

Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030

Ergebnisbericht

Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Ines Czasný
Joachim Hagleitner
Anton Hlava
Sophie Sagerschnig
Heidi Stürzlinger
Manfred Willinger

Projektassistenz:

Menekse Yilmaz

Wien, im Juni 2012

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit
und des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung
in Kooperation mit der Österreichischen Ärztekammer

Zl. II/4623

Generell wird in diesem Bericht gegendert. Gelegentliche Abweichungen von diesem Prinzip geschehen, um die Lesbarkeit des Textes zu unterstützen. Geschlechtergerechtes Formulieren kann und soll nicht durch das generische Maskulinum ersetzt werden. Für die wenigen Ausnahmen von der Regel ist festzuhalten, dass männliche Bezeichnungen beide Geschlechter umfassen.

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier
ohne optische Aufheller hergestellt.

Vorwort BMG



© Elisabeth Grebe

Die Frage des Angebots an Ärztinnen und Ärzten ist schwierig zu beantworten, in Hinblick auf den Bedarf wird die Situation noch komplexer. Die Gesundheit Österreich GmbH hat sich im Auftrag der beteiligten Ministerien der Materie angenommen und den Bedarf sowie das Angebot an Ärztinnen und Ärzten für die Jahre bis 2030 vorausgeschätzt. Unter Mithilfe der Österreichischen Ärztekammer, der ich hiermit meinen Dank ausspreche, wurde der Blick auf die gesamte Versorgungssituation gerichtet.

International gesehen liegt Österreich derzeit im Spitzenfeld der Gesamtzahl an Ärztinnen und Ärzten pro Einwohner/in. In der Krankenversorgung spielen diese Ärztinnen und Ärzte eine zentrale Rolle, werden doch täglich Leistungen von hervorragender Qualität erbracht. Dennoch bedarf es Verbesserungen, damit diese Qualität auch bei den Patientinnen und Patienten ankommt. Die Medizin entwickelt sich rasant weiter, wird moderner und technischer. Daher halte ich es für notwendig, die Ausbildung aller Gesundheitsberufe anzupassen, um Schritt halten zu können. Ein Überblick über die vorhandenen Kapazitäten und über den Bedarf ist eine essenzielle Grundlage. Geht es doch immer darum, die beste Behandlung für die Patientinnen und Patienten jetzt und in Zukunft sicherzustellen.

Die Gesundheit der Bevölkerung Österreichs ist für mich als Gesundheitsminister ein wichtiges und zentrales Thema. Die vorliegende Studie zum künftigen Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in Österreich legt somit die Basis für eine koordinierte gesamtösterreichische Planung.



Alois Stöger
Bundesminister für Gesundheit

Vorwort BMWF



© Leonhard Hilzensauer

Die medizinischen Universitäten in Österreich haben eine lange und weltweit anerkannte Tradition in Forschung und Ausbildung. Das zeigt sich auch heute noch daran, dass viele junge Menschen aus dem Ausland nach Österreich kommen möchten, um hier Medizin zu studieren.

Die medizinischen Universitäten haben in den letzten Jahren mit der Adaptierung ihrer Curricula in Richtung einer verstärkten klinischen und patientenorientierten Ausbildung, der markanten Senkung der Drop-out-Raten der Studierenden, der Einführung des klinisch-praktischen Jahres und derzeitigen Überlegungen zu einem einheitlichen Aufnahmeverfahren richtige Schritte in die Zukunft der medizinischen Ausbildung gesetzt und damit die Qualität der Absolventinnen und Absolventen weiter angehoben. Zur Sicherstellung einer ausreichenden Gesundheitsversorgung der österreichischen Bevölkerung in den kommenden Jahrzehnten bedürfen Ärztinnen und Ärzte der Unterstützung und Ergänzung durch ebenfalls bestens ausgebildete und motivierte Pflege- und sonstige Medizinberufe.

Die vorliegende Studie zeigt, dass Optimierungspotenziale auch in anderen Bereichen des Gesundheitswesens außerhalb der universitären Zuständigkeit genutzt werden können und auch müssen. Österreich hat derzeit eine der höchsten „Ärztedichten“ Europas, sodass bei Nutzung der in der vorliegenden Studie aufgezeigten Optimierungsmaßnahmen die ärztliche Versorgung weit über das in der Studie angegebene Jahr 2030 gesichert werden kann.

Die medizinischen Universitäten jedenfalls sind bereit, die Akteure des österreichischen Gesundheitswesens, einschließlich der Länder, Krankenanstaltenträger und Interessenvertretungen, bei einer Optimierung des ärztlichen Ausbildungsweges nach Abschluss des Studiums zu unterstützen und damit ihren Teil zur Sicherung der ärztlichen Versorgung zu leisten.



o. Univ.-Prof. Dr. Karlheinz Töchterle
Bundesminister für Wissenschaft und Forschung

Vorwort ÖÄK



© ÖÄK/Mathis

Die demografische Entwicklung der Bevölkerung wird unbestritten eine große Herausforderung für die Gesundheitsversorgung Österreichs darstellen. Ein wesentliches Kriterium wird parallel dazu die demografische Entwicklung der Ärztinnen und Ärzte sein. Schon jetzt ist vor allem in den ländlichen Regionen Österreichs ein Ärztemangel spürbar. Dieser Trend wird sich in den nächsten Jahren bzw. Jahrzehnten weiter verschärfen und betrifft sowohl den niedergelassenen als auch den spitalsärztlichen Bereich. Umso wichtiger ist es bereits heute, über die Sicherstellung der medizinischen Betreuung der Bevölkerung von morgen nachzudenken. Die vorliegende Studie trägt diesem Gedanken Rechnung.

Die gesammelten Daten und Informationen sollen Entscheidungsgrundlagen darstellen und dabei helfen, die Weichen für die künftige Gesundheitsversorgung in die richtige Richtung zu stellen. Es ist daher höchste Zeit, vernünftige Strategien gegen drohende Versorgungsdefizite zu erarbeiten. Der gemeinsam erarbeitete Empfehlungsteil enthält wesentliche Aspekte, die für eine nachhaltige Sicherung der Gesundheitsversorgung durch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte von grundlegender Bedeutung sind. Attraktive Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte und ärztliche Freiberuflichkeit sind eine unverzichtbare Basis für eine persönliche und am Patienten orientierte Gesundheitsbetreuung.

Ich bedanke mich bei allen an dieser Studie beteiligten Personen bzw. Institutionen für ihre Arbeit an diesem wichtigen Projekt, das dazu beitragen soll, die soziale Gesundheitsversorgung in Österreich auch in Zukunft durch engagierte und qualifizierte Ärztinnen und Ärzte sicherzustellen.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Wechselberger'.

Dr. Artur Wechselberger
Präsident der Österreichischen Ärztekammer

Dank

Verschiedene Personen und Institutionen haben die Erstellung dieses Berichts tatkräftig unterstützt. Wichtige Daten bzw. Informationen wurden zur Verfügung gestellt von der Österreichischen Ärztekammer und der Österreichischen Zahnärztekammer, dem Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung und dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger, den Medizinischen Universitäten Wien, Innsbruck und Graz und der PMU (Paracelsus Medizinische Privatuniversität) sowie von den Vertreterinnen und Vertretern der Bundesländer bzw. einzelner Krankenanstaltenträger. Verschiedene weitere Institutionen, wie etwa die Landessanitätsdirektionen oder das Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, standen mit Auskünften bzw. Datenübermittlungen zur Verfügung. Ihnen allen soll an dieser Stelle herzlich gedankt werden.

Besonderer Dank gilt dem Projektkernteam, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit, des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung und der Österreichischen Ärztekammer, das den Projektfortlauf maßgeblich unterstützt hat; des Weiteren dem Projektbeirat, dessen Vertreter/innen wichtige Diskussionsbeiträge geliefert haben.

Präambel

Gemeinsames Verständnis und Empfehlungen des Projektlenkungsausschusses

Erstmals wurde mit dieser Studie von allen drei bundesweit bei der Medizinausbildung relevanten Akteuren (BMG, BMWF, Ärztekammer) gemeinsam der künftige Bedarf an Ärztinnen und Ärzten sowie an entsprechenden Ausbildungskapazitäten abgeschätzt.

Dabei wurden erstmalig die für eine seriöse Prognose notwendigen Daten aus unterschiedlichen Beständen der drei Institutionen ausgewertet, abgeglichen, systematisch aggregiert und in ein System von Prognosemodellen eingearbeitet.

Es musste jedoch festgestellt werden, dass zu drei wesentlichen Prognosefaktoren zum heutigen Zeitpunkt keine validen Daten zur Verfügung stehen:

- » zur Versorgungswirksamkeit von Wahlärztinnen und -ärzten, die in Österreich die Hälfte der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ausmachen;
- » zum tatsächlichen Pensionsantrittsalter von Ärztinnen und Ärzten;
- » zum tatsächlichen Ausmaß der Abwanderung von Medizinabsolventinnen und -absolventen sowie von zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Ärztinnen und Ärzten ins Ausland.

Da diese Faktoren das Ergebnis maßgeblich beeinflussen, ist eine eindeutige Bedarfsabschätzung zurzeit nicht möglich. Daher wurden diese entscheidenden Parameter in zwei Szenarien mit transparenten Annahmen modelliert.

Ein wesentlicher Anstoß für die Ärztebedarfsstudie war das Ausmaß der geschätzten Abwanderung vor allem deutscher Medizinabsolventinnen und -absolventen österreichischer Universitäten ins Ausland. Dazu gibt es heute nur Umfragedaten als Indiz, die allerdings für die Zukunft eine sehr hohe Bereitschaft der Medizinabsolventinnen und -absolventen zur Abwanderung ausweisen. Ein valider Nachweis ist erst ab 2015 möglich, wenn die ersten Studierendekohorten unter Bedingungen der Quotenregelung 2012 abschließen und frühestens ab 2015 nach dem Turnus in den Arbeitsmarkt kommen.

Es besteht daher Einigkeit im Projektlenkungsausschuss, dass frühestens 2016 eine Bedarfsabschätzung als empirische Klärung fertigzustellen ist, die das reale Verhalten der Ärztinnen und Ärzte inkl. Pensionsantrittsalter und Versorgungswirksamkeit der Wahlärzte zur Grundlage hat.

Zum österreichischen Gesundheitswesen werden folgende **Prämissen** festgehalten:

- » Generell hat Österreich im internationalen Vergleich mit rd. 4,7 berufsausübenden Ärztinnen und Ärzten pro 1.000 Einwohner (Stand: 2009) die höchste **Ärztedichte** Europas¹ und eine der höchsten weltweit, die in den letzten Jahrzehnten auch noch eine maßgebliche Steigerung erfahren hat (OECD 2011).
- » Die Zahl der berufsausübenden Ärztinnen und Ärzte steigt permanent (siehe Tabelle 1). Insgesamt weist Österreich mittlerweile fast viermal so viele Ärztinnen und Ärzte auf wie vor vierzig Jahren (1960 bis 2010: +257 %). Dabei ist die Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte deutlich stärker gestiegen (+470 %) als jene der Allgemeinmediziner/innen (+115 %). Seit dem Jahr 2000 ist die Gesamtzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in Österreich um 30 Prozent gestiegen.
- » Dem gegenüber steht eine Steigerung im stationären Bereich in den letzten zehn Jahren bei operativen und nichtoperativen Leistungen um 32,3 Prozent und bei Spitalsentlassungen um 15,9 Prozent (siehe Tabelle 2). Einen Rückgang gab es bei der Bettendichte (akutstationäre Betten je 1.000 EW: -5,9 %) sowie bei der Aufenthaltsdauer (-10,8 %). Über die Leistungsentwicklung im extramuralen Bereich stehen keine validen Daten zur Verfügung.
- » Die große Zahl an Wahlärztinnen und -ärzten bietet bei Bedarf eine Ressource für die Nachfolge von frei werdenden Kassenvertragsstellen.
- » Bereits jetzt verlässt ein Teil der Medizin-Universitätsabsolventinnen und -absolventen das Land (vor allem nach Deutschland und in die Schweiz).
- » Um den medizinischen Nachwuchs in Österreich zu sichern, wird daher als zentrale Aufgabe erkannt, die Absolventinnen und Absolventen österreichischer Medizin-Universitäten auch in den hiesigen Arbeitsmarkt zu bringen.

¹

OECD 2011, 63: Demnach wies im Jahr 2009 nur Griechenland eine höhere Ärztedichte auf als Österreich; allerdings sind diese Angaben nur bedingt mit jenen aus anderen Ländern vergleichbar.

