

Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark 2030 (RSG-St 2030)

Zur Beschlussfassung durch die Landes-Zielsteuerungs-
kommission

Endbericht

Graz, 19.12.2025

Gendering

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

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Einleitung	8
1.1 Inhalte und Verbindlichkeit des RSG-St 2030.....	9
1.2 Weitere Vorbemerkungen	9
2 Strategischer Rahmen und Planungsgrundsätze	11
2.1 Rechtliche und fachliche Grundlagen	11
2.2 Planungsgrundsätze und -ziele.....	12
2.3 Determinanten der Versorgung	13
2.4 Virtuelle Krankenbehandlung	16
3 Methodische Vorgehensweise – Der Planungsprozess im Überblick	17
3.1 Der Planungsprozess im Überblick.....	17
3.2 Datengrundlage.....	18
3.3 Wesentliche Planungsindikatoren	19
3.4 Berechnungsmodell	21
4 Primärversorgung	25
4.1 IST-Struktur und Inanspruchnahme	25
4.2 Qualitative strategische Überlegungen und Planungsempfehlung zur SOLL-Struktur für 2030	25
5 Ambulante fachärztliche Versorgung	27
5.1 Methodische Anmerkungen.....	27
5.2 Allgemeine Überlegungen.....	27
5.3 Fachspezifische Anmerkungen.....	28
5.4 Errichtung von ambulanten Vergemeinschaftungsformen.....	33
6 Akutstationäre fachärztliche Versorgung	35
6.1 Zielvorstellungen und Planungsgrundsätze	35
6.2 Planungsempfehlungen zur SOLL-Struktur 2030	36
6.3 Allgemeine Anmerkungen.....	42
7 Hämodialyse	45
7.1 Zielvorstellungen und Planungsgrundsätze	45
7.2 Versorgungssituation im IST 2022.....	45
7.3 Hämodialyse – SOLL 2030	47
8 Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung.....	48
8.1 Einleitung	48
8.2 Fachliche Überlegungen.....	48
8.3 SOLL 2030.....	50
9 Ambulante psychosoziale und sozialpsychiatrische Versorgung und Suchthilfe.....	52

9.1	Einleitung	52
9.2	Fachliche Überlegungen.....	53
9.3	Geplante Versorgungsstruktur und Angebotslandschaft - SOLL 2030	53
10	Hebammengeleitete peripartale Betreuung	57
10.1	Einleitung	57
10.2	Ansätze für die Steiermark.....	57
10.3	SOLL 2030.....	58
11	Geriatrische und remobilisierende Versorgung.....	59
11.1	Funktioneller Unterschied zwischen Akutgeriatrie und Remobilisation und Remobilisation und Nachsorge	59
11.2	Versorgungsprozesse für den alten Menschen.....	60
12	Medizinisch-technische Großgeräte	62
13	Rehabilitation.....	63
14	Spezifische Versorgungsthemen.....	64
14.1	Modelle aufsuchender Versorgung.....	64
14.2	Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten.....	64
14.3	Digitalisierung im Gesundheitswesen	65
	Anhang - Tabellen	66

Abkürzungsverzeichnis

Allgemeine Abkürzungen

Abs	Absatz
ambBP	ambulanter Betreuungsplatz
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
ÄAO	Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung
ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheit
ÄAVE-Ä	ärztliche ambulante Versorgungseinheiten-Äquivalente
ÄrzteG	Ärztegesetz
BGBL	Bundesgesetzblatt
BMSGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMZvs	Bettenmessziffer vollstationär
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
ca.	circa
CTG	Kardiotokographie
DiGa	digitale Gesundheitsanwendungen
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
E	Erwachsene
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
EPiG	Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit
EVA	Erstversorgungsambulanz
EW	Einwohnerinnen und Einwohner
FH	Fachhochschule
FOKO	Folgekosten
GFSTMK	Gesundheitsfonds Steiermark
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HD	Hauptdiagnose
HDia	Hämodialyse
HOS	Hospizbereich
HosPalFG	Hospiz- und Palliativfondsgesetz
inkl.	inklusive
iSd.	im Sinne des/der
KA	Krankenanstalt
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft mbH
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KH	Krankenhaus
KiTRZ	kindertraumatologisches Referenzzentrum
KJ	Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene
LGBL	Landesgesetzblatt

LINAC	Linearbeschleuniger
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
L-ZK	Landes-Zielsteuerungskommission
MBZ	Mindestbettenzahl
MCoC	Midwife Continuity of Care
MEL	Medizinische Einzelleistung gemäß LKF-Modell
Mio.	Million
MKH	Marienkrankenhaus
mobiREM	mobile Remobilisation
MTD	Medizinisch-technische Dienste
Nr.	Nummer
NTX	Nierentransplantation
NTZ	Neurologisches Therapiezentrum
OAT	Opioid-Agonisten-Therapie
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖGTI	öffentliche Gesundheitstelematikinfrastruktur
OPG	Österreichische Palliativgesellschaft
ÖROK	Österreichische Raumordnungskonferenz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PD	Peritonealdialyse
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
PrimVG	Primärversorgungsgesetz
PVE	Primärversorgungseinrichtung
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
RSG-St	Regionaler Strukturplan Gesundheit – Steiermark
SanG	Sanitätärgesetz
SAPS3	Simplified Acute Physiology Score 3
SARS-CoV	Coronavirus
SLS	Sachleistungsstelle
SMG	Suchtmittelgesetz
StF.	Stammfassung
StKAG	Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz
SV	Sozialversicherung
SVE	Standardversorgungseinheit
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
TISS-A	Therapeutic Intervention Scoring System - Austria
TK	Tagesklinik
UKH	Unfallkrankenhaus
vgl.	vergleichsweise
VIKB	virtuelle Krankenbehandlung
VR	Versorgungsregion
VSD	Vorsorgedialog
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZAE	zentrale ambulante Erstversorgung
z.B.	zum Beispiel

Medizinische Fachrichtungen und Spezialbereiche

AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
AM	Allgemeinmedizin
AU	Augenheilkunde und Optometrie
CH	Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie
CH-GCH	Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie
DER	Dermatologie
GGH	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
IM	Innere Medizin
IM-PUL	Innere Medizin und Pneumologie
KIJU	Kinder- und Jugendheilkunde
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
NCH	Neurochirurgie
NEU	Neurologie
ORTR	Orthopädie und Traumatologie
PAL	Palliativmedizin
PMR	Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation
PSY	Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
PUL	Pulmologie, Lungenkrankheiten
RNS	Remobilisation/Nachsorge
STR	Strahlentherapie-Radioonkologie
URO	Urologie

Politische Bezirke in der Steiermark

BM	Bruck-Mürzzuschlag
DL	Deutschlandsberg
G	Graz, Stadt
GU	Graz-Umgebung
HF	Hartberg-Fürstenfeld
LB	Leibnitz
LN	Leoben
LI	Liezen
SO	Südoststeiermark
MT	Murtal
MU	Murau
VO	Voitsberg
WZ	Weiz

Versorgungsregionen in der Steiermark

VR 61	Versorgungsregion Graz (Graz, Stadt und Graz-Umgebung)
VR 62	Versorgungsregion Liezen (Liezen)
VR 63	Versorgungsregion östliche Obersteiermark (Leoben, Bruck-Mürzzuschlag)
VR 64	Versorgungsregion Oststeiermark (Hartberg-Fürstenfeld, Südoststeiermark, Weiz)
VR 65	Versorgungsregion West-/Südsteiermark (Deutschlandsberg, Leibnitz, Voitsberg)
VR 66	Versorgungsregion westliche Obersteiermark (Murau, Murtal)

1 Einleitung

Der Regionale Strukturplan Gesundheit (RSG) ist das zentrale und verbindliche Instrument für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen jedes Bundeslandes. Die Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens¹ regelt in Art. 5 den Österreichischen Strukturplan Gesundheit und die Erstellung der Regionalen Strukturpläne Gesundheit. Art. 5 Abs 1 sieht vor, dass die zentralen Planungsinstrumente für die integrative Versorgungsplanung in Österreich der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) in der jeweils gültigen Fassung und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) der einzelnen Bundesländer sind, wobei der ÖSG der österreichweit verbindliche Rahmenplan für die in den RSGs vorzunehmende konkrete Gesundheitsstrukturplanung und Leistungsangebotsplanung ist.² Art. 5 Abs 7 bestimmt, dass die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) je Bundesland entsprechend den Vorgaben des jeweils gültigen ÖSG bezüglich der Inhalte, Planungshorizonte und Planungsrichtwerte kontinuierlich weiter zu entwickeln und regelmäßig zu revidieren sind. Die Qualitätskriterien des ÖSG gelten bundesweit einheitlich im Sinne gutachterlicher Empfehlungen. Verbindlich einzuhalten sind jedoch die Vorgaben zur Darstellung der Planfestlegungen im Rahmen der bundesweit einheitlichen RSG-Planungsmatrix.

Der hiermit vorliegende RSG für die Steiermark mit dem Planungshorizont 2030 basiert auf fachlichen und inhaltlichen Vorgaben des ÖSG und auf den rechnerischen Grundlagen, die die EPIG GmbH im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark erstellt hat. Auf diesen aufbauend, wurden in umfangreichen Abstimmungen zwischen den wesentlichen Verantwortlichen im Gesundheitswesen die vorliegenden Planzahlen festgelegt. Der RSG-St 2030 stellt eine Weiterentwicklung des aktuell gültigen RSG-St 2025³ dar und nimmt in Teilbereichen auch Überlegungen des Steirischen Gesundheitsplans 2035⁴ auf. Die in Umsetzung des aktuell geltenden RSG-St 2025 derzeit bestehende Versorgungsstruktur wird weitestgehend beibehalten und behutsam, vor allem auf der Ebene organisatorischer Anpassungen weiterentwickelt. Dabei soll die Stärkung der ambulanten Angebote im Vordergrund stehen und den Rahmen für intramurale Veränderungen bereiten. Die intramurale Versorgungsstruktur für den Bezirk Liezen (VR 62) folgt den Vorschlägen der diesbezüglich von der Steiermärkischen Landesregierung eingesetzten Expertenkommission, um kleine Anpassungen, die in Abstimmung mit den Trägern notwendig wurden, und weicht somit davon ab, wie diese im RSG-St 2025 beschlossen worden war.

Darüber hinaus werden Entwicklungen in Bezug auf den medizinisch-technischen Fortschritt und Änderungen in den rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen mit einbezogen. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre in der Steiermark zeigen, dass die personelle Besetzung der Versorgungsein-

¹ BGBl I Nr. 2/2025

² Zielsteuerung Gesundheit: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 inklusive Großgeräteplan, gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 15. Dezember 2023 inklusive der bis 25. April 2025 beschlossenen Anpassungen. Wien. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/%C3%96SG_2023_-_Textband_Stand_25.04.2025.pdf (abgerufen am 20.06.2025)

³ RSG-St 2025: https://gesundheitsfonds-steiermark.at/wp-content/uploads/2020/09/RSG-St_2025.pdf (abgerufen am 20.06.2025)

⁴ Steirischer Gesundheitsplan 2035 – Leitbild: <https://gesundheitsfonds-steiermark.at/wp-content/uploads/2020/09/Gesundheitsplan-2035.pdf> (abgerufen am 20.06.2025)

richtungen sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich und in einzelnen MTD-Berufen herausfordernder geworden ist, womit bei der Entwicklung von Versorgungsstrukturen verstärkt auch auf diesen Aspekt zu achten ist.

1.1 Inhalte und Verbindlichkeit des RSG-St 2030

Grundsätzlich teilt sich der vorliegende RSG-St 2030 in einen textlichen Teil und in einen Tabellenband. Der Tabellenband stellt die bundesweit einheitliche Struktur auf Basis der verbindlichen RSG-Planungsmatrix des ÖSG 2023 dar und wird per Verordnung verbindlich gestellt. Der Textband dient überwiegend fachlichen und inhaltlichen Erläuterungen sowie organisatorischen Festlegungen, deren Charakter an Verbindlichkeit von der spezifischen Beschlusslage abhängt. Er konkretisiert quantitative Planungsempfehlungen qualitativ und legt den Fokus auf Fragestellungen der Versorgungswirksamkeit und abgestimmter Versorgungsprozesse.

Wesentliche Inhalte des vorliegenden RSG-St 2030 sind die bundesweit verbindlich festgelegten Kapazitäten für die akutstationäre Versorgung sowie die ambulante allgemeinmedizinische und ambulante fachärztliche Versorgung, einschließlich der Kapazitäten für die chronische Hämodialyse. Zudem werden für einzelne Standorte spezifische Versorgungsaufträge oder fachspezifische Versorgungsstufen im Sinne der abgestuften Versorgung bzw. der überregionalen Versorgungsplanung verbindlich definiert. Die Kapazitäten der medizinisch-technischen Großgeräte folgen dem bundesweit festgelegten Großgeräteplan. Als Basis dazu dienen ebenso wie für Aussagen zur Rehabilitation die inhaltlichen Vorgaben des ÖSG 2023, in der letztgültigen Fassung vom 25.04.2025, der Bundes-Zielsteuerungsvertrag sowie das Landes-Zielsteuerungsübereinkommen und die einschlägigen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Letztendlich folgt die Darstellung dieser Vorgaben der aktuell gültigen und bundeseinheitlich und verbindlich definierten RSG-Planungsmatrix.

Weitere inhaltliche Festlegungen, die sich im Textband finden, sind jene zur Hospiz- und Palliativversorgung und zur ambulanten sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgung sowie zu Versorgungsstrukturen für suchtkranke Menschen.

Darüber hinaus enthält der Textband ein einleitendes Kapitel und eine Methodenbeschreibung sowie weitere inhaltliche Themen, die jedoch eher als Ausblick auf zukünftig zu bearbeitende Versorgungsaspekte und als Anregungen zu verstehen sind und vor allem qualitativ gehalten sind. Dies sind Überlegungen zu einer hebammengeleiteten kontinuierlichen Versorgung in der Phase rund um die Geburt sowie zur postakuten Versorgung an der Nahtstelle hin zu einem betreuungsassoziierten Wohnen im privaten oder institutionellen Setting.

1.2 Weitere Vorbemerkungen

Der vorliegende RSG-St 2030 achtet insbesondere darauf, eine in einzelnen Fächern aufeinander abgestimmte und abgestufte Versorgung noch stärker zu akzentuieren und den Krankenhäusern differenziertere Versorgungsaufträge zuzuteilen, die ineinandergreifen sollen. Gleichzeitig werden Anregungen dazu gegeben, eine engere Verschränkung der Krankenhäuser in der Organisation der Ausbildung, im

laufenden Training und in der Zuweisung von Patientinnen und Patienten mit spezifischen und komplexen Bedarfen voranzutreiben und dafür Modelle zu entwickeln. Diese Überlegungen müssen praktisch umgesetzt und verstärkt in das Handeln der Akteurinnen und Akteure einfließen und deren Versorgungstätigkeit bestimmen. Bereits der RSG-St 2025 stärkte die allgemeinmedizinische, multiprofessionelle und teamorientierte Primärversorgung in einem hohen Ausmaß und versuchte so, eine Neuausrichtung der Versorgungsangebote in der Steiermark zu initiieren. Dies ist teilweise gelungen, auch wenn äußere Umstände (die SARS-CoV 2 Pandemie, Personalengpässe in Folge derselben) die Umsetzung erheblich erschwerten. Mit diesem RSG-St 2030 soll dieser Weg fortgesetzt werden und dennoch auch einer Konsolidierung dieser Veränderungen Raum gegeben werden.

Es sollen in weiterer Folge auch Akzente zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit in der ambulanten fachärztlichen Versorgung gesetzt werden, um die indikationsspezifische Versorgungswirksamkeit zu erhöhen und die Wege von Patientinnen und Patienten zu verkürzen.

Die konkreten Arbeiten an diesem RSG-St 2030 wurden im Juni 2024 begonnen. Sowohl die Ergebnisse der IST-Analysen als auch die Planungsüberlegungen wurden eingehend zwischen dem Gesundheitsfonds Steiermark, der Sozialversicherung sowie den Trägern des intramuralen Leistungsangebots reflektiert, plausibilisiert und schrittweise zu den finalen Planungsfestlegungen hin verdichtet um den RSG-St 2030 zur Beschlussreife zu bringen.

2 Strategischer Rahmen und Planungsgrundsätze

2.1 Rechtliche und fachliche Grundlagen

Das zentrale rahmenbildende Dokument für die Erstellung des vorliegenden RSG-St 2030 ist der aktuell gültige ÖSG 2023, der mit letzten Änderungen vom 25.04.2025 vorliegt. Auf diese Version wird im gesamten RSG-St 2030 referenziert, wenn vom ÖSG 2023 die Rede ist.⁵ Die wesentlichen rechtlichen Grundlagen für die integrative regionale Versorgungsplanung stellen die zwischen dem Bund und allen Bundesländern abgeschlossenen Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie die Zielsteuerung-Gesundheit dar.⁶ Weiters wurden das Kranken- und Kuranstaltengesetz (KAKuG)⁷, das Ärztegesetz (ÄrzteG)⁸, die Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO)⁹, das Primärversorgungsgesetz (PrimVG)¹⁰, das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz (StKAG)¹¹ und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG)¹² berücksichtigt.

Die *steirischen Gesundheitsziele* wurden 2007 erstmals veröffentlicht und im Jahr 2022 aktualisiert.¹³ Die Gesundheitsziele adressieren Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit im Sinne eines Health in All Policies Ansatzes in vielen gesellschaftlichen Bereichen von der Bildung bis zur Umwelt und stellen dabei die Bedarfe und Bedürfnisse der vielfältigen steirischen Bevölkerung in den Mittelpunkt. Für den Bereich der gesundheitlichen Versorgung wurde ebenso ein Gesundheitsziel definiert, das Bedingungen für die Versorgungsstrukturen in der Steiermark beinhaltet.

Im *Steirischen Gesundheitsplan 2035*¹⁴, der einen strategischen Rahmen für die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung in der Steiermark bis zum Jahr 2035 vorsieht, ist die Stärkung der Primärversorgung („mehr Nähe“) und ein gleichwertiger Zugang der Bevölkerung zu hochwertiger Gesundheitsversorgung („bessere Qualität“) zentral.

⁵ Zielsteuerung Gesundheit: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 inklusive Großgeräteplan, gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 15. Dezember 2023 inklusive der bis 25. April 2025 beschlossenen Anpassungen. Wien. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/%C3%96SG_2023_-_Textband_Stand_25.04.2025.pdf (abgerufen am 20.06.2025)

⁶ BGBl I Nr. 2/2025 in der Fassung vom 01.09.2025 und BGBl I Nr. 2/2025 in der Fassung vom 01.09.2025

⁷ BGBl. Nr. 1/1957 in der Fassung vom 01.09.2025

⁸ BGBl. Nr. 169/1998 in der Fassung vom 01.09.2025

⁹ BGBl. II Nr. 147/2015 in der Fassung vom 01.09.2025

¹⁰ BGBl. I Nr. 131/2017 in der Fassung vom 01.09.2025

¹¹ LGBl. Nr. 111/2012 in der Fassung vom 01.09.2025

¹² BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung vom 01.09.2025

¹³ Steirische Gesundheitsziele: <https://gesundheitsfonds-steiermark.at/gesundheitsziele-steiermark/> (abgerufen am 20.06.2025)

¹⁴ Steirischer Gesundheitsplan 2035 – Leitbild: <https://gesundheitsfonds-steiermark.at/wp-content/uploads/2020/09/Gesundheitsplan-2035.pdf> (abgerufen am 20.06.2025)

2.2 Planungsgrundsätze und -ziele

Die Versorgung der Menschen wird als integrativer und sektorenübergreifender Prozess verstanden, die planerischen Überlegungen für die Strukturen folgen somit einer Prozessorientierung. Dies bedeutet, dass die extramuralen und die intramuralen Strukturen als gemeinsame Einheiten im Sinne des Prozesses verstanden werden, die interagieren sollen.

Die Planungsgrundsätze des ÖSG 2023 betonen die Gewährleistung einer *möglichst gleichmäßigen und bestmöglich erreichbaren aber auch medizinisch und gesamtwirtschaftlich sinnvollen Versorgung mit entsprechender Qualitätssicherung*. Die Entlastung des akutstationären Versorgungsbereichs soll angestrebt werden, kooperative Betriebsformen sowohl innerhalb des intramuralen Sektors aber vor allem auch mit dem extramuralen Sektor sollen gestärkt werden. Insgesamt erfolgt eine deutliche Orientierung hin zu abgestuften Behandlungsprozessen, die letztlich die notwendige Struktur determinieren.

Der *Ausgleich von Über-, Unter- und Fehlversorgung* findet ebenso sowohl in der akutstationären als auch in der ambulanten Struktur Beachtung.

Nachstehend sind die wesentlichen Planungsgrundsätze dargestellt, die die Überlegungen zu dieser Empfehlung für einen RSG-St 2030 geleitet haben und im Wesentlichen aus dem ÖSG 2023 und aus dem Steirischen Gesundheitsplan 2035 stammen.

Ausgangspunkt der Konzeption ist die *Patientenorientierung*, die die Bedarfe aus Sicht der Nutzungsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten bewertet und das Versorgungssystem so adaptiert, dass es diesen weitestgehend gerecht werden kann. Die notwendigen Strukturen sollten so gestaltet werden, dass sie die Kontinuität in der Versorgung bedarfsgerecht unterstützen.

Die *Niederschwelligkeit und Gleichwertigkeit des Zugangs zu Versorgung* meint, dass sich das Versorgungssystem für den Erstkontakt an den unmittelbaren Nutzungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert (z.B.: zeit- und ortsunabhängiger Zugang, aufsuchende Angebote...) und dass es für jeden Menschen unabhängig von Wohnort, Alter, Geschlecht oder sozialem Status zu jeder Zeit niederschwellig und gleich gut erreichbar ist. Die erste Versorgungsstufe, die Primärversorgung, objektiviert den Bedarf und koordiniert die notwendigen weiteren Schritte, sodass die *Gleichwertigkeit der Versorgung* in Bezug auf den jeweiligen objektivierten Bedarf hinsichtlich der Qualität und des Ergebnisses des Prozesses gewahrt werden kann. Jede Patientin/jeder Patient hat bei gleicher Erkrankung Anrecht auf eine qualitativ gleichwertige Versorgung mit potenziell erwartbar gleichwertigem Ergebnis. Der Begriff der Gleichwertigkeit bezieht sich auf das Ergebnis und nicht auf die gesetzten Einzelmaßnahmen in der Betreuung.

Der *effiziente und bedarfsgerechte Umgang mit den Ressourcen* bedeutet letztlich eine dem individuellen und objektivierten Bedarf entsprechende Versorgung in jener Versorgungsstruktur, die mit dem effizientesten Mitteleinsatz das bestmögliche Ergebnis erzielen kann. Der Mitteleinsatz erfolgt koordiniert, zielgerichtet, bedarfsadäquat und qualitätsgesichert zur Erreichung des gesamtgesellschaftlich größten Nutzens. Dafür sind die notwendigen Informationen wissenschaftlich aufzubereiten und bereitzustellen. Ziel dieses Grundsatzes ist letztlich eine langfristige Sicherung eines wirksamen Versorgungssystems unter begrenzter Verfügbarkeit finanzieller und personeller Ressourcen.

Die *Sicherstellung bestmöglicher Qualität* spielt im Rahmen des RSG-St 2030 insofern eine Rolle, als abgestufte Betreuungsmodelle ebenso wie klare Funktions- und Aufgabenzuteilungen dazu dienen sollen, Leistungen zu bündeln um ein auf zu viele unterschiedliche Anbieterinnen und Anbieter aufgeteiltes

Angebot zu vermeiden. Dabei sind Fragen der zukünftigen Fachausbildung anzusprechen und standortübergreifende Organisationsmodelle anzudenken.

2.3 Determinanten der Versorgung

Neben den Planungsgrundsätzen, die eine Konvention darüber darstellen, wie Versorgung funktionieren soll, bestehen Einflussfaktoren darauf, wie die Strukturen und Prozesse gestaltet sein müssen, um ein solches Funktionieren möglich zu machen. Da sich diese Einflussfaktoren in einer Gesellschaft stets ändern, müssen die Strukturen und Prozesse entsprechend weiterentwickelt und angepasst werden. Einige planungsleitende Determinanten sind nachstehend kurz dargestellt.

2.3.1 Demografische Entwicklung

In den Bedarfsberechnungen für den Planungshorizont 2030 werden sowohl im ambulanten als auch im intramuralen Geschehen die demografischen Veränderungen nach kleinen Alterskohorten je Geschlecht und je politischem Bezirk und für jedes medizinische Fach bzw. für jede Leistungs- und Diagnosegruppe gesondert errechnet, um die Auswirkungen dieser Veränderungen auf den Bedarf möglichst präzise und fachspezifisch abbilden zu können.

Die Steiermark ist das viertbevölkerungsreichste Bundesland und verfügt im Bundesländervergleich über eine vergleichsweise alte Bevölkerung. Zum 01.01.2025 lebten 1.271.886 Menschen in der Steiermark, die Zahl steigt kontinuierlich an. Der Anteil der bis 18-jährigen ist mit 17,2 % der zweitgeringste nach jenem in Kärnten, im Bundesdurchschnitt liegt er bei 18,3 %. Der Anteil der Menschen, die älter als 65 Jahre sind, ist wiederum der dritthöchste (nach dem Burgenland und Kärnten) mit 20,2 % der Bevölkerung¹⁵. Als innerhalb des Bundeslandes ältere Regionen gelten Teile der Obersteiermark, vor allem zwischen dem Gebiet des Semmering bis zum Bezirk Murtal, sowie Regionen im Bezirk Voitsberg und im Gebiet um Bad Radkersburg.

Die Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung über den vergleichsweise kurzen Zeitraum bis 2030 lassen für die Steiermark einen Zuwachs der Einwohnerzahl auf ca. 1.281.500 erwarten. Zudem wird davon ausgegangen, dass dieser Zuwachs vor allem im Zentralraum in und um Graz erfolgt, sowie - in geringerem Ausmaß - noch in den Bezirken Weiz und Leibnitz. Für alle anderen Bezirke wird von einem Rückgang der Bevölkerungszahl ausgegangen¹⁶. Diese kleinräumigen Prognosen nach Alters- und Geschlechtskohorten fließen in die Bedarfsberechnungen für diesen RSG-St 2030 ein. Die wesentlichen Ballungsräume in der Steiermark, die Verkehrswege und die Bewegungen der Bevölkerung in andere Bundesländer und von diesen in die Steiermark werden berücksichtigt und beeinflussen die Bewertung der Versorgungsbedarfe ebenfalls.

¹⁵ Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Abgestimmte Erwerbsstatistik 2023, Stichtag 31.10. – Aus Datenschutzgründen wurde mit der Methode "Record Swapping" ein Teil der Daten verschmutzt. Bei Auswertungen, die auf sehr kleinen Fallzahlen beruhen, sind keine zuverlässigen Aussagen möglich. – Personen in den Kategorien "divers", "inter", "offen" bzw. "kein Eintrag" werden aus Datenschutzgründen nicht ausgewiesen. Entsprechend einer Imputationsregel sind diese in den Ergebnissen entweder dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zugeordnet. – Erstellt am 16.06.2025.

¹⁶ vgl.: Statistik Austria. Kleinräumige ÖROK-Prognose 2021 – Hauptvariante; erstellt am 7.6.2022

VR	Jahr	bis 19	20 - 44	45 - 64	65 +	Gesamt
61 Graz	2022	83.404	165.985	122.460	81.193	453.042
	2030	88.664	164.500	123.619	97.905	474.688
62 Liezen	2022	14.271	22.508	23.948	18.882	79.609
	2030	13.397	20.927	21.827	21.804	77.956
63 Östl. Obersteiermark	2022	25.800	43.976	47.371	40.226	157.373
	2030	24.314	41.416	41.956	44.314	152.000
64 Oststeiermark	2022	50.065	77.255	82.367	56.443	266.130
	2030	48.789	71.196	76.084	70.360	266.429
65 West-/Südsteiermark	2022	35.431	57.253	62.806	42.781	198.271
	2030	34.465	53.488	58.353	53.034	199.340
66 Westl. Obersteiermark	2022	17.215	27.112	30.248	23.922	98.497
	2030	15.906	24.595	26.009	27.895	94.405
Steiermark	2022	226.186	394.089	369.200	263.447	1.252.922
	2030	225.536	376.121	347.848	315.313	1.264.818
	in %	-0,29%	-4,56%	-5,78%	19,69%	0,95%

Quelle: 2022 Statistik Austria, 2030 ÖROK

2030 Zielwert lt. Statistik Austria

1.281.458

Tabelle 1: Regionalprognose der Bevölkerungsveränderung in der Steiermark 2022-2030

2.3.2 Versorgungsumfeld in der Steiermark

Die bestehenden Versorgungsstrukturen in der Steiermark determinieren zusammen mit bereits gefassten Beschlüssen zu zukünftigen Anpassungen ebenfalls die weiteren Planungsschritte, da im Sinne von Versorgungskontinuität, Veränderungen von der bestehenden Struktur ausgehend abgeleitet werden müssen.

Die ambulante Versorgungsstruktur wird von den Planstellen der Krankenversicherungsträger in den wesentlichen medizinischen Fächern einschließlich der Versorgungskapazitäten in den allgemeinmedizinischen Primärversorgungseinheiten nach PrimVG¹⁷ sowie den fachspezifischen Krankenhausambulanzen und Ambulatorien (einschließlich kasseneigene Einrichtungen) getragen, die sowohl Akutversorgung als auch geplante Termine anbieten. Diese Strukturen werden kontinuierlich bis Ende 2025 noch in Erfüllung des RSG-St 2025 ergänzt. Zudem bestehen psychosoziale Beratungsstellen und Ambulatorien mit ambulanten Angeboten der Allgemeinpsychiatrie und psychotherapeutischen Medizin, sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutischen Medizin in der Steiermark. In manchen Fächern und Regionen zeigt sich die zunehmende Herausforderung, bestehende Planstellen in der extramuralen Struktur besetzen zu können. Auch mit diesem Aspekt muss im Rahmen des RSG-St 2030 umzugehen sein und sollen Antworten gefunden werden, soweit dies mit diesem Instrument möglich ist. Dies kann geänderte Organisationsstrukturen beinhalten. Zudem kann der RSG-St 2030 auch Anregungen dazu geben, wie Leistungsinhalte adaptiert werden können.

Die Krankenhausstruktur hat sich in der Steiermark in den vergangenen Jahren durchaus verändert. So gab es die Schließung kleiner Standorte ebenso wie Abteilungsschließungen und Bettenreduktionen. Darüber hinaus wurden Krankenhausverbünde geschaffen, die zumeist mehrere Standorte einer Region

¹⁷ BGBl. I Nr. 131/2017 in der Fassung vom 01.09.2025.

organisatorisch und verwaltungstechnisch zusammenfassten und eine bessere Abstimmung der Angebotsstruktur für die jeweilige Region erreichen konnten. Die ursprünglich sehr kleinteilige Krankenhausstruktur wurde somit schrittweise vor allem aus qualitativen, personellen und ökonomischen Gründen an zeitgemäße Anforderungen herangeführt. Dieser Weg soll aus fachlicher Sicht weiter beschritten und vertieft werden.

Derzeit bestehen in der Steiermark 28 landesfondsfinanzierte Krankenhausstandorte sowie weitere zwei UKHs der AUVA. Dazu kommen weitere sieben als Akutkrankenanstalten geführte Privatkrankenanstalten, die sich überwiegend im Raum in und um Graz befinden. Die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) ist Trägerin von 20 der landesfondsfinanzierten Krankenhausstandorte, die in acht Verbünden organisiert sind. Das LKH-Universitätsklinikum Graz bildet dabei das Zentralkrankenhaus für die Versorgungszone Süd mit einem deutlichen Anteil an überregionaler Versorgung. Das LKH Hochsteiermark ist als Schwerpunktkrankenhaus ausgebildet, alle anderen Standorte stellen Standardkrankenhäuser mit unterschiedlichem und teilweise erweitertem Fächerspektrum aber zumeist kleiner Struktur dar.

2.3.3 Veränderung von Bedarfen

Sowohl die Demografie, die Mobilität der Bevölkerung als auch veränderte Lebensumstände verändern letztlich die Versorgungsbedarfe. Die kontinuierliche Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen wird in einem größeren Ausmaß benötigt, akute Versorgungsbedarfe sind in ihrer Menge tendenziell rückläufig. Dies führt dazu, dass Versorgungsprozesse sich verändern, mehr ambulante und weniger stationäre Anteile haben und somit andere Settings benötigen.

Gleichzeitig verändern sich im Rahmen akutstationärer Aufenthalte die Verhältnisse insofern, als die Fortschritte in der Medizin und Medizintechnologie zu teils beträchtlichen Verkürzungen der Verweildauer führen und die intendierte Zunahme tagesklinischer Leistungserbringung vieler diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen ermöglichen, was umfassende Veränderungen bei den organisatorischen Abläufen in den Krankenhäusern nach sich zieht.

Da der Zusammenhang zwischen Versorgungskapazitäten und Bettenmengen sich schrittweise auflöst, erfolgt eine moderne und qualitätsvolle Medizin in Strukturen, die stärker auf ambulante und tagesklinische Leistungserbringung ausgerichtet sind und somit höhere Leistungsmengen erlauben, als es noch vor wenigen Jahren möglich war. Dies gilt vor allem für operative Fächer. Im Gegensatz dazu ist der Bettenbedarf in altersmedizinisch dominierten Fächern stabil oder sogar zunehmend, wobei hier die Frage der Gestaltung nahtstellenübergreifender Versorgungsprozesse von entscheidender Bedeutung ist, da der unmittelbar akutmedizinische Bedarf klarer von rehabilitativen pflegerisch und therapeutisch akzentuierten Versorgungsanteilen abgegrenzt werden sollte. Hier liegen Herausforderungen organisatorischer Natur insbesondere an den Übergängen der versorgenden Strukturen im Vordergrund, die es zu lösen gilt. Der vorliegende RSG-St 2030 schafft dafür die strukturellen Voraussetzungen. Die medizinische Versorgung von alten und hochaltrigen Menschen muss dabei verstärkt im Zusammenhang mit Fragestellungen rund um Betreuung und Pflege gesehen werden, mit dem Ziel Rahmenbedingungen für ein möglichst selbstbestimmtes Altern zu schaffen. Ein entsprechendes Konzept dafür wurde den Gremien des Gesundheitsfonds Steiermark bereits in der Vergangenheit vorgelegt und soll bei einer allfälligen Umsetzung auch Handlungsfelder aus dem RSG-St 2030 aufgreifen.

Die Stärkung der ambulanten Versorgung soll einerseits durch eine Anhebung der dafür notwendigen Kapazitäten erfolgen, andererseits aber auch dadurch, dass jener Teil des ambulanten Leistungsspektrums, der derzeit weitestgehend Krankenhausambulanzen vorbehalten ist, verstärkt wohnortnah angeboten werden soll. Im Einklang mit dieser Zielsetzung werden in der ambulanten fachärztlichen Versorgung folglich verstärkt multiprofessionelle Zusammenarbeitsmodelle neben den fachärztlichen Ordinationen etabliert werden. Dies soll auch zu einer besseren Versorgungswirksamkeit bei begrenzten Personalkapazitäten führen.

2.4 Virtuelle Krankenbehandlung

Die Gesundheitsversorgung durch telemedizinische Angebote befindet sich derzeit im Aufbau. In Verbindung mit der Gesundheitsberatung 1450 wird ein zentral organisiertes telemedizinisches Versorgungsangebot – die „Virtuelle Krankenbehandlung (VIKB)“ – von der ÖGK zunächst im Bereich der Primärversorgung für Akutfälle auf allgemeinmedizinischem Niveau pilotiert. Die telemedizinische Versorgung soll zunehmend eine alternative Versorgungswirksamkeit neben den bestehenden Anbieterstrukturen entwickeln. Sobald Inanspruchnahmedaten zu dieser ärztlichen telemedizinischen Versorgung vorliegen, werden diese im Rahmen der Zielsteuerung analysiert und bewertet und können dann sukzessive in der Weiterentwicklung und Umsetzung der Regionalen Strukturpläne Gesundheit entsprechend berücksichtigt werden.

3 Methodische Vorgehensweise – Der Planungsprozess im Überblick

Der Abstimmungsprozess erfolgte im Austausch mit dem Gesundheitsfonds Steiermark und mit der Landesstelle Steiermark der ÖGK sowie Vertreterinnen und Vertreter der SVS und der BVAEB und umfasste mehrere Schritte. So wurden die IST-Ergebnisse und die daraus abzuleitenden Handlungsfelder analysiert und interpretiert. Es wurde dabei ein gemeinsames Verständnis darüber geschaffen, wie die Versorgung funktioniert und wo Anpassungen notwendig scheinen.

3.1 Der Planungsprozess im Überblick

Der analytische Teil des Planungsprozesses dient einer bestmöglichen Abschätzung des zukünftigen Bedarfs und einer bestmöglichen strukturellen Ausprägung des Versorgungsangebots gemäß diesem Bedarf in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Er berücksichtigt grundsätzlich immer sowohl die *zielbezogene Perspektive der Versorgungsstrukturen*, als auch die *quellbezogene Perspektive, also das Nutzungsverhalten der Bevölkerung*. Während die zielbezogene Perspektive Informationen darüber liefert, wie die Leistungen einrichtungsspezifisch erbracht werden, zeigt die quellbezogene Perspektive die Art, wie die Bevölkerung das Angebot in Anspruch nimmt und ist im Wesentlichen von den spezifischen Einrichtungen abstrahiert. Begonnen wird mit der umfangreichen Betrachtung der IST-Struktur, in diesem Fall auf Basis des Jahres 2022, des quantitativen IST-Leistungsgeschehens (Kontakte) und des IST-Inanspruchnahmeverhaltens durch die Wohnbevölkerung. Diese Analysen ergeben die bestehenden strukturell bedingten Ungleichheiten, die unterschiedliches Nutzungsverhalten bedingen können und die potenziellen Handlungsfelder.

In der Folge wird daraus die theoretische SOLL-Planung unter Berücksichtigung prognostizierter Entwicklungstendenzen in einem normativen datengetriebenen Prozess abgeleitet. Hierin enthalten sind die Berücksichtigung der demografischen Entwicklung sowie die Korrektur strukturell bedingter deutlich abweichender Parameter des Inanspruchnahmeverhaltens und des Leistungsgeschehens aus der IST-Analyse mittels automatisierter Benchmarking-Prozesse.

Aus den theoretischen SOLL-Ergebnissen wird im dritten Schritt die tatsächliche quantitative Festlegung der zukünftig benötigten Strukturen sowohl zur ambulanten als auch zur stationären Versorgung der Bevölkerung abgeleitet. Dieser Schritt erfolgt unter Berücksichtigung der Determinanten der Versorgung, unter Beachtung regionaler Gegebenheiten, der Charakteristik der umliegenden Versorgungsstrukturen, strategischer Überlegungen und der qualitativen Kenntnis der einzelnen Strukturen zum Zeitpunkt der IST-Erhebung. Er berücksichtigt auch Bevölkerungsbewegungen über die Landesgrenzen in die Steiermark hinein und aus dieser hinaus.



Abbildung 1: Darstellung der Module im Planungsprozess

In weiteren Besprechungen wurden in der Folge die Bedarfsberechnungen für den Zielhorizont diskutiert und reflektiert, um daraus unter Bedachtnahme auf die bestehenden Strukturen und die tatsächlichen Veränderungspotenziale die finale Beschlussversion zum RSG-St 2030 abzuleiten.

3.2 Datengrundlage

3.2.1 Intramuraler Bereich

Für die Planungsarbeiten zum intramuralen Bereich wurden die Daten aus der Krankenhausentlassungsstatistik herangezogen. Zum einen wurden die Daten der steirischen Fondskrankenanstalten zu stationären und ambulanten Patientinnen und Patienten des Kalenderjahres 2022 inkl. der Intensivdatensätze verwendet, zum anderen die Daten der stationären und ambulanten Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in der Steiermark, die eine Behandlung in einer Fondskrankenanstalt oder in einer AUVA- bzw. PRIKRAF-Krankenanstalt innerhalb und außerhalb der Steiermark in Anspruch genommen haben. Die Analysen und die Prognoserechnungen wurden in der Folge mittels der Daten des Jahres 2023 nochmals durchgeführt, um die Ergebnisse und die daraus gezogenen Erkenntnisse zu plausibilisieren. Auch hier wurden zudem die Intensivdatensätze verwendet.

Konkret umfassten die verwendeten Daten die folgenden Datensätze:

- Basisdaten zum stationären Aufenthalt bzw. ambulanten Kontakt (Satzart X01)
- Daten nach Hauptkostenstellen (Satzart X02)
- Diagnosen (Satzart X03)
- Medizinische Leistungen (Satzart X04)
- SAPS3-Daten (Satzart I11)
- TISS-A-Daten (Satzart I12)

Von den Daten der steirischen Fondskrankenanstalten sind hinzukommend die folgenden Datensätze verwendet worden:

- Kostenstellenplan (Satzart K01)
- KA-Stammdaten (Satzart K02)
- Kostenstellen-Statistik und Kostennachweis (nicht-bettenführende Hauptkostenstellen) (Satzart K09)

Die Bedarfsberechnungen für den intramuralen Bereich wurden anhand der spezifikationsidenten Analysedaten für das Jahr 2023 nochmals plausibilisiert.

Die fachspezifische Zuordnung der vollstationären Betten von nicht-fondsfinanzierten Krankenanstalten erfolgte gemäß dem tatsächlichen Leistungsgeschehen des Jahres 2022. Diese Zuordnung weist insofern Unschärfen auf, als das Leistungsgeschehen sich ändern kann und ein Teil der erbrachten Leistungen nicht zwingend nur einem medizinischen Fach zuordenbar ist.

3.2.2 Extramuraler Bereich

Für die Planungsarbeiten zum extramuralen Bereich, bestehend aus niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (Vertragspartnerinnen/Vertragspartner) in unterschiedlichen Formen der Zusammenarbeit und aus selbstständigen sowie kasseneigenen Ambulatorien und refundierten Leistungen von Wahlärztinnen und Wahlärzten, wurden die Folgekostendaten (FOKO-Daten) der öffentlich-rechtlichen Krankenversicherungen (ÖGK, SVS und BVAEB) des Jahres 2022 herangezogen. Hier sind die Daten zu allen Patientinnen/Patienten mit Hauptwohnsitz in der Steiermark und zu allen Personen mit anderem Wohnsitz, die jedoch in der Steiermark extramural versorgt wurden (Gastpatientinnen und Gastpatienten aus anderen Bundesländern oder aus dem Ausland) enthalten. Diese verwendeten Daten umfassen die folgenden Datensätze:

- Leistungsdaten
- Patientendaten
- Daten der Leistungserbringerinnen/Leistungserbringer
- E-Card-Steckungen

3.2.3 Demografische Daten

Zur Beschreibung der demografischen Struktur für das Jahr 2022 wurde der Bevölkerungsstand gemäß der Statistik Austria zu Jahresbeginn 2023 (01.01.2023) herangezogen. Die Daten lagen dazu für das männliche und weibliche sowie „sonstige“ Geschlecht getrennt in fünf-Jahres-Altersgruppen und nach den politischen Bezirken getrennt vor und wurden in dieser Detailliertheit verwendet.

Die Bevölkerungsprognose für das Jahr 2030 wurden von Seiten der Landesstatistik Steiermark bereitgestellt. Sie bezieht sich dabei auf die ÖROK-Bevölkerungsprognose, die ihrerseits aus dem Jahr 2021 stammt und ebenfalls in feiner regionaler und altersspezifischer Granularität sowie nach Geschlechtern getrennt vorlag.

3.3 Wesentliche Planungsindikatoren

Neben Anpassungen in den Strukturen, die sich aus den demografischen oder auch medizinischen Veränderungen ergeben, gibt es auch Anpassungen, die aus den in der IST-Analyse erkennbaren Unterschieden im heutigen Leistungsgeschehen erwachsen. Diese werden sowohl für das stationäre als auch das ambulante Geschehen anhand von Indikatoren abgeleitet. Es wird darauf hingewiesen, dass die datenanalytischen Arbeiten nach stationärem und ambulantem Geschehen getrennt durchgeführt werden, das bedeutet, dass das ambulante Geschehen, das intramural dokumentiert und abgerechnet wird, zusammen mit dem extramural und ambulant erbrachten Leistungsgeschehen im Sinne der integrierten Versorgungsplanung analysiert wird. Dies folgt einer integrierten sektorenübergreifenden Betrachtungslogik, wie sie bundesweit vorgesehen und eingefordert wird.

3.3.1 Stationäre Versorgung

Die wesentlichen Indikatoren zur Beschreibung und Bewertung der stationären Versorgung, die großteils sowohl ziel- als auch quellbezogen berechnet werden, sind:

- *Tagesklinische Leistungsanteile*: der Anteil tagesklinisch (nach TK-Katalog) auf Ebene von MEL-Gruppen erbrachter Leistungen (dies muss nicht auf einer entsprechenden TK-Kostenstelle erfolgen)
- *Potenziell ambulant erbringbare Leistungen*: Anteil von Aufenthalten mit kurzer Aufenthaltsdauer (max. 3 Pflage tage) und einer geringen Punktezahl für erbrachte Leistungen (< 250 Punkte)
- *Präoperative Verweildauertage*: elektive operative Fälle mit Aufnahme vor dem OP-Datum
- *Fallspezifische Verweildauer*: Belagstage je Fall nach MEL- oder HD-Gruppen
- *Fallhäufigkeit*: Anzahl der Aufenthalte je MEL- oder HD-Gruppe bezogen auf die EW-Zahl (standardisiert) – nur quellbezogen
- *Auslastung*: Belagstage je entlassende Abteilung, bezogen auf die verfügbaren Kapazitäten nach tatsächlich gemeldeten Betten/Plätzen; gesondert für vollstationäre und TK-Kapazitäten – nur zielbezogen
- *Anteil an Gastpatientinnen/Gastpatienten*: nur zielbezogen

3.3.2 Ambulante Versorgung

Als die für das intramurale und das extramurale Setting einheitliche Messgröße für die Darstellung des ambulanten Leistungsgeschehens sind Kontakte verwendet worden. In den SV-Daten entspricht dies den E-Card-Steckungen, die um Fälle ergänzt wurden, zu denen Leistungen, jedoch keine E-Card-Steckung dokumentiert sind (z.B.: Hausbesuche) und die um E-Card-Steckungen ohne dazugehörige Leistungen bereinigt wurden. Als Kontakt ist grundsätzlich definiert:

Die ambulante Inanspruchnahme von fachspezifischen Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern durch eine spezifische Person (Patientin/Patient) an einem bestimmten Tag. Werden in einem Krankenhaus mehrere Ambulanzen am selben Tag aufgesucht, die dasselbe Fachgebiet umfassen, so zählen sie als ein Kontakt. Sind es unterschiedliche medizinische Fächer, so zählt jeweils jeder dieser Kontakte gesondert für das jeweils betroffene Fach.

Die wesentlichen Indikatoren zur Beschreibung und Bewertung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung sind in der *quellbezogenen Betrachtung* folgende:

- *Verteilung der Kontakte* (rohe Zahlen und nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung und Normierung auf die EW-Zahl) je politischen Bezirk zwischen
- gemeinsame Vertragspartnerinnen und -vertragspartner der ÖGK, SVS und BVAEB (in der Allgemeinmedizin werden PVEs gesondert ausgewiesen)
- Krankenhausambulanzen
- Ärztinnen/Ärzte ohne Vertrag mit der ÖGK
- kasseneigenen Ambulatorien

- Vertragspartnerinnen/Vertragspartner außerhalb der Steiermark
- *Anteil von Wahlärztinnen/Wahlärzten und Ambulanzanteil*, normiert auf Bundeslandwert
- *Pendlerströme zwischen allen politischen Bezirken und über die Bundeslandgrenzen hinweg*
- *Relative Frequenzdichte*, normiert: normiert auf den Bundeslandwert

Die *zielbezogene Betrachtung* beinhaltet die Zahl der im jeweiligen Beobachtungsjahr insgesamt erbrachten Kontakte je Leistungserbringerin/je Leistungserbringer. Diese Betrachtung ist eine – aufgrund der verfügbaren Informationen in den Dokumentationen nicht anders möglich – ausschließlich quantitative und stellt die Versorgungsmenge jeder einzelnen Einrichtung pro Zeiteinheit (ein Jahr) dar.

3.4 Berechnungsmodell

3.4.1 Stationäre Versorgung

Die Kapazitätsberechnungen bauen auf dem IST-Versorgungsgeschehen auf und erfolgen auf Ebene jeder HD- und MEL-Gruppe gesondert. Es wird quellbezogen (auf Basis der Bevölkerung nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung) für bezirksweise Unterschiede hinsichtlich der wesentlichen Indikatoren korrigiert.

Die Korrektur der bevölkerungsbezogenen Indikatoren je HD- oder MEL-Gruppe erfolgt anhand von Benchmarks für Verweildauer, tagesklinische Leistungsanteile und Krankenhaus-Häufigkeit. Die Benchmarks werden gebildet, indem die jeweiligen Indikatoren unter Berücksichtigung der Bevölkerungsanzahl je Bezirk nach ihrer Größe geordnet werden. Als Benchmark zur Anwendung kommt jener Wert, der von 50 % der Bevölkerung in der IST-Analyse erreicht wird. Alle anderen Werte werden an diesen mit einer Bandbreite von ± 15 % herangeführt. Eine Ausnahme bilden Tagesklinikanteile, die aus verbindlichen Bundes-Richtwerten der Zielsteuerung oder aus internationalen Benchmarks bezogen werden können. In den Fällen erfolgt eine normative Anpassung.

Die auf diese Weise korrigierten IST-Fallzahlen je HD- und MEL-Gruppe werden dann anhand demografischer Vektoren, die ebenfalls HD- und MEL-Gruppen-spezifisch sind, in die Zukunft prognostiziert. In der Folge werden sie mit den ebenfalls auf dieser feingranulären Ebene angepassten Verweildauern zu notwendigen Bettenbedarfen je HD- und MEL-Gruppe zusammengeführt und in der Folge über eine idealtypische Fachzuteilung zu Bettenbedarfen je medizinisches Fach aggregiert. Für Normalstationen werden dabei Zielauslastungen von 85 %, für Intensivstationen und pädiatrische Versorgungskapazitäten solche von 75 % im Jahresdurchschnitt angenommen. Versorgungsbereiche, die tagsatzfinanziert sind, werden mit Auslastungsraten von 95 %, jedoch vor allem unter Einhaltung der Planungsrichtwerte gemäß ÖSG 2023, berechnet. Das Ergebnis dieser Berechnungen sind bevölkerungsbezogene, jedoch noch standortunabhängige Kapazitätsbedarfe (Betten, TK-Plätze, ambulante Betreuungsplätze) je Fach.

Unter Berücksichtigung der bestehenden Strukturen, der Vorgaben des jeweils geltenden ÖSG zu Bettenmessziffern und Mindestbettenzahlen und zu möglichen Organisationsformen werden die berechneten Kapazitätsbedarfe den Standorten in den jeweiligen Organisationsformen zugeordnet. Zudem werden hierbei die zentralen Versorgungsaufträge einzelner Standorte gemäß ihrer Charakteristik beachtet und es wird auf qualitative Aspekte hinsichtlich einer abgestuften Versorgung Bedacht genommen.

3.4.2 Ambulante Versorgung

Zur Berechnung der notwendigen Kapazitäten für die zukünftigen ambulanten Versorgungsstrukturen werden je Fach auf der gemeinsamen Größe der Kontakte, sämtliche ambulanten Kontakte auf Basis des Jahres 2022 analysiert. In der Folge werden die Ergebnisse der IST-Analyse hinsichtlich auffallender regionaler Unterschiede in Bezug auf die Inanspruchnahmehäufigkeit und den Anteil an Versorgungsmengen bei Wahlärztinnen und Wahlärzten sowie in Ambulanzen mittels eines Benchmarkingverfahrens auf Wohnbezirksebene korrigiert. Der Benchmark ist dabei für den jeweiligen Indikator nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung der Durchschnittswert aus der IST-Analyse für die Steiermark. In manchen wenigen Fällen wurden normativ und in Abstimmung innerhalb der Arbeitsgruppe Anpassungen bei Benchmarks vorgenommen. Diese Anpassungen erfolgen innerhalb von Bandbreiten von $\pm 15\%$, die gewisse Unterschiede weiterhin zulassen. Hintergrund dieses methodischen Zugangs ist es, zu große Anpassungsschritte zu vermeiden und nur in geringem Maße normativ einzugreifen.

Diese homogenisierten Werte werden in der Folge anhand der demografischen Vektoren für das Jahr 2030 prognostiziert. Je nachdem wie sich die Population zusammensetzt, die ein medizinisches Fach ambulant in Anspruch nimmt, ergeben sich anhand der Verteilung der Geschlechter und der zugehörigen Altersschichten je politischem Bezirk unterschiedliche Prognosevektoren bis zum Zielhorizont 2030. Dieser Berechnungsschritt ergibt somit den Bedarf an zu erwartenden Kontakten für jedes einzelne Fach auf Ebene der Wohnbevölkerung (quellbezogen).

Unter Berücksichtigung der Bewegung der Pendlerinnen bzw. Pendler werden diese in der Folge dem Zielbezirk zugeordnet, an dem die Kapazitäten vorzuhalten sind. Dabei werden die Pendlerbewegungen je medizinisches Fach zwischen allen politischen Bezirken bewertet und normativ angepasst. Das Eigenversorgungspotenzial soll dabei für jeden politischen Bezirk 90 % in der Allgemeinmedizin und 75 % in allen Sonderfächern nicht unterschreiten. Eine Ausnahme davon ist die VR 61, die gesamthaft betrachtet wird.

Diese errechneten Ergebnisse werden im IST- und in der Prognose in der bundesweit einheitlich und verbindlich definierten RSG-Planungsmatrix ausgegeben.

Während in der RSG-Planungsmatrix im spitalsambulanten Bereich SVEs als Rechengröße ausgewiesen werden, finden für alle anderen Sektoren der ambulanten Planung die ÄAVEs im Sinne des Regio-med-Systems der Sozialversicherung Anwendung.¹⁸ Ein SVE errechnet sich je Fach anhand der durchschnittlichen Kontaktzahl pro Jahr aller entsprechenden ganzjährigen Vertragspartnerinnen und Vertragspartner nach Bereinigung dieser Verteilung um statistische Ausreißer. Diese Größen stellen als Referenzgröße für alle Versorgungseinheiten die durchschnittliche Versorgungswirksamkeit einer fachspezifischen Einzelordination dar, die ganzjährig tätig war und über einen Vertrag mit allen Kassen (ÖGK, SVS, BVAEB) verfügen.

Um die gesamten ambulanten Kapazitäten in ÄAVE ausgeben zu können, wird für den spitalsambulanten Bereich je Versorgungsregion ein mathematischer Umrechnungsfaktor angegeben (ÄAVE spitalsambulant IST 2022/SVE spitalsambulant IST 2022), der auf die PLAN-SVE anzuwenden ist (SVE PLAN 2030 x Umrechnungsfaktor = ÄAVE-Ä 2030). Die so ermittelten ÄAVE-Äquivalente im spitalsambulanten Bereich können nun mit den ÄAVEs der restlichen Sektoren des ambulanten Bereichs summiert werden.

¹⁸ Erläuterung ÄAVE: siehe dazu ÖSG 2023 (Stand: 25.04.2025): Seite 217

Auf Bundeslandebene wird der Umrechnungsfaktor direkt aus dem Verhältnis PLAN-SVE zu den PLAN-ÄAVE errechnet.

Ab dem RSG 2030 werden in der Planungsmatrix erstmalig Sachleistungsstellen als Planungsgröße abgebildet. Sachleistungsstellen bilden die geplante Versorgung im niedergelassenen Vertragsbereich, durch selbständige Ambulatorien mit Kassenvertrag und eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger ab. Die Ableitung der Planstellenstruktur erfolgte durch die Sozialversicherung auf Basis der Empfehlungen von Seiten der EPIG GmbH. Der während der Planungsperiode erfolgte Aufbau aus den sogenannten „+100-Stellen“ (4 AM, 2 AU, 1 GGH, 2 DER, 4 KIJU, 1 PSY) ist im PLAN 2030 enthalten. Der ermittelte Aufbaubedarf in ÄAVE (Basis 2022) wurde im Zuge des Planungsprozesses in Sachleistungsstellen umgerechnet. Für jede unbesetzte Planstelle aus dem Jahr 2022 und für jede neue Sachleistungsstelle wurde 1 ÄAVE (1 SLS = 1 ÄAVE) berücksichtigt.

3.4.2.1 Versorgungsdichten

Die Versorgungsdichte (ÄAVE/100.000 EW) bildet die Grundlage für die fachrichtungsspezifischen Planungsrichtwerte im ÖSG. Diese soll in jeder Versorgungsregion innerhalb des im ÖSG vorgegebenen Planungsrichtwertintervalls 2030 liegen. Die folgende Tabelle zeigt, inwieweit diese Planungsrichtwerte in der Steiermark im Jahr 2022 eingehalten wurden.

ÄAVE 2022	EW 2022																
Versorgungsregion	AM	KIJU	KJP	CH ¹	IM ²	GGH	NEU	PSY	DER	AU	HNO	URO	PUL	ORTR ³	MKG	ZMK	KFO
61 Graz	38,5	12,8	0,9	8,0	32,6	8,6	5,2	4,4	7,5	9,4	4,2	3,8	1,9	7,4	0,7	30,2	1,7
62 Liezen	46,1	1,7	0,0	8,2	10,2	4,7	2,2	1,9	2,2	4,1	2,7	1,6	0,9	10,6	0,0	34,7	2,0
63 Östl. Obersteiermark	44,5	7,3	1,9	7,7	14,5	7,2	3,8	5,7	4,0	12,9	4,9	3,3	4,5	10,5	0,0	35,4	6,6
64 Oststeiermark	49,4	3,8	0,4	6,9	14,9	5,2	1,3	2,3	2,2	4,5	2,7	2,3	1,4	6,1	0,0	34,0	2,6
65 West-/Südsteiermark	50,0	2,5	0,3	5,8	10,2	7,8	2,1	2,2	3,3	4,0	2,7	2,1	1,8	1,8	0,0	39,8	1,9
66 Westl. Obersteiermark	48,4	2,2	0,0	2,5	8,5	4,5	4,2	2,3	3,7	5,4	3,0	1,7	1,3	7,6	0,0	36,4	2,0
Steiermark	44,8	7,2	0,7	7,0	19,8	7,1	3,5	3,5	4,8	7,5	3,6	2,8	2,0	7,0	0,3	33,7	2,5
VDmin ⁴	34,9	4,2	0,8	4,5	14,4	7,0	2,4	3,3	3,2	5,3	2,9	2,5	1,6	7,4	0,5	28,3	2,8
VDmax	64,8	7,9	1,4	8,4	26,8	12,9	4,5	6,0	5,9	9,8	5,4	4,6	3,0	13,8	0,9	52,6	5,1

¹ inkl. KJC und PCH; ² inkl. PUL; ³ Summe aus OR und UCH sowie ORTR; ⁴ ÖSG-PRW 2030

Tabelle 2: Planungsrichtwerte für die VR in der Steiermark und gesamt, ohne Wahlärztinnen und -ärzte (Quelle: Regiomed)

Auf Bundeslandebene erreichen alle Fachgebiete außer die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Orthopädie und Traumatologie, Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie und Kieferorthopädie die erwartete Versorgungsdichte. Seit dem Jahr 2022 wurden Planstellen aufgebaut und im Zuge der Erstellung des RSG-St 2030 sind zusätzliche Sachleistungsstellen vorgesehen. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin tragen psychosoziale Ambulatorien einen erheblichen Anteil zur Versorgung bei. Die ÄAVE der psychosozialen Ambulatorien sind in Regiomed derzeit nicht enthalten, werden bei der Planung jedoch berücksichtigt. Im Fachgebiet Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie gibt es keine Vertragsärztinnen und -ärzte im extramuralen Bereich. In den Fachgruppen Orthopädie und Traumatologie und Kieferorthopädie ist ein weiterer Aufbau von Sachleistungsstellen geplant.

In der VR 61 ist in einigen Fachgebieten eine Überschreitung der Planungsrichtwerte ersichtlich, was auf die hohe Dichte der (fach-)ärztlichen Einrichtungen mit geringeren Besetzungsproblemen und der Spitalsambulanzen in der Stadt Graz zurückzuführen ist. Aufgrund der vorhandenen Strukturen und Pendlerbewegungen im Ballungsraum Graz erfolgt auch eine Mitversorgung umliegender Versorgungsregionen. Im Großraum Graz/Graz-Umgebung lebt bereits heute mehr als ein Drittel der steirischen Gesamtbevölkerung. Zudem weisen die Bevölkerungsprognose und demographische Entwicklung in der VR 61 im Vergleich zu den anderen Versorgungsregionen einen markanten Zuwachs aus.

In den übrigen Versorgungsregionen wird bei Unterschreitung der Versorgungsdichten versucht, durch den Ausbau von Sachleistungsstellen und versorgungsrelevanter Strukturen die Planungsrichtwerte gemäß ÖSG 2023 zu erreichen. Durch die Nichtbesetzbarkeit von Planstellen in den Fachbereichen Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Kinder- und Jugendheilkunde wird die ambulante Versorgung im Rahmen von Ambulatorien abgedeckt. Die VR 62 bis 66 verzeichnen lt. Prognosen zudem nur marginale Zuwächse bis hin zu einem Rückgang der Bevölkerung bei einem Anstieg in der Altersgruppe 65+. Der Aufbau der Sachleistungsstellen erfolgt auf Basis der Planungsmethodik der EPIG GmbH. In einigen Fachgebieten erfolgt die Versorgung ergänzend durch Wahlärztinnen und Wahlärzte. Trotz Unterschreitung der Planungsrichtwerte ist die Versorgung in einzelnen Regionen durch umliegende Versorgungsregionen sichergestellt.

4 Primärversorgung

Unter der Primärversorgung werden alle allgemeinmedizinisch ausgerichteten Organisationsformen der Versorgungslandschaft subsummiert, wobei auch das Gesundheitstelefon 1450 als ein Element der Primärversorgung verstanden werden kann. Die Primärversorgung (Primary Health Care) ist die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.¹⁹ Dem Konzept der Primärversorgung liegt somit eine Versorgungsaufgabe zugrunde, die von unterschiedlichen Berufsgruppen und Fachdisziplinen erbracht werden kann.

Der RSG-St 2030 folgt in seinen Überlegungen den Zielen und Planungsgrundsätzen des ÖSG 2023 sowie dessen Planrichtwerten. Demzufolge ist es auch die Intention, die Primärversorgung insgesamt und dabei vor allem schrittweise die Entwicklung von vergemeinschafteten und multiprofessionellen Organisationsformen zu stärken.

4.1 IST-Struktur und Inanspruchnahme

Mit Ende des Jahres 2022 gab es in der Primärversorgung in der Steiermark 603 Planstellen. Im Laufe des Jahres 2022 waren ca. 6 % der Planstellen unbesetzt oder in Neubesetzung begriffen. Die insgesamt zehn PVE trugen im Jahr 2022 ca. 4,9 % des primärversorgenden Anteils. Insgesamt weist die Steiermark mit ca. 12,2 Mio. allgemeinmedizinischen Kontakten im Land (inkl. Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten) oder 9,6 primärversorgenden Kontakten je EW im Jahr 2022 eine vergleichsweise intensive Versorgungsnachfrage auf. Der Versorgungsanteil bei Ärztinnen und Ärzten, die keinen Vertrag mit der ÖGK besitzen, ist mit ca. 1,6 % sehr gering. Der Eigenversorgungsanteil im Bundesland liegt in diesem Fach bei fast 99 %.

4.2 Qualitative strategische Überlegungen und Planungsempfehlung zur SOLL-Struktur für 2030

Laut RSG-St 2025 sind bis zum Ende des Jahres 2025 über 30 PVE im gesamten Land vorgesehen und ist der multiprofessionelle und teamorientierte Versorgungsansatz zukünftig zu priorisieren. Ein weiteres zentrales Anliegen ist es, die Zahl nicht besetzter Planstellen dauerhaft zu reduzieren und somit Lücken zu schließen.

Die Zahl der allgemeinmedizinischen Planstellen soll bis zum Jahr 2030 auf 614 Sachleistungsstellen angehoben werden. Ein Teil derselben soll in weiteren zehn Vergemeinschaftungsformen (gegenüber

¹⁹ Zielsteuerung Gesundheit: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 inklusive Großgeräteplan, gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 15. Dezember 2023 inklusive der bis 25. April 2025 beschlossenen Anpassungen. Wien. https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/%C3%96SG_2023_-_Textband_Stand_25.04.2025.pdf (abgerufen am 20.06.2025)

der Planungsvorgabe aus dem RSG-St 2025) – davon in fünf PVE - aufgehen, sodass mit Umsetzung dieses RSG-St 2030 landesweit insgesamt 40 primärversorgenden Vergemeinschaftungsformen für die Bevölkerung zur Verfügung stehen. Um eine möglichst gute Umsetzbarkeit und vollständige personelle Besetzung sicherstellen zu können, sind dafür unterschiedliche Organisationsformen vorgesehen. Die regionale Zuteilung folgte neben Aspekten der Wohnortnähe und verkehrstechnischen Erreichbarkeit, jenen patientenfreundlicher Öffnungszeiten, dem Inanspruchnahmeverhalten der lokalen Bevölkerung, der umgebenden Versorgungsstrukturen und der Altersstruktur der bestehenden primärversorgenden ärztlichen Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbieter.

Die detaillierte Kapazitätsdarstellung und die regionale Darstellung der Kapazitäten der Primärversorgung finden sich in den bundesweit einheitlichen RSG-Planungsmatrizen im Anhang.

5 Ambulante fachärztliche Versorgung

Nachstehend werden einige inhaltliche Überlegungen zur ambulanten fachärztlichen Versorgung in der Steiermark dargelegt, die Planzahlen selbst finden sich in der RSG-Planungsmatrix im Anhang.

5.1 Methodische Anmerkungen

Die ambulante fachärztliche Versorgung wird für jedes medizinische Fach gesondert betrachtet und gerechnet, wiewohl Überlegungen zu einer fächerübergreifenden Versorgung skizziert werden sollen. Die datentechnische Analytik erfolgt methodisch vergleichbar mit jener in der Allgemeinmedizin. Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass die Krankenhausambulanzen im Sinne einer integrierten Betrachtung als Teil des jeweiligen ambulanten fachspezifischen Geschehens gesehen werden.

Jene Leistungen, die gemäß dem ÖSG auf ambulanten Betreuungsplätzen erbracht werden und zur Bedarfsbemessung für diese heranzuziehen sind, sind integraler Bestandteil der intramural relevanten Blätter der Planungsmatrix.

5.2 Allgemeine Überlegungen

Auch in einzelnen medizinischen Sonderfächern wird das Problem, Planstellen zeitnah (nach-)besetzen zu können drängender. Dies betrifft vor allem die Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie die Kinder- und Jugendheilkunde. Die verstärkte Ambulantisierung der Versorgung führt dazu, dass Krankenhausambulanzen – vor allem im elektiven Geschehen - ein höheres Leistungsaufkommen haben und die Leistungsabstimmung zwischen dem extra- und dem intramuralen Bereich verstärkt in Augenschein genommen wird. Tendenziell sollte mittelfristig angestrebt werden, dass allgemeinmedizinische Behandlungen öfter und für alle Patientengruppen in primärversorgenden Strukturen abgeschlossen werden können und extramurale fachärztlich besetzte ambulante Einrichtungen sich in der Folge auf medizinisch komplexere Versorgung konzentrieren können. Im Gegenzug dazu wäre es dann die Aufgabe von Krankenhausambulanzen, in einem abgestimmten Prozess fachspezifisch technisch hochwertige Leistungen einerseits und akute Versorgung andererseits zu übernehmen.

Um zugleich in der ambulanten Versorgung die Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten zielgerichteter organisieren zu können und die Wege zu vereinfachen, sollen auch in der ambulanten fachärztlichen Versorgung multiprofessionelle und interdisziplinäre Versorgungsangebote geschaffen werden. Dabei sollen sinnvolle Fächerkombinationen entstehen, die häufige Indikationen möglichst effizient abklären und versorgen können. Schrittweise sollen dafür auch spezifische Leistungsspektren und zugehörige Finanzierungsmodalitäten ausgearbeitet werden. Dieser vorliegende RSG-St 2030 soll dafür die Richtung weisen und erste Schritte setzen. Im Einklang mit bundesweiten Überlegungen sollte der Aufbau kooperativer Organisationsmodelle forciert werden.

Es ist vorgesehen, dass sowohl in der VR 61 als auch in der VR 65 erstmals in der Steiermark zwei polycolore und multiprofessionelle ambulante Zentren geschaffen werden, in denen mehrere medizini-

sche Fächer ambulante fachärztliche Versorgung anbieten werden. Dies soll einer Forcierung hochwertiger ambulanter Versorgung Rechnung tragen und vor allem auch den Menschen dieser Regionen ein fachübergreifendes ambulantes Angebot außerhalb von Krankenanstalten bereitstellen. Die Festlegung des diesbezüglichen Leistungsspektrums, der Rechtsform und der Finanzierungsmodalitäten soll zeitnah nach der Verordnung des RSG-St 2030 ausgearbeitet werden.

5.3 Fachspezifische Anmerkungen

Es zeigt sich, dass sich die ambulante fachärztliche Struktur und das jeweilige Versorgungsgeschehen je Fach sehr unterschiedlich entwickeln. Während die Bedarfslage in manchen Fächern zunimmt, nimmt sie in anderen Fächern eher ab.

Nachstehend soll kurz auf die Entwicklung in den einzelnen Fächern eingegangen werden, während die detaillierten quantitativen Aussagen dazu wiederum in der bundesweit einheitlichen und verbindlichen Planungsmatrix zu finden sind. In der Planungsmatrix werden Sachleistungsstellen als Planungsgröße abgebildet, wobei die vertragsärztlichen Planstellen als prozentueller Anteil dieser ausgewiesen werden. Sachleistungsstellen bilden die geplante Versorgung im niedergelassenen Vertragsbereich, durch selbständige Ambulatorien mit Kassenvertrag und eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger ab. Bei den nachstehenden Planstellenangaben handelt es sich um gemeinsame Planstellen der Sozialversicherung. Die zusätzlichen reinen SVS- und BVAEB-Sachleistungsstellen werden in der Planungsmatrix separat dargestellt.

5.3.1 Augenheilkunde und Optometrie

In der Augenheilkunde sollen bis 2030 zu den bestehenden 44 vertragsärztlichen Planstellen zwei zusätzliche geschaffen werden. Im Rahmen dieses Aufbaus soll innerhalb des polycoloren und multiprofessionellen ambulanten Zentrums auch augenheilkundliche Versorgung entstehen. Die Festlegung des diesbezüglichen Leistungsspektrums, der Rechtsform und der Finanzierungsmodalitäten soll zeitnah nach der Verordnung des RSG-St 2030 ausgearbeitet werden.

5.3.2 Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie bzw. Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie

Die ÖGK behält ihren Plan bei, die Verträge in diesem Fach auslaufen zu lassen, während die BVAEB ihre Planstellen behalten und die SVS die Zahl ihrer Planstellen ausweiten will. Die intramurale ambulante Struktur wird sich in der VR 62 gemäß den Standortplänen für die Krankenhausstruktur mitentwickeln.

Es ist jedoch vorgesehen, in einer ersten Phase mit drei Leistungserbringerinnen/-erbringern ein Darmkrebsscreeningprogramm im Rahmen eines Pilotprojekts in der Steiermark aufzubauen, die jedoch nicht zwingend dem Fach CH zugeordnet sein werden.²⁰

²⁰ gemäß Beschluss der 26. Sitzung der LZK Steiermark am 26.6.2025

5.3.3 Haut- und Geschlechtskrankheiten

Die ambulante dermatologische Versorgung wird derzeit in der Steiermark über 27 vertragsärztliche Planstellen und die Ambulanz für Dermatologie und Venerologie an der Universitätsklinik in Graz sichergestellt. Es ist vorgesehen, diese um zwei Planstellen zu erweitern, wovon eine Planstelle für das geplante polycolore und multiprofessionelle ambulante Fachärztezentrum in der VR 65 vorgesehen ist. Eine dislozierte Krankenhausambulanz für Haut- und Geschlechtskrankheiten ist am Standort Bruck an der Mur des LKH Hochsteiermark vorgesehen.

Unabhängig von dieser strukturellen Entwicklung sollten die Erfahrungen, die im Rahmen von Pilotprojekten für teledermatologische Versorgung gesammelt werden, ehestmöglich in die Regelversorgung übergeführt werden. In weiterer Folge sollten die fachspezifischen ambulanten Strukturen neuerlich evaluiert werden.

5.3.4 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Die ambulante Versorgung in diesem Fach ist in einzelnen Regionen zunehmend schwieriger sicherzustellen, da manche Planstellen nur schwer oder seit geraumer Zeit nicht besetzbar sind. Im Rahmen der geburtshilflichen Versorgung spielen zusätzlich zu den Fachärztinnen und Fachärzten auch Hebammen eine wesentliche Versorgungsrolle, auch außerhalb der stationären Strukturen.

Mit diesem RSG-St 2030 sollen einerseits Maßnahmen gesetzt werden, die eine längerfristige Versorgungssicherheit in allen Regionen der Steiermark gewährleisten sollen. Für die Geburtshilfe soll dies durch den verstärkten Einsatz von Hebammen außerhalb von Krankenanstalten erfolgen. Diese sollen vermehrt in die Versorgung von Frauen sowohl im Zeitraum vor einer Geburt als auch in der postnatalen Phase eingebunden werden. Dadurch soll die Kontinuität in der perinatalen Versorgung verbessert werden.

Es ist die Bereitstellung von insgesamt 50 vertragsärztlichen Planstellen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Steiermark vorgesehen. Ein entsprechendes Angebot soll auch in den geplanten polycoloren und multiprofessionellen ambulanten Fachärztezentren in der VR 61 und in der VR 65 vorgehalten werden. Die Festlegung des diesbezüglichen Leistungsspektrums, der Rechtsform und der Finanzierungsmodalitäten soll zeitnah nach der Verordnung des RSG-St 2030 ausgearbeitet werden.

Darüber hinaus ist der Aufbau eines frauenheilkundlichen Ambulatoriums mit 2 SLS in der VR 64 unter Einbindung eines Hebammenzentrums vorgesehen. In der VR 62 sind ein weiteres frauenheilkundliches Ambulatorium und ein Hebammenzentrum im Raum Schladming geplant. Die intramurale ambulante Struktur in der VR 62 wird sich gemäß den Standortplänen für die Krankenhausstruktur mitentwickeln. In der VR 66 im Bezirk Murtal ist eine weitere SLS im Frauengesundheitszentrum verortet.

5.3.5 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Die ambulante Versorgung im Fach Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde wurde mit Ende des Jahres 2022 über 29 Planstellen in der extramuralen Versorgung und Krankenhausambulanzen an drei Standorten getragen. Die Standorte der intramuralen ambulanten Versorgung sind in Graz das LKH-Universitätsklinikum Graz und das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder sowie das LKH Hochsteiermark am Standort Leoben.

Es ist vorgesehen, die Zahl der extramuralen vertragsärztlichen Planstellen in diesem Fach auf 30 zu erhöhen. Eine Integration des Faches HNO in das geplante polycolore und multiprofessionelle ambulante Fachärztezentrum in der VR 61 ist vorgesehen. Die Festlegung des diesbezüglichen Leistungsspektrums, der Rechtsform und der Finanzierungsmodalitäten soll zeitnah nach der Verordnung des RSG-St 2030 ausgearbeitet werden.

5.3.6 Innere Medizin

Mit der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 wurde das Fach Lungenheilkunde in die internistischen Sonderfächer integriert und wird nun als Innere Medizin und Pneumologie geführt.²¹ Es wird jedoch im ambulanten Versorgungssetting nicht zwischen den internistischen Sonderfächern gemäß § 15 (1) der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 unterschieden.²² Das extramural derzeit als solches geführte Sonderfach Lungenheilkunde wiederum wird schrittweise im Sonderfach Innere Medizin und Pneumologie aufgehen. Aus diesem Grund wird die Lungenheilkunde hier im Rahmen der Inneren Medizin mit betrachtet.

Die ambulante Versorgung im Sonderfach Innere Medizin wird über 55 Planstellen und Fachambulanzen in allen landesfondsfinanzierten Krankenanstalten mit Ausnahme des NTZ Kapfenberg, der Standorte Judenburg und Stolzalpe des LKH Murtal, der Klinik für Psychosomatik in Bad Aussee und des Standorts Süd des LKH Graz II angeboten. Die Pulmologie bzw. Innere Medizin und Pneumologie wiederum wird im Jahr 2022 im ambulanten Setting über 19 Planstellen und Krankenhausambulanzen an den Standorten Leoben und an der klinischen Abteilung für Pneumologie der Universitätsklinik für Innere Medizin in Graz angeboten.

Es ist vorgesehen, bis 2030 in der Inneren Medizin, drei vertragsärztliche Planstellen aufzubauen. Künftig werden in der Inneren Medizin 58 und in der Lungenheilkunde bzw. Inneren Medizin und Pneumologie 19 vertragsärztliche Planstellen angeboten. Innerhalb dieser Gesamtkapazitäten soll ein Angebot sowohl im Rahmen des geplanten polycoloren und multiprofessionellen ambulanten Fachärztezentrums in der VR 65 als auch in jenem in der VR 61 geschaffen werden. Die Festlegung des diesbezüglichen Leistungsspektrums, der Rechtsform und der Finanzierungsmodalitäten soll zeitnah nach der Verordnung des RSG-St 2030 ausgearbeitet werden.

In den VR 61 und 63 stehen den Patientinnen und Patienten Vertragsinstitute der Sozialversicherung zur kardiologischen Abklärung zur Verfügung.

Für das Jahr 2026 besteht das Vorhaben, in der VR 61 ein ambulantes Diabeteszentrum aufzubauen.

Mit der Verlagerung der akutstationären pneumologischen Versorgung innerhalb des LKH Hochsteiermark vom Standort Leoben an den Standort Bruck an der Mur wird auch die zugehörige Fachambulanz an den Standort Bruck an der Mur verlagert.

²¹ Siehe dazu § 15 (1) Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015) StF: BGBl. II Nr. 147/2015 in der Fassung vom 01.09.2025

²² Siehe dazu Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015). [BGBl. II Nr. 147/2015](#) in der Fassung vom 01.09.2025.

5.3.7 Zahnmedizin und Kieferorthopädie

Mit Ende des Jahres 2022 gab es in der ambulanten Versorgung der Steiermark 358 Planstellen für Zahnheilkunde und weitere 25 für Kieferorthopädie. Zudem stehen bei Bedarf an der Universitätsklinik für Zahnmedizin und Mundgesundheits in Graz Ressourcen für eine ambulante Versorgung zur Verfügung.

Es ist vorgesehen, die Zahl der vertragsärztlichen Planstellen für Kieferorthopädie auf 26 zu erhöhen. Jene für Zahnheilkunde bleiben in ihrer Zahl unverändert, es soll jedoch zu regionalen Anpassungen kommen, um dem Bedarf besser entsprechen zu können. Es ist die summenneutrale Errichtung eines Zahnambulatoriums in der Stadt Liezen sowie von vier weiteren, an Standorten in den Bezirken Graz-Stadt, Liezen, Bruck-Mürzzuschlag und Südoststeiermark geplant.

5.3.8 Kinder- und Jugendheilkunde

Die ambulante pädiatrische Versorgung soll zukünftig über 41 Sachleistungsstellen gegenüber 36 Planstellen im Jahr 2022 abgedeckt werden. Um alle Sachleistungsstellen auch besetzen zu können, werden dabei unterschiedliche Organisationsformen angestrebt. Es sollen innerhalb dieser Gesamtkapazitäten dislozierte Ambulanzen oder Ambulatorien für Pädiatrie an einzelnen Krankenhausstandorten entstehen.

Für die kinderärztliche Versorgung im Bezirk Murau wird eine Kooperationslösung zwischen Sozialversicherung, Gesundheitsfonds Steiermark und der KAGes zeitnah entwickelt werden.

Die „Kinderportalambulanz“ wurde zur Entlastung der Spitalsambulanz der Kinderklinik am LKH-Univ. Klinikum Graz und zur Lenkung der Patientenströme befristet in den Wintermonaten 2023/24 und 2024/25 eingerichtet und wird mit niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten betrieben. Deren weiterer Betrieb ist für die Wintermonate November bis März der Jahre 2025 bis 2028 sichergestellt.

5.3.9 Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

Die ambulante Versorgung im Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin war mit Ende des Jahres 2022 über drei Planstellen und die fachgleichen Ambulanzen am LKH Graz II, Standort Süd, LKH Hochsteiermark, Standort Leoben und am Standort des LKH Hartberg (heute LKH Oststeiermark, Standort Hartberg) abgedeckt. Zur flächendeckenden wohnortnahen ambulanten Versorgung tragen die psychosozialen Ambulatorien, die auch kinder- und jugendpsychiatrisch tätig sind (siehe dazu Kapitel 8.1), einen erheblichen Anteil bei.

Bis zum Jahr 2030 ist es vorgesehen, durch den Aufbau von zwei weiteren, dann insgesamt fünf vertragsärztlichen Planstellen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin in der extramuralen Struktur vorzuhalten. Die krankenhausbambulante Struktur und jene der psychosozialen Ambulatorien soll quantitativ unverändert bleiben. Es ist jedoch vorgesehen, den Versorgungsauftrag, die Versorgungsprozesse und die organisatorische Ausgestaltung der psychosozialen Ambulatorien dahingehend zu überarbeiten, dass der akutversorgende Auftrag wirksamer erfüllt werden kann.

5.3.10 Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

In der extramuralen Planstellenstruktur gibt es noch Vertragspartnerinnen und -partner, die das ursprüngliche Doppelfach Neurologie und Psychiatrie besitzen. Auch wenn diese innerhalb der Sozialversicherung gemäß ihrem fachlichen Schwerpunkt einem der beiden getrennten Fächer zuzuordnen sind, ist das tatsächliche Leistungsgeschehen nicht immer trennscharf. Diese Ausdifferenzierung wird jedoch zukünftig eindeutig werden und in der Planung und in der Planstellenstruktur werden die beiden Fächer formal getrennt geführt.

Im Jahr 2022 gab es 16 neurologisch geführte Planstellen und 19 im Sonderfach Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin. Zudem gibt es neurologische Krankenhausambulanzen am Standort Knittelfeld des LKH Murtal, am Standort Bruck an der Mur des LKH Hochsteiermark, am Standort Feldbach des LKH Oststeiermark und an der Universitätsklinik für Neurologie am LKH-Univ. Klinikum Graz, am Standort Süd des LKH Graz II sowie am Krankenhaus der Elisabethinen ebenfalls in Graz.

Fachambulanzen für Psychiatrie gibt es derzeit ausschließlich an der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am LKH-Univ. Klinikum Graz, am LKH Graz II, Standort Süd und am Krankenhaus der Elisabethinen. Zudem decken einen wesentlichen Teil der ambulanten Versorgung in der Psychiatrie wiederum die psychosozialen Ambulatorien ab.

Es ist bis zum Jahr 2030 vorgesehen, die Zahl der vertragsärztlichen Planstellen für Neurologie mit insgesamt 18 und jene für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin mit insgesamt 20 festzulegen. Mit der Verlagerung der Akutneurologie vom Standort Süd an den Standort West des LKH Graz II wird auch die neurologische Akutambulanz entsprechend verlagert. Mit dem Aufbau der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin am LKH Hochsteiermark, Standort Bruck an der Mur, wird auch eine entsprechende Ambulanz eingerichtet. Vergleichbar mit der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist es darüber hinaus vorgesehen, den Versorgungsauftrag, die Versorgungsprozesse und die organisatorische Ausgestaltung der psychosozialen Ambulatorien dahingehend zu überarbeiten, dass der akutversorgende Auftrag wirksamer erfüllt werden kann.

5.3.11 Orthopädie und Traumatologie

Mit Umsetzung der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO) 2015 wurden die bislang getrennten Fächer Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie das Sonderfach Unfallchirurgie in das gemeinsame Fach Orthopädie und Traumatologie übergeführt. Die ambulante orthopädisch-traumatologische Versorgung wird im Jahr 2022 über 23 Planstellen und über Ambulanzen der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie des AUVA-Unfallkrankenhauses Steiermark an zwei Standorten abgedeckt. Während die extramurale Struktur vorwiegend orthopädisch (elektiv) versorgt, sind die meisten der Krankenhausambulanzen überwiegend traumatologisch tätig, wobei diese Abgrenzung in erster Linie anhand der Planbarkeit (Orthopädie) oder akuten Versorgungsnotwendigkeit (Traumatologie) erfolgt und inhaltlich kaum zueinander abgrenzbar ist.

Bis zum Jahr 2030 ist es vorgesehen, zwei zusätzliche vertragsärztliche Planstellen zu schaffen. Auf qualitativer Ebene sind innerhalb der vorgesehenen Gesamtkapazitäten folgende spezifische Aufgaben geplant:

- In der VR 61 soll ein interdisziplinäres Ambulatorium geschaffen werden, das orthopädisch ausgerichtet ist und sich überwiegend mit der Versorgung von Schmerzpatientinnen und

Schmerzpatienten befasst. In dem Zusammenhang wird konservativen therapeutischen Maßnahmen eine hohe Bedeutung beigemessen und soll vor allem der Chronifizierung von Schmerz begegnet werden. Die Festlegung des Leistungsspektrums, der Finanzierungsmodalitäten und der Rechtsform erfolgt zeitnah als Folge aus diesem RSG-St 2030 im Rahmen eines Projektes.

- In der VR 65 wird das geplante polycolore und multiprofessionelle ambulante Fachärztezentrum auch orthopädische Leistungen anbieten. Die Festlegung des diesbezüglichen Leistungsspektrums, der Rechtsform und der Finanzierungsmodalitäten soll zeitnah nach der Verordnung des RSG-St 2030 ausgearbeitet werden.

5.3.12 Konventionelle Radiologie

Derzeit bestehen 26 Planstellen, die in dieser Struktur unverändert beibehalten werden sollen.

5.3.13 Urologie

Die ambulante urologische Versorgung war im Jahr 2022 über 21 Planstellen sowie die beiden Ambulanzen am LKH Hochsteiermark, Standort Leoben und an der Universitätsklinik für Urologie abgedeckt. Am Standort Fürstenfeld des LKH Oststeiermark wird im Rahmen der Tagesklinik urologisch ambulant operiert. Der erwartete steigende Bedarf in der tagesklinischen Versorgung soll über eine Stärkung derselben am Standort Fürstenfeld gedeckt werden. Eine zusätzliche vertragsärztliche Planstelle ist in der VR 65 im Bezirk Voitsberg vorgesehen.

5.3.14 Eigene Einrichtungen der Sozialversicherung

Zusätzlich zu den Planstellen im niedergelassenen Bereich stehen im ÖGK-Gesundheitszentrum Graz Versorgungsangebote aus den Bereichen der Augenheilkunde, Chirurgie und Wundmanagement, Dermatologie, Gastroenterologie und Endoskopie, Gynäkologie, HNO, Innere Medizin, Labor, Neurologie, Psychiatrie, Orthopädie und Traumatologie, Radiologie, Rheumatologie und Urologie zur Verfügung. Eine eigens eingerichtete Mutter-Kind-Pass-Stelle hilft dabei, die Gesundheit der werdenden Mutter und ihres Kindes zu schützen. Im Gesundheitszentrum werden auch Vorsorgeuntersuchungen und physikalische Therapien angeboten.

Neben dem ÖGK-Zahngesundheitszentrum Graz und dem Zahnambulatorium der BVAEB in Graz bieten kasseneigene Einrichtungen auch in den Bezirken zahnmedizinische Leistungen an.

Die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) plant die Inbetriebnahme eines neuen Gesundheitszentrums in Graz.

5.4 Errichtung von ambulanten Vergemeinschaftungsformen

Es wurden in der jüngeren Vergangenheit bereits an mehreren Standorten in der Steiermark ambulante Versorgungsangebote für einzelne oder mehrere medizinische Fächer geschaffen und es sollen weitere errichtet werden. Die jeweiligen Organisationsformen, Leistungsangebote und die finanziellen

Rahmenbedingungen dazu sind zeitnah zu diesem RSG-St 2030 zu entwickeln. Vorteile solcher Einrichtungen sind breitere Öffnungszeiten und die fächerübergreifende ambulante Versorgung.

Es ist sinnvoll, wenn bereits vorhandene Planstellen eines Faches der jeweiligen Region bei Interesse und in Abstimmung mit der Sozialversicherung (zur Vermeidung von Versorgungslücken) sich ebenfalls in solche Einrichtungen integrieren.

- In der VR 61, voraussichtlich am Standort Hörgas des LKH Graz II, wird ein ambulantes Fachärzteezentrum eingerichtet, das die Fächer Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde umfassen soll. Es dient der akuten und geplanten ambulanten Versorgung der Region im nördlichen Umland der Stadt Graz.
- Südlich des Grazer Zentralraums soll in der VR 65 ein polycolores und multiprofessionell geführtes ambulantes Fachärzteezentrum geschaffen werden, das die Fächer Augenheilkunde, Dermatologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin und Orthopädie und Traumatologie umfassen wird.
- Im Bezirk Deutschlandsberg soll, in Ermangelung von Interessierten an der zu besetzenden Planstelle, die ambulante Versorgung im Fach Kinder- und Jugendheilkunde im Rahmen eines Ambulatoriums abgedeckt werden
- Im Bezirk Hartberg soll die ambulante Versorgung in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Rahmen eines Ambulatoriums abgedeckt werden.
- In Graz soll ein Ambulatorium geschaffen werden, das vor allem konservative Orthopädie anbietet und den Fokus auf Schmerzmedizin bzw. die Vermeidung der Chronifizierung von Schmerzen legt. Ziel ist es, ein breites Spektrum an Schmerzarten suffizient versorgen zu können.
- Es sollen in der Steiermark im Rahmen eines Pilotprojekts in einer ersten Phase drei Leistungserbringerinnen/-erbringer, den Versorgungsauftrag für das Screening auf Darmkrebs erhalten.
- In Hartberg und in Schladming soll je ein Hebammenzentrum aufgebaut werden. Aufgabe der beiden Einrichtungen ist die Betreuung der werdenden Mütter sowie nach der Geburt. Zudem soll ein Konzept entwickelt werden, das es ermöglicht, die Mütter auch während der Geburt selbst in öffentlichen Spitälern zu begleiten.
- Es ist vorgesehen ein Ambulatorium des Fachbereichs Innere Medizin in der Stadt Graz als ambulantes Diabeteszentrum aufzubauen.
- Die bereits errichteten ambulanten fachärztlichen Versorgungsangebote für Kinder- und Jugendheilkunde in der Stadt Liezen, für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Rottenmann sowie für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im Murtal sollen funktionell beibehalten werden. Formale Anpassungen bei Betreibern oder krankenanstaltenrechtlicher Zuordnung sind jedoch möglich.

6 Akutstationäre fachärztliche Versorgung

Der vollstationäre Versorgungsbereich der akutstationären fachärztlichen Versorgung beinhaltet alle vorzuhaltenden Bettenkapazitäten für akute (ungeplante) und geplante stationäre Aufenthalte mit einer Verweildauer von mindestens einem Belagstag. Die Kapazitäten der tagesklinischen Behandlung und der ambulanten Behandlung berücksichtigen alle - überwiegend geplanten - Null-Tagesaufenthalte. Dafür werden je Fach Tagesklinikplätze oder bzw. und ambulante Betreuungsplätze (ambBP) vorgesehen.

Die Weiterentwicklung der akutstationären fachärztlichen Versorgungsstrukturen legt ihr Augenmerk unter Beachtung des Steirischen Gesundheitsplans 2035 auf die Betonung der Versorgung als nach Möglichkeit im Rahmen ambulanter Prozesse erbrachter medizinischer Leistungen. Sie beruht auf einer Anpassung an eine veränderte Bedarfslage, die sich aus demografischen und medizinischen Entwicklungen ergibt, sowie auf strukturellen Veränderungen, die versorgungstechnischen Überlegungen folgen (z.B.: klare Definition von Versorgungsaufträgen). Ausgangspunkt dafür ist eine detaillierte und fundierte Analyse des aktuellen Leistungsgeschehens im gesamten akutstationären und tagesklinischen sowie im LKF-systemisierten Teil der intramuralen ambulanten Versorgung der Jahre 2022 und 2023. Berücksichtigung finden alle Gastpatientinnen bzw. Gastpatienten in der Steiermark sowie alle Steirerinnen und Steirer in Krankenanstalten anderer Bundesländer. Zudem wird auch die Versorgungswirksamkeit von nicht fondsfinanzierten Spitälern (AUVA-UKH Steiermark, PRIKRAF-finanzierte Krankenanstalten) bei den Planungen berücksichtigt.

6.1 Zielvorstellungen und Planungsgrundsätze

Ein Ziel der vorliegenden Empfehlungen zu Anpassungen in der akutstationären Versorgungsstruktur ist es, eine Verstärkung der abgestuften Versorgung und der Vernetzung zwischen den Krankenanstalten zu erreichen. Die Kooperationen zwischen den Krankenhäusern soll forciert werden und es werden klare Versorgungsaufträge etabliert. Mit dem Ziel einer verbesserten Leistungsabstimmung werden nun manche Krankenhausstandorte mit ihrem Versorgungsauftrag im gesamten Versorgungskontext spezifischer positioniert.

Es werden deswegen zwischen den Standorten vermehrt personelle und organisatorische Verschränkungen fachgleicher Organisationsformen etabliert werden, um der schwieriger werdenden Personalsituation begegnen zu können. Die Stärkung des tagesklinischen und ambulanten Leistungsgeschehens soll den einzelnen Krankenhausstandorten einen erheblichen Zugewinn an lokaler Versorgungswirksamkeit geben, die Ausdifferenzierung des Leistungsangebots unterstützen und zeitgleich dazu beitragen, die einzusetzenden Ressourcen sparsamer zu dimensionieren.

Zudem soll eine bessere Abstimmung innerhalb der ambulanten fachärztlichen Versorgung mit den extramuralen Strukturen entstehen, die dabei unterstützen soll, die Krankenhäuser zu entlasten. Dies dient dazu, ein effizienteres Versorgungsangebot (vor allem in Bezug auf die personellen Ressourcen) gestalten zu können und dazu Patientenwege zu straffen und zielgerichteter zu machen.

Die Planungsgrundsätze des ÖSG 2023 betonen die Gewährleistung einer möglichst gleichmäßigen und bestmöglich erreichbaren aber auch wirtschaftlich zweckmäßigen und medizinisch sinnvollen Versorgung. Die Entlastung des akutstationären Versorgungsbereichs soll angestrebt werden, kooperative

Betriebsformen sowohl innerhalb des intramuralen Sektors aber vor allem auch mit dem extramuralen Sektor sollen gestärkt werden.

Die Ziele und Planungsgrundsätze der „integrativen regionalen Versorgungsplanung“ betonen die Notwendigkeit leistungsfähiger, bedarfsgerechter, in ihrem Leistungsspektrum aufeinander abgestimmter und – soweit sinnvoll – in regionalen Verbänden organisierter Akutkrankenanstalten, die Notwendigkeit der Umstrukturierung der Kapazitäten von Fachbereichen mit zukünftig steigendem beziehungsweise sinkendem Bedarf, die Anpassung an Bedürfnisse hochbetagter Patientinnen und Patienten, die Vernetzung der Akteurinnen und Akteure und die Institutionalisierung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements.

Die Entwicklungen in demografischer Hinsicht werden in Bezug auf regionale, alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten zum Planungshorizont 2030 mit betrachtet. Dazu gehört die Wahrung von Strukturen zur Versorgung hochbetagter Menschen.

6.2 Planungsempfehlungen zur SOLL-Struktur 2030

6.2.1 Allgemeine Anmerkungen

Die Summe aus PLAN-Betten 2030 und ambulanten Betreuungsplätzen PLAN 2030 stellt je Standort einer Krankenanstalt und je Fachbereich die Obergrenze der gesamten intramuralen PLAN-Kapazitäten für den Planungshorizont 2030 dar. Es steht jedoch jedem Träger frei, vollstationäre Betten unter Wahrung der gesamthaften Kapazitätsobergrenze je Standort und Organisationsform in tagesklinische Plätze oder ambulante Betreuungsplätze umzuwandeln, um den tagesklinischen oder ambulanten Versorgungsanteil bedarfsgerecht zu forcieren. Diese Anpassung hat jedoch immer in Abstimmung mit dem Gesundheitsfonds Steiermark vor einer sanitätsbehördlichen Genehmigung zu erfolgen.

Bei Umwandlung vollstationär betriebener Organisationseinheiten in einen wochenklinischen Betrieb darf jedes umgewandelte vollstationäre Bett durch maximal 1,4 wochenklinisch betriebene Betten substituiert werden, wobei die aktuelle Auslastungssituation vorab zu prüfen ist. Diese Anpassung hat jedoch vor einer sanitätsbehördlichen Genehmigung immer in Abstimmung mit dem Gesundheitsfonds Steiermark zu erfolgen.

Die Gesamtsumme an PLAN-Betten 2030 für Intensivüberwachungs- und Intensivbehandlungseinheiten stellt jeweils die standortspezifisch einzuhaltende Obergrenze an Intensivbetten dar.

6.2.2 Konzeption der Leitspitäler

Die Krankenanstalten der Steiermark werden gemäß dem Konzept der Leitspitäler in regionalen Verbünden neu organisiert. Neben einer organisatorischen Verschränkung der Standorte eines Verbundes folgt daraus auch eine bessere Abstufung des Leistungsangebots und eine Ausdifferenzierung desselben. Mit dieser Funktion sind folgende Aufgaben zukünftig verbunden:

- *in der Versorgung von Patientinnen und Patienten*

- sollen Aufgaben mit geringerer Fallzahl einem Standort zugeordnet werden; diese Aufgabenzuteilung soll mit dem Leitspital in der Region abgestimmt werden. Diese Aufgaben müssen nicht zwingend am Leitspital erfolgen, wenn dies fachlich und technisch nicht notwendig ist.
 - sind Abstufungen entlang der Komplexität sinnvoll und notwendig; Leispitäler übernehmen in Abstimmung mit den umliegenden Häusern die medizinisch komplexeren Leistungen.
 - erfolgt die Notfallversorgung jedenfalls in den Leitspitälern; auch die anderen Krankenanstalten haben einen akutversorgenden Auftrag in den von ihnen vorgehaltenen Fächern, ob sie medizinische Notfälle im Sinne des §10 (2) Sanitätergesetz (SanG)²³ übernehmen, soll wiederum regional mit dem Leitspital abgestimmt werden. In diese Aufteilung sind die Rettungsleitstelle des Landes und die Rettungsdienste einzubinden.
- *in der Ausbildung von medizinischem Personal*
 - sollen jedenfalls Rotationen zwischen den Standorten erfolgen, um auf eine ausreichende Fallzahl gemäß der Ärztinnen-/Ärzteausbildungsordnung 2015 zu kommen, sowie zum Sammeln möglichst umfassender Erfahrung in den einzelnen Fächern.
 - *in der personellen Besetzung reduzierter Organisationsformen gemäß StKAG § 3 (7)*
 - sollte das Leitspital als fachlich koordinierende oder als Personal entsendende Einrichtung dienen. Reduzierte Organisationsformen sollen als dislozierte Einrichtungen der zugehörigen Fachabteilung des Leitspitals fungieren. Hierbei ist die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Trägergesellschaften kein grundsätzlicher Ausschlussgrund für solche Kooperationen.

6.2.3 Abgestufte Versorgung

Die anderen akutstationären und landesfondsfinanzierten Standorte in der Steiermark haben ebenso spezifische Versorgungsaufträge, die mit jenen der Leispitäler abgestimmt sind. Sie sollen in hohem Maße elektiv arbeiten und ihren akutmedizinischen Auftrag vor allem im ambulanten Setting und für die unmittelbare Standortregion erfüllen. Vor allem auf organisatorischer Ebene sollen Betriebsformen gewählt werden, die es möglich machen, personelle Effizienzpotenziale zu heben (wochenklinische Betriebsformen, interdisziplinäre Stationen). Aus dem Charakter dieses Angebots ergibt sich, dass sie im stationären Bereich auch sekundärübernehmend sind, vor allem altersspezifische, remobilisierende und rehabilitative Aufgaben wahrnehmen. Gerade an diesen Standorten kann es situativ sinnvoll sein, Fachambulanzen zur Substitution fehlender extramuraler Angebote als dislozierte Einheiten – zumeist - eines Leitspitals zu betreiben.

6.2.4 Interdisziplinäre Bettenstationen

Die kontinuierliche Anpassung des Bettenbedarfs führt an kleineren, meist peripheren Krankenhausstandorten dazu, dass Abteilungen samt den zugehörigen Bettenstationen eine grenzwertige Größe erreichen, die eine personell und wirtschaftlich sinnvolle Besetzung erschweren bzw. zu ineffizienten

²³ BGBl. I Nr. 30/2002 in der Fassung vom 01.09.2025

Strukturgrößen führen. Dennoch wäre es aus versorgungstechnischer Sicht widersinnig, Strukturen zu erhalten, die größer sind, als der tatsächliche Bedarf es benötigen würde.

Es wird Wert daraufgelegt, dass die Möglichkeiten interdisziplinär geführter Bettenstationen und nach Möglichkeit wochenklinischer Betriebsformen standortspezifisch besser genutzt werden. Die Träger der Krankenanstalten sind angehalten, diese organisatorischen Maßnahmen für einen effizienteren Personaleinsatz bestmöglich zu nutzen.

6.2.5 Standortspezifische Anmerkungen

Nachstehend wird auf jene Standorte kurz und explikativ eingegangen, an denen es zu deutlichen strukturellen Veränderungen oder solchen im Leistungsangebot kommen soll.

6.2.5.1 Verbund LKH Oststeiermark

Dieser Verbund LKH Oststeiermark besteht zukünftig aus den Standorten Feldbach, Hartberg und Fürstenfeld. Der Standort Feldbach fungiert dabei als Leitspital in der Region.

Am Standort Fürstenfeld soll das ambulante und tagesklinische Leistungsspektrum weiter gestärkt werden und dieses wird um ein allgemein- und viszeralchirurgisches und ein gynäkologisches Angebot, jeweils ausgehend von der fachgleichen Mutterabteilung im Verbund, erweitert. Der Standort Hartberg wurde bereits in den Verbund integriert. Die Abteilung für Allgemein- und Visceralchirurgie wird in jene des Standorts Feldbach integriert und standortübergreifend im wochenklinischen Betrieb geführt. Die Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Standort Hartberg wird in enger fachlicher Abstimmung und unter einer Ausdifferenzierung des Leistungsangebots mit Feldbach geführt werden. Standortübergreifend wird ein Teil der Abteilung für Orthopädie und Traumatologie des Standorts Feldbach zukünftig in Hartberg in einem wochenklinischen Betrieb geführt. Dort werden überwiegend elektive orthopädische Leistungen erbracht.

6.2.5.2 Verbund LKH-Univ. Klinikum Graz

Dieser Verbund LKH-Universitätsklinikum Graz besteht aus den Standorten Weiz und jenem des LKH-Univ. Klinikum Graz. Der Standort in Weiz bleibt jedenfalls ein Krankenhaus der Standardversorgung und deckt dementsprechende Leistungen ab.

Für die strukturellen Festlegungen für die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendchirurgie sind die Kapazitätsanpassungen zwar bis 2030 umzusetzen, allerdings sollen sie erst dann umgesetzt werden, wenn ein jährliches Monitoring mit den jeweils letztaktuellen XDOK-Daten bestätigt, dass die Bedarfsentwicklung noch den planerischen Prognosen für diesen RSG-St 2030 entspricht und die Umsetzung der Planzahlen ohne Einschränkung der Versorgung möglich ist. Dieses Vorgehen wird in diesem Fall gewählt, da aufgrund erheblicher Leistungseinschränkungen in den betroffenen Fächern über einen mehrjährigen Zeitraum hinweg die datenbasierten Planungsgrundlagen eingeschränkte Reliabilität aufweisen. Die Abweichung von den festgelegten Planzahlen bedarf jedenfalls einer beschlossenen Revision derselben.

Es wird eine Kooperationsvereinbarung ausgearbeitet, die zum Ziel hat, dass das AUVA-UKH Steiermark am Standort in Graz dauerhaft und verbindlich eine zu definierende Zahl an stationären Fällen pro Tag zur Entlastung der Universitätsklinik für Orthopädie und Traumatologie übernimmt und gemäß den wesentlichen organisatorischen Kennzahlen vergleichbar mit fachgleichen Abteilungen an anderen

Standorten der gleichen Versorgungsstufe versorgt. Das Ausmaß der Übernahmen sollte einem Äquivalent von bis zu zehn vollstationären Betten entsprechen.

6.2.5.3 *Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz*

Das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Graz geht eine Angliederungsvereinbarung mit der Universitätsklinik für Urologie zu dem Zweck ein, bis zu zehn seiner Betten für Allgemein- und Viszeralchirurgie für die urologische Versorgung von Patientinnen und Patienten durch die Universitätsklinik für Urologie bereitzustellen.

Des Weiteren geht das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Graz eine Kooperationsvereinbarung mit der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu dem Zweck ein, Leistungen derselben im Ausmaß von fünf dauerhaft bespielten vollstationären Betten zu übernehmen.

6.2.5.4 *Krankenhaus der Elisabethinen in Graz*

Das Krankenhaus der Elisabethinen wird seine Standortzusammenführung zeitnah abschließen, um den bereits seit dem RSG-St 2025 definierten Versorgungsauftrag vollinhaltlich übernehmen zu können. Ergänzt wird dieser um ambBP für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, davon maximal 8 ambBP, um Fälle posttraumatischer Belastungsstörungen ambulant behandeln zu können.

Der Versorgungsauftrag, für alte und hochaltrige Menschen innerhalb der vorhandenen Fächerstruktur ein umfassendes fachliches Angebot bereitzustellen und damit eine hohe fachliche Expertise in der Versorgung alter und hochaltriger Menschen vorzuhalten, bleibt unverändert aufrecht.

6.2.5.5 *Verbund LKH Hochsteiermark*

Dieser Verbund LKH Hochsteiermark besteht aus den Standorten Leoben, Bruck an der Mur und Mürzzuschlag. Der Standort Leoben fungiert dabei als Leitspital für die Region. Die wesentlichen Veränderungen in diesem Verbund finden in einem strukturellen und funktionellen Austausch zwischen den Standorten in Leoben und Bruck an der Mur statt. In Leoben sollen zwölf Betten der Inneren Medizin mit einem Belegungsrecht für Strahlentherapie und Radioonkologie eingerichtet sowie ein zweiter LINAC errichtet werden. Die Abteilung für Orthopädie und Traumatologie wird ebenso vom Standort in Bruck an der Mur an den Standort in Leoben verlagert, wie jene für Allgemein- und Gefäßchirurgie.

Am Standort Bruck an der Mur werden eine Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin errichtet und die Abteilung für Innere Medizin und Pneumologie vom Standort in Leoben übernommen. Zudem soll am Standort in Bruck an der Mur ein breites Spektrum an ambulanten und tagesklinischen Leistungen als dislozierte Einheiten der jeweils fachgleichen Abteilungen im Krankenhausverbund angeboten und dementsprechend vorgehalten werden. Eine dermatologische Ambulanz wird neu errichtet. Ein Teil der ambBP der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin dienen der ambulanten Behandlung von Menschen mit Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen.

Am Standort Mürzzuschlag bleibt das Leistungsangebot gemäß den vorgehaltenen medizinischen Fachrichtungen unverändert.

6.2.5.6 Verbund LKH Rottenmann-Bad Aussee²⁴

Im Zuge der Neuordnung der intramuralen Versorgung im Bezirk Liezen werden auch Änderungen an der Struktur der beiden Standorte des LKH Rottenmann-Bad Aussee vorgenommen. So werden die Abteilungen für Innere Medizin und Allgemein- und Viszeralchirurgie am Standort Bad Aussee geschlossen und stattdessen wird ein Department für Akutgeriatrie und Remobilisation eingerichtet, das eine dislozierte Einheit der Abteilung für Innere Medizin am Standort Rottenmann darstellt. Das Department für AG/R versorgt überwiegend sekundär übernehmend und remobilisierend. Weiters soll in Bad Aussee eine internistische Ambulanz betrieben werden, der Notarztstützpunkt an das Krankenhaus selbst angelagert werden und dort dauerhaft erhalten bleiben. Im Bezirk Liezen soll eine PVE eingerichtet werden, die gemäß dem Versorgungsauftrag für PVEs agiert.^{25,26}

Am Standort Rottenmann wird die Organisationseinheit für Frauenheilkunde und Geburtshilfe als dislozierte Struktur der standortübergreifenden fachgleichen Abteilung am LKH Hochsteiermark, Standort Leoben, eingerichtet. Sie dient ausschließlich der gynäkologischen und geburtshilflichen Grundversorgung.

Neu eingerichtet werden eine mit und von der Klinik der Diakonissen Schladming standortübergreifend geführte Abteilung für Orthopädie und Traumatologie für die lokale Trauma-Grundversorgung und ein organisatorisch dieser zugehöriges Department für Remobilisation und Nachsorge. Fünf Betten der Abteilung für Innere Medizin am Standort Rottenmann dienen jedoch weiterhin der primäraufnehmenden und akuten Versorgung alter und multimorbider Menschen im Sinne akutgeriatrischer Versorgung.

6.2.5.7 Klinik Diakonissen Schladming

Im Zuge der Neuordnung der intramuralen Versorgung im Bezirk Liezen werden auch Änderungen an der Struktur der Klinik Diakonissen Schladming vorgenommen. Die Klinik führt zukünftig eine Abteilung für Innere Medizin und eine standortübergreifende Abteilung für Orthopädie und Traumatologie. Dabei soll vor allem lokale orthopädisch-traumatologische Akutversorgung iSd. abgestuften Trauma-Versorgung des ÖSG 2023 erbracht werden.

6.2.5.8 Marienkrankenhaus Vorau

Am Marienkrankenhaus Vorau wird die inhaltliche Fokussierung auf internistische Versorgung mit altersmedizinischen Aspekten weiter ausgebaut und verstärkt, zudem soll eine ambulante/tagesklinische allgemein- und viszeralchirurgische Versorgung für die Bevölkerung vor Ort erhalten bleiben. Die zukünftige Tagesklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie wird in Kooperation mit einer fachgleichen Partnerabteilung iSd. ÖSG 2023 geführt werden.

Die Rolle des MKH Vorau als Träger der Primärversorgung im Joglland soll langfristig erhalten bleiben und bei Bedarf noch gestärkt werden.

²⁴ In Zusammenhang mit allen drei Standorten von Akutkrankenanstalten in der VR 62 wird auf die Ausführungen in dem Bericht der Expertenkommission gemäß Auftrag der Steiermärkischen Landesregierung vom 23.01.2025 (GZ: ABT08-113126/2018-206) verwiesen. Graz, Mai 2025

²⁵ vgl. Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten (Primärversorgungsgesetz – PrimVG). StF: [BGBl. I Nr. 131/2017](#) in der Fassung vom 01.09.2025

²⁶ Vgl. ÖSG 2023, Seite 67 ff.

6.2.5.9 Verbund LKH Südweststeiermark

Dieser Verbund LKH Südweststeiermark besteht zukünftig aus den Standorten Wagna, Deutschlandsberg und Bad Radkersburg. Der Standort Wagna fungiert dabei als Leitspital in der Region.

Die Abteilung für Orthopädie und orthopädische Chirurgie wird an den Standort Deutschlandsberg verlagert und in eine Abteilung für Orthopädie und Traumatologie umgewandelt. Diese wird standortübergreifend in Wagna und Deutschlandsberg mit einer klar definierten Aufgabenverteilung geführt. Der Teil am Standort Deutschlandsberg wird zukünftig im wochenklinischen Betrieb geführt.

Die beiden bestehenden Abteilungen für Allgemein- und Viszeralchirurgie werden zu einer Abteilung zusammengeführt. Der Teil am Standort Deutschlandsberg wird zukünftig im wochenklinischen Betrieb mit einer klar definierten Aufgabenzuteilung geführt.

In Bad Radkersburg wird eine PVE errichtet. Zudem besteht dort eine dislozierte Ambulanz für Innere Medizin. Es wird weiters ein Department für Remobilisation und Nachsorge als dislozierte Einheit der Abteilung für Orthopädie und Traumatologie des Verbundes errichtet. Dieses ist ausschließlich sekundär übernehmend und dient der Entlastung der Akutstationen.

6.2.5.10 Verbund LKH Murtal

Dieser Verbund LKH Murtal besteht zukünftig aus den Standorten Knittelfeld, Judenburg und Stolzalpe.

Innerhalb des Verbundes wird zukünftig eine standortübergreifende Abteilung für Orthopädie und Traumatologie an den Standorten Judenburg und Stolzalpe mit einer klar definierten Aufgabenverteilung geführt. Am Standort Stolzalpe wird ein Department für Remobilisation und Nachsorge eingerichtet, das von der nicht-bettenführenden Abteilung für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation geführt wird.

In der Stadt Murau soll eine PVE errichtet werden. In organisatorischer Anbindung an diese PVE wird eine ambulante Versorgung bedarfsabhängig in den Fächern Innere Medizin und Kinder- und Jugendheilkunde zumindest tageweise verfügbar gemacht. Die organisatorischen Voraussetzungen dafür werden zeitnah geschaffen. Im Rahmen dieser PVE wird die ambulante orthopädische und traumatologische Versorgung mit sechs ambBP als ergänzendes nachsorgendes Angebot des Standorts auf der Stolzalpe in Form einer dislozierten Einheit geführt.

6.2.5.11 Verbund LKH Graz II

Dieser Verbund LKH Graz II besteht zukünftig aus den Standorten Voitsberg, Enzenbach, Süd und West sowie aus dem ausschließlich ambulant tätigen Standort Hörgas. Der Standort West fungiert dabei als Leitspital des Verbundes.

Am Standort Voitsberg soll eine traumatologische Ambulanz eingerichtet werden, die eine basale traumatologische Versorgung ambulanter Fälle sowohl akut als auch in der Nachsorge anbietet. Die organisatorischen Voraussetzungen dafür werden zeitnah geschaffen. Das Department für Akutgeriatrie und Remobilisation am Standort Voitsberg betreibt das dislozierte fachgleiche ambulante Angebot am Standort Süd, das wiederum auch Stützpunkt im Rahmen des mobilen Projekts „mobile geriatriische Remobilisation - mobiREM“ ist.

Die akute neurologische Versorgungsstruktur (einschließlich der Stroke Unit, Intensivbetten und Betten der neurologischen Akut-Nachbehandlung der Stufe B) wird vom Standort Süd an den Standort West

verlagert. Die neurologische Akut-Nachbehandlung der Stufe C verbleibt am Standort Süd und wird erweitert.

Am Standort West wird seit dem Jahr 2025 in enger organisatorischer Abstimmung mit dem Standort Graz des AUVA-UKH Steiermark eine interdisziplinäre Akutambulanz geführt (EVA-West). Nach Evaluation derselben soll gemäß den gewonnenen Erkenntnissen gegebenenfalls eine dauerhaft versorgungswirksame ambulante Struktur etabliert werden.

6.3 Allgemeine Anmerkungen

6.3.1 Akutambulanzen mit der Funktion einer ZAE

In den Krankenanstalten, deren Träger die KAGes ist, werden mit Ausnahme des LKH-Universitätsklinikums in Graz keine ZAEs iSd. ÖSG 2023 geführt. Alternativ dazu werden fachspezifische Ambulanzen als monodisziplinäre Akutambulanzen in einem 7/24-Betrieb geführt und erfüllen damit in der Zusammenschau aller dieser Ambulanzen an jedem Standort die Funktionalität einer ZAE. An sämtlichen Krankenhausstandorten mit stationärem Betrieb hat eine akutmedizinische Versorgung im Sinne einer Erstversorgung zu erfolgen.

Die internistische Ambulanz des Marienkrankenhauses Vorau wird ebenfalls in einem 7/24-Betrieb geführt und erfüllt die funktionellen Anforderungen einer ZAE in Bezug auf die Öffnungszeit und den allgemeinmedizinischen Versorgungsansatz.

6.3.2 Stärkung der ambulanten und tagesklinischen Versorgung

Dieser RSG-St 2030 sieht eine deutliche Stärkung ambulanter Versorgungsangebote vor und forciert auch innerhalb der Krankenanstalten die Ambulantisierung von Leistungen. Es steht den Trägern der Krankenanstalten frei, unter Einhaltung der jeweiligen standortspezifischen und fachspezifischen Kapazitätsobergrenzen und in Abstimmung mit dem Gesundheitsfonds Steiermark, die vor der sanitätsbehördlichen Genehmigung zu erfolgen hat, weitere vollstationäre Betten in tagesklinische Plätze oder ambBP umzuwandeln, wenn dies dem Bedarf besser entsprechen sollte.

Die versorgungstechnische Funktion von tagesklinischen Plätzen und ambulanten Betreuungsplätzen gemäß dem ÖSG 2023 unterscheidet sich in der Praxis nicht. Die Unterscheidung liegt im Wesentlichen darin, welchen abrechnungstechnischen Rahmenbedingungen diese beiden Strukturelemente gemäß dem bestehenden Leistungskatalog jeweils unterliegen.

6.3.3 Stationäre Pflegebereiche in der akutstationären Versorgung

Die Träger der akutstationären Versorgung werden dazu angehalten, dass vor allem an kleineren Krankenhausstandorten die Pflegestationen interdisziplinär organisiert und genutzt werden. Damit können zeitliche und saisonale Bedarfsschwankungen besser abgefangen und es kann Personal besser organisiert werden.

6.3.4 Grenzüberschreitende Kooperationen

Die topografischen Herausforderungen des Bezirks Liezen und die Kleinteiligkeit der Wohnregionen innerhalb des Bezirks machen es notwendig, Kooperationen mit den angrenzenden Bundesländern Oberösterreich und Salzburg einzugehen. Es sollen medizinische Angebote, die in der Steiermark an den drei Krankenhaus-Standorten des Bezirks nicht vorgehalten werden können, in den beiden genannten Bundesländern bereitgestellt werden, um die steirische Bevölkerung des Bezirks zu versorgen. Dies betrifft mehrere medizinische Fächer, in erster Linie aber vor allem die Allgemein- und Viszeralchirurgie und die Frauenheilkunde und Geburtshilfe in beiden genannten Bundesländern, aber für das Ausseerland auch die stationäre internistische Versorgung. Die Krankenanstalten, die vor allem betroffen sein werden, sind das Salzkammergut-Klinikum in Oberösterreich und das Kardinal Schwarzenberg Klinikum in Schwarzach im Land Salzburg.

Es sollen zeitnah zu diesem RSG-St 2030 Vereinbarungen mit den genannten Bundesländern über Leistungsarten, Leistungsmengen, deren Verrechnung und über ein entsprechendes Monitoring ausgearbeitet und beschlossen werden.

6.3.5 Kapazitäten von nicht-fondsfinanzierten Akutkrankenanstalten

Neben den beiden Standorten des AUVA-UKH Steiermark in Graz und Kalwang mit insgesamt 204 Betten aus dem Sonderfach ORTR und weiteren 14 Intensivbetten gab es im Jahr 2022 in der Steiermark sechs Akutkrankenanstalten, die über den PRIKRAF finanziert sind. Diese hatten für das Jahr 2022 insgesamt 422 akutversorgende und tatsächlich aufgestellte Betten eingemeldet und stellen somit einen wichtigen Teil der akutstationären Versorgungskapazitäten in der Steiermark dar. Mit Ausnahme von sechs Intensivbetten sind diese Betten jedoch sanitätsbehördlich als interdisziplinär nutzbare Betten bewilligt und somit nicht verbindlich bestimmten medizinischen Fächern zuordenbar. Anhand einer Leistungsanalyse auf Basis des Jahres 2022 und einer idealtypischen Fachzuordnung lassen sich folgende im Jahr 2022 tatsächlich versorgungswirksame Bettenäquivalente den medizinischen Fächern näherungsweise zuordnen, um sie in die Bewertung der Erreichung der Planungsrichtwerte einzubeziehen.

- ORTR: ca. 67 Betten
- GGH: ca. 38 Betten
- IM: ca. 21 Betten
- CH: ca. 19 Betten
- PSY: ca. 18 Betten
- NCH: ca. 16 Betten
- NEU: ca. 15 Betten
- HNO und URO: ca. je 10 Betten

Die restlichen Bettenäquivalente verteilen sich in geringem Ausmaß auf weitere Fächer wie AU, PUL usw. oder sind entweder nicht eindeutig zuordenbar oder waren in dem betrachteten Jahr nicht entsprechend versorgungswirksam.

6.3.6 Abweichungen von Planrichtwertintervallen gemäß ÖSG 2023

Eine Unterschreitung der Mindestwerte der *vollstationären Bettenmessziffer (BMZvs)* unter Berücksichtigung der Kapazitäten der Sanatorien und des AUVA-UKH Steiermark gemäß dem ÖSG 2023 erfolgt in den Fächern:

- Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin; aufgrund des forcierten Ausbaus der ambulanten (ambBP und flächendeckende fachentsprechende Ambulatoriumsstruktur) und der aufsuchenden Versorgungsangebote (Modellprojekt Hometreatment) wird von einem geringeren Bedarf an akutstationären Kapazitäten ausgegangen. Zudem ist angesichts der schwierigen Situation um die Besetzung fachärztlicher Planstellen, der geringen Auslastung der bestehenden Kapazitäten auch der Träger der akutstationären Versorgung in diesem Fach an einer Priorisierung der ambulanten Kapazitäten interessiert. Die weitere Bedarfsentwicklung wird sehr konsequent beobachtet.
- PUL, das sich in der Übergangsphase zum internistischen Sonderfach Innere Medizin-Pneumologie befindet, erfolgt die pneumologische Versorgung zunehmend im Rahmen der Inneren Medizin. Ausnahmen dazu bilden die gesondert ausgewiesene Abteilung für Pneumologie an der Universitätsklinik für Innere Medizin am LKH-Univ. Klinikum Graz und die Abteilungen für Innere Medizin und Pneumologie an den Standorten Enzenbach und Bruck an der Mur.
- AU, das hohe Ausmaß der Ambulantisierung in diesem Fach zeigt sich bereits heute in einer geringen Auslastung der vollstationären Betten, woraus sich eine Unterschreitung der Planungsrichtwerte ergibt. Die weitere Bedarfsentwicklung wird sehr konsequent beobachtet.
- URO, ein erheblicher Versorgungsanteil von rechnerisch 24 vollstationären Betten in diesem Fach wird von den Sanatorien abgedeckt. Werden diese berücksichtigt, so werden die Planungsrichtwerte des ÖSG 2023 eingehalten.

Eine Unterschreitung der Mindestbettenzahlen für *Organisationseinheiten (MBZ)* gemäß dem ÖSG 2023 erfolgt an manchen Standorten, um fachspezifische Versorgung auch regional anbieten zu können und um somit Versorgungslücken zu schließen.

6.3.7 Traumanetzwerk Steiermark

Die Krankenhausstandorte in der Steiermark, die traumatologische Fachversorgung vorhalten, sind seit vielen Jahren in einem Traumanetzwerk organisiert. Ziel dieses Netzwerks ist es, die Zusammenarbeit im Sinne einer abgestuften Traumaversorgung trägerübergreifend und flächendeckend sicherzustellen. Im Rahmen dieses Netzwerks haben der Standort in Leoben und jener des AUVA-UKH Steiermark in Graz die Aufgabe der regionalen Traumaversorgung und die Universitätsklinik für Orthopädie und Traumatologie jene des Zentralversorgers. Zudem ist die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendchirurgie am LKH-Univ. Klinikum Graz ein kindertraumatologisches Referenzzentrum (KiTRZ). Standorte der Lokalen-Trauma-Grundversorgung sind der RSG-Planungsmatrix zu entnehmen. Alle diesbezüglichen Standorte sind in der RSG-Planungsmatrix entsprechend ihrer Funktion ausgewiesen.

7 Hämodialyse

Die Hämodialyse steht als chronische Nierenersatztherapie am Ende einer progredient verlaufenden Niereninsuffizienz. Sie stellt eine der Therapieoptionen bei terminalem Nierenversagen dar und ist rasch und potenziell für fast alle Betroffenen einsetzbar. Die Alternativen dazu sind die (zeitlich in ihrer Wirksamkeit begrenzte) Peritonealdialyse und die Nierentransplantation. Die drei Optionen weisen unterschiedliche Wirksamkeitsdauern auf und stellen unterschiedliche organisatorische sowie zeitliche Anforderungen an die Betroffenen und die Versorger. Im Rahmen der Planung gilt es, die Zusammenhänge zwischen den drei Methoden zu beachten.

7.1 Zielvorstellungen und Planungsgrundsätze

Ziel der Planung der Versorgung mit Plätzen für Hämodialyse ist die Sicherstellung einer im Rahmen des ÖSG definierten qualitativ hochwertigen und quantitativ ausreichenden Versorgung aller Patientinnen und Patienten mit terminalem Nierenversagen und der Notwendigkeit einer chronischen Nierenersatztherapie. Diese soll für alle Betroffenen gleichwertig gut erreichbar sein und eine effiziente Nutzung der vorgehaltenen Strukturen sicherstellen. Zudem sollen die gesamten fachspezifischen Versorgungsstrukturen so gestaltet sein, dass jene Option der Nierenersatztherapie vorrangig zum Einsatz kommt, die für die jeweilige Patientin/den jeweiligen Patienten in der spezifischen Lebenssituation die optimale Versorgung unter Berücksichtigung der individuellen Bedarfe und Lebensumstände ermöglicht.

Das bedeutet eine langfristige Stabilisierung der Transplantationszahlen auf hohem Niveau und eine wesentliche Berücksichtigung einer wirksamen Rolle der Peritonealdialyse. Sowohl das Ökonomieprinzip als auch das Qualitätsprinzip stützen eine Priorisierung der Methoden der Nierenersatztherapie dahingehend, dass die Hämodialyse all jenen zur Verfügung gestellt werden soll, die nicht für eine Nierentransplantation oder eine Peritonealdialyse in Frage kommen oder diese Therapieformen aus eigenem Willen ablehnen.

Leitende Planungsgrundsätze sind demgemäß eine regionale Ausgewogenheit für wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung und die integrative regionale Planung derselben, die Einhaltung von Effizienzkriterien und die gemeinsame Betrachtung intra- und extramuraler Strukturen. Zur ausreichenden Berücksichtigung von Vorhaltekapazitäten für akute Hämodialyse, für saisonale Schwankungen und ungeplante Zugänge wird eine maximale Auslastung der Strukturen im SOLL von 85 % intramural und 95 % extramural angenommen.

7.2 Versorgungssituation im IST 2022

Insgesamt gibt es in der Steiermark zehn Standorte, an denen chronische Hämodialyse angeboten wird, vier davon sind private Institute mit einem Vertrag mit der Sozialversicherung, sechs sind an akut-versorgenden Krankenhäusern.

Die Peritonealdialyse wird an zwei Standorten, an der Abteilung für Nephrologie des Universitätsklinikums für Innere Medizin am LKH-Univ. Klinikum Graz und am LKH Hochsteiermark, Standort Bruck an der Mur, angeboten.

Insgesamt stehen derzeit 174 HDia-Plätze in je Einrichtung unterschiedlichem Schichtmodell bereit. Fünf dieser Plätze dienen ausschließlich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde am LKH-Univ. Klinikum Graz.

7.2.1 Nierentransplantation

Seit einem Höchststand von 94 durchgeführten Nierentransplantationen (NTX) im Jahr 2018 ist die Zahl der am LKH-Univ. Klinikum in Graz durchgeführten Nierentransplantationen erheblich gesunken und betrug im Jahr 2022 nur 34, womit die Steiermark im Jahr 2022 nur ca. 10,1 % zu allen in Österreich durchgeführten NTX beigetragen hat. Graz ist damit jener der vier NTX-Standorte in Österreich mit den geringsten Fallzahlen. Mit Ende des Jahres 2022 lebten in der Steiermark 598 Personen mit einem funktionierenden Transplantat (473 je 1 Mio. EW), dieser Wert ist deutlich rückläufig und spiegelt den Rückgang der Nierentransplantationszahlen wider.²⁷ Nur 45 % aller Menschen in der Steiermark mit terminaler Niereninsuffizienz leben mit einem funktionierenden Transplantat. Zudem weisen Steirerinnen und Steirer mit 20,1 Nierentransplantationen pro 1 Mio. EW im Zeitraum von 2019 bis 2023 die niedrigste durchschnittliche Frequenz unter allen neuen Bundesländern auf.²⁸

Aktuelle Zahlen aus dem Jahr 2024 zeigen allerdings wieder einen deutlichen Anstieg der Transplantationszahlen. In diesem Jahr wurden am LKH-Univ. Klinikum Graz 62 Nierentransplantationen durchgeführt. Trotz dieser positiven Entwicklung bedarf es kontinuierlicher Aufmerksamkeit und Maßnahmen, um die Zahl der Transplantationen weiter zu steigern und auf einem hohen Niveau stabilisieren zu können.²⁹

7.2.2 Peritonealdialyse

In der Steiermark wird die Peritonealdialyse an den Standorten der Universitätsklinik für Innere Medizin, an der Abteilung für Nephrologie in Graz und am LKH Hochsteiermark, Standort Bruck an der Mur angeboten.

Mit Stichtag 31.12.2022 wurden 44 Patientinnen bzw. Patienten (35 je 1 Mio. EW) so versorgt (Punktprevalenz).³⁰ Dies entspricht einem Versorgungsanteil von 5,9 % unter allen Dialysepatientinnen und -patienten. Insgesamt handelt es sich in der Jahressumme 2022 um 56 Personen. Damit ist die Zahl gegenüber früheren Jahren deutlich gesunken. Mit 31.12.2023 betrug sie 28 Personen je 1 Mio. EW.³¹

²⁷ Mit 31.12.2014 waren es 650 Menschen bzw. 537 je 1 Mio. EW. Siehe dazu RSG-St 2025.

²⁸ vgl.: ÖBIG-Transplant (2024): Transplant-Jahresbericht 2023. Gesundheit Österreich. Wien

²⁹ vgl.: ÖBIG-Transplant (2025): Transplant-Jahresbericht 2024 (Seite 17). Gesundheit Österreich. Wien

³⁰ vgl.: ÖBIG-Transplant (2024): Transplant-Jahresbericht 2023 (Seite 33). Gesundheit Österreich. Wien

³¹ vgl.: ÖBIG-Transplant (2025): Transplant-Jahresbericht 2024 (Seite 30). Gesundheit Österreich. Wien

7.2.3 Chronische Hämodialyse

Es hatten am Ende des Jahres 2022 insgesamt 701 Patientinnen bzw. Patienten aus der Steiermark eine chronische Hämodialyse als Nierenersatztherapie erhalten (Punktprävalenz). Dies entspricht 554 je 1. Mio. EW und ist der höchste Wert in Österreich. Anders als bei der Peritonealdialyse oder der NTX nahm also deren Zahl in den vergangenen Jahren erheblich zu. Bezogen auf die Einwohnerzahl ist die Punktprävalenz jedoch gegenüber dem Jahr 2014 fast unverändert, die Zunahme also primär auf das Bevölkerungswachstum zurückzuführen.

7.3 Hämodialyse – SOLL 2030

Die in der Hämodialyse angesichts der bestehenden Schichtmodelle an den Einrichtungen und der zugrunde gelegten Normauslastung versorgbare Zahl an Patientinnen und Patienten beträgt 748. Es ist demzufolge nicht unmittelbar vorgesehen, die Zahl der HDia-Plätze oder deren Schichten zu erhöhen. Vor allem muss der Fokus darauf liegen, die Zahl der Transplantationen deutlich zu forcieren und konstant ähnliche Leistungszahlen zu erreichen, wie man sie vor dem Jahr 2020 bereits hatte (konstant über 70). Die Entwicklung der Zahlen zu den einzelnen Maßnahmen ist jedoch stets zu beobachten, sodass im Fall dessen, dass der Bedarf an HDia-Plätzen steigen sollte, kurzfristig durch Kapazitätsaufstockung (entweder über zusätzliche Plätze oder über zusätzliche Schichten) reagiert werden kann.

Es sollen Anstrengungen unternommen werden, um den Versorgungsanteil für die Peritonealdialyse wieder auf frühere Werte anzuheben (zumindest ca. 10 % aller Dialysepatientinnen bzw. -patienten), da sonst der Druck auf die Hämodialyse-Kapazitäten steigen würde.

Es soll zeitnah ein Projekt initiiert werden, das es möglich macht, in der nephrologischen Versorgung in der Steiermark dauerhaft höhere NTX-Zahlen sicherstellen zu können und die Peritonealdialyse als vorübergehende therapeutische Alternative zur Hämodialyse all jenen Patientinnen und Patienten anbieten zu können, die diese wählen wollen und medizinisch und in ihrer Lebensführung die Voraussetzungen dafür erfüllen.

8 Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

8.1 Einleitung

Im Februar 2022 hat der österreichische Nationalrat das Hospiz- und Palliativfondsgesetz (HosPalFG 2022)³² verabschiedet. Auf dieser gesetzlichen Grundlage werden österreichweit der bedarfsgerechte und flächendeckende Aus- und Aufbau sowie die Sicherstellung des laufenden Betriebs der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene sowie für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene durch die Gewährung von Zweckzuschüssen an die Länder unterstützt. Im Rahmen dieses Gesetzes und im Auftrag des BMASGPK erstellte die Gesundheit Österreich GmbH gemäß § 6 HosPalFG im Einvernehmen mit den Bundesländern und den Trägern der Sozialversicherung Qualitätskriterien für die Versorgungsangebote der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung im Erwachsenenbereich und im Bereich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Die Erarbeitung erfolgte durch Projektgruppen, bestehend aus den beiden Interessensvertretungen (HOSPIZ ÖSTERREICH, OPG) sowie weiteren Vertreterinnen und Vertretern aus der Praxis, Arbeitsgruppen, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Länder, der Landesgesundheitsfonds und der Sozialversicherung, das Ergebnis dieses Prozesses wurde schließlich einer Beschlussfassung zugeführt. Die entsprechenden Unterlagen stehen auf der Homepage der Gesundheit Österreich GmbH zum Download³³ bereit.

Die Steiermark verfügt grundsätzlich über gut ausgebaute Versorgungsangebote für Menschen in der letzten Lebensphase. Es besteht - ausgehend von den Palliativstationen - ein flächendeckend ausgebauter Netz an mobilen Palliativteams für die Betreuung zu Hause und an Palliativ-Konsiliardiensten für jene Krankenanstalten ohne entsprechende eigene Strukturen und Expertise. Für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene besteht ebenfalls eine mobile Versorgung. Ein beachtlicher Teil der Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase wird durch ehrenamtlich getragene Hospizteams erbracht, die eng mit den professionellen Strukturen abgestimmt sind.

8.2 Fachliche Überlegungen

Das Konzept der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene sieht vor, in allen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens - eine entsprechende Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorausgesetzt - palliative Grundversorgung vorzuhalten. Die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene erfolgt in verschiedenen Versorgungsangeboten, wie nachstehende Abbildung zeigt.

³² BGBl I 29/2022 in der Fassung vom 01.09.2025

³³ Arbeiten im Rahmen der Umsetzung des Hospiz- und Palliativfondsgesetzes, Qualitätskriterien: https://goeg.at/umsetzung_hospalfg (abgerufen am 21.02.2025)

	Hospiz- und Palliativversorgung			
	Grundversorgung	spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
	Einrichtung/Dienstleister:innen	begleitende/ unterstützende Angebote		betreu- ende Angebote
Akut- bereich	Krankenhäuser	Hospiz- teams	Palliativ konsiliar- dienste	Palliativ- stationen
Langzeit- bereich	stationäre Pflege und Betreuung (Wohn- und Pflegeheime, Betreuungseinrichtungen)		Mobile Palliativ- teams	Stationäre Hospize
Familien- bereich, Zuhause	niedergelassener Bereich (Fach-)Ärztinnen/-Ärzte, Primärversorgungsein- heiten, mobile Betreuungs- und Pflegedienste, Therapeutinnen/Therapeuten etc.		Tages- hospize	
	einfache Situationen (80 bis 90 Prozent der Sterbefälle)	komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen (10 bis 20 Prozent der Sterbefälle)		

Abbildung 2: Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung – Erwachsene. Quelle: GÖG 2025, HOS/PAL-Broschüre 2025, Seite 28

8.2.1 Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene werden im Rahmen der Palliativversorgung als eine eigene Zielgruppe betrachtet, da sich Krankheitsverläufe und ihre Bedürfnislagen in der letzten Lebensphase in vielen Bereichen von jenen der erwachsenen oder alten Menschen unterscheiden. Der Ausbau spezialisierter pädiatrischer Hospiz- und Palliativeinrichtungen ist auch als Ziel in der österreichischen Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie formuliert (BMSGPK 2021).

Das modulare Versorgungsmodell für die spezialisierte pädiatrische Palliativ- und Hospizversorgung von schwerstkranken Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sieht folgende Elemente vor:

Grundversorgung	spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		Entlastung
Einrichtung/Dienstleister:innen	mobile Angebote	stationäre Angebote	mobile, (teil)stationäre Angebote

Grundversorgung	spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung			Entlastung
(Kinder-)Krankenhäuser	Kinder-Hospiz-teams	Mobile Kinder-Palliativ-teams	Pädiatrische Palliativbetten	z. B. Tagesbetreuung
stationäre Pflege und Betreuung (Betreuungseinrichtungen/ Kinder-Pflegeeinrichtungen)			Stationäre Kinder-Hospize	Entlastungspflege
niedergelassene (Fach-)Ärztinnen/ -ärzte, Primärversorgungseinheiten, mobile Betreuungs- und Pflegedienste, Therapeutinnen/ Therapeuten				Kurz-, Langzeitpflege
				Erholung
				Trauerbegleitung

Abbildung 3: Modular abgestufte pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung. Quelle: GÖG 2025, HOS/PAL-Broschüre 2025, Seite 71

8.2.2 Grundversorgung

Eine wesentliche Rahmenbedingung für die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung ist die Stärkung der Hospizkultur in der Grundversorgung. Die Umsetzung des VSD Vorsorgedialogs® (ein Instrument der vorausschauenden Planung) und die Förderung einer hospizfreundlichen Kultur in Pflegeheimen und in der mobilen Pflege und Betreuung zu Hause sind dafür bedeutende Eckpfeiler und werden seit Jahren vom Hospizverein Steiermark forciert.³⁴

8.3 SOLL 2030

Die geplante Weiterentwicklung der Strukturen in der Hospiz- und Palliativversorgung ist in der nachstehenden Tabelle ausgehend von der IST-Struktur 2022³⁵ dargestellt. Ziel der Weiterentwicklung ist es, im Sinne des Planungsgrundsatzes der gleichwertigen Versorgung eine noch bessere Abdeckung der Versorgungsregionen mit Angeboten der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung zu erreichen. Insbesondere der Ausbau stationärer Hospizangebote außerhalb von Graz stellt eine wichtige Maßnahme zur gleichwertigen Versorgung in der Steiermark dar. Die Darstellung der stationären Palliativkapazitäten findet sich korrespondierend in der bundesweit einheitlichen und verbindlichen Darstellung in den Planungsmatrizen auf Standortebene. Die Kapazitäten der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung sind zum Zwecke einer gesamthaften Darstellung nachstehend abgebildet:

³⁴ Hospiz und Palliativ Care in der Grundversorgung: <https://hospiz-stmk.at/hpc/> (abgerufen am 21.02.2025)

³⁵ Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark. Jahresbericht 2022: https://www.palliativbetreuung.at/fileadmin/media/palliativbetreuung/Berichte/PAL_Jahresbericht_2022.pdf (abgerufen am 21.02.2025)

	stationäre Palli- ativ-Betten	stationäre Hos- piz-Betten	Tageshospiz- plätze	Palliativ-Konsi- liardienste	mobile Palliativteams	
					Erwachsene	KJ
VR 61 – Graz						
IST 2022	20	14+2****	6	✓	✓	✓
SOLL - RSG 2030	24+4*	18+2****	6	✓	✓	✓
VR 62 – Liezen						
IST 2022	4	0	0	✓	✓	✓
SOLL - RSG 2030	4	4	0	✓	✓	✓
VR 63 – Östliche Obersteiermark						
IST 2022	8	0	0	✓	✓	✓
SOLL - RSG 2030	8+2**	8+2***	0	✓	✓	✓
VR 64 – Oststeiermark						
IST 2022	8	0	0	✓	✓	✓
SOLL - RSG 2030	10	12	0	✓	✓	✓
VR 65 – West-/Südsteiermark						
IST 2022	0	0	0	✓	✓	✓
SOLL - RSG 2030	8	8	6	✓	✓	✓
VR 66 – Westliche Obersteiermark						
IST 2022	8	0	0	✓	✓	✓
SOLL - RSG 2030	8	0	0	✓	✓	✓
Steiermark, gesamt						
IST 2022	48	14+2****	6	✓	✓	✓
SOLL - RSG 2030	62 für E + 6 für KJ	50 für E + 2 für KJ + 2 für soziale Randgruppen	12	✓	✓	✓

Tabelle 3: Versorgungsstrukturen der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene (E) sowie für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (KJ)

*zusätzlich 4 Betten für die stationäre Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

** zusätzlich 2 Betten für die stationäre Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

*** zusätzlich 2 Betten für die stationäre Hospizversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

**** zusätzlich 2 Betten für die stationäre Hospizversorgung von sozialen Randgruppen

9 Ambulante psychosoziale und sozialpsychiatrische Versorgung und Suchthilfe

9.1 Einleitung

Für die ambulante psychosoziale und sozialpsychiatrische Versorgung sowie die Suchthilfe wurden im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark Versorgungskonzepte bis zum Jahr 2030 entwickelt. Diese beinhalten sowohl Empfehlungen auf Ebene des Gesundheitssystems zur Weiterentwicklung dieser beiden Versorgungsbereiche als auch Planungsvorschläge zu den benötigten personellen Kapazitäten auf Ebene der Versorgungsregionen und verstehen sich somit als integraler Bestandteil der Planungsarbeiten und Planungsempfehlungen zum Regionalen Strukturplan Gesundheit Steiermark 2030. (GFSTMK 2024, 2023)

Der Grundsatz „digital vor ambulant vor stationär“ ist ein zentrales Prinzip der Gesundheitsversorgung und wird in facheinschlägigen medizinischen Leitlinien empfohlen. Er gilt selbstverständlich in gleicher Weise für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. (DGPPN 2019)³⁶ Aus Sicht der Patientinnen und Patienten bedeutet dies, dass der Aufenthalt in einer stationären Einrichtung in der Regel nur dann erforderlich sein sollte, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen oder eine akute Krisensituation vorliegt, die ein stationäres Setting erforderlich macht. Für Patientinnen und Patienten bedeutet die Möglichkeit, im gewohnten Umfeld zu bleiben, eine stärkere soziale Integration und ein höheres Maß an Selbstbestimmung. Ambulante Behandlungen bieten zudem eine größere Flexibilität und ermöglichen eine kontinuierliche Betreuung durch vertraute Fachkräfte, was zu einer nachhaltigeren Stabilisierung und einer verbesserten Lebensqualität beitragen kann. Ein niederschwelliges Angebot für Menschen, die sich in einer psychiatrischen Krise befinden, bildet die Basis psychosozialer Versorgung.

Aus Sicht der Versorgungsforschung stellt der Ansatz „ambulant vor stationär“ bzw. die Erweiterung auf „digital vor ambulant und stationär“ eine ressourcenorientierte und präventive Strategie dar. Zudem kann damit spezifischer auf individuelle Bedarfe eingegangen werden. Durch gezielte Förderung interdisziplinärer, multiprofessioneller und ambulanter Versorgungsangebote kann sowohl eine akute als auch eine langfristige psychiatrische Behandlung und psychosoziale Betreuung sichergestellt werden. Zudem kann dadurch potenziell eine stationäre Aufnahme vermieden oder deren Dauer verkürzt werden. Digitale Angebote wie etwa Online-Beratungen sind als ergänzende Maßnahmen, vor allem für in ihrer Mobilität eingeschränkte Personen sowie zur flächendeckenden Versorgung auch in entlegenen Regionen zu verstehen. Insbesondere für spezifische Zielgruppen mit Erkrankungen, die nach wie vor stigmatisiert sein können, bieten sie eine niederschwellige Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem Versorgungssystem.

Voraussetzung für eine wirksame Versorgung durch ambulante Angebote ist neben deren Bekanntheit vor allem ein einfacher Zugang zu Behandlung und Beratung – vergleichbar mit dem Zugang zu einer allgemeinmedizinischen primärversorgenden Einrichtung, wie er in der Steiermark bereits seit Beginn

³⁶ Die Leitlinie befindet sich in Überarbeitung

des Jahres 2025 flächendeckend in den psychosozialen Beratungsstellen implementiert ist. Die Betreuung und Behandlung erfolgt durch das Team vor Ort mit dem Ziel, dass eine Weiterverweisung an andere sozialpsychiatrische oder psychosoziale Angebote nur dann erfolgt, wenn eine Versorgung in der ambulanten Einheit aus fachlicher Sicht nicht möglich ist.

9.2 Fachliche Überlegungen

Bei der Planung der stationären Strukturen für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in der Steiermark wird von einer guten Versorgungswirksamkeit der ambulanten psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgungsangebote und der Angebote der ambulanten Suchthilfe ausgegangen, die als Teil der Primärversorgung weiterentwickelt werden sollen. Gleichzeitig wird an den Schnittstellen zwischen stationären und ambulanten Versorgungsbereichen vorausgesetzt, dass gut abgestimmte Prozesse eine nahtlose und effiziente Versorgung gewährleisten können. Die bestehenden Versorgungskonzepte und Kapazitätspläne für die psychosoziale Versorgung und die Suchthilfe in der Steiermark dienen dem grundsätzlichen Aufbau der Struktur in der initialen Phase. In weiterer Folge und auf der Basis der bislang vorliegenden Erfahrungswerte müssen diese nun in der Folge verfeinert und nachgebessert werden, um die Angebote in organisatorischer Hinsicht zielgerichteter, besser am Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet und letztlich effizienter werden zu lassen. Es wird notwendig sein, dass diese Angebote sich als essenzieller Teil akuter und chronischer Versorgungsprozesse verstehen und dementsprechend agieren. Die Möglichkeit zur Verlagerung der Versorgung hin zu einem starken ambulanten Setting ist davon abhängig. Diese Versorgungspfade sollen auf organisationaler Ebene sowie in der direkten Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten bzw. von und Klientinnen und Klienten ein strukturiertes Nahtstellenmanagement ermöglichen und so die Versorgungswirksamkeit aller Versorgungseinheiten intra- und extramural bis zum Jahr 2030 erhöhen.

Eine konsistente, trägerübergreifende und einheitliche Datengrundlage zur Abbildung von Veränderungen in der Inanspruchnahme sowie der Versorgungswirksamkeit ambulanter psychosozialer Einrichtungen und von Einrichtungen der Suchthilfe ist eine wesentliche Voraussetzung für die weitere Planung und Steuerung dieser Versorgungsbereiche. Derzeit stehen jedoch nur punktuelle Daten zur Verfügung. Aus diesem Grund wurde im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark „GFPSdata“ als Dokumentationssystem für die Erfassung der Daten der Versorgung von Klientinnen und Klienten in den Strukturen ambulanter psychosozialer Einrichtungen und in den Einrichtungen der Suchthilfe entwickelt.

9.3 Geplante Versorgungsstruktur und Angebotslandschaft - SOLL 2030

Eine zentrale Aufgabe der psychosozialen Beratungsstellen und sozialpsychiatrischen Ambulatorien wird darin bestehen, sich in die Primärversorgung der Steiermark so einzubinden, dass durchgängige Versorgungsprozesse sichergestellt werden können. Dabei ist eine enge Abstimmung mit somatisch ausgerichteten Einrichtungen anzustreben und es sollen aktive Kooperationen gezielt aufgebaut werden. Die sozialpsychiatrischen Ambulatorien sind daher als Bestandteil der primärversorgenden Strukturen in der Steiermark weiterzuentwickeln, sodass sie dann einen akutversorgenden Auftrag übernehmen können. Die kontinuierliche und strukturierte Zusammenarbeit mit den stationären Einrichtungen ist zu

vertiefen und auszubauen, damit für Patientinnen und Patienten abgestimmte Versorgungsprozesse ermöglicht werden.

Folgende Kernbestandteile der Versorgungs- und Angebotsstruktur sollen mit der Perspektive auf das Jahr 2030 vorgehalten werden:

- psychiatrisches Krisentelefon sowie sukzessiver Aufbau eines steiermarkweiten persönlichen psychiatrischen Krisendienstes
- flächendeckend psychosoziale Beratungsstellen und sozialpsychiatrische Ambulatorien für Erwachsene in allen Versorgungsregionen mit niederschwelligem Zugang und primärversorgendem Charakter
- flächendeckend ambulante und mobile alterspsychiatrische Angebote in allen steirischen Versorgungsregionen
- flächendeckend psychosoziale Beratungsstellen für Kinder- und Jugendliche und sozialpsychiatrische Ambulatorien für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin in dieser Altersgruppe in allen Versorgungsregionen mit niederschwelligem Zugang und primärversorgendem Charakter
- Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) im Rahmen der allgemeinmedizinischen Primärversorgung und der sozialpsychiatrischen Ambulatorien in allen steirischen Versorgungsregionen
- ambulante Suchthilfeeinrichtungen nach § 15 SMG in allen steirischen Versorgungsregionen für gesundheitsbezogene Angebote für Menschen mit behördlichen Weisungen
- ambulante und tagesklinische psychiatrische und suchtmmedizinische Angebote an den Krankenanstalten in der VR 61, der VR 63 und der VR 64:
 - o LKH Graz II, Standort Süd: Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Suchtmmedizin
 - o LKH-Univ. Klinikum Graz: Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin
 - o Krankenhaus der Elisabethinen: Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin mit einem Schwerpunkt auf alterspsychiatrische Versorgung
 - o LKH Hochsteiermark: Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Suchtmmedizin
 - o LKH Oststeiermark, Standort Hartberg: Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin
- akutstationäre Angebote in der VR 61 und der VR 63
 - o LKH Graz II, Standort Süd: Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Suchtmmedizin
 - o LKH-Univ. Klinikum Graz: Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin
 - o Krankenhaus der Elisabethinen: Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin mit einem Schwerpunkt auf alterspsychiatrische Versorgung
 - o LKH Hochsteiermark: Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Suchtmmedizin

- niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutischer Medizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutischer Medizin.

Darüber hinaus soll es tagesstrukturierende Angebote, betreutes Wohnen, mobile Betreuung, berufliche Integration und ehrenamtliche Sozialbegleitung für psychisch kranke Menschen und Menschen mit Suchterkrankungen geben, die jedoch nicht genuiner Inhalt dieses RSG-St 2030 sind.

Entscheidend für das Funktionieren der einzelnen Versorgungsstrukturen und -angebote ist, dass diese im Sinne patientenorientierter Prozesse gut aufeinander abgestimmt sind. Dadurch wird eine kontinuierliche Betreuung ermöglicht, Betreuungslücken werden vermieden und eine hohe Versorgungswirksamkeit kann erzielt werden. Grundsätzlich sind die Versorgungsstrukturen und -angebote in der psychosozialen Versorgung und in der Suchthilfe für alle Zielgruppen offen. Es kann fachlich indiziert sein, für spezifische Zielgruppen auch spezifische Angebote vorzuhalten, wie z.B. für Menschen mit Essstörungen. Vorhandene Angebote dazu sind in ihrer Versorgungswirksamkeit zu evaluieren und bei Bedarf um fehlende Angebote zu ergänzen. Ein entsprechendes Konzept dazu liegt bereits vor.

Ergänzende Angebote an den Nahtstellen, wie beispielsweise „integriertes Hometreatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutischen Medizin“ werden im Rahmen von Pilotprojekten erprobt und evaluiert und je nach dem Ergebnis stufenweise aufgebaut.

Folgende Tabelle stellt die Strukturen in der psychosozialen Versorgung durch die psychosozialen Dienste in der Steiermark bis zum Jahr 2030 dar.

	Erwachsene		Kinder und Jugendliche
VR	Psychosoziale Beratungsstelle mit sozialpsychiatrischem Ambulatorium - Standorte	Psychosoziale Beratungsstelle - Standorte	Psychosoziale Beratungsstelle mit sozialpsychiatrischem Ambulatorium - Standorte
VR 61	G, Neutorgasse G, Plüddemangasse G, Eggenberger Allee G, Granatengasse GU-Nord, Frohnleiten GU-Süd, Hausmannstätten		G/GU, Asperngasse
VR 61 SUMME	6	-	1
VR 62	Liezen	Gröbming	Liezen
VR 62 SUMME	1	1	1
VR 63	Leoben Kapfenberg	Mürzzuschlag	Kapfenberg
VR 63 SUMME	2	1	1
VR 64	Hartberg Weiz Feldbach	Fürstenfeld	Weiz Hartberg Feldbach
VR 64 SUMME	3	1	3
VR 65	Leibnitz Deutschlandsberg Voitsberg		Deutschlandsberg Leibnitz Voitsberg
VR 65 SUMME	3	-	3

	Erwachsene		Kinder und Jugendliche
VR	Psychosoziale Beratungsstelle mit sozialpsychiatrischem Ambulatorium - Standorte	Psychosoziale Beratungsstelle - Standorte	Psychosoziale Beratungsstelle mit sozialpsychiatrischem Ambulatorium - Standorte
VR 66	Judenburg	Murau	Judenburg
VR 66 SUMME	1	1	1
Steiermark, gesamt	16	4	10

Tabelle 4: Sozialpsychiatrische Ambulatorien und Beratungsstellen der psychosozialen Dienste Steiermark nach VR zum Planungshorizont 2030

Die sozialpsychiatrischen Ambulatorien sind in fachärztlicher Hinsicht insbesondere auch für Menschen mit Suchterkrankungen eine Anlaufstelle in medizinischen Angelegenheiten. Ebenso in medizinischer Hinsicht ist für Menschen mit Suchterkrankungen das Angebot der Opioidagonistentherapie (OAT) von Relevanz. Weiters sind die Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe nach § 15 des Suchtmittelgesetzes (SMG)³⁷ zu nennen, die in allen sterischen Versorgungsregionen vorgehalten werden.

Ein Überblick über die spezifischen Angebote der ambulanten Suchthilfe findet sich auf der Website des Gesundheitsfonds Steiermark.³⁸

³⁷ Einrichtungen nach § 15 SMG müssen einen mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertraute Ärztin/vertrauten Arzt verfügen und ihr Betreuungsangebot durch entsprechend qualifiziertes und mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertrautes Personal sicherstellen

³⁸ Suchthilfeeinrichtungen in der Steiermark: <https://gesundheitsfonds-steiermark.at/suchthilfeeinrichtungen/> (abgerufen am 12.08.2025)

10 Hebammengeleitete peripartale Betreuung

10.1 Einleitung

Modelle der hebammengeleiteten kontinuierlichen perinatalen Betreuung (*Midwife Continuity of Care, MCoC*) zeichnen sich dadurch aus, dass Frauen während der Schwangerschaft, Geburt, im Wochenbett und in der frühen Elternzeit von ein und derselben (vertrauten) Hebamme oder einem kleinen Hebammenteam betreut werden. Falls erforderlich, erfolgt die Betreuung in Zusammenarbeit mit geburtshilflichen und spezialisierten Fachkräften (Sandall et al. 2024). Solche Modelle werden in verschiedenen Ländern umgesetzt und sind häufig auch ähnlich den Versorgungskonzepten in privaten Sanatorien in Österreich. Insbesondere Australien, Vereinigtes Königreich und Schweden berichten in der internationalen Literatur über erfolgreiche Begleitung durch kleine Hebammenteams (zwischen zwei und vier Personen), die die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett abdecken (Bradford et al. 2022). Die internationale Evidenz untermauert die Wirksamkeit solcher Modelle. Der aktuelle Cochrane Review (Sandall et al. 2024) zeigt, dass MCoC im Vergleich zu herkömmlichen Versorgungsmodellen mit signifikanten Verbesserungen zentraler geburtshilflicher Outcomes verbunden ist. Dazu zählen eine höhere Wahrscheinlichkeit einer spontanen vaginalen Geburt, eine reduzierte Kaiserschnitttrate, weniger instrumentelle vaginale Geburten sowie ein geringerer Anteil an Episiotomien. Darüber hinaus berichten Frauen, die ein MCoC-Modell in Anspruch nehmen, durchgehend positivere Erfahrungen hinsichtlich Selbstbestimmung, Vertrauen, Unterstützung und emotionaler Sicherheit. Besonders für Frauen mit geringem medizinischem Risiko trägt dieses Modell nachweislich zu höherer Zufriedenheit während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei (Della Forster et al. 2016).

10.2 Ansätze für die Steiermark

Zur Umsetzung der MCoC-Ziele wird empfohlen, Frauen über den gesamten Betreuungsverlauf hinweg von einer primären Hebamme, unterstützt durch ein kleines Team, begleiten zu lassen. Die Zielsetzungen beinhalten unter anderem die kontinuierliche, frauenzentrierte Betreuung, die Förderung der Physiologie der Geburt sowie die Anpassung an veränderte demografische und gesundheitliche Herausforderungen (Sandall et al. 2024; WHO 2024). Als Richtwert gilt dabei eine Fallzahl von etwa 40 Frauen pro Hebamme in Vollzeit und pro Jahr, um eine verlässliche Beziehungskontinuität zu ermöglichen (Krahl 2024). In England ist dieses Modell bereits verankert: Frauen wird eine benannte Hebamme zugewiesen, die von der frühen Schwangerschaft (meist ab dem Erstgespräch) bis zur Geburt und bis zu sechs Wochen postpartal für die Betreuung zuständig ist. Ergänzend steht ein Vertretungsteam zur Verfügung, mit dem die Frau während der Schwangerschaft bereits mehrfach in Kontakt tritt – etwa für den Fall, dass die primäre Hebamme verhindert ist, oder zur Ergänzung bei spezifischen Fragestellungen oder zusätzlichen Angeboten (Milton et al. 2025; NSW Ministry of Health 2023).

Neben einer qualitätsvollen Betreuung soll damit auch wieder mehr Zufriedenheit in ihrer Arbeit für die Hebammen selbst erreicht werden, indem sie den gesamten geburtshilflichen Prozess überblicken und unterschiedliche Tätigkeiten darin wahrnehmen können. Damit soll auch erreicht werden, dass sich wieder mehr Hebammen finden, die im öffentlichen Versorgungssystem wirksam tätig sein wollen.

Auch in der Steiermark werden Ansätze zur Förderung kontinuierlicher und multiprofessioneller Betreuung verfolgt. Ausgehend vom Ziel, Frauen vor, während und nach der Geburt ganzheitlich zu begleiten und ihre Gesundheitskompetenz zu stärken, wurde im Juni 2024 das Projekt „#Geburt – gut informiert & begleitet“ an der FH JOANNEUM in Graz ins Leben gerufen. Ein zentrales Anliegen dieses Projekts ist es, die interprofessionelle Zusammenarbeit rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auch über das Projektende hinaus nachhaltig zu stärken.³⁹

10.3 SOLL 2030

Als strukturelle Umsetzung sollen in den Regionen Schladming und Hartberg Hebammenstützpunkte als ergänzende Strukturen zu den regional vorhandenen geburtshilflichen Abteilungen aufgebaut werden. Pilothaft soll in diesen Regionen ein *Modell der hebammengeleiteten kontinuierlichen Betreuung* etabliert werden. Kernstück dieses Modells soll ein *rotierendes Einsatzsystem* sein, das es Hebammen ermöglicht, flexibel zwischen ambulanter Versorgung, Kreißsaal und Wochenbett (inkl. Hausbesuche) zu wechseln. Die organisatorische Verortung, Finanzierungsmodalitäten, personelle Ausgestaltungen usw. sollen in einem Konzeptionsprojekt zeitnah zum RSG-St 2030 ausgearbeitet und vereinbart werden.

Mit diesem Schritt soll auch versucht werden, dem ständigen Rückgang an Geburten in öffentlichen Krankenanstalten entgegenzuwirken und die vergleichsweise hohe Kaiserschnitttrate in der Steiermark zu senken.

In einer mehrjährigen Beobachtungsphase sollen die gewonnenen Erkenntnisse wissenschaftlich aufbereitet werden und dazu dienen, über eine flächendeckende Ausrollung bzw. notwendige Anpassungen zu entscheiden.

Auch in Voitsberg steht mit dem dortigen Hebammenzentrum ein Versorgungsangebot zur Verfügung, das Frauen in der Schwangerschaft, bei der Geburt (z.B. CTG-Kontrollen bei Wehenbeginn, vaginale Untersuchungen bei Wehenbeginn um gegebenenfalls unnötige Fahrten ins Krankenhaus zu vermeiden), im Wochenbett (Hausbesuche) und danach begleitet.⁴⁰ Mittelfristig und unter Einbeziehung der bis dahin gewonnenen Erkenntnisse soll auch hier in der Folge eine Weiterentwicklung im Sinne einer hebammenbegleiteten kontinuierlichen Betreuung umgesetzt werden.

³⁹ Fachhochschule Joanneum: Selbstbestimmte Schwangerschaft und Geburt. <https://www.fh-joanneum.at/presse/selbstbestimmte-schwangerschaft-und-geburt/>, (abgerufen am 02.06.2025)

⁴⁰ Hebammenzentrum Voitsberg: <https://www.hebammenzentrum-voitsberg.at/index.php?id=6> (abgerufen am 13.08.2025)

11 Geriatrische und remobilisierende Versorgung

Die Versorgung des alten Menschen nimmt einen bedeutenden Teil der Aufgaben im steirischen Gesundheitswesen ein. In den vergangenen Jahren wurden dafür die Strukturen geschaffen, indem neben dem Ausbau der stationären Kapazitäten in Form von Departments für Akutgeriatrie und Remobilisation auch unterschiedliche Modelle ambulanter geriatrischer Versorgung etabliert und kontinuierlich erweitert wurden. Neben dem geriatrischen Konsiliardienst in Alten- und Pflegeheimen wurde in den letzten Jahren ein die akutstationären Strukturen entlastendes Versorgungsprojekt „mobiREM“ aufgebaut, das geriatrisches „Hometreatment“ in einem multiprofessionellen Setting erprobt.

Während in der jüngeren Vergangenheit die Aufmerksamkeit dem Aufbau dieser Versorgungsangebote gewidmet wurde, soll mit diesem RSG-St 2030 das Augenmerk vor allem auf eine verstärkte Ausdifferenzierung der Versorgungsmodelle und auf die Abstimmung derselben aufeinander im Sinne durchgängiger Versorgungsprozesse gerichtet werden.

Mit diesem RSG-St 2030 sollen vor allem mehr ambBP für Akutgeriatrie und Remobilisation geschaffen werden, um die ambulante Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten zu forcieren. Sie dient neben der unmittelbaren Versorgung von Patientinnen und Patienten auch dem Aufbau vertiefter geriatrischer Kompetenz in den Akutkrankenanstalten. Diese geriatrische Kompetenz sollte jedoch nicht nur in den Departments für Akutgeriatrie und Remobilisation gebündelt sein, sondern über einen engen intrainstitutionellen Austausch allen Abteilungen eines Krankenhauses zugutekommen, in denen geriatrische Patientinnen und Patienten versorgt werden.

Des Weiteren sollen insgesamt 81 Betten für Remobilisation und Nachsorge geschaffen werden, die in Form von Departments von Abteilungen für Orthopädie und Traumatologie und der Physikalischen Medizin und Rehabilitation zugeordnet sind und somit ausschließlich sekundär übernehmende und remobilisierende Aufgaben ausführen. Sie sind altersoffen und dienen der Entlastung der Akutstationen.

11.1 Funktioneller Unterschied zwischen Akutgeriatrie und Remobilisation und Remobilisation und Nachsorge

Grundsätzlich ergeben sich die Versorgungsaufträge für Einheiten der Akutgeriatrie und Remobilisation und Remobilisation und Nachsorge aus den Festlegungen des ÖSG 2023.⁴¹ Die Akutgeriatrie und Remobilisation richtet sich an akut kranke geriatrische Menschen mit Multimorbidität und typisch geriatrischen Syndromen (Frailty-Syndrom), die noch ein Rehabilitationspotenzial aufweisen. Sie verschränkt akutmedizinisch-geriatrische Elemente und solche der Remobilisation und ist somit einerseits primäraufnehmend und andererseits auch sekundär übernehmend tätig. Es gibt keine formale Altersgrenze für die Aufnahme in eine Organisationseinheit für Akutgeriatrie und Remobilisation, Bedingung ist jedoch ein geriatrischer Versorgungsbedarf. Durch die demografische Entwicklung und den zunehmenden Anteil gesunder alter Menschen ist die natürliche Altersgrenze für geriatrische Patientinnen und Patienten im Steigen begriffen.

⁴¹ vgl.: ÖSG 2023, Seite 182 ff.

Die Remobilisation und Nachsorge ist im Gegensatz dazu nicht auf geriatrischen Versorgungsbedarf begrenzt, ausschließlich sekundär übernehmend und dient der Frühremobilisation in erster Linie – jedoch nicht ausschließlich - nach orthopädischen und traumatologischen Akutaufenthalten. Mit diesem RSG-St 2030 sollen die orthopädischen Organisationseinheiten der Abteilungen für Orthopädie und Traumatologie in Deutschlandsberg und auf der Stolzalpe erstmals Departments für Remobilisation und Nachsorge als ergänzende Strukturen beigelegt bekommen, um eine bessere Versorgungskontinuität gewährleisten und vor allem auf der reaktivierenden therapeutischen und pflegerischen Ebene zielgerichteter versorgen zu können.

Gemein ist beiden Strukturen, dass sie tagsatzfinanziert sind, wobei die AG/R einer Degression der Punktwerte nach 28 Belagstagen unterliegt. Der Aufenthalt auf einer RNS ist mit 28 Tagen begrenzt. Danach muss eine Entlassung oder Verlegung in eine andere geeignete Versorgungsstruktur erfolgen.

Zu beachten sind in diesem Kontext auch die unterschiedliche Personalausstattung von und infrastrukturelle Anforderung an Akutgeriatrie und Remobilisation und Nachsorge und damit einhergehend die therapeutisch/pflegerischen Inhalte und das jeweilige therapeutische Ziel.

11.2 Versorgungsprozesse für den alten Menschen

Die Betreuung sowie die pflegerische und medizinische Versorgung älterer Menschen sind häufig durch Brüche an den Versorgungsübergängen gekennzeichnet. Diese Diskontinuitäten führen nicht selten zu Unsicherheiten und können erhebliche gesundheitliche Nachteile mit sich bringen. Besonders deutlich treten solche Probleme auf, wenn nach einem akuten Krankheitsereignis die Entlassung aus dem Krankenhaus entweder eine Vorbereitung für die Rückkehr in die häusliche Umgebung oder die Übernahme in eine stationäre Betreuungseinrichtung erfordert. Aus Sicht der akutstationären Versorgung ist der Entlassungsprozess häufig komplex und zeitintensiv – und führt nicht immer zu einem aus Sicht der Betroffenen optimalen Ergebnis. Dies bindet intramurale Kapazitäten.

Um Zuweisungen ins Krankenhaus zu vermeiden, ist eine qualitätsvolle Betreuung im Wohnumfeld notwendig, die passgenau auf die individuellen Bedarfe der betroffenen Personen abgestimmt ist. Diese Bedarfe sind oft vielfältig und betreffen nicht vorrangig das Gesundheitssystem, sondern vielmehr die alltägliche Betreuung und Unterstützung älterer Menschen.

Diese Überlegungen verdeutlichen, dass Bedarf und Erfolg in der Gesundheits- und Krankenversorgung älterer Menschen – insbesondere vor oder nach einer akuten Krankheitsperiode - häufig maßgeblich von Rahmenbedingungen außerhalb des Gesundheitssystems abhängen – etwa von der Wohnsituation, der Betreuungssituation, der pflegerischen Versorgung, den sozialen Netzwerken oder der Mobilität. Auf viele dieser Faktoren hat das Gesundheitssystem im engeren Sinne, wie es im RSG-St 2030 gestaltet werden kann, nur begrenzten Einfluss.

Mit Angeboten wie den „Pflegedrehscheiben“ des Landes Steiermark und dem „Community Nursing“ in einzelnen Gemeinden wird bereits auf diese Herausforderungen reagiert. In der Umsetzung fehlt jedoch bislang ein umfassender Ansatz, der auch weitere gesellschaftliche Bereiche einbezieht, die zu einem selbstbestimmten Altern beitragen. Ein Strategiekonzept zur Gestaltung der Rahmenbedingungen für ein selbstbestimmtes Altern in der Steiermark liegt dem Gesundheitsfonds Steiermark vor.

Es wird daher angeregt, dass sich das Land Steiermark des Themas im Rahmen eines ganzheitlichen, alle relevanten Lebensbereiche umfassenden Modellprojekts annimmt, um flächendeckend ein altersgerechtes Lebensumfeld zu schaffen.

12 Medizinisch-technische Großgeräte

Da diese Thematik nicht Planungsaufgabe eines RSG ist, wird diesbezüglich auf die Festlegungen im bundesweiten Großgeräteplan des ÖSG 2023 verwiesen.⁴²

⁴² Dies ist zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Fachexpertise zum RSG-St 2030 der Großgeräteplan des ÖSG 2023 vom 25.04.2025.

13 Rehabilitation

In Bezug auf die Planungsgrundlagen für den Versorgungsbereich der Rehabilitation wird auf den jeweils gültigen bundesweiten Rehabilitationsplan verwiesen.⁴³

⁴³ Siehe dazu Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs-GmbH im Auftrag des Dachverbands der Sozialversicherungsträger: Rehabilitationsplan 2020. Wien, Dezember 2020. Eine Aktualisierung desselben wird mit dem 4. Quartal 2025 erwartet.

14 Spezifische Versorgungsthemen

14.1 Modelle aufsuchender Versorgung

Die Versorgungsprozesse von Menschen überschreiten Sektorengrenzen und tendieren dazu, verstärkt im wohnortnahen Setting erbracht zu werden. Neben ambulanten Angeboten werden zunehmend auch aufsuchende Modelle forciert. Vor allem bei Menschen mit eingeschränkter Mobilität kommen solche Modelle auch in der Krankenversorgung verstärkt zum Einsatz, wie es in der Alten- und Langzeitpflege bereits seit Jahren etabliert ist und immer noch weiter ausgebaut wird.

In der Steiermark werden in Pilotprojekten mehrere solcher Modelle in verschiedenen Krankheitsphasen und für unterschiedliche Zielgruppen derzeit erprobt. Beispielfhaft zu nennen sind das Hometreatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutischen Medizin, ausgehend von der Klinischen Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am LKH-Univ. Klinikum Graz oder das Modell „mobiREM“, das bereits schrittweise in die flächendeckende Versorgung übergeführt wird und geriatrische Versorgungsleistungen von fachspezifischen intramuralen Organisationseinheiten ausgehend in das jeweilige Wohnsetting transferiert. Mobile Krisendienste in der ambulanten psychosozialen Versorgung weisen im Grunde genommen ebenso Elemente aufsuchender Versorgung auf.

Es sollen anhand der bestehenden Projekte Erfahrungen gesammelt werden, um zukünftig möglichst zielgerichtet überall dort aufsuchende Versorgungselemente einzuführen, wo sie qualitative und ressourcenbezogene Vorteile erwarten lassen. Auch ist individuell zu klären, mit welchen Ressourcen, ob extra- oder intramural solche Angebote entstehen sollen.

14.2 Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schmerzsymptomatik ist ein wesentliches Element von Gesundheitsversorgung. Neben frühzeitiger Hilfe ist eine zielgerichtete Therapie sehr bedeutend. Die Herausforderung ist es, unter den vielen möglichen Schmerzursachen die jeweils richtige zu identifizieren und mit geeigneten, möglichst geringfügigen Methoden zu lösen. Dies erfordert eine breite fachliche Expertise, ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Setting und kontinuierliche Betreuungsmodelle.

Die Steiermark hat in der Vergangenheit in der allgemeinmedizinischen Versorgungsstruktur angesiedelte Modelle erprobt, die jedoch noch nicht reif sind für eine flächendeckende Ausrollung und Überführung in die Regelversorgung. Dennoch wird das Thema weiterhin Beachtung erfahren und es werden Anstrengungen unternommen werden, eine qualitätsvolle, effiziente und flächendeckend gleichmäßige Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten zu gewährleisten, um die Chronifizierung von Schmerzen in der Bevölkerung zurückzudrängen.

14.3 Digitalisierung im Gesundheitswesen

Die eHealth-Strategie Österreich wurde von Bund, Ländern und Sozialversicherung 2024 beschlossen und präsentiert.⁴⁴ Ziel dieser Strategie ist es, die Gesundheitsversorgung durch digitale Technologien weiterzuentwickeln. Acht strategische Ziele sollen bis 2030 umgesetzt werden. Im Fokus stehen der digitale Zugang zum Gesundheitssystem, die Erweiterung der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA), der Ausbau telemedizinischer Angebote, ein Pilotprojekt für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGa) sowie die Stärkung der Gesundheitsberatung 1450 als zentrale Erstanlaufstelle. Die Länder sind dazu angehalten, ihre Versorgungsstrukturen technisch und organisatorisch anzupassen und die Strategie in ihre Regionalplanungen zu integrieren. Für die Telemedizin sind regionale Versorgungsschwerpunkte zu entwickeln. Die Basis für diese Anforderungen bildet die öffentliche Gesundheitstelematikinfrastruktur (öGTI). Sie ist das digitale Rückgrat des Gesundheitssystems und umfasst zentrale Anwendungen wie die ELGA (elektronische Gesundheitsakte), e-Impfpass, e-Medikation sowie künftig die Anbindung von Gesundheitsapps und Telemedizin-Plattformen. Voraussetzung ist, dass Gesundheitsdiensteanbieterinnen und -anbieter entsprechend der gesetzlichen Vorgaben standardisierte Daten und Informationen der Patientinnen und Patienten in die Systeme einpflegen. Damit werden die Voraussetzungen für die internationale Anbindung an den *European Health Data Space (EHDS)* für den grenzüberschreitenden Datenaustausch geschaffen.

In der Steiermark wurden bislang mehrere Programme pilotiert, *HerzMobil* (Telemonitoring bei Herzinsuffizienz), *Teledermatologie* (digitale Hautdiagnostik), *Telewundmanagement* (chronische/akute Wunden) und *OnkoMobil* (onkologische Nachsorge). Des Weiteren laufen derzeit sechs Förderprojekte, diese Programme werden derzeit evaluiert und auf ihre Wirksamkeit und ihre breite Einsatzfähigkeit hin untersucht.

Zudem steht in der Steiermark die Anbindung dieser Versorgungsprogramme an die öGTI im Vordergrund. Ziel dabei ist es, dass mit der Etablierung eines regionalen Gesundheitsportals auch personenbezogenen Daten durch eine einmalige Anmeldung abgerufen werden können.

⁴⁴ BMSGPK (2024): eHealth-Strategie Österreich. v1.0 im Juni 2024. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Anhang - Tabellen

