kriterium, um die Versorgung sicherzustellen, ist die Festlegung einer Versorgungsdichte. Im ÖSG 2017 ist dazu ein Intervall festgelegt, innerhalb dessen die Versorgung einer Region liegen soll. Die gegebene Einheit ist dabei die Anzahl der durchschnittlich arbeitenden Ärzt:innen (ÄAVE) pro 100.000 Einwohner:innen. Je nach Fachgebiet unterscheiden sich die Intervalle der Planungsrichtwerte stark und liegen zwischen 0,5 ÄAVE in der Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie und 46,8 ÄAVE in der Allgemeinmedizin. Die Tabelle 8 zeigt die Prüfung der Versorgungsdichte anhand der Vorgaben gemäß ÖSG 2017.

	Versorgungsdichte	Anzahl aller Ärzt:innen mit Kassenvertrag	IST-Stand (Kassa)	Anzahl aller Ärzt:innen (inkl. WA ¹)	IST-Stand (Wahl)
Allgemeinmedizin	34,9 - 64,8	182	51,2	461	129,7
Augenheilkunde und Optometrie	5,2 - 9,7	19	5,3	51	14,4
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	6,9 - 12,8	24	6,8	58	16,3
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	2,9 - 5,4	12	3,4	26	7,3
Haut- und Geschlechtskrankheiten	3,2 - 5,9	9	2,5	31	8,7
Innere Medizin ^a	11,9 - 22,2	25	7,0	100	28,1
Kinder- und Jugendheilkunde	4,2 - 7,9	8	2,3	26	7,3
Kinder- und Jugendpsychiatrie	0,6 - 1,2	3	0,8	6	1,7
Neurologie	2,2 - 4,2	7	2,0	27	7,6
Orthopädie und Traumatologie ^b	7,4 - 13,8	13	3,7	115	32,4
Psychiatrie	2,9 - 5,4	5	1,4	53	14,9
Urologie	2,3 - 4,3	8	2,3	22	6,2
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ^c	27,1 - 50,3	184	51,8	249	70,1
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	0,5 - 0,9	-	-	10	2,8
Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie	4,5 - 8,4	3	0,8	46	12,9

¹ Wahlärzt:innen

^a inkl. Fachgebiet für Lungenkrankheiten

^b inkl. Fachgebiete für Unfallchirurgie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

^c inkl. Fachgebiet für Kieferorthopädie

Tabelle 8: Prüfung der Versorgungsdichte gemäß ÖSG 2017;

Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, 2022c; Landes Zahnärztekammer OÖ, 2023; BMSGPK, 2022b, S.38

Die Prüfung der Versorgungsdichte in Tabelle 8 zeigt, dass die Mindestversorgung durch Kassenärzt:innen in vielen Fachgebieten nicht erreicht wird. Das trifft für die Fachgebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie, Orthopädie und Traumatologie, Psychiatrie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie zu. Dennoch ist zu berücksichtigen, dass die durchgeführte Analyse nur eine Näherung ist. Spitalsambulanzen können zum Beispiel aufgrund nicht vorhandener Daten nicht miteinbezogen werden.

3.2.3.3 Prüfung der Versorgung gemäß RSG OÖ

Die im ÖSG 2017 vorgegebenen Intervalle der Versorgungsdichte werden in den RSG der Bundesländer spezifiziert. Dabei wird je Fachgebiet eine konkrete Anzahl an durchschnittlich arbeitenden Ärzt:innen (ÄAVE) in der Planungsmatrix zur ambulanten Versorgung festgelegt. Der Planungshorizont für die Vorgaben ist das Jahr 2025. Die Tabelle 9 zeigt die Prüfung der Versorgungsdichte anhand der Vorgaben gemäß RSG OÖ.

Limitation zur Berechnung der RSG Vorgabe: Da keine konkreten Planungsvorgaben für die Testregion vorhanden sind, werden die Vorgaben für das gesamte Bundesland Oberösterreich anteilmäßig für die Testregion verwendet. Dazu wurde gemäß der Bevölkerungsprognose der ÖROK 2021 die zu erwartende Bevölkerung im Jahr 2025 der Testregion berücksichtigt.

	RSG Vorgabe (abgeleitet für d. Testregion)	Anzahl aller Ärzt:innen mit Kassenvertrag	Anzahl aller Ärzt:innen (inkl. WA ¹)
Allgemeinmedizin	179,6	182	461
Augenheilkunde und Optometrie	14,9	19	51
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16,7	24	58
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	8,9	12	26
Haut- und Geschlechtskrankheiten	9,5	9	31
Innere Medizin	11,9	16	89
Lungenkrankheiten	6,1	9	11
Kinder- und Jugendheilkunde	11,5	8	26
Kinder- und Jugendpsychiatrie	1,7	3	6
Neurologie	4,7	7	27
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	7,4	10	42
Unfallchirurgie	1,4	2	49
Psychiatrie	4,9	5	53
Urologie	6,3	8	22
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ^a	129,2	184	249
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	-	-	10
Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie	2,8	3	46

¹ Wahlärzt:innen

^a inkl. Fachgebiet für Kieferorthopädie

Tabelle 9: Prüfung der Versorgung gemäß RSG OÖ; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, 2022c; Landes Zahnärztekammer OÖ, 2023; Amt der Oö. Landesregierung, ÖGK 2022, S.80.

Aus der Prüfung der Versorgung (siehe Tabelle 9) gemäß der Vorgaben aus dem RSG OÖ ergibt sich, dass in allen Fachgebieten, bis auf das Fachgebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten und Kinder- und Jugendheilkunde, die Mindestversorgung durch Kassenärzt:innen gegeben ist.

3.2.3.4 Ergebnis der quantitativen Prüfung

Die gesamtheitliche Betrachtung über alle untersuchten Richtwerte ergibt, dass vor allem das Fachgebiet der Kinder- und Jugendheilkunde in der Testregion unterversorgt ist. Nicht nur im quantitativen Ausmaß, sondern auch in der räumlichen Verteilung und Erreichbarkeit ist die Versorgung in diesem Fachgebiet unzureichend.

Weitere Fachgebiete, die aus den Analysen Bedarf zur Verbesserung ergeben, sind die Innere Medizin, Haut- und Geschlechtskrankheiten und Orthopädie und orthopädische Chirurgie. Auf räumlicher Ebene kann vor allem auf das nördliche Gebiet im Bezirk Urfahr-Umgebung hingewiesen werden, das in den meisten untersuchten Fachgebieten unterversorgt ist und nicht mehr von der dichten Versorgung in Linz profitiert.

Abschließend soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Richtwerte aus dem ÖSG 2017 und der RSG OÖ einen Zielhorizont von 2025 haben. Ausgehend davon, dass noch nicht der gesamte Bedarf gedeckt ist und noch Zeit im Planungshorizont ist, ergeben sich auch Chancen für die Verbesserung der Versorgung. Beispielsweise können so neue Versorgungsmodelle erprobt oder ausgebaut werden, ohne die bestehende Versorgung einzuschränken.

3.3 SWOT-Analyse

In der SWOT-Analyse zur Testregion werden die Erkenntnisse der Grundlagen zusammengetragen und auf die Testregion übertragen. Dabei werden Stärken und Schwächen der Region sowie potentielle Chancen und Risiken durch zukünftige Entwicklung und Prognosen berücksichtigt. Insbesondere tragen das Basiswissen der Testregion (Kapitel 2.7.2), die Analyseergebnisse der bestehenden Gesundheitsversorgung (Kapitel 3.2) sowie die Ziele der Gesundheitsplanung (Kapitel 2.2.1) und der Örtlichen Raumplanung (Kapitel 2.2.2) der SWOT-Analyse bei.

Die SWOT-Analyse wird in Abbildung 39 dargestellt.

3.3.1 Ziel der Analyse

Die SWOT-Analyse wird durchgeführt, um ein Bild der Möglichkeiten der Region zu erhalten. Daraus kann abgeleitet werden, worin Entwicklungsmöglichkeiten der Gemeinden in der Region hinsichtlich der Gesundheitsversorgung liegen und was mögliche Herausforderungen diesbezüglich sein können.



Abbildung 39: SWOT-Analyse zur Testregion mit Fokus auf die Bevölkerung und Gesundheitsversorgung im Hinblick auf eine mögliche Primärversorgungseinheit, Quelle: eigene Darstellung

3.4 Nutzwertanalyse zur Findung einer Standortgemeinde - Makrostandort

Im folgenden Kapitel steht die Gesundheitsversorgung der Testregion im Zentrum der Betrachtung. Dafür werden mittels einer vereinfachten Nutzwertanalyse Standortgemeinden für eine mögliche Gesundheitseinrichtung ermittelt. Dabei wird in Makrostandorte (Gemeinde) und Mikrostandorte (Standort innerhalb der Gemeinde) unterteilt, wobei die folgende Nutzwertanalyse den Makrostandort ermittelt.

Standortanalysen stammen aus der Wirtschaftsentwicklung und bestimmen üblicherweise die bestmöglichen Standorte für Betriebe, wobei die Analyse auch für andere Ziele adaptiert werden kann (vgl. Haas et al., 2018). Mittels einer Standortanalyse, in der vorliegenden Arbeit in Form einer Nutzwertanalyse, werden die besten Standortgemeinden für eine Primärversorgungseinrichtung eruiert. Die Durchführung der gegenständigen Nutzwertanalyse orientiert sich am empfohlenen Ablauf von Dr. Horst Hanusch.

3.4.1 Methodische Vorbereitung zur Analyse

3.4.1.1 Zieldefinition

Ziel der Nutzwertanalyse ist der Vergleich von Gemeinden in einer Testregion für die Etablierung einer Primärversorgungseinheit. Die Analyse wird durchgeführt, um eine Reihe an potentiellen Gemeinden zu vergleichen und anhand eines gewichteten Punktesystems zu bewerten. Dabei soll sich zeigen, ob die Etablierung geeignet und zielgerichtet ist, aber ob auch die Ausgangslage passend ist. Es ist nicht Ziel der Analyse, Gemeinden als Standort auszuschließen oder eine einzelne "perfekte" Gemeinde zu finden.

3.4.1.2 Projektabgrenzung und Einschränkungen

Die Nutzwertanalyse wird nur für die gegebene Testregion und die gegebenen Indikatoren durchgeführt. Die Indikatoren könnten je Datenverfügbarkeit beliebig erweitert und unterschiedlich gewichtet werden, was das Ergebnis der Nutzwertanalyse verfeinert. In der gegenständigen Analyse wurden frei verfügbare Daten sowie eine selbst gewählte Gewichtung der Kriterien gewählt. Betrachtet werden alle Gemeinden in der Testregion, welche über 2.000 Einwohner:innen haben. Hintergrund ist die Vorgabe im ÖSG 2017, dass pro 2.000 Einwohner:innen ein:e Allgemeinmediziner:in vorgesehen ist (vgl. BMSGPK, 2022b, S.38). Diese Gemeinden werden in der Analyse als Potentialgemeinden bezeichnet.

3.4.1.3 Alternativendefinition

Jede untersuchte Gemeinde wird als eigenständige Alternative betrachtet, wobei sich Alternativen untereinander in der Nutzwertanalyse nicht ausschließen. In Summe werden 26 Gemeinden (Abbildung 40) betrachtet.

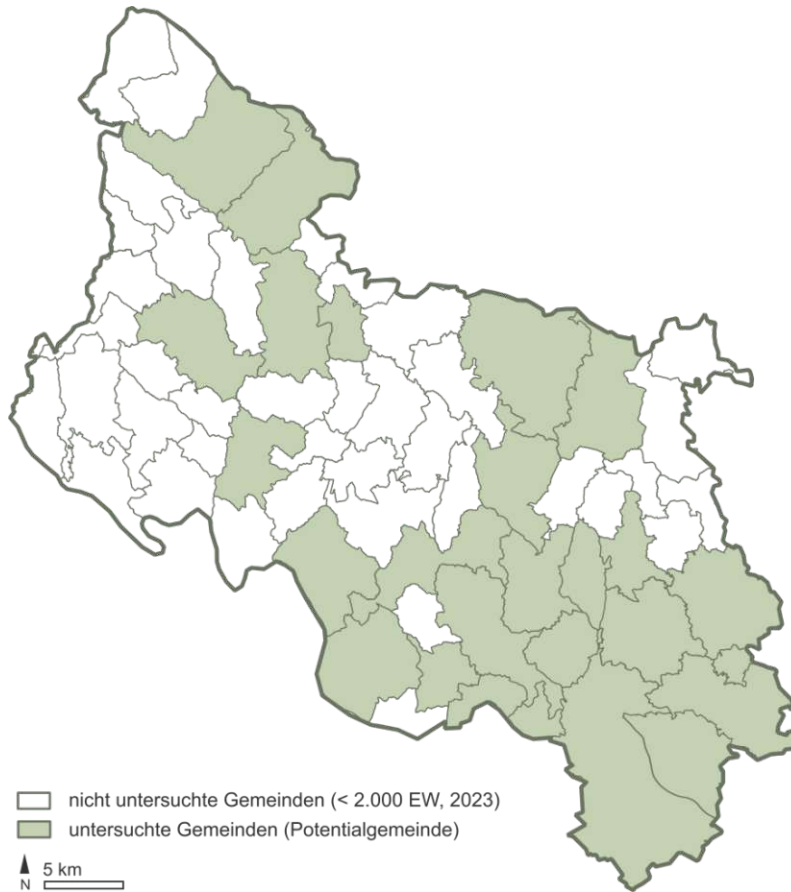


Abbildung 40: Potentialgemeinden (> 2.000 Einwohner:innen) in der Testregion;
 Quelle: eigene Darstellung

3.4.1.4 Bestimmung der Indikatoren

Die Indikatoren und deren Gewichtung leiten sich aus der Literaturrecherche, SWOT-Analyse, GIS-Analysen und der quantitativen Auswertung der Daten ab. In Abbildung 41 wird die Herleitung der Indikatoren in einem Flussdiagramm dargestellt.

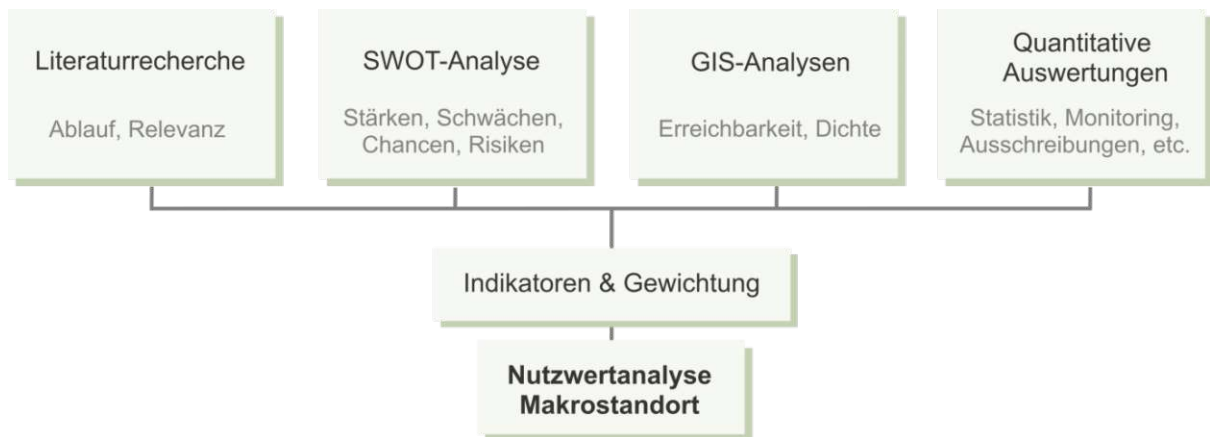


Abbildung 41: Flussdiagramm zum Ablauf der Nutzwertanalyse zum Makrostandort;
 Quelle: eigene Darstellung

Inhaltlich wurden die Indikatoren des Zielsystems aus Quellen verschiedenster Ebenen und Rechtsverbindlichkeiten abgeleitet und mehrere selbst ergänzt. Als Quellen fungieren das Oö. Landesraumordnungsprogramm 2017, Primärversorgungsgesetz (PrimVG), ÖSG 2017,

RSG OÖ, *“Handbuch zur Gründung einer PVE”* des BMSGPK sowie die *“Standortkriterien für eine Primärversorgungseinheit”* aus dem zugehörigen Anhang. Zudem werden rechtliche Vorgaben aus dem ÖSG 2017 bzw. dem RSG OÖ berücksichtigt.

Die Indikatoren teilen sich in Faktoren zur Bevölkerung, Gemeinschaft & Infrastruktur sowie zur medizinischen Versorgung. Für die Festlegung der Indikatoren wurde die öffentliche Datenverfügbarkeit berücksichtigt. Die 13 ausgewählten Indikatoren stellen die Indikatoren mit der höchsten Signifikanz dar.

Indikator 1: Bevölkerungszahl

Gemäß ÖSG-Richtwerte bedarf es pro 2.000 Einwohner:innen einen Allgemeinmediziner oder eine Allgemeinmedizinerin (vgl. BMSGPK, 2022b, S. 38). Für eine Primärversorgungseinheit bedarf es mindestens zwei Allgemeinmediziner:innen, was rückgerechnet einer Bevölkerung von 4.000 Einwohner:innen entspricht (vgl. BMSGPK, 2023a).

Indikator 2: Bevölkerungsstruktur

Auch die Zusammensetzung der Bevölkerung nach Altersgruppen ist ausschlaggebend für den Bedarf an medizinischer Versorgung. So sind besonders Kinder und ältere Menschen sensible Gruppen, welche eine besondere medizinische Betreuung benötigen (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte, 2021). Die im Juli 2023 aktuelle Gesetzesänderung sieht auch für Kinderärzt:innen die Möglichkeit vor, eine eigene PVE zu gründen bzw. mitzugründen (vgl. PrimVG § 2 Abs. 2). Eine überdurchschnittlich hohe Anzahl an Kindern oder älteren Menschen kann den Bedarf einer PVE begründen.

Indikator 3: Bevölkerungsentwicklung

Wenn in den letzten Jahren eine Gemeinde über einen erhöhten Zuzug verfügte bzw. eine Prognose einen erhöhten Zuzug voraussagt, lässt sich auch ein erhöhter Bedarf an medizinischer Versorgung prognostizieren. Vorausblickend kann hier durch eine PVE der medizinische Bedarf gedeckt werden.

Indikator 4: Bautätigkeit

Starke Bautätigkeit bzw. die Erschließung neuer Siedlungsgebiete in einer Gemeinde kann als Folge eine Bevölkerungszunahme und einen daraus folgenden erhöhten medizinischen Bedarf mitbringen. Auch größere Immobilienentwicklungsprojekte sollten berücksichtigt werden.

Indikator 5: Soziale Infrastruktur

Eine vorhandene gut ausgebaute soziale Infrastruktur, welche Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, Veranstaltungsräumlichkeiten, kulturelle Einrichtungen oder Sportplätze beinhaltet, stärkt die Etablierung einer PVE. Ebenfalls kann eine soziale Infrastruktur Förderin oder Pionierin einer PVE werden.

Indikator 6: Expert:innen vor Ort

Durch das Vorhandensein von Planungsbüros mit Erfahrung mit der Errichtung von Gesundheitseinrichtungen oder anderen sozialen Infrastrukturen kann die Etablierung einer PVE begünstigt werden. Mögliche Hindernisse sind schon bekannt und es gibt Kontakt zu

weiteren Expert:innen. Ebenfalls können Expert:innen vor Ort die Initiierung einer PVE ergreifen bzw. die Projektabwicklung übernehmen.

Indikator 7: Öffentlicher Verkehr

Die Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Verkehr ist für medizinische Einrichtungen, die regelmäßig besucht werden, maßgeblich. Für die notwendige medizinische Versorgung ist somit ein bestehender öffentlicher Verkehr, der die PVE direkt anbindet, unumgänglich.

Indikator 8: Versorgungslücke

Der Indikator über die aktuelle medizinische Versorgung liefert einen eindeutigen Hinweis für den Bedarf einer PVE. So muss sowohl die Summe an Ärzt:innen, als auch die Differenzierung in wahl- und kassenärztliche Versorgung berücksichtigt werden. Bei Nichteinhaltung der Planungsrichtwerte oder ungleichmäßiger Verteilung können räumliche Versorgungslücken entstehen. Eine Versorgungslücke stellt in jedem Fall einen Bedarf für den Ausbau der medizinischen Versorgung dar.

Indikator 9: Pionier der Primärversorgung

Als Gegenstück zur Versorgungslücke kann durch das Vorhandensein einer Allgemeinmedizinerin oder eines Allgemeinmediziners eine PVE begründet werden. So können bei einer hohen Auslastung der eigenen Ordination Ärzt:innen selbst die Initiative ergriffen und mit weiteren Kooperationspartner:innen eine PVE gründen.

Indikator 10: Notfallversorgung

Bei akuten und gravierenden medizinischen Problemen ist notärztliche Hilfe notwendig, welche über das Notarzt-/Rettungswesen oder eine zentrale ambulante Erstversorgung (ZAE) erbracht werden kann (vgl. BMSGPK, 2022b, S. 27 und 63). Diese Dienste sind im öffentlichen Gesundheitssystem zwar essentiell, verursachen aber hohe Kosten. Mit einer räumlich gut verteilten und ausgebauten Primärversorgung in der Allgemeinmedizin können Notfälle vermieden werden und so das System schonen.

Indikator 11: Stellenausschreibung

In Oberösterreich übernimmt die Oberösterreichische Ärztekammer die Ausschreibung der Kassenplanstellen (vgl. Ärztekammer für Oberösterreich, o.J.). Ist eine Kassenplanstelle der Allgemeinmedizin in einer Gemeinde ausgeschrieben, kann einerseits der Bedarf angenommen werden und andererseits kann es eine gute Ausgangslage für die Etablierung einer Primärversorgungseinheit sein. Dadurch ergibt sich die Chance für Ärzt:innen ohne bisherigen Kassenvertrag eine Primärversorgungseinheit zu gründen.

Indikator 12: Medizinisch-technische Dienste (MTD)

Neben dem Kernteam einer Primärversorgungseinheit können auch medizinisch-technische Dienste (z.B. Physiotherapie, Logopädie) oder andere Kooperationspartner (z.B. Sozialarbeit, Psychotherapie) angestellt werden (vgl. § 2 Abs. 3 PrimVG). Dazu können zwei Herangehensweisen zu einer möglichen PVE betrachtet werden. Einerseits können durch neue MTD in der PVE Versorgungslücken geschlossen werden, andererseits können auch bestehende MTD ohne großen Aufwand Partner:innen in der PVE werden. In jedem Fall kann die Zusammenarbeit mit Kooperationspartner:innen den Erfolg einer PVE unterstützen. Besonders für

Patient:innen ist es sinnvoll, neben der ärztlichen Leistung auch weitere soziale oder medizinisch-technische Leistungen im direkten Umfeld in Anspruch nehmen zu können.

Indikator 13: Fachärzt:innen

Ähnlich zum MTD stellt sich die Situation mit Fachärzt:innen in der Gemeinde dar. Neben Allgemeinmediziner:innen können auch Ärzt:innen der Kinder- und Jugendheilkunde sowie Gynäkologie in Primärversorgungseinheiten (vgl. § 2 Abs. 2 PrimVG) arbeiten. Auch im Hinblick auf mögliche Überweisungen und zum fachlichen Austausch können Fachärzt:innen in derselben Gemeinde von Vorteil sein.

Besonders zur medizinischen Versorgung kann eine Reihe weiterer Indikatoren den Bedarf einer medizinischen Einrichtung vertiefend analysieren, die nicht in der gegenständigen Nutzwertanalyse berücksichtigt werden können. Das sind Indikatoren wie Alter der Ärzt:innen, Auslastung der Praxen, Gesundheitszustand der Bevölkerung, durchschnittliche Anzahl an Arztbesuchen oder Häufung von Krankheiten in der Gemeinde. Aufgrund von Datenschutzrichtlinien oder generell fehlender Erhebung dazu können diese nicht berücksichtigt werden.

3.4.1.5 Gewichtung der Indikatoren

Die Gewichtung der Indikatoren erfolgt über eine direkte Punktevergabe. Dabei stehen 1 Punkt für eine hohe Signifikanz und 2 Punkte für eine sehr hohe Signifikanz. Um eine geringere Signifikanz abzubilden, können auch 0,5 Punkte vergeben werden. Das betrifft Indikatoren, die zwar grundsätzlich in einer Gemeinde vorhanden sind, allerdings nicht stark ausgeprägt sind.

Die Tabelle 10 zeigt die Gewichtung anhand der Punkte, welche pro Indikator (Nr. 1 - 13) vergeben werden können. Dabei werden die Indikatoren benannt und es wird eine kurze Information zur Bewertungsmethode bzw. Quelle der Grundlage dargestellt. Bei Anführung von mehreren Faktoren innerhalb eines Indikators kann immer nur maximal einer der beiden Punktzahlen vergeben werden. Wird der Indikator nicht erfüllt, bekommt die Potentialgemeinde keinen Punkt.

Nr.	Standortfaktoren für den Makrostandort	Punkte
Faktoren zur Bevölkerung		
1	Über 3.000 Einwohner:innen in der Gemeinde Über 5.000 Einwohner:innen in der Gemeinde <i>gemäß Statistik Austria (01.01.2023)</i>	+0,5 +1
2	Überdurchschnittlich viele alte oder junge Personen in der Gemeinde Überdurchschnittlich viele alte und junge Personen in der Gemeinde <i>gemessen am arithmetischen Mittel der Potentialgemeinden</i>	+0,5 +1
3	Bevölkerungsentwicklung & hoher Zuzug <i>überdurchschnittliche Bevölkerungsentwicklung in den letzten 10 Jahre, Bevölkerungsprognose gemäß ÖROK Prognose 2021</i>	+0,5
4	Starke Bautätigkeit <i>Bau- und Immobilienprojekte, Erschließung neuer Siedlungsgebiete, vermehrt Neuerrichtungen bei Wohngebäuden gemäß Statistik Austria (GWR) seit 2011</i>	+0,5
Faktoren zur Gemeinschaft & Infrastruktur		
5	Einzelne soziale Infrastrukturen Mehrere soziale Infrastrukturen <i>Bildungseinrichtungen, Veranstaltungszentrum, etc. (medizinische Einrichtungen ausgenommen)</i>	+0,5 +1
6	Einzelne Einrichtungen mit Planungsbezug Mehrere Einrichtungen mit Planungsbezug <i>Regionalentwicklungsverein, Ortsentwicklungsverein, Architekturbüro, Raumplanungsbüro, etc.</i>	+0,5 +1
7	ÖV-Güteklassen (C - D) ÖV-Güteklassen (A - B) <i>Überschneidung des Gemeindehauptortes, Bauland Kerngebiet oder Bauland Mischgebiet</i>	+0,5 +1
Faktoren zur medizinischen Versorgung		
8	Schlechte Primärversorgung in der Gemeinde <i>Die Prüfung gemäß ÖSG-Erreichbarkeit ergibt, dass nicht alle Bewohner:innen des gesamten gewidmeten Baulandes in der Potentialgemeinde einen/eine Allgemeinmediziner:in innerhalb 10 min (PKW) erreichen können.</i>	+2
9	Ein Allgemeinmediziner:in vorhanden <i>Ein bestehender Allgemeinmediziner/Allgemeinmedizinerin (mit Kassenvertrag) kann als möglicher Pionier/Pionierin für eine PVE betrachtet werden.</i>	+0,5
10	Schlechte Erreichbarkeit für Notfallversorgung <i>Die Prüfung gemäß ÖSG-Erreichbarkeit ergibt, dass nicht alle Bewohner:innen des gesamten gewidmeten Baulandes in der Potentialgemeinde eine Notfallversorgung in einem Krankenhaus innerhalb 30 min (PKW) erreichen können.</i>	+2
11	Aktuell ausgeschriebene Stelle Aktuell ausgeschriebene Stelle in der Allgemeinmedizin <i>Gemäß Ärztekammer Oberösterreich sind derzeit Planstellen ausgeschrieben bzw. im Vergabeverfahren.</i>	+1 +2
12	Fehlende medizinisch-technische Einrichtung als Versorgungslücke Weitere medizinisch-technische Einrichtungen als mögliche Partner:innen <i>Ergotherapie, Physiotherapie, etc. für das erweiterte Primärversorgungsteam</i>	+1 +0,5
13	Weitere niedergelassene Fachärzte/Fachärztinnen Weitere niedergelassene Fachärzte/Fachärztinnen mit Kassenvertrag <i>zur Überweisung, Kooperation oder für das erweiterte Primärversorgungsteam</i>	+0,5 +1

Tabelle 10: Indikatoren und Gewichtung zur Nutzwertanalyse für den Makrostandort;
Quelle: eigene Darstellung

Ergänzung zu Indikator Nr. 7: Es ist anzumerken, dass nur Gemeindehauptorte bzw. Bauland Kerngebiet und Bauland Mischgebiet berücksichtigt wurde. So können "Umsteigeknoten", die gemäß System der Güteklassen der ÖROK (vgl. ÖROK, 2022b) eine gute Anbindung haben, welche aber an Umfahrungsstraßen oder großen Kreuzungen liegen, ausgeschlossen

werden. Das sind Flächen, die oft und gut mit dem öffentlichen Verkehr erreicht werden und wichtig für Pendler:innen sind, aber nicht relevant für die Findung eines Standortes einer Gesundheitseinrichtung.

3.4.2 Durchführung Nutzwertanalyse

Tabelle 11 zeigt die Bewertung der Potentialgemeinden nach den dreizehn Indikatoren mit einer Summierung der Punkte.

Gemeinde	Indikatornummer													Summe
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Linz	1	0	0,5	0,5	1	1	1	0	0,5	0	2	0,5	1	9
Aigen-Schlägl	0,5	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	1	5
Altenfelden	0	0,5	0	0,5	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	1	4
Haslach a. d. Mühl	0	0,5	0	0	1	1	0	0	0,5	0	0,5	0,5	0	4
Rohrbach-Berg	1	0,5	0	0,5	1	1	1	0	0,5	0	0,5	0,5	1	7,5
St. Martin im Mkr.	0,5	0,5	0	0,5	0,5	0,5	0,5	0	0,5	2	0	0,5	1	7
Sarleinsbach	0	0,5	0	0	0,5	0,5	0	0	0,5	0	0	0,5	1	3,5
Ulrichsberg	0	0,5	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	1	3
Alberndorf i. d. Riedmark	1	0,5	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0,5	0,5	1	5
Altenberg bei Linz	1	0,5	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	1	4,5
Bad Leonfelden	1	0,5	0,5	0	0,5	1	0,5	0	0,5	0	2	0,5	1	8
Eidenberg	0	0,5	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	2,5
Engerwitzdorf	1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1	0	0,5	0	0	0,5	1	6,5
Feldkirchen a. d. Donau	1	0,5	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0	0,5	2	0	0,5	1	7,5
Gallneukirchen	1	0,5	0,5	0,5	1	0,5	1	0	0,5	0	2	0,5	1	9
Gramastetten	1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0	0	0,5	2	0	0,5	1	7,5
Hellmonsödt	0	0,5	0,5	0,5	0,5	0	0,5	0	0,5	0	0	0,5	1	4,5
Herzogsdorf	0	0,5	0,5	0	0,5	0,5	1	0	0,5	2	0	0,5	0	6
Kirchschlag b. Linz	0	0,5	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	0	2,5
Lichtenberg	0	0,5	0,5	0	0,5	0	0	0	0,5	0	0	0,5	1	3,5
Oberneukirchen	0,5	1	0	0	1	0,5	0	2	0,5	2	0	1	1	9,5
Ottensheim	1	0,5	0,5	0,5	1	1	1	0	0,5	0	0	0,5	1	7,5
Puchenau	1	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	1	5,5
Steyregg	1	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	1	5,5
Vorderweißenbach	0	0,5	0	0	0,5	0	0	2	0,5	0	0	1	1	5,5
Walding	1	0,5	0,5	0	0,5	0	1	0	0,5	0	0	0,5	1	5,5

Tabelle 11: Bewertung der Potentialgemeinden - Makrostandort; Quelle: eigene Darstellung

Beispiel der Gemeinde Walding:

1: Rd. 4.300 Einwohner:innen: +1 Punkt

2: Rd. 22 % (Ø 20 %) der Bevölkerung ist über 65 Jahre alt: +0,5 Punkte

3: Prognostiziertes Bevölkerungswachstum von rd. 9 % bis 2050: +0,5 Punkte

- 4: Keine übermäßige Bautätigkeit feststellbar: *0 Punkte*
 - 5: Einzelne soziale Infrastrukturen vorhanden: *+0,5 Punkte*
 - 6: Keine Einrichtungen mit Planungsbezug vorhanden: *0 Punkte*
 - 7: ÖV-Güteklasse B im Ortszentrum: *+1 Punkt*
 - 8: Gesamte Gemeinde erreicht die allgemeinmedizinische Versorgung in 10 min: *0 Punkte*
 - 9: Walding hat 4 Allgemeinmediziner:innen: *+0,5 Punkte*
 - 10: Walding kann in 30 min eine Notfallversorgung erreichen: *0 Punkte*
 - 11: Es ist derzeit keine Planstelle in Walding ausgeschrieben: *0 Punkte*
 - 12: Es gibt eine Vielzahl an medizinischen Berufen in Walding: *+0,5 Punkte*
 - 13: Es gibt einen Zahnarzt mit Kassenvertrag in Walding: *+1 Punkt*
- Summe der Gemeinde Walding: 5,5 Punkte**

In der Durchführung der Nutzwertanalyse zeigte sich, dass die Wertung bzw. Gewichtung nicht immer ganz eindeutig durchführbar ist. Hintergrund sind fehlende Datenverfügbarkeit und schwierige Vergleichbarkeit. Deshalb wurde versucht, die Indikatoren möglichst scharf abzugrenzen. Dennoch ist eine gewisse Offenheit der Bewertung notwendig, um auf unterschiedliche Gegebenheiten einzugehen. In Summe ist zu berücksichtigen, dass eine Nutzwertanalyse auch maßgeblich durch die durchführende Person beeinflusst werden kann (vgl. Hüftle, 2006).

3.4.3 Ergebnisdarstellung

Die Nutzwertanalyse zeigt, dass es deutliche Unterschiede in der Eignung für eine Primärversorgungseinheit gibt (siehe Tabelle 12). Der Nutzwert in Punkten variiert zwischen 2,5 und 9,5 Punkte je Gemeinde. Die Spannweite zwischen dem höchsten und niedrigsten Nutzwert liegt bei 7 Punkten. Die Gemeinde mit den meisten Punkten ist Oberneukirchen mit 9,5 Punkten, wobei die beiden Gemeinden Linz und Gallneukirchen lediglich einen halben Punkt weniger erzielen.

Potentialgemeinden	Nutzwert (min. 0; max. 14,5)	Reihung
Oberneukirchen	9,5	1
Linz	9	2
Gallneukirchen	9	2
Bad Leonfelden	8	3
Rohrbach-Berg	7,5	4
Feldkirchen an der Donau	7,5	4
Gramastetten	7,5	4
Ottensheim	7,5	4
St. Martin im Mühlkreis	7	5
Engerwitzdorf	6,5	6
Herzogsdorf	6	7
Puchenau	5,5	8
Steyregg	5,5	8
Vorderweißbach	5,5	8
Walding	5,5	8
Aigen-Schlägl	5	9

Alberndorf in der Riedmark	5	9
Altenberg bei Linz	4,5	10
Hellmonsödt	4,5	10
Haslach an der Mühl	4	11
Altenfelden	4	11
Sarleinsbach	3,5	12
Lichtenberg	3,5	12
Ulrichsberg	3	13
Eidenberg	2,5	14
Kirchschlag bei Linz	2,5	14

Tabelle 12: Ergebnis der Nutzwertanalyse zum Makrostandort; Quelle: eigene Darstellung

In der Verräumlichung des Ergebnisses in einer Karte (Abbildung 42) zeigt sich, dass die bestgeeigneten Standorte im südlichen und östlichen Teil der Testregion liegen. Insbesondere Gemeinden um Linz haben einen hohen Nutzwert.

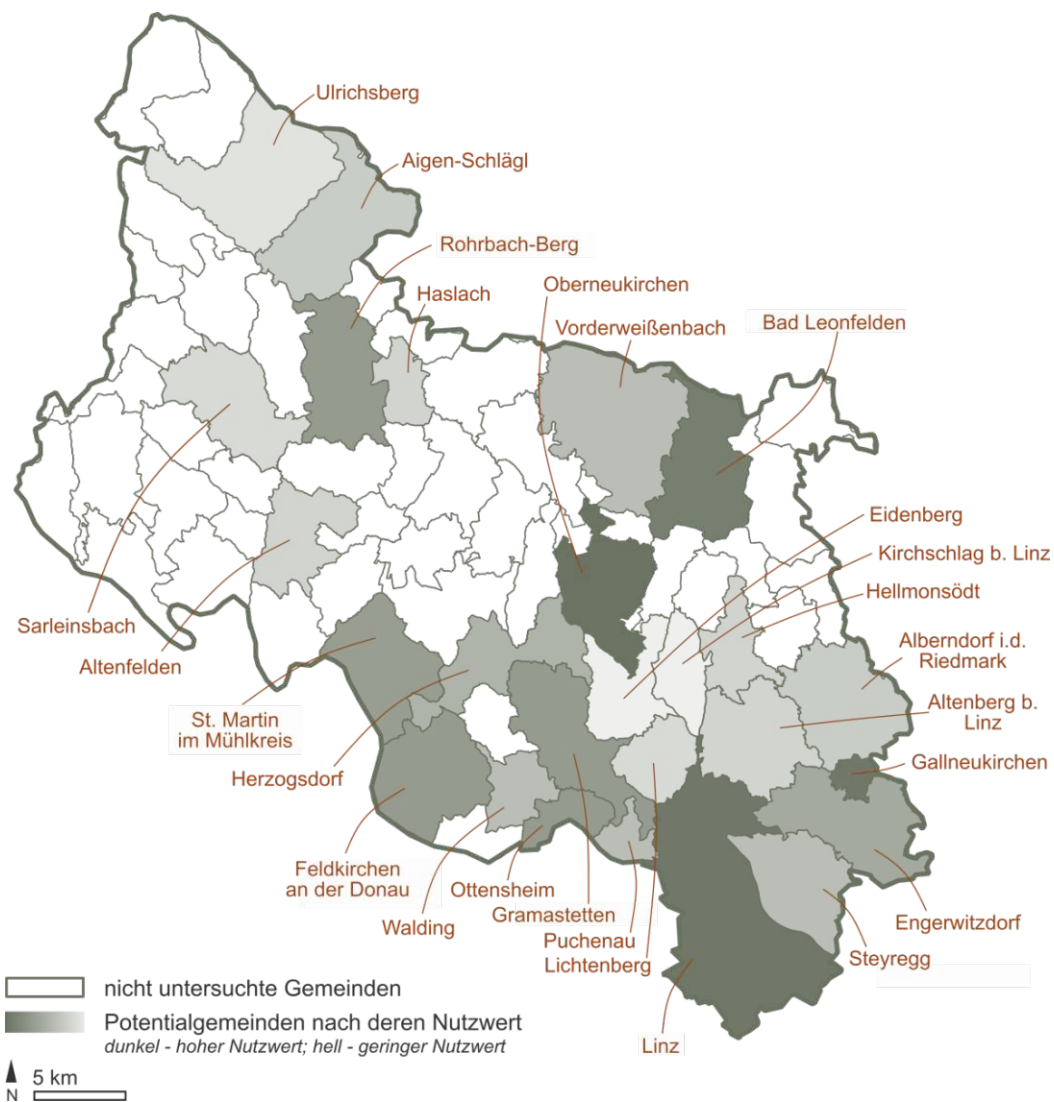


Abbildung 42: Räumliche Darstellung zum Ergebnis der Nutzwertanalyse zum Makrostandort; Quelle: eigene Darstellung

3.5 Nutzwertanalyse zur Entscheidung bei Standortmöglichkeiten einer PVE innerhalb einer Gemeinde - Mikrostandort

Auch das folgende Kapitel steht unter dem Thema der Versorgung der Testregion. Dafür werden mittels einer vereinfachten Nutzwertanalyse Standorte für eine mögliche Gesundheitseinrichtung ermittelt. Dabei wird in Makrostandorte (Gemeinde) und Mikrostandorte (Standort innerhalb der Gemeinde) unterteilt. Anhand dieser bestgeeigneten Standorte werden verschiedene Vision dargestellt, die die Gemeinde nach Etablierung einer PVE abbilden.

Auf Basis der ermittelten Potentialgemeinden für eine Primärversorgungseinheit aus der vorangegangenen Nutzwertanalyse (Kapitel 3.4), werden im weiteren Schritt Flächen innerhalb der Gemeinden für die Eignung einer Primärversorgung geprüft. Die Durchführung der gegenständigen Nutzwertanalyse orientiert sich ebenfalls am empfohlenen Ablauf von Dr. Horst Hanusch (siehe Kapitel 1.5.6).

3.5.1 Methodische Vorbereitung zur Analyse

3.5.1.1 Zieldefinition

Ziel der Nutzwertanalyse ist die Bewertung von Standorten für die Etablierung einer PVE in einer Gemeinde. Die Analyse wird durchgeführt, um die potentiellen Standorte innerhalb der Gemeinde zu vergleichen und anhand eines gewichteten Punktesystems zu bewerten. Dabei soll sich zeigen, wie hoch der Nutzwert einer Primärversorgungseinheit an diesem beispielhaften Standort ist. Es ist nicht Ziel der Analyse, den "perfekten" Standort zu finden, sondern die Vorteile gut geeigneter Standorte gemäß den Zielen der Örtlichen Raumplanung aufzuzeigen. In diesem Zusammenhang sollen auch die relevanten Indikatoren dargestellt werden.

3.5.1.2 Projektabgrenzung und Einschränkungen

Die Nutzwertanalyse wird für mehrere frei gewählte Standorte innerhalb der Testregion durchgeführt. Da zu erwarten ist, dass Standorte mit ähnlichen Eigenschaften auch einen ähnlichen Nutzwert bei einer Primärversorgungseinheit aufweisen, werden Standorte mit möglichst unterschiedlichen Standorteigenschaften gewählt. Hinsichtlich gewählter Indikatoren werden die Ziele der Örtlichen Raumplanung in den Fokus gesetzt und durch gesetzliche Vorgaben ergänzt. Nicht berücksichtigt in der Nutzwertanalyse werden Kosten, ein möglicher zeitlicher Mehraufwand oder andere betriebswirtschaftliche Faktoren.

3.5.1.3 Alternativendefinition

Grundsätzlich stellt jeder Standort in einer Potentialgemeinde (siehe Kapitel 3.4.1.3) eine Alternative in der gegenständigen Nutzwertanalyse dar. Weil die Untersuchung aller Grundstücke in den Potentialgemeinden nicht dem Umfang einer manuell durchgeführten Nutzwertanalyse entspricht, werden als Beispiel die zwei Gemeinden mit der höchsten Anzahl an Punkte der Nutzwertanalyse zum Makrostandort herangezogen. In diesen beiden Gemeinden werden jeweils vier potentielle Standorte, welche möglichst unterschiedliche

Eigenschaften aufweisen, verglichen. In den Abbildung 43 und 44 werden die Standorte vorgestellt.

Oberneukirchen (9,5 Punkte in der Nutzwertanalyse zum Makrostandort):

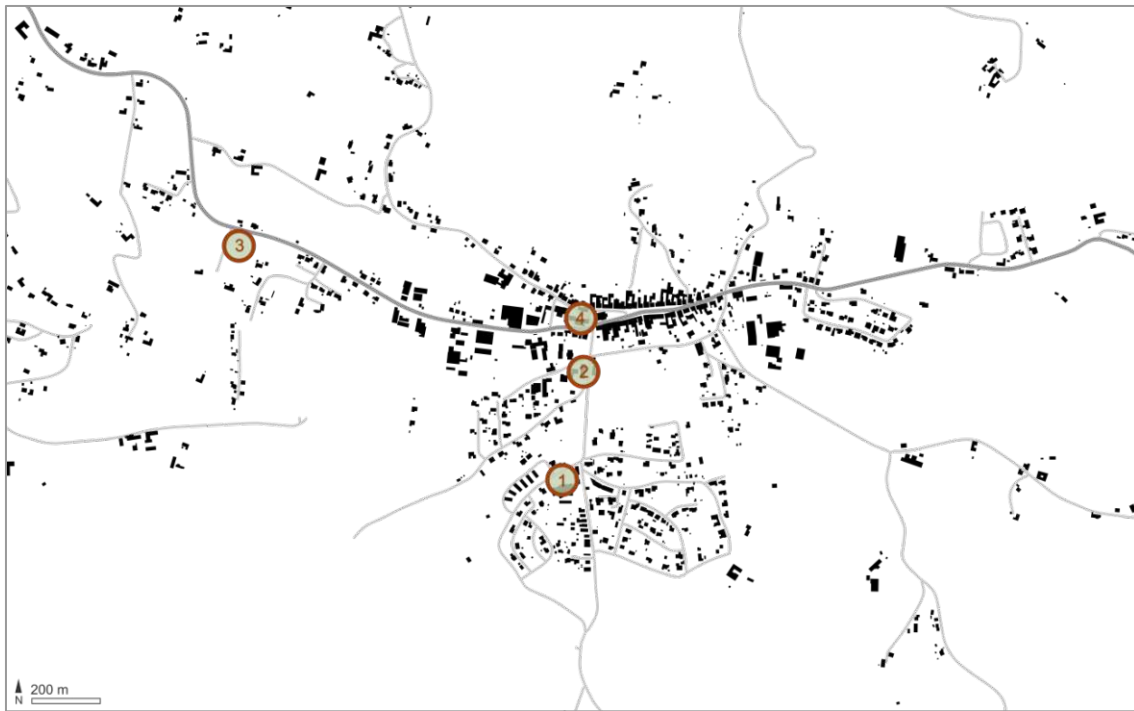
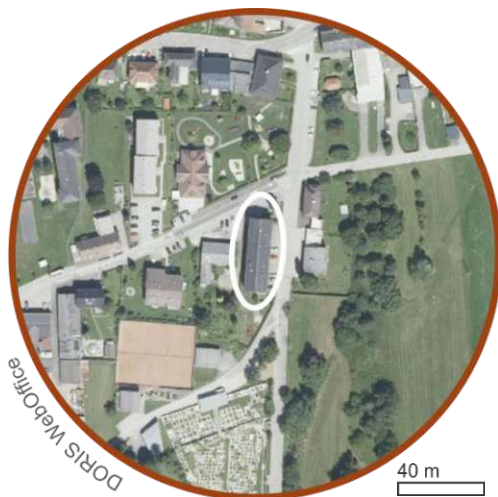


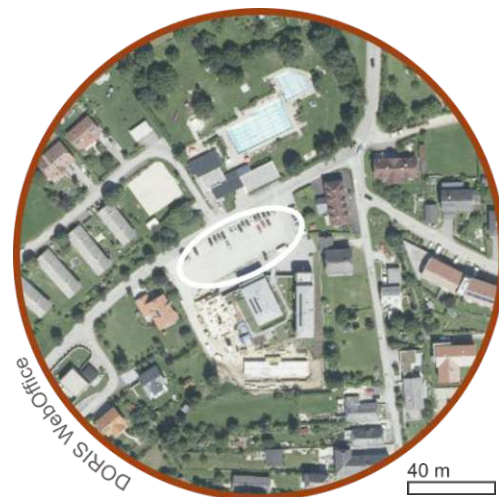
Abbildung 43: Potentielle Standorte der Nutzwertanalyse zum Mikrostandort in Oberneukirchen;
Quelle: eigene Darstellung auf Basis OSM, 2023b

Standort Oberneukirchen 1



Der erste Standort beinhaltet das Gebäude der bestehenden Ordination einer praktizierenden Allgemeinmedizinerin (Stand: August 2023). Der Standort befindet sich nahe dem Ortszentrum in einem Geschosswohnbau.

Standort Oberneukirchen 2

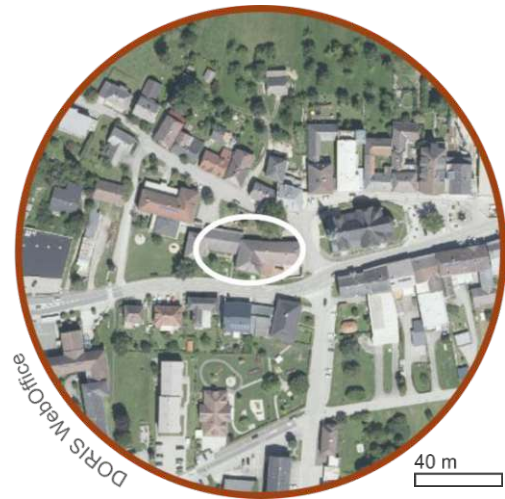


Der zweite Standort stellt ein unbebautes Grundstück (Baulücke) in einer Siedlung mit überwiegend Geschosswohnbau dar. Das Grundstück wird derzeit als Parkplatz genutzt, wobei für eine mögliche PVE ein Teil der Fläche benötigt werden würde.

Standort Oberneukirchen 3



Standort Oberneukirchen 4



Der dritte Standort in Oberneukirchen ist ein unbebautes Grundstück in einer Einfamilienhaussiedlung, die derzeit in Errichtung ist. Die Siedlung befindet sich etwas außerhalb des Ortszentrums in keinem geschlossenen Siedlungsgebiet.

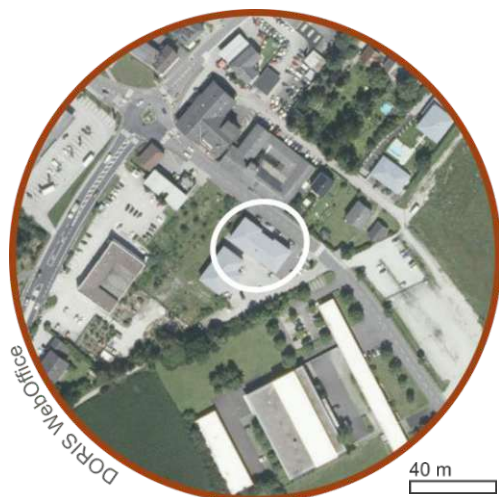
Der vierte Standort befindet sich im direkten Zentrum der Gemeinde am Marktplatz. Der Standort ist eine alte Weberei, wobei in der Analyse angenommen wird, dass das Gebäude zur Nutzung freisteht.

Gallneukirchen (9 Punkte in der Nutzwertanalyse zum Makrostandort):



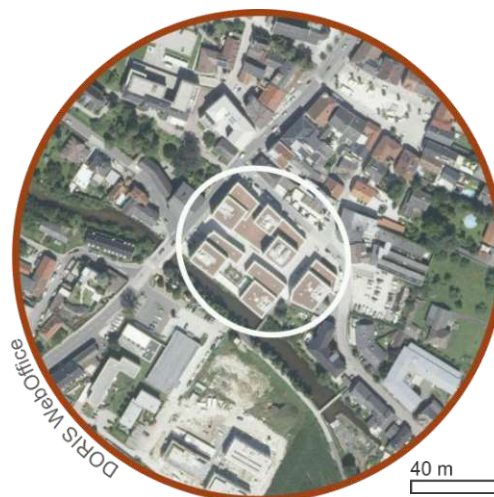
Abbildung 44: Potentielle Standorte der Nutzwertanalyse zum Mikrostandort in Gallneukirchen;
Quelle: eigene Darstellung auf Basis OSM, 2023a

Standort Gallneukirchen 1



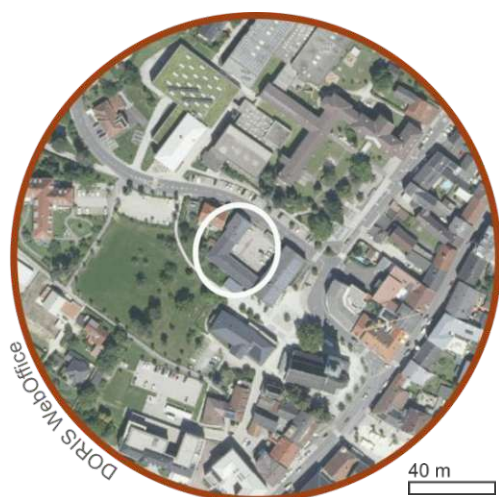
Der erste Standort in Gallneukirchen befindet sich in einem derzeit (Stand: August 2023) genutzten Ärztezentrum. Das Gebäude befindet sich am südlichen Ortsrand der Stadt. In der Analyse wird angenommen, dass das derzeit teils privat, teils kassenärztlich geführte Ärztezentrum in ein PVE geändert wird.

Standort Gallneukirchen 2



Der zweite potentielle Standort befindet sich im Zentrum Gallneukirchens und stellt das neue Stadtquartier "ONE" dar. Das Quartier zeichnet sich durch eine Mischnutzung aus. In der Analyse wird angenommen, dass die derzeit ansässigen Ärzt:innen sich nicht an der PVE beteiligen.

Standort Gallneukirchen 3



Der dritte Standort befindet sich im Zentrum der Stadt im direkten Anschluss an das Rathaus in der "alten Feuerwehrrhalle". Das Gebäude wird laut Stadtgemeinde derzeit als Veranstaltungsräumlichkeit genutzt bzw. diverse andere Nutzungen wie den mobilen Kundenservice der ÖGK. In der Analyse wird angenommen, dass das Gebäude zur Nutzung einer PVE adaptierbar ist.

Standort Gallneukirchen 4



Der vierte Standort in Gallneukirchen befindet sich an der östlichen Stadteinfahrt. Das Grundstück des potentiellen Standortes ist derzeit noch nicht bebaut und befindet sich im Umkreis von Gewerbe- und Handelseinrichtungen.

3.5.1.4 Bestimmung der Indikatoren

Die Standorte, Indikatoren und deren Gewichtung zur Nutzwertanalyse des Mikrostandorts leiten sich aus der Literaturrecherche (gemäß Kapitel 1.5), dem Gründungsprozess einer PVE (Kapitel 2.4), der Nutzwertanalyse zum Makrostandort (Kapitel 3.4.3), den Zielen der Örtlichen Raumplanung (Kapitel 2.2.2) und aus den Leitmotiven des Oö. Landesraumordnungsprogramms 2017 (Kapitel 2.1.1.3) ab. In Abbildung 45 wird die Herleitung der Indikatoren in einem Flussdiagramm dargestellt.



Abbildung 45: Flussdiagramm zum Ablauf der Nutzwertanalyse zum Mikrostandort;
Quelle: eigene Darstellung

Inhaltlich orientieren sich die Indikatoren der Nutzwertanalyse zum Mikrostandort an den Zielen der Örtlichen Raumplanung. Weiters werden die Indikatoren der Nutzwertanalyse vorgestellt und es wird erläutert, warum sie von Relevanz sind. Ergänzend wird je Indikator das Ziel der Örtlichen Raumplanung als Schlüsselbegriff (aus Kapitel 2.2.2.9) angeführt.

Indikator 1: Leerstand/Gebäude zur Verfügung

Wenn ein leerstehendes Gebäude genutzt wird, muss keine neue Fläche bebaut werden. Ebenfalls kann ein Gebäude mit weiteren Nutzer:innen geteilt werden. Nicht genutzte Gebäude und Gebäude mit schlechter Bausubstanz haben eine schlechte Auswirkung auf das Ortsbild.

Ziel → Vermeidung von Versiegelung, Orts- und Landschaftsbild

Indikator 2: Versiegelung

Bei der Versiegelung eines unbebauten Grundstücks kommt es zu einer Reihe von negativen Auswirkungen auf den Boden und das Mikroklima.

Ziel → Vermeidung von Versiegelung, Naturhaushalt

Indikator 3: Baulücke

Durch die Schließung von Baulücken im Ortskern kann die Innenentwicklung im Zentrum gestärkt werden. Ebenfalls kann so das Ortsbild einer geschlossenen Bebauung verbessert werden.

Ziel → Innenentwicklung, Orts- und Landschaftsbild

Indikator 4: Ausbaumöglichkeit

Durch vorausschauende Entscheidungen kann ein zukünftig notwendiger Neubau aufgrund von Platzmangel verhindert werden. So kann möglichst ressourcenschonend agiert und mögliche Konflikte vermieden werden (vgl. Meuser, 2016, S.93).

Ziel → Vermeidung von Versiegelung, Nutzungskonflikte

Indikator 5: Öffentlicher Verkehr

Die Anbindung an den öffentlichen Verkehr ist für medizinische Einrichtungen essentiell. So ist für jeden und jede die Einrichtung erreichbar (vgl. ebd., S.48).

Ziel → soziale Gerechtigkeit

Indikator 6: Abstellanlagen

Um die Erreichbarkeit zu gewährleisten, ist es notwendig, Abstellanlagen für den motorisierten und nichtmotorisierten Verkehr bereitzustellen. Im besten Fall gibt es bestehende Stellplätze, sodass kein zusätzlicher Boden versiegelt wird (vgl. ebd., S.93).

Ziel → Vermeidung von Versiegelung, soziale Gerechtigkeit

Indikator 7: weitere soziale Einrichtungen

Die räumliche Nähe zu weiteren sozialen Einrichtungen, wie Tageszentren, Alten- und Pflegeheimen, betreutes Wohnen etc. fördert die Etablierung einer Primärversorgungseinheit. Befindet sich der Standort im Zentrum, kann auch die Innenentwicklung der Gemeinde gefördert werden (vgl. ebd., S.45).

Ziel → soziale Gerechtigkeit, Innenentwicklung

Indikator 8: Bauliche Barrierefreiheit

Ein barrierefreier Zugang des Gebäudes ist für die Etablierung einer Primärversorgungseinheit unumgänglich und auch gesetzlich festgelegt (vgl. § 31 Abs. 1 Oö. BauTG 2013). Bei bestehenden Gebäuden muss die Möglichkeit zum Umbau gegeben sein.

Ziel → soziale Gerechtigkeit

Indikator 9: Erschließung

Die Erschließung von Gebäuden bzw. unbebauten Grundstücken kann ein beträchtlicher zeitlicher und/oder finanzieller Mehraufwand sein. Dennoch muss eine vollständige Erschließung vorhanden sein, um ein PVE betreiben zu können. Dieser Indikator kann nicht gänzlich ohne eine Detailuntersuchung und Abfrage bei der Gemeinde bestimmt werden, wodurch in der Nutzwertanalyse eine Annahme aufgrund der Lage vorgenommen wird.

Ziel → Es wird kein Ziel abgedeckt.

Indikator 10: Instrumente der Örtlichen Raumplanung

Grundlegend kann gesagt werden, dass, wenn die passenden Vorgaben in den Instrumenten der Örtlichen Raumplanung für den gegenständigen Standort vorhanden sind, eine gute Grundlage für die Umsetzung gegeben ist. So können viele potentielle Konflikte im Vorfeld vermieden werden.

Ziel → Vermeidung von Nutzungskonflikten

Indikator 11: Orts- und Landschaftsbild

Das Gebäude der Primärversorgungseinheit soll hinsichtlich des Ausmaßes, der Architektur und der umgebenden Strukturen in das Orts- und Landschaftsbild passen.

Ziel → Orts- und Landschaftsbild

Indikator 12: Nutzungskonflikt

Neben einer medizinischen Einrichtung können auch andere Nutzungen einen Standort in der Gemeinde suchen. Es kann zu einem möglichen Wettkampf um den Standort kommen. Ebenfalls können durch benachbarte Nutzungen Konflikte entstehen, die es zu vermeiden gilt.

Ziel → Vermeidung von Nutzungskonflikten

Indikator 13: Lärm

Eine medizinische Einrichtung ist sensibel auf Lärm und andere Umwelteinflüsse. Durch stark befahrene Straßen, Bahnstrecken oder Betriebe kann es zu Lärm kommen, der die Gesundheit negativ beeinflusst (vgl. Meuser, 2016, S.93).

Ziel → Vermeidung von Nutzungskonflikten

Indikator 14: Gefahrenzonen

Überlagerungen von Flächen mit Altlasten oder Altablagerungen von Gefahrgütern sowie Zonen von potentiellen Naturgefahren (Hangrutschung, Hochwasser, Lawinen, etc.) sind für eine medizinische Einrichtung zu vermeiden.

Ziel → Vermeidung von Nutzungskonflikten, soziale Gerechtigkeit, Naturhaushalt

Indikator 15: Industrie

Durch Großbetriebe kann es zu einem erhöhten Ausstoß an Emissionen, Lärm aber auch einem erhöhten Verkehrsaufkommen kommen. Medizinische Einrichtungen in der Umgebung dieser zu errichten, ist nicht zielführend (vgl. ebd.).

Ziel → Vermeidung von Nutzungskonflikten

Diese 15 Indikatoren zeigen jene Faktoren auf, die aus Sichtweise der Örtlichen Raumplanung von Relevanz sind. Inwieweit Effekte aus der Wirtschaft (Finanzierung) oder Politik (Interessen der Gemeinde) im endgültigen Nutzwert ebenfalls eine Rolle spielen, kann in der vorliegenden Analyse nicht behandelt werden. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Betreiber:innen der Primärversorgungseinheit maßgeblich den Standort mitentscheiden.

3.5.1.5 Gewichtung der Indikatoren

Die Gewichtung der Indikatoren erfolgt über eine direkte Punktevergabe, wobei sich die Bewertungsskala von jener der Nutzwertanalyse des Makrostandortes unterscheidet. Im Verfahren zum Mikrostandort wird in negative Faktoren (unter null) und positive Faktoren (über null) unterteilt, da es durch Standortentscheidungen auch zu negativen Auswirkungen kommen kann. Je mehr Punkte erreicht werden, desto besser ist der Standort gemäß den Zielen der Raumplanung geeignet.

Die Tabelle 13 zeigt die Gewichtung anhand der Punkte, welche pro Indikator (Nr. 1 - 15) vergeben werden können. Dabei werden die Indikatoren benannt und es wird eine kurze Information zur Bewertungsmethode bzw. Quelle der Grundlage dargestellt. Bei Anführung von mehreren Faktoren innerhalb eines Indikators kann die Punktzahl immer nur einmal vergeben werden.

Nr.	Indikatoren für den Mikrostandort	Punkte
Kriterien gemäß Ziele der Örtlichen Raumplanung		
1	Das vorhandene Gebäude steht leer oder steht aus einem anderen Grund zur Verfügung. <i>Leerstand, Nutzung kann in das Gebäude integriert werden und weitere Nutzung kann bestehen bleiben</i>	+1
2	Durch den gewählten Standort wird eine Fläche neu versiegelt. <i>Neubau, großer Zu- oder Umbau</i>	-1
3	Der Standort ist eine Baulücke (im Zentrum bzw. Inneren des Ortes). <i>Unbebaute Fläche, Brachfläche</i>	+0,5
4	Der Standort bietet die Möglichkeit eines Ausbaus. <i>Unbebaute Flächen im Hintaubereich, am Nachbargrundstück oder auch Möglichkeit von Aufstockung/Umbau bzw. Verdichtung.</i>	+0,5
5	Der Standort befindet sich in der Nähe zum öffentlichen Verkehr. <i>Eine Haltestelle des ÖPNV befindet sich weniger als 200 m entfernt</i>	+1
6	Der Standort verfügt über Abstellanlagen für MIV oder NMIV. Der Standort verfügt über Abstellanlagen für MIV und NMIV. <i>Abstellanlagen befinden sich am Grundstück, ober in unmittelbarer Umgebung, bei unbebauten Grundstücken gibt es genug Fläche für die Integration.</i>	+0,5 +1
7	Der Standort befindet sich in der Nähe zu anderen sozialen Einrichtungen oder Infrastrukturen. <i>Apotheke, Pflegeeinrichtung, etc.</i>	+1
8	Der Standort ist baulich barrierefrei. Der Standort bietet die Möglichkeit die bauliche Barrierefreiheit zu schaffen. <i>Der Zu- und Eingang des Gebäudes ist barrierefrei, bei noch unbebauten Flächen oder beim Umbau kann Barrierefreiheit berücksichtigt werden.</i>	+0,5 +0,5
9	Der Standort ist vollständig erschlossen. Der Standort ist nicht vollständig erschlossen. <i>Öffentliches Straßennetz/Verkehrsanbindung, Energieversorgung, Wasserver- und entsorgung</i>	+0,5 -0,5
10a	Die Fläche verfügt über eine geeignete Festlegung im Bebauungsplan. <i>Die Bestimmung im Bebauungsplan ist für die geplante Nutzung geeignet.</i>	+0,5
10b	Die Fläche verfügt über eine geeignete Festlegung im Flächenwidmungsplan. <i>Die Bestimmung im Flächenwidmungsplan ist für die geplante Nutzung geeignet (Bauland-Wohngebiet, Bauland-Kerngebiet, etc.).</i>	+1
10c	Die Fläche verfügt über eine geeignete Festlegung im Örtlichen Entwicklungskonzept. <i>Die Bestimmung im Örtlichen Entwicklungskonzept ist für die geplante Nutzung geeignet.</i>	+1
11	Das Gebäude der PVE passt in das Orts- und Landschaftsbild. <i>Ausmaß des Gebäudes, umliegende Nutzungen, Architektur</i>	+0,5
12	Der Standort der Primärversorgungseinheit gibt keine Möglichkeit für weitere Nutzungskonflikte. <i>Benachbarte konträre Nutzungen wie Industrie, Intensivtierhaltung, Kläranlage, etc. befinden sich nicht im 100 m Radius</i>	+1
13	Der Standort ist von Lärm betroffen. <i>Bundesstraßen, Flugschneisen, Bahngleise oder lärmintensive Industriebetriebe befinden sich im 100 m Radius</i>	-1
14	Der Standort befindet sich im Bereich von Gefahren. <i>Hochwasser, Hangrutschung, Seveso III, Altlasten, etc. werden überlagert bzw. befinden sich im 100 m Radius</i>	-1
15	Der Standort befindet sich in der Nähe von Industrie/Produktionsstätten. <i>Industriebetrieben/Produktionsstätten befinden sich im 100 m Radius</i>	-1

Tabelle 13: Indikatoren und Gewichtung zur Nutzwertanalyse für den Mikrostandort;
Quelle: eigene Darstellung

3.5.2 Durchführung Nutzwertanalyse

Die Tabelle 14 zeigt die Bewertung der potentiellen Standorte nach den fünfzehn Indikatoren. Dabei gilt, je geringer der Wert, desto weniger eignet sich der Standort für eine Primärversorgungseinheit und je höher, desto besser.

Die möglichen Punkte werden immer dann vergeben, wenn der Indikator zur Gänze erfüllt wird. Wenn der Indikator nicht erfüllt wird oder keine Information diesbezüglich vorhanden ist, gilt er als neutral und es wird kein Punkt vergeben.

Standort	Indikatornummer								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Oberneukirchen 1	1	0	0	0,5	0	1	0	0,5	0,5
Oberneukirchen 2	0	0	0,5	0,5	0	1	0	0,5	-0,5
Oberneukirchen 3	0	-1	0	0,5	0	1	0	0,5	-0,5
Oberneukirchen 4	1	0	0	0,5	1	0,5	1	0	0,5
Gallneukirchen 1	1	0	0	0	1	1	1	0,5	0,5
Gallneukirchen 2	1	0	0	0	1	1	1	0,5	0,5
Gallneukirchen 3	1	0	0	0,5	1	1	1	0,5	0,5
Gallneukirchen 4	0	-1	0	0,5	1	1	0	0,5	-0,5
	10a	10b	10c	11	12	13	14	15	Summe
Oberneukirchen 1	0	0	0	0,5	1	0	0	0	5
Oberneukirchen 2	0	0	0	0,5	1	0	-1	0	2,5
Oberneukirchen 3	0	0	0	0	1	0	0	0	1,5
Oberneukirchen 4	0	1	0	0,5	1	0	0	0	7
Gallneukirchen 1	0	1	1	0,5	0	-1	-1	-1	4,5
Gallneukirchen 2	0	1	1	0,5	1	-1	-1	0	6,5
Gallneukirchen 3	0	1	1	0,5	1	0	0	0	9
Gallneukirchen 4	0	0	0	0	0	-1	0	-1	-0,5

Tabelle 14: Bewertung der potentiellen Standorte - Mikroanalyse; Quelle: eigene Darstellung

Beispiel Standort Oberneukirchen 2:

- 1: Der Standort ist eine unbebaute Fläche die als Parkplatz genutzt wird: +0 Punkte
- 2: Die Fläche ist gänzlich versiegelt: +0 Punkte
- 3: Die Fläche ist derzeit nicht bebaut: +0,5 Punkte
- 4: Der Standort bietet genug Fläche für einen möglichen Ausbau: +0,5 Punkte
- 5: Die nächstgelegene Anbindung an den ÖV ist mit 500 m zu weit entfernt: 0 Punkte
- 6: Abstellanlagen für PKW ist vorhanden und für NMIV leicht integrierbar: +1 Punkt
- 7: Es sind keine sozialen Infrastrukturen im Nahbereich: +0 Punkte
- 8: In einem Neubau kann die räumliche Barrierefreiheit gewährleistet werden: +0,5 Punkte
- 9: Der Standort ist nicht vollständig erschlossen, da kein Bestand gegeben ist -0,5 Punkte
- 10a: Es ist kein Bebauungsplan bekannt: 0 Punkte
- 10b: Die Fläche ist als Verkehrsfläche-Parkplatz gewidmet: 0 Punkte
- 10c: Es ist kein Örtliches Entwicklungskonzept bekannt: 0 Punkte
- 11: In einem Neubau kann das Orts- und Landschaftsbild berücksichtigt werden: 0 Punkte
- 12: Es gibt keine sensiblen bzw. konträren Nutzungen im 100 m Radius: +1 Punkt

- 13: Es sind keine Lärmquellen im 100 m Radius bekannt: 0 Punkt
 14: Der Standort ist gemäß Gefahrenzonenplan in einer gelben Zone Wildbach: -1 Punkt
 15: Es gibt keine Industrieanlagen o. Ä. im 100 m Radius: 0 Punkte
Summe Standort Oberneukirchen 2: 2,5 Punkte

3.5.3 Ergebnisdarstellung

Das Ergebnis der Nutzwertanalyse (Tabelle 15) zeigt, dass die Spannweite des erzielten Nutzwertes in Punkten sehr breit ist. So hat der Standort "Gallneukirchen 3" mit 9 Punkten am meisten Nutzwert und der Standort "Gallneukirchen 4" mit nur -0,5 Punkten den geringsten Nutzwert. Die Spannweite zwischen höchstem und niedrigstem Nutzwert liegt bei 9,5 Punkten.

Standortalternativen	Nutzwert (min. -4,5; max. +10)	Reihung
Gallneukirchen 3	9	1
Oberneukirchen 4	7	2
Gallneukirchen 2	6,5	3
Oberneukirchen 1	5	4
Gallneukirchen 1	4,5	5
Oberneukirchen 2	2,5	6
Oberneukirchen 3	1,5	7
Gallneukirchen 4	-0,5	8

Tabelle 15: Ergebnis der Nutzwertanalyse zum Mikrostandort; Quelle: eigene Darstellung

Die Nutzwertanalyse zur Findung eines Mikrostandortes zeigt, dass es deutliche Unterschiede im Nutzwert der Standorte gemäß den Zielen der Örtlichen Raumplanung gibt. Um Ergebnisse aus der Bewertung der Nutzwertanalyse zu ziehen, müssen Gemeinsamkeiten der geeigneten Standorte gefunden werden. Aus einem Vergleich von acht Alternativen ist diese Auswertung nur begrenzt möglich. Dennoch kann festgestellt werden, dass die Standorte mit den meisten Punkten (Gallneukirchen 1, Oberneukirchen 4, Gallneukirchen 2) im unmittelbaren Ortskern oder Zentrum der Gemeinde liegen. Außerdem handelt es sich bei diesen Standorten um bestehende Gebäude.

3.6 Vision 2035

Anhand von zwei beispielhaften Szenarien soll eine Vision der Gemeinde 10 Jahren nach der Eröffnung einer PVE entstehen. Wie entwickelt sich die Gemeinde? Was passiert mit der Gesundheitsversorgung? Verändern sich bestehende Trends?

Ausgehend von der Nutzwertanalyse zum Mikrostandort sind im abschließenden Kapitel der Analysen der am besten und am schlechtesten geeignete Standort Basis für die Erstellung von Visionen der Gemeinde. Durch die Vision soll ein Bild der Gemeinde und Region geschaffen werden, wie sich diese in 10 Jahren entwickelt, ab Eröffnung einer PVE. Es wird davon ausgegangen, dass die Etablierung der PVE durch ein Expert:innenteam gut geplant ist. Zudem wird angenommen, dass die Gemeinde sich den Trends entsprechend entwickelt und keine besonderen Ereignisse passieren. Ergänzend wird eine Null-Variante durchgeführt.

3.6.1 Vision 1: PVE im Zentrum

Die erste Vision befasst sich mit dem Standort 3 in Gallneukirchen. Dieser Standort hat in der Nutzwertanalyse zum Mikrostandort den höchsten Nutzwert (9 Punkte) im Punktebereich von minimal -4,5 bis maximal 10 Punkten erreicht.

Die Primärversorgungseinheit wird in der ersten Vision in das Gebäude der alten Feuerwehrrhalle im Zentrum der Stadtgemeinde Gallneukirchen integriert (siehe Abbildung 46). Derzeit wird das Gebäude von verschiedenen Akteur:innen genutzt. Zum Beispiel finden in der alten Feuerwehrrhalle Veranstaltungen statt und die Österreichische Gesundheitskasse nutzt Räume zeitweise als Servicestelle (vgl. ÖGK, o.J.b). Im vorderen Bereich des Gebäudekomplexes befindet sich das Rathaus der Stadtgemeinde, das an den Pfarrplatz anschließt.



Abbildung 46: Vision zur Entwicklung einer Primärversorgungseinheit im Ortszentrum von Gallneukirchen;
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Google Maps, 2023

Für die Etablierung einer PVE bedarf es am gewählten Standort eine Adaptierung der Räumlichkeiten. Die bestehenden Nutzungen können durch eine abgestimmte Planung erhalten bleiben, wobei eine neue Aufteilung der Nutzungen anzudenken ist. Die Servicestelle der ÖGK kann sich Flächen mit der PVE teilen. Aufgrund der diversen Nutzungen im

Nahbereich des Gebäudes müssen mögliche (Nutzungs-)Konflikte in der Planung des Projektes berücksichtigt werden. In jedem Fall müssen die bauliche Barrierefreiheit und Abstellmöglichkeiten für PKW und Räder auch nach Umbau gegeben sein. Eine Anbindung an den öffentlichen Verkehr ist in unmittelbarer Umgebung gegeben.

Der bestehende Gebäudekomplex weist eine offene Hoftypologie auf, wodurch die Option entsteht, den Hof in die PVE miteinzubeziehen. Es kann ein einladender Begegnungsort entstehen, der aufgrund der Lage im Hof geschützt ist. Der Hof soll sowohl für Veranstaltungen in der Feuerwehrrhalle, als auch als Begegnungsort für Nutzer:innen der PVE genutzt werden. Eine weitere Entwicklungsmöglichkeit bietet die gewidmete Parkanlage im hinteren Anschluss an das Gebäude. Durch eine Öffnung der zukünftigen PVE zur Parkanlage kann ein hochwertiger Freiraum für Nutzer:innen der PVE entstehen. Die Abbildung 47 zeigt den gewählten Standort in die Umgebung eingegliedert.

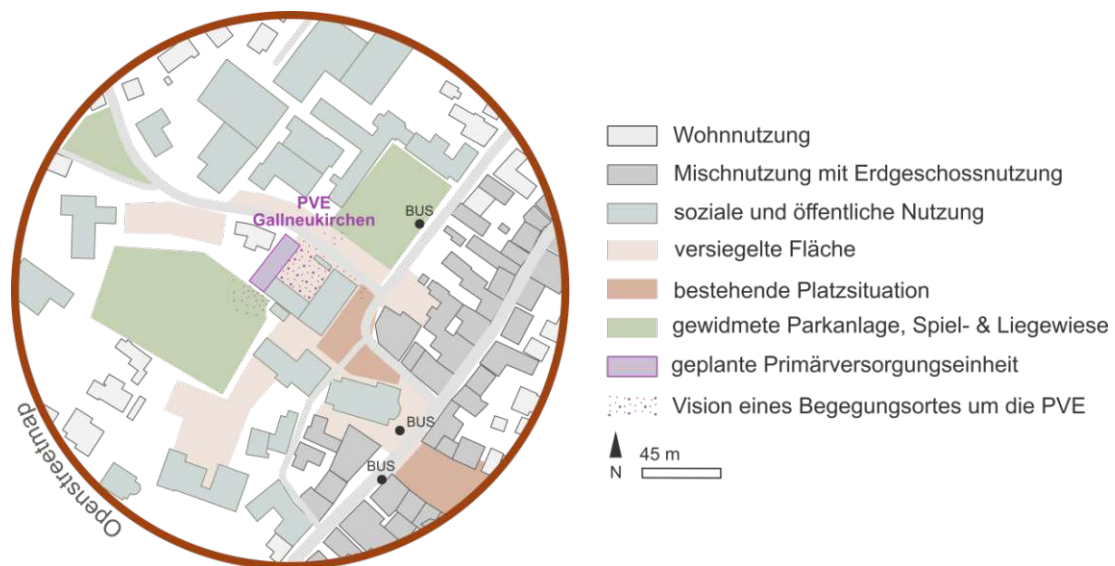


Abbildung 47: Vision zum Umgebungsbereich der Primärversorgungseinheit im Ortszentrum von Gallneukirchen; Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OSM, 2023a

Um einen Einblick in eine mögliche Umsetzung des Umbaus zu bekommen, zeigen die nächsten beiden Abbildungen (47 und 48) Beispiele von Um- und Anbauten im Bestand. Insbesondere die gelungene Wirkung der Hofgestaltung zeichnet die Referenzen aus.



Abbildung 48: (links) Referenzbeispiel einer Neuplanung eines alten Feuerwehrhauses - Stadt Bruchsal; Quelle: architekturbüro ruser + partner mbb, o.J.

Abbildung 49: (rechts) Referenzbeispiel eines Um- und Zubaus eines Weingutes in Siebeldingen; Quelle: Bjørn Kray Iversen, o.J.

Was passiert mit der Gemeinde aufgrund der Standortwahl?

In der Stadtgemeinde Gallneukirchen entsteht gemeinsam mit der PVE ein Zentrum der Begegnung. Der Hof ist ein belebter Ort und Treffpunkt für Einwohner:innen sowie Nutzer:innen der PVE. Die Nähe zu anderen medizinischen Einrichtungen ist für viele Nutzer:innen relevant, wobei insbesondere die Nähe zur Servicestelle der ÖGK, zu Behörden, Pflegeeinrichtungen und andere medizinische Einrichtungen als besonders wichtig benannt werden kann. Im Hof sowie dem anschließenden alten Feuerwehrhaus finden regelmäßig Veranstaltungen statt, an denen sich die PVE beteiligt. Dabei wird ein Fokus auf Veranstaltungen mit Bezug zu Gesundheitsthemen gelegt.

Zusammengefasst verbessert sich die Gesundheitsversorgung der Gemeinde und es entsteht ein hochwertiger Ort im Zentrum der Gemeinde, an welchem die Bevölkerung sich gerne aufhält.

3.6.2 Vision 2: PVE am Siedlungsrand

Die zweite Vision befasst sich mit dem Standort 4 in Gallneukirchen, der einen Nutzwert von -0,5 im Punktebereich von minimal -4,5 bis maximal 10 Punkten erreicht. Der Standort ist jener mit dem geringsten Nutzwert aller untersuchten Varianten (siehe Kapitel 3.5.3).

Da der Standort derzeit ein unbebautes Grundstück ist, ist für die Etablierung einer PVE die Errichtung eines neuen Gebäudes notwendig. Der Standort befindet sich am Stadtrand von Gallneukirchen an der Siedlungsgrenze. Die untersuchte Fläche liegt unmittelbar an einer hochrangigen Straße und einem Kreisverkehr, wodurch der Standort mit dem PKW gut erreichbar ist. Derzeit wird die untersuchte Fläche landwirtschaftlich genutzt und ist auch als solche gewidmet. Die Umgebung ist geprägt durch Gewerbe- und Handelseinrichtungen sowie durch vereinzelte Wohngebäude.

Die Umsetzung in einem Neubau bringt diverse Möglichkeiten mit sich. Da bis auf die landwirtschaftliche Nutzung keine (konfliktreichen) benachbarten Nutzungen vorhanden sind, muss sich die PVE räumlich nicht einschränken und es können auch andere Nutzungen, wie ein Café oder eine Sporthalle, integriert werden. In weiterer Folge kann die PVE auch ohne weiteres vergrößert werden. Außerdem kann eine ansprechende Freifläche für Nutzer:innen der PVE ausgestaltet werden.

Durch die Umsetzung am unbebauten Grundstück am Siedlungsrand ist jedenfalls die Errichtung von eigenen Parkplätzen erforderlich und Abstellmöglichkeiten für Räder zu installieren. Eine Anbindung an den öffentlichen Verkehr ist in unmittelbarer Umgebung gegeben.

Die Abbildung 50 zeigt den gewählten Standort in die Umgebung eingegliedert.



Abbildung 50: Vision zur Entwicklung einer Primärversorgungseinheit am Ortsrand von Gallneukirchen;
Quelle: eigene Darstellung eigene Darstellung auf Basis von OSM, 2023a

Die Abbildung 51 zeigt ein Referenzbeispiel, das ein Beispiel für eine mögliche Umsetzung sein kann. Die neu errichtete Gesundheitseinrichtung Salvida GmbH befindet sich an einer Hauptstraße etwa 2 km außerhalb des Ortskernes der Standortgemeinde Kirchheim in Oberösterreich. Es ist ein Gesundheitszentrum, in welchem Ärzt:innen und Personal aus nichtärztlichen Gesundheitsberufen diverser Fachgebiete tätig sind. Im Gebäude befindet sich zudem ein Café für Patient:innen und Mitarbeitende. (vgl. Salvida GmbH, 2022)



Abbildung 51: Referenzbeispiel des Zentrums für Gesundheit Salvida in Kirchheim in Oberösterreich;
Quelle: Salvida GmbH, o.J.

Was passiert mit der Gemeinde aufgrund der Standortwahl?

Die Errichtung des Gebäudes der PVE verzögert sich aufgrund der noch benötigten Umwidmung der Fläche. In der Errichtung des Neubaus kann der aktuelle Stand der Gebäudetechnik berücksichtigt werden.

Die Lage am Ortsrand ohne weitere Nutzungen im Nahbereich führt dazu, dass Patient:innen für einen Besuch der PVE ausschließlich zum Standort fahren. Um die PVE zu erreichen, sind

Patient:innen sowie Mitarbeiter:innen auf einen PKW angewiesen. So ist der ursprüngliche Wunsch der Entstehung eines Begegnungsortes schwer umsetzbar, da zufällige Begegnungen vor Ort nur eingeschränkt erfolgen. Die Besucher:innen der PVE sind nur für den konkreten Termin im Gebäude.

Das zuvor unbebaute Grundstück der PVE wird durch die Errichtung des Gebäudes und der Stellplätze fast gänzlich versiegelt. Zudem wird eine Freifläche ausgestaltet, die aufgrund der unattraktiven Lage an der Hauptstraße wenig genutzt wird.

Zusammenfassend verbessert sich die Gesundheitsversorgung der Gemeinde. Es entsteht allerdings kein hochwertiger Ort, an dem die Bevölkerung auch gerne Zeit verbringt.

3.6.3 Null-Variante

Ergänzend zu den beiden Visionen wird der Planungsfall der Null-Variante durchgedacht. Die Null-Variante bedeutet, dass keine Primärversorgungseinheit errichtet wird. In Folge bleibt die bestehende Gesundheitsversorgung unverändert, wodurch in der Entwicklung der Gemeinde in 10 Jahren eine Reihe an Risiken entstehen können.

Wenn die bestehende Gesundheitsversorgung in einer Gemeinde unverändert bleibt, bleibt auch der Druck auf dem Personal der bestehenden Gesundheitsversorgung gleich. Unter Umständen kann sich der Druck aufgrund der älter werdenden Bevölkerung oder Zuzug noch verstärken. Das Vorhandensein von Wahlärzt:innen ist ebenfalls für die Sicherstellung der Versorgung relevant, allerdings bedeutet diese Alternative in der Regel höhere Kosten für Patient:innen. Unverändert bleibt auch der fachliche Austausch und die Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und nichtärztlichen Berufsgruppen. Auch das kann bei möglicher Zunahme von chronischen Krankheiten und Multimorbidität ein Risiko darstellen.

Was passiert mit der Gemeinde aufgrund der Standortwahl?

Die Bewohner:innen der Gemeinde sind auch in Zukunft an die eingeschränkten Öffnungszeiten der bestehenden Versorgung gebunden und es müssen weite Wege zwischen den einzelnen Gesundheitsdienstleister:innen zurückgelegt werden. Aufgrund der bestehenden Belastung und den weiteren genannten Risiken der Gesundheitsversorgung entscheiden sich Ärzt:innen für die Niederlegung ihres Vertrags, wodurch sich die Versorgung verschlechtert.

Zusammengefasst kann gesagt werden, es besteht die Gefahr, dass durch das Nichtsetzen von Gegenmaßnahmen existierende negative Entwicklungsrichtungen verstärkt werden.

3.6.4 Ergebnis

Ausgehend von den Visionen zur Etablierung einer PVE können Unterschiede in der Entwicklung der Gesundheitsversorgung einer Gemeinde eruiert werden. Zusätzlich können auch in der Entwicklung des Gemeindelebens Auswirkungen durch Standortentscheidungen erkannt werden.

Der Vergleich der Visionen 1 und 2 zeigt, dass unterschiedliche Herausforderungen durch Standortentscheidungen entstehen können. Aufgrund diverser Nutzungen im Nahbereich

kann es im dichter bebauten Raum zu mehr Konflikten in der Etablierung einer PVE kommen. Eine notwendige Widmungsänderung kann hingegen zu Zeitverzögerungen oder zur generellen Verneinung des Projektes führen. Wirklich relevant für eine qualitative Sicherung der Gesundheitsversorgung ist der langfristige Output nach Umsetzung des Projektes. Hier zeigt sich, dass der beste Standort im Zentrum in einer bestehenden Struktur ist. Der Austausch in der Bevölkerung und die Entstehung eines Wohlfühlortes in der Gemeinde sind die besten Voraussetzungen für ein langfristig qualitativvolles Gemeindeleben und eine optimale Gesundheitsversorgung. Dennoch zeigt sich, dass durch die Etablierung einer PVE, unabhängig vom Standort, die Gesundheitsversorgung der Gemeinde jedenfalls verbessert wird.

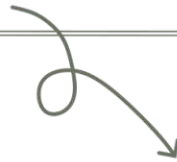
4 Ergebnisdiskussion

Ausgehend aus den Ergebnissen der Analysen und der umfassenden theoretischen Grundlagenforschung werden im folgenden Kapitel die zusammenfassenden Empfehlungen zur Umsetzung dargestellt. Ergänzend wird eine Konzeption für die Empfehlung eines Kooperationsnetzwerkes erstellt.

Ebenfalls geht aus dem Kapitel zur Ergebnisdiskussion die Beantwortung der Forschungsfragen hervor, wobei eine zusammenfassende, auf die konkrete Fragestellung bezogene Beantwortung, im Schlusskapitel erfolgt.

- Qualitative Inhaltsanalyse verbessert die Planungsinstrumente ÖSG 2017 & RSG OÖ
- + Quantitative Prüfung der Planungsrichtwerte erörtert Versorgungslücken
- + SWOT-Analyse bringt allgemeines Verständnis über die Herausforderungen der Region
- + Nutzwertanalysen zur Eruierung der Standortfaktoren
- + Vision zur Abschätzung von Auswirkungen auf das Gemeindeleben

= Grundlage für das Ergebnis



**Handlungsempfehlungen &
Beantwortung der Forschungsfragen**

4.1 Empfehlungen

Damit es zu Verbesserungen im Zusammenwirken von Gesundheitsplanung und Örtlicher Raumplanung kommt, bedarf es Verbesserungen auf beiden Seiten. Empfehlungen dazu werden im Folgenden dargelegt, wobei zuerst die Anpassungen und Empfehlungen an die Gesundheitsplanung und anschließend an die Örtliche Raumplanung gerichtet werden. Ergänzend werden Empfehlungen zum Ausbau von innovativen Versorgungsmodellen, wie den Primärversorgungseinheiten getroffen, welche sich an verschiedene Akteur:innen richten.

4.1.1 Empfehlungen und Anpassungsvorschläge zur Umsetzung in den Instrumenten der Gesundheitsplanung

4.1.1.1 Empfehlung: Allgemeine Zielformulierung

Um die Ziele der Örtlichen Raumplanung in die Gesundheitsplanung zu integrieren, sollten im ÖSG 2017 bzw. RSG OÖ nicht nur Vorgaben zu den einzelnen Abschnitten (Rehabilitation, Organisation, etc.) ergänzt werden, sondern auch eine allgemeine Zielformulierung erfolgen. Diese Zielformulierung sollte für das gesamte Gesundheitssystem gültig sein und themenübergreifend bestehen. Beispielsweise ließe sich dies in das bestehende Kapitel *“2.1.1 Integrative regionale Versorgungsplanung”* in den ÖSG 2017 integrieren.

Gemäß Ergebnis aus der Analyse in Kapitel 3.1.4 soll die allgemeine Zielformulierung folgende Aussagen jedenfalls beinhalten:

- Zentrale Lagen sind zu bevorzugen.
- Genutzte Ressourcen und Bestand sind zu bevorzugen.
- Sozioökonomische Grundlagen sind in der Planung zu berücksichtigen.
- Partizipation von Patient:innen, Akteur:innen der Planung, medizinisches Personal ist unumgänglich.
- Berücksichtigung von öffentlichen Verkehrsmitteln in der Erreichbarkeit.

Insbesondere das Thema der Partizipation soll im Detail aufgenommen werden, wobei hier einerseits die Partizipation von Patient:innen an der Planung und andererseits die Partizipation von medizinischem Personal berücksichtigt werden sollen. Mit Partizipation ist aber auch das Einbeziehen von Akteur:innen innerhalb der Planung zu verstehen, die bisher wenig oder gar nicht in die Planung integriert waren. Das betrifft zum Beispiel die Örtliche Raumplanung.

4.1.1.2 Empfehlung: Anpassung der Themen und Umsetzung der Gesundheitsplanung

In der zugrundeliegenden Analyse (Kapitel 3.1) wurden die Vorgaben aus dem ÖSG 2017 und RSG OÖ mit den Zielen der Örtlichen Raumplanung abgeglichen und der Änderungsbedarf eruiert. Dazu wurden Ideen entwickelt, welche Aspekte in ÖSG 2017 und RSG OÖ ergänzt werden, welche abgeändert und welche sogar herausgenommen werden sollten. Die Vorschläge werden nur aus der Sicht der Örtlichen Raumplanung abgegeben, die kein ganzheitliches Bild abgibt. Für andere Fachgebiete (z.B. Betriebswirtschaft) ergeben sich andere Schwerpunkte.

Die Ergebnisse der Analyse zeigen deutlichen Änderungsbedarf hinsichtlich der Ziele der Örtlichen Raumplanung (siehe Kapitel 2.2.2). Um die Gesundheitsplanung aus Sicht der Örtlichen Raumplanung zielgerichteter zu gestalten, bedarf es einer Kombination an Maßnahmen. Dazu werden im Folgenden in vier Säulen Vorschläge zur Anpassung getroffen, die die wichtigsten Aspekte für verbesserte Planungsinstrumente durch die Berücksichtigung raumplanungsfachlicher Ziele zeigen.



Formale Anpassung des Inhalts

Die Anpassung der Planungsinstrumente ist unerlässlich für die Weiterentwicklung der Gesundheitsplanung. Dabei bilden die Integration raumplanungsfachlicher Themen in den Instrumenten ÖSG 2017 und RSG sowie eine rechtliche Verbindlichkeit die Grundlage dafür. Ausgehend von der Analyse sind die Themen *Verkehr*, *Nutzungskonflikte*, *Partizipation* aber auch *Versiegelung* und *Innenentwicklung* noch unzureichend in den Planungsinstrumenten bedacht.



Netzwerkbildung

Die Bildung des "Kooperationsnetzwerks" stellt die langfristige Integration sicher. Ziel ist es, die richtigen Akteur:innen zueinander zu bringen, zu verknüpfen und anschließend Projekte in gemeinsamer Abstimmung durchzuführen, um dann eine möglichst hohe Erfolgchance zu erreichen.



Sensibilisierung

Eine weitere Notwendigkeit liegt in der Sensibilisierung von Planer:innen. Planer:innen aus der Raum- sowie Gesundheitsplanung müssen über die Auswirkungen durch Planungsentscheidungen Bescheid wissen und diese auch berücksichtigen. Wissen dazu sollte schon in deren Ausbildung integriert werden.



Partizipation

Neben der Partizipation von Planungsmaterien im Kooperationsnetzwerk ist auch die Partizipation von Patient:innen und Angehörigen ein großes Thema. Die Einschätzung und das Wissen über die eigene Gesundheit stärkt diese und trägt so zum Gesundheitssystem bei. Weiters muss auch an die Beteiligung von medizinischem Personal in der Planung gedacht werden, welche essentiell für das Know-How der Umsetzung ist.

Die Darstellung der empfohlenen Maßnahmen zeigt, wie wichtig die gemeinsame Umsetzung ist. Nur durch Kombination der einzelnen Säulen kann das Ziel erreicht werden.

4.1.1.3 Empfehlung: Leitfäden für komplementäre Themen

Aus der Analyse hat sich ergeben, dass nicht alle Themenbereiche der Örtlichen Raumplanung auch inhaltlich in den ÖSG 2017 und RSG OÖ passen. Das sind die Themen **Naturhaushalt**, **Orts- und Landschaftsbild** und **erneuerbare Energien**. Dennoch sind diese Themen für die Umsetzung von Projekten, wie beispielsweise die Errichtung einer PVE, von Relevanz. Für diese Themen gilt die Empfehlung, dass in Abstimmung zwischen Örtlicher Raumplanung und Gesundheitsplanung Leitfäden erstellt werden.

4.1.1.4 Empfehlung: Festlegung von Rahmenbedingungen

Die richtigen Rahmenbedingungen, sowohl strukturell als auch rechtlich, sind für die Umsetzung der Planung essentiell.

Derzeit ist nur ein geringer Teil der Planungsinstrumente ÖSG 2017 und RSG OÖ auch rechtlich verbindlich (siehe Kapitel 2.1.2). Es ist zu empfehlen, möglichst viele bestehende Inhalte verbindlich zu machen und die Inhalte hinsichtlich raumplanungsfachlicher Ziele zu ergänzen.

Eine weitere Rahmenbedingung ist die Festlegung von Vorgaben für die Umsetzung der Planung in der Praxis von Planer:innen der Gesundheitsversorgung. Planer:innen brauchen Leitlinien zur Umsetzung der Planung und müssen hinsichtlich Auswirkungen durch ihre Entscheidungen sensibilisiert werden. Die genannten Aspekte sind angewiesen auf ein funktionierendes Netzwerk für mögliche Kooperationen und Ansprechpartner:innen. Als Vorschlag wird im Kapitel 4.2 ein Konzept für ein Kooperationsnetzwerk entworfen, das als eigenständiger Akteur in der Planung agiert und so als fehlendes Bindeglied fungiert.

4.1.2 Empfehlungen zur weiteren Umsetzung von Primärversorgungseinheiten

Derzeit gibt es eine Reihe an Ansätzen zur Förderung von PVE (siehe Kapitel 2.4.2). Durch positive Synergieeffekte im Betrieb, Rückhalt durch Politik und Verwaltung und finanzielle Förderungen ist die weiterführende Umsetzung von PVE zu empfehlen. Dennoch gibt es einige Bereiche, die aus Sicht der Örtlichen Raumplanung, Bedarf zur Verbesserung aufweisen.

PVE-Potentialgemeinden: Es ist zu empfehlen, Potentialgemeinden für eine mögliche PVE in den RSG der Bundesländer festzulegen. Als Bewertungsgrundlage für die Ausweisung einer Potentialgemeinde kann die Nutzwertanalyse zum Makrostandort aus Kapitel 3.4 angewendet werden. Wenn Gemeinden als Potentialgemeinden definiert sind, soll es ihnen auch politisch und rechtlich erleichtert werden, eine PVE zu etablieren.

Kommunikation an Gemeinden und Ärzt:innen: Wenn Gemeinden besonders gut für eine PVE geeignet sind, gilt es, diese aktiv davon in Kenntnis zu setzen. Das bedeutet, dass einerseits die Bürgermeister:innen, andererseits ansässige Ärzt:innen sowie Personen mit Berufen aus dem Kernteam/ erweiterten Team einer PVE über ihre Möglichkeiten informiert werden. Ergänzend können Informationsveranstaltungen für Interessent:innen angeboten werden. Auch wenn kein konkretes Interesse an einer PVE besteht, kann so ein Anstoß zur Vernetzung entstehen.

Zielsetzung in der Gemeinde: Wenn Gemeinden Interesse an einer PVE haben, ist zu empfehlen, dass diese ihre Ziele genau festlegen. Ein beispielhaftes Ziel kann sein, dass die Gemeinde einen Leerstand revitalisieren möchte. Die Ziele der Gemeinde sollten sich dabei an den Indikatoren aus der Nutzwertanalyse zum Mikrostandort orientieren.

Anknüpfung der Förderung: Die derzeit bestehenden finanziellen Förderungen bei Errichtung einer PVE sollten an die Indikatoren der Nutzwertanalyse zum Mikrostandort, die den Zielen der Raumplanung entsprechen (Kapitel 2.2.2), geknüpft sein. Es sollten

dementsprechend nur PVE-Standorte gefördert werden, die auch aus Sicht der Raumplanung gut geeignet sind.

Sammelstelle für Interessierte: Bei Interesse an einer PVE gibt es derzeit keine einheitliche öffentliche Sammelstelle an Informationen und Ansprechpartner:innen. Das hat dazu geführt, dass auch private "Expert:innen" (z.B. <https://www.xn--primversorgung-3kb.at/>, zuletzt online: 04.09.2023) ihre Beratung zur Gründung einer PVE anbieten. Es ist zu empfehlen, eine öffentliche Einrichtung zu etablieren, die eine unabhängige Beratungsleistung für Interessierte anbietet und auch über alle Informationen verfügt. Die Einrichtung soll als Sammelstelle für Informationen, Möglichkeiten und auch Alternativen fungieren.

Als Beispiel für eine gute Umsetzung kann das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung in Bayern genannt werden. Es ist eine öffentliche Beratungsstelle des *Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege* für Gemeinden zu Fragen der ärztlichen Versorgung (vgl. Geuter et al., 2016). Unter anderem werden eine individuelle Beratung im Sinne der „Hilfe zur Selbsthilfe“, Informationen zu präventiven und zielgerichteten Strategien, Beratung bei Problemen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung oder Hilfe bei der Suche nach Lösungsoptionen angeboten (vgl. Geuter, 2023). Ein ähnliches, unabhängiges System ist durchaus für die Primärversorgung und weiterer Thematiken zur Umsetzung in Österreich zu empfehlen.

Netzwerk vs. Zentrum: In der Errichtung von Primärversorgungseinheiten gibt es die Möglichkeiten der Etablierung eines Netzwerkes mit Ordinationen an mehreren Standorten oder eines Zentrums an einem Standort (siehe Kapitel 2.3.4). Aus Sicht der Raumplanung bieten beide Möglichkeiten Vor- und Nachteile, wobei je Ausgangslage eine klare Empfehlung gilt. Bei Neuerrichtung einer PVE an einem frei wählbaren Standort ist jedenfalls ein Zentrum in einer zentralen Lage zu bevorzugen, da die Vorteile durch Spill-over-Effekte überwiegen. Bei bestehenden räumlich zentral gelegenen Gebäuden und einer funktionierenden Zusammenarbeit ist das Netzwerk zu empfehlen. Zum einen kann so möglichst ressourcenschonend mit Boden umgegangen werden, weil kein Gebäude neu errichtet werden muss, zum anderen ist die Versorgung kleingliedriger und für Patient:innen entstehen kürzere Wege.

4.1.3 Empfehlung zur Umsetzung in der Örtlichen Raumplanung

Gemäß dem Ansatz "Health in all Policies" ist nicht nur die Gesundheitsplanung an die Ziele der Raumplanung anzupassen, sondern auch gegengleich. Nachstehend wird erläutert, welche Maßnahmen zur Umsetzung auf der Seite der Örtlichen Raumplanung getroffen werden sollten. Dabei wird eine Empfehlung direkt an die Gemeinde adressiert und eine an die gesetzliche Verankerung in den Planungsinstrumenten.

4.1.3.1 Empfehlungen an Gemeinden

Die Sicherung der sozialen Infrastrukturen ist Aufgabe der Politik und in Folge auch Aufgabe der Gemeindepolitik. Auf Ebene der Gemeinde liegt die Zuständigkeit beim Bürgermeister bzw. bei der Bürgermeisterin und dem Gemeinderat. Die Gemeinde kann im Bereich der Gesundheitsversorgung auf zwei Ebenen agieren. Einmal auf der Seite der Gesundheitsförderung und einmal auf der Seite der Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Die

Empfehlungen an die Gemeinde betreffen sowohl die Gesundheitsversorgung als auch die Gesundheitsförderung und können in vier Schritte unterteilt werden (siehe Abbildung 52).

Als generelle Voraussetzung im **Schritt 0** muss von Seiten der Gemeinde Interesse an einer verbesserten Gesundheitsversorgung gegeben sein. Ebenso muss der Wille bestehen, auch an der Umsetzung beteiligt zu sein und sich gegebenenfalls zu vernetzen und Expert:innen heranzuziehen. Schritt 0 bringt noch kein Ergebnis mit sich, ist aber notwendig, um den Grundsatzbeschluss zu fassen und Wissen zu generieren.

Im **Schritt 1** wird empfohlen, dass Gemeinden sich in Verfahren der Örtlichen Raumplanung konkret mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzen. Das bedeutet, dass beispielsweise für jede Änderung im Flächenwidmungsplan oder Bebauungsplan das Thema Gesundheit bedacht werden muss. Dabei kann z.B. die Frage gestellt werden, ob die konkrete Widmungsänderung möglicherweise eine positive Auswirkung auf Gesundheit mit sich bringt, weil sie eine aktive Mobilität fördert. Ebenfalls kann im Rahmen von Verfahren eine Fläche für z.B. ein Primärversorgungszentrum in den Instrumenten der Örtlichen Raumplanung vorbehalten werden.

Im **Schritt 2** geht die Empfehlung noch eine Stufe weiter und zielt auf eine aktive Mitgestaltung ab. Es ist Aufgabe der Gemeinde, eine Initiative für Projekte zu ergreifen, um die Gesundheitsversorgung zu stärken. Das beinhaltet beispielsweise die aktive Suche nach Flächen oder Räumlichkeiten für eine Gesundheitseinrichtung. Ebenfalls ist zu empfehlen, wenn die Gemeinde das Ziel hat, eine Primärversorgungseinheit zu etablieren, die Indikatoren (siehe Kapitel 3.5.1.4) für einen geeigneten Standort zu berücksichtigen. Nach Möglichkeit können diese auch als Zielsetzung in das Örtliche Entwicklungskonzept integriert werden.

Im **Schritt 3** geht man davon aus, dass eine PVE vor Etablierung in der Gemeinde steht. Nun gilt es, Kontakt zu den Betreiber:innen aufzunehmen und eine Kommunikationsbasis zu schaffen. Bei Einbindung in die Planung können die Ziele abgeglichen werden und ein geeigneter Standort gefunden werden. Von Seiten der Gemeinde sind jedenfalls die Faktoren einer zentralen Lage sowie ein bestehendes Gebäude zu priorisieren.



Abbildung 52: Überblick über die schrittweise Beteiligung der Gemeinde an einer verbesserten Gesundheitsversorgung der Gemeinde, eigene Darstellung

4.1.3.2 Empfehlungen zur gesetzlichen Verankerung in der Örtlichen Raumplanung

Die Empfehlungen auf Ebene der Gemeinde sind unverbindlich und richten sich an deren Eigeninitiative. Um die Umsetzung der Empfehlungen zu stärken, sollten diese (zum Teil) auch rechtlich für die Örtliche Raumplanung abgesichert werden. Das beinhaltet eine verpflichtende Berücksichtigung des Themas der Gesundheit(-sversorgung) in den Raumordnungsgesetzen. Konkret soll in allen textlichen Festlegungen (Erläuterungsbericht, Planungsbericht) zum Bebauungsplan, Flächenwidmungsplan oder Örtlichen Entwicklungskonzept das Thema Gesundheit behandelt werden. Beispielsweise kann in den Zielen eine ÖEKs festgelegt werden, dass ein Primärversorgungszentrum in der Gemeinde errichtet werden soll.

Im Oö. ROG 1994 ist festgelegt, dass soziale Infrastrukturen in Örtlichen Entwicklungskonzepten (ÖEK) berücksichtigt werden müssen und erhebliche Risiken auf die menschliche Gesundheit in Raumordnungsprogrammen und Verordnungen in einem Umweltbericht behandelt werden müssen (vgl. §13 Abs. 2 Z. 5 Oö. ROG 1994). Diese Festlegungen reichen allerdings nicht aus, um das Thema der Gesundheit gesamtheitlich in die Örtliche Raumplanung mit aufzunehmen. Im Sinne der Gesundheitsförderung sind alle Maßnahmen und Programme relevant, die Menschen unterstützen, ihre Gesundheit zu verbessern. (vgl. BMSGPK, 2023b) Das bedeutet auch, dass beispielsweise die Widmung eines Grüngürtels zwischen Wohngebiet und Straße die Gesundheit fördert, da durch den Grüngürtel unmittelbare Lärm- und Abgasemissionen vermindert werden.

4.2 Konzeption eines Kooperationsnetzwerks

Werden die Empfehlungen an die Gesundheitsplanung, Örtliche Raumplanung und Primärversorgungseinheiten zusammengeführt, kommt man immer zu dem Schluss, dass es eine bessere Zusammenarbeit bzw. Kooperationen in Planungsverfahren und eine Schnittstelle mit Informationen und Ansprechpartner:innen geben muss. Im folgenden Kapitel wird ein Konzept für ein Kooperationsnetzwerk vorgeschlagen, das diese Aspekte aufgreift.

Als ein Netzwerk für den Austausch von Wissen, Möglichkeiten und aktueller Forschung soll ein "Kooperationsnetzwerk" in die Welt gerufen werden. Es soll ein Netzwerk zwischen den Akteur:innen der Planung entstehen, wodurch diese näher zueinander rücken. Thematisch soll sich das Kooperationsnetzwerk mit der Gesundheitsversorgung gemäß dem Ansatz des "Health in all Policies" beschäftigen.

Neben Akteur:innen der Örtlichen Raumplanung und der Gesundheitsplanung sollen auch aus komplementären Bereichen Akteur:innen mitwirken. Das sind unter anderem Akteur:innen aus den Bereichen Verkehrsplanung oder Rechtswissenschaft, aber auch Planung von anderen Einrichtungen der Daseinsvorsorge. Da die Planung der einzelnen Bereiche auf unterschiedlichen Ebenen stattfindet, sind die Akteur:innen im Netzwerk auch auf unterschiedlichen Ebenen vertreten.

4.2.1 Hard Facts zum Netzwerk

Konzept

Das Kooperationsnetzwerk soll als Bindeglied zwischen den Akteur:innen der Planung für Projekte der Gesundheitsplanung fungieren. Zudem soll das Netzwerk Ansprechpartner:innen bereitstellen. Es soll kein Gremium darstellen, in dem politische Aspekte der Themen diskutiert werden, sondern einen rein fachlichen Austausch bieten. Ziel ist es, dass die richtigen Akteur:innen für Projekte miteinander verknüpft werden.

Inhaltlich soll der Fokus des Netzwerkes vorerst auf allen extramuralen Gesundheitseinrichtungen liegen, wobei auf Primärversorgungszentren aufgrund der Relevanz und Aktualität ein besonderes Augenmerk gelegt werden soll. In weiterer Folge kann das Kooperationsnetzwerk auf alle Projekte mit Bezug zur Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung ausgeweitet werden.

Wer Teil vom Netzwerk ist

Das Netzwerk wird in zwei Bereiche geteilt (Abbildung 53). Einerseits gibt es die "Kern-Akteur:innen", die im Bereich der Gesundheit und Raumplanung tätig sind, die dementsprechend der Dreh- und Angelpunkt des Netzwerkes sind. Ihre Aufgabe ist auch die Organisation und Führung des Netzwerkes. Alle anderen Akteur:innen aus ergänzenden Bereichen wie Verkehr, Umwelt etc. fungieren als teilhabende Akteur:innen, die nicht an der Organisation, aber an Veranstaltungen oder Projekten beteiligt sind.

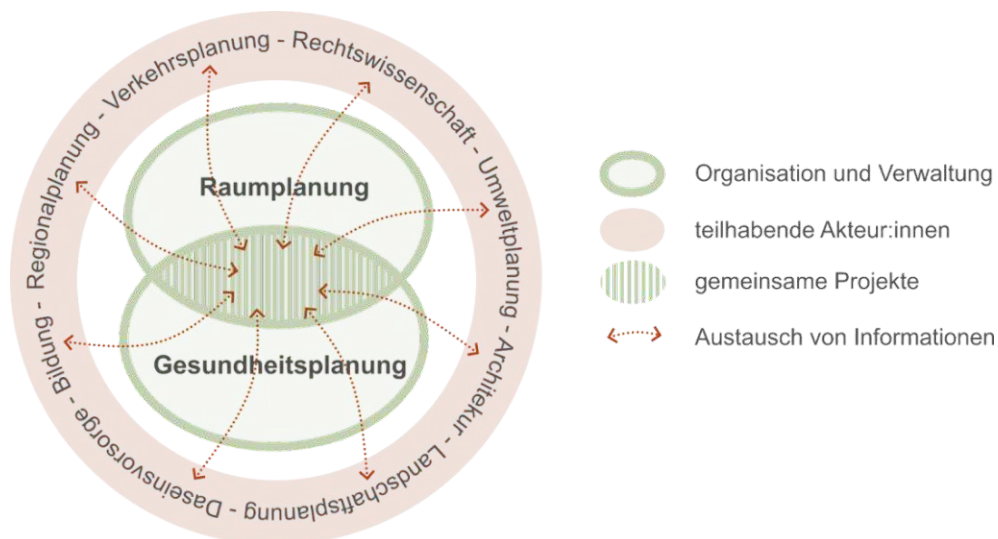


Abbildung 53: Zusammenwirken der Akteur:innen im Netzwerk, Quelle: eigene Darstellung

Organisationsform

Das Kooperationsnetzwerk wird als Verein geführt, dessen Vorstand möglichst aus Akteur:innen der Raumplanung und Gesundheitsplanung, also den "Kern-Akteur:innen", besteht.

Ziel und Aufgabe

Durch das Netzwerk soll eine verbesserte Umsetzung von Projekten erreicht werden, wodurch auch eine langjährige und nachhaltige Erfolgchance von Projekten, wie der Etablierung einer PVE, erhöht wird. Der Zweck des Netzwerkes liegt darin, dass Mitglieder Projekte innerhalb des Netzwerkes abstimmen und Informationen einholen können.

Ausführung

Auf einer Online-Plattform soll es einen Überblick über die zu kontaktierenden Einrichtungen und eine Dokumentationsstelle mit diversen Leitfäden, Behelfen und Studien geben. Dazu soll es Ansprechpartner:innen in einem zentralen Büro und Kommunalbüros geben. Die Kommunalbüros dienen in erster Linie zur Beratung von Gemeinden bei Herausforderungen der künftigen gesundheitlichen Versorgung (siehe Kapitel 4.1.2) und sollen ergänzend auch Teil am Kooperationsnetzwerk haben.

Vorteil durch das Netzwerk

Weil die Raumplanung durch das Kooperationsnetzwerk über aktuelle Vorgaben und Vorhaben der Gesundheitsplanung Bescheid weiß, kann das in Entscheidungen einbezogen werden. Ein Beispiel könnte eine Versorgungslücke in einem medizinischen Fachbereich in einer Stadtregion sein, wofür im Rahmen eines Beteiligungsprozesses für ein Stadtteilzentrum Ideen entwickelt werden können.

Ebenfalls weiß die Gesundheitsplanung durch das Kooperationsnetzwerk über Entwicklungen in Gemeinden Bescheid und kann das in den eigenen Planungen berücksichtigen. Ist zum Beispiel bekannt, dass eine Gemeinde in den nächsten Jahren demografisch stark wachsen wird, kann auf Seiten der Gesundheitsplanung, diesem Wachstum entsprechend, die medizinische Versorgung angepasst werden.

4.2.2 Mögliche Erweiterungen

Gesundheitsförderung

Ein zukünftiger Teil des Netzwerks soll Projekte zur Gesundheitsförderung beinhalten. Zur Gesundheitsförderung in der Stadt- und Raumplanung gibt es schon eine Reihe an Fachliteratur und Forschungsarbeiten. Ebenfalls haben mehrere Städte im deutschsprachigen Raum eigene Leitfäden oder Strategien erarbeitet. Ein Ziel des Kooperationsnetzwerks ist es, diese verstärkt zu vermitteln, zum Einsatz zu bringen und im Anschluss auch auszubauen.

Projekte der Raumplanung

Auch Planungen bzw. Projekte aus der Örtlichen Raumplanung sollen in Zukunft im Kooperationsnetzwerk behandelt werden.

Erstellung "Masterplan Gesundheit"

In gemeinsamer Abstimmung zwischen Gesundheitsplanung und Raumplanung soll als Ergänzung zum ÖSG 2017 oder RSG der Bundesländer der "Masterplan Gesundheit" entstehen. Der Masterplan soll im speziellen Inhalte zur räumlichen Gesundheitsversorgung und Kriterien für Standorte von Gesundheitseinrichtungen beinhalten.

5 Fazit

Im Fazit der Forschungsarbeit wird erneut der Bogen zu den Forschungsfragen gespannt. Im folgenden Kapitel werden die einzelnen Forschungsfragen zusammenfassend beantwortet und ein Blick in die Zukunft auf möglichen weiteren Forschungsbedarf geworfen.

5.1 Erkenntnisse zur Vereinbarkeit von Raumplanung und Gesundheitsplanung

In einem abschließenden Kapitel erfolgt die Zusammenführung der Thesen und Forschungsfragen mit den Ergebnissen und Empfehlungen. Vorab werden die Unterfragen beantwortet und zum Schluss die übergeordnete Forschungsfrage.

Unterfrage 1: Inwieweit lassen sich raumordnungsfachliche Ziele in den Planungsinstrumenten der Gesundheitsplanung wiederfinden?

Die Ziele der Örtlichen Raumplanung werden je Fachgebiet sehr unterschiedlich stark in den Planungsinstrumenten berücksichtigt. Insbesondere die Themen der sozialen Sicherheit und Verkehr werden im Detail in den Instrumenten der Gesundheitsplanung behandelt. Themen wie Innenentwicklung und Partizipation werden hingegen wenig behandelt. Aus den Analysen zeigt sich auch, dass Ziele der Örtlichen Raumplanung nicht nur unzureichend berücksichtigt werden, sondern auch in Widerspruch zu manchen Vorgaben stehen. So kann es aufgrund von Vorgaben der Gesundheitsplanung zu negativen Auswirkungen in der Raumentwicklung kommen.

Auf alle Fälle ergibt sich aus den Ergebnissen der Forschungsarbeit, dass die Ziele der Örtlichen Raumplanung nicht nur mehr, sondern auch zielgerichteter Platz in den Instrumenten der Gesundheitsplanung ÖSG und RSG finden sollen.

Unterfrage 2: Wie können die Planungsinstrumente der Gesundheitsplanung hinsichtlich raumordnungsfachlicher Ziele besser ausgestaltet werden?

Aus der Beantwortung der Unterfrage 1 ergibt sich, dass es Anpassungen in den Instrumenten der Gesundheitsplanung braucht. Insbesondere sind folgende Aspekte zu integrieren:

- Zentrale Lagen sind zu bevorzugen
- Genutzte Ressourcen und Bestand sind zu bevorzugen
- Sicherstellung der Berücksichtigung aller sozioökonomischen Faktoren sowie der gesamten Bevölkerung
- Partizipation von Patient:innen, Akteur:innen der Planung, medizinisches Personal ist unumgänglich
- Berücksichtigung von öffentlichen Verkehrsmitteln in der Erreichbarkeit

Neben der reinen Anpassung der Instrumente bedarf es auch einer verbesserten Umsetzung der Inhalte der Planungsinstrumente. Dafür ist eine enge Zusammenarbeit von Örtlicher Raumplanung und Gesundheitsplanung in Projekten mit Bezug zur Gesundheit notwendig.

Unterfrage 3: Welche Kriterien können aus Sicht der Örtlichen Raumplanung für einen bestmöglichen Standort einer Primärversorgungseinheit eruiert werden?

Bis in einer Gemeinde eine Primärversorgungseinheit entstehen kann, bedarf es mehrerer Schritte, wobei ein besonders wichtiger Schritt die Findung eines geeigneten Standortes ist. Mit dem Hintergrund der Ziele der Örtlichen Raumplanung ergibt sich eine Reihe an Kriterien, anhand welcher einerseits eine geeignete Standortgemeinde und andererseits ein geeignet-

er Standort in einer Gemeinde ermittelt werden können. Zusammengefasst sind das die folgenden Kriterien:

Kriterien für die Standortgemeinde (Makrostandort Kapitel 3.4.1.4):

- Bedarf an weiterer Gesundheitsversorgung (Versorgungslücken)
- Mindestzahl an Einwohner:innen einer Gemeinde
- Bevölkerungsstruktur- und -entwicklung
- Vorhandene soziale und verkehrliche Infrastrukturen

Kriterien für den Standort innerhalb der Gemeinde (Mikrostandort Kapitel 3.5.1.4):

- Zentrale Lagen priorisieren
- Bestandsgebäude und Leerstand priorisieren
- Inhalte der Instrumente der Örtlichen Raumplanung berücksichtigen
- Gute Anbindung an den öffentlichen Verkehr sicherstellen
- Ausschluss von Gefahrenzonen und Nutzungskonflikten muss gegeben sein
- Bauliche Barrierefreiheit gewährleisten

Bei Berücksichtigung dieser Kriterien kann aus Sicht der Raumplanung ein geeigneter Standort ermittelt werden, der auch den Vorgaben der Instrumente der Gesundheitsplanung entspricht. Dennoch muss erwähnt werden, dass zudem andere Faktoren Einfluss auf die Eignung als Makro- oder Mikrostandort haben, die nur indirekt mit der Raumplanung in Zusammenhang stehen. Beispielsweise braucht es Initiator:innen für das Projekt und die Gemeinde muss sich aktiv an der Umsetzung beteiligen, worauf die Raumplanung an sich wenig Einfluss hat. Ebenfalls sind bevorstehende Pensionierungen von bestehenden Gesundheitsdienstleister:innen ein wichtiger Faktor. All diese Faktoren sind nicht in einer Nutzwertanalyse messbar und müssten in weiteren Analysen und in Einzelfallbetrachtung erforscht werden.

Unterfrage 4: Zu welchen Auswirkungen kann es in ländlichen Gemeinden durch Standortentscheidungen von Gesundheitseinrichtungen kommen?

Der Standort einer Gesundheitseinrichtung hat eine maßgebliche Auswirkung auf die Gemeinde und das Gemeindeleben der Bevölkerung. So kann durch eine gute Standortwahl ein hochwertiger Begegnungsort für die Bewohner:innen entstehen, wodurch der langfristige Erhalt der Gesundheitseinrichtung gesichert ist. Ein schlechterer Standort, wie beispielsweise am Ortsrand an einer Hauptstraße, hat hingegen eine negative Auswirkung auf den Ortskern und erhöht das Verkehrsaufkommen für die Bewohner:innen. Unabhängig von der Standortwahl ergibt sich durch die Etablierung einer Gesundheitseinrichtung eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung mit positivem Effekt auf die Bevölkerung.

Inwiefern können Gesundheitsplanung und Örtliche Raumplanung zusammenwirken, um eine verbesserte Gesundheitsversorgung, insbesondere im ländlichen Raum, zu gewährleisten?

Der Schlüssel zur besseren Zusammenarbeit der Gesundheitsplanung und Örtlichen Raumplanung ist das vernetzte und kooperative Arbeiten. Ergänzend gilt, dass sowohl in der Gesundheitsplanung, als auch in der Örtlichen Raumplanung Anpassungen in den Planungsinstrumenten und Vorgaben vorzunehmen sind. Die Umsetzung der Empfehlungen (aus Kapitel 4.1) ist dazu essentiell. Nachfolgend werden die Empfehlungen zusammengefasst:

- Inhalte aus dem ÖSG 2017 und RSG überarbeiten
- Rechtliche Verbindlichkeiten der Planungsinstrumente ausweiten
- Netzwerke zwischen Örtlicher Raumplanung und Gesundheitsplanung bilden
- Primärversorgung weiterhin stärken und evaluieren
- Aktive Beteiligung der Gemeinden
- Gesundheit in den Instrumenten der Örtlichen Raumplanung verankern

Einhergehend mit der zusammenfassenden Beantwortung der Forschungsfragen kann auch der Schluss zu den **Thesen** gezogen werden. Alle im Kapitel 1.3 angeführten Thesen können als bestätigt erachtet werden.

5.2 Blick in die Zukunft

In einem zusammenfassenden Ausblick werden die bestehenden und zukünftigen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung in Erinnerung gebracht und damit einhergehend ein weiterer Forschungsbedarf adressiert.

Folgt man dem Trend der alternden Bevölkerung und dem zunehmenden Fachkräftemangel im medizinischen Bereich, wird die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in Zukunft weiter erschwert. Es liegt an Forschung, Politik und Planung weitere innovative Versorgungsmodelle zu entwickeln und bestehende Systeme zu verbessern. Gleichzeitig muss die Gesundheit in all ihren Determinanten nach dem Ansatz des „Health in all Policies“ gestärkt werden. Gemäß der Entwicklung in der Digitalisierung bedarf es insbesondere in der Telemedizin Forschungsbedarf zur Umsetzung. Hier muss berücksichtigt werden, was Auswirkungen auf den Raum sein können.

Im konkreten Bezug auf die vorliegende Forschungsarbeit ergibt sich die Schlussfolgerung, dass weiterer Forschungsbedarf, insbesondere zu Primärversorgungseinheiten, besteht, denn auch die wirtschaftliche und medizinische Sichtweise muss in die Standortwahl von Gesundheitseinrichtungen miteinbezogen werden. Hinsichtlich der Medizin gibt es hier die Problematik von Datenschutz vs. Wissenschaft. Eine weitere wichtige Forschungsaufgabe der nächsten Jahre ist das Monitoring und die Evaluierung von bestehenden Primärversorgungseinheiten. Auch wenn viele Primärversorgungseinheiten erst wenige Jahre alt sind, gilt es, deren Auswirkungen und Entwicklungen zu beobachten.

Anhang

Abkürzungsverzeichnis

ÄAVE	Ärztlich ambulante Versorgungseinheit
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
ERN	Europäische Referenznetzwerk
FWP	Flächenwidmungsplan
GIS	Geoinformationssystem
MTD	Medizinisch-technische Dienste
ÖEK	Örtliches Entwicklungskonzept
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
Oö. ROG 1994	Landesgesetz vom 6. Oktober 1993 über die Raumordnung im Land Oberösterreich
ÖREK	Österreichisches Raumentwicklungskonzept
ÖROK	Österreichische Raumordnungskonferenz
ORS	Openrouteservice
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
ÖV/ÖPNV	Öffentlicher Verkehr/Öffentlicher Personennahverkehr
PrimVG	Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz)
PV	Primärversorgung
PVE	Primärversorgungseinheit
PVN	Primärversorgungsnetzwerk
PVZ	Primärversorgungszentrum
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse, Quelle: eigene Darstellung	6
Abbildung 2: Raumtypen in Österreich gemäß ÖREK 2030, Quelle: ÖROK, 2021, S. 17.....	14
Abbildung 3: Planungsebenen mit Zuständigkeiten in der Raumplanung, Quelle: eigene Darstellung nach Kanonier und Schindelegger, 2018, S. 64	18
Abbildung 4: Akteur:innen der Planungsebenen in der Örtlichen Raumplanung, Quelle: eigene Darstellung	18
Abbildung 5: Zuständigkeiten im Österreichischen Gesundheitssystem, Quelle: BMSGPK, 2019a, S.8	21
Abbildung 6: Akteur:innen im Gesundheitssystem, Quelle: eigene Darstellung	22
Abbildung 7: Akteur:innen der Gesundheitsplanung, Quelle: eigene Darstellung	23
Abbildung 8: Inhaltliche Vernetzung der Ziele der Gesundheitsplanung und Örtlichen Raumplanung, Quelle: eigene Darstellung.....	34
Abbildung 9: Teamstruktur in einer Primärversorgungseinheit, Quelle: GÖG, o.J.d.....	37
Abbildung 10: Beispielhafte Primärversorgungseinheiten in der Testregion, Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik Austria, 2023a,c	38
Abbildung 11: Orthofoto Linz Domplatz; Quelle: DORIS, 30.07.2023	39
Abbildung 12: Orthofoto Linz Grüne Mitte; Quelle: DORIS, 30.07.2023	40
Abbildung 13: Orthofoto Haslach an der Mühl; Quelle: DORIS, 30.07.2023	41
Abbildung 14: Orthofoto STZ Weidfeld; Quelle: DORIS, 15.09.2023	42
Abbildung 15: Verortung der Testregion in Österreich; Quelle: eigene Darstellung	48
Abbildung 16: Genaue Verortung der Testregion auf Bezirksebene; Quelle: Eigene Darstellung auf Basis Daten der Statistik Austria, 2023b,c	48
Abbildung 17: Spannungsfeld mit strukturellen Grenzen um die Testregion; Quelle: Eigene Darstellung	49
Abbildung 18: Verteilung der Altersstruktur über die Bezirke der Testregion im Jahr 2023, Quelle: Eine Darstellung auf Basis der Statistik Austria, o.J.	50
Abbildung 19: Bevölkerungsprognose in den Bezirken der Testregion und im Vergleich mit Oberösterreich und Österreich, Quelle: Eine Darstellung auf Basis der ÖROK, 2022a.....	51
Abbildung 20: Bevölkerungsprognose der Erwerbstätigen in den Bezirken der Testregion und Fokus auf den Bezirk Urfahr-Umgebung, Quelle: Eine Darstellung auf Basis der ÖROK, 2022a.....	51
Abbildung 21: Entwicklung der Bevölkerung in Altersklassen bis 2050 in der Testregion, Quelle: Eine Darstellung auf Basis der ÖROK, 2022a	52
Abbildung 22: Darstellung des überregionalen Straßennetzes in der Testregion, Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des Amtes der Oö. Landesregierung, 2023b	52
Abbildung 23: Darstellung der Erreichbarkeiten im öffentlichen Verkehr (ÖV) in der Testregion, Quelle: Eigene Darstellung auf Basis ÖROK, 2022b; ÖBB, 2022.....	53

Abbildung 24: Modal-Split auf Bezirksebene und in Oberösterreich-Vergleich 2013/2014, Quelle: Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie, 2016	54
Abbildung 25: Modal-Split auf Bezirksebene 2012, Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, 2014a,b,c	54
Abbildung 26: Pendlerbeziehungen im Laborraum; Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik Austria, 2021	55
Abbildung 27: Darstellung des Dauersiedlungsraumes in der Testregion, Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Statistik Austria, 2023.....	56
Abbildung 28: Erreichbarkeitsanalyse der Notfallversorgung in Spitälern in der Testregion, Quelle: eigene Erhebung, Berechnung mittels ORS.....	72
Abbildung 29: Erreichbarkeitsanalyse der Notfallversorgung in Spitälern in der Testregion + umgebender Grenzraum; Quelle: eigene Erhebung, Berechnung mittels ORS	73
Abbildung 30: Erreichbarkeitsanalyse in der kassenärztlichen allgemeinmedizinischen Versorgung in der Testregion; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung 2022c, 2023a; Berechnung mittels ORS	75
Abbildung 31: Erreichbarkeitsanalyse der gesamten allgemeinmedizinischen Versorgung in der Testregion; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung 2022c, 2023a; Berechnung mittels ORS	75
Abbildung 32: Erreichbarkeitsanalyse in der kassenärztlichen Versorgung in der Kinder- und Jugendheilkunde in der Testregion; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung 2022c, 2023a; Berechnung mittels ORS	76
Abbildung 33: Erreichbarkeitsanalyse der gesamten Versorgung der Kinder- und Jugendheilkunde in der Testregion; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung 2022c, 2023a; Berechnung mittels ORS	76
Abbildung 34: Erreichbarkeitsanalyse in der kassenärztlichen Versorgung in der Inneren Medizin in der Testregion; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung 2022c, 2023a; Berechnung mittels ORS	77
Abbildung 35: Erreichbarkeitsanalyse der gesamten Versorgung der Inneren Medizin in der Testregion; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung 2022c, 2023a; Berechnung mittels ORS	77
Abbildung 36: Erreichbarkeitsanalyse in der kassenärztlichen Versorgung in der Gynäkologie in der Testregion; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung 2022c, 2023a; Berechnung mittels ORS ..	78
Abbildung 37: Erreichbarkeitsanalyse der gesamten Versorgung der Gynäkologie in der Testregion; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung 2022c, 2023a; Berechnung mittels ORS	78
Abbildung 38: Erreichbarkeit im öffentlichen Verkehr und Zentralität der Allgemeinmediziner:innen, Quelle: Amt der Oö. Landesregierung 2022b, 2023a	79
Abbildung 39: SWOT-Analyse zur Testregion mit Fokus auf die Bevölkerung und Gesundheitsversorgung im Hinblick auf eine mögliche Primärversorgungseinheit, Quelle: eigene Darstellung	83
Abbildung 40: Potentialgemeinden (> 2.000 Einwohner:innen) in der Testregion; Quelle: eigene Darstellung	85
Abbildung 41: Flussdiagramm zum Ablauf der Nutzwertanalyse zum Makrostandort; Quelle: eigene Darstellung	85

Abbildung 42: Räumliche Darstellung zum Ergebnis der Nutzwertanalyse zum Makrostandort; Quelle: eigene Darstellung	92
Abbildung 43: Potentielle Standorte der Nutzwertanalyse zum Mikrostandort in Oberneukirchen; Quelle: eigene Darstellung auf Basis OSM, 2023b	94
Abbildung 44: Potentielle Standorte der Nutzwertanalyse zum Mikrostandort in Gallneukirchen; Quelle: eigene Darstellung auf Basis OSM, 2023a	95
Abbildung 45: Flussdiagramm zum Ablauf der Nutzwertanalyse zum Mikrostandort; Quelle: eigene Darstellung	97
Abbildung 46: Vision zur Entwicklung einer Primärversorgungseinheit im Ortszentrum von Gallneukirchen; Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Google Maps, 2023	103
Abbildung 47: Vision zum Umgebungsbereich der Primärversorgungseinheit im Ortszentrum von Gallneukirchen; Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OSM, 2023a	104
Abbildung 48: (links) Referenzbeispiel einer Neuplanung eines alten Feuerwehrhauses - Stadt Bruchsal; Quelle: architekturbüro ruser + partner mbb, o.J.	104
Abbildung 49: (rechts) Referenzbeispiel eines Um- und Zubaus eines Weingutes in Siebeldingen; Quelle: Bjørn Kray Iversen, o.J.	104
Abbildung 50: Vision zur Entwicklung einer Primärversorgungseinheit am Ortsrand von Gallneukirchen; Quelle: eigene Darstellung eigene Darstellung auf Basis von OSM, 2023a	106
Abbildung 51: Referenzbeispiel des Zentrums für Gesundheit Salvida in Kirchheim in Oberösterreich; Quelle: Salvida GmbH, o.J.	106
Abbildung 52: Überblick über die schrittweise Beteiligung der Gemeinde an einer verbesserten Gesundheitsversorgung der Gemeinde, eigene Darstellung	114
Abbildung 53: Zusammenwirken der Akteur:innen im Netzwerk, Quelle: eigene Darstellung	116

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über die Kompetenzverteilung gemäß Bundes-Verfassungsgesetz mit Bezug zur Gesundheitsversorgung, Quelle: eigene Zusammenfassung nach dem B-VG.....	20
Tabelle 2: Ausschnitt aus der Steuerung über strategische und operative Ziele – Übersicht Ziele und Messgrößen im Zielsteuerungsvertrag; Quelle: Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung-Gesundheit	28
Tabelle 3: Überblick über die Fördermöglichkeiten einer PVE durch den EU-Aufbauplan, Quelle: GÖG, o.J.e	38
Tabelle 4: Bevölkerungsentwicklung in der Testregion in den letzten 20 Jahren; Quelle: Statistik Austria, o.J.....	50
Tabelle 5: Kodierleitfaden zur Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse, Quelle: eigene Erstellung	60
Tabelle 6: Quantitative Auswertung zur Kodierung der Inhaltsanalyse, Quelle: eigene Erstellung	64
Tabelle 7: Qualitative Analyse zur Inhaltsanalyse, Quelle: eigene Darstellung	69
Tabelle 8: Prüfung der Versorgungsdichte gemäß ÖSG 2017; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, 2022c; Landes Zahnärztekammer OÖ, 2023; BMSGPK, 2022b, S.38	80

Tabelle 9: Prüfung der Versorgung gemäß RSG OÖ; Quelle: Amt der Oö. Landesregierung, 2022c; Landes Zahnärztekammer OÖ, 2023; Amt der Oö. Landesregierung, ÖGK 2022, S.80.....	81
Tabelle 10: Indikatoren und Gewichtung zur Nutzwertanalyse für den Makrostandort; Quelle: eigene Darstellung.....	89
Tabelle 11: Bewertung der Potentialgemeinden - Makrostandort; Quelle: eigene Darstellung.....	90
Tabelle 12: Ergebnis der Nutzwertanalyse zum Makrostandort; Quelle: eigene Darstellung	92
Tabelle 13: Indikatoren und Gewichtung zur Nutzwertanalyse für den Mikrostandort; Quelle: eigene Darstellung.....	100
Tabelle 14: Bewertung der potentiellen Standorte - Mikroanalyse; Quelle: eigene Darstellung .	101
Tabelle 15: Ergebnis der Nutzwertanalyse zum Mikrostandort; Quelle: eigene Darstellung	102

Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

- Albrecht A., Mayerhofer B. (2021): Umsetzung von mitarbeiterorientierten Arbeitszeitmodellen im Krankenhaus – ein Erfahrungsbericht. In: In: Pundt P., Rosentreter M. (Hrsg.) Pflege dynamisch vorwärtsgerichtet – Aktuelle Tendenzen. APOLLON University Press, Bremen, S. 135-149.
- Amt der Oö. Landesregierung (2014a): Das Mobilitätsverhalten der Wohnbevölkerung und das Verkehrsaufkommen im Bezirk Rohrbach. Linz.
- Amt der Oö. Landesregierung (2014b): Das Mobilitätsverhalten der Wohnbevölkerung und das Verkehrsaufkommen im Bezirk Urfahr-Umgebung. Linz.
- Amt der Oö. Landesregierung (2014c): Das Mobilitätsverhalten der Wohnbevölkerung und das Verkehrsaufkommen in Landeshauptstadt Linz. Linz.
- Amt der Oö. Landesregierung (2016): LANDESRAUMORDNUNGSPROGRAMM OBERÖSTERREICH LAROP neu. Motivenbericht. Linz-Wien.
- Amt der Oö. Landesregierung (2022a): RICHTLINIE. Konzeptentwicklung zur Aktivierung von Leerstand, Nachnutzung von Gebäudebrachen, Entwicklung von Orts- und Stadtkernen. online: https://www.land-oberoesterreich.gv.at/Mediendateien/Formulare/Dokumente%20LWLD%20Abt_RO/LWLD_RO_E12_Richtlinie_20221118_Konzeptentwicklung_Leerstand.pdf (16.09.2023).
- Amt der Oö. Landesregierung (o.J.a): Bebauungsplan. online: <https://www.land-oberoesterreich.gv.at/60039.htm> (29.07.2023).
- Amt der Oö. Landesregierung (o.J.b): Flächenwidmungsplan mit Örtlichem Entwicklungskonzept. online: <https://www.land-oberoesterreich.gv.at/60040.htm> (15.09.2023).
- Amt der Oö. Landesregierung (o.J.c.): Raumordnung. online: <https://www.land-oberoesterreich.gv.at/23986.htm> (15.09.2023).
- Amt der Oö. Landesregierung, Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) (2022): GESUNDHEIT OÖ 2025. 2. Regionaler Strukturplan Gesundheit OÖ 2025. online: [https://www.land-oberoesterreich.gv.at/Mediendateien/Formulare/Dokumente%20SGD%20Abt_Ges/Ges_2.%20Regionaler%20Strukturplan%20Gesundheit%20Ober%c3%b6sterreich%20\(RSG%20O%c3%96\)%202025.pdf](https://www.land-oberoesterreich.gv.at/Mediendateien/Formulare/Dokumente%20SGD%20Abt_Ges/Ges_2.%20Regionaler%20Strukturplan%20Gesundheit%20Ober%c3%b6sterreich%20(RSG%20O%c3%96)%202025.pdf) (20.08.2023).
- Arbeitsgruppe Gesundheitsfördernde Gemeinde- und Stadtentwicklung (AGGSE) (2020): Empfehlungen für eine gesundheitsfördernde und nachhaltige Stadtentwicklung. Berlin. online: https://difu.de/sites/difu.de/files/archiv/projekte/aggse_thesen_2020-03-09.pdf (15.09.2023).

architekturbüro ruser + partner mbb (o.J.): Abbildung. https://ruserundpartner.de/wp-content/uploads/2021/04/3_Gesamtensemble-e1619699403991.jpg (07.09.2023).

Ärztchamber für Oberösterreich (o.J.): Ärztekammer für Oberösterreich. online: <https://www.aekooe.at/ihre-kammer/leitbild> (18.08.2023).

Auschra C., Deisner J., Berghöfer A., Sydow J. (2018): Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlich geprägten Regionen: Neue Organisationsmodelle und Maßnahmen. Projektbericht in Herausgeberschaft der Stiftung Münch. Berlin 2018.

Autobahnen- und Schnellstraßen-Finanzierungs-Aktiengesellschaft (ASFINAG) (o.J.): A 26 Linzer Autobahn. Knoten Linz Hummelhof (A 7) - Anschlussstelle Donau Nord. online: <https://www.asfinag.at/bauen-erhalten/bauprojekte/a-26-linzer-autobahn-knoten-linz-hummelhof-a-7-anschlussstelle-donau-nord/> (16.09.2023).

Bauer N., Martens D. (2010): Die Bedeutung der Landschaft für die menschliche Gesundheit – Ergebnisse neuester Untersuchungen der WSL. In: Forum für Wissen. S. 43–51. online: https://www.dora.lib4ri.ch/wsl/islandora/object/wsl%3A13787/datastream/PDF/Bauer-2010-Die_Bedeutung_der_Landschaft_f%C3%BCr-%28published_version%29.pdf (15.09.2023).

Beigewum (2021): Gesundheitspolitik zw Ungleichheit und Solidarität, Kurswechsel, Heft 1/2021, S. 20–30. online: https://www.armutskonferenz.at/media/schenk_gesundheitsversorgung_armutsbetroffene_2021.pdf (15.09.2023).

Bjørn Kray Iversen (o.J.): Abbildung. https://www.diearchitekten.org/fileadmin/_processed_/3/c/csm_8620_A.Knoll_1_8770_1a7b25b4cb.jpg (07.09.2023).

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Statistik Austria (2020): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019. online: https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Soziodemographische_und_soziooekonomische_Determinanten_von_Gesundheit_2019.pdf (15.09.2023).

BMSGPK (2016): Krank: Vorsicht beim Autofahren!. online: <https://www.gesundheit.gv.at/news/aktuelles/archiv-2016/medikamente-kfv.html> (09.09.2023).

BMSGPK (2017a): 10 ZIELE FÜR EINE GESUNDHEITSFÖRDERLICHE GESAMTPOLITIK. online: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/10-ziele/> (04.04.2023).

BMSGPK (2017b): Gesundheitsziele Österreich Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Kurzfassung.

BMSGPK (2019a): Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen – Daten – Fakten.

BMSGPK (2019b): FAQ – Behandlung im EU-Ausland. online: <https://www.gesundheit.gv.at/service/kontaktstelle-patientenmobilitaet/patientenrechte/faq-behandlung-eu-ausland.html> (20.09.2023).

BMSGPK (2020): Die Bundesgesundheitsagentur. online: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Institutionen/Die-Bundesgesundheitsagentur.html> (18.08.2023).

BMSGPK (2022a): Die Landesgesundheitsfonds. online: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Institutionen/Die-Landesgesundheitsfonds.html> (18.08.2023).

BMSGPK (2022b): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017. Wien.

BMSGPK (2022c): Strukturreform Sozialversicherung. online: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Sozialversicherung/Strukturreform-Sozialversicherung.html> (09.09.2023).

BMSGPK (2022d): Gründungsförderung PVE Förderungsrichtlinie für den österreichischen Aufbau- und Resilienzplan gemäß VO 2021/241. Sonderrichtlinie.

- BMSGPK (2023a): Ausbau der Primärversorgung. online: <https://www.gesundheit.gv.at/news/aktuelles/aktuell-2023/neuerungen-pve.html> (02.08.2023).
- BMSGPK (2023b): Gesundheitsförderung. online: <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/G/gesundheitsfoerderung.html> (03.09.2023).
- BMSGPK (2023c): Handbuch zur Gründung einer PVE. online: <https://primaerversorgung.gv.at/sites/default/files/2023-08/Gr%C3%BCndungshandbuch%202.0.pdf> (20.09.2023).
- BMSGPK (2023d): Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung. online: [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html) (09.09.2023).
- BMSGPK (o.J.a): Internationaler Hintergrund. online: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/internationaler-hintergrund/> (04.08.2023).
- BMSGPK (o.J.b): Primärversorgung. online: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitspolitik.html> (30.07.2023).
- Briselat T., Malewski S. (2016): Literaturrecherche. online: <https://fis.uni-bamberg.de/server/api/core/bitstreams/2b5b8ed5-0a06-461b-9f8d-a3f3d859d8f6/content> (16.07.2023).
- Bundeskanzleramt Österreich (2023a): Primärversorgung: Gesetzesnovelle in Kraft getreten. online: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/eu-aufbauplan/aktuelles/primaerversorgung-gesetzesnovelle-in-kraft-getreten.html> (15.09.2023).
- Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie (BMK) (2016): Österreich unterwegs 2013/2014. Ergebnisbericht zur österreichweiten Mobilitätserhebung „Österreich unterwegs 2013/2014“. Wien
- Busch A., Krückendorf F. (2021): Primärversorgung, Gesundheitsförderung in der Stadt, Public Health. Projekte, Zentren, Netzwerke, Leitideen. Studentische Arbeit. TU Wien.
- Büttner M., Voigt J. (2015): Theoretische Grundlagen für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit. IFK e.V. Universität Potsdam. online: <https://www.stiftung-toleranz.de/wp-content/uploads/2016/08/Flick-Stiftung-Netzwerke-end.pdf> (03.08.2023).
- Claßen T., Bunz M. (2018): Einfluss von Naturräumen auf die Gesundheit – Evidenzlage und Konsequenzen für Wissenschaft und Praxis. Bundesgesundheitsblatt 61, online: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-018-2744-9#citeas> (10.07.2023).
- Czypionka T., Kraus M., Riedel M., Sigl C. (2012) Aufgabenorientierung im österreichischen Gesundheitswesen. Institute for Advanced Studies.
- Dachverband der Sozialversicherungsträger (2020): Gesamtverträge. online: https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007_846063&portal=svportal (25.09.2023).
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2021): Gesundheitsversorgung älterer Menschen verbessern. online: <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/aktuelles/detail/gesundheitsversorgung-aelterer-menschen-verbessern> (10.07.2023).
- EPIG GmbH (o.J.): Über uns. online: <https://epig.at/ueber-uns> (18.08.2023).
- Europäische Kommission (2019): Vorlage für nationale Kontaktstellen. für die gute Bereitstellung von Informationen für Gesundheitsdienstleister im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. online: https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-12/2019_ncptoolbox_ncp_manualncp_de_0.pdf (20.09.2023).
- Europäische Kommission (o.J.): Tätigkeiten der ERNs. online: https://health.ec.europa.eu/european-reference-networks/work-erns_de (20.09.2023).

Fonds Gesundes Österreich (2017): Health in all Policies in der Praxis der Gesundheitsförderung. Satellitenveranstaltung - Jugendhilfe trifft Gesundheitsförderung. online: <https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2017-10/2017-08-25%202.pdf> (03.08.2023).

Fonds Gesundes Österreich (2020): GES.UND. online: https://oepgk.at/proges_gesund/ (30.08.2023).

Fonds Gesundes Österreich (o.J.): Gesundheitsförderung, online: <https://fgoe.org/glossar/gesundheitsfoerderung> (12.10.2021).

Gahleitner M. (2022): Gemeinden werden gemeinsam für lebendige Ortszentren aktiv. online: <https://www.tips.at/nachrichten/rohrbach/land-leute/585030-gemeinden-werden-gemeinsam-fuer-lebendige-ortszentren-aktiv> (16.09.2023).

Geschäftsstelle der österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK) (2021): Österreichisches Raumentwicklungskonzept ÖREK 2030 kompakt - Raum für Wandel Beschluss der Österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK) 20. Oktober 2021.

Geuter G., Ewert T., Deiters T., Holleder A. (2016): Optimierung der kommunalen Gesundheitsversorgung: Erste Erfahrungen des Kommunalbüros für ärztliche Versorgung des Landes Bayern. In: Gesundheitswesen 2017. S. 28-34. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart.

Geuter G., Legler O. (2023): Kommunalbüro für ärztliche Versorgung. online: https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/aerztliche_versorgung/index.htm (04.09.2023).

Gfeller Consulting NWS AG (2020): Gesundheitssystem Schweiz erklärt. online: <https://www.praktischerarzt.ch/magazin/gesundheitsystem-schweiz/> (03.08.2023).

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) (2019): Das Gesundheitswesen im Überblick. online: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/gesundheitsystem.html> (18.08.2023).

GÖG (2023a): Entwicklungen in der Primärversorgung. online: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/primaerversorgung/entwicklungen.html> (30.07.2023).

GÖG (2023b): RSG - Monitoring per 31.12.2022. online: <https://goeg.at/sites/goeg.at/files/RSG%20Monitoring%20Kurzfassung%202023.pdf> (30.08.2023).

GÖG (o.J.a): Auswahlverfahren & Ausschreibungen, online: <https://primaerversorgung.gv.at/aktuelle-ausschreibungen> (20.09.2023).

GÖG (o.J.b): Welche Rechtsformen eignen sich für eine PVE?. online: <https://primaerversorgung.gv.at/haeufige-fragen-antworten> (21.08.2023).

GÖG (o.J.c): 10 Schritte zur Gründung einer PVE. online: <https://primaerversorgung.gv.at/10-schritte-zur-gruendung-einer-pve> (15.09.2023).

GÖG (o.J.d): Das Team einer PVE. online: <https://primaerversorgung.gv.at/arbeiten-im-team> (19.09.2023).

GÖG (o.J.e): Förderungen. online: <https://primaerversorgung.gv.at/foerderungen> (19.09.2023).

GÖG (o.J.f): Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG). online: <https://goeg.at/OESG> (20.08.2023).

Haas H., Neumair S., Schlesinger D. (2018): Standortwahl. Gabler Wirtschaftslexikon. online: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/standortwahl-42973/version-266310> (30.08.2023).

Hanusch H. (2011): Nutzen-Kosten-Analyse, 3. Auflage, Verlag Franz Vahlen GmbH, München.

Hartmann T. (2018) : Ethik in der Raumplanung, In: ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.): Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung, ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Hannover, S. 571-575.

Hausärzte am Domplatz - Dr. Einwagner, Dr. Forstner, Dr. Nenning, Dr. Schimmerl - Primärversorgungszentrum OG (o.J.): Team. online: <https://www.hausaerzte-domplatz.at/team> (20.09.2023).

Hausarztmedizin Plus Dr. Peinbauer Dr. Rebhandl Dr. Zogholy Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin OG (o.J.): Unser Team. online: <https://www.hausarztmedizinplus.at/about/> (20.09.2023).

HeiGIT gGmbH (o.J.a): Country-specific Speeds. online: <https://giscience.github.io/openrouteservice/documentation/travel-speeds/Country-Speeds.html> (16.07.2023).

HeiGIT gGmbH (o.J.b): Travel speeds. online: <https://giscience.github.io/openrouteservice/documentation/travel-speeds/Travel-Speeds.html> (17.06.2023).

Helfferrich C. (2014). Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur N., Blasius J. (Hrsg.) Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS, Wiesbaden. S. 559-574.

Hildebrandt, H. & Trojan, A. (2021). Gesundheitsförderung und Integrierte Versorgung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.

Hüftle M. (2012): Bewertungsverfahren.

Hutter H.P., Lemmerer K., Moshammer H., Poteser M., Wallner P., (2020): Auswirkungen des Bodenverbrauchs auf die menschliche Gesundheit aus umweltmedizinischer Sicht. online: https://www.wwf.at/wp-content/cms_documents/bodenverbrauch-bericht_agu_200825.pdf (15.09.2023).

Institut für Gesundheitsplanung (2012): Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005-2010, Linz.

Kaleta M., Lasser J., Dervic E., Yang L., Sorger J., Lo Sardo D.R., Thurner S., Kautzky-Willer A., Klimek P. (2022): Stress-testing the resilience of the Austrian healthcare system using agent-based simulation. Nat Commun.

Kanonier A., Schindelegger A. (2018): Kompetenzverteilung und Planungsebenen. In ÖROK (Hrsg.): Raumordnung in Österreich und Bezüge zur Raumentwicklung und Regionalpolitik. Wien: ÖROK. (ÖROK-Schriftenreihe 202).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (o.J.): Wer wir sind. Kassenärztliche Vereinigungen. online: <https://www.kbv.de/html/432.php> (30.08.2023).

Keim M., Pastukhova M., Voss M., Westphal K. (2019): Der Zusammenhang von Gesundheits- und Energieversorgung. Wie vernetztes Denken zu mehr Synergien der beiden Politikbereiche führen kann. online: <https://www.swp-berlin.org/10.18449/2019A08/> (15.09.2023).

Köckler H., Simon D., Agatz K., Flacke J. (2020): GESUNDHEITSFÖRDERNDE STADTENTWICKLUNG. Das SUHEI-Modell nutzt hierfür Indikatoren. online: https://urbanhealth-digispace.de/wp-content/uploads/2021/11/09_Literatur_Gesundheitsfoerdernde-Stadtentwicklung_SUHEI_Koeckler.pdf (15.09.2023).

Künzli B. (2012): SWOT-Analyse, Zeitschrift Führung + Organisation;

Leibetzeder J. (2021): Analyse der Wohnstandortkriterien im Linzer Stadtteil Bulgariplatz. Diplomarbeit. Karl-Franzens-Universität Graz. online: <https://unipub.uni-graz.at/obvugrhs/content/titleinfo/5992525/full.pdf> (30.07.2023).

Maierhofer M., Temmel E., Lehner J., Schelling K. M., Benz L. (Hrsg.), (2023) : Space Anatomy. Jovis.

Mathä T. (2021): ÄRZTEMANGEL? EINE SYSTEMATISIERUNG. Masterarbeit. JKU Linz.

Mayring P. (1994). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Boehm A., Mengel A., Muhr T. (Hrsg.), Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge. S. 159-175. Konstanz: UVK Univ.-Verl. Konstanz.

- Mayring P., Fenzl T. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur N., Blasius J. (Hrsg.) Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS, Wiesbaden. S. 543-556.
- Meuser P. (Hrsg.), (2016): Arztpraxen. Handbuch und Planungshilfe. DOM publishers.
- Németh B. (2018): Der Schweizer Gesundheitsmarkt: Ermittlung optimaler Standortbedingungen für Gesundheitszentren in der Schweiz. Diplomarbeit. TU Wien.
- Nowak P. (2015): Gesundheit, Partizipation und Empowerment im Gespräch. zwischen Arzt und Patient. In: DYSTONIE RUNDBLICK. Österreichische Dystonie Gesellschaft.
- ÖGK (o.J.b): Kundenservice Gallneukirchen. online:
<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.882930&portal=oegkportal>
(19.09.2023).
- OÖ Verkehrsverbund-Organisations GmbH Nfg. & Co KG (o.J): Regional-Stadtbahn Linz.
<https://www.mobil-ans-ziel.at/regional-stadtbahn-ooe-projekt/> (16.09.2023).
- Ostermann H., Ropin K. (2020): Gesundheitsförderung sollte Teil des Alltags sein. In: Gesundheit Österreich. Nr. 2 2020. S. 12f.
- Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) (o.J.a): Geplante Behandlung im Ausland. online:
<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.870660&portal=oegkportal>
(16.09.2023)
- Primärversorgungszentrum Traun – Dres. Dürr, Fiereder, Hauer, Hofer, Jagersberger, Obernosterer und Salner-Würtz Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde GmbH (o.J.): Ihr Gesundheitsteam. online: <https://www.pvz-traun.at/ueber-uns/#gesundheitsteam>
(20.09.2023).
- PVE Grüne Mitte – Dr. Bitter, Dr. Kässmann, Dr. Mikschl, Dr. Popp, Dr. Rechberger – Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin OG (o.J.): Unser Team. online: <https://www.pve-gruenemitte.at/kontakt/>
(20.09.2023).
- Rechnungshof Österreich (2023): Gesundheitsförderung und Prävention. Bericht des Rechnungshofes. Online: https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2023-1_Gesundheitsfoerderung.pdf (14.01.2023).
- Reiter D., Fülöp G., Pochobradsky E., Röthlin F., Stoppacher A. (2020): Rehabilitationsplan 2020. Gesundheit Österreich, Wien.
- Robert Koch Institut (2016): Das RKI als Nationales Public-Health Institut, online:
https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Public_Health/Beitrag_Jubilaebuch.html
(12.10.2021).
- Salvida GmbH (2022): Das ist Salvida. online: <https://www.salvida.at/das-ist-salvida/>
(07.09.2023).
- Salvida GmbH (o.J.): Abbildung: <https://www.salvida.at/wp-content/uploads/2022/09/DSC6795-PS-scaled-1.jpg> (07.09.2023).
- Schmitt S. (2018): Praxis neu denken. Der freie Zahnarzt. Volume 62. S. 14-17.
- Schöne M. (2021): Tätigkeitsformen in der vertragsärztlichen Versorgung heute und morgen. Der Urologe, Volume 60.
- Schubert H. (2005): Architektur und Erfahrungen mit Netzwerken in E&C-/ Soziale-Stadt-Gebieten – Aufbau, Management und Wirkungen. online: <http://www.eundc.de/pdf/31004.pdf>
(03.08.2023).
- Stadt Linz (o.J.): Grüne Mitte Linz - Das Projekt. online:
<https://www.linz.at/stadtentwicklung/gruenemitte-projekt.php> (30.07.2023).
- Stadt Traun (o.J.): City-Bus. online: <https://www.traun.at/City-Bus> (15.09.2023).
- Steinwender D., Nahrada F. (2021): Regionalentwicklung und Transformationskultur - Impulse für ländliche Regionen. online: <https://igkultur.at/theorie/regionalentwicklung-und-transformationskultur-impulse-fuer-laendliche-regionen> (04.08.2023).

Umweltbundesamt (o.J.): Inhalt des Umweltberichts. online:
https://www.strategischeumweltpruefung.at/fileadmin/inhalte/sup/methodik/prozessmethodik/inhalt_umweltbericht.pdf (04.09.2023).

Vollmer T.C., Koppen G., Kohler K. (2020): Wie Stadtarchitektur die Gesundheit beeinflusst: das PAKARA-Modell. Bundesgesundheitsblatt 63, S. 972-978. online:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-020-03188-7> (15.09.2023).

WHO (1946): Constitution, online: <https://www.who.int/about/governance/constitution> (03.08.2023).

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, online:
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (12.10.2021).

WHO (2007): Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Genf.

Winkel R. (2018) : Soziale Infrastruktur, In: ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.): Handwörterbuch der Stadt- und Raumentwicklung, ISBN 978-3-88838-559-9, ARL – Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Hannover, S. 2185-2196.

Zeit online (2018): Bis 2050 doppelt so viele Demenzkranke in ganz Europa. online:
https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-02/demenz-deutschland-demographischer-wandel-alzheimer-gesellschaften-prognose?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F (10.01.2023).

Grundlagendaten

Amt der Oö. Landesregierung (2022b): Gemeindehauptorte OÖ. Online: <https://e-gov.ooe.gv.at/at.gv.ooe.ogd2-citi/#/detail/40f0cc0a-90c8-4b47-86e2-fa2b6e219b17> (29.09.2023)

Amt der Oö. Landesregierung (2022c): DORIS Weboffice. Gesundheitsversorgung. online:
<https://wo.doris.at/weboffice/synserver?project=weboffice&client=core&user=guest> (09.09.2023).

Amt der Oö. Landesregierung (2023a): Flächenwidmung Widmungen Flächen Oberösterreich. online: <https://www.data.gv.at/katalog/dataset/8fc62f91-e0f6-4db0-91e1-9cbc329ffba0#additional-info> (09.06.2023)

Amt der Oö. Landesregierung (2023b): Landesstraßen L + B Oberösterreich.
<https://www.data.gv.at/katalog/dataset/b300322d-42fd-4ea7-aeba-de4f8a69d584#additional-info> (31.05.2023).

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2023e): Krankenanstalten in Österreich. online:
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten-und-selbststaendige-Ambulatorien-in-Oesterreich/Krankenanstalten-in-Oesterreich.html> (09.09.2023).

Digitales Oberösterreichisches Raum-Informationssystem (DORIS) (o.J.): Orthofoto.
<https://wo.doris.at/weboffice/synserver?project=weboffice&client=core&user=guest> (08.07.2023).

Geschäftsstelle der österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK) (2022a): ÖROK-Bevölkerungsprognose 2021. online: <https://www.oerok.gv.at/raum/daten-und-grundlagen/oerok-prognosen/oerok-prognose-2021> (23.05.2023).

Geschäftsstelle der österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK) (2022b): ÖV-Güteklassen. online: <https://files.austriatech.at/d/33971b2d51a348a5958d/> (23.05.2023).

Google Maps (2023): Google Maps 3D. online:
<https://www.google.at/maps/@48.3528039,14.4151645,161a,35y,39.37t/data=!3m1!1e3?entry=ttu> (10.08.2023).

Landes Zahnärztekammer Oberösterreich (o.J.): Zahnarztsuche. online:
<https://ooe.zahnaerztekammer.at/patientinnen/zahnarztsuche> (13.06.2023).

OpenStreetMap (OSM) (2023a): OpenStreetMap PDF-Export. Online:
<https://osm.org/go/0JhwESzN> (23.08.2023).

OpenStreetMap (OSM) (2023b): OpenStreetMap PDF-Export. Online:
<https://osm.org/go/0JhW8uZr> (23.08.2023).

Österreichische Bundesbahnen (ÖBB) (2022): Geo Netz. online:
<https://www.data.gv.at/katalog/dataset/9437f1b9-ecc1-419c-8502-0b1fd81aece#resources>
(23.05.2023).

Statistik Austria (2021): Erwerbsspendler:innen. <https://www.statistik.at/atlas/> (05.05.2023).

Statistik Austria (2023a): Dauersiedlungsraum. online:
https://www.data.gv.at/katalog/dataset/stat_dauersiedlungsraum1ee4b#additional-info
(09.05.2023).

Statistik Austria (2023b): Gliederung Österreichs in Gemeinden. Metadaten. Online:
https://data.statistik.gv.at/web/meta.jsp?dataset=OGDEXT_GEM_1 (09.05.2023).

Statistik Austria (2023c): Gliederung Österreichs in Politische Bezirke. Metadaten. Online.
https://data.statistik.gv.at/web/meta.jsp?dataset=OGDEXT_POLBEZ_1 (09.05.2023).

Statistik Austria (o.J.): Bevölkerung zu Jahres-/Quartalsanfang. online:
<https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-zu-jahres-/-quartalsanfang>
(20.09.2023).

Persönliche Kommunikation:

Per Mail: AVORIS GmbH, Projektentwickler

Per Mail: DI Schütz Josef, Architekt

Gespräch: DI Dr. Gerhard Fülöp, GÖG, Abteilungsleiter Planung und Systementwicklung

Rechtsquellen

Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖGG) StF: BGBl. I Nr. 132/2006 idF BGBl. I Nr. 100/2018

Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG), StF: BGBl. I Nr. 131/2017 idF BGBl. I Nr. 81/2023

Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit StF: BGBl. I Nr. 26/2017 idF BGBl. I Nr. 146/2022

Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), StF: BGBl. Nr. 1/1930 (WV) idF BGBl. I Nr. 222/2022

Landesgesetz über die bautechnischen Anforderungen an Bauwerke und Bauprodukte (Oö. Bautechnikgesetz 2013 - Oö. BauTG 2013), StF: LGBl.Nr. 35/2013 idF LGBl.Nr. 111/2022

Landesgesetz vom 6. Oktober 1993 über die Raumordnung im Land Oberösterreich (Oö. Raumordnungsgesetz 1994 - Oö. ROG 1994), StF: LGBl.Nr. 114/1993 idF LGBl.Nr. 111/2022

Oö Landeszielsteuerungsübereinkommen. Zielsteuerung-Gesundheit

Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens StF: LGBl.Nr. 49/2017 idF LGBl.Nr. 84/2022

Verordnung der Gesundheitsplanungs GmbH über die Verbindlicherklärung von Teilen des 2. Regionalen Strukturplans Gesundheit Oberösterreich 2025 (2. RSG OÖ 2025).

Verordnung der Oö. Landesregierung, mit der die Form und Gliederung des Flächenwidmungsplans, die Verwendung bestimmter Planzeichen und Materialien sowie der Maßstab der zeichnerischen Darstellung geregelt werden (Planzeichenverordnung für Flächenwidmungspläne 2021) StF: LGBl.Nr. 37/2021 – Anlage 1

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung-Gesundheit für die Jahre 2022 und 2023