Tabelle 1:
Ärztinnen und Ärzte seit 1960 absolut

Jahr	Berufsausübende Ärztinnen und Ärzte				Berufsausübende Zahnärztinnen, -ärzte
	Insgesamt	Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin ¹	Fachärztinnen, -ärzte ²	Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung ³	
absolut					
1960	11.232	6.135	3.476	1.621	1.322
1965	11.272	5.860	4.220	1.192	1.450
1970	12.438	5.284	4.865	2.289	1.423
1975	14.290	5.506	5.639	3.145	1.563
1980	16.885	5.941	6.813	4.131	1.622
1985	19.492	6.781	7.442	5.269	2.229
1990	23.097	8.312	8.756	6.029	2.771
1995	27.923	10.032	11.378	6.513	3.379
2000	30.871	10.939	14.347	5.585	3.722
2005	35.518	12.065	17.099	6.354	4.232
2010	40.103	13.219	19.825	7.059	4.683
%-Veränderung 1960 bis 2010	257 %	115 %	470 %	335 %	254 %
%-Veränderung 2000 bis 2010	30 %	21 %	38 %	26 %	26 %

- 1 Bis Berichtsjahr 1993 „praktische Ärzte/Ärztinnen“, Stand jeweils Dezember Berichtsjahr.
Ab Berichtsjahr 2002 sind approbierte Ärzte/Ärztinnen und approb. Allgemeinmediziner/innen inkludiert.
- 2 Bis 2001 sind Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin mit Fachrichtung inkludiert,
ab 2002 ausschließlich Fachärzte/-ärztinnen.
- 3 Turnusärzte/-ärztinnen

Quellen: Statistik Austria (ÖÄK, ÖZÄK); GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle 2:
Entwicklung der Bettenzahl und der Spitalsentlassungen
in Akutkrankenanstalten seit 2001

Jahr	Stationäre Aufenthalte	Erbrachte medizinische Einzelleistungen	Durchschnittliche Verweildauer exkl. Nulltagesaufenthalte	Tatsächliche Betten* pro 1.000 EW
2001	2.299.077	3.332.464	7,4	-
2002	2.396.558	3.631.020	7,3	-
2003	2.407.873	3.882.123	7,2	6,5
2004	2.480.503	4.056.998	7,2	6,5
2005	2.508.761	4.037.064	6,9	6,4
2006	2.576.584	4.245.845	6,9	6,4
2007	2.626.890	4.369.139	6,8	6,4
2008	2.673.667	4.527.505	6,8	6,3
2009	2.666.771	4.381.982	6,7	6,2
2010	2.664.209	4.407.538	6,6	6,1
%-Veränderung 2001 bis 2010	15,9 %	32,3 %	-10,8 %	-5,9 %

* Die Änderung der Bettendichte wird ab dem Jahre 2003 berechnet, da vor 2003 die Dokumentation der Anzahl der Betten in den UKH und Sanatorien teilweise unvollständig und daher für eine Betrachtung der Zeitreihen nicht heranzuziehen ist.

Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation; Krankenanstaltenstatistik; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kurzfassung

Die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung (BWF) in Kooperation mit der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) beauftragt, Bedarf und Angebot an Ärztinnen/Ärzten für die Jahre bis 2030 vorauszuschätzen. Die auf Basis möglichst konsensuell abgestimmter Planungsparameter und einer fundierten Bestandsanalyse ermittelten Ergebnisse dienen als Grundlage für die von BMG, BWF und ÖÄK gemeinsam erarbeiteten Empfehlungen zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung. Damit in Zusammenhang steht auch die Identifikation potenzieller „Mangelfächer“ im Sinne der 12. Ärztegesetz-Novelle vom Juli 2009.

Bestandsanalyse

Die Entwicklung des **Ärztebestandes** zeigt, dass die Gesamtanzahl der berufstätigen Ärztinnen/Ärzte ebenso wie jene der berufstätigen Zahnärztinnen/-ärzte zwischen 2000 und 2008 um rund ein Viertel angestiegen ist, wobei die Zahl der angestellten Ärztinnen/Ärzte in den vergangenen Jahren stärker gestiegen ist als die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte. Die höchsten prozentuellen Zuwächse gab es bei den Wohnsitzärztinnen/-ärzten und im Wahlarztbereich. Absolut gesehen ist die Zahl der berufstätigen Allgemeinmediziner/innen am stärksten gestiegen, gefolgt von den Fachärztinnen/-ärzten für Innere Medizin, Anästhesiologie sowie Neurologie und Psychiatrie. Insgesamt waren Ende 2008 in Österreich rund 41.000 Ärztinnen/Ärzte bzw. Zahnärztinnen/-ärzte berufstätig, 27.000 davon angestellt, 19.000 im niedergelassenen Bereich und 2.000 als Wohnsitzärztinnen/-ärzte. Rund 6.000 Personen waren sowohl angestellt als auch niedergelassen tätig. In diesen Zahlen sind allerdings auch jene rund 8.000 Personen enthalten, die sich noch in Ausbildung zum/zur Allgemeinmediziner/in bzw. zum Facharzt / zur Fachärztin befinden.

Der **Frauenanteil** ist weiter im Steigen begriffen, und zwar sowohl bei den berufstätigen Ärztinnen/Ärzten als auch bei den Turnusärztinnen/-ärzten.

Für die Abschätzung des künftigen Ärztebedarfs ist neben den reinen Personenzahlen auch deren **Tätigkeitsausmaß** von Bedeutung. Im intramuralen Bereich erfolgt diese Erfassung über Vollzeitäquivalente (VZÄ), während im Bereich der niedergelassenen Vertragsärztinnen/-ärzte sowie bei den selbstständigen Ambulatorien auf die seitens des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger ermittelten ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) zurückgegriffen wird. Da zur Versorgungswirksamkeit der Wahlärztinnen/-ärzte bislang keine validen Daten zur Verfügung stehen, kamen zur Einschätzung dieses Versorgungsbereichs zwei alternative, auf Experteneinschätzungen des Projektleitungsausschusses beruhende Berech-

nungsvarianten zum Einsatz. Demnach waren Ende 2008 in Österreichs Krankenanstalten rund 20.000 VZÄ beschäftigt und im extramuralen Bereich – je nach Wahlarztvariante – zwischen 11.400 und 12.600 ÄAVE.

Ärztebedarfsprognose

Aussagen zum künftigen Ärztebedarf sind grundsätzlich nur als **Schätzungen** zu verstehen, die als Orientierungshilfe für die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur dienen können. Dies ist vor allem auf folgende Punkte zurückzuführen:

- » Das Verständnis des Begriffs „Bedarf“ ist in der Fachwelt nicht einheitlich.
- » Aus vielen Teilbereichen des komplexen Gesundheitssystems stehen keine hinreichend aussagekräftigen Daten zum Leistungsgeschehen zur Verfügung.
- » Bislang gibt es keine Planungsmethodik, die unter nationalen und internationalen Expertinnen und Experten außer Streit gestellt wäre.

In der weiteren Planung von Steuerungsmaßnahmen müssen daher diese Schätzwerte an die tatsächlichen Entwicklungen, wie zum Beispiel geänderte Versorgungsstrukturen oder Verschiebungen im Leistungsgeschehen, angepasst werden.

Der vorliegenden Studie liegt ein **zweistufiges Modell** zur Schätzung des künftigen Ärztebedarfs zugrunde, wobei in einem ersten Schritt der derzeitige Ist-Stand kritisch bewertet und – soweit Daten dazu zur Verfügung stehen – Hinweise auf eine möglicherweise derzeit bestehende Über- oder Unterversorgung berücksichtigt werden. Den zweiten Schritt bildet die Prognose für die Jahre bis 2030. Dieser liegen vor allem eine demografische Hochrechnung unter Zuhilfenahme alters- und geschlechtsspezifischer Inanspruchnahmequoten der ärztlichen Versorgung und Einschätzungen zur künftigen epidemiologischen und medizinisch-technischen Entwicklung zugrunde. Dabei werden der intra- und der extramurale Bereich getrennt voneinander modelliert.

Demnach wird der **Bedarf an VZÄ bzw. ÄAVE** im intra- und extramuralen Bereich insgesamt bis zum Jahr 2030 um rund 20 Prozent gegenüber dem Jahr 2010 steigen, wobei der Anstieg in Fachrichtungen wie etwa der Gynäkologie und Geburtshilfe (+3 %) sowie der Kinder- und Jugendheilkunde (+8 %), aber auch in der Zahnmedizin (+8 %) deutlich geringer ausfallen wird als in Fachrichtungen wie etwa der Urologie (+33 %) oder der Inneren Medizin (+28 %). Im Bereich der Allgemeinmedizin wird ein Plus von 22 Prozent bis zum Jahr 2030 prognostiziert. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die sich derzeit erst im Aufbau befindet, wird sich der Bedarf in den kommenden zwanzig Jahren voraussichtlich fast verdoppeln.

Rechnet man diesen **prognostizierten Bedarf** an VZÄ bzw. ÄAVE in **Köpfe** um und ergänzt diesen um einen zusätzlichen Bedarf von rund 1.200 Ärztinnen/Ärzten in sonstigen ärztlichen Berufsfeldern sowie im Bereich der öffentlichen Verwaltung, so

wird – ausgehend von den getroffenen Annahmen und je nach gewählter Wahlarztvariante – für das Jahr 2030 ein Bedarf von rund 36.500 bis 38.000 zur Berufsausübung berechtigten Ärztinnen und Ärzten (exklusive Personen in Ausbildung) prognostiziert. Das entspricht einem Plus von rund 16 Prozent gegenüber dem Jahr 2010.

Anzumerken ist, dass in diesen Ergebnissen keine Annahmen zu künftigen strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen enthalten sind. Geht man davon aus, dass in den kommenden Jahren struktur- und prozessbedingte **Optimierungspotenziale** realisiert werden können (angenommen werden hier Optimierungspotenziale von 10 bis 20 Prozent im intramuralen Bereich bis zum Jahr 2030), so würde sich der geschätzte Bedarf für das Jahr 2030 um rund 1.450 bzw. 2.900 Ärztinnen und Ärzte reduzieren.

Ärzteangebotsprognose

Die Ärzteangebotsprognose besteht in einer **Fortschreibung** des aktuellen Ärztebestandes unter Berücksichtigung der jährlichen Zu- und Abgänge.

Die **Neuzugänge** umfassen dabei die jedes Jahr ihre (postpromotionelle) Ausbildung abschließenden Ärztinnen/Ärzte bzw. Zahnärztinnen/-ärzte sowie die Zuwanderung aus dem Ausland. Ausgangspunkt für die Schätzung der jährlich neu hinzukommenden Ärztinnen und Ärzte bildet eine Prognose der in Österreich verbleibenden Absolventinnen und Absolventen der Human- und Zahnmedizin an Österreichs medizinischen Universitäten. Hauptdatenquelle zur Einschätzung des Abwanderungsverhaltens von Medizinabsolventinnen/-absolventen bildet dabei eine einmalige Fragebogenerhebung der Anfängerkohorten 2005 bis 2007 im Sommer 2010 an den medizinischen Universitäten Österreichs, die eine relativ starke Tendenz zur Abwanderung zeigt. Da diese Ergebnisse nur die Meinungen bzw. Wünsche der Studierenden zu diesem Zeitpunkt widerspiegeln, kann das tatsächliche Verhalten der Absolventinnen und Absolventen nach erfolgreichem Abschluss ihres Studiums davon abweichen. Dies wird sich aber erst in den kommenden Jahren zeigen. Aber auch für die künftige Entwicklung der postpromotionellen Ausbildung sind Modellannahmen zu treffen, unter anderem den künftigen Ausbildungsverlauf sowie die künftige Ausbildungsdauer betreffend. Diesbezügliche Entwicklungen, die derzeit bereits absehbar sind, wurden von den Expertinnen und Experten des Projektlenkungsausschusses geschätzt und im vorliegenden Modell berücksichtigt. Allenfalls derzeit noch vorhandene „Absolventenüberschüsse“ aus den Vorjahren können aufgrund fehlender Datengrundlagen im Prognosemodell hingegen nicht berücksichtigt werden. Würde man dieses Potenzial in die Berechnungen mit einbeziehen, so wäre die Zahl der jährlichen Neuzugänge höher als derzeit angenommen.

Die **Abgänge** werden im Wesentlichen verursacht durch Pensionsantritte und Abwanderung. Da weder zum tatsächlichen Pensionsantrittsalter der Ärztinnen/Ärzte bzw. Zahnärztinnen/Zahnärzte noch zum tatsächlichen Ausmaß der Abwanderung zum heutigen Zeitpunkt valide Daten zur Verfügung stehen, mussten entsprechende Annahmen von Expertenseite getroffen werden. Konkret wurde in der vorliegenden Studie das Pensionsantrittsalter, das einen wesentlichen Planungsparameter darstellt, in zwei verschiedenen Varianten, die von den Expertinnen und Experten des Projektleitungsausschusses getroffen wurden, modelliert. Demnach werden bis zum Jahr 2030 zwischen 75 und 85 Prozent der im Jahr 2010 berufstätigen Ärztinnen und Ärzte bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzte in Pension sein, wobei besonders die Fachrichtungen Psychiatrie, Labormedizin und Pulmologie, aber auch die Gynäkologie, die Physikalische Medizin und die Zahnheilkunde davon betroffen sein werden. Der jährliche pensionsbedingte Ersatzbedarf wird dabei aufgrund der Altersstruktur der derzeit berufstätigen Ärzteschaft in den kommenden Jahren deutlich steigen und in 10 bis 15 Jahren seinen Höhepunkt erreichen. Danach wird der jährliche Ersatzbedarf wieder langsam zurückgehen.

Insgesamt gesehen wird – ausgehend von den getroffenen Annahmen und der gewählten Variante hinsichtlich des Pensionsantrittsalters sowie unter der Prämisse gleich bleibender Ausbildungskapazitäten – für das Jahr 2030 ein Angebot von rund 30.600 bis 33.700 berufsberechtigten Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/–ärzten prognostiziert. Im Vergleich zu 2010 würde die Gesamtzahl damit in etwa unverändert bleiben, wobei die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in den nächsten Jahren noch leicht steigen wird, ab etwa 2020 aber mit einem Rückgang der Ärztezahlen zu rechnen ist.

Unterschiede zeigen sich auch zwischen dem fachärztlichen Bereich und der Allgemeinmedizin, denn während im **fachärztlichen Bereich** das geschätzte Angebot an Ärztinnen und Ärzten – je nach gewählter Variante des Pensionsantrittsalters – im Jahr 2030 um etwa fünf bis zehn Prozent höher sein wird als im Jahr 2010, wird für den Bereich der **Allgemeinmedizin** ein Minus von rund 20 Prozent prognostiziert. Für den Bereich der **Zahnmedizin** wird ein Anstieg der Ärzteschaft zwischen 2010 und 2030 um knapp 10 Prozent geschätzt.

Da es aufgrund zum Teil nicht empirisch gesicherter Modellannahmen (zum Beispiel hinsichtlich der Präferenzen der Absolventinnen und Absolventen zur Fachrichtungswahl) und die zum Teil eingeschränkte Datenqualität gerade in den kleineren Fachrichtungen zu nicht vernachlässigbaren **Unschärfen** kommen kann, sind die in der Studie ausgewiesenen fachrichtungsspezifischen Ergebnisse der Angebotsprognose nur als erste Anhaltspunkte zu verstehen.

Gegenüberstellung

Zur Einschätzung, inwieweit in den kommenden Jahren der geschätzte Bedarf an Ärztinnen und Ärzten durch das künftig zur Verfügung stehende Ärzteangebot gedeckt werden kann, werden die Ergebnisse aus der Ärztebedarfs- und der Ärzteangebotsprognose für die Jahre bis 2030 einander gegenübergestellt. Dabei sind die erwähnten Unsicherheiten in den Modellannahmen zu berücksichtigen.

Da derzeit weder zur tatsächlichen Versorgungswirksamkeit der Wahlärztinnen und Wahlärzte noch zum tatsächlichen Pensionsantrittsalter der (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzte valide Daten zur Verfügung stehen, wurde seitens des Projektleitungsausschusses die Entscheidung getroffen, diese beiden Parameter mit jeweils zwei verschiedenen Sets an Annahmen zu modellieren. Die beiden daraus resultierenden Ergebnisse können im Sinne einer **Bandbreite** interpretiert werden, innerhalb derer sich Ärztebedarf und Ärzteangebot in den nächsten Jahren voraussichtlich entwickeln werden. Die nachstehende Tabelle zeigt jeweils die prognostizierte Differenz im betreffenden Jahr zwischen Ärzteangebot und Ärztebedarf. Stehen ausreichend Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung, so ist das ausgewiesene Ergebnis positiv. Negative Zahlen bedeuten, dass der geschätzte Bedarf durch die prognostizierte Anzahl an verfügbaren Ärztinnen und Ärzten nicht gedeckt werden kann.

Tabelle 3:

Prognostizierte Differenz zwischen Angebot und Bedarf im jeweiligen Jahr

Jahr	Ergebnis 1					Ergebnis 2				
	Gesamt	Gesamt ohne Zahn	FÄ	AM	Zahn	Gesamt	Gesamt ohne Zahn	FÄ	AM	Zahn
2015	4.531	4.025	1.159	2.865	506	244	-70	-1.217	1.147	314
2020	3.780	3.259	1.352	1.906	522	-2.163	-2.418	-2.287	-131	255
2025	86	-211	-252	40	298	-6.245	-6.245	-4.500	-1.745	0
2030	-2.764	-3.272	-2.198	-1.074	509	-7.409	-7.652	-5.200	-2.451	243

FÄ ... Fachärztinnen/-ärzte

AM ... Allgemeinmediziner/-innen

Zahn umfasst Fachärztinnen/-ärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, „neue“ Zahnärztinnen/-ärzte (Dr. med. dent.), Dentisten und Fachärztinnen/-ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Quelle: Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Geht man von einer etwas geringeren Versorgungswirksamkeit im Wahlarztbereich und dem etwas höheren Pensionsantrittsalter (Ergebnis 1) aus, so werden laut Prognoseergebnissen in den kommenden zwanzig Jahren noch ausreichend Ärztinnen und Ärzte in Österreich zur Verfügung stehen. Erst danach wird ein Ärztemangel prognostiziert, und zwar sowohl im fachärztlichen als auch im allgemeinmedizinischen Bereich.

Ausgehend von einer höheren Versorgungswirksamkeit im Wahlarztbereich und einem etwas niedrigeren Pensionsantrittsalter (Ergebnis 2), wird die Lücke zwischen Angebot und Bedarf in den kommenden Jahren laufend größer, wobei sich die Situation zwischen 2020 und 2025 am stärksten verschärfen wird.

Wichtig bei der Interpretation der Ergebnisse ist, dass sich alle Aussagen der vorliegenden Studie auf Österreich insgesamt beziehen und keine regionalen Problemlagen berücksichtigen.

Zwischen den einzelnen Fachrichtungen zeigen sich erwartungsgemäß große Unterschiede. Demnach stehen schon jetzt – unabhängig von der gewählten Ergebnisvariante – neben der Kinder- und Jugendpsychiatrie insbesondere in den Fachrichtungen Urologie, Gynäkologie und Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten nicht mehr ausreichend Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung.

Als Szenario wurde der „Fall des EU-Moratoriums“ simuliert. Legt man für die künftige Verteilung der Studienplätze nach Staatsbürgerschaft demnach ausschließlich die Testergebnisse der Aufnahmeverfahren zugrunde, so wäre das prognostizierte Ärzteangebot bis zum Jahr 2030 um rund 2.500 Personen niedriger als bei fortgesetzter Quotenregelung.

Dem vorliegenden Ergebnisbericht ist ein eigenständiges Kapitel angeschlossen, das die akkordierten Empfehlungen des Projektlenkungsausschusses zur Gewährleistung einer bedarfsorientierten Versorgung beinhaltet.

Inhalt

Vorwort BMG	III
Vorwort BMWF	V
Vorwort ÖÄK	VII
Dank	IX
Präambel	XI
Kurzfassung	XV
Abbildungsverzeichnis.....	XXIII
Tabellenverzeichnis	XXIV
Abkürzungsverzeichnis	XXVII
1 Hintergrund und Projektbeschreibung.....	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Projektziele.....	2
1.3 Projektorganisationsstruktur	2
1.4 Projektmeilensteine	4
2 Darstellung des Planungsmodells.....	5
2.1 Modell	5
2.2 Datengrundlagen	8
3 Ergebnisse der Konsenskonferenz.....	10
4 Ist-Stand der ärztlichen Versorgung.....	13
4.1 Datengrundlagen	13
4.2 Entwicklungstendenzen im Ärztebestand	20
4.2.1 Entwicklung des Ärztebestandes in den Jahren 2000 bis 2008	20
4.2.2 Entwicklung des Zahnärztebestandes in den Jahren 2000 bis 2008	23
4.2.3 Entwicklung in den Jahren 2000 bis 2008 nach Fachrichtungen (Hauptfach)	24
4.3 Ärztebestand (Personen)	26
4.3.1 Ärztebestand 2008	26
4.3.2 Zahnärztebestand 2008	26
4.3.3 Gesamtstand 2008.....	27
4.3.4 Sonstige ärztliche Berufsgruppen	29
4.4 Ärztebestand in VZÄ/ÄAVE	31
4.4.1 Ärztebestand im intramuralen Bereich in VZÄ	32
4.4.2 Ärztebestand im extramuralen Bereich in ÄAVE	34
4.4.3 Sonstige ärztliche Berufsgruppen	37

5	Ärztebedarf.....	39
5.1	Methoden der Bedarfsschätzung.....	39
5.2	Das Modell im Überblick.....	42
5.3	Bevölkerungsstand und künftige Entwicklung	43
5.4	Ärztessollstand intramural 2008 in VZÄ	47
5.5	Prognose des intramuralen Ärztebedarfs bis 2030 in VZÄ	49
5.6	Ärztessollstand extramural 2008 in ÄAVE	50
5.7	Prognose des extramuralen Ärztebedarfs bis 2030 in ÄAVE	51
5.8	Prognose des Gesamtbedarfs bis 2030 in VZÄ/ÄAVE.....	54
5.9	Umrechnung von VZÄ/ÄAVE in Köpfe	56
5.10	Bedarf in sonstigen ärztlichen Berufsfeldern	58
5.11	Ärztebedarf bis 2030 in Köpfen.....	60
6	Ärzteangebot.....	63
6.1	Pensionierungen	63
6.2	Prognose der Anzahl der jährlich neu hinzukommenden Ärztinnen und Ärzte.....	67
6.2.1	Bisherige Entwicklungen in der universitären Ausbildung	70
6.2.2	Absolventenprognose Humanmedizin	74
6.2.3	Prognose der jährlich neu hinzukommenden Ärztinnen und Ärzte.....	81
6.2.4	Prognose der jährlich neu hinzukommenden Zahnärztinnen und Zahnärzte.....	87
6.3	Ärzteangebot bis 2030.....	89
7	Gegenüberstellung von Angebot und Bedarf.....	92
7.1	Ergebnisse im Überblick	92
7.2	Fachrichtungsspezifische Ergebnisse	95
8	Szenario „Fall des EU-Moratoriums“.....	98
8.1	Absolventenprognose Humanmedizin.....	98
8.2	Absolventenprognose Zahnmedizin	100
8.3	Auswirkungen auf die Ergebnisse	101
9	Empfehlungen.....	102
9.1	Ärztinnen und Ärzte: Bedarfsentwicklung	102
9.2	Ärztinnen und Ärzte: Angebotsentwicklung	107
10	Literaturverzeichnis.....	112

Anhang

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1: Projektorganisationsstruktur	3
Abbildung 2.1: Schematische Darstellung des verwendeten Planungsmodells	7
Abbildung 4.1: Struktur des Ärztebestandes 2008 in Personen.....	28
Abbildung 5.1: Prognose des Ärztebedarfs	42
Abbildung 5.2: Prozentuelle Bevölkerungsveränderung von 2010 bis 2030 nach Altersgruppen	46
Abbildung 6.1: Prognose der Bestandsabnahme.....	63
Abbildung 6.2: Geschätzter jährlicher pensionsbedingter Ersatzbedarf.....	66
Abbildung 6.3: Ausbildungswege Medizin.....	68
Abbildung 6.4: Prognose der Bestandszunahme.....	69
Abbildung 6.5: Absolventenprognose Humanmedizin 2010–2027.....	81
Abbildung 6.6: Zuwanderung fertiger Ärztinnen/Ärzte 1995 bis 2010	86
Abbildung 7.1: Entwicklung von Angebot und Bedarf 2010 bis 2030 – Ergebnis 1 (P1/WA1)	94
Abbildung 7.2: Entwicklung von Angebot und Bedarf 2010 bis 2030 – Ergebnis 2 (P2/WA2)	94
Abbildung 8.1: Gegenüberstellung der in Österreich verfügbaren Absolventinnen/ Absolventen der Humanmedizin mit bzw. ohne Quotenregelung	100
Abbildung 9.1: Entwicklung des Frauenanteils an der berufstätigen Ärzteschaft	106

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ärztinnen und Ärzte seit 1960 absolut	XIII
Tabelle 2:	Entwicklung der Bettenzahl und der Spitalsentlassungen in Akutkrankenanstalten seit 2001	XIV
Tabelle 3:	Prognostizierte Differenz zwischen Angebot und Bedarf im jeweiligen Jahr.....	XIX
Tabelle 4.1:	Entwicklung der Anzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte 2000–2008	21
Tabelle 4.2:	Entwicklung der Anzahl berufstätiger Ärztinnen und Ärzte 2000–2008 nach Geschlecht	22
Tabelle 4.3:	Entwicklung der Anzahl an Turnusärztinnen und –ärzten 2000–2008	22
Tabelle 4.4:	Entwicklung der Anzahl der berufstätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte 2000–2008	23
Tabelle 4.5:	Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach ausgewählten Fachrichtungen (im Hauptfach) 2000–2008.....	25
Tabelle 4.6:	Berufstätige Ärzteschaft nach Altersgruppen und Geschlecht 2008 (alle Fachrichtungen im Hauptfach; inkl. Turnusärzte).....	26
Tabelle 4.7:	Berufstätige Zahnärzteschaft nach Altersgruppen und Geschlecht 2008 (FÄ für ZMK, Dr. med. dent. und Dentisten im Hauptfach)	27
Tabelle 4.8:	VZÄ in Krankenanstalten nach Arzttyp (Stand: 31. 12. 2008).....	32
Tabelle 4.9:	VZÄ in Krankenanstalten nach Bundesland (Stand: 31. 12. 2008)	32
Tabelle 4.10:	VZÄ in Krankenanstalten nach Fachrichtungen (Stand: 31. 12. 2008)....	33
Tabelle 4.11:	ÄAVE im extramuralen Bereich nach Fachrichtung und Sektor (2008) ...	37
Tabelle 5.1:	Ist-Stand und Soll-Stand fertiger Fachärztinnen/-ärzte und Allgemeinmediziner/innen (VZÄ) intramural 2008 pro Fachbereich	48
Tabelle 5.2:	Prognostizierter Bedarf an VZÄ/ÄAVE fertiger Fachärzte und Allgemeinmediziner intra- und extramural bis 2030 pro Fachbereich – Wahlarztvariante WA1	55
Tabelle 5.3:	Prognostizierter Bedarf an VZÄ/ÄAVE fertiger Fachärzte und Allgemeinmediziner intra- und extramural bis 2030 pro Fachbereich – Wahlarztvariante WA2	55
Tabelle 5.4:	VZÄ vs. Köpfe – intramuraler Bereich	57

Tabelle 5.5:	ÄAVE vs. Köpfe – extramuraler Bereich	57
Tabelle 5.6:	ÄAVE vs. reine Wahlarzt-Köpfe 2008.....	57
Tabelle 5.7:	Prognostizierter Gesamtbedarf an Köpfen fertiger Fachärzte und Allgemeinmediziner bis 2030 pro Fachbereich – Wahlarztvariante WA1	61
Tabelle 5.8:	Prognostizierter Gesamtbedarf an Köpfen fertiger Fachärzte und Allgemeinmediziner bis 2030 pro Fachbereich – Wahlarztvariante WA2	61
Tabelle 6.1:	Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte 2010 bis 2030 nach Pensionsabgängen – Variante P1	65
Tabelle 6.2:	Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte 2010 bis 2030 nach Pensionsabgängen – Variante P2.....	65
Tabelle 6.3:	Neuaufnahmen in das Studium der Humanmedizin in den Wintersemestern 2000 bis 2009.....	71
Tabelle 6.4:	Studierende der Humanmedizin in den Wintersemestern 2000 bis 2009 (differenziert nach Studienplan)	72
Tabelle 6.5:	Studienabschlüsse der Humanmedizin an öffentlichen Universitäten in den Studienjahren 2000 bis 2009 (differenziert nach Studienplan)	73
Tabelle 6.6:	Ordentliche Studierende, begonnene Studien und Studienabschlüsse im Studium der Zahnmedizin in den Studienjahren 2000–2009.....	74
Tabelle 6.7:	Annahmen zum Prognosemodell im Überblick – Humanmedizin	75
Tabelle 6.8:	Wunschland der Berufsausübung der Studierenden in Abhängigkeit vom Herkunftsland	77
Tabelle 6.9:	Ergebnis der Absolventenprognose – Humanmedizin	80
Tabelle 6.10:	Jährlich zu erwartende Abschlüsse im Studium der Zahnmedizin ab dem Jahr 2010	88
Tabelle 6.11:	Aus den Jahren 2006 bis 2009 geschätzte Aufteilung der zu erwartenden Absolventinnen und Absolventen nach Herkunftsland.....	88
Tabelle 6.12:	Geschätzte Anzahl der jährlich in Österreich verbleibenden Absolventinnen und Absolventen der Zahnmedizin.....	89
Tabelle 6.13:	Prognose des jährlichen Gesamtbestands an Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/-ärzten nach Fachrichtungen 2010 bis 2030 – Variante P1	91

Tabelle 6.14: Prognose des jährlichen Gesamtbestands an Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/-ärzten nach Fachrichtungen 2010 bis 2030 – Variante P2	91
Tabelle 7.1: Prognostizierte Differenz zwischen Angebot und Bedarf im jeweiligen Jahr.....	93
Tabelle 7.2: Ergebnis 1 (P1/WA1) – prognostizierte Differenz zwischen Angebot und Bedarf im jeweiligen Jahr nach Fachrichtungen.....	97
Tabelle 7.3: Ergebnis 2 (P2/WA2) – prognostizierte Differenz zwischen Angebot und Bedarf im jeweiligen Jahr nach Fachrichtungen.....	97
Tabelle 8.1: Gegenüberstellung der in Österreich verfügbaren Absolventinnen/ Absolventen der Humanmedizin mit bzw. ohne Quotenregelung.....	99
Tabelle 8.2: Aus den Testergebnissen der Jahre 2006 bis 2010 geschätzte Aufteilung der zu erwartenden Absolventinnen und Absolventen der Zahnmedizin nach Herkunft	100
Tabelle 8.3: Anzahl der in Österreich verbleibenden Absolventinnen und Absolventen der Zahnmedizin ohne Quotenregelung	101

Abkürzungsverzeichnis

ÄAO 2006	Ärzteausbildungs-Verordnung 2006
ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheit
ÄrzteG	Ärztegesetz
AAM	Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin
AM	Allgemeinmedizin
AN	Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer
AU	Augenheilkunde und Optometrie
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWF	Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
bzw.	beziehungsweise
CH	Chirurgie
d. h.	das heißt
DER	Haut- und Geschlechtskrankheiten
EMS	Eignungstest Medizinstudium
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EW	Einwohner
exkl.	exklusive
FÄ	Fachärztinnen und Fachärzte
FKA	fondsfinanzierte Krankenanstalten
GEM	Gemischter Belag
ggf.	gegebenenfalls
GGH	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
HF	Hauptfach
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
HVSVT	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
i. d. g. F.	in der geltenden Fassung
IM	Innere Medizin
inkl.	inklusive
INT	Intensivmedizin
KA	Krankenanstalt
KA-AZG	Krankenanstaltenarbeitszeitgesetz
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KCH	Kinderchirurgie
KDok	Krankenanstalten Dokumentation
KI	Kinder- und Jugendheilkunde
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie

LAB	Labor
MKG	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
NC	Neurochirurgie
ndgl.	niedergelassen
NEU	Neurologie
NL	niedergelassen
n. s.	[Angabe] nicht sinnvoll
NUK	Nuklearmedizin
n. v.	[Angabe] nicht verfügbar
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
OR	Orthopädie und orthopädische Chirurgie
ÖROK	Österreichische Raumordnungskonferenz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PAT	Pathologie
PCH	Plastische Chirurgie
PHM	Physikalische Medizin
PLA	Projektlenkungsausschuss
PMR	Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation
PMU	Paracelsus Medizinische Privatuniversität
PSY	Psychiatrie
PUL	Lungenkrankheiten
RAD	Radiologie
rd.	rund
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SON	sonstige Fachrichtungen
ST.AT	Statistik Austria
SRN	Radiologie/Strahlentherapie – Radioonkologie/Nuklearmedizin
STR	Strahlentherapie
u. a.	und andere bzw. unter anderem
UC	Unfallchirurgie
URO	Urologie
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalente
z. B.	zum Beispiel
ÖZÄK	Österreichische Zahnärztekammer
ZMK	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

1 Hintergrund und Projektbeschreibung

1.1 Ausgangslage

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG/ÖBIG) hat in der Vergangenheit in Abständen von rund fünf Jahren Studien zur ärztlichen Versorgung in Österreich vorgelegt. Die letzte derartige Untersuchung wurde in den Jahren 2005/2006 unter dem Titel „Ärztebedarf und Ärzteausbildungsstellen 2005/2025“ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) durchgeführt. In dieser Studie wurden sowohl Aussagen über den künftigen ambulanten und stationären Ärztebedarf getroffen als auch das Ärzteangebot bis 2025 vorausgeschätzt. Die Gegenüberstellung des Bedarfs und des Angebots an Ärztinnen und Ärzten ermöglichte Aussagen hinsichtlich einer bedarfsnotwendigen Anpassung der Ärzteausbildungskapazitäten in Differenzierung nach Fachrichtungen.

Im Auftrag des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung (BMWF) folgte 2006/2007 eine vertiefende Studie der GÖG/ÖBIG unter Berücksichtigung der zu erwartenden Veränderungen der Absolventinnen- und Absolventenzahlen österreichischer Studierender infolge des EuGH-Urteils vom 7. Juli 2005 sowie der österreichischen Safeguard-Regelung. Dabei wurde insbesondere das Thema Migration beleuchtet („Prognose des Ärztebedarfs in Hinblick auf die Dimension der universitären Ausbildungskapazitäten“, Wien 2007).

Des Weiteren erstellte die GÖG/ÖBIG im Auftrag des BMWF eine Studie zum Thema „EU-Vergleich Medizinstudienplätze und berufstätige Ärztinnen/Ärzte“, deren Ziel es war, EU-weit die Relation zwischen universitären Ausbildungskapazitäten für das Medizinstudium einerseits und der Anzahl der jährlich neu in den Arbeitsmarkt eintretenden Ärzte andererseits zu erfassen bzw. zu beurteilen.

Aufgrund aktueller Entwicklungen, wie z. B. der 12. Ärztegesetz-Novelle vom Juli 2009 und der darin vorgesehenen Möglichkeit der Definition von sogenannten „Mangelfächern“, gilt es nun, die Datengrundlagen zur Ärztebedarfsprognose zu aktualisieren und neue Entwicklungen in die Studie mit einzubeziehen. Zudem weist auch die derzeit intensiv geführte gesundheitspolitische Diskussion über den zukünftigen Ärztebedarf und über die Zahl der in Ausbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte auf die Notwendigkeit einer Aktualisierung der Untersuchungsergebnisse hin, nicht zuletzt angesichts dessen, dass in der aktuellen Diskussion unterschiedliche Zahlen zum erwarteten Ärztebedarf genannt werden.

Vor diesem Hintergrund wurde die GÖG/ÖBIG vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und vom BMWF in Kooperation mit der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) mit

der gegenständlichen Studie zur Prognose von Ärztebedarf und Ärzteangebot und daraus abzuleitenden Empfehlungen beauftragt.

1.2 Projektziele

Ziel des gegenständlichen Projekts ist es, Ärztebedarf und Ärzteangebot auf Basis möglichst konsensuell abgestimmter Planungsparameter und einer fundierten Bestandsanalyse für die Jahre bis 2030 vorauszuschätzen.

Eine Gegenüberstellung von prognostiziertem Bedarf und Angebot an Ärztinnen und Ärzten in Österreich erlaubt die Ableitung von Empfehlungen zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung. Damit in Zusammenhang steht auch die Identifikation potenzieller „Mangelfächer“.

1.3 Projektorganisationsstruktur

Abbildung 1.1 zeigt schematisch die Projektorganisationsstruktur.

Projektlenkungsausschuss

Der Projektlenkungsausschuss (PLA) ist das oberste Entscheidungsgremium im Projekt und klärt auf strategischer Ebene die inhaltlichen, zeitlichen und politischen Rahmenbedingungen. Er nimmt die beiden Zwischenberichte und den Endbericht ab, entscheidet über die Aufnahme weiterer Mitglieder in den Projektbeirat und trifft gegebenenfalls Grundsatzentscheidungen zur weiteren Vorgehensweise im Projektverlauf (z. B. nach der Konsenskonferenz).

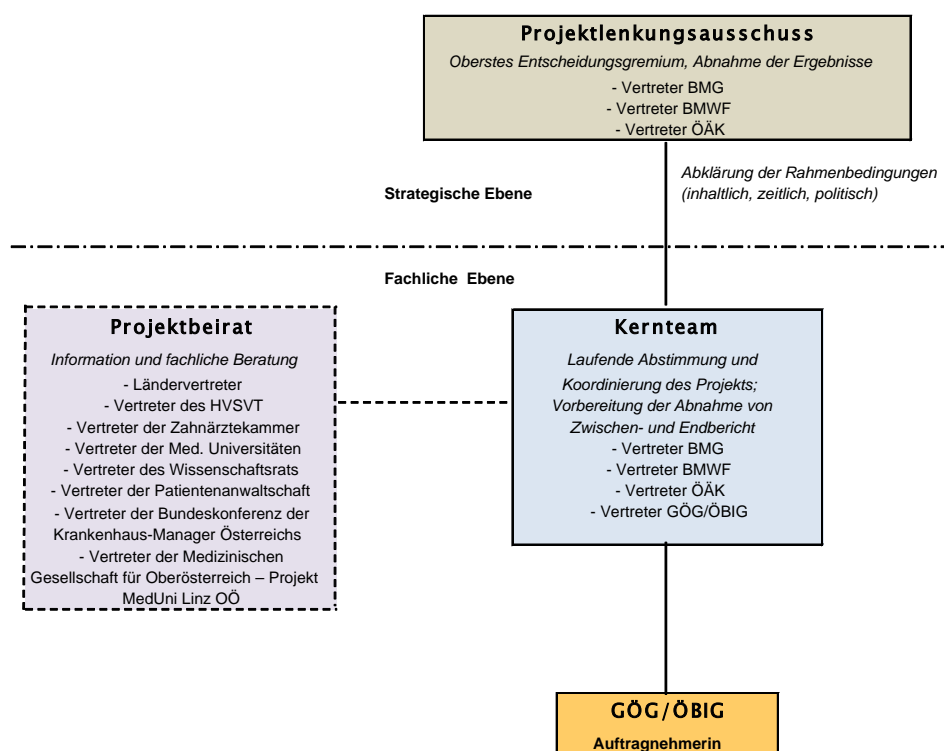
Projektkernteam

Das Projektkernteam begleitet das Projekt kontinuierlich auf fachlicher Ebene und stimmt die Ergebnisse (Zwischenberichte und Endbericht) vorbereitend ab. Es organisiert die Bereitstellung zusätzlich erforderlicher Daten, sichert die Zusammenarbeit zwischen Auftragnehmerin und Auftraggebern sowie den Informationsaustausch im Projektverlauf und berichtet dem PLA regelmäßig über den Stand der Arbeiten.

Projektbeirat

Der Projektbeirat setzt sich aus Fachexpertinnen/–experten verschiedener relevanter Institutionen zusammen (siehe Abbildung 1.1) und sichert im Projekt die Expertise und den Informationsaustausch. Einzelne Expertinnen/Experten werden bei Bedarf beigezogen.

Abbildung 1.1:
Projektorganisationsstruktur



Quelle: GÖG/ÖBIG–eigene Darstellung

1.4 Projektmeilensteine

Konsenskonferenz (29. April 2010)

Eines der Anliegen des Projekts ist es, im Ergebnis zu Zahlen zu kommen, die von allen Expertinnen und Experten bzw. Stakeholdern mitgetragen werden. Der Prognose von Ärztebedarf und Ärzteangebot liegt eine Vielzahl von Annahmen sowohl hinsichtlich der Darstellung und Bewertung des Ist-Stands als auch hinsichtlich maßgeblicher Einflussfaktoren für deren künftige Entwicklung zugrunde. Welche Annahmen zu treffen sind bzw. welche Einflussfaktoren tatsächlich berücksichtigt werden sollen, wird in der Fachwelt kontroversiell diskutiert. Ziel der Konsenskonferenz war es daher, wichtige Planungsparameter sowie die methodische Vorgehensweise mit den relevanten Stakeholdern abzustimmen und so weit wie möglich außer Streit zu stellen.

Berichte

Der **erste Zwischenbericht** beinhaltet neben der Darstellung der Ergebnisse aus der Konsenskonferenz die Darstellung des Ist-Stands der ärztlichen Versorgung in Österreich für das Jahr 2008 (siehe dazu auch Abschnitt 2.2 und Abschnitt 4.1), zeigt Entwicklungstendenzen auf und bietet fachrichtungsspezifische Auswertungen sowie Analysen auf Ebene der Bundesländer an.

Mit der detaillierten Ist-Stands-Analyse als Basis lag der Schwerpunkt des **zweiten Zwischenberichts** auf einer ersten Berechnung von idealtypischen Prognoseergebnissen von Ärzteangebot und Ärztebedarf.

Im Rahmen der nachfolgenden Abstimmungsphase wurden diese idealtypischen Prognoseergebnisse sowie die zugrunde liegenden Annahmen in den Projektgremien diskutiert und verschiedene Szenarien- bzw. Bandbreitenanalysen durchgeführt. Empfehlungen, die zwischen den Projektauftraggebern akkordiert worden sind, ergänzen die im vorliegenden **Ergebnisbericht** dargestellten, konsensuell erarbeiteten Ergebnisse.

2 Darstellung des Planungsmodells

Im Folgenden wird das Planungsmodell erläutert, mit Hilfe dessen die Prognose von Ärztebedarf und Ärzteangebot erfolgt. Des Weiteren werden die für die Berechnungen verfügbaren Datengrundlagen zur Erfassung des Ärztebestands dargestellt.

2.1 Modell

Abbildung 2.1 stellt das in dieser Studie verwendete Simulationsmodell schematisch dar.

Ausgangspunkt ist eine umfassende Bestandsaufnahme des Ist-Stands an Ärztinnen und Ärzten nach Art (Anstellung oder selbstständige Tätigkeit) und Fachrichtungen. Diese Darstellung erfolgt sowohl nach Köpfen als auch nach Vollzeitäquivalenten (VZÄ) bzw. ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) und bildet die Basis für die Prognose sowohl des Ärzteangebots als auch des Ärztebedarfs.

Das Ärzteangebot wird über die Ausscheideraten aus dem Beruf (z. B. Pensionierung) und die Neuzugänge in den Beruf beeinflusst.

Mit Hilfe folgender Eingangsparameter wird, ausgehend vom jetzigen Ärztebestand in Köpfen, die Angebotsentwicklung im Modell berechnet:

1. Ausscheideraten aus dem Beruf

- » Pensionsantritte/Berufswechsel
- » Emigration von berufstätigen Ärztinnen/Ärzten

2. Neuzugänge

- » Anzahl und Besetzung der postpromotionellen Ausbildungsstellen bzw. –stätten
- » Anzahl der Studienplätze an Medizinuniversitäten
- » durchschnittliche Ausbildungsdauer und Drop-out-Quoten
- » Migration von Studiumsabsolventinnen/–absolventen
- » Immigration von berufstätigen Ärztinnen/Ärzten

Für den zukünftigen Bedarf an Ärztinnen und Ärzten sind primär patientenbezogene und strukturelle Faktoren sowie der „Teilzeitfaktor“ ausschlaggebend. Dieser umfasst das Ausmaß der Teilzeitarbeit – das wiederum vom Ärztinnen-Anteil abhängen kann – und im weiteren Sinn auch (das Ausmaß und die Dauer von) Karriereunterbrechungen.

Ausgehend vom jetzigen Ärztebestand in VZÄ/ÄAVE, wird zuerst eine Bewertung des Ist-Stands, getrennt nach intramuralem und extramuralem Bereich, durchgeführt. Sodann wird der zukünftige Ärztebedarf anhand folgender Eingangsparameter vorausgeschätzt:

1. Patientenbezogene Faktoren

- » Alter und Geschlecht
- » demografische und epidemiologische Entwicklungen (Bevölkerungswachstum, Überalterung, Veränderungen in der Prävalenz von Krankheiten)

2. Strukturelle Faktoren

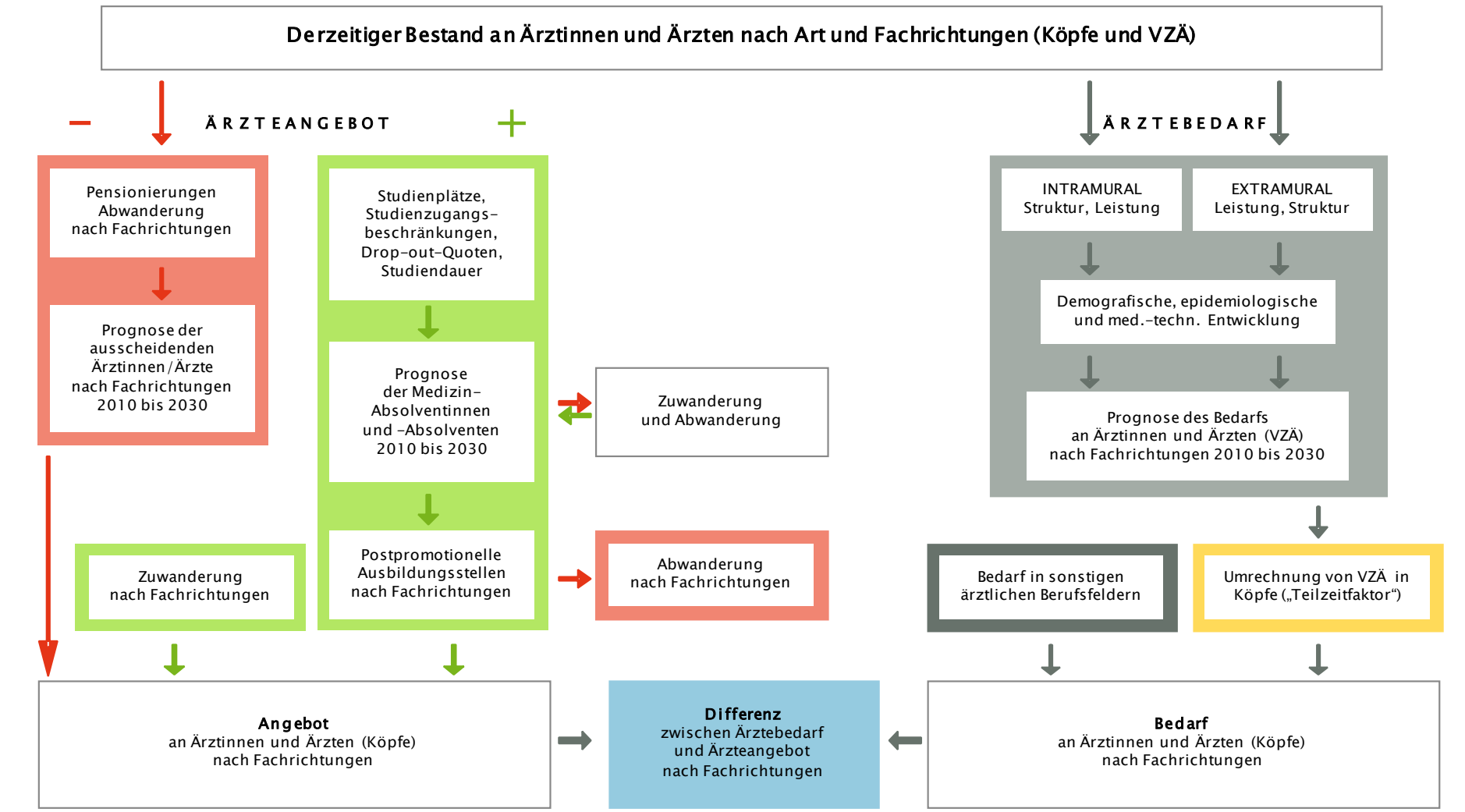
- » medizinischer Fortschritt
- » Verlagerungen zwischen den Fachrichtungen

Aus dem zukünftigen Bedarf an VZÄ/ÄAVE kann über den „Teilzeitfaktor“ der zukünftige Bedarf in Köpfen errechnet werden. Dabei sollen auch die nicht direkt im kurativen Bereich liegenden ärztlichen Tätigkeiten, wie beispielsweise amts- oder schulärztliche Tätigkeiten, Berücksichtigung finden (vgl. Abbildung 2.1, „Bedarf in sonstigen ärztlichen Berufsfeldern“).

Zuletzt können aus der Gegenüberstellung von Bedarf und Angebot Rückschlüsse auf die bedarfsnotwendige Zahl an postpromotionellen Ausbildungsstellen sowie ggf. auf die bedarfsnotwendige Zahl an Studienplätzen gezogen werden.

Eine genauere Darstellung der einzelnen Module (Bestandsabnahme durch berufliches Ausscheiden, Bestandszuwachs durch Neuzugänge, Prognose des Ärztebedarfs, Gegenüberstellung von Bedarf und Angebot) findet sich in den jeweiligen Kapiteln.

Abbildung 2.1:
Schematische Darstellung des verwendeten Planungsmodells



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

2.2 Datengrundlagen

Für die im Rahmen des Projekts durchgeführten Auswertungen zur **Bestandsanalyse** wurde in erster Linie das an der Gesundheit Österreich verfügbare Österreichische Gesundheitsinformationssystem (ÖGIS) herangezogen. Diese Datenbestände werden jährlich aktualisiert und können über ein geographisches Informationssystem kleinräumig analysiert und auch kartographisch dargestellt werden.

Das ÖGIS beinhaltet eine Vielzahl verschiedenster Datenbestände zu unterschiedlichsten Themenkreisen. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde dabei insbesondere auf folgende Datenquellen zurückgegriffen:

- » demografische und epidemiologische Basisdaten sowie Bevölkerungsprognosen (ST.AT, ÖROK);
- » österreichische Ärzteliste (ab 2006 inkl. Zahnärzteliste) (ÖÄK, ÖZÄK);
- » Anzahl der ärztlichen Vollzeitäquivalente gemäß Regiomed (HVSVT);
- » Ärztekostenstatistik (HVSVT);
- » Krankenanstalten-Kostenstellenstatistik (BMG, KDok);
- » Bettenberichte der österreichischen KA (BMG, KDok);
- » Diagnosen-/Leistungsdokumentation der österr. KA (BMG, KDok);
- » Jahresmeldung für selbstständige Ambulatorien zum Stichtag 31. 12. 2008 (BMG, SAMBA-Erhebung).

Zur Einschätzung der in **sonstigen ärztlichen Berufen** tätigen Personen übermittelten weitere Daten bzw. Informationen die Landessanitätsdirektionen, das BMG, das Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (BMUKK), das Ministerium für Inneres, der HVSVT, die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse und die Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin (AAM).

Für die **Prognoseschätzungen** wurden Daten und Einschätzungen von folgenden Institutionen bzw. Personen zur Verfügung gestellt:

- » ÖÄK,
- » ÖZÄK,
- » HVSVT,
- » BMWF,
- » von Vertreterinnen und Vertretern der Bundesländer bzw. einzelner Krankenanstaltenträger,
- » den Medizinischen Universitäten Wien, Innsbruck und Graz sowie der Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU).

Daten und Informationen wurden des Weiteren dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) bzw. einzelnen regionalen Strukturplänen (RSG) entnommen. GfK

Austria führte außerdem im Auftrag des BMWF in den vergangenen Jahren verschiedene Fragebogenerhebungen unter Medizinabsolventinnen/–absolventen bzw. Medizinstudierenden durch, deren Ergebnisse dem Autorenteam ebenfalls zur Verfügung standen.

Auf die konkreten Inhalte der einzelnen Datenquellen, ggf. aber auch auf deren Besonderheiten in Hinblick auf eine adäquate Interpretation der Ergebnisse wird in den jeweiligen Kapiteln eingegangen.

3 Ergebnisse der Konsenskonferenz

Die Konsenskonferenz hat am 29. April 2010 mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus den folgenden Institutionen stattgefunden:

- » BMG,
- » BMWF,
- » Österreichische Ärztekammer (ÖÄK),
- » Hauptverband der Sozialversicherungsträger,
- » Österreichische Zahnärztekammer,
- » Vertreter/innen der Bundesländer,
- » Bundeskonferenz der Krankenhaus-Manager Österreichs,
- » Medizinische Gesellschaft für Oberösterreich – Projekt MedUni Linz OÖ,
- » Medizinische Universität Wien,
- » Medizinische Universität Graz,
- » Medizinische Universität Innsbruck,
- » Österreichischer Wissenschaftsrat,
- » GÖG/ÖBIG.

Aus den Diskussionsbeiträgen, der Nachbesprechung im Kernteam und der Abstimmung im PLA ergaben sich folgende Richtlinien bzw. zu beachtende Punkte für die weitere Vorgehensweise im Projekt:

Ist-Stands-Darstellung und deren Bewertung, Bedarfsprognose

Die derzeit bestehenden Strukturen und gesetzlichen Rahmenbedingungen bilden den Ausgangspunkt für die Berechnungen. Allfällige absehbare Strukturveränderungen (z. B. auch das künftige Angebot an Krankenanstalten betreffend) können nur in Form von Szenarien im Modell berücksichtigt werden

Für die Ist-Stands-Bewertung kann – insbesondere im intramuralen Bereich – in Bezug auf die bestehenden Regelungen der Frage nachgegangen werden, inwieweit die derzeit vorgehaltenen personellen ärztlichen Ressourcen ausreichend sind oder nicht. Zudem gilt es regionale Unterschiede in den Überlegungen zu berücksichtigen.

Mehrfach wurde ein mögliches Problem hinsichtlich der immer stärker werdenden Aufspaltung in Additiv- und Sonderfächer (auch Umwandlung von Additiv- in Sonderfächer) konstatiert. Dies birgt u. a. die Gefahr, dass aufgrund der faktischen Einengung des Tätigkeitsfeldes ein Ärztemangel induziert wird.

In der Konsenskonferenz wurde angemerkt, dass es im Ist-Stand alle „Miss-Formen“ der Versorgung gibt, also sowohl Unter- und Über- als auch Fehlversorgung. Hierzu

wird festgehalten, dass im Rahmen des gegenständlichen Projekts die Behandlung qualitativer Aspekte („Fehlversorgung“) nicht vorgesehen ist.

Wahlärztinnen-/ärzte

Die Regiomed-Daten lassen ein Erfassen der Wahlärztinnen/-ärzte hinsichtlich ihrer Versorgungswirksamkeit im öffentlichen System derzeit nicht zur Gänze zu, da nicht alle in diesem Sinn versorgungswirksamen Leistungen von den Patientinnen und Patienten auch zur Kostenerstattung eingereicht werden. Allerdings bleibt offen, wie massiv diese Unschärfe in den einzelnen Fachrichtungen tatsächlich ausfällt. Es wurde vorerst beschlossen, die Regiomed-Daten nichtsdestotrotz in ihrer vorliegenden Form als Grundlage heranzuziehen.

Sonstige ärztliche Berufsfelder

Als wichtig genannt wurde in der Konsenskonferenz u. a. der Öffentliche Gesundheitsdienst, da es hier immer schwieriger wird, Stellen nachzubesetzen. Dies ist jedoch nicht auf einen Ärztemangel zurückzuführen, sondern insbesondere auf die schlechte Bezahlung in diesem Bereich.

Die Tätigkeit von Ärztinnen/Ärzten im Bereich Forschung und Lehre wird über die Regelungen im Universitätsgesetz (§ 29 Abs 5 UG 2002) bzw. die zwischen den medizinischen Universitäten und den Rechtsträgern der Krankenanstalten abzuschließenden Vereinbarungen über die Zusammenarbeit quantitativ eingegrenzt.

Bei Ärztinnen/Ärzten bzw. Medizinstudiums-Absolventinnen/-Absolventen, die in anderen Bereichen (wie etwa Anstellungen in öffentlichen Unternehmen oder in Pharmafirmen) tätig sind, stellt sich nicht nur die Frage nach ihrer Anzahl, sondern generell die Frage, welche Ausbildung tatsächlich für die optimale Erfüllung der jeweiligen Aufgaben notwendig ist.

Rollen/Umfang (anderer) Gesundheitsberufe

Sowohl eine Szenarienanalyse in Bezug auf Aufgabenverschiebungen zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonal als auch eine Szenarienanalyse zur Berücksichtigung allfälliger Verschiebungen von delegierbaren administrativen Tätigkeiten wurden für sinnvoll erachtet. So könnten etwa Stationssekretärinnen/-sekretäre (hierfür bietet die Oberösterreichische Ärztekammer bereits eine Ausbildung an), Ordinationsassistentinnen und -assistenten o. ä. diesen Bereich potenziell abdecken.

Teilzeitfaktor/Work-Life-Balance

Aus der Praxis wird bestätigt, dass viele junge Ärztinnen und Ärzte – im Gegensatz zu früher – ihre Lebensqualität über den Verdienst stellen und bewusst weniger arbeiten bzw. Nachtdienste ablehnen. In den Krankenanstalten ist daher und auch aufgrund des steigenden Anteils an Ärztinnen davon auszugehen, dass die Anzahl an Teilzeitbeschäftigungen steigen wird. In der derzeitigen Situation werden jedoch Dienstposten immer als Volldienstposten kategorisiert. Teilzeit ist dementsprechend nur möglich, wenn sich zwei Ärzte eine Stelle teilen.

Extramural ist im Sozialversicherungsbereich „Job-Sharing“ möglich, d. h., eine Kasernenvertragsstelle kann z. B. durch zwei Ärzte besetzt werden.

In diesem Zusammenhang wird auch die Vermutung geäußert, dass viele Frauen mit Kinderbetreuungspflichten aufgrund der derzeit eingeschränkten Teilzeitmöglichkeiten in Bereiche wie beispielsweise Wellness oder Alternativmedizin abwandern, da sie dort eine größere Flexibilität in Bezug auf die Möglichkeit zur Kinderbetreuung finden. Hier stellt sich die Frage, ob man bei verbessertem Teilzeitangebot bzw. bei einem verbesserten Angebot von Kinderbetreuungseinrichtungen (Öffnungszeiten) und flexiblen Kinderbetreuungsmodellen (z. B. „flying nannies“) diese Personen wieder für ärztliche Tätigkeiten gewinnen kann.

Migration

Die Migration ist als hochrelevanter, wenngleich schwer abschätzbarer Faktor im Projekt mit einzubeziehen. Für Daten bzw. Schätzwerte zur Migration sowohl von Studierenden als auch von Ärztinnen/Ärzten kann zurückgegriffen werden auf eine von GfK Austria durchgeführte Fragebogenerhebung von in- und ausländischen Studierenden der drei österreichischen Medizinuniversitäten der Anfängerkohorten 2005, 2006 und 2007 (Emigration nach dem Studium) sowie auf Daten der ÖÄK (Migration von Ärztinnen/Ärzten).

4 Ist-Stand der ärztlichen Versorgung

4.1 Datengrundlagen

Zur Beschreibung des Ist-Standes der ärztlichen Versorgung in Österreich stehen mehrere Datengrundlagen zur Verfügung. Diese stammen aus unterschiedlichen Quellen und werden weitgehend unabhängig voneinander geführt. Da sich bei Verwendung der verschiedenen Datenquellen in den Detailanalysen in manchen Fällen Inkonsistenzen zeigen, werden im Folgenden die konkreten Inhalte und Besonderheiten der einzelnen Datenquellen aufgezeigt, um eine adäquate Interpretation der Ergebnisse zu gewährleisten.

- » **Österreichische Ärzteliste (ab 2006 inkl. Zahnärzteliste)**
(Quelle: ÖÄK, ÖZÄK)

Gemäß § 27 Ärztegesetz hat die ÖÄK in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern in den Bundesländern eine Liste der zur Berufsausübung berechtigten Ärztinnen/Ärzte und Gruppenpraxen zu führen. Meldepflichtig sind dabei alle Personen, die den ärztlichen Beruf als Arzt für Allgemeinmedizin, approbierter Arzt, Facharzt oder Turnusarzt auszuüben beabsichtigen. Hinsichtlich der Fachrichtungen sind in der Ärzteliste 54 Sonderfächer und 36 Additivfächer gemäß Ärzteausbildungsordnung² erfasst (inkl. alter und neuer Bezeichnungen).

Seit 2006 gilt Vergleichbares für die ÖZÄK. Auch sie hat gemäß § 11 Zahnärztegesetz in Zusammenarbeit mit den Landes Zahnärztekammern eine Liste der zur Berufsausübung berechtigten Angehörigen des zahnärztlichen Berufs zu führen. Dazu zählen insbesondere Fachärzte/Fachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, „neue Zahnärztinnen/Zahnärzte“ (Dr. med. dent.) sowie Dentisten/Dentistinnen.

Die Ärzte- und die Zahnärzteliste werden der GÖG jeweils zum Stichtag 31. Juli und 31. Dezember eines jeden Jahres zur Verfügung gestellt. Um Vergleichbarkeit

2

Die derzeit gültige Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 führt 45 Sonderfächer (§ 10) und 26 Additivfächer (§ 15) an. Zudem sind in der Ärzteliste auch noch ältere Bezeichnungen von Sonder- und Additivfächern für jene Ärztinnen und Ärzte enthalten, die noch zur selbstständigen Berufsausübung in einer in der aktuellen Verordnung nicht mehr vorgesehenen Fachrichtung berechtigt sind (z. B. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie).

mit den übrigen Datenquellen zu gewährleisten, wurde für die nachfolgenden Auswertungen auf die Daten zum Stichtag 31. Dezember 2008 zurückgegriffen.

Besonderheiten zur Interpretation der Daten

Da eine Vielzahl von Ärztinnen/Ärzten mit mehr als einer Fachrichtung in der Ärzteliste eingetragen ist (häufig als Allgemeinmediziner/in und Fachärztin/Facharzt), ist zur Vermeidung von Doppelzählungen auch ein sogenanntes Hauptfach definiert, das jene Fachrichtung bezeichnet, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist. In den nachfolgenden Auswertungen wird jeweils auf diese in der Ärzteliste als „Erstfach“ definierte Fachrichtung Bezug genommen.

Weiters ist darauf hinzuweisen, dass – entgegen der oftmals gängigen Verwendung – der Begriff „Turnusarzt“ in der Ärzteliste nicht nur Personen in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin umfasst, sondern gemäß ÄAO 2006 § 3 Z 8 auch jene Personen, die in der Ausbildung zur Fachärztin / zum Facharzt stehen. Konkret werden in der Ärzteliste all jene in Ausbildung befindlichen Personen als „Turnusärzte“ bezeichnet, die noch nicht das *ius practicandi* besitzen oder es zwar besitzen, aber nicht ausüben. Dies hat jedoch zur Folge, dass unter jenen in Krankenanstalten angestellten Ärztinnen und Ärzten, die als Allgemeinmediziner/innen (oder auch als approbierte Ärzte) geführt werden, teilweise auch Ärzte in Ausbildung zur Fachärztin / zum Facharzt subsumiert sind. Bei Auswertungen, die rein auf den Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK beruhen (siehe 4.2 und 4.3), ist diese Besonderheit bei der Interpretation der Angaben zu berücksichtigen. In allen anderen Fällen werden die aus der Krankenanstaltenstatistik verfügbaren Informationen herangezogen, um die Daten entsprechend zu bereinigen (vgl. dazu auch Ausführungen unter 4.2.1).

Eine weitere Besonderheit betrifft die Zählung von Ärztinnen und Ärzten in den Bundesländerauswertungen. Dabei werden jene Ärztinnen/Ärzte, die in mehreren Bundesländern berufstätig sind (sogenannte „Mehrkammerfälle“), in der regionalen Auswertung in jedem betreffenden Bundesland gezählt, nicht aber in den Angaben für Österreich insgesamt. Da auf diese Weise Mehrfachzählungen vermieden werden, weicht auch die Summe der Bundesländer vom Österreich-Gesamtwert ab.

Auch die Summe aus Wahlärzten und Vertragsärzten ist geringfügig höher als die Anzahl an Ärzten mit Ordination insgesamt, da in einigen Fällen eine Person sowohl als Wahlarzt als auch als Vertragsarzt zu zählen ist. Dies ist dann der Fall, wenn sie in mehr als einem Bundesland eine Ordination hat und nicht in allen Bundesländern ein Kassenvertrag besteht. In der Gesamtsumme scheint diese Person jedoch nur einmal auf (nämlich als Vertragsarzt). Grundsätzlich wird eine Ärztin /

ein Arzt dann als Vertragsarzt gezählt, wenn ein Vertragsverhältnis zu mindestens einem Krankenversicherungsträger besteht (§-2-Kasse, SVA, BVA oder VAEB).

Abweichungen zu den von anderen Datenquellen (z. B. ÖÄK, Statistik Austria) ausgewiesenen Zahlen zum Ärztebestand sind darin begründet, dass seitens der GÖG die Ärztelisten der ÖÄK und der ZÄK zu einem Datenbestand zusammengeführt werden. Im Zuge der damit einhergehenden umfangreichen Plausibilisierungsarbeiten werden die Daten unter anderem um Doppelzählungen und die bereits erwähnten Mehrkammerfälle bereinigt.

» **Krankenanstaltenstatistik** (Quelle: BMG)

Die Krankenanstaltenstatistik stellt die maßgebliche Datengrundlage für den gesamten **intramuralen Bereich** (stationär und spitalsambulant) dar.

Aus der Vielzahl von Datenmeldungen, die seitens der österreichischen Krankenanstalten jährlich an das BMG zu übermitteln sind, ist im Rahmen der vorliegenden Studie insbesondere der Datenbestand **Personal des ärztlichen Dienstes** („Satzart K05“) von Interesse. Darin ist je Krankenhaus und Fachhauptbereich (insgesamt 31 verschiedene Positionen) die Anzahl der Personen sowie – erstmals verpflichtend ab 2008 – der VZÄ (zum Stichtag 31. 12. des Berichtsjahres) anzugeben. Konkret stehen die Angaben für folgende Bereiche zur Verfügung:

- » Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin,
- » Fachärzte/Fachärztinnen,
- » Personen in Ausbildung zum Allgemeinmediziner / zur Allgemeinmedizinerin,
- » Personen in Ausbildung zum Facharzt / zur Fachärztin.

Die ärztlichen Vollzeitäquivalente errechnen sich dabei aus der Anzahl der in Dienstverwendung des Krankenhauses stehenden Ärztinnen/Ärzte (ohne Personal in Karenz, Mutterschaft oder Zivil- bzw. Präsenzdienst), umgerechnet auf Vollzeitbeschäftigung nach Beschäftigungsdauer und Arbeitszeit, wobei hier die in den geltenden gesetzlichen Bestimmungen über die Arbeitszeitregelung bzw. die im Kollektivvertrag festgesetzte Wochenarbeitszeit zum Tragen kommt (s. BMG 2009, Kapitel 9). Die von IFES in den Jahren 2003, 2006 und 2010 im Auftrag der Ärztekammer durchgeführten Erhebungen (im Jahr 2010 Befragung von rd. 2.000 Ärztinnen und Ärzten³) kamen zu dem Ergebnis, dass die durchschnittliche Wochenarbeitszeit rund 55 Stunden beträgt.

3

Siehe dazu http://www.ifes.at/upload/1290022999_PK17112011.pdf.

Problematisch ist derzeit, dass die Datenqualität und die Vollständigkeit der Einträge noch nicht zufriedenstellend sind. So führen etwa nicht alle Krankenanstalten durchgehend in allen Fällen, in denen Personen dokumentiert wurden, auch VZÄ an. Konkret fehlten im Jahr 2008 bei insgesamt 1.773 Personen die Angaben der entsprechenden VZÄ. Um dennoch eine annähernd gültige Gesamtzahl an VZÄ auch für den Krankenanstaltenbereich angeben zu können, wurden die fehlenden VZÄ-Einträge kalkuliert. Dazu wurden die jeweils für FÄ, AM, FÄ in Ausbildung und AM in Ausbildung berechneten Teilzeitfaktoren auf die angegebenen Personenzahlen umgelegt.

Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, dass in der Krankenanstaltenstatistik die Fachrichtungszuordnung anhand der Abteilungsstrukturen der Krankenanstalten erfolgt und nicht wie etwa in der Ärzteliste nach der konkreten Ausbildung der in den jeweiligen Abteilungen tätigen Fachärztinnen und Fachärzte.

» **Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten gemäß Regiomed (HVSVT)**

Da die Ärztelisten reine „Personenzahlen“ und keine Information zum tatsächlichen Tätigkeitsausmaß (Versorgungswirksamkeit) der einzelnen Ärztinnen/Ärzte beinhalten, muss zur Darstellung der ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (kurz: ÄAVE) im **extramuralen Bereich** auf eine andere Datenbasis zurückgegriffen werden, und zwar auf die seitens des HVSVT berechneten Regiomed-Daten. Zum Zeitpunkt der Studiererstellung standen die Daten für das Jahr 2008 zur Verfügung.

Diese werden in der vorliegenden Studie für die Beschreibung folgender extramuraler Bereiche herangezogen:

- » niedergelassene Vertragsärzte/-ärztinnen (Vertragspartner zumindest eines österreichischen Sozialversicherungsträgers),
- » Ärztinnen/Ärzte in Kassenambulatorien,
- » Ärztinnen/Ärzte in Instituten (das sind private, selbstständige Ambulatorien).

Die Regiomed-Darstellung erfolgt getrennt nach 18 Fachrichtungen.

1. AM Allgemeinmedizin
2. AU Augenheilkunde und Optometrie
3. CH Chirurgie (inkl. Plastische Chirurgie und Kinderchirurgie)
4. DER Haut- und Geschlechtskrankheiten
5. GGH Frauenheilkunde und Geburtshilfe
6. HNO Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
7. IM Innere Medizin

8. KI Kinder- und Jugendheilkunde
9. LAB Medizinische und chemische Labordiagnostik (inkl. mikrobiologisch-serologische Labordiagnostik und zytodiagnostische Labors)
10. NEU Neurologie
11. OR Orthopädie und orthopädische Chirurgie
12. PMR Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation
13. PSY Psychiatrie (inkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie)
14. PUL Lungenkrankheiten
15. RAD Radiologie (inkl. medizinische Radiologiediagnostik)
16. UC Unfallchirurgie
17. URO Urologie
18. ZMK Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (inkl. Dentisten und Dr. med. dent.)

Maßgeblich für die Zuordnung des jeweiligen Arztes / der jeweiligen Ärztin zu einer bestimmten Fachrichtung ist der Vertrag mit den SV-Trägern. Diese Zuordnung muss nicht in allen Fällen ident sein mit dem in der Ärzteliste definierten „Erstfach“.

Regiomed beinhaltet daher auch keine Informationen über Additivfächer und jene in der Ärzteliste enthaltenen Sonderfächer, für die es keine bzw. nur sehr selten Verträge im niedergelassenen Bereich gibt. Dazu zählen insbesondere

- » Anästhesiologie und Intensivmedizin,
- » Neurochirurgie,
- » Pathologie
- » sowie sonstige seltene Fächer (z. B. FÄ für Arbeits- und Betriebsmedizin, FÄ für Hygiene und Mikrobiologie, approbierte Ärzte).

Die ÄAVE betreffend Vertragsärztinnen und -ärzte, die in diesen Fachrichtungen tätig sind, wurden anhand der Angaben aus der Ärzteliste und in Analogieschlüssen zur durchschnittlichen Versorgungswirksamkeit von Ärztinnen und Ärzten anderer Fachrichtungen geschätzt.

Da die in Regiomed ebenfalls nicht gesondert ausgewiesenen Fachärztinnen und -ärzte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie nach Angaben des HVSVT vielfach über Verträge im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde verfügen und über diese Fachrichtung abrechnen, wird in weiterer Folge bei Angaben zu ÄAVE die Fachrichtung MKG der Zahnmedizin (FÄ für ZMK, Dentisten und Dr. med. dent) zugerechnet.

Ähnlich verhält es sich mit den FÄ für Nuklearmedizin sowie für Strahlentherapie und Radioonkologie. Diese werden bei Angaben zu ÄAVE der Radiologie zugerechnet.

Jene Vertragsärztinnen und -ärzte, die noch im Kombinationsfach Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie tätig sind, wurden seitens des HVSVT befragt und gemäß ihren eigenen Angaben in Regiomed eindeutig der Fachrichtung Neurologie bzw. Psychiatrie zugeordnet.

Die den Regiomed-Daten zugrundeliegende Berechnungsmethodik (s. BMG/GÖG 2010, 127 f.) wird seitens des HVSVT laufend weiterentwickelt und verfeinert. Dadurch kann die Datenqualität sukzessive verbessert werden, jedoch sind die Daten der einzelnen Jahre nur bedingt miteinander vergleichbar. Daher werden in der vorliegenden Studie auch keine Zeitreihenentwicklungen dargestellt, sondern nur die Zahlen für das Jahr 2008 verwendet.

Grundsätzlich entspricht in der Regiomed-Systematik eine ÄAVE einer/einem durchschnittlich arbeitenden Ärztin/Arzt in Österreich.

Im Bereich der **niedergelassenen Vertragsärztinnen/Vertragsärzte** erfolgt die Berechnung über die Anzahl der e-card-Erstkonsultationen. Im Vergleich zu früheren Jahren, in denen die Berechnung über Abrechnungsvolumina erfolgte, sind dadurch systembedingte bundesländerspezifische Verzerrungen weitgehend ausgeschlossen.

Die Angaben zu den ÄAVE in **Kassenambulatorien** werden direkt von den Sozialversicherungsträgern zur Verfügung gestellt. Im Bereich der privaten **Institute** liegen den Angaben die mit den Sozialversicherungsträgern abgerechneten Beträge zugrunde.

Ebenfalls in Regiomed enthalten sind Angaben zum **Wahlarztbereich**. Hier wird seitens des HVSVT die Versorgungswirksamkeit über die Kostenrückerstattungen der Krankenversicherungsträger ermittelt.

Grundsätzlich lassen sich folgende drei Kategorien von wahlärztlichen Leistungen unterscheiden:

- 1) kassenärztliche Leistungen, die bei einem KV-Träger eingereicht wurden
 - » in Regiomed **enthalten**
- 2) kassenärztliche Leistungen, die nicht bei einem KV-Träger eingereicht wurden
 - » in Regiomed **nicht enthalten**
- 3) nicht kassenärztliche Leistungen
 - » in Regiomed **nicht enthalten**

Die in Regiomed verwendete Berechnungsmethodik hat somit zur Folge, dass wahlärztliche Leistungen der oben genannten Kategorien 2) und 3) nicht berücksichtigt werden, wodurch – unabhängig von der generellen Frage, in wieweit nicht kassenärztliche Leistungen versorgungsrelevant sind – nicht die gesamte Versorgungswirksamkeit von Wahlärztinnen/-ärzten in Regiomed abbildbar ist.

Da über dieses fachrichtungsspezifisch unterschiedliche Ausmaß der Unterschätzung keine konkreten Informationen zur Verfügung stehen, wurden alternativ zur Verwendung der Regiomed-Daten für den Wahlarztbereich **andere Berechnungsvarianten** zur Abschätzung der Versorgungswirksamkeit erarbeitet und diskutiert.

Basierend auf diesen Diskussionsergebnissen wurde seitens des Projektlenkungsausschusses entschieden, den Wahlarztbereich in zwei unterschiedlichen Varianten zu modellieren. Diesen Varianten (für Details dazu siehe Kapitel 4.4.2) liegen zugrunde

- » zum einen jene Wahlarztfaktoren, die im Rahmen eines Projektes zur Bedarfsplanung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Bundesland Salzburg gemeinsam von Vertretern der Salzburger Ärztekammer, der SGKK und des Amtes der Salzburger Landesregierung erarbeitet wurden (s. GÖG/ÖBIG 2009, 6 f.),
 - » zum anderen Angaben aus einer von der Oberösterreichischen Ärztekammer durchgeführten Telefonbefragung sowie weiterführende Einschätzungen der ÖÄK.
- » **Selbstständige Ambulatorien – SAMBA-Erhebung (BMG)**

Zusätzlich zu den Angaben über angestellte Ärztinnen und Ärzte aus der Ärzteliste, in der die Einträge allerdings nicht differenziert nach der genauen Art der Einrichtung erfolgen, in der die Anstellung vorliegt, stehen Zahlen zu den in selbstständigen Ambulatorien tätigen Ärztinnen und Ärzten aus einer in regelmäßigen Abständen seitens des BMG durchgeführten Erhebung zur Verfügung. Die bislang letzte diesbezügliche Erhebung erfolgte zum Stichtag 31. Dezember 2008.

Die Grundlage für die nachfolgende Darstellung des Ärztebestandes anhand der Zählung von „Personen“ (siehe dazu Kapitel 4.2 und 4.3) bilden die Ärztelisten der ÖÄK sowie der ÖZÄK. Die anderen genannten Datenquellen dienen als Grundlage für die Darstellung des Ärztebestandes anhand von ärztlichen Vollzeitäquivalenten (VZÄ) bzw. von ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) (siehe dazu Kapitel 4.4).

Da alle genannten Datenquellen weitgehend unabhängig voneinander geführt und nicht systematisch aufeinander abgestimmt werden, zeigen sich in den Detailanalysen in manchen Fällen Inkonsistenzen. Entsprechende Projekte auf Bundesebene sowie Pilotprojekte in einzelnen Bundesländern zur Harmonisierung der Dokumentation zwischen den verschiedenen Sektoren sind bereits im Laufen. Die genannten Gründe für die teilweise nur eingeschränkte Interpretier- und Vergleichbarkeit der zur Verfügung stehenden Datengrundlagen sind allerdings maßgeblich dafür verantwortlich, dass alle im vorliegenden Bericht dargestellten Bestandsaufnahmen wie auch die

Bedarfsschätzungen nur als möglichst realitätsnahe Angaben von Entwicklungen bzw. Größenordnungen zu verstehen sind, und nicht als exakte Werte.

4.2 Entwicklungstendenzen im Ärztebestand

4.2.1 Entwicklung des Ärztebestandes in den Jahren 2000 bis 2008

Die Gesamtanzahl der **berufstätigen Ärztinnen und Ärzte** (ohne Zahnärztinnen und Zahnärzte) ist zwischen 2000 und 2008 von rd. 30.300 um 22,6 Prozent auf 37.135 angestiegen. Die höchsten absoluten Zuwächse waren in diesem Zeitraum mit +5.100 bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten zu verzeichnen (+24 %). Die Anzahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte stieg um 2.425 (+19 %), die der Wohnsitzärztinnen und -ärzte um rd. 640 (+54 %).

Der Anteil der Wahlärztinnen und Wahlärzte (Ärzte ohne Kassenvertrag) an den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist von 39 Prozent im Jahr 2000 auf 50 Prozent im Jahr 2008 angestiegen, die Zunahme in absoluten Zahlen betrug rd. 2.600 Personen. Demgegenüber ist die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit Kassenvertrag von 8.000 im Jahr 2000 auf 7.967 im Jahr 2008 geringfügig zurückgegangen (-0,4 %; vgl. Tabelle 4.1).

Die **Ärztedichte** ist in diesem Zeitraum gestiegen: Während Österreich im Jahr 2000 insgesamt pro berufstätigem Arzt 264 Einwohner aufgewiesen hatte, waren es im Jahr 2008 224 Einwohner⁴ (-15 %). Bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten reduzierte sich die Anzahl der Einwohner je Arzt von 380 auf 318 (-16 %), bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (Erstordination) von 620 auf 543 (-12 %). Die ärztliche Versorgung ist somit in beiden Bereichen in den vergangenen Jahren dichter geworden.

Die Anzahl der Einwohner je niedergelassenen Arzt mit Kassenvertrag erhöhte sich hingegen um 4,5 Prozent (von 1.001 auf 1.046), das heißt, ein Vertragsarzt hatte im Jahr 2008 im Schnitt mehr Einwohner zu versorgen als vor acht Jahren. Demgegenüber ist die Versorgung im wahlärztlichen Bereich in den vergangenen Jahren deutlich

4

Dieser Angabe liegen folgende Zahlen bzw. Berechnungen zugrunde: 8.331.930 Einwohner / 37.135 berufstätige Ärztinnen/Ärzte = 224 Einwohner pro Arzt. Zur Interpretation: Je geringer die Zahl der Einwohner pro Arzt, das heißt, je weniger Einwohner ein Arzt zu versorgen hat, umso dichter ist die Versorgung mit Ärztinnen/Ärzten.

dichter geworden (Rückgang der Einwohner pro Arzt bei den Wahlärzten von 2000 bis 2008 um 31 % von 1.576 auf 1.082 Einwohner pro Arzt).

Tabelle 4.1:

Entwicklung der Anzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte 2000–2008

Jahr	Alle Ärzte	Ange-stellte Ärzte	Wohn-sitzärzte	Ärzte mit Erst-Ordinati-on	Mit Kassen-vertrag	§-2-Kassen-vertrag	Ohne Kassen-vertrag	Anteil Wahlärzte an ndgl. Ärzten
2000	30.301	21.072	1.179	12.909	8.000	6.978	5.082	39 %
2001	30.793	21.198	1.207	13.483	8.105	7.049	5.546	41 %
2002	32.100	22.258	1.337	13.772	8.159	7.111	5.795	42 %
2003	33.025	22.840	1.435	14.185	8.175	7.139	6.196	44 %
2004	33.974	23.514	1.556	14.520	8.127	7.122	6.592	45 %
2005	34.909	24.370	1.562	14.714	8.055	7.084	6.861	47 %
2006	35.891	25.313	1.709	14.783	7.900	6.999	7.173	49 %
2007	36.625	25.906	1.773	15.014	7.815	6.958	7.512	50 %
2008	37.135	26.167	1.816	15.334	7.967	7.117	7.697	50 %
2000–2008	+22,6 %	+24,2 %	+54,0 %	+18,8 %	-0,4 %	+2,0 %	+51,5 %	

Quellen: ÖÄK, ÖZÄK – Ärztelisten 2000–2008; inklusive Personen in Ausbildung; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

In der Ärzteschaft insgesamt ist der **Frauenanteil** im Betrachtungszeitraum von 37 auf 43 Prozent gestiegen (vgl. Tabelle 4.2).

Die Anzahl der **Turnusärzte** ist in diesem Zeitraum von rd. 5.500 auf rd. 6.700 (um 21 %) gestiegen, wobei der Anstieg bei den Frauen deutlich höher war als bei den Männern – der Frauenanteil stieg von 53 Prozent im Jahr 2000 auf 60 Prozent im Jahr 2008 (vgl. Tabelle 4.3). Bei diesen Angaben ist jedoch wie bereits erwähnt zu berücksichtigen, dass in der Ärzteliste jene in Ausbildung befindlichen Personen, die bereits das *ius practicandi* besitzen und dieses auch ausüben, nicht mehr als Turnusärztinnen/-ärzte, sondern bereits als Allgemeinmediziner/innen geführt werden. Vergleiche mit der Krankenanstaltenstatistik zeigen, dass dies auf nahezu 1.900 Personen zutrifft. Insgesamt waren im Jahr 2008 über 8.000 Personen in einer postpromotionellen Ausbildung in einer österreichischen Krankenanstalt (vgl. Kapitel 4.4.1).

Tabelle 4.2:
Entwicklung der Anzahl berufstätiger Ärztinnen und Ärzte 2000–2008 nach Geschlecht

Jahr	Männer	Frauen	Gesamt	Frauenanteil
2000	19.063	11.238	30.301	37 %
2001	19.243	11.550	30.793	38 %
2002	19.718	12.382	32.100	39 %
2003	20.017	13.008	33.025	39 %
2004	20.314	13.660	33.974	40 %
2005	20.628	14.281	34.909	41 %
2006	20.985	14.906	35.891	42 %
2007	21.132	15.493	36.625	42 %
2008	21.136	15.999	37.135	43 %
2001–2008	+10,9 %	+42,4 %	+22,6 %	

Quellen: ÖÄK, ÖZÄK – Ärztelisten 2000–2008; inklusive Personen in Ausbildung;
GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle 4.3:
Entwicklung der Anzahl an Turnusärztinnen und –ärzten 2000–2008

Jahr	Männer	Frauen	Gesamt	Frauenanteil
2000	2.598	2.913	5.511	53 %
2001	2.479	2.920	5.399	54 %
2002	2.566	3.215	5.781	56 %
2003	2.640	3.374	6.014	56 %
2004	2.613	3.501	6.114	57 %
2005	2.681	3.636	6.317	58 %
2006	2.740	3.714	6.454	58 %
2007	2.624	3.803	6.427	59 %
2008	2.653	4.009	6.662	60 %
2000–2008	+2,1 %	+37,6 %	+20,9 %	

Quellen: ÖÄK, ÖZÄK – Ärztelisten 2000–2008; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

4.2.2 Entwicklung des Zahnärztebestandes in den Jahren 2000 bis 2008

Die Anzahl der berufstätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte ist laut Ärztelisten der ÖÄK bzw. ÖZÄK (ab 2006) zwischen 2000 und 2008 von rd. 3.700 um mehr als 23 Prozent auf 4.600 angestiegen. Im Gegensatz zu den Ärztinnen und Ärzten hat die Anzahl der niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte mit Kassenvertrag zugenommen (um 206 Personen oder rund 8 %). Der Anteil der Wahlzahnärzte an den niedergelassenen Zahnärzten ist aufgrund der noch stärkeren Zunahme der Zahnärztinnen und Zahnärzte ohne Kassenvertrag (um 367 oder 57,5 %) von 20 Prozent im Jahr 2000 auf 27 Prozent im Jahr 2008 gestiegen (vgl. Tabelle 4.4).

Die Anzahl der Einwohner je Zahnärztin/Zahnarzt ist zwischen 2000 und 2008 von 2.148 auf 1.811 (um 16 %) gesunken. Im Gegensatz zu den Ärztinnen und Ärzten ist bei den Zahnärztinnen und Zahnärzten auch die Anzahl an Einwohnern je Zahnarzt mit Kassenvertrag gesunken (um 3 % von 3.012 auf 2.908); die Anzahl an Einwohnern je Wahlzahnarzt ist mit -34 Prozent aber deutlich stärker zurückgegangen (von 12.554 auf 8.290).

Tabelle 4.4:

Entwicklung der Anzahl der berufstätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte 2000–2008

Jahr	Alle Zahnärzte	Angestellte Zahnärzte	Wohnsitz-Zahnärzte	Zahnärzte mit Erst-Ordination	Mit Kassenvertrag	§-2-Kassenvertrag	Ohne Kassenvertrag	Anteil Wahlzahnärzte an ndgl. Zahnärzten
2000	3.729	678	115	3.253	2.659	2.418	638	20 %
2001	3.802	699	136	3.307	2.644	2.402	702	21 %
2002	3.931	768	145	3.363	2.701	2.443	706	21 %
2003	4.023	789	165	3.419	2.726	2.460	742	22 %
2004	4.115	801	196	3.470	2.728	2.462	790	23 %
2005	4.203	809	216	3.530	2.725	2.462	853	24 %
2006	4.541	862	399	3.739	2.897	2.725	940	25 %
2007	4.563	852	426	3.738	2.891	2.720	954	26 %
2008	4.600	887	429	3.763	2.865	2.699	1.005	27 %
2000–2008	+23,4 %	+30,8 %	+273,0 %	+15,7 %	+7,7 %	+11,6 %	+57,5 %	

Quellen: ÖÄK, ÖZÄK – Ärztelisten 2000–2008; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

4.2.3 Entwicklung in den Jahren 2000 bis 2008 nach Fachrichtungen (Hauptfach)

Die höchsten **absoluten Zuwächse** an berufstätigen Ärztinnen und Ärzten zwischen dem Jahr 2000 und dem Jahr 2008 waren bei den Allgemeinmedizinerinnen (+1.569) zu verzeichnen, gefolgt von den Fachärztinnen/-ärzten für Innere Medizin (+634), den Anästhesiologen (+522) und den Fachärztinnen/-ärzten für Neurologie und/oder Psychiatrie (+496).

Die stärksten **relativen Zuwächse** zeigten sich bei den Fachärztinnen/-ärzten für MKG (+316 %), für Strahlentherapie und Radioonkologie (+90 %), für Plastische Chirurgie (+68 %) und für Nuklearmedizin (+63 %). Die Zuwächse bei den übrigen Fachrichtungen streuten zwischen sieben Prozent (Medizinische und chemische Labordiagnostik) und 50 Prozent (Neurochirurgie) (vgl. Tabelle 4.5).

Bei den **Zahnmedizinerinnen** zeigte sich zwischen 2000 und 2008 ein Rückgang bei den Fachärztinnen/-ärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (von 3.548 um 10 % auf 3.188 Personen) und ein starker Anstieg bei den „Dr. med. dent.“ (von 141 im Jahr 2000 auf 999 Personen im Jahr 2008).

Die Entwicklung in ausgewählten Fachrichtungen ist in Tabelle 4.5 dargestellt. Die eindeutige Zuordnung von Ärztinnen/Ärzten, die mit mehr als eine Fachrichtung in der Ärzteliste eingetragen sind, erfolgt über das Kriterium des Hauptfachs. Auf diese Weise werden Doppelzählungen vermieden (für methodische Details dazu siehe 4.1).

Tabelle 4.5:
Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach ausgewählten Fachrichtungen (im Hauptfