

Personalbedarfsprognose Steiermark 2035

Hebammen

Medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe

Medizinische Assistenzberufe

Operationstechnische Assistenz

Endbericht

EPIG GmbH

Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit

Hans-Sachs-Gasse 14/2
8010 Graz

T: +43 (0)316 810 850

F: +43 (0)316 810 850 50

E: office@epig.at

W: www.epig.at

Gendering

Die Berücksichtigung der gleichen Rechte aller Menschen ist uns wichtig. Das Redaktionsteam bemüht sich daher um die sprachliche Gleichbehandlung von Personenbezeichnungen.

Inhalt

1	Executive Summary.....	9
2	Hintergrund	12
2.1	Ausgangslage und strategische Perspektiven	13
2.2	Zielsetzung	14
2.3	Projekt- und Berichtaufbau	14
2.4	Modul 1 – erste Bedarfsabschätzung auf Basis des Berichts der GÖG	15
3	Methoden	17
3.1	Fragestellungen.....	17
3.2	Datenquellen und Grundannahmen	17
3.3	Planungsprozess.....	20
3.4	Limitationen und Qualitätssicherung	21
4	Personalbedarf – Hebammen	23
4.1	IST-Stand 2025	23
4.2	Hebammen im internationalen Kontext	25
4.3	Prognosewerte 2035	27
5	Personalbedarfsprognose – MTD-Berufe	29
5.1	Biomedizinische Analytik (BMA)	29
5.2	Diätologie	33
5.3	Ergotherapie.....	36
5.4	Logopädie.....	41
5.5	Orthoptik.....	44
5.6	Physiotherapie	48
5.7	Radiologietechnologie.....	52
6	Personalbedarf – MAB & OTA.....	57
6.1	IST-Stand 2025	57
6.2	Ausbildungslage	60
6.3	Prognosewerte 2035	60
7	Fazit und allgemeine Empfehlungen.....	64
7.1	Interprofessionalität als zentrale Systemvoraussetzung	64
7.2	Konsequenzen für das Versorgungssystem	64
7.3	Empfehlungen für Ausbildung und Systemsteuerung.....	65
8	Literaturverzeichnis	66

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: IST-Stand Beschäftigungsverhältnis der Hebammen in der Steiermark. Datengrundlage: Hebammenregister (Stichtag 01.01.2025).	23
Tabelle 2: Verteilung der in der Steiermark tätigen Hebammen nach Ausbildungsort in Österreich. Datengrundlage: Hebammenregister (Stichtag 01.01.2025).	24
Tabelle 3: Zahl der Hebammen pro 1.000 Lebendgeburten in europäischen OECD-Ländern. Datengrundlage: OECD Data Explorer (Abfrage: 03.11.2025). Hinweis: Länder mit dem Vermerk „Definition differs“ sind nicht berücksichtigt. Darstellung: absteigend nach den Werten von 2022.	26
Tabelle 4: IST-Stand 2025 und SOLL 2035 der Hebammen in der Steiermark. Datengrundlage: Hebammenregister (Stichtag 01.01.2025). Berechnung anhand von Bevölkerungs-, Mortalitäts-, Pensionierungsdaten von Statistik Austria, der Berufsaustrittswahrscheinlichkeit und Ausbildungsdaten der FH JOANNEUM.	28
Tabelle 5: Prozentuale Verteilung der in der Steiermark tätigen BMAs nach Setting. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Mehrfachnennungen sind möglich. *Angaben aus dem Gesundheitsberufsregister wurden durch EPIG-Datenerhebung ergänzt.	31
Tabelle 6: SOLL 2035 der BMA in der Steiermark. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister. Berechnung anhand von Bevölkerungs-, Mortalitäts-, Pensionierungsdaten von Statistik Austria, der Berufsaustrittswahrscheinlichkeit und Ausbildungsdaten der FH JOANNEUM.	32
Tabelle 7: Prozentuelle Verteilung der in der Steiermark tätigen Diätologinnen und Diätologen nach Setting. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Mehrfachnennungen sind möglich. *Angaben aus dem Gesundheitsberufsregister wurden durch EPIG-Datenerhebung ergänzt.	34
Tabelle 8: SOLL 2035 der Diätologinnen und Diätologen in der Steiermark. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister Berechnung anhand von Bevölkerungs-, Mortalitäts-, Pensionierungsdaten von Statistik Austria, der Berufsaustrittswahrscheinlichkeit und Ausbildungsdaten der FH JOANNEUM.	36
Tabelle 9: Prozentuelle Verteilung der in der Steiermark tätigen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach Setting. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Mehrfachnennungen sind möglich. *Angaben aus dem Gesundheitsberufsregister wurden durch EPIG-Datenerhebung ergänzt.	38
Tabelle 10: Anzahl praktizierender Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten pro 100.000 EW. Datengrundlage: Council of Occupational Therapists for the European Countries.	39
Tabelle 11: SOLL 2035 der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der Steiermark. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister. Berechnung anhand von Bevölkerungs-, Mortalitäts-, Pensionierungsdaten von Statistik Austria, der Berufsaustrittswahrscheinlichkeit und Ausbildungsdaten der FH JOANNEUM.	40
Tabelle 12: Prozentuelle Verteilung der in der Steiermark tätigen Logopädinnen und Logopäden nach Setting. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Mehrfachnennungen sind möglich. *Angaben aus dem Gesundheitsberufsregister wurden durch EPIG-Datenerhebung ergänzt.	42

Tabelle 13: Logopädinnen und Logopäden pro 100.000 EW im internationalen Vergleich. Datengrundlage: Direction générale Soins de Santé; CORU; hcpc.....	43
Tabelle 14: SOLL 2035 der Logopädinnen und Logopäden in der Steiermark. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister. Berechnung anhand von Bevölkerungs-, Mortalitäts-, Pensionierungsdaten von Statistik Austria, der Berufsaustrittswahrscheinlichkeit und Ausbildungsdaten der FH JOANNEUM.	44
Tabelle 15: SOLL 2035 der Orthoptistinnen und Orthoptisten in der Steiermark. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister. Berechnung anhand von Bevölkerungs-, Mortalitäts-, Pensionierungsdaten von Statistik Austria, der Berufsaustrittswahrscheinlichkeit und Ausbildungsdaten der FH JOANNEUM.	48
Tabelle 17: SOLL 2035 der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in der Steiermark. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister Berechnung anhand von Bevölkerungs-, Mortalitäts-, Pensionierungsdaten von Statistik Austria, der Berufsaustrittswahrscheinlichkeit und Ausbildungsdaten der FH JOANNEUM.	52
Tabelle 17: Prozentuelle Verteilung der in der Steiermark tätigen Radiologietechnologinnen und Radiologen nach Setting. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Mehrfachnennungen sind möglich. *Angaben aus dem Gesundheitsberufsregister wurden durch EPIG-Datenerhebung ergänzt.	53
Tabelle 18: SOLL 2035 der Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen in der Steiermark. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister. Berechnung anhand von Bevölkerungs-, Mortalitäts-, Pensionierungsdaten von Statistik Austria, der Berufsaustrittswahrscheinlichkeit und Ausbildungsdaten der FH JOANNEUM.	56
Tabelle 19: IST-Stand Desinfektionsassistentinnen und -assistenten (Näherungswerte). Datengrundlage: eigene Erhebung. Stichtag 31.12.2024.....	58
Tabelle 20: IST-Stand Gipsassistentinnen und -assistenten (Näherungswerte). Datengrundlage: eigene Erhebung. Stichtag 31.12.2024.....	58
Tabelle 21: IST-Stand Operationsassistentinnen und -assistenten (Näherungswerte). Datengrundlage: eigene Erhebung. Stichtag 31.12.2024.....	59
Tabelle 22: IST-Stand Laborassistentinnen und -assistenten (Näherungswerte). Datengrundlage: eigene Erhebung. Stichtag 31.12.2024.....	59
Tabelle 23: IST-Stand Röntgenassistentinnen und -assistenten (Näherungswerte). Datengrundlage: eigene Erhebung. Stichtag 31.12.2024.....	59
Tabelle 24: IST-Stand Medizinische Fachassistentinnen und -assistenten (Näherungswerte). Datengrundlage: eigene Erhebung. Stichtag 31.12.2024.....	59
Tabelle 25: SOLL 2035 Desinfektions-, Gips-, Operations-, Labor-, und Röntgenassistenten. Datengrundlage: eigene Datenerhebung (Stichtag 31.12.2024).	62

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: BMA pro 100.000 EW in der Steiermark und in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Berechnung nach Bevölkerungsdaten von Statistik Austria.	30
Abbildung 2: Ausbildungsorte von in der Steiermark tätigen BMA. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).	30
Abbildung 3: Ausbildungsorte von BMA in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024)	30
Abbildung 4: Diätologinnen und Diätologen pro 100.000 EW in der Steiermark und in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Berechnung nach Bevölkerungsdaten von Statistik Austria.	33
Abbildung 5: Ausbildungsorte von Diätologinnen und Diätologen in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).	35
Abbildung 6: Ausbildungsorte von in der Steiermark tätigen Diätologinnen und Diätologen. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).	35
Abbildung 7: Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten pro 100.000 EW in der Steiermark und in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Berechnung nach Bevölkerungsdaten von Statistik Austria.	37
Abbildung 8: Ausbildungsorte von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).	38
Abbildung 9: Ausbildungsorte von in der Steiermark tätigen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).	38
Abbildung 10: Logopädinnen und Logopäden pro 100.000 EW in der Steiermark und in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Berechnung nach Bevölkerungsdaten von Statistik Austria.	41
Abbildung 11: Ausbildungsorte von Logopädinnen und Logopäden in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).	42
Abbildung 12: Ausbildungsorte von in der Steiermark tätigen Logopädinnen und Logopäden. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).	42
Abbildung 13: Orthoptistinnen und Orthoptisten pro 100.000 EW in der Steiermark und in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Berechnung nach Bevölkerungsdaten von Statistik Austria.	45
Abbildung 14: Ausbildungsorte von in Österreich tätigen Orthoptistinnen und Orthoptisten. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).	46
Abbildung 15: Ausbildungsorte von in der Steiermark tätigen Orthoptistinnen. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).	46

Abbildung 16: Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten pro 100.000 EW in der Steiermark und in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Berechnung nach Bevölkerungsdaten von Statistik Austria.	49
Abbildung 17: Ausbildungsorte von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).	50
Abbildung 18: Ausbildungsorte von in der Steiermark tätigen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).	50
Abbildung 19: Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten pro 100.000 EW im internationalen Vergleich. Datengrundlage: Eurostat	51
Abbildung 20: Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen pro 100.000 EW in der Steiermark und in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Berechnung nach Bevölkerungsdaten von Statistik Austria.	53
Abbildung 21: Ausbildungsorte von Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).	54
Abbildung 22: Ausbildungsorte von in der Steiermark tätigen Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).	54
Abbildung 23: Prozentuelle Verteilung der jeweiligen medizinischen Assistenzberufe (MAB) an der Gesamtzahl (ohne Ordinationsassistentinnen bzw. Ordinationsassistenten). Alle angegebenen Zahlen sind als Näherungswerte zu verstehen. Datengrundlage: eigene Erhebung mit Stichtag 31.12.2024.	58

Abkürzungsverzeichnis

Medizinische Assistenzberufe	MAB
Biomedizinische Analytikerinnen und Analytiker	BMA
Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	BMASGKP
Fachhochschule	FH
FH-MTD-Ausbildungsverordnung	FH-MTD-AV
freie Praxis	FP
Krankenhaus	KH
künstlicher Intelligenz	KI
Lebendgeburt	LG
Medizinische Assistenzberufe-Gesetz	MABG
medizinischer Einzelleistungen	MEL
Medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe	MTD
Operationssaal	OP
Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten	OTA
Primärversorgungseinheit	PVE
Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft	KAGes
Vollzeitäquivalent	VZÄ
Wirtschaftskammer Steiermark	WKSt

1 Executive Summary

Die Gesundheitsversorgung in der Steiermark steht vor strukturellen Veränderungen, die sich aus demografischem Wandel, medizinischem Fortschritt, wachsender Spezialisierung der Versorgungsangebote sowie technologischer Entwicklung ergeben. Gleichzeitig nimmt die Bedeutung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe für eine qualitativ hochwertige, zugängliche und flächendeckende Versorgung kontinuierlich zu. Vor diesem Hintergrund wurde im Auftrag des Landes Steiermark eine umfassende Personalbedarfsprognose für Hebammen, medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe (MTD), medizinische Assistenzberufe (MAB) sowie operationstechnische Assistentinnen und Assistenten (OTA) mit einem Zeithorizont bis zum Jahr 2035 erstellt. Ziel war es, eine evidenzbasierte Grundlage für die zukünftige Ausbildungs- und Kapazitätsplanung zu schaffen.

Die Analyse basiert auf einer Erhebung des aktuellen Personalstands der einzelnen Berufsgruppen in verschiedenen Settings als Ausgangspunkt. Für die prognostischen Abschätzungen wurden diese ergänzt um qualitative Einschätzungen der Berufsgruppen und der Träger der Gesundheitsversorgung sowie um internationale Literatur. Berücksichtigt wurden sowohl demografische Entwicklungen als auch erwartete Veränderungen von Versorgungsmodellen und Aufgabenprofilen. Die Ergebnisse lassen sich entlang der einzelnen Berufsgruppen wie folgt zusammenfassen:

- **Hebammen:** Der Einsatz erfolgt derzeit in unterschiedlichen intra- und extramuralen Settings; eine kontinuierliche Begleitung der Familien durch dieselbe Hebamme bzw. dasselbe Hebammenteam findet derzeit vor allem außerhalb der öffentlich finanzierten Versorgung statt. Im Krankenhaus liegt der Tätigkeitsschwerpunkt überwiegend im Kreißaal, während Einsätze auf Wochenbettstationen und in Ambulanzen nur eingeschränkt etabliert sind. Bis 2035 sollen für die Steiermark kontinuierliche Versorgungsmodelle etabliert werden, zudem soll die Versorgung in PVEs und Hebammenzentren forciert werden; hierfür sind jährlich 20 bis 22 Ausbildungsplätze erforderlich.
- **Biomedizinische Analytik (BMA):** Im österreichweiten Vergleich ist die Personaldichte für diese Berufsgruppe überdurchschnittlich; gleichzeitig ergeben sich Anpassungserfordernisse durch technologische Entwicklungen, steigende Anforderungen an Qualitätssicherung sowie durch eine stärkere Nutzung und Weiterentwicklung der gesetzlich vorgesehenen Kompetenzen. Für 2035 wird empfohlen, die vor kurzem erst erhöhten Ausbildungskapazitäten beizubehalten (45 Ausbildungsplätze pro Jahr).
- **Diätologie:** Die Personaldichte liegt unter dem österreichweiten Durchschnitt und die Versorgung ist regional ungleich verteilt. Bis 2035 wird ein Ausbau insbesondere in den Bereichen Prävention, Primärversorgung, Rehabilitation und Palliativversorgung erwartet. Eine Ausweitung der Ausbildungskapazitäten auf bis zu 29 Ausbildungsplätze pro Jahr stellt eine Maximalvariante dar, die eine stärkere Integration der Diätologie in neue Versorgungssettings ermöglicht. Aufgrund der bereits erfolgten Aufstockung der Zahl der Ausbildungsplätze in der nahen

Vergangenheit wird auch bei Beibehaltung der aktuellen Studienplatzkapazitäten eine moderate Verdichtung der Personaldichte erreicht.

- **Ergotherapie:** Die personelle Ausstattung liegt deutlich unter dem Bundesdurchschnitt, mit strukturellen Engpässen insbesondere im ländlichen Raum, im extramuralen Bereich sowie in psychosozialen und kinder- und jugendpsychiatrischen Settings. Für 2035 wird eine Erhöhung der Ausbildungskapazitäten empfohlen: Eine erste Ausbaustufe mit 44 Ausbildungsplätzen pro Jahr stellt eine mittlere Ausbauoption dar, während eine weiterführende Ausbaustufe mit 53 Ausbildungsplätzen pro Jahr eine Maximalvariante bildet, die eine schrittweise Annäherung an internationale Versorgungsstandards ermöglicht. Bei Beibehaltung der aktuellen Studienplatzkapazitäten kann die Personaldichte auf dem bestehenden Niveau stabil gehalten bzw. moderat angehoben werden.
- **Logopädie:** Die Personaldichte liegt unter dem österreichweiten Durchschnitt, bei zugleich ausgeprägten regionalen Versorgungsunterschieden. Für 2035 ist eine Erhöhung der Personaldichte vorgesehen. Diese kann bei Beibehaltung der derzeitigen Ausbildungskapazitäten von 20 Ausbildungsplätzen pro Jahr moderat erreicht werden. Eine Ausweitung auf 35 Ausbildungsplätze pro Jahr trägt darüber hinaus dem erwarteten Mehrbedarf Rechnung und ermöglicht den gezielten Ausbau innovativer Versorgungsmodelle.
- **Orthoptik:** Die Personaldichte liegt deutlich unter dem österreichweiten Durchschnitt; die Versorgung ist durch Schwierigkeiten bei der personellen Besetzung gekennzeichnet. Für 2035 wird eine Erhöhung der Personaldichte angestrebt.
- **Physiotherapie:** Trotz einer insgesamt großen Berufsgruppe liegt die Personaldichte unter dem Bundesdurchschnitt, und die Versorgung ist durch regionale Ungleichverteilungen sowie zunehmende Teilzeitquoten geprägt. Für 2035 wird empfohlen, die Ausbildungsplätze beizubehalten (90 Ausbildungsplätze pro Jahr) und durch stärkere Systemintegration – insbesondere in der Primärversorgung – die tatsächliche Versorgungskapazität zu erhöhen, anstatt die Ausbildung weiter auszuweiten.
- **Radiologietechnologie:** Die Personaldichte liegt unter dem österreichweiten Durchschnitt; zugleich werden vorhandene Kompetenzen laut Berufsgruppe nicht durchgängig ausgeschöpft und Schnittstellen zur Röntgenassistenz sind teilweise unklar. Für 2035 wird empfohlen, die Planung am Maximum-Szenario auszurichten, das eine moderate Erhöhung der Personaldichte ohne Ausweitung der Ausbildungskapazitäten vorsieht (42 Ausbildungsplätze pro Jahr), während eine Orientierung am Minimum nur bei weitreichenden strukturellen und technologischen Voraussetzungen vertretbar ist.
- **MAB & OTA:** Die medizinischen Assistenzberufe stellen eine heterogene, modular aufgebaute Berufsgruppe dar, für die aufgrund fehlender Register nur Näherungswerte vorliegen und deren Einsatz stark von Setting, Aufgabenmix und interprofessionellen Schnittstellen abhängt; für OTA ist der derzeitige Bestand sehr gering und der Bedarf im OP-Bereich wird von den Krankenanstalten als hoch eingeschätzt. Für 2035 wird der Personalbedarf kompetenzorientiert abgeleitet und durch eine gezielte Ausbildungsplanung ab 2026 für die erforderlichen Assistenzkompetenzen adressiert. Für OTA wird von einem jährlichen Bedarf von rund 30 bis 35 Absolventinnen und Absolventen ausgegangen.

Zusammenfassend verdeutlichen die Ergebnisse die zentrale Bedeutung *interprofessioneller Zusammenarbeit* und neuer Versorgungsformen, insbesondere im extramuralen Bereich, in der Primärversorgung sowie an den Schnittstellen zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung. Eine klare Aufgabenverteilung, ein abgestimmter Skill-Mix und koordinierte Versorgungsprozesse erweisen sich dabei als wesentliche Voraussetzungen für eine effiziente und qualitativ hochwertige Versorgung.

Die Personalbedarfsprognose zeigt, dass die Sicherstellung einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung in der Steiermark nicht ausschließlich durch isolierte Anpassungen einzelner Berufsgruppen erreicht werden kann. Vielmehr erfordert sie ein *integriertes Vorgehen*, das Ausbildungsplanung, strukturelle Rahmenbedingungen und die Weiterentwicklung von Versorgungsmodellen gleichermaßen berücksichtigt. Die Ergebnisse des Berichts liefern hierfür eine belastbare Grundlage.

2 Hintergrund

Die Gesundheitsversorgung in der Steiermark und in Österreich insgesamt verzeichnet substanzielle Struktur- und Prozessveränderungen, die überwiegend aus medizinischem Fortschritt, wachsender Spezialisierung der Gesundheitsdiensteanbieter, technologischer Entwicklung und demografischer Alterung resultieren. Damit steigen die Anforderungen an eine qualitativ hochwertige, zugängliche und interprofessionell organisierte Versorgung.¹ Zudem wächst die Bedeutung medizinischer nicht-ärztlicher Berufe in der flächendeckenden Versorgung seit Jahren. Dies findet auch darin Ausdruck, dass multiprofessionelle Versorgungsangebote kontinuierlich zunehmen. Auch der aktuell beschlossene Regionale Strukturplan Gesundheit – Steiermark 2030 weist in diese Richtung.²

Um auch künftig eine qualitativ hochwertige und flächendeckende Versorgung sicherzustellen, ist eine vorausschauende Planung des Bedarfs an benötigten Gesundheitsberufen notwendig. Die Abteilung 12 des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, Referat für Wissenschaft und Forschung als für die ausbildende Fachhochschule Joanneum verantwortliche Abteilung, sowie die Abteilung 8, Referat für Gesundheit und Pflege, die für die Landesschulen und die dort auszubildenden medizinischen Assistenzberufe verantwortliche Abteilung gaben eine Bedarfsprognose in Auftrag, um ihre Ausbildungskapazitäten frühzeitig an den Bedarfsabschätzungen auszurichten. Diese Bedarfsabschätzungen umfassen die folgende Berufsgruppen:

- *Hebammen*
- *Medizinisch-therapeutisch-diagnostische Gesundheitsberufe (MTD)*
 - *Biomedizinische Analytikerinnen und Analytiker (BMA)*
 - *Diätologinnen und Diätologen*
 - *Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten*
 - *Logopädinnen und Logopäden*
 - *Orthoptistinnen und Orthoptisten*
 - *Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten*
 - *Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen*
- *Medizinische Assistenzberufe (MAB)*
 - *Desinfektionsassistentinnen und Desinfektionsassistenten*
 - *Gipsassistentinnen und Gipsassistenten*
 - *Laborassistentinnen und Laborassistenten*
 - *Obduktionsassistentinnen und Ordinationsassistenten*

¹ Das Land Steiermark: Gesundheit kompakt. <https://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/12963052/156426535/> (abgerufen am 27.10.2025)

² Siehe dazu Gesundheitsfonds Steiermark: Regionaler Strukturplan Gesundheit 2030 (RSG-St 2030). <https://gesundheitsfonds-steiermark.at/regionaler-strukturplan-gesundheit-2030/> (abgerufen am 13.01.2026)

- *Operationsassistentinnen und Operationsassistenten*
- *Röntgenassistentinnen und Röntgenassistenten*
- *Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten (OTA)*

2.1 Ausgangslage und strategische Perspektiven

Die Versorgungssysteme im Gesundheits- und im Pflegewesen stehen vor wachsenden Herausforderungen, die aus medizinischem Fortschritt, zunehmender Spezialisierung, technologischer Entwicklung sowie tiefgreifenden demografischen Veränderungen resultieren. Diese Entwicklungen erhöhen den Bedarf an qualifizierten Gesundheitsberufen und erfordern eine stärker präventionsorientierte, interprofessionelle und wohnortnahe Versorgung. Gleichzeitig zeigt sich europaweit ein struktureller Mangel an Gesundheitsberufen, der sich ohne koordinierte Steuerung weiter verschärfen wird (OECD/European Commission 2024; Trachte et al. 2015). Eine vorausschauende Planung der Gesundheitsberufe ist daher wesentlicher Bestandteil einer resilienten und zukunftsfähigen Versorgungsstrategie.

Die Ausbildung der MTD sowie ihre Kompetenzen, Tätigkeiten und Berufsbezeichnungen genauso wie jene der Hebammen sind in Österreich im Bundesgesetz über die gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTD-Gesetz 2024, BGBl. I Nr. 100/2024) und im Bundesgesetz über den Hebammenberuf (Hebammengesetz – HebG), BGBl. Nr. 310/1994) gesetzlich geregelt und durch Tätigkeits-, Bezeichnungs- sowie Ausbildungsvorbehalte geschützt.

Die MAB verfügen über einen modularen Kompetenzaufbau und können im Rahmen eines abgestimmten Skill- und Grade-Mix mit den MTD sowie weiteren Gesundheitsberufen zusammenarbeiten. Für diese Berufsgruppe bestehen ebenfalls gesetzliche Regelungen im Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe, die operationstechnische Assistenz und die Ausübung der Trainingstherapie (Medizinische Assistenzberufe-Gesetz – MABG), BGBl. I Nr. 89/2012.

Internationale Strategien zur Stärkung von Gesundheitssystemen betonen zunehmend die Bedeutung präventiver, gesundheitsfördernder und funktionsorientierter Ansätze über alle Altersgruppen hinweg. Der *World Report on Ageing and Health* sowie der *Baseline-Report zur Dekade des gesunden Alterns* verankern die Erhaltung der intrinsischen Kapazität und die Gestaltung förderlicher Umwelten als Leitprinzipien und heben die integrierte, interprofessionelle Versorgung über die verschiedenen Lebensphasen hervor (WHO 2015, 2020). Die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung über alle Altersgruppen hinweg ist eine zentrale strategische Antwort auf den demografischen Wandel, um Krankheitslast zu verringern, funktionelle Fähigkeiten zu erhalten und Systeme resilienter zu machen (Khan et al. 2024).

Aktuelle Evidenz unterstreicht diese Perspektive: Multimodale Programme, welche körperliches Training, Ernährungsinterventionen, kognitives Training und geriatrische Assessments kombinieren, können *Frailty* reduzieren oder hinauszögern und damit funktionelle Fähigkeiten stabilisieren (Brennan et al. 2024; Gianfredi et al. 2025; Sirikul et al. 2024). Solche Interventionen in Primär- und Sekundärprävention sind konsistent mit dem Ziel einer *Kompression der Morbidität*, indem sie Krankheitsbeginn und Behinderung in höhere Lebensjahre verschieben oder deren Dauer verkürzen (Rudnicka et al. 2020).

2.2 Zielsetzung

Ziel dieser Bedarfsanalysen ist es, die Entwicklung des Bedarfs an Berufsberechtigten der MTD, der MAB, einschließlich OTA, sowie der Hebammen für die Steiermark *bis zum Jahr 2035* abzuschätzen. Auf Grundlage dieser Prognosen sollen Empfehlungen für die Ausbildungsplanung an der Fachhochschule (FH) JOANNEUM sowie an den Bildungszentren für Pflege und Gesundheit Ost und Süd des Landes Steiermark abgeleitet werden.

Für die Erstellung der Prognosen werden neben demografischen Trends auch strategische Entwicklungen in der Versorgungsorganisation, technologische Rahmenbedingungen sowie internationale Vergleichsmodelle berücksichtigt. Diese *mehrdimensionale Perspektive* soll sicherstellen, dass nicht nur quantitative, sondern auch qualitative Aspekte der zukünftigen Berufsanforderungen in die Bedarfsabschätzung einfließen. Die Prognosen sollen letztlich eine evidenzbasierte Grundlage für bildungs- und versorgungspolitische Entscheidungen bieten.

Nicht Ziel dieser Bedarfsanalysen ist die Entwicklung oder Umsetzung von Maßnahmen zur Attraktivierung der Ausbildungen, der Berufsbilder oder zur Personalgewinnung, die letztlich Aufgabe der Versorgungsanbieter bleibt. Im Vordergrund steht die wissenschaftlich fundierte Analyse der zu erwartenden Personalbedarfe und die daraus resultierende Ableitung von Empfehlungen für die künftige Ausbildungs- und Kapazitätsplanung des Landes.

2.3 Projekt- und Berichtaufbau

Zur systematischen Umsetzung der Zielsetzung wurde ein modularer Projektaufbau vorgesehen, der sowohl eine stufenweise als auch eine parallele Bearbeitung einzelner Themen ermöglicht:

- *Modul 1:* Vorläufige, grobe Ableitung steiermarkweiter Personalabschätzungen auf Basis der österreichweiten MTD-Personalprognose 2030 (Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, GÖG 2020). Dies wurde notwendig, da das Land Steiermark sehr zeitnah zum Beginn der Arbeiten bereits erste Abschätzungen der Entwicklungen erwartete, die keine fundierten Betrachtungen zuließen.
- *Modul 2:* Erhebung detaillierter Daten zur Ist-Personalsituation in der Steiermark mit Stichtag 31. Dezember 2024.³
- *Modul 3:* Analyse der zukünftigen strategischen Entwicklung der einzelnen Berufsgruppen im Kontext veränderter Versorgungsbedarfe, organisatorischer Konzepte und internationaler Vergleichsmodelle.
- *Modul 4:* Datengestützte Prognose der Personalbedarfe bis zum Jahr 2035.

³ Im Projektangebot wurde der Stichtag 31.12.2023 zur Datenerhebung vereinbart. Im Zuge der Datenanforderung zeigte sich, dass aktuellere Daten des Gesundheitsberuferegisters 2024 bereitgestellt werden könnten, sofern eine Verzögerung von etwa drei Monaten im Projektzeitplan hinnehmbar wäre. In Abstimmung zwischen der EPIG GmbH und den Auftraggebern wurde der Zeitplan des Gesamtprojekts entsprechend angepasst, um mit den aktuelleren Daten rechnen zu können.

Die im Jänner 2025 übermittelten Vorabergebnisse basierten ausschließlich auf den Analysen aus Modul 1. Die vorliegende Gesamtarbeit baut methodisch nicht auf diesen Vorabergebnissen auf, sondern wurde vollständig neu entwickelt. Zur transparenten Abgrenzung werden die Methodik, für die zeitnahe Ersteinschätzung des Bedarfs und die entsprechenden Ergebnisse dazu, wie sie als Modul 1 des Gesamtprojekts erstellt und dem Auftraggeber übergeben wurden, im nächsten Kapitel dargestellt.

2.4 Modul 1 – erste Bedarfsabschätzung auf Basis des Berichts der GÖG

2.4.1 Rationale

Modul 1 wurde insbesondere deshalb benötigt, weil für die Planung der Ausbildungsplätze 2025 rasch erste Näherungswerte bereitgestellt werden mussten. Ziel des Moduls war es, die bundesweite MTD-Prognose (Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, GÖG 2020) auf die Steiermark zu übertragen und daraus eine erste grobe Personalschätzung abzuleiten.

2.4.2 Methodischer Zugang

Die Berechnung erfolgte auf Basis des österreichischen und steirischen Ist-Stands 2020 und der im GÖG-Bericht ausgewiesenen Prognosedaten für 2030. Verwendet wurden:

- Bevölkerungszahlen und Bevölkerungsprognosen von Statistik Austria,⁴
- die österreichweiten und steirischen MTD-Bestände und die prognostizierte Entwicklung der einzelnen MTD-Berufsgruppen (2020–2030) gemäß GÖG (GÖG 2020),
- Anpassung der Wachstumsraten auf das steirische Bevölkerungswachstum,
- Mindestschwelle: steirische MTD-Dichte $\geq 85\%$ des österreichischen Vergleichswerts.⁵

Es wurde also ausgehend von den bundesweit vorliegenden Prognosen für die MTD eine Ableitung für die Steiermark errechnet, die im Wesentlichen nur die steirischen Bevölkerungsprognosen hinterlegte und versuchte, zu starke Abweichungen vom Bundesdurchschnitt in der Dichte der Berufsberechtigten zu vermeiden. Diese Berechnung diente ausschließlich der kurzfristigen Orientierung, da wesentliche Einschränkungen bestanden (z. B. fehlende Angaben zu Beschäftigungsausmaß, Abwanderung, extramuralem Bereich oder Systemwirksamkeit der Berufsgruppen).

2.4.3 Vorläufige Ersteinschätzungen

Die wesentlichen Empfehlungen aus dieser Erstabschätzung lauteten:

⁴ STATcube – Statistische Datenbank von STATISTIK AUSTRIA; Bevölkerung zu Jahresbeginn ab 2000: <https://statcube.at/statistik.at/ext/statcube/jsf/tableView/tableView.xhtml> (abgerufen am 07.11.2025)

⁵ Zur Sicherung einer Mindestversorgung wurde folgende Anpassungsregel angewendet: Liegt die steirische MTD-Dichte im Prognosejahr 2030 unter 85% des österreichischen Vergleichswerts, wird sie auf mindestens 85% angehoben.

- **Physiotherapie:** Ausbildungsplätze bei 90 belassen, mit Hinweis auf eine mögliche Überschätzung im Ist-Stand.
- **BMA:** Ausbildungsplätze bei 45 belassen, verbunden mit der Klärung der Frage, ob vorrangig für das Gesundheitswesen ausgebildet wird.
- **Radiologietechnologie:** Prüfung einer möglichen Reduktion von 42 auf 35 Plätze. Begründet wurde dies mit der starken Aufstockung in den Jahren 2023–2024 sowie möglichen Auswirkungen von Machine Learning.
- **Ergotherapie:** Aufstockung wurde als erforderlich angesehen, aufgrund einer möglichen Bedarfsunterschätzung im Ist-Stand; nach damaliger Schätzung von 32 auf 46 bis 50 Plätze.
- **Diätologie:** Aufstockung von 22 auf 24 bis 25 Plätze mit Hinweis auf einen möglicherweise nicht gedeckten Bedarf im Ist-Stand.

3 Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellungen für die Module 2, 3 und 4 in diesem Projekt wurde ein *Mixed-Methods-Ansatz* gewählt, der quantitative Modellierungen mit qualitativen Analysen kombiniert. Es kam ein *exploratory sequential design* zum Einsatz, bei dem qualitative Daten erhoben wurden, um die quantitativen Datenerhebungen zielgerichteter planen zu können bzw. um die quantitativen Methoden zu entwickeln. In den Modulen 3 und 4 wurde sowohl ein *exploratory sequential design*, als auch ein *explanatory sequential design* angewendet, bei dem qualitative Ergebnisse wiederum genutzt wurden, um quantitative Befunde zu erklären und gegebenenfalls anzupassen (Shorten und Smith 2017; Rana und Chimoriya 2025).

3.1 Fragestellungen

Die zentrale Fragestellung ist jene nach dem erwartbaren Personalbedarf in den genannten Gesundheits- und Assistenzberufen bis zum Jahr 2035. Davon leitet sich jene Frage ab, wie die entsprechenden Ausbildungskapazitäten zu bemessen sein sollten. Für die Bearbeitung der Prognose und zur Operationalisierung der Frage ergeben sich spezifische Teilfragen, die folgendermaßen zusammengefasst werden können:

- Wie entwickelt sich der bestehende Personalbestand der untersuchten Berufsgruppen in der Steiermark bis 2035?
- Wie viele Fachkräfte werden benötigt werden, um die erwartbaren Versorgungsaufgaben aufrechtzuerhalten oder verbessern zu können?
- Unter Berücksichtigung der wesentlichen Einflussfaktoren, die das Verhältnis zwischen Ausbildungsbeginnerinnen und -beginnern und Absolventinnen und Absolventen determinieren, sind wie viele Ausbildungsplätze je Beruf erforderlich, um den prognostizierten Bedarf zukünftig zu decken?

3.2 Datenquellen und Grundannahmen

Die Personalprognose basiert auf einer Kombination aus Informationen aus quantitativen Register- und Erhebungsdaten sowie aus qualitativen Einschätzungen von Vertreterinnen und Vertretern der jeweiligen Berufsgruppen. Im Folgenden werden die Datengrundlagen und methodischen Schritte detailliert beschrieben.

3.2.1 IST-Stand 2025

Als Grundlage der Personalprognose 2035 für Hebammen, MTD, MAB und OTA dienen die jeweiligen Berufsstandsdaten mit Stichtag 31.12.2024 bzw. 01.01.2025. Je nach Berufsgruppe wurden unterschiedliche Datenquellen herangezogen:

- Für die *Hebammen* bildet das Hebammenregister (Stichtag 01.01.2025)⁶ die zentrale Datengrundlage.
- Für die *MTD-Berufe und OTA* dient das Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024)⁷ als Hauptquelle; dieses wurde durch eigene Datenerhebungen ergänzt und validiert. Die Eintragung in das Gesundheitsberufsregister ist fünf Jahre gültig. Um Ihre Berufsberechtigung weiterhin aufrecht zu halten, ist vor Ablauf der Gültigkeit eine Verlängerung um weitere fünf Jahre notwendig.⁸

Sowohl für Hebammen als auch für MTD-Berufe und OTA ist eine Registrierung im Hebammenregister bzw. im Gesundheitsberufsregister verpflichtend. Personen, die aus dem Beruf ausscheiden, sollten sich auch aus dem jeweiligen Register austragen. Da dies jedoch nicht kontrolliert oder sanktioniert wird, ist davon auszugehen, dass die Zahl der registrierten Personen höher ist als jene der tatsächlich aktiv Berufsausübenden.

Für die *MAB* existiert kein Register. Daher basiert die Datengrundlage für die vorliegende Arbeit ausschließlich auf eigens dafür durchgeführten Erhebungen. Diese umfassten folgende Settings: Akutkrankenanstalten und Sanatorien, Pflegewohnheime, Gesundheitsbetriebe und Labore, Primärversorgungseinheiten (PVE), Ausbildungseinrichtungen und die Stadt Graz.

Die eigenen Erhebungen wurden mit Daten des Hebammen- und Gesundheitsberufsregisters abgeglichen und mithilfe der Kostenstellenstatistik der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten geprüft. Dabei zeigte sich, dass insbesondere der intramurale Bereich valide erfasst werden konnte, während Daten aus dem extramuralen Bereich unvollständig blieben: eine erwartbare Limitation, da einige MTD-Berufsgruppen und Hebammen auch freiberuflich tätig sind. Für die MAB spielte dies eine geringere Rolle, da diese vorwiegend in Krankenanstalten tätig sind; hier wurde ein besonderes Augenmerk auf Laborinstitute und radiologische Institute gelegt. Auf Basis der Rückmeldungen der Einrichtungen erfolgte eine Hochrechnung auf die steirische Gesamtstruktur.

Zusätzlich zu den quantitativen Daten wurden parallel auch monoprofessionelle Interviews und Gruppendiskussionen mit Vertretungen der Berufsverbände und Studiengangsleitungen sowie multiprofessionelle Gespräche mit Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitssystems geführt, um strukturelle und berufsspezifische Einflussfaktoren sowie Kontextbedingungen der Versorgung zu erfassen. Die qualitative Datenerhebung zu den *Hebammen* umfasste:

- ein Einzelinterview mit der Leitung der Landesgeschäftsstelle Steiermark des Hebammengremiums sowie
- eine Gruppendiskussion mit der Leitung und Stellvertretung der Landesgeschäftsstelle und der Studiengangsleitung Hebammen an der FH JOANNEUM.

Die spezifische qualitative Datenerhebung zu den *MTD-Berufen* umfasste:

⁶ Sowohl Rohdaten als auch aggregierte Daten des Jahres 2025 (Stichtag 01.01.2025) wurden der EPIG am 11.02.2025 vom Österreichischen Hebammengremium übermittelt.

⁷ Aggregierte Daten des Jahres 2025 (Stichtag 31.12.2024) wurden am 03.07.2025 von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) an die Abteilung 12 des Landes Steiermark übermittelt.

⁸ Gesundheitsberufsregister, Verlängerung der Registrierung: <https://gbr.goeg.at/Verl%C3%A4ngerung> (abgerufen am 19.11.2025)

- monoprofessionelle Interviews und/oder Gruppendiskussionen mit Vertretungen der Berufsverbände und Studiengangsleitungen (FH JOANNEUM),
- multiprofessionelle Gespräche mit Akteurinnen und Akteure des Gesundheitssystems.

Zu den *MAB* erfolgten sowohl Einzelinterviews als auch Gruppendiskussionen mit Vertreterinnen und Vertretern der Bildungseinrichtungen, des Verbands der diplomierten medizinisch-technischen Fachkräfte und der medizinischen Assistenzberufe Österreichs (DMTF & MAB – Verband) sowie mit weiteren Angehörigen der MAB.

Die transkribierten Interviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring 2016) induktiv ausgewertet. Kategorien und Subkategorien wurden aus dem Datenmaterial entwickelt. Für Datenmanagement und Codierung wurde MAXQDA 24⁹ verwendet. Die qualitativen und quantitativen Ergebnisse wurden trianguliert, um eine ganzheitliche Interpretation zu ermöglichen.

3.2.2 Ausbildung, Anerkennungen, Nostrifizierungen und Berufsaustritte

Für die Ermittlung der Ausbildungsplätze der Hebammen und der Angehörigen der MTD wurden Informationen zu Antragsplätzen, Studienbeginnerinnen und Studienbeginnern sowie zu Absolventinnen und Absolventen der Jahre 2017 bis 2025 (sofern verfügbar) von der FH JOANNEUM herangezogen. Für die MAB wurden die Daten der Bildungszentren Süd und Ost sowie die der Privatinstitute verwendet. Zur Validierung wurden die Daten zu den Absolventen und Studierenden von Statistik Austria herangezogen.

Anerkennungen und Nostrifizierungen spielen insbesondere für einzelne Berufsgruppen eine bedeutende Rolle. Diese wurden aus den Jahresberichten des Gesundheitsberuferegisters (2019–2024) entnommen und auf die Steiermark hochgerechnet. Zusätzlich stellte die FH JOANNEUM Zahlen zu Nostrifizierungen bereit. Die Thematik wurde in Interviews mit Berufsgruppenvertreterinnen und -vertretern diskutiert, um zukünftige Entwicklungen einschätzen zu können.

Zu Berufsaustrittswahrscheinlichkeiten liegen keine quantitativen Daten vor. Die Bewertung erfolgte daher auf Basis von Indikatoren wie Berufsattraktivität, Einsatzmöglichkeiten in verschiedenen Settings, Teilzeit- und Karriereoptionen sowie gesundheitlichen Anforderungen. Diese Einschätzungen wurden während der qualitativen Datenerhebungen mit Berufsgruppenvertreterinnen und -vertretern reflektiert.

3.2.3 Modellierung und Planung

Für die Modellierung wurden alters- und geschlechtsspezifische Mortalitätsraten der österreichischen Sterbetafel¹⁰ sowie alters- und geschlechtsspezifische Pensionierungsraten¹¹ von Statistik Austria

⁹ VERBI Software (2022). MAXQDA 24

¹⁰ Statistik Austria, Sterbetafel: https://www.statistik.at/fileadmin/pages/413/Geglaettete_Sterbetafeln_2016_2023.ods (abgerufen am 19.11.2025)

¹¹ Statistik Austria, Pensionierungsraten: https://www.statistik.at/fileadmin/pages/1723/Pensionierungstafeln_2021_und_2022_-_Anhang_1_Tafeln_2021.pdf (abgerufen am 19.11.2025)

verwendet. Letztere wurden angepasst, um ein künftig höheres tatsächliches durchschnittliches Pensionsantrittsalter abzubilden.

Die Planungsgrundlage umfasst gesetzliche Dokumente (Hebammengesetz¹², MTD-Gesetz¹³, MAB-Gesetz¹⁴). Ergänzend wurden nationale und internationale Literatur sowie die Interviewergebnisse genutzt, um berufsspezifische Anforderungen und strategische Überlegungen abzuleiten. Im Rahmen internationaler Vergleiche wurden OECD-Daten zur Berufs- und Versorgungsdichte analysiert sowie Literatur zu Versorgungsmodellen und Wirksamkeit der einzelnen Berufsgruppen berücksichtigt. Für demografische Planungsparameter wurden Bevölkerungsdaten¹⁵ und -prognosen¹⁶ sowie für die Hebammen Geburtenstatistiken¹⁷ und -prognosen verwendet.

3.3 Planungsprozess

Der Personalstand der jeweiligen Berufsgruppe zum Stichtag 31.12.2024 bildet die Grundlage der Personalbedarfsprognose 2035. Um den künftigen Bedarf möglichst realistisch abzuschätzen, wurden neben quantitativen Berechnungen auch qualitative Einschätzungen berücksichtigt, die Versorgungsstrukturen, berufsspezifische Anforderungen und Wirksamkeit der Berufsgruppen einbeziehen. Auf Basis des prognostizierten Bedarfs 2035 wurde anschließend die Zahl jener Ausbildungsplätze abgeleitet, die erforderlich ist, um sowohl Erfolgsquoten beim Abschluss als auch Zu- und Abwanderungen zwischen Bundesländern zu berücksichtigen.

Die quantitative Analyse basiert auf einem in *TreeAge* implementierten Markov-Modell, das den Zeitraum 2025-2035 abbildet. Ausgehend vom aktuellen Bestand sowie der Alters- und Geschlechtsverteilung der Berufsangehörigen wird berechnet, wie viele Personen 2035 voraussichtlich noch im Beruf tätig sein werden. Dabei werden folgende Ausfälle aufgrund von Pensionierungen, berechnet anhand der modifizierten Pensionierungstafel von Statistik Austria, von Todesfällen, basierend auf den Mortalitätsraten von Statistik Austria und von Berufsaustritten, abgeleitet aus qualitativen Einschätzungen zu berufsspezifischen Faktoren, die in Gesprächen mit Berufsgruppenvertreterinnen und -vertretern reflektiert wurden, berücksichtigt.

¹² Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS), Bundesgesetz über den Hebammenberuf (Hebammengesetz – HebG): <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010804> (abgerufen am 19.11.2025)

¹³ Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS), Gesamte Rechtsvorschrift für MTD-Gesetz 2024: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20012653> (abgerufen am 19.11.2025)

¹⁴ Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS), Gesamte Rechtsvorschrift für Medizinische Assistenzberufe-Gesetz: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007997> (abgerufen am 19.11.2025)

¹⁵ STATcube – Statistische Datenbank von STATISTIK AUSTRIA; Bevölkerung zu Jahresbeginn ab 2000: <https://statcube.at/statistik.at/ext/statcube/jsf/tableView/tableView.xhtml> (abgerufen am 19.11.2025)

¹⁶ Statistik Austria Steiermark Hauptvariante 2024; https://www.statistik.at/fileadmin/pages/414/Steiermark_Hauptvariante_2024.ods (abgerufen am 19.11.2025)

¹⁷ Statistik Austria, Demographische Merkmale von Geborenen: https://www.statistik.at/fileadmin/pages/424/neu_Geborene_nach_demographischen_Merkmalen.ods (abgerufen am 19.11.2025)

Der daraus resultierende *Ersatzbedarf* umfasst jene Personen, die ausgebildet werden müssen, um zumindest den heutigen Personalstand jeder einzelnen Berufsgruppe aufrecht zu erhalten. Der Ersatzbedarf wird durch Nostrifizierungen und Anerkennungen etwas abgemildert, deren Anzahl aus den Jahresberichten des Gesundheitsberuferegisters (2019 bis 2024) sowie durch Einschätzungen der Berufsgruppenvertreterinnen und -vertreter abgeleitet und als über die Jahre weitgehend konstant angenommen wurde.

Zusätzlich zu den Personen, die benötigt werden, um den bestehenden Personalstand halten zu können, wird ein *Mehrbedarf* berücksichtigt, der auf strukturellen Entwicklungen und Vorstellungen dazu beruht, wie zukünftig versorgt werden soll. Dieser wurde aus qualitativen Überlegungen in quantitative Größen überführt und berücksichtigt insbesondere demografische Entwicklungen, die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung, eine verstärkte Integration in bestimmten Settings, die interprofessionelle Zusammenarbeit und einen Skill-Mix sowie internationale Vergleichsdaten.

Der Gesamtbedarf 2035 ergibt sich somit aus dem *Bestand 2025 zuzüglich Ersatz- und Mehrbedarf*. Daraus wird die Zahl der Personen abgeleitet, die bis 2035 auszubilden sind. Die Erfolgsquote wurde anhand der Studienbeginnerinnen und Studienbeginner in Relation zu den Absolventinnen und Absolventen der jeweiligen Jahrgänge berechnet. Zusätzlich wurden zur Planung die erwarteten Absolventinnen und Absolventen aus laufenden Jahrgängen (2022–2024) sowie die Studienbeginnerinnen und Studienbeginner 2025 berücksichtigt. Die darüber hinaus bis 2035 benötigten Absolventinnen und Absolventen wurden gleichmäßig auf die Folgejahre verteilt; die jeweilige Ausbildungsdauer wurde entsprechend einbezogen.

Um potenziell nicht besetzbare Ausbildungsplätze einzukalkulieren, wurde außerdem die Relation zwischen Antragsplätzen und tatsächlichen Studienbeginnerinnen und Studienbeginnern analysiert. Zu- und Abwanderungen wurden anhand der Ausbildungsorte jener Personen berechnet, die in der Steiermark bzw. Österreich tätig sind (MTD-Berufe). Dabei wird angenommen, dass das Verhältnis zwischen in der Steiermark und in anderen Bundesländern ausgebildeten Personen künftig konstant bleibt. Für die übrigen Berufsgruppen standen entsprechende Daten nicht zur Verfügung.

3.4 Limitationen und Qualitätssicherung

Die Daten des Gesundheitsberuferegisters lagen ausschließlich in aggregierter Form vor. Eine individuelle Zuordnung der Personen zu Ausbildungs- und Tätigkeitsorten oder Anstellungsarten war daher nicht möglich. Zudem fehlen exakte Angaben zu Kategorien mit weniger als fünf Personen. Da im Register nur die Anzahl der Berufsangehörigen erfasst ist, jedoch keine Angaben zum tatsächlichen Beschäftigungsausmaß vorliegen, bleibt die Einschätzung der realen Arbeitskapazitäten eingeschränkt. Dies betrifft insbesondere Berufsgruppen mit hoher Freiberuflichkeit oder zunehmenden Teilzeitquoten. Die eigenen Datenerhebungen lieferten Informationen zum Beschäftigungsausmaß vor allem für den intramuralen Bereich; für andere Settings können nur näherungsweise Angaben gemacht werden.

Das im Gesundheitsberuferegister eingetragene Tätigkeitssetting wird von den Berufsangehörigen selbst bestimmt, wobei Mehrfachnennungen möglich sind. Es existieren jedoch keine Informationen zum tatsächlichen zeitlichen Anteil einzelner Settings bei gemischter Berufsausübung oder dazu, wel-

ches Setting den beruflichen Schwerpunkt darstellt. Obwohl Änderungen laut Gesundheitsberuferegister-Gesetz meldepflichtig sind¹⁸, findet keine systematische Kontrolle der Angaben statt. Da das Register erst 2018 eingeführt wurde und eine Registrierung fünf Jahre gültig ist, erfolgte die erste umfassende Bereinigung 2023. Dadurch kann angenommen werden, dass die Daten zum Stichtag Ende 2024 überwiegend aktuell sind.

Für die MAB liegen bislang weder in Österreich noch in der Steiermark umfassende Erhebungen vor; die Validierung der eigenen Erhebung war somit nicht möglich. Die Daten wurden auf Basis der Rückmeldungen aus den befragten Einrichtungen auf die Gesamtstruktur hochgerechnet. Die von der Wirtschaftskammer Steiermark (WKO) bereitgestellten Daten konnten nicht in der vereinbarten Form übermittelt werden, da insbesondere die standardisierten Templates zum Personalstand pro Gesundheitsbetrieb sowie Einzelauswertungen pro Betrieb oder Bereich angesichts der jeweiligen Rücklaufquoten nicht skalierbar waren. Um dennoch einen IST-Stand für die MAB darstellen zu können, mussten Hochrechnungen auf Basis medizinischer Einzelleistungen (MEL) bzw. Bettenzahlen (v. a. bei Privatkliniken) sowie qualitative Rückmeldungen im niedergelassenen Bereich und in Gesundheitsbetrieben herangezogen werden.

Die Berufsaustrittswahrscheinlichkeit konnte mangels quantitativer Daten nicht direkt berechnet werden. Sie wurde daher qualitativ abgeleitet und als über alle Altersgruppen und Jahre konstant angenommen.

Weitere Limitationen stellen die als konstant angenommene Erfolgsquote sowie die Zu- und Abwanderung von und in andere Bundesländer nach Absolvierung der Ausbildung dar. Wenn die Anzahl der Studienbeginnerinnen und Studienbeginner erhöht bzw. erniedrigt wird, kann dadurch auch die Erfolgsquote beeinflusst werden. Zusätzlich hängt der Verbleib nach der Ausbildung im Bundesland neben persönlichen Präferenzen auch von den Arbeits- und Vertragsbedingungen ab, die kaum prognostizierbar sind. Auch hängen Anerkennungen und Nostrifizierungen von der Ausbildungs- und Versorgungssituation in den verschiedenen Ländern und den Anerkennungsverfahren in Österreich ab.

Die internationale Vergleichbarkeit ist eingeschränkt, da Länder unterschiedliche Definitionen, Erhebungsmethoden und Berichtszeiträume verwenden. Zur Sicherstellung der methodischen Qualität wurden folgende Validierungsmaßnahmen umgesetzt:

- Datentriangulation zwischen Sekundärdaten und eigenen Erhebungen,
- Doppelkodierung bei der qualitativen Analyse,
- Plausibilitäts- und Sensitivitätsanalysen im Prognosemodell.

Für die sprachliche Überarbeitung wurden MAXQDA (*AI Assist, Tailwind*) sowie ChatGPT (GPT-5, OpenAI; Nutzung November 2025) ausschließlich zur sprachlichen Ausarbeitung eingesetzt.

¹⁸ § 17 Abs 1-3 GBRG 2016

4 Personalbedarf – Hebammen

Hebammen betreuen, beraten und pflegen Frauen während der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett. Ihr Aufgabenspektrum ist im Hebammengesetz geregelt und spannt sich somit über den gesamten Geburtsverlauf. Sie wirken zudem an Maßnahmen der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge mit und sind somit auch in der ersten Lebensphase des Neugeborenen betreuend tätig.¹⁹ Grundsätzlich ist für die Geburt und die Versorgung des Neugeborenen eine Hebamme beizuziehen. Sollte dies während der Geburt nicht möglich sein, ist unverzüglich nach der Geburt eine Hebamme für die weitere Pflege der Wöchnerin und des Säuglings hinzuzuziehen.²⁰ Treten während der Schwangerschaft, der Geburt oder im Wochenbett Verdachtsmomente oder Anzeichen regelwidriger bzw. potenziell gefährdender Zustände für Mutter oder Kind auf, übt die Hebamme ihre Tätigkeit nur auf ärztliche Anordnung und in Zusammenarbeit mit einer Ärztin oder einem Arzt aus.²¹

4.1 IST-Stand 2025

4.1.1 Personalstand

Mit dem Stichtag 01.01.2025 umfasste der Hebammenbestand in der Steiermark *327 Personen*; unter Berücksichtigung der Lebendgeburten 2024 ergibt dies durchschnittlich *32,9 Hebammen pro 1.000 Lebendgeburten*. Rund die Hälfte aller Hebammen arbeitet kombiniert sowohl freiberuflich als auch im Krankenhaus. 27,2 % aller in der Steiermark tätigen Hebammen sind ausschließlich freiberuflich (FP) und 22,0 % ausschließlich angestellt tätig. Zu den angestellten Beschäftigungsverhältnissen zählen Anstellungen in Krankenanstalten (einschließlich Sanatorien), in PVE oder in Ordinationen für Gynäkologie und Geburtshilfe.²²

Hebammen je Setting				Gesamtzahl Steiermark
	nur angestellt	in der FP und im KH	nur in der FP	
Absolut	72	166	89	327
Prozentuell	22,0 %	50,8 %	27,2 %	

Tabelle 1: IST-Stand Beschäftigungsverhältnis der Hebammen in der Steiermark. Datengrundlage: Hebammenregister (Stichtag 01.01.2025).

Hinsichtlich der VZÄ ist eine vollständige Aussage über alle Settings nicht möglich, da Mehrfachbeschäftigungen nicht individuell zuordenbar sind. Für den Stichtag 31.12.2024 ergibt sich jedoch, dass in

¹⁹ § 2 Abs 1 HebG 2025

²⁰ § 3 Abs 1-2 HebG 2025

²¹ § 4 Abs 1 HebG 2025

²² Die Information wurde am 14.04.2025 per E-Mail vom Österreichischen Hebammengremium übermittelt.

Krankenanstellen angestellte Hebammen im Durchschnitt ein Beschäftigungsausmaß von rund 75 % aufweisen. Das durchschnittliche Anstellungsverhältnis in PVE in der Steiermark beträgt in der Steiermark etwa 45 %. Aussagen zu weiteren Settings bzw. weiteren Gesundheitseinrichtungen oder zur Freiberuflichkeit in Bezug auf VZÄ waren aufgrund der Limitationen des Projektes nicht möglich.

4.1.2 Ausbildungsorte der in der Steiermark tätigen Hebammen

Nachstehend sind die Ausbildungsorte der in der Steiermark tätigen Hebammen innerhalb Österreichs dargestellt. Der überwiegende Teil der Berufsangehörigen hat das Studium in Graz absolviert, gefolgt von Klagenfurt, Wien, Linz und Salzburg. Daneben ist eine kleinere Gruppe von insgesamt 28 Hebammen in verschiedenen Staaten außerhalb Österreichs ausgebildet worden, darunter insbesondere in Deutschland (11 Personen). Einzelne Hebammen haben Abschlüsse aus den Niederlanden, Polen, Italien, Kroatien, Slowenien, der Schweiz, Frankreich, Ungarn und weiteren Staaten.

Ausbildungsort der in der Steiermark tätigen Hebammen in Österreich (Stand 01.01.2025)	
Stadt	Gesamtzahl
Graz	203
Innsbruck	2
Klagenfurt	36
Krems	8
Linz	11
Salzburg	11
Wien	28

Tabelle 2: Verteilung der in der Steiermark tätigen Hebammen nach Ausbildungsort in Österreich. Datengrundlage: Hebammenregister (Stichtag 01.01.2025).

4.1.3 Aktuelle Versorgung durch die Hebammen in der Steiermark

Die aktuelle Hebammenversorgung in der Steiermark umfasst mehrere Settings und Tätigkeitsbereiche, weist jedoch strukturelle Lücken und regionale Unterschiede auf. Hebammen begleiten Frauen während der gesamten Perinatalphase – von der Schwangerschaft über die Geburt bis in das Wochenbett. Während die Tätigkeit im Kreißaal am sichtbarsten ist, werden Hebammen auf Wochenbettstationen öffentlicher Krankenanstellen derzeit nur in sehr begrenztem Umfang eingesetzt. Aus den Stellungnahmen der Hebammenvertreterinnen geht hervor, dass dies angesichts einer teils angespannten personellen Situation im Pflegebereich als nicht genutztes Potenzial wahrgenommen wird, da Hebammen in verschiedenen Bereichen flexibel einsetzbar wären. In den Interviews wurde betont, dass eine stärkere Einbindung von Hebammen auf Wochenbettstationen sowohl aus fachlicher Sicht als auch zur Unterstützung der Pflege sinnvoll wäre. Eine strukturierte Zuordnung von Hebammen zu mehreren Bereichen – etwa Kreißaal, Wochenbettstation und Ambulanz – würde zudem ermöglichen, Personalengpässe durch Rotation oder gegenseitiges Einspringen auszugleichen. Es wurde außerdem darauf hinge-

wiesen, dass es in der Vergangenheit einzelne Modelle in der Steiermark gab, in denen Hebammen sowohl im Kreißsaal als auch auf Wochenbettstationen tätig waren, dies jedoch heute nur mehr vereinzelt umgesetzt wird.

Laut Aussagen der Vertreterinnen der Berufsgruppe Hebammen spielt die freiberufliche Tätigkeit insbesondere in Privatkliniken und Hebammenpraxen eine wichtige Rolle. Hebammen sind beispielsweise in der Privatklinik Graz-Ragnitz oder im Sanatorium Lebensraum St. Leonhard als Beleghebammen tätig, betreuen Frauen während der Geburt und übernehmen tägliche Visiten, während die pflegerische Versorgung im Wochenbett durch das Pflegepersonal erfolgt. Darüber hinaus bieten einzelne freiberuflich geführte Hebammenpraxen, etwa in Graz-Gösting, eine kontinuierliche Betreuung über mehrere Phasen hinweg an.

In der Gesundheitsvorsorge und Prävention sind Hebammen bislang nur eingeschränkt tätig, obwohl sie auch in der präkonzeptionellen Phase und in der Gesundheitsförderung wirksam werden könnten. Die Einbindung in PVE befindet sich noch im Aufbau. Langfristig wird angestrebt, dass in jeder PVE mindestens eine Hebamme tätig ist, die Frauen von der frühen Schwangerschaft bis ins Wochenbett begleitet. Dabei sollen Hebammen eigenverantwortlich arbeiten können.

Nach Einschätzung der Vertreterinnen des Hebammengremiums hat sich der Zugang zu Hebammenleistungen in den letzten Jahren zwar verbessert, dennoch bestehen weiterhin Engpässe, insbesondere in Graz und Umgebung, da Kassenhebammen stark ausgelastet sind. Die Vertreterinnen verweisen auf mehrere strukturelle Herausforderungen, die die Versorgungssituation beeinflussen: Der Mangel an Hebammen auf Wochenbettstationen führt zu Versorgungslücken, und Teilzeitmodelle erschweren die Personalplanung, weil mehr Köpfe benötigt werden, um die Dienste (insbesondere Nacht- und Wochenenddienste) abdecken zu können.

4.2 Hebammen im internationalen Kontext

Ein Vergleich der OECD-Daten zeigt deutliche Unterschiede in der Hebammendichte bezogen auf die Zahl an Geburten zwischen den europäischen Ländern. Österreich liegt dabei im unteren bis mittleren Bereich.

Land	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Polen	60,83	59,87	56,57	58,94	73,88	77,76	85,63	93,22	104,71
Irland							72,27	77,37	78,04
Schweden	64,04	63,6	65,81	67,26	69,05	68,92	70,15	77,37	
Belgien			65,35	69,76	71,51		71,31	75,42	
Finnland	40,96	43,06	46,86	49,94	49,2	49,42	45,61	49,68	50,8
Norwegen	41,72	42,5	44,23	45,32	46,43	47,83	45,74	49,63	49,77
Vereinigtes Königreich	40,39	40,44	41,83	43,41	45,18	48,2	46,76	47,53	
Estland	32,43	31,31	33,01	31,74	34,04	36,57	37,37	44,39	47,77
Tschechien	38,77	34,65	34,66	36,04	36,93	38,55	38,72	44,28	50,16

Italien	32,15	34,87	36,46	38,22	41,07	42,58	42,86	44,18	46,48
Dänemark	32,44	31,6	32,87	34,03	35,62	37,09	35,73	42,56	46,41
Litauen	30,33	31,21	32,35	32,99	35,8	37,15	37,38	38,97	37,72
Spanien								38,13	43,25
Schweiz	29,96	30,53	30,62	31,58	33,41	34,15	33,13	37,06	39,21
Deutschland	31,18	29,04	30,58	30,48	32,13	33,63	31,43	35,19	40,4
Frankreich	27,85	28,94	29,6	30,2	30,69	31,94	31,94	33,45	37,34
Österreich	25,35	25,39	25,89	27,33	28,85	29,89	30,12	31,91	35,4
Niederlande	21,88	22,52	24,06	25,14	24,79	26	25,71	28,82	28,06
Ungarn	18,39	17,07	25,99	26,09	24,66	24,33	24,34	25,56	26,33
Lettland	18,11	18,34	19,16	20,5	21,4	22,56	22,62	24,82	26,43
Slowenien	7,51	8,9	10,18	12,05	14,12	16,41	17,59	21,73	24,19

Tabelle 3: Zahl der Hebammen pro 1.000 Lebendgeburten in europäischen OECD-Ländern. Datengrundlage: OECD Data Explorer²³ (Abfrage: 03.11.2025). Hinweis: Länder mit dem Vermerk „Definition differs“ sind nicht berücksichtigt. Darstellung: absteigend nach den Werten von 2022.

Da die Zahl der Geburten, die eine Hebamme in einem Jahr begleitet, sehr stark davon abhängt, wo sie tätig ist, ist obenstehender Vergleich nur bedingt aussagekräftig. Vor allem nur intramural angestellte Hebammen begleiten eine deutlich größere Zahl an Geburten unmittelbar während des Geburtsvorgangs selbst, sind aber kaum in die perinatale Begleitung eingebunden. Umgekehrt gilt dies für jene Hebammen, die selbstständig sind, in ebenso hohem Ausmaß.

Dies weist jedoch auf ein Problem vor allem in der öffentlichen Versorgung hin, dass die Kontinuität der Begleitung über die Schwangerschaft und die Geburt sowie die Nachsorge hinweg nicht stark ausgeprägt ist. Dieser Befund wird auch von Vertreterinnen der Berufsgruppe geteilt.

4.2.1 Wirksamkeit kontinuierlicher Hebammenbetreuung im internationalen Vergleich

Internationale Evidenz belegt die hohe Wirksamkeit von *Modellen der kontinuierlichen Hebammenbetreuung* (Midwife Continuity of Care). Laut dem Cochrane-Review von Sandall et al. (Sandall et al. 2024) werden Frauen in diesen Modellen während der Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbett von derselben Hebamme oder einem konstanten Team betreut, wobei bei Bedarf interprofessionell mit Ärztinnen und Ärzten zusammengearbeitet wird. Der Fokus liegt vor allem auf Frauen mit niedrigem Risiko für geburtshilfliche Komplikationen.

Diese Betreuungsform zeigt in mehreren Studien signifikante Vorteile:

- *Medizinische Outcomes:* höhere Wahrscheinlichkeit einer natürlichen Geburt, geringere Raten an Kaiserschnitten, instrumentellen Geburten und Episiotomien.

²³ OECD Data Explorer, Midwives: <https://data-explorer.oecd.org/> (abgerufen am 03.11.2025)

- *Psychosoziale Effekte:* Frauen berichten konsistent von größerem Vertrauen, höherem Sicherheitsgefühl, mehr Selbstbestimmung sowie weniger Stress und Angst.
- *Ökonomische Vorteile:* In der pränatalen und intrapartalen Betreuung wurden Kosteneinsparungen durch kürzere Krankenhausaufenthalte und geringere Interventionsraten nachgewiesen.

Eine ergänzende Scoping-Review von Bradford et al. (Bradford et al. 2022) zeigt, dass über 90 % der untersuchten Modelle alle Phasen der Betreuung (Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett) abdecken. Besonders verbreitet sind kleine Hebammenteams von zwei bis vier Personen, wie etwa in Australien, dem Vereinigten Königreich, Dänemark und Schweden. Das britische *Midwifery Continuity of Care (MCoC)-Programm* gilt als internationales Best-Practice-Beispiel. Es stellt sicher, dass jede Frau eine namentlich zugewiesene Hebamme erhält, die ihre Betreuung während der gesamten Perinatalzeit verantwortet, unterstützt von einem kleinen Team und gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit Gynäkologinnen und Gynäkologen (Milton et al. 2025).

In den Gesprächen mit Vertreterinnen der Berufsgruppe wurde hervorgehoben, dass Modelle kontinuierlicher Hebammenbetreuung auch die Berufs- und Arbeitszufriedenheit deutlich erhöhen würden. Dies könne dazu beitragen, Hebammen länger im Angestelltenverhältnis zu halten und gegebenenfalls Kolleginnen aus der Freiberuflichkeit (wieder) in angestellte Strukturen zurückzuholen.

4.3 Prognosewerte 2035

Diese Analyse zeigt, dass neben organisatorischen Anpassungen in der Hebammenversorgung in der Steiermark insbesondere die Verfügbarkeit für eine kontinuierliche Familienbegleitung gestärkt werden sollte. Als wirksamer Ansatz gilt die Adaptierung von in mehreren europäischen Ländern etablierten Modellen der kontinuierlichen Hebammenbetreuung, um den identifizierten Versorgungslücken entgegenzuwirken. Die qualitative Datenerhebung verdeutlicht jedoch den klaren Wunsch der Berufsgruppe, Familien künftig kontinuierlicher und über Sektorengrenzen hinweg begleiten zu können.

Der Personalbedarf 2035 wurde unter der Annahme berechnet, dass Modelle der kontinuierlichen Hebammenbetreuung Vorteile für Familien, das Gesundheitssystem sowie die Berufsgruppe selbst bringen. Der Gesamtbedarf für 2035 setzt sich aus dem Ersatzbedarf (berücksichtigt Pensionierungen, Berufsaustritte und Sterbefälle) und dem erwarteten Mehrbedarf zusammen, wobei der Mehrbedarf settingspezifisch differenziert wurde:

- *Krankenanstalten:* +15 % VZÄ zur Verbesserung von Betreuungsqualität und Kontinuität (gleiche Hebamme bzw. Hebammenteam vor, während und nach der Geburt).
- *PVE:* Hebammen sollen verstärkt in PVE tätig sein; Grundlage der Berechnung war eine Hebamme, die zwei PVEs betreut.

Die Projektion auf die einzelnen Settings erfolgte auf Basis der prozentuellen Verteilung pro Setting im Jahr 2025 laut Hebammenregister. Aus diesen Annahmen ergibt sich ein SOLL 2035 von **414 Hebammen** (absolut) bzw. eine Dichte von **39,6 Hebammen je 1.000 Lebendgeburten**. Damit steigt die theoretisch verfügbare Betreuungszeit pro Geburt deutlich an (gegenüber dem IST-Stand 2025) um rund 12 Stunden pro Geburt (von 42 auf 50 Stunden).

Hebammen in der Steiermark					
IST-Stand 2025		Mehrbedarf	Gesamtbedarf (Ersatzbedarf + Mehrbedarf)	SOLL 2035	
Hebammen (absolut)	Hebammen/ 1.000 LG			Hebammen (absolut)	Hebammen/ 1.000 LG
327	32,9	68,8	164	414	39,6

Tabelle 4: IST-Stand 2025 und SOLL 2035 der Hebammen in der Steiermark. Datengrundlage: Hebammenregister (Stichtag 01.01.2025). Berechnung anhand von Bevölkerungs-, Mortalitäts-, Pensionierungsdaten von Statistik Austria, der Berufsaustrittswahrscheinlichkeit und Ausbildungsdaten der FH JOANNEUM.

Zur Deckung des prognostizierten Bedarfs, unter Berücksichtigung der Erfolgsquote für die Ausbildung und unter der Annahme, dass im Jahr 2025 bereits 20 Ausbildungsplätze beantragt wurden, werden für den Zeitraum 2026 bis 2035 *jährlich 20 bis 22 besetzte Ausbildungsplätze* benötigt.

5 Personalbedarfsprognose – MTD-Berufe

Die Angehörigen der medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTD-Berufe) führen Maßnahmen der Diagnostik, Therapie und Prävention unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen durch. Grundlage ihres Handelns ist der jeweils berufsspezifische Prozess in den Bereichen der kurativen, habilitativen, rehabilitativen und palliativen Versorgung, sowie in der Gesundheitsförderung, Prävention, Forschung, Entwicklung und Lehre. Die Tätigkeit erfolgt in intra- und extramuralen Settings.²⁴ Nachstehend werden die Prognosen, die dahinter stehende Rationale sowie die Ausgangslage für jeden der MTD-Berufe gesondert dargelegt.

5.1 Biomedizinische Analytik (BMA)

Der Beruf der BMA umfasst gemäß § 4 des MTD-Gesetzes alle Methoden der Labor- und Funktionsdiagnostik, die im Rahmen medizinischer Untersuchungen und Behandlungen erforderlich sind. Die Tätigkeiten erstrecken sich über den gesamten biomedizinisch-analytischen Prozess – von Präanalytik über Durchführung und Befundung bis zur Postanalytik und Evaluierung – und leistet einen wesentlichen Beitrag zu Diagnostik, Therapieplanung und Qualitätssicherung.²⁵

Eine neue Verordnung für die FH-Bachelorausbildungen auf Basis des MTD-Gesetzes 2024 (FH-MTD-AV) ist in Vorbereitung. Da das Gesetz kein Datum für das Inkrafttreten nennt, gilt die aktuelle FH-MTD-AV für laufende Ausbildungen bis längstens 31. August 2027 weiter.²⁶ Mit der neuen FH-MTD-AV wird das Berufsbild erweitert und modernisiert. Die Ausbildung umfasst die vier Pflichtbereiche polyvalente medizinische Diagnostik, Pathologie, die Infektionsanalytik und die Funktionsdiagnostik (inkl. eigenverantwortlicher Verabreichung bestimmter Arzneimittel, z. B. Bronchodilatoren).

In allen Bereichen sind molekulare Diagnostik und Molekulargenetik verankert; zusätzliche Kompetenzen betreffen die arterielle Blutabnahme, das Setzen von Verweilkanülen und das Durchführen von Abstrichen. In der Pathologie übernehmen BMA zunehmend makroskopische Beschreibungen der Präparate, eine neue Kompetenz, die bislang ausschließlich Ärztinnen und Ärzten vorbehalten war.²⁷ Die Tätigkeitsfelder erweitern sich um Zellkultur, Reproduktionsmedizin, Transfusionsmedizin (inkl. Stammzell-/CAR-T-Therapie), Qualitätsmanagement, Forschung und Datenanalyse. Perspektivisch stärken BMAs die Validierung von Point-of-Care-Verfahren, die Qualitätssicherung sowie die Auswertung komplexer molekulargenetischer Datensätze. Im Unterschied dazu dürfen Laborassistentinnen und Laborassistenten nur standardisierte Laboruntersuchungen unter ärztlicher Anordnung oder Delegation durch

²⁴ § 1 Abs 2 MTDG 2024

²⁵ § 4 Abs 1-2 MTDG 2024

²⁶ Dachverband der gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe Österreichs: Informationsblatt „Stand der Verordnungen gemäß MTD-Gesetz 2024 zum 1. September 2025“. https://www.mtd-austria.at/fileadmin/Aktuelles/2025/Information_%C3%BCber_den_Stand_der_Verordnungen_gem%C3%A4%C3%9F_MTD-Gesetz_2024__01.09.2025_.pdf (abgerufen am 06.11.2025)

²⁷ Da die neue Ausbildungs-Verordnung bislang noch nicht veröffentlicht wurde, basieren die beschriebenen inhaltlichen Änderungen und Ergänzungen auf Informationen aus einer E-Mail-Korrespondenz (13.10.2025) mit der Studiengangsleitung Biomedizinische Analytik der FH JOANNEUM.

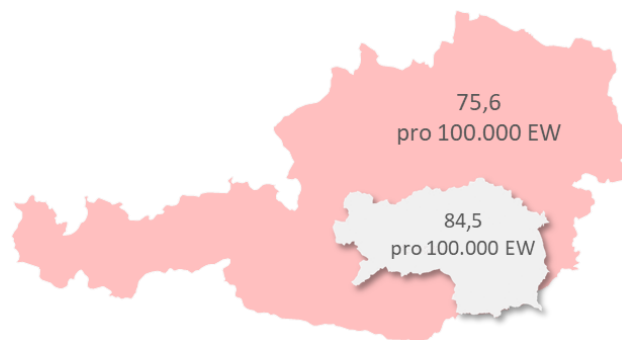
BMA durchführen. Ihre Aufgaben beschränken sich auf Prä-, Analytik- und Postanalytik einfacher Routinemethoden. Die Freigabe bzw. Validierung von Laborbefunden obliegt ausschließlich den BMA.

5.1.1 IST-Stand 2025

Mit Stichtag 31. Dezember 2024 waren in der Steiermark insgesamt 1.075 BMA registriert:

- 993 Frauen (davon 206 ≥ 55 Jahre) und
- 82 Männer (davon 14 ≥ 55 Jahre).

Abbildung 1: BMA pro 100.000 EW in der Steiermark und in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Berechnung nach Bevölkerungsdaten von Statistik Austria.



Die Dichte der BMAs pro 100.000 EW liegt in der Steiermark über dem Bundesdurchschnitt. Trotz einer insgesamt stabilen Versorgungslage ist für die kommenden Jahre mit erheblichen altersbedingten Personalabgängen zu rechnen. So erwartet die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft (KAGes) bis 2030 einen deutlichen Rückgang durch Pensionierungen, wobei die Nachbesetzung zunehmend schwierig wird. Nur etwa die Hälfte der FH-Absolventinnen und -Absolventen strebt laut Berufsverbandsangaben eine Vollzeitbeschäftigung an. Während Digitalisierung und KI-gestützte Verfahren potenziell entlastend wirken können, wird dieser Effekt durch den gestiegenen Dokumentationsaufwand im Qualitätsmanagement teilweise kompensiert.

Bezogen auf die Ausbildungshintergründe zeigt sich eine starke regionale Bindung: 89,3 % aller in der Steiermark tätigen BMA haben ihre Ausbildung in der Steiermark absolviert. Von den in Österreich tätigen BMA wurde rund ein Fünftel (18,7 %) in der Steiermark ausgebildet. Durchschnittlich wird eine Anerkennung bzw. Nostrifizierung pro Jahr berichtet. 83 % der in der Steiermark tätigen BMA sind angestellt, 16 % kombinieren eine Anstellung mit freiberuflicher Tätigkeit und 1 % arbeitet ausschließlich freiberuflich. Das durchschnittliche Beschäftigungsausmaß in Krankenanstalten liegt bei 81 %. Aussagen zu weiteren Settings bzw. weiteren Gesundheitseinrichtungen in Bezug auf VZÄ waren aufgrund der Limitationen des Projekts nicht möglich.

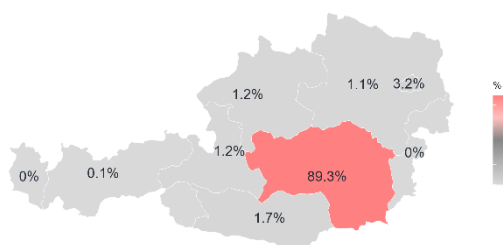


Abbildung 2: Ausbildungsorte von in der Steiermark tätigen BMA. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).

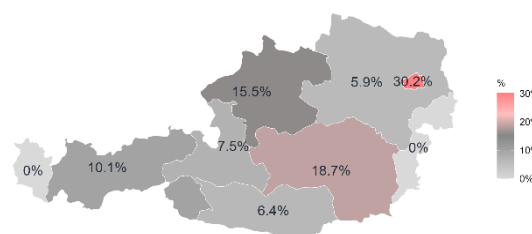


Abbildung 3: Ausbildungsorte von BMA in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024)

BMA nach Setting in der Steiermark	
Setting	Relative Frequenz
Krankenanstalt	62%
Forschungseinrichtung	22%
Sonstige (z. B. Industrie)	10%
Ärzt*in; Gruppenpraxis	7%
Selbst. Ambulatorien	6%
Ausbildungseinrichtung	4%
Kuranstalten	2%
PVE	0,1%*

Tabelle 5: Prozentuale Verteilung der in der Steiermark tätigen BMAs nach Setting. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Mehrfachnennungen sind möglich. *Angaben aus dem Gesundheitsberufsregister wurden durch EPIG-Datenerhebung ergänzt.

5.1.2 Neue Entwicklungen und KI-basierte Transformation in der Biomedizinischen Analytik

Die Integration von künstlicher Intelligenz (KI) in der biomedizinischen Analytik verändert Diagnostik, Datenmanagement und Qualitätssicherung spürbar. Aktuelle Anwendungen betreffen die Mikrobiologie, Hämatologie, klinische Chemie, Pathologie und Labororganisation etwa durch automatisierte Bild- und Probenanalyse, Resistenz-Vorhersagen, digitale Pathologie und Entscheidungsunterstützungssysteme. Zunehmend werden hybride Modelle aus *Machine Learning*, *Deep Learning* und *Natural Language Processing* für Datenmanagement, Qualitätskontrolle und Prozessoptimierung genutzt (Abu-El-Ruz et al. 2025).

Gleichzeitig weist die Literatur auf methodische Hürden hin. Zentrale Herausforderungen sind Reproduzierbarkeit, da probabilistische Prozesse im Training zu abweichenden Ergebnissen führen können. Für klinisch verlässliche Systeme werden deshalb standardisierte Pipelines für Datenaufbereitung, Evaluationsprotokolle und dokumentierte Hardware-/Software-Umgebungen gefordert (Han 2025).

Mit der Verbreitung KI-gestützter Verfahren steigen die Anforderungen an Datenkompetenzen in Labor und Forschung. Gefordert wird ein konsistenter und transparenter Arbeitsablauf in der Datenbereinigung, Feature-Engineering, statistischer Validierung und Modellinterpretation sowie eine enge Zusammenarbeit interdisziplinärer Teams, um die Brücke zwischen Algorithmik und klinischer Anwendung erfolgreich zu meistern (Pickard et al. 2025). In Summe unterstreichen die Befunde das Potenzial von KI zur Steigerung von Effizienz und diagnostischer Qualität, zugleich aber den Bedarf an klaren Reproduzierbarkeitsstandards, qualitätsgesicherten Datenflüssen und gezielter Kompetenzentwicklung des Personals (Pickard et al. 2025; Han 2025; Abu-El-Ruz et al. 2025).

5.1.3 SOLL 2035

Auf Grundlage der Analyse des IST-Stands 2025 sowie der erkennbaren technologischen und organisatorischen Entwicklungen ergeben sich für die biomedizinische Analytik in der Steiermark zwei Bandbreiten des Personalbedarfs bis 2035: ein Minimum-Wert (min) und ein Maximum-Wert (Max). Beide Werte berücksichtigen demografische Entwicklungen sowie technologische Transformationen. In die Berechnung einbezogen wurden Pensionierungen und Todesfälle auf Basis der Pensionierungs- und

Sterbetafeln der Statistik Austria, eine jährliche Berufsaustrittswahrscheinlichkeit von 1 % (entspricht ca. zehn Personen), sowie die Anerkennung bzw. Nostrifizierung einer Person pro Jahr, deren Zahl als konstant angenommen wurde.²⁸

Prognose und SOLL 2035		
	min	Max
BMA pro 100.000 EW	83,3	84,5
BMA (Absolutzahlen)	1.075	1.090
Ausbildungsplätze pro Jahr	45	50

Tabelle 6: SOLL 2035 der BMA in der Steiermark. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister. Berechnung anhand von Bevölkerungs-, Mortalitäts-, Pensionierungsdaten von Statistik Austria, der Berufsaustrittswahrscheinlichkeit und Ausbildungsdaten der FH JOANNEUM.

Das Maximum spiegelt jene Entwicklung wider, die erforderlich wäre, um die derzeitige Versorgungsrelation von 84,5 BMA pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner stabil zu halten. Dies bedeutet, dass die bestehende Leistungsfähigkeit unverändert gesichert werden soll, insbesondere in molekularer Diagnostik, Pathologie, Funktionsdiagnostik und Qualitätssicherung. Das Maximum berücksichtigt die zunehmende Komplexität diagnostischer Verfahren, die steigende Verantwortung der Berufsgruppe für Prozessvalidierung und Qualitätsaufsicht sowie die Tatsache, dass KI-gestützte Systeme zwar Effizienzpotenziale erzeugen, gleichzeitig aber neue Anforderungen an Überwachung, Datenvalidität und Fehlermanagement mit sich bringen. Diese Entwicklungen lassen den Arbeitsbedarf eher konstant, weshalb eine stabile Relation als oberes Planungsszenario anzusehen ist.

Das Minimum basiert auf der Annahme, dass Effizienzgewinne möglich sind, wenn Prozesse klarer strukturiert, der Skill-Mix gezielt optimiert und standardisierte Tätigkeiten verstärkt an Laborassistentinnen und Laborassistenten delegiert werden. Dabei übernehmen BMA verstärkt analytische, qualitätssichernde und dateninterpretative Aufgaben, während Routine-Tätigkeiten standardisierter delegiert werden können. KI-gestützte Systeme und Automatisierung unterstützen diese Entwicklung und ermöglichen eine leichte Reduktion der erforderlichen Relation auf 83,3 BMA pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Damit dieses Minimum realistisch wird, müssen Personal- und Ausbildungsplanung systematisch darauf ausgerichtet werden, insbesondere durch abgestimmte Kapazitäten zwischen Ausbildungseinrichtungen für BMA und Laborassistentenberufe sowie durch eine klare Aufgabenabgrenzung zwischen den Berufsgruppen.

5.1.4 Empfehlungen und Auswirkungen in der Ausbildung

Unter Berücksichtigung dieser Bandbreite wird empfohlen, die derzeitige Zahl von *45 Ausbildungsplätzen pro Jahr beizubehalten*. Diese Kapazität erlaubt, den prognostizierten Ersatzbedarf im Minimum wie im Maximum-Bereich abzudecken und gleichzeitig die für zukünftige Anforderungen relevanten Kompetenzen auszubauen, insbesondere hinsichtlich Digitalisierung, Prozessverantwortung, Qualitätsmanagement und interprofessioneller Zusammenarbeit.

²⁸ basierend auf den Daten der FH Joanneum und des Gesundheitsberufsregisters

Die moderate Reduktion auf das Minimum von 83,3 BMA pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner ist aus heutiger Sicht langfristig tragfähig, da sie weiterhin deutlich über dem österreichweiten Durchschnitt von 75,6 liegt und eine qualitativ hochwertige Versorgung ermöglicht. Sie setzt jedoch voraus, dass gezielt in den Skill-Mix investiert wird, Effizienzpotenziale genutzt werden können und die Zusammenarbeit zwischen BMA und Laborassistenzenberufen aktiv umgesetzt wird, ohne Qualitätsverluste in der diagnostischen Versorgung zu verursachen.

5.2 Diätologie

Der Beruf der Diätologinnen und Diätologen umfasst die ernährungsmedizinische Behandlung und Beratung inkl. Ernährungs- und Verpflegungsmanagement auf Basis des diätologischen Prozesses. Dazu zählen die Mitwirkung an Assessments und Screenings mit diätologischer Befundung sowie die Anwendung und Verordnung von Arzneimitteln und Medizinprodukten gemäß Verordnung nach §7.²⁹

Mit dem MTD-Gesetz 2024 wurden das Berufsbild modernisiert und die interprofessionelle Zusammenarbeit rechtlich gestärkt. Die wesentlichen Neuerungen sind:

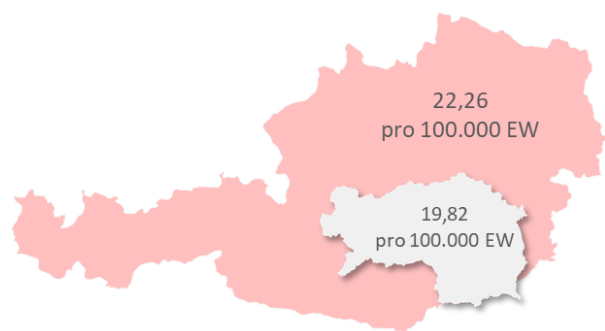
- der diätologische Prozess ist gesetzlich Grundlage des Handelns
- Zugang zur Ernährungstherapie in Primär- und Sekundärprävention auch ohne ärztliche Anordnung
- Erweiterte Möglichkeiten zur Spezialisierung sowie zur Höherqualifizierung, insbesondere in fachlichen Schwerpunkten, Lehre und Management
- künftige ministerielle Festlegung, in welchen Bereichen Diätologinnen und Diätologen Arzneimittel und Medizinprodukte mit bzw. ohne ärztliche Anordnung verordnen dürfen.³⁰

5.2.1 IST-Stand 2025

Mit Stichtag 31. Dezember 2024 waren in der Steiermark insgesamt *252 Diätologinnen und Diätologen* registriert:

- 242 Frauen (davon 25 ≥ 55 Jahre) und
- 10 Männer.

Abbildung 4: Diätologinnen und Diätologen pro 100.000 EW in der Steiermark und in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Berechnung nach Bevölkerungsdaten von Statistik Austria.



²⁹ § 7 S 1,2 MTDG 2024

³⁰ Diaetologie Austria. Neues MTD-Gesetz ab 1. September 2024 in Kraft: <https://diaetologie.at/neues-mtd-gesetz-ab-1-september-in-kraft/> (abgerufen am 07.11.2025)

Bezogen auf die Bevölkerungszahl entspricht dies einer Dichte von *19,8 Diätologinnen und Diätologen pro 100.000 EW*, womit die Steiermark unter dem österreichweiten Durchschnitt von 22,3 Diätologinnen und Diätologen pro 100.000 EW liegt.

Nach Einschätzung der Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppe zeigt sich insgesamt eine stabile, jedoch regional ungleiche Versorgungslage: während in urbanen Gebieten eine gute Abdeckung besteht, ist die Versorgung im ländlichen Raum deutlich eingeschränkter. Insbesondere in den Bereichen Prävention und Ernährungstherapie bestehen nach deren Einschätzung strukturelle Defizite, da diese Leistungen nur teilweise mit der Krankenkasse abgerechnet werden können und daher im Gesundheitssystem einen geringen Stellenwert einnehmen. Manche privaten Zusatz-Krankenversicherungen übernehmen einen Teil oder das gesamte Beratungshonorar. Die Sozialversicherung der Selbständigen (SVS) bietet pro Kalenderjahr einen Zuschuss für gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Ernährungsberatung bei Diätologinnen und Diätologen an.

Die Art der Berufsausübung in der Steiermark verteilt sich wie folgt: 40 % sind angestellt und 18 % sind freiberuflich tätig. Weitere 42 % kombinieren beide Tätigkeitsformen. Der größte Anteil arbeitet in Krankenanstalten mit einem durchschnittlichen Beschäftigungsausmaß von 73 %.

Diätologinnen und Diätologen nach Setting

Setting	Relative Frequenz
Krankenanstalt	41%
Kuranstalten	23%
Pflegeeinrichtung	8%*
Sonstige (z. B. Industrie)	8%
Selbst. Ambulatorien	7%
Ausbildungseinrichtung	6%
PVE	4%*
Forschungseinrichtung	3%
Ärztin/ Arzt; Gruppenpraxis	2%

Tabelle 7: Prozentuelle Verteilung der in der Steiermark tätigen Diätologinnen und Diätologen nach Setting. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Mehrfachnennungen sind möglich. *Angaben aus dem Gesundheitsberufsregister wurden durch EPIG-Datenerhebung ergänzt.

Die Berufsaustrittswahrscheinlichkeit pro Jahr wurde mit 2% eingeschätzt, was etwa fünf Personen entspricht. Wenn ein Wechsel stattfindet, erfolgt dieser meist außerhalb des Gesundheitswesens, etwa in die Lebensmittel- und Pharmaindustrie, den Ausbildungsbereich oder zu privaten Unternehmen (z. B. in der evidenzbasierten Verbraucherinformation). Hauptgründe sind höhere Gehälter und bessere Arbeitsbedingungen im Vergleich zu öffentlichen Gesundheitseinrichtungen.

5.2.1.1 Ausbildungslage

Laut Berufsgruppenvertretung orientiert sich die Ausbildungsplanung bislang stark am Bedarf in Krankenanstalten, während der extramurale Bereich – etwa in PVE, Rehabilitations- oder Präventionseinrichtungen – wenig berücksichtigt wurde. Viele frisch ausgebildete Diätologinnen und Diätologen be-

vorzuzug daher den Einstieg in klinische Tätigkeiten, während die freiberufliche Praxis aufgrund der fehlenden Kassenfinanzierung und wirtschaftlichen Unsicherheiten weniger attraktiv ist. Nachstehende Abbildungen verdeutlichen sowohl die geografische Verteilung der Ausbildungskapazitäten als auch die regionale Bindung der Berufsgruppe. Insgesamt zeigt sich, dass 64,8 % aller in der Steiermark tätigen Diätologinnen und Diätologen ihre Ausbildung in der Steiermark absolviert haben.

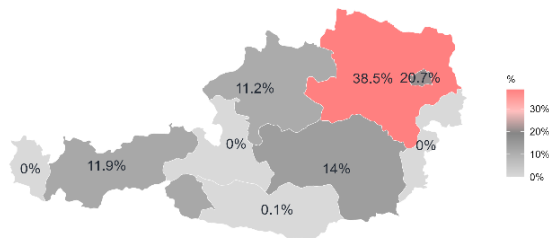


Abbildung 5: Ausbildungsorte von Diätologinnen und Diätologen in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).

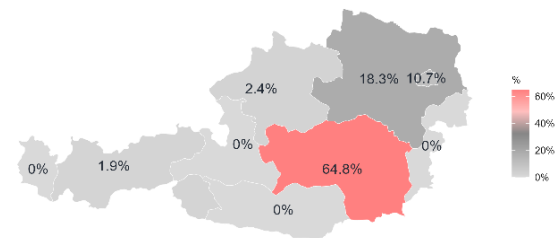


Abbildung 6: Ausbildungsorte von in der Steiermark tätigen Diätologinnen und Diätologen. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).

Zugleich lassen sich Ausbildungs- und Beschäftigungswanderungen zwischen den Bundesländern erkennen: Rund 14 % aller in Österreich tätigen Diätologinnen und Diätologen haben ihre Ausbildung in der Steiermark abgeschlossen. Im Verhältnis zur Bevölkerungszahl entspricht dies einem ausgewogenen Beitrag der Steiermark zur bundesweiten Versorgung mit Diätologinnen.

5.2.2 Diätologie im internationalen Kontext

Ein internationaler Vergleich³¹ zeigt, dass die berufliche Dichte in Österreich (22,3 pro 100.000 EW) unter dem Niveau vieler europäischer Länder liegt. Besonders hohe Werte finden sich in Belgien (71,8 pro 100.000 EW), den Niederlanden (29,3 pro 100.000 EW), der Schweiz (28 pro 100.000 EW) und Irland (26,98 pro 100.000 EW). Innerhalb Österreichs weist die Steiermark mit 19,8 pro 100.000 EW eine unterdurchschnittliche Versorgung auf. Internationale Studien belegen die klinische Wirksamkeit und gesundheitsökonomische Relevanz diätologischer Leistungen:

- Laut Mitchell et al. (2017) führen diätologische Konsultationen in der Primärversorgung zu verbesserter Ernährungsqualität, besseren HbA1c-Werten und nachhaltiger Gewichtsreduktion.
- Zeman et al. (2021) zeigen, dass Patientinnen und Patienten mit regelmäßiger Betreuung durch *Registered Dietitian Nutritionists* signifikant bessere Blutzuckerwerte und stärkere Gewichtsabnahmen erzielten als jene ohne diätologische Begleitung.
- Chen et al. (2025) belegen, dass eine optimierte Nährstoffzufuhr bei Schlaganfallpatient*innen die Rehabilitationswirksamkeit verbessert und neurologische Defizite reduziert.

Diese Evidenz unterstreicht die Bedeutung der Diätologie für chronische Erkrankungen, Rehabilitation und Gesundheitsförderung sowie den Bedarf nach struktureller Stärkung der Berufsgruppe im österreichischen Versorgungssystem.

³¹ Die dargestellten Länder wurden mithilfe des Berufsverbandes ausgewählt, da die Rolle der Diätologinnen und Diätologen dort mit jener in Österreich vergleichbar ist.

5.2.3 Prognose 2035

Die IST-Stand-Analyse verdeutlicht im Bereich der Prävention ein hohes Potenzial der Diätologie, das bislang noch nicht ausgeschöpft ist. Insbesondere in den Settings der Primärversorgung und der Rehabilitation können diätologische Angebote, eingebettet in die medizinische Versorgung – insbesondere von Menschen mit chronischen Erkrankungen –, eine hohe Wirksamkeit entfalten. Die sozialversicherungsrechtliche Anerkennung diätologischer Leistungen stellt dafür eine zentrale flankierende Rahmenbedingung dar.

Die Bedarfsberechnung erfolgte unter Einbeziehung der Bevölkerungsprognosen 2035 von Statistik Austria, einer Berufsaustrittsquote von 2 % sowie einer Nostrifizierungsrate von einer Person pro Jahr, basierend auf den Daten der FH JOANNEUM und des Gesundheitsberufsregisters. Auf dieser Grundlage wurden ein Minimum und ein Maximum des zu erwartenden Bedarfs definiert.

Prognose und SOLL 2035		
	Min.	Max.
Diätologinnen und Diätologen pro 100.000 EW	25,6	28,0
Diätologinnen und Diätologen (Absolutzahlen)	330	361
Ausbildungsplätze pro Jahr	22	29

Tabelle 8: SOLL 2035 der Diätologinnen und Diätologen in der Steiermark. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister Berechnung anhand von Bevölkerungs-, Mortalitäts-, Pensionierungsdaten von Statistik Austria, der Berufsaustrittswahrscheinlichkeit und Ausbildungsdaten der FH JOANNEUM.

Das Minimum orientiert sich an den derzeit in der Steiermark maximal realisierbaren Ausbildungskapazitäten. In diesem Fall wird bis 2035 eine Dichte von rund 25,6 Diätologinnen und Diätologen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner erreicht. Damit lassen sich punktuelle Verbesserungen und ein teilweiser Ausbau der Versorgung erzielen; eine umfassende strukturelle Stärkung der Diätologie, insbesondere in neuen Versorgungssettings wie den PVE, wäre damit jedoch nur eingeschränkt möglich.

Das Maximum zielt auf eine Anhebung der Dichte auf 28 Diätologinnen und Diätologen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner ab. Dies entspricht einer Annäherung an internationale Versorgungsstandards in Ländern, in denen Diätologinnen und Diätologen einen wesentlichen Versorgungsanteil in der Prävention, der Primärversorgung und der Betreuung von chronischen Erkrankungen einnehmen. Dieser Wert würde auch in der Steiermark einen gezielten Ausbau diätologischer Leistungen in der Primärversorgung, Rehabilitation und Prävention ermöglichen.

5.3 Ergotherapie

Der Beruf der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten umfasst gemäß § 10 MTD-Gesetz³² Maßnahmen zur Entwicklung, Erhaltung, Förderung, Verbesserung oder Wiedererlangung der individuellen Handlungsfähigkeit von Patientinnen und Patienten. Dazu gehören die Anamnese und Diagnostik, die

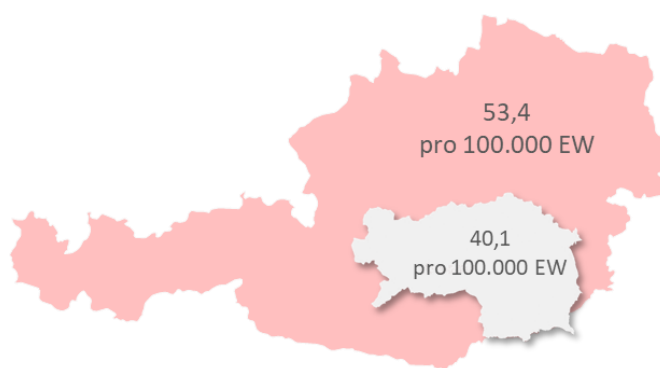
³² § 10 S 1,2 MTDG 2024

Festlegung von handlungs- und partizipationsorientierten Zielen, die Planung und Durchführung von Interventionen - häufig unter Einsatz handwerklicher oder gestalterischer Tätigkeiten - sowie deren Evaluierung und Reflexion. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten führen darüber hinaus Assessments und Screenings einschließlich ergotherapeutischer Befundung durch und sind im Rahmen des ergotherapeutischen Prozesses an der Entwicklung, Herstellung und Adaptierung von Hilfsmitteln beteiligt. Gemäß § 11 MTD-Gesetz werden Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der Gesundheitsförderung sowie in der Primär- und Sekundärprävention eigenverantwortlich tätig.³³

5.3.1 IST-Stand 2025

Mit Stichtag 31. Dezember 2024 waren in der Steiermark *510 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten* registriert, davon 486 Frauen (davon 26 ≥ 55 Jahre) und 24 Männer.

Abbildung 7: Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten pro 100.000 EW in der Steiermark und in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Berechnung nach Bevölkerungsdaten von Statistik Austria.



Bezogen auf die Bevölkerungszahl ergibt sich für die Steiermark eine Dichte von *40,1 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten pro 100.000 EW*. Dieser Wert liegt merklich unter dem österreichischen Durchschnitt von 53,4 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten pro 100.000 EW.

Nach Einschätzung der Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppe ist die Versorgungslage regional heterogen. Während in urbanen Zentren eine ausreichende Abdeckung besteht, zeigen sich im ländlichen Raum und im extramuralen Bereich deutliche Defizite. Insbesondere in der psychosozialen und in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung bestünde mehr personeller Bedarf. Auch in der wohnortnahen, niederschweligen Betreuung chronisch erkrankter Menschen fehlten Kapazitäten. Präventive Leistungen wie Sturzprävention, Gesundheitsförderung im Alter oder frühkindliche Entwicklungsförderung (z. B. im Rahmen des Mutter-Kind-Passes) könnten mit den verfügbaren personellen Kapazitäten nach deren Einschätzung nicht flächendeckend angeboten werden. Die Ursachen für diese spezifischen Versorgungsdefizite lägen in den strukturellen Rahmenbedingungen. So würden viele jüngere Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ein Anstellungsverhältnis einer freiberuflichen Tätigkeit vorziehen. Die bevorstehende Pensionierungswelle der „40-Stunden-Generation“ verschärfe die Nachbesetzungsprobleme.

48 % der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sind angestellt tätig, 17 % ausschließlich freiberuflich. 34 % sind in beiden Settings berufstätig. Der größte Anteil der Ergotherapeutinnen und Ergo-

³³ § 11 S 1,2 MTDG 2024

therapeuten arbeitet in Krankenanstalten oder Kuranstalten. Das durchschnittliche Beschäftigungsausmaß liegt in Krankenanstalten bei 74 % und in PVE bei 30 %. Die Berufsaustrittswahrscheinlichkeit pro Jahr wurde mit 1 % eingeschätzt, was etwa fünf Personen entspricht.

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach Setting	
Setting	Relative Frequenz
Krankenanstalt	35%
Kuranstalten	24%
Selbst. Ambulatorien	8%
Pflegeeinrichtung	8%
Sonstige (z. B. Industrie)	7%
Ausbildungseinrichtung	3%
PVE	1%*

Tabelle 9: Prozentuelle Verteilung der in der Steiermark tätigen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach Setting. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Mehrfachnennungen sind möglich. *Angaben aus dem Gesundheitsberufsregister wurden durch EPIG-Datenerhebung ergänzt.

5.3.1.1 Ausbildungslage

Bezogen auf die Ausbildung zeigt sich eine moderate regionale Bindung: 55,3 % der in der Steiermark tätigen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten haben ihre Ausbildung in der Steiermark absolviert, 9,4 % aller in Österreich registrierten Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten stammen aus steirischen Ausbildungseinrichtungen. Durchschnittlich werden drei Anerkennungen bzw. Nostrifizierungen pro Jahr berichtet.

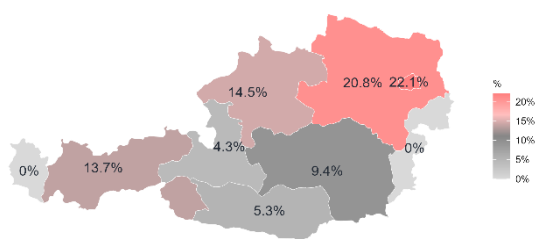


Abbildung 8: Ausbildungsorte von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).

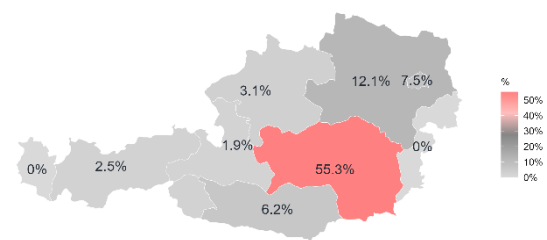


Abbildung 9: Ausbildungsorte von in der Steiermark tätigen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).

5.3.2 Internationaler Vergleich und Wirksamkeit

Ein europäischer Vergleich³⁴ zeigt deutliche Unterschiede in der Berufsdichte: Österreich liegt mit 53,5 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten je 100.000 EW im mittleren Bereich, während die Steiermark mit 40,0 klar dahinter liegt (siehe Tabelle 10).

Land	Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten pro 100.000 EW
Dänemark	169,18
Belgien	129,64
Schweden	118,27
Norwegen	105,55
Deutschland	78,04
Finnland	70,33
Vereinigtes Königreich	65,2
Österreich	53,5
Steiermark	40,0
Schweiz	38,65
Niederlande	36,89
Slovenia	30,76
Portugal	27,37

Tabelle 10: Anzahl praktizierender Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten pro 100.000 EW. Datengrundlage: Council of Occupational Therapists for the European Countries.

Die internationale Evidenz verdeutlicht zugleich den Versorgungsnutzen ergotherapeutischer Leistungen: In der Primärversorgung fördern sie Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen, stärken Prävention (z. B. Sturzprophylaxe), verbessern Teilhabe an Sozialleben und Funktionsfähigkeit und lassen sich gut in bestehende Strukturen integrieren (Donnelly et al. 2023). Bei psychischen Erkrankungen erhöhen ergotherapeutische Interventionen die Wahrscheinlichkeit des beruflichen Wiedereinstiegs, reduzieren depressive Symptome und verbessern die gesundheitsbezogene Lebensqualität, sowohl über individuelle Unterstützung (Tagesstruktur, Coping, Selbstwirksamkeit) als auch über arbeitsplatzbezogene Anpassungen (Long et al. 2024). Ökonomische Bewertungen zeigen, dass Return-to-Work-Programme der Ergotherapie (z. B. Supported Employment/Individual Placement and Support) kosteneffizient sind und gesellschaftliche Folgekosten senken (Johanson et al. 2023). Ergänzend weisen methodi-

³⁴ Council of Occupational Therapists for the European Countries, Summary of the Profession 2024: <https://www.coteceurope.eu/documents/> (abgerufen am 30.09.2025)

sche Leitfäden darauf hin, dass ergotherapeutische Leistungen in Akut-, Gemeinde- und häuslicher Versorgung messbare Nutzen-Kosten-Vorteile erzielen, u. a. durch kürzere Verweildauern, geringeren Pflegebedarf und weniger Medikamentenverbrauch (Weatherly und Davies 2021).

5.3.3 Prognose 2035

Die Analyse der aktuellen Versorgungssituation zeigt einen Handlungsbedarf im extramuralen Bereich, in der Primärversorgung sowie in der psychosozialen Betreuung. Die internationale Evidenz belegt, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der Primärversorgung wesentlich zur Förderung des Selbstmanagements, zur Sturzprävention und zur funktionellen Stabilisierung bei chronischen Erkrankungen beitragen (vgl. Donnelly et al. 2023). Ihre Einbindung in interprofessionelle Teams von PVE kann sowohl die Versorgungsqualität als auch die Effizienz des Gesundheitssystems erhöhen.

Basierend auf diesen Grundlagen könnte es ein sinnvolles Modell sein, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in PVE anzustellen, die gleichzeitig auch für Pflegeeinrichtungen tätig werden können. Ebenso sollten Rehabilitationsaufgaben, insbesondere in den Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der psychosozialen Betreuung stärker Einzug halten.

Die aktuelle Dichte von 40 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in der Steiermark liegt deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt und weit unter den Vergleichswerten führender europäischer Länder. Um die Versorgung langfristig sicherzustellen und internationale Standards schrittweise zu erreichen, wurden drei Orientierungswerte für 2035 definiert, die ein Minimum, eine mittlere Variante und ein langfristiges Maximum des Bedarfs abbilden und strategische Optionen berücksichtigen, die jetzt noch nicht gewählt werden können.

- Das Minimum beschreibt eine Entwicklung, bei der die Zahl der Ausbildungsplätze auf dem derzeitigen Niveau bleibt (32 Antragsplätze pro Jahr). In diesem Fall steigt die Dichte zwar an, der wachsende Bedarf in Prävention, Rehabilitation und Primärversorgung könnte jedoch nicht im gewünschten Ausmaß gedeckt werden.
- Die mittlere Variante geht von einer moderaten Erweiterung der Ausbildungskapazitäten (44 Ausbildungsplätze pro Jahr) aus. Dieser Pfad ermöglicht eine spürbare Verbesserung der Versorgung, insbesondere im extramuralen Bereich und in PVE, sowie einen gezielten Ausbau ergotherapeutischer Leistungen in der Rehabilitation und in psychosozialen Settings.
- Das langfristige Maximum orientiert sich an internationalen Standards und zielt auf eine weiter erhöhte Dichte ab, die eine deutlich stärkere Einbindung der Ergotherapie in Rehabilitations- und psychosoziale Settings ermöglichen würde.

Prognose und SOLL 2035			
	min	mittlere Variante	Max
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten pro 100.000 EW	52,3	56,8	60,0
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (absolut)	675	733	774
Ausbildungsplätze pro Jahr	32	44	53

Tabelle 11: SOLL 2035 der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der Steiermark. Datengrundlage: Gesundheitsberufsröster. Berechnung anhand von Bevölkerungs-, Mortalitäts-, Pensionierungsdaten von Statistik Austria, der Berufsaustrittswahrscheinlichkeit und Ausbildungsdaten der FH JOANNEUM.

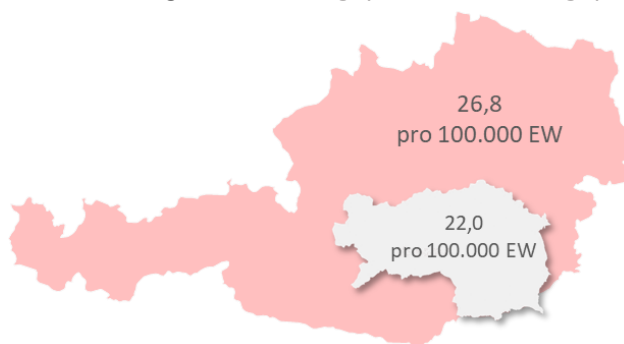
5.4 Logopädie

Logopädinnen und Logopäden sind für logopädische und audiometrische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Verbesserung und Wiedererlangung der Nahrungsaufnahme, des Schluckens sowie der individuellen Kommunikationsfähigkeit zuständig. Grundlage ihres Handelns ist der logopädische Prozess, der Anamnese und Analyse, Diagnostik und Befundung, Zieldefinition, Planung und Durchführung der Interventionen sowie Evaluierung und Reflexion umfasst. Sie führen Assessments und Screeningverfahren einschließlich logopädischer Befundung durch, verabreichen Arzneimittel und wenden Medizinprodukte an. Die Verordnung von Arzneimitteln und Medizinprodukten ist im Rahmen der entsprechenden Verordnung geregelt.³⁵ Logopädinnen und Logopäden arbeiten grundsätzlich nach ärztlicher oder zahnärztlicher Anordnung eigenverantwortlich. In der Gesundheitsförderung sowie der Primär- und Sekundärprävention (intra- und extramural) arbeiten sie eigenverantwortlich ohne Anordnung, sofern dies ihrem Berufsbild und Kompetenzbereich entspricht.³⁶

5.4.1 IST-Stand 2025

Mit Stichtag 31. Dezember 2024 waren in der Steiermark insgesamt *280 Logopädinnen und Logopäden* registriert, davon 271 Frauen (38 ≥ 55 Jahre) und 9 Männer.

Abbildung 10: Logopädinnen und Logopäden pro 100.000 EW in der Steiermark und in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Berechnung nach Bevölkerungsdaten von Statistik Austria.



Bezogen auf die Bevölkerungszahl ergibt sich für die Steiermark eine Dichte von *22,0 Logopädinnen und Logopäden pro 100.000 EW*, womit die Steiermark unter dem österreichweiten Durchschnitt von 26,8 pro 100.000 EW liegt. Die Versorgung ist in der Steiermark regional unterschiedlich ausgeprägt, sodass Ballungsräume und größere Städte vergleichsweise gut abgedeckt sind, in ländlichen Regionen jedoch deutliche Engpässe bestehen.

Nach Auskunft des Berufsgruppeverbandes ist die steirische Versorgungssituation im kassenfinanzierten Bereich durch erhebliche Lücken gekennzeichnet. So seien von insgesamt 28 Vertragsstellen der ÖGK lediglich rund 30 % besetzt. Viele Logopädinnen und Logopäden bevorzugen den Wahlbereich, da hier höhere Honorare erzielt werden können und die Vertragsbedingungen im Kassenbereich als restriktiv wahrgenommen würden. Derzeit sind 39 % der Logopädinnen und Logopäden in der Steiermark angestellt, weitere 28 % freiberuflich tätig. Der Rest ist in gemischten Arbeitsverhältnissen tätig. Logopädinnen und Logopäden arbeiten in der Steiermark überwiegend in Krankenanstalten (mit einem durchschnittlich Beschäftigungsausmaß von 72%), gefolgt von sonstigen Bereichen wie Industrie oder Forschung. Ein nur sehr geringer Anteil ist in Primärversorgungseinheiten beschäftigt.

³⁵ § 13 Abs 1,2 MTDG 2024

³⁶ § 14 Abs 1,2 MTDG 2024

Logopädinnen und Logopäden nach Setting	
Setting	Relative Frequenz
Krankenanstalt	31,4%
Sonstige (z. B. Industrie)	12,9%
Selbst. Ambulatorien	6,8%
Kuranstalten	6,8%
Ausbildungseinrichtung	2,9%*
PVE	0,4%*

Tabelle 12: Prozentuelle Verteilung der in der Steiermark tätigen Logopädinnen und Logopäden nach Setting. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Mehrfachnennungen sind möglich. *Angaben aus dem Gesundheitsberufsregister wurden durch EPIG-Datenerhebung ergänzt.

Die Berufsaustrittswahrscheinlichkeit pro Jahr wurde mit 1% eingeschätzt, was jährlich etwa zwei bis drei Personen entspricht.

5.4.1.1 Ausbildungslage

Logopädinnen und Logopäden werden in Österreich an mehreren Standorten ausgebildet, wobei ein relevanter Anteil der Berufsangehörigen ihre Ausbildung in der Steiermark absolviert hat. Von allen in Österreich tätigen Logopädinnen und Logopäden haben 11,9 % ihren Abschluss in der Steiermark erworben. Unter den aktuell in der Steiermark tätigen Logopädinnen und Logopäden haben 66,8 % ihr Studium im Bundesland abgeschlossen.

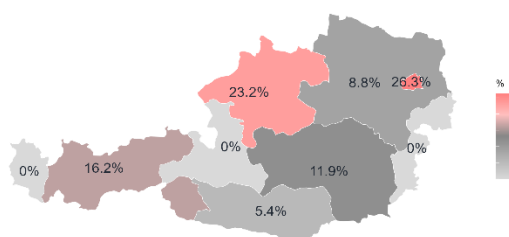


Abbildung 11: Ausbildungsorte von Logopädinnen und Logopäden in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).

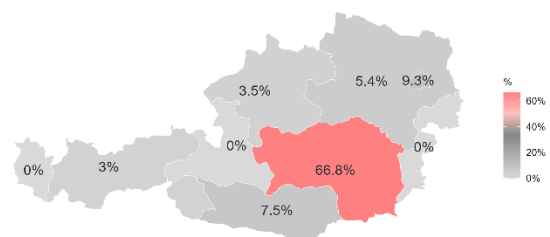


Abbildung 12: Ausbildungsorte von in der Steiermark tätigen Logopädinnen und Logopäden. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).

Nach Einschätzung der Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppe zeigt sich trotz der in den vergangenen Jahren erweiterten Ausbildungskapazitäten ein strukturelles Ungleichgewicht zwischen der Zahl der Absolventinnen und Absolventen und den zur Verfügung stehenden Anstellungsstellen. Besonders betroffen seien Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger, da für eine spätere freiberufliche Tätigkeit sowie für die Beantragung eines Kassenvertrags ein verpflichtendes Anstellungsjahr in Vollzeit vorgesehen ist. Häufig verzögere sich dadurch der Berufseinstieg oder werde erschwert, weil entsprechende Vollzeitstellen nur begrenzt verfügbar sind.

Parallel dazu bestehen Engpässe im Bereich der Praktikumsplätze. Mit steigenden Ausbildungszahlen wird die Bereitstellung qualitativ gesicherter Praktika zunehmend herausfordernd.

5.4.2 Internationaler Vergleich und Versorgungsmodelle

Im internationalen Vergleich liegen die verfügbaren Daten zur Dichte von Logopädinnen und Logopäden nur für wenige Länder vor. Die vorliegenden Kennzahlen aus Belgien, Irland und dem Vereinigten Königreich zeigen sehr unterschiedliche Dichten, teils leicht über dem österreichischen Niveau, teils deutlich darüber. Details sind in Tabelle 13 dargestellt. Unabhängig von länderspezifischen Unterschieden wird Logopädie international als zentraler Bestandteil der Versorgung von Menschen mit Kommunikations-, Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen betrachtet. Leitlinien zur Schlaganfall- und neurologischen Rehabilitation empfehlen einen frühzeitigen, kontinuierlichen Zugang zu logopädischer Diagnostik und Therapie im Rahmen multiprofessioneller Teams (Charalambous et al. 2025).

Neuere Studien zeigen, dass Logopädinnen und Logopäden neben der direkten Therapie auch in beratenden und schulenden Rollen wirksam sind. In Langzeitpflegeeinrichtungen verbessern von ihnen durchgeführte Schulungsprogramme für Pflegepersonal Wissen, Sicherheit und Kommunikationsverhalten und erhöhen so die Versorgungsqualität für Bewohnerinnen und Bewohner mit Kommunikations- und Schluckstörungen (Alyahya et al. 2025). Systematische Übersichtsarbeiten belegen, dass telebasierte Sprach- und Sprechtherapien ähnlich wirksam sind wie Face-to-Face-Angebote und von Patientinnen und Patienten gut akzeptiert werden; Tele-Dysphagiediagnostik und -therapie gelten insbesondere in ländlichen Regionen sowie in Pflege- und Langzeitbetreuungseinrichtungen als sichere und effiziente Option (Araújo et al. 2024).

Land (Jahr)	Logopädinnen und Logopäden pro 100.000 EW
Belgien (2024)	157
Irland (2023)	45
Vereinigtes Königreich (2025)	30
Österreich (2024)	26,8
Steiermark	22,0

Tabelle 13: Logopädinnen und Logopäden pro 100.000 EW im internationalen Vergleich. Datengrundlage: Direction générale Soins de Santé³⁷; CORU³⁸; hcpc³⁹.

5.4.3 Prognosewerte 2035

Die Steiermark liegt mit 22,0 Logopädinnen und Logopäden pro 100.000 EW deutlich unter dem österreichischen Durchschnitt und auch unter den Dichten anderer europäischer Länder. Der IST-Stand zeigt, dass die größten Herausforderungen nicht nur in der Gesamtzahl der Berufsangehörigen liegen, sondern auch in strukturellen Rahmenbedingungen, die die Versorgungskapazitäten begrenzen, etwa regionale Versorgungsunterschiede und die geringe Besetzung von Kassenstellen.

³⁷ Direction générale Soins de Santé, Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/statan_2024_fr.pdf (abgerufen am 16.10.2025)

³⁸ CORU, Registration Statistics - October 2023: <https://coru.ie/news/news-for-health-social-care-professionals/coru-registration-statistics-october-2023.html> (abgerufen am 16.10.2025)

³⁹ Health & care professions council, Register summary: <https://www.hcpc-uk.org/data/the-register/register-summary/> (abgerufen am 16.10.2025)

Die internationale Literatur verdeutlicht zugleich, dass Logopädinnen und Logopäden zunehmend in erweiterten Rollen wirken, wie in der Schulung anderer Berufsgruppen oder in telemedizinischen Modellen. Diese Entwicklungen eröffnen neue Möglichkeiten für effizientere und breitere Versorgungsstrukturen, insbesondere im ländlichen Raum und in der Langzeitpflege. Darauf basierend werden zwei Szenarien bis 2035 abgeleitet, die unterschiedliche Entwicklungspfade ermöglichen und sowohl den aktuellen Bedarf als auch zukünftige Versorgungsmodelle berücksichtigen. Auf dieser Grundlage wurden zwei Prognosewerte bis 2035 definiert, die eine untere (Minimum) und eine obere (Maximum) Abschätzung des zu erwartenden Personalbedarfs abbilden (vgl. Tabelle 14):

- Das Minimum geht davon aus, dass die Zahl der Ausbildungsplätze unverändert bei 20 pro Jahr bleibt. Die vorhandene Ausbildungskapazität wird genutzt, um die Dichte an Logopädinnen und Logopäden moderat zu erhöhen, etwa durch verstärkte Beratungs-, Schulungs- und telemedizinische Tätigkeiten. Voraussetzung ist jedoch, die Rahmenbedingungen – insbesondere für Kassenstellen, die Verfügbarkeit von Praktikumsplätzen sowie das verpflichtende Anstellungsjahr vor Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit – so zu gestalten, dass mehr Logopädinnen und Logopäden bereit sind, Vertragspositionen zu übernehmen.
- Das Maximum orientiert sich an einer stärkeren Annäherung an international beobachtbare Personaldichten. Dafür ist eine Erhöhung der Ausbildungsplätze auf 35 pro Jahr vorgesehen. Diese Variante trägt dem erwarteten Mehrbedarf Rechnung, der sich aus demografischem Wandel, steigenden Prävalenzen von Schluck-, Sprach- und Kommunikationsstörungen sowie aus dem Ausbau innovativer Versorgungsmodelle (z. B. Telelogopädie, logopädisch geleitete Schulungsprogramme) ergibt. Voraussetzung dafür ist jedoch ebenfalls eine Weiterentwicklung der strukturellen Rahmenbedingungen, insbesondere in Bezug auf Kassenstellen, Praktikumsplätze und das verpflichtende Anstellungsjahr.

Prognose und SOLL 2035		
	min	Max
Logopädinnen und Logopäden pro 100.000 EW	29,1	35,0
Logopädinnen und Logopäden (Absolutzahlen)	375	452
Ausbildungsplätze pro Jahr	20	35

Tabelle 14: SOLL 2035 der Logopädinnen und Logopäden in der Steiermark. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister. Berechnung anhand von Bevölkerungs-, Mortalitäts-, Pensionierungsdaten von Statistik Austria, der Berufsaustrittswahrscheinlichkeit und Ausbildungsdaten der FH JOANNEUM.

5.5 Orthoptik

Der Beruf der Orthoptistinnen und Orthoptisten umfasst die Untersuchung, Befunderhebung, Behandlung und Prävention funktioneller Erkrankungen der Augen und des visuellen Systems, einschließlich Bewegungs- und Koordinationsstörungen der Augen. Der orthoptische Versorgungsprozess beinhaltet die Anamnese, Diagnose, die Festlegung des Therapieziels, Planung und Durchführung der Behandlung und die Evaluierung des Effekts der therapeutischen Maßnahmen sowie die Mitwirkung an Assessments und Screenings. Orthoptistinnen und Orthoptisten sind befugt, Arzneimittel und Medizinpro-

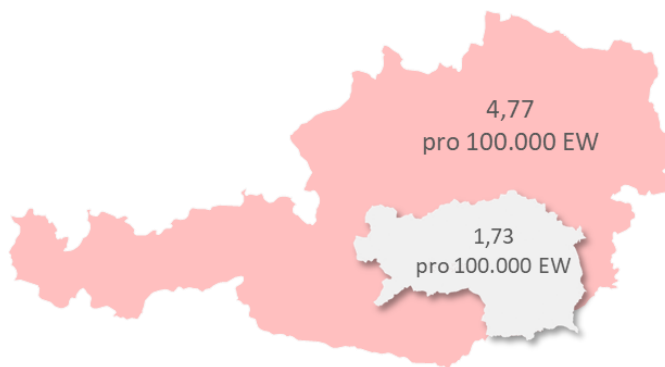
dukte anzuwenden und auch zu verordnen.⁴⁰ Sie arbeiten grundsätzlich nach ärztlicher Anordnung eigenverantwortlich, können jedoch in Gesundheitsförderung sowie Primär- und Sekundärprävention auch ohne ärztliche Anordnung tätig werden.⁴¹

5.5.1 IST-Stand 2025

Mit dem Stichtag 31. Dezember 2024 waren in der Steiermark insgesamt 22 Orthoptistinnen registriert, was einer Dichte von 1,7 Orthoptistinnen pro 100.000 EW entspricht. Damit liegt die Steiermark deutlich unter dem österreichweiten Durchschnitt von 4,8 Orthoptistinnen und Orthoptisten pro 100.000 EW (siehe Abbildung 13). Zehn der Orthoptistinnen und Orthoptisten arbeiten in Einzelordinationen, fünf weitere in ärztlichen Gruppenpraxen. Sechs arbeiten in Krankenanstalten und der Rest in Kuranstalten und selbstständigen Ambulatorien.

Der überwiegende Anteil der Orthoptistinnen ist teilzeitbeschäftigt oder stundenweise angestellt. Freiberufliche Tätigkeiten sind selten.

Abbildung 13: Orthoptistinnen und Orthoptisten pro 100.000 EW in der Steiermark und in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Berechnung nach Bevölkerungsdaten von Statistik Austria.



Nach Einschätzung der Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppe sei die Rolle der Orthoptistinnen und Orthoptisten im Gesundheitssystem noch wenig sichtbar und in ihrer Bedeutung für die Versorgung nicht ausreichend bekannt. Entsprechend sei die Versorgungssituation in der Steiermark von spürbaren personellen Engpässen geprägt. Reihenuntersuchungen in Kindergärten, Schulen und integrativen Zusatzbetreuungen fänden aus Sicht der Berufsgruppe derzeit nicht flächendeckend statt, weshalb von einer relevanten Dunkelziffer bislang nicht erkannter visueller Wahrnehmungsdefizite bei Kindern ausgegangen werde. Im Bereich der Rehabilitation sei das Angebot ambulanter neurovisueller Therapien stark eingeschränkt. Gleichzeitig führten demografische Entwicklungen, die zunehmende Kurzsichtigkeit sowie eine wachsende Bildschirmtätigkeit in allen Altersgruppen zu einem steigenden Bedarf an orthoptischen Leistungen.

In der Versorgungspraxis arbeiten Orthoptistinnen und Orthoptisten eng mit Augenärztinnen und Augenärzten und mit Optikerinnen und Optikern zusammen. Während die Aufgabenabgrenzung im medizinischen Setting klar geregelt ist, werden apparative Untersuchungen in manchen Einrichtungen auch von Pflegekräften oder angelernten Fachpersonen durchgeführt, wodurch Qualitätsunterschiede entstehen. Eine Delegation von Brillenverordnungen und Untersuchungen an Orthoptistinnen und Orthoptisten könnte Augenärztinnen und Augenärzten entlasten und die Effizienz der Versorgung steigern. In größeren Ordinationen übernehmen Orthoptistinnen und Orthoptisten häufig Kinderuntersuchungen,

⁴⁰ § 16 Abs 1-2 MTDG 2024

⁴¹ § 17 Abs 1-2 MTDG 2024

meist in Teilzeit oder im Rahmen projektbezogener Anstellungen. Eine Einbindung in PVEs wäre perspektivisch sinnvoll – etwa zur Durchführung von Screenings, zur Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Doppelbildern oder zur Begleitung chronischer Sehbeeinträchtigungen.

Die Berufsaustrittswahrscheinlichkeit pro Jahr wurde mit 1% eingeschätzt, was etwa einem Berufsaustritt alle 4 bis 5 Jahre entspricht.

5.5.1.1 Ausbildungslage

Orthoptistinnen und Orthoptisten werden derzeit nicht in der Steiermark, sondern ausschließlich an den Standorten Wien und Salzburg ausgebildet. Die FH Campus Wien verfügt über 20 Studienplätze pro Jahr, die FH Salzburg über 12 Studienplätze alle drei Jahre.⁴² Von allen in Österreich tätigen Berufsangehörigen haben 71,6 % ihre Ausbildung in Wien und 23,8 % in Salzburg abgeschlossen (vgl. Abbildung 14).

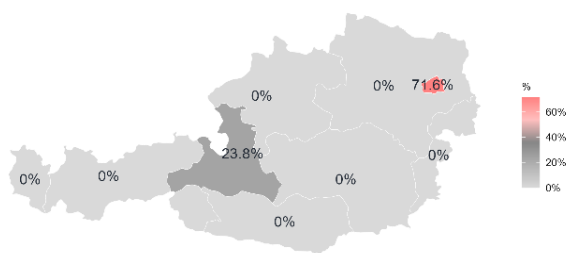


Abbildung 14: Ausbildungsorte von in Österreich tätigen Orthoptistinnen und Orthoptisten. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).

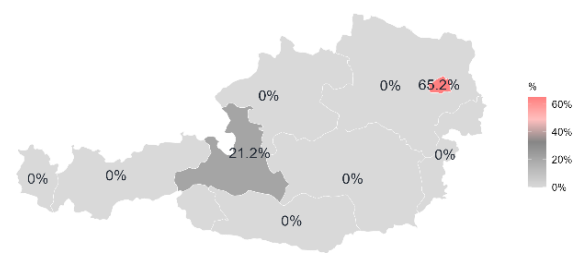


Abbildung 15: Ausbildungsorte von in der Steiermark tätigen Orthoptistinnen. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).

Unter den in der Steiermark tätigen Orthoptistinnen haben 65,2 % ihre Ausbildung in Wien und 21,2 % in Salzburg absolviert (vgl. Abbildung 15). Darüber hinaus ist ein kleiner Anteil der Berufsangehörigen über Anerkennungsverfahren aus dem Ausland (aus Deutschland, Italien und der Schweiz) in den steirischen Arbeitsmarkt eingetreten.

5.5.2 Internationaler Vergleich und Wirksamkeit

Im europäischen Vergleich gilt die orthoptische Versorgung als zentrales Element der Prävention vermeidbarer Sehbeeinträchtigungen. Bis zu 80 % der Erblindungen ließen sich durch rechtzeitige Diagnose und Behandlung verhindern; empfohlen werden daher standardisierte Vorsorgeprogramme mit interprofessionell durchgeführten Screenings unter orthoptischer Beteiligung, um Versorgungslücken zu schließen und funktionelle Sehstörungen früh zu erkennen (Németh et al. 2019).

Im Vereinigten Königreich sind Orthoptistinnen und Orthoptisten fest in interprofessionelle Eye-Care-Teams des National Health Service (NHS) eingebunden und arbeiten eng mit Ophthalmologinnen

⁴² Aus den von Orthoptik Austria zur Verfügung gestellt Unterlagen über die Berufsgruppe.

und Ophthalmologen, Optometristinnen und Optometristen, und ophthalmologischen Kräften zusammen.⁴³ Die Berufsstruktur zeigt dabei folgende Dichten: 24 „Optometrists“⁴⁴ pro 100.000 EW, 11 „Dispensing opticians“⁴⁵ pro 100.000 EW, 5 Augenärztinnen und Augenärzte („Ophthalmologists“⁴⁶) pro 100.000 EW und 2 Orthoptistinnen und Orthoptisten („Orthoptists“⁴⁷) pro 100.000 EW.⁴⁸ Diese Arbeitsteilung dient international häufig als Referenz für integrierte, effiziente und patientinnen- und patientenzentrierte augenärztliche Versorgung.³⁹

5.5.3 Prognose 2035

Die orthoptische Versorgung in der Steiermark ist derzeit durch eine sehr niedrige Berufsgruppendichte geprägt. Wie in Kapitel 4.5.2 dargestellt, unterscheidet sich die Struktur der augenbezogenen Gesundheitsberufe international deutlich. Im Vereinigten Königreich wird die augenärztliche Versorgung von vier Berufsgruppen getragen, die insgesamt eine deutlich höhere Dichte pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufweisen als die vergleichbaren Berufsgruppen in Österreich. Die dort beobachtete Orthoptistinnen- und Orthoptisten Dichte von rund 2 pro 100.000 EW ist daher vor dem Hintergrund eines insgesamt dichter ausgestatteten Systems zu interpretieren.

Vor diesem Hintergrund wurden zwei Prognosewerte definiert, die eine untere und eine obere Abschätzung des für die Steiermark sinnvollen Personalbedarfs bis 2035 abbilden (vgl. Tabelle 15):

- Als Minimum wird eine Anhebung der Dichte auf 2 Orthoptistinnen und Orthoptisten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner empfohlen. Dieser Wert orientiert sich an der im Vereinigten Königreich beobachtbaren Orthoptistinnen- und Orthoptisten Dichte und kann, trotz unterschiedlicher Berufsdefinitionen und Gesamtstrukturen, als international anschlussfähige Untergrenze herangezogen werden.
- Als Maximum wird eine Annäherung an das aktuelle österreichweite Durchschnittsniveau von 4,8 Orthoptistinnen und Orthoptisten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner vorgeschlagen. Dieses Niveau würde sicherstellen, dass die Steiermark mittelfristig mit den übrigen Bundesländern gleichzieht und eine strukturell vergleichbare Versorgungskapazität im Bereich der Orthoptik aufweist.

⁴³ Office for National Statistics: The healthcare workforce across the UK. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/articles/thehealthcareworkforceacrosstheuk/2024> (abgerufen am 12.11.2025)

⁴⁴ „Optometrists“ führen im NHS umfassende Augenuntersuchungen durch, erkennen Sehfehler und Augenerkrankungen und übernehmen erweiterte diagnostische Aufgaben.

⁴⁵ „Dispensing opticians“ passen im NHS Brillen und andere Sehhilfen an und beraten Patientinnen und Patienten mit Seheinträchtigungen.

⁴⁶ „Ophthalmologists“ sind im NHS Fachärztinnen und Fachärzte für Augenheilkunde, die operative und konservative Behandlungen des Auges durchführen.

⁴⁷ „Orthoptists“ diagnostizieren und behandeln im NHS Störungen der Augenbewegung und des beidäugigen Sehens, häufig im Rahmen von Klinik- und Screening-Angeboten für Kinder.

⁴⁸ Federation of (Ophthalmic and Dispensing) Opticians (FODO), Eye health professionals in the UK – Updated infographic: https://www.fodo.com/images/managed/Eye_Health_professionals_in_the_UK_Updated_Rescaled.png (abgerufen am 19.11.2025)

Prognose und SOLL 2035		
	min	Max
Orthoptistinnen und Orthoptisten pro 100.000 EW	2	4,8
Orthoptistinnen und Orthoptisten (Absolutzahlen)	26	62
Ausbildungsplätze pro Jahr	2	7

Tabelle 15: SOLL 2035 der Orthoptistinnen und Orthoptisten in der Steiermark. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister. Berechnung anhand von Bevölkerungs-, Mortalitäts-, Pensionierungsdaten von Statistik Austria, der Berufsaustrittswahrscheinlichkeit und Ausbildungsdaten der FH JOANNEUM.

Da die Ausbildung derzeit ausschließlich an den Standorten Wien und Salzburg erfolgt, ist der Aufbau eines eigenen Studienangebots in der Steiermark kurzfristig nicht realistisch. Eine Kooperation mit den bestehenden Ausbildungsstandorten erscheint daher als pragmatische und zukunftsorientierte Lösung.

Darüber hinaus sollte die Rolle der Orthoptistinnen und Orthoptisten künftig stärker in der Primärversorgung verankert werden. Eine Einbindung in PVE würde den Zugang zu präventiven Leistungen verbessern und eine kontinuierliche Betreuung von Personen mit chronischen oder funktionellen Sehbeeinträchtigungen ermöglichen.

5.6 Physiotherapie

Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten erbringen alle physiotherapeutischen Maßnahmen in Therapie, Rehabilitation und Prävention, inklusive Gesundheitserziehung. Sie wirken an Assessments und Screeningverfahren mit und führen diese einschließlich physiotherapeutischer Befundung durch. Im Rahmen der Berufstätigkeiten sind die Anwendung und die Verordnung von Arzneimitteln und Medizinprodukten vorgesehen; ebenso die Mitentwicklung und Anpassung von Hilfsmitteln zur Zielerreichung.⁴⁹ Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten arbeiten grundsätzlich nach ärztlicher oder zahnärztlicher Anordnung eigenverantwortlich, in der Gesundheitsförderung sowie in der Primär- und der Sekundärprävention (intra- wie extramural) handeln sie eigenverantwortlich ohne ärztliche Anordnung.⁵⁰

⁴⁹ § 19 Abs 1,2 MTDG 2024

⁵⁰ § 20 Abs 1,2 MTDG 2024

5.6.1 IST-Stand 2025

Mit dem Stichtag 31. Dezember 2024 waren in der Steiermark insgesamt 2.337 *Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten* registriert, davon 1759 Frauen (229 $\geq$ 55 Jahre) und 578 Männer (50 $\geq$ 55 Jahre).

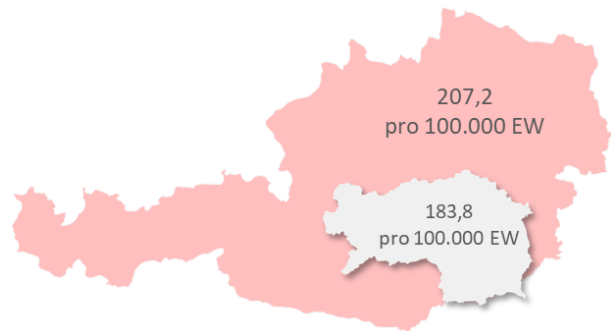


Abbildung 16: *Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten pro 100.000 EW in der Steiermark und in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Berechnung nach Bevölkerungsdaten von Statistik Austria.*

Bezogen auf die Bevölkerungszahl entspricht dies einer Dichte von 183,8 *Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten pro 100 000 EW*. Sie liegt damit unter dem österreichweiten Durchschnitt von 207,2 *Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten pro 100.000 EW*. Nach Einschätzung der Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppe zeigt die physiotherapeutische Versorgung ein regional heterogenes Bild mit strukturellen Lücken. Ein einheitlicher, evidenzbasierter Personalschlüssel fehle insbesondere in Intensivmedizin, Orthopädie, Innerer Medizin sowie der Kinder- und Jugendversorgung; daraus ergäben sich spürbare Unterschiede in Kapazitäten und Qualitätsstandards zwischen den Einrichtungen. Regional bestünden deutliche Ungleichverteilungen. Die tatsächliche Versorgung werde zudem durch veränderte Arbeitszeitpräferenzen geprägt: Zunehmende Teilzeitmodelle und flexible Dienstwünsche verringerten die planbare Netto-Kapazität je Kopf.

Aus Sicht der Berufsvertretung adressieren Ausbildung und Personalplanung den Bedarf bislang nur teilweise. Zwar sei die Zahl der Ausbildungsplätze derzeit stabil, in einigen Regionen könne der Bedarf jedoch nicht vollständig gedeckt werden. Gleichzeitig begrenzten verfügbare Praktikumsstellen eine kurzfristige Ausweitung der Ausbildungskapazitäten.

Derzeit sind 39 % der *Physiotherapeutinnen und -therapeuten* freiberuflich tätig, 37 % sind angestellt und 24 % sind in beiden Modellen berufstätig. Die Berufsaustrittswahrscheinlichkeit pro Jahr wurde mit 1% eingeschätzt, was etwa 23 Personen entspricht.

5.6.1.1 Ausbildungslage

Nur etwas mehr als die Hälfte der in der Steiermark tätigen *Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten* (52,5 %) hat ihre Ausbildung in der Steiermark absolviert. Auch nur 9,6 % aller in Österreich tätigen *Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten* wurden in der Steiermark ausgebildet (Stichtag: 31.12.2024). Beides deutet auf eine hohe berufliche Mobilität sowie eine ausgeprägte Zuwanderung aus anderen Bundesländern und über Anerkennungen/Nostrifizierungen hin. Durchschnittlich werden zehn Anerkennungen bzw. Nostrifizierungen pro Jahr berichtet.

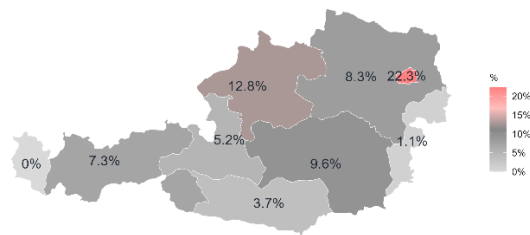


Abbildung 17: Ausbildungsorte von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).

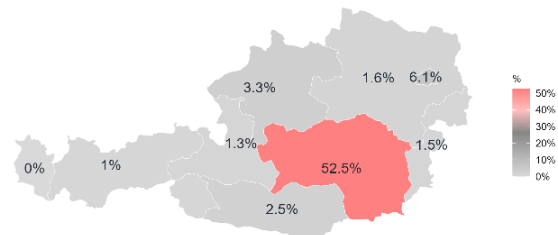


Abbildung 18: Ausbildungsorte von in der Steiermark tätigen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).

5.6.2 Internationaler Vergleich und Wirksamkeit

Bereits im Jahr 2022 war Österreich hinsichtlich der Dichte an Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten pro 100.000 EW im europäischen Vergleich⁵¹ gut positioniert. Mit einer aktuellen Dichte von 207,2 pro 100.000 EW (Stichtag 31.12.2024) liegt Österreich weiterhin über dem europäischen Durchschnitt. Die Steiermark weist mit 183,8 an Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten pro 100.000 EW eine etwas geringere Dichte auf.

International zeigt sich ein breites Evidenzspektrum zur Wirksamkeit physiotherapeutischer Leistungen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen. Physiotherapeutische Betreuung nach dem Prinzip des Direct Access führt zu vergleichbaren gesundheitlichen Ergebnissen wie ärztlich gesteuerte Behandlungswege, jedoch bei höherer Patientinnen- und Patientenzufriedenheit, geringerer Nutzung bildgebender Verfahren und Medikamenten sowie niedrigeren Gesamtkosten (Gallotti et al. 2023).

Im Bereich chronischer und postoperativer Schmerzen werden durch physiotherapeutische Interventionen deutliche Verbesserungen in Schmerzreduktion, körperlicher Funktion, Lebensqualität und psychischer Gesundheit erreicht, ohne dass unerwünschte Nebenwirkungen berichtet werden (Robinson et al. 2019). Besonders wirksam sind multimodale Ansätze, die Bewegung, manuelle Techniken, edukative und beziehungsorientierte Elemente kombinieren, da sie der realen Versorgungspraxis besser entsprechen und nachhaltigere Effekte erzielen (Madden 2024). Auch in der Versorgung älterer Patientinnen und Patienten zeigt sich ein präventiver Nutzen. Bei Seniorinnen und Senioren, die nach einem Spitalsaufenthalt aufgrund leichter Verletzungen eine Physiotherapie erhielten, blieb die Funktionsfähigkeit über sechs Monate hinweg weitgehend stabil. Ohne physiotherapeutische Nachbetreuung kam es hingegen zu einem signifikanten Funktionsverlust, insbesondere bei vulnerablen und fragilen Personen (Laurence Fruteau et al. 2023).

⁵¹ Eurostat, Healthcare personnel statistics - dentists, pharmacists and physiotherapists: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_dentists,_pharmacists_and_physiotherapists (abgerufen am 16.10.2025)

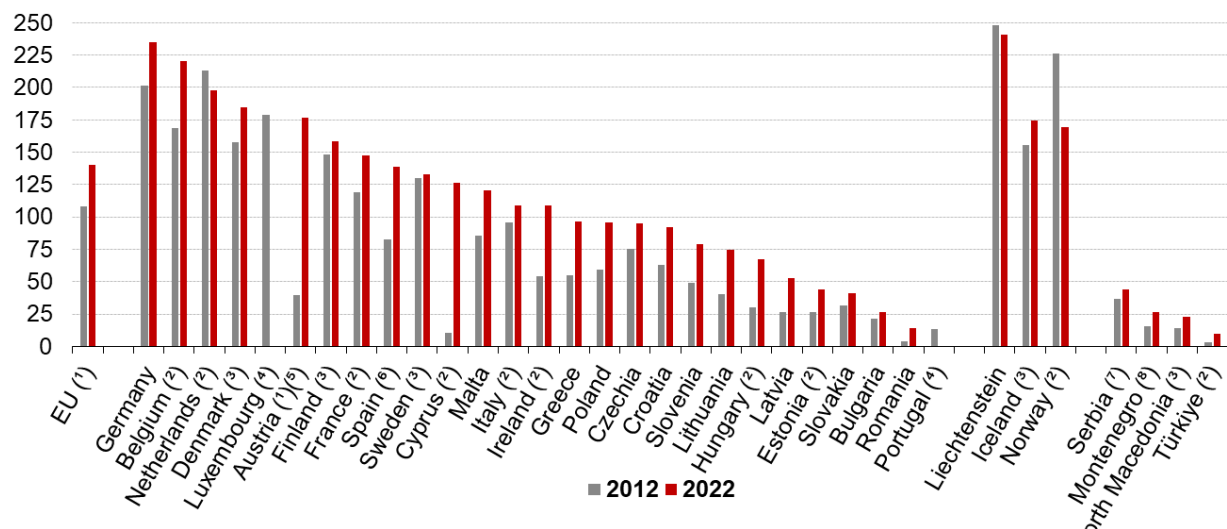


Abbildung 19: Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten pro 100.000 EW im internationalen Vergleich. Datengrundlage: Eurostat

5.6.3 Prognose 2035

Die physiotherapeutische Versorgung in der Steiermark ist durch eine vergleichsweise hohe Berufsgruppendichte geprägt, weist jedoch erhebliche regionale und strukturelle Unterschiede auf. Der aktuelle Stand zeigt, dass die Zahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten grundsätzlich ausreichend erscheint, die Verfügbarkeit der Leistungen aber stark von Setting, Beschäftigungsform und Standort abhängt. Nach Einschätzung der Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppe bestehen insbesondere im extramuralen Bereich Lücken in der wohnortnahen Versorgung, etwa in ländlichen Regionen und in Pflegeeinrichtungen. Dort erfolgt die physiotherapeutische Betreuung häufig über externe Anbieter oder auf private Initiative der Patientinnen und Patienten, was den Zugang insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen erschwert. Gleichzeitig zeigen sich in Akut- und Rehabilitationsbereichen deutliche Unterschiede in der personellen Ausstattung, da verbindliche, evidenzbasierte Personalschlüssel fehlen.

Die Verteilung innerhalb der Berufsgruppe spiegelt aktuelle Arbeitsmarkttrends wider. Eine zunehmende Quote an Teilzeitbeschäftigung, flexible Dienstmodelle und ein hoher Anteil freiberuflich Tätiger führen dazu, dass die rechnerisch hohe Dichte an Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten nicht in vollem Umfang in der direkten Patientinnen- und Patientenversorgung ankommt. Diese strukturellen Rahmenbedingungen haben somit stärkeren Einfluss auf die Versorgungslage als die reine Zahl der Berufsangehörigen. Um die Versorgungsqualität und regionale Abdeckung zu verbessern, erscheint weniger eine quantitative Ausweitung der Ausbildungsplätze zweckmäßig, als vielmehr eine strategische Neuverteilung und Systemintegration. Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten sollten als fixer Bestandteil multiprofessioneller Teams in der Primärversorgung etabliert werden. Eine stärkere Einbindung in PVEs kann die wohnortnahe Rehabilitation und Prävention fördern und gleichzeitig Versorgungslücken in strukturschwachen Regionen schließen.

Auf dieser Grundlage wird empfohlen, die Ausbildungsplätze in der Steiermark auf dem derzeitigen Niveau von 90 Antragsplätzen pro Jahr zu belassen. Bei einer gezielten Integration der Berufsgruppe in

die Primärversorgung und unter Berücksichtigung bestehender Teilzeitquoten kann die Dichte an Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten bis 2035 auf rund 197,1 pro 100.000 EW gesteigert werden, ohne eine formale Ausweitung der Ausbildungskapazitäten vorzunehmen. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass die jährliche Zahl der Ausbildungsplätze in den vergangenen Jahren bereits mehrfach angehoben wurde. Diese Entwicklung setzt jedoch voraus, dass die bestehenden strukturellen Hemmnisse adressiert, die Rahmenbedingungen für öffentliche Anstellungen verbessert und die Rolle der Physiotherapie im primärversorgungsorientierten Setting nachhaltig gestärkt werden.

Prognose und SOLL 2035	
Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten pro 100.000 EW	197,1
Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (Absolutzahlen)	2543
Ausbildungsplätze pro Jahr	90

Tabelle 16: SOLL 2035 der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in der Steiermark. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister Berechnung anhand von Bevölkerungs-, Mortalitäts-, Pensionierungsdaten von Statistik Austria, der Berufsaustrittswahrscheinlichkeit und Ausbildungsdaten der FH JOANNEUM.

5.7 Radiologietechnologie

Der Beruf der Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen umfasst die eigenverantwortliche Durchführung und Mitgestaltung aller medizinisch-technischen Verfahren mit ionisierender und nicht-ionisierender Strahlung sowie Schall (Diagnostik, Intervention, Nuklearmedizin, Strahlentherapie). Dazu gehören Anamnese und Analyse, Zieldefinition, Vorbereitung von Patientinnen und Patienten, Geräten, Protokollen und Materialien, die Durchführung der Untersuchungen und Behandlungen, Evaluierung und radiologietechnologische Dokumentation inkl. Befundungsverfahren. Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen wirken an Assessments und Screenings mit, verabreichen Arzneimittel (einschließlich Kontrastmittel und Radiopharmaka) und wenden Medizinprodukte an; die Verordnung von Arzneimitteln und Medizinprodukten erfolgt gemäß einschlägiger Verordnung.⁵² Grundsätzlich arbeiten sie nach ärztlicher bzw. zahnärztlicher Anordnung eigenverantwortlich und üben nach Maßgabe des MAB-Gesetzes die Aufsicht über Röntgenassistentinnen und Röntgenassistenten aus; im Einzelfall ist eine Delegation von angeordneten Tätigkeiten an die Röntgenassistentenz mit Aufsicht möglich.⁵³

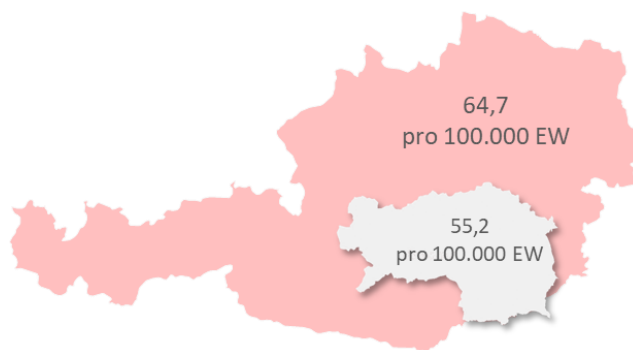
⁵² § 22 S 1,2 MTDG 2024

⁵³ § 23 S 1,2 MTDG 2024

5.7.1 IST-STAND 2025

Mit Stichtag 31. Dezember 2024 waren in der Steiermark insgesamt 702 Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen registriert, davon 572 Frauen (85 ≥ 55 Jahre) und 130 Männer (16 ≥ 55 Jahre).

Abbildung 20: Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen pro 100.000 EW in der Steiermark und in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Berechnung nach Bevölkerungsdaten von Statistik Austria.



Bezogen auf die Bevölkerungszahl ergibt sich für die Steiermark eine Dichte von 55,2 Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen pro 100.000 EW und damit ein Wert, der unter dem österreichischen Durchschnitt von 64,7 Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen pro 100.000 EW liegt. 93 % der Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen arbeiten angestellt, die restlichen 7 % kombinieren eine Anstellung mit freiberuflicher Tätigkeit. Die Beschäftigung konzentriert sich stark auf den intramuralen Bereich.

Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen nach Setting	
Setting	Relative Frequenz
Krankenanstalt	86,8%
Selbst. Ambulatorien	6,8%
Arzt+Gruppenpraxen	6,7%
Sonstiges (z. B. Industrie)	1,7%
Ausbildungseinrichtung	1,3%*
Forschungseinrichtung	1,1%
Kuranstalten	0,7%

Tabelle 17: Prozentuelle Verteilung der in der Steiermark tätigen Radiologietechnologinnen und Radiologen nach Setting. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024). Mehrfachnennungen sind möglich. *Angaben aus dem Gesundheitsberufsregister wurden durch EPIG-Datenerhebung ergänzt.

Nach Einschätzung der Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppe werden die im Studium erworbenen Kompetenzen von Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen insbesondere im Krankenhausbereich, in dem der überwiegende Teil der Berufsangehörigen tätig ist, häufig nicht voll ausgeschöpft. Sie würden teilweise unter ihrem Qualifikationsniveau eingesetzt, wodurch Effizienzreserven und Entwicklungspotenziale ungenutzt blieben. Ein zentraler Aspekt ist der Personalmix mit Röntgenassistentinnen und Röntgenassistenten, für die Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen eine gesetzliche Aufsichtspflicht haben. Die Zusammenarbeit ist im klinischen Alltag wesentlich, wird

jedoch durch unklare Kompetenzabgrenzungen und punktuell überschneidende Zuständigkeiten erschwert. Dies kann zusätzlichen Koordinationsaufwand verursachen und birgt Risiken für die Prozess- und Ergebnisqualität. Im niedergelassenen Bereich sind vergleichsweise wenige Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen tätig. Dadurch arbeiten Röntgenassistentinnen und Röntgenassistenten mit nur eingeschränkter oder fehlender Aufsicht.

5.7.1.1 Ausbildungslage

Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen werden in Österreich an mehreren Standorten ausgebildet, darunter auch in der Steiermark. Von allen in Österreich tätigen Berufsangehörigen haben 12,1 % ihre Ausbildung in der Steiermark absolviert. Unter den in der Steiermark tätigen Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen haben 78,1 % ihren Studienabschluss im Bundesland erworben. Durchschnittlich wird eine Anerkennungen bzw. Nostrifizierung pro Jahr berichtet.

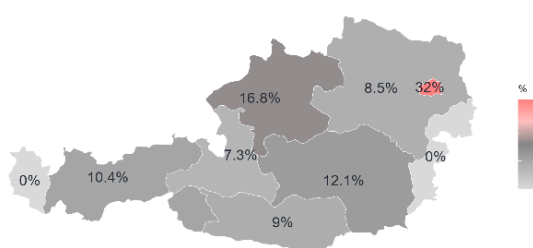


Abbildung 21: Ausbildungsorte von Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen in Österreich. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).

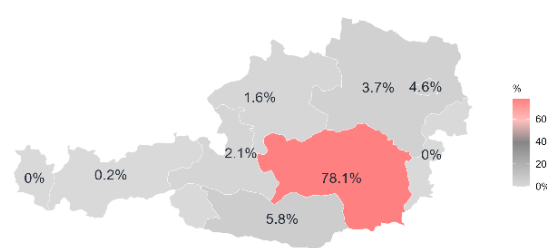


Abbildung 22: Ausbildungsorte von in der Steiermark tätigen Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister (Stichtag 31.12.2024).

5.7.2 Internationaler Vergleich und neue Entwicklungen

Internationale Vergleiche zur Dichte von Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen sind nur eingeschränkt möglich, da Aufgabenprofile, Ausbildungswege und rechtliche Rahmenbedingungen je nach Land erheblich variieren. Dennoch zeigt sich europaweit dass sich die Rolle der Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen in einem tiefgreifenden Wandel befindet, der stark durch Digitalisierung und KI-basierte Systeme geprägt ist. KI-gestützte Anwendungen gewinnen insbesondere in der Bildakquisition, im Workflow-Management und bei standardisierten Arbeitsschritten zunehmend an Bedeutung. KI in der Radiologie ist vor allem als unterstützende Technologie zu verstehen, die die Effizienz steigert, Wiederholungsaufnahmen reduziert und technische Standardisierung ermöglicht, ohne den Bedarf an qualifizierten Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen zu ersetzen (Hardy und Harvey 2020).

KI soll die Berufsrolle nicht reduzieren, sondern transformieren. Radiologietechnologinnen und -technologen bewerten den Einsatz von KI unter der Voraussetzung überwiegend positiv, dass entsprechende Fortbildungen verfügbar sind und die interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt wird. Zugleich wird davon ausgegangen, dass patientenorientierte Aufgaben und Verantwortlichkeiten in der Qualitätssicherung trotz technologischer Fortschritte zentral bleiben (Stogiannos et al. 2025). Darüber hinaus belegt die internationale Literatur, dass KI-gestützte Tools bereits heute in mehreren Bereichen zuverlässig unterstützen können – etwa in der automatisierten Bildvorverarbeitung, in der Fehlererkennung oder bei der Optimierung von Untersuchungsparametern. Diese Entwicklungen führen zu Effizienzgewinnen

und können einzelne Routinetätigkeiten vereinfachen, ersetzen jedoch keine fundierte fachliche Expertise.

5.7.3 Prognose 2035

Auch wenn die aktuelle Dichte von 55,2 Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen pro 100.000 EW unter dem österreichischen Durchschnitt liegt, lässt sich aus den vorliegenden Daten ableiten, dass nicht allein die absolute Anzahl der Berufsangehörigen den zentralen Engpass darstellt, sondern zwei strukturelle Faktoren noch wesentlicher sind:

- Die hochkomplexen Kompetenzen der Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen werden in vielen Bereichen nicht vollständig ausgeschöpft und es besteht Optimierungspotenzial in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, insbesondere mit Röntgenassistentinnen und Röntgenassistenten. Eine klarere Aufgabenverteilung und stärkere Fokussierung der Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen auf komplexe Tätigkeiten könnte sowohl die Qualität als auch die berufliche Zufriedenheit verbessern. Gleichzeitig könnte der extramurale Bereich mittelfristig von einem höheren Anteil an Assistenzpersonal profitieren.
- Hinzu kommen rasch fortschreitende Entwicklungen in Digitalisierung und KI, die in der Routineversorgung noch nicht vollständig etabliert sind, aber in den kommenden Jahren voraussichtlich zunehmenden Einfluss auf Arbeitsabläufe und Prozessgestaltung haben werden. Die Geschwindigkeit und der tatsächliche Umfang dieser Veränderungen sind derzeit schwer abschätzbar. Vor diesem Hintergrund wurden zwei Prognosewerte definiert (vgl. Tabelle 18), die eine untere und eine obere Abschätzung des zukünftigen Personalbedarfs bis 2035 darstellen.

Als Maximum wird eine moderate Erhöhung der Dichte an Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen vorgeschlagen, die zu einer Annäherung an den österreichischen Durchschnitt führt, ohne die bestehenden Ausbildungsplätze (42 Antragsplätze im Jahr 2025) auszuweiten. Dieses obere Niveau berücksichtigt den wachsenden Bedarf, die demografische Entwicklung und den steigenden Einfluss digitaler Technologien, geht aber davon aus, dass Produktivitätsgewinne durch KI die qualifizierte Fachkraft nicht ersetzen, sondern unterstützen. Unter den derzeit absehbaren Rahmenbedingungen wird empfohlen, die Ausbildungsplanung zunächst an diesem Maximum auszurichten und es als vorsorgliche Planungsbasis zu verwenden.

Das Minimum entspricht einer langfristigen Rückkehr zur aktuellen Dichte und setzt voraus, dass mehrere Bedingungen nachweislich erfüllt sind: eine breit etablierte und flächendeckend eingesetzte KI-Integration, ein optimierter Skill-Mix zwischen Radiologietechnologie und Röntgenassistenz sowie ein gezielter, settingspezifischer Einsatz der Berufsgruppe. Erst wenn diese strukturellen und technologischen Voraussetzungen belastbar umgesetzt sind und entsprechende Evaluationen zeigen, dass die Versorgungsqualität gesichert bleibt, kann mittelfristig geprüft werden, ob eine Orientierung in Richtung dieses Minimums vertretbar ist. Bis dahin sollte die Planung am Maximum ausgerichtet bleiben und in regelmäßigen Abständen überprüft werden.

Prognose und SOLL 2035		
	min	Max
Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen pro 100.000 EW	57,7	60,0
Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen (Absolutzahlen)	745	774
Ausbildungsplätze pro Jahr	35	42

Tabelle 18: SOLL 2035 der Radiologietechnologinnen und Radiologietechnologen in der Steiermark. Datengrundlage: Gesundheitsberufsregister. Berechnung anhand von Bevölkerungs-, Mortalitäts-, Pensionierungsdaten von Statistik Austria, der Berufsaustrittswahrscheinlichkeit und Ausbildungsdaten der FH JOANNEUM.

6 Personalbedarf – MAB & OTA

Die medizinischen Assistenzberufe (MAB) und die operationstechnischen AssistentInnen (OTA) sind in Österreich durch das Medizinische Assistenzberufe-Gesetz (MABG) geregelt. Dieses definiert sieben Assistenzberufe sowie deren Ausbildung und Tätigkeitsbereiche.⁵⁴ Mit der Einführung der OTA als eigenständigem Gesundheitsberuf wurde ergänzend ein spezifisches Berufs- und Ausbildungsrecht für das Setting Operationssaal (OP) geschaffen.⁵⁵ MAB und OTA werden in technisch und organisatorisch anspruchsvollen Bereichen eingesetzt. Das MABG legt fest, dass Angehörige der medizinischen Assistenzberufe nach ärztlicher Anordnung die Arbeit mit Patientinnen und Patienten unterstützen. Zu den Fachrichtungen zählen Desinfektionsassistenz, Gipsassistenz, Laborassistenz, Obduktionsassistenz, Operationsassistenz, Ordinationsassistenz und Röntgenassistenz.⁵⁶

Mit der Einführung der OTA wurde gesetzlich verankert, dass diese Berufsgruppe - ergänzend oder alternativ zu Pflegepersonen - in OP-Bereichen, Notfallambulanzen, Schockräumen, Endoskopieeinheiten sowie in Aufbereitungseinheiten für Medizinprodukte tätig sein kann.⁵⁷

6.1 IST-Stand 2025

Da für die MAB im Gegensatz zu den MTD und OTA kein bundesweites Register existiert, wurde für die Steiermark im Rahmen dieser Studie eine eigene Datenerhebung durchgeführt (vgl. Kapitel 3.2). Die Erhebung umfasste Krankenanstalten, Sanatorien, Labore, Primärversorgungseinheiten (PVE), Pflegeeinrichtungen sowie Gesundheitsbetriebe. Für die OTA wurden - analog zu den MTD - die Daten aus dem Gesundheitsberuferegister herangezogen.

6.1.1 Ordinationsassistentinnen und Ordinationsassistenten

Die Erfassung des tatsächlichen Personalbestands der Ordinationsassistentinnen und Ordinationsassistenten war mit erheblichen Limitationen verbunden. Eine flächendeckende, belastbare Erhebung der Berufsangehörigen war nicht möglich, da kein konsistentes und seriöses Datenmaterial zur Verfügung steht. Zusätzlich erschwerten unterschiedliche Funktions- und Tätigkeitsbezeichnungen in den Einrichtungen (z. B. Ordinationsassistenz, Sekretariat, Office-Assistenz, Praxismanagement) eine eindeutige Zuordnung. Eine verlässliche Abgrenzung, ob Personen über eine ordinationsspezifische Ausbildung verfügen oder lediglich ordinationsassistentenähnliche Aufgaben übernehmen, konnte daher nicht durchgängig vorgenommen werden. Da der IST-Stand an Ordinationsassistentinnen und -assistenten aufgrund der dargestellten Limitationen nur grob abgeschätzt werden kann, ist eine valide und belastbare Prognose

⁵⁴ Bundesgesetz über medizinische Assistenzberufe, die Operationstechnische Assistenz und die Ausübung der Trainingstherapie (Medizinische Assistenzberufe-Gesetz – MABG) BGBl. I Nr. 89/2012

⁵⁵ Parlament Österreich, OTA-Gesetz: <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXVI/ME/160?utm> (abgerufen am 20.11.2025)

⁵⁶ §1 Abs 1- 2 MABG 2012

⁵⁷ Parlament Österreich, OTA-Gesetz: <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXVI/ME/160?utm> (abgerufen am 20.11.2025)

des zukünftigen Personalbedarfs – einschließlich der Ableitung notwendiger Absolventinnen- und Absolventenzahlen – nicht möglich.

6.1.2 MAB (ohne Ordinationsassistentinnen und -assistenten)

Für die anderen sechs medizinischen Assistenzberufe ergibt sich aus der Datenerhebung ein gesamter Näherungswert von rund 860 Personen, die diese Qualifikationen singulär oder in Kombinationen tragen, davon sind 58 % Frauen und 42 % Männer.

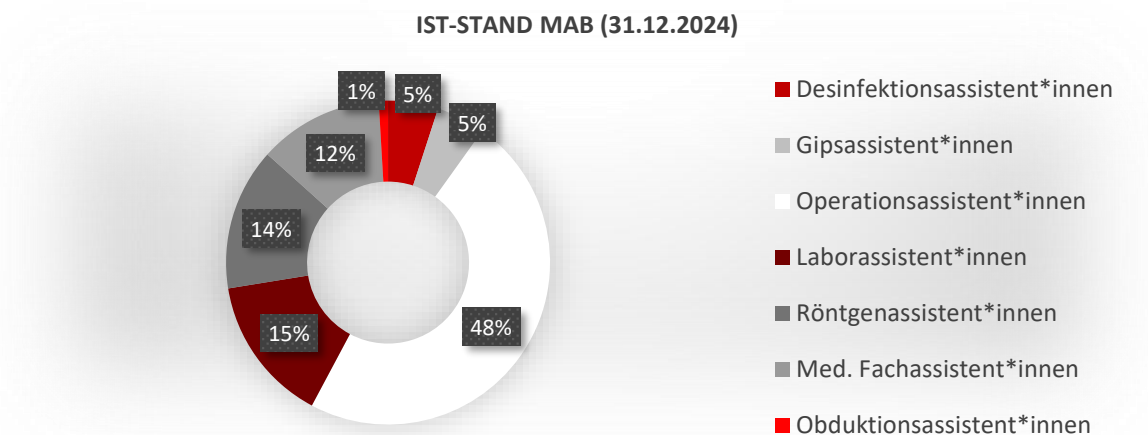


Abbildung 23: Prozentuelle Verteilung der jeweiligen medizinischen Assistenzberufe (MAB) an der Gesamtzahl (ohne Ordinationsassistentinnen bzw. Ordinationsassistenten). Alle angegebenen Zahlen sind als Näherungswerte zu verstehen. Datengrundlage: eigene Erhebung mit Stichtag 31.12.2024.

Für die *Desinfektionsassistentinnen und -assistenten* ergibt sich für den Stichtag ein Näherungswert von 43 Personen (23 Frauen, 20 Männer) mit dieser Ausbildung. Dies entspricht 3,4 Personen pro 100.000 EW. Sie arbeiten überwiegend in Krankenanstalten, einschließlich Privatkliniken, dem Gesundheitsamt Graz sowie in einzelnen Gesundheitsbetrieben.

Die Gruppe der *Gipsassistentinnen und -assistenten* umfasst rund 42 Personen (10 Frauen, 32 Männer). Das entspricht 3,3 Personen pro 100.000 EW. Haupteinsatzorte sind Krankenanstalten.

Desinfektionsassistentinnen und -assistenten	
IST-STAND 31.12.2024 (Datenerhebungen + Hochrechnungen)	
43	
♀ 23	♂ 20

Tabelle 19: IST-Stand Desinfektionsassistentinnen und -assistenten (Näherungswerte). Datengrundlage: eigene Erhebung. Stichtag 31.12.2024.

Gipsassistentinnen und -assistenten	
IST-STAND 31.12.2024 (Datenerhebungen + Hochrechnungen)	
42	
♀ 10	♂ 32

Tabelle 20: IST-Stand Gipsassistentinnen und -assistenten (Näherungswerte). Datengrundlage: eigene Erhebung. Stichtag 31.12.2024.

Die *Operationsassistentinnen und -assistenten* stellen mit rund 412 Personen (205 Frauen, 207 Männer) eine große Berufsgruppe innerhalb der MAB dar. Das entspricht einer Dichte von 32,4 Personen pro 100.000 EW. Sie sind vorwiegend in Krankenanstalten, Privatkliniken und einzelnen Gesundheitsbetrieben tätig. Auf Basis einer orientierenden Recherche in öffentlich zugänglichen Jobportalen zeigte sich,

dass Operationsassistentinnen und Operationsassistenten zu den am häufigsten nachgefragten Assistenzberufen im Bundesland Steiermark zählen.

Die *Laborassistentinnen und -assistenten* umfassen rund 126 Personen (106 Frauen, 20 Männer). Die Dichte beträgt 9,9 Personen pro 100.000 EW. Tätigkeitsbereiche sind Krankenanstalten, Privatkliniken und Laborbetriebe.

Operationsassistentinnen und -assistenten	
IST-STAND 31.12.2024 (Datenerhebungen + Hochrechnungen) 412	
♀ 205	♂ 207

Tabelle 21: IST-Stand Operationsassistentinnen und -assistenten (Näherungswerte). Datengrundlage: eigene Erhebung. Stichtag 31.12.2024.

Laborassistentinnen und -assistenten	
IST-STAND 31.12.2024 (Datenerhebungen + Hochrechnungen) 126	
♀ 106	♂ 20

Tabelle 22: IST-Stand Laborassistentinnen und -assistenten (Näherungswerte). Datengrundlage: eigene Erhebung. Stichtag 31.12.2024.

Für die *Röntgenassistentinnen und -assistenten* ergibt sich ein Näherungswert von 122 Personen (76 Frauen, 46 Männer). Dies entspricht 9,6 Personen pro 100.000 EW. Sie arbeiten hauptsächlich in Krankenanstalten, Privatkliniken sowie in Ambulatorien für bildgebende Diagnostik.

Röntgenassistentinnen und -assistenten	
IST-STAND 31.12.2024 (Datenerhebungen + Hochrechnungen) 122	
♀ 76	♂ 46

Tabelle 23: IST-Stand Röntgenassistentinnen und -assistenten (Näherungswerte). Datengrundlage: eigene Erhebung. Stichtag 31.12.2024.

Medizinische Fachassistentinnen und -assistenten	
IST-STAND 31.12.2024 (Datenerhebungen + Hochrechnungen) 107	
♀ 80	♂ 27

Tabelle 24: IST-Stand Medizinische Fachassistentinnen und -assistenten (Näherungswerte). Datengrundlage: eigene Erhebung. Stichtag 31.12.2024.

Die *medizinischen Fachassistentinnen und -assistenten* umfassen 107 Personen (80 Frauen, 27 Männer). Das entspricht 8,4 Personen pro 100.000 EW. Ihr Einsatz erfolgt vorrangig in Krankenanstalten, Privatkliniken, Gesundheitsbetrieben, Laboren und punktuell auch in PVE. In dieser Berufsgruppe gibt es unterschiedliche Kombinationen der MAB-Module (z. B. Labor-, Ordinations- und Röntgenassistentenz). Detaillierte Aussagen zur Verteilung der jeweiligen Qualifikationen waren nicht möglich.

Für die *Obduktionsassistentinnen und -assistenten* ist von rund acht Personen in der gesamten Steiermark auszugehen, die überwiegend in der KAGes, am Diagnostik- und Forschungsinstitut für Pathologie der Medizinischen Universität Graz sowie im Gerichtsbereich tätig sind.

6.1.3 OTA

Aufgrund der bereits erwähnten Limitationen des Gesundheitsberuferegisters kann der exakte Ist-Stand der Zahl an OTA nicht dargestellt werden. Konkret liegen die Registerdaten ausschließlich in aggregierter Form vor. Zudem werden Kategorien mit weniger als fünf Personen nicht differenziert ausgewiesen. Mit Stichtag 31.12.2024 lässt sich jedoch abschätzen, dass lediglich zwischen drei und fünf OTA in der Steiermark tätig waren.

Da diese geringe Zahl an OTAs keine Basis für eine zukünftige Bedarfsabschätzung liefern kann, wurden Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern eines überwiegenden Teils der in der Steiermark chirurgisch tätigen Krankenanstalten durchgeführt, um deren Erwartungen an diese Berufsgruppe, Fragen, wie sie operativ eingesetzt werden sollten und auch jene zu Praktikumsplätzen erörtert. In diesen Gruppendiskussionen und Interviews zur Rolle der OTA in der Steiermark wurde der Bedarf an Assistenzkräften im OP abgeschätzt. Er wird generell als hoch eingeschätzt, um Pflegekräfte zu entlasten bzw. wird erwartet, dass der Nachwuchs an DGKP mit der Spezialisierung OP nachlassen wird.

6.2 Ausbildungslage

Die Ausbildung der MAB in der Steiermark erfolgt an zwei Standorten des Landes Steiermark,

- dem Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit Ost, Graz
- sowie dem Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit Süd, Graz.

Beide Standorte decken unterschiedliche fachliche Module ab, wodurch ein breites Spektrum an Ausbildungswegen abgebildet wird. Am *Bildungszentrum Ost* werden die Module Desinfektionsassistenz (650 Stunden), Gipsassistenz (650 Stunden) und Operationsassistenz (1.100 Stunden) angeboten. Am *Bildungszentrum Süd* umfasst das Angebot die Module Laborassistenz (1.300 Stunden), Röntgenassistenz (1.300 Stunden) und Ordinationsassistenz (650 Stunden). Für die Obduktionsassistenz werden am Bildungszentrum Ost Ausbildungsplätze jeweils abhängig vom aktuellen Bedarf geöffnet.

Beim Modul Laborassistenz ist zu beobachten, dass Personen, die die Kombination Laborassistenz, Röntgenassistenz und Ordinationsassistenz besuchen, zunächst die Laborassistenz absolvieren würden und im Rahmen der Praktika häufig von potenziellen Arbeitgebern bereits abgeworben werden. Dies führe dazu, dass ein Teil der Auszubildenden die geplante Modul-Kombination nicht vollständig abschließt, sondern in den Arbeitsmarkt als Laborassistentin und Laborassistent direkt eintritt.

Zusätzlich zum Angebot des Landes Steiermark an den Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege Leoben und Stolzalpe kann der Lehrgang Ordinationsassistenz auch an weiteren Bildungseinrichtungen absolviert werden, darunter am BFI Steiermark und an der Drumbl Akademie für Aus- und Weiterbildung.

Für die OTA besteht derzeit ein Ausbildungsangebot am Bildungszentrum Ost. Im Jahr 2023 begannen 18 Personen die OTA-Ausbildung, im Jahr 2024 waren es 29 Personen. Ein erheblicher Teil der Teilnehmenden wurde direkt von Krankenanstalten in die Ausbildung entsandt. Als zentrale Herausforderung zeigt sich die *Verfügbarkeit von Praktikumsplätzen im OP-Bereich*: Da mehrere Berufsgruppen gleichzeitig im Operationssaal ausgebildet werden – darunter OTA, Operationsassistenz und Röntgenassistenz – entsteht hier eine strukturelle Engstelle.

6.3 Prognosewerte 2035

Die IST-Analyse zeigt, dass die medizinischen Assistenzberufe eine sehr heterogene Gruppe darstellen, deren Einsatzgebiete, Qualifikationen und Organisationsstrukturen je nach Setting erheblich variieren. Diese Heterogenität ist vor allem dadurch geprägt, dass die Berufe modular aufgebaut sind und

viele Personen mehrere fachliche Module in unterschiedlichen Kombinationen abgeschlossen haben. Eine rein personenbezogene Planung ist deshalb nicht zielführend, da sie die tatsächlichen Funktions- und Kompetenzanforderungen nicht präzise abbilden kann.

Auf dieser Grundlage wurde der zukünftige Bedarf *kompetenzorientiert* berechnet. Der Fokus lag darauf, jene Assistenzkompetenzen zu bestimmen, die bis 2035 in den verschiedenen Versorgungssettings (OP, Labor, Radiologie, Ordination, PVE, usw.) in ausreichender Menge vorhanden sein müssen. Die Frage war somit nicht, wie viele Personen insgesamt benötigt werden, sondern welche Funktionen in welchem Umfang für eine stabile Versorgung erforderlich sind.

6.3.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit als zentrale Voraussetzung

Die Analyse der bestehenden Personalstruktur zeigt deutlich, dass die Schnittstellen zwischen MAB, OTA und MTD-Berufen (insbesondere BMA und Radiologietechnologie) für eine effiziente Versorgungsstruktur entscheidend sind. Eine klare Abgrenzung und Zuordnung der Tätigkeiten ist notwendig, um Doppelgleisigkeiten und Kompetenzüberschneidungen zu vermeiden.

Die Analyse zeigte, dass ein kompetenzgerechter Einsatz der Berufsgruppen erforderlich ist. In der Praxis werden Tätigkeiten, die von der Laborassistenz übernommen werden könnten, teilweise von BMA ausgeführt, da entsprechende Stellen mit BMA besetzt sind. Ähnliches gilt für Radiologietechnologinnen bzw. Radiologietechnologen und die Röntgenassistenz. Eine kompetenzgerechtere Strukturierung der Tätigkeiten könnte Fehlallokationen reduzieren und zu einem effizienteren Personaleinsatz führen. Diese interprofessionellen Aspekte waren daher ein wesentlicher Bestandteil der Ableitung des SOLL 2035. Aus der IST-Analyse wurden mehrere potenzielle Entwicklungsrichtungen für das Versorgungssystem abgeleitet:

- *Direkte Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten:* Da MAB per Gesetz unter ärztlicher Anordnung tätig werden, eröffnen sich insbesondere im extramuralen Bereich neue Einsatzmöglichkeiten. Die Analyse zeigt, dass es künftig sinnvoll sein kann, etwa Röntgenassistenz und Laborassistenz in PVE einzusetzen, wo sie direkt mit Ärztinnen und Ärzten zusammenarbeiten - ohne dass ein Team aus Radiologietechnologinnen bzw. -technologen oder BMA zwingend notwendig wäre. Dies könnte die Versorgungswirksamkeit von PVEs erheblich stärken.
- *Rollenklärung im Operationsbereich:* Die Gespräche verdeutlichen, dass es derzeit Unklarheiten hinsichtlich der Rollen von DGKP mit OP-Spezialisierung und OTA gibt. Eine klar definierte und zweckmäßige Funktionsverteilung - präoperativ, intraoperativ und postoperativ - könnte dazu beitragen, einen effizienteren Personaleinsatz zu erreichen und entsprechende Engpässe zu vermeiden.
- *Rolle der Ordinationsassistenz stärken:* Ordinationsassistentinnen und -assistenten stellen trotzdem sie nicht quantifizierbar ist, mit hoher Wahrscheinlichkeit die größte Gruppe unter den MAB dar und übernehmen vielfältige administrative, organisatorische und patientenbezogene Aufgaben. Die IST-Erhebung zeigt, dass ihre Einsatzbereiche in der Praxis stark variieren. Eine konsequente Nutzung der gesetzlich definierten Kompetenzen würde eine breitere Einsetzbarkeit ermöglichen.

6.3.2 Ableitung des SOLL 2035

Auf Basis der beschriebenen Elemente (IST-Stand, Kompetenzanforderungen, interprofessionelle Schnittstellen, Rollenklärung und systemische Engstellen) wurde ein SOLL-Zustand für das Jahr 2035 definiert. Der SOLL 2035 bildet jene Anzahl an Personen ab, die über die jeweilige Kompetenz verfügen müssen, um die Versorgung langfristig sicherzustellen.

MAB	Min. IST-STAND 31.12.2024 (Personen)	SOLL 2035 (Personen mit der Kompetenz)	Notwendige Absolventinnen und Absolventen (2025 – 2035)
Desinfektionsassistentz	43	44	13 Personen mit der Kompetenz
Gipsassistentz	42	43	22 Personen mit der Kompetenz
Operationsassistentz	412	433	167 Personen mit der Kompetenz
Laborassistentz	126	128	44 Personen mit der Kompetenz
Röntgenassistentz	122	124	46 Personen mit der Kompetenz

Tabelle 25: SOLL 2035 Desinfektions-, Gips-, Operations-, Labor-, und Röntgenassistentz. Datengrundlage: eigene Datenerhebung (Stichtag 31.12.2024).

Für die OTA konnte aufgrund der sehr begrenzten Datenlage kein numerisches Modell erstellt werden. Auf Basis von Expertinnen- und Experteneinschätzungen zufolge ist zur Deckung des Bedarfs in den steirischen OP-Bereichen künftig von einem *jährlichen Bedarf* von rund **30 bis 35 Absolventinnen und Absolventen** auszugehen.

6.3.3 MAB-Ausbildung ab 2026

Das Ausbildungsangebot soll aufgrund der Ergebnisse der Studie ab 2026 folgendermaßen geplant werden :

- *Kombination zur Medizinischen Fachassistentz* mit den Modulen Röntgenassistentz, Operationsassistentz und Gipsassistentz (Dauer ca. 2,5 Jahre; maximal 18 Ausbildungsplätze): diese Kombination adressiert den hohen Bedarf im OP-Bereich und berücksichtigt insbesondere die Anforderungen des intramuralen Versorgungssettings.
- *Kombination Laborassistentz und Ordinationsassistentz* (Dauer ca. 1,5 Jahre; maximal 26 Ausbildungsplätze): damit soll sowohl die extramurale Versorgung, insbesondere in PVE, gestärkt als auch der frühzeitige Berufseintritt nach dem Modul Laborassistentz strukturiert abgefordert werden.

Folgende einzelne Lehrgänge sollen angeboten werden:

- Berufsbegleitender Lehrgang Operationsassistentz (maximal 18 Ausbildungsplätze).
- Berufsbegleitender Lehrgang Gipsassistentz (maximal 14 Ausbildungsplätze).

Ergänzend dazu und abhängig vom tatsächlichen Bedarf werden weitere Lehrgänge bereitgestellt:

- Röntgenassistenz (berufsbegleitend; maximal 20 Personen),
- Obduktionsassistenz (berufsbegleitend; mindestens 6 bis maximal 8 Personen),
- Desinfektionsassistenz (berufsbegleitend; mindestens 10 Personen).

Darüber hinaus soll das FBA-Modul zur Medizinischen Fachassistenz gemäß MAB-Ausbildungsverordnung weiterhin angeboten werden, sofern ausreichend Nachfrage besteht.

7 Fazit und allgemeine Empfehlungen

Die Personalbedarfsprognose 2035 für Hebammen, MTD-Berufe, MAB und OTA in der Steiermark zeigt, dass eine gesicherte Versorgung in der Steiermark weniger von der Erhöhung der Zahl einzelner Berufsgruppen abhängt, sondern davon, dass alle Gesundheitsberufe gemeinsam in *klar strukturierten, gut koordinierten und interprofessionell ausgerichteten Systemen* arbeiten. Die in den Berufsgruppen sichtbaren Engpässe betreffen nicht primär die Gesamtzahlen, sondern die Art und Weise, wie Rollen abgestimmt, Kompetenzen genutzt und Versorgungsprozesse organisiert werden. Zudem ist es eine Aufgabe, die Angehörigen der Berufsgruppen dazu zu motivieren, im öffentlichen Gesundheitssystem arbeiten zu wollen. Das ist eine Aufgabe, die den öffentlichen Gebietskörperschaften und den Versorgungseinrichtungen zufällt.

7.1 Interprofessionalität als zentrale Systemvoraussetzung

Wie bereits in der Ausgangslage (Kapitel 2.1) dargestellt und durch die vorliegende Analyse über alle untersuchten Berufsgruppen und Versorgungssettings hinweg untermauert, steigen Qualität, Zugänglichkeit und Effizienz der Versorgung insbesondere dort, wo Gesundheitsberufe funktional vernetzt und interprofessionell zusammenarbeiten. In vielen Bereichen, insbesondere OP, Radiologie, Labor, Wochenbett, Rehabilitation, Primärversorgung und Langzeitpflege bestehen jedoch noch unklare Schnittstellen, uneinheitliche Einsatzbereiche und parallel organisierte Prozesse. Für ein zukunftsfähiges Versorgungssystem ist daher entscheidend, Interprofessionalität als strukturelles Leitprinzip zu verankern. Das umfasst:

- klar definierte und komplementäre Rollen,
- abgestimmte Aufgabenverteilungen und Delegationslogiken,
- gemeinsame Versorgungspfade zwischen intra- und extramuralen Bereichen,
- standardisierte Dokumentations- und Kommunikationswege,
- digitale und organisatorische Voraussetzungen für kontinuierliche Teamarbeit.

7.2 Konsequenzen für das Versorgungssystem

Die aktuellen Strukturpläne zeigen deutlich auf, dass die Erwartungen in Multiprofessionalität in der Versorgung und teamorientierte Versorgungsansätze groß sind. Dementsprechend wird es notwendig sein, Gesundheitsberufe ausreichend auszubilden und einzusetzen. Allerdings könne Mängel in der Gestaltung von Versorgungsprozessen und in der Kompetenzabstimmung zwischen Berufsgruppen nicht durch erhöhten Personaleinsatz kompensiert werden.

Somit braucht es nicht nur ausreichend Personal, sondern vor allem strukturelle Voraussetzungen für gemeinsame Arbeit. Dies sind klare Rollenprofile, abgestimmte Entscheidungswege, gemeinsame Qualitätsstandards und digitale Interoperabilität. Digitale Systeme und KI verändern Aufgabenverteilungen

zusätzlich; sie können nur dann sinnvoll integriert werden, wenn alle Berufsgruppen über gemeinsame Kompetenzen im Umgang mit Daten, Dokumentation und Prozessmanagement verfügen.

Ein zentraler Befund der Prognose lautet daher, dass die Herausforderungen der Zukunft weniger durch eine unzureichende Zahl an Berufsangehörigen entstehen, sondern vor allem durch noch ungenutzte Potenziale in der Vernetzung der Systeme. Wenn die vorhandenen Berufsgruppen stärker miteinander statt nebeneinander arbeiten, kann die tatsächliche Versorgungskapazität besser sichtbar gemacht und wirksam genutzt werden.

7.3 Empfehlungen für Ausbildung und Systemsteuerung

Ausbildung, Personalplanung und gesundheitspolitische Steuerung sollten künftig enger miteinander verzahnt werden und an gemeinsamen Versorgungszielen orientiert sein. Dazu gehören:

- *Kompetenzorientierte Personalplanung* statt rein personenbezogener Modelle; Bedarfe sollen sich an Funktionen und Versorgungsprozessen orientieren.
- *Regionale Ausbildungscoordination*, um Absolventinnen und Absolventen stärker für das Bundesland zu gewinnen und Engpässe in bestimmten Berufsgruppen vorausschauend abzufedern.
- *Sektorenübergreifende Versorgungspfade*, die die Zusammenarbeit zwischen freiberuflichen, angestellten und intramuralen Berufsgruppen erleichtern.
- *Digitale Interoperabilität* als Grundvoraussetzung: gemeinsame, kompatible Dokumentations- und Befundsysteme (z. B. für Bildbefundung, Labor- und Medikationsdaten), damit Leistungsumfang, Tätigkeitsprofile und Zeitaufwände verlässlich analysiert und Planungsentscheidungen im Personalbereich besser unterstützt werden können.
- *Verstärkung interprofessioneller Ausbildungsanteile in allen Gesundheitsberufen* sowie die Vermittlung gemeinsamer Kompetenzen (Kommunikation, Delegation, digitale Dokumentation). Da eine solche Änderung jedoch in der Kompetenz des Bundes liegt, kann von Seiten des Landes nur diesbezüglich angeregt werden.

Wenn Interprofessionalität zum verbindlichen Organisationsprinzip wird, kann die Steiermark ein leistungsfähiges, resilient aufgestelltes und zukunftsorientiertes Versorgungssystem etablieren, das für alle Berufsgruppen attraktive Arbeitsbedingungen bietet und Patientinnen und Patienten eine hochwertige, gut erreichbare Versorgung gewährleistet.

8 Literaturverzeichnis

Abu-El-Ruz, Rasha; Hasan, Ali; Hijazi, Dima; Masoud, Ovelia; Abdallah, Atiyeh M.; Zughaier, Susu M.; Al-Asmakh, Maha (2025): Artificial Intelligence in Biomedical Sciences: A Scoping Review. In: *British journal of biomedical science* 82, S. 14362. DOI: 10.3389/bjbs.2025.14362.

Alyahya et al. (2025): Speech-language pathologists in skilled nursing: Roles, perceptions, and knowledge of evidence-based practice and alternative nutrition – A scoping review. In: *TPM – Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology* (32), Artikel S4 2025, S. 76–80.

Araújo, Nataly Santana de; Magalhães, Raíssa Gomes; Frois, Camila de Alencar; Mangilli, Laura Davison (2024): Telehealth and oropharyngeal dysphagia: An integrative review. In: *Rev. CEFAC* 26 (1), Artikel e5423. DOI: 10.1590/1982-0216/20242615423.

Bradford, Billie F.; Wilson, Alyce N.; Portela, Anayda; McConville, Fran; Fernandez Turienzo, Cristina; Homer, Caroline S. E. (2022): Midwifery continuity of care: A scoping review of where, how, by whom and for whom? In: *PLOS global public health* 2 (10), e0000935. DOI: 10.1371/journal.pgph.0000935.

Brennan, Tom H.; Lewis, Lucy K.; Gordon, Susan J.; Prichard, Ivanka (2024): Effectiveness of interventions to prevent or reverse pre-frailty and frailty in middle-aged community dwelling adults: A systematic review. In: *Preventive medicine* 185, S. 108008. DOI: 10.1016/j.ypmed.2024.108008.

Charalambous, Marina; Pierce, John E.; Pastou, Georgia; Kola, Erasmia; Savitz, Sean I. (2025): The Role of Speech and Language Therapists (SLTs) in International Stroke Teams: A Systematic Review. In: *International journal of language & communication disorders* 60 (4), e70062. DOI: 10.1111/1460-6984.70062.

Chen, Huan; Fu, Caihong; Fang, Weihao; Wang, Zhenyao; Zhang, Dawei; Zhang, Hu (2025): Influence of nutritional status on rehabilitation efficacy of patients after stroke-a scoping review. In: *Frontiers in neurology*.16, S. 1502772. DOI: 10.3389/fneur.2025.1502772.

Donnelly, Catherine; Leclair, Leanne; Hand, Carri; Wener, Pamela; Letts, Lori (2023): Occupational therapy services in primary care: a scoping review. In: *Prim Health Care Res Dev* 24, e7. DOI: 10.1017/S1463423622000123.

Gallotti, Marco; Campagnola, Benedetta; Cocchieri, Antonello; Mourad, Firas; Heick, John D.; Maselli, Filippo (2023): Effectiveness and Consequences of Direct Access in Physiotherapy: A Systematic Review. In: *Journal of clinical medicine* 12 (18). DOI: 10.3390/jcm12185832.

Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, GÖG (2020): MTD-Personalprognose für Österreich bis 2030. Unter Mitarbeit von Stefan Mathis-Edenhofer Elisabeth Rappold. Wien.

Gianfredi, Vincenza; Nucci, Daniele; Pennisi, Flavia; Maggi, Stefania; Veronese, Nicola; Soysal, Pinar (2025): Aging, longevity, and healthy aging: the public health approach. In: *Aging Clinical and Experimental Research* 37 (1), S. 125. DOI: 10.1007/s40520-025-03021-8.

GÖG (Hg.) (2020a): Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2019. Ergebnisbericht. Wien.

GÖG (Hg.) (2020b): Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2019. Unter Mitarbeit von Elisabeth Rappold, Brigitte Juraszovich, Monika Zach und Anna Gruböck. Wien.

Han, Henry (2025): Challenges of reproducible AI in biomedical data science. In: *BMC medical genomics* 18 (Suppl 1), S. 8. DOI: 10.1186/s12920-024-02072-6.

Hardy, Maryann; Harvey, Hugh (2020): Artificial intelligence in diagnostic imaging: impact on the radiography profession. In: *The British journal of radiology* 93 (1108), S. 20190840. DOI: 10.1259/bjr.20190840.

Johanson, Suzanne; Gregersen Oestergaard, Lisa; Bejerholm, Ulrika; Nygren, Carita; van Tulder, Maurits; Zingmark, Magnus (2023): Cost-effectiveness of occupational therapy return-to-work interventions for people with mental health disorders: A systematic review. In: *Scandinavian journal of occupational therapy* 30 (8), S. 1339–1356. DOI: 10.1080/11038128.2023.2200576.

Khan, Hafiz T. A.; Addo, Kwaku Mari; Findlay, Helen (2024): Public Health Challenges and Responses to the Growing Ageing Populations. In: *Public health challenges* 3 (3), e213. DOI: 10.1002/puh2.213.

Laurence Fruteau, de Lacos; Andréanne, Blanchette; Kadija, Perreault; Raoul, Daoust; Jacques, Lee; Jeffrey J, Perry et al. (2023): Physiotherapy Can Help Recover Functional Status in Community-dwelling Seniors Assessed in Emergency Departments for Minor Injuries. In: *J Nov Physiother Rehabil* 7 (2), S. 22–28. DOI: 10.29328/journal.jnpr.1001052.

Long, Bao-Zhu Stephanie; Balakrishnar, Kishana; Drobenko, Michael; Dolatyar, Kam; Awada, Batoul; Jodoin, Kaila et al. (2024): Effectiveness of Occupational Therapy Mental Health Interventions in a Return-to-Work Context: A Scoping Review. In: *Occupational Therapy in Mental Health*, S. 1–19. DOI: 10.1080/0164212X.2024.2448121.

Madden, Victoria J. (2024): The search for clarity, effectiveness and efficiency in physiotherapy care. In: *European journal of physiotherapy* 26 (4), S. 185–187. DOI: 10.1080/21679169.2024.2369478.

Mayring, Philipp (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 6. Auflage. Weinheim: Beltz.

Milton, Rebecca; Channon, Susan; Sanders, Julia; Kenyon, Sara; Middlemiss, Aimee; Strange, Heather et al. (2025): The SIMCA Study Protocol: Factors influencing the implementation of the Midwifery Continuity of Carer (MCoC) model of care in NHS maternity care in England: A mixed methods cross case analysis involving clinicians, women and policy makers. In: *NIHR open research* 5, S. 4. DOI: 10.3310/nihropenres.13745.1.

Mitchell, Lana J.; Ball, Lauren E.; Ross, Lynda J.; Barnes, Katelyn A.; Williams, Lauren T. (2017): Effectiveness of Dietetic Consultations in Primary Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. In: *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 117 (12), S. 1941–1962. DOI: 10.1016/j.jand.2017.06.364.

Németh, János; Tóth, Gábor; Resnikoff, Serge; Faber, Jan Tjeerd de (2019): Preventing blindness and visual impairment in Europe: What do we have to do? In: *European journal of ophthalmology* 29 (2), S. 129–132. DOI: 10.1177/1120672118819397.

OECD/European Commission (2024): Health at a Glance: Europe 2024. Paris: OECD Publishing.

Pickard, Joshua; Sturgess, Victoria E.; McDonald, Katherine O.; Rossiter, Nicholas; Arnold, Kelly B.; Shah, Yatrik M. et al. (2025): A Hands-On Introduction to Data Analytics for Biomedical Research. In: *Function (Oxford, England)* 6 (2). DOI: 10.1093/function/zqaf015.

Rana, Kritika; Chimoriya, Ritesh (2025): A Guide to a Mixed-Methods Approach to Healthcare Research. In: *Encyclopedia* 5 (2), S. 51. DOI: 10.3390/encyclopedia5020051.

Robinson, Aleisha; McIntosh, Jenna; Peberdy, Hamish; Wishart, David; Brown, Georgia; Pope, Henry; Kumar, Saravana (2019): The effectiveness of physiotherapy interventions on pain and quality of life in adults with persistent post-surgical pain compared to usual care: A systematic review. In: *PLOS ONE* 14 (12), e0226227. DOI: 10.1371/journal.pone.0226227.

Rudnicka, Ewa; Napierała, Paulina; Podfigurna, Agnieszka; Męczekalski, Błażej; Smolarczyk, Roman; Grymowicz, Monika (2020): The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. In: *Maturitas* 139, S. 6–11. DOI: 10.1016/j.maturitas.2020.05.018.

Sandall, Jane; Fernandez Turienzo, Cristina; Devane, Declan; Soltani, Hora; Gillespie, Paddy; Gates, Simon et al. (2024): Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 4 (4), CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub6.

Sharip, Hairenanorashikin; Che Zakaria, Wan Farah Wahida; Leong, Sook Sam; Ali Masoud, Maida; Mohd Junaidi, Mohamad Zafran Hakim (2023): Radiographers' Acceptance on the Integration of Artificial Intelligence into Medical Imaging Practice. In: *E-BPJ* 8 (25), S. 255–260. DOI: 10.21834/e-bpj.v8i25.4872.

Shorten, Allison; Smith, Joanna (2017): Mixed methods research: expanding the evidence base. In: *Evidence-based nursing* 20 (3), S. 74–75. DOI: 10.1136/eb-2017-102699.

Sirikul, Wachiranun; Buawangpong, Nida; Pinyopornpanish, Kanokporn; Siviroj, Penprapa (2024): Impact of multicomponent exercise and nutritional supplement interventions for improving physical frailty in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. In: *BMC geriatrics* 24 (1), S. 958. DOI: 10.1186/s12877-024-05551-8.

Stogiannos, Nikolaos; Walsh, Gemma; Ohene-Botwe, Benard; McHugh, Kevin; Potts, Ben; Tam, Winnie et al. (2025): R-AI-diographers: a European survey on perceived impact of AI on professional identity, careers, and radiographers' roles. In: *Insights into imaging* 16 (1), S. 43. DOI: 10.1186/s13244-025-01918-6.

Trachte, F.; Sperlich, S.; Geyer, S. (2015): Kompression oder Expansion der Morbidität? Entwicklung der Gesundheit in der älteren Bevölkerung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 48 (3), S. 255–262. DOI: 10.1007/s00391-014-0644-7.

Weatherly, Helen; Davies, Charlotte (2021): Economic evaluation of OT services: Guidance and opportunities. In: *British Journal of Occupational Therapy* 84 (6), S. 329–331. DOI: 10.1177/0308022621998570.

WHO (2015): World report on ageing and health. Geneva: WHO.

WHO (2020): Decade of Healthy Ageing. Baseline Report. 1st ed. Hg. v. WHO. Geneva. Online verfügbar unter <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=30477950>.

Zeman, Heather; Cavanaugh, Erika; Metallinos-Katsaras, Elizabeth; Ireland, Kathy; Pojednic, Rachele (2021): Improved long-term outcomes in high-risk patients receiving registered dietitian nutritionist care. In: *Endocrine and Metabolic Science* 2, S. 100078. DOI: 10.1016/j.endmts.2021.100078.

Impressum

EPIG GmbH
Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit
Hans-Sachs-Gasse 14/2
8010 Graz
T: +43 (0)316 810 850
F: +43 (0)316 810 850 50
E: office@epig.at
W: www.epig.at

Geistiges Eigentum

Sämtliche Inhalte, das Layout sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte daran bleiben der Rechteinhaberin bzw. dem Rechteinhaber vorbehalten. Änderungen dürfen nicht vorgenommen werden. Eine Reproduktion oder Wiedergabe des Ganzen oder von Teilen in jedweder Form und Sprache bedarf der ausdrücklichen schriftlichen Genehmigung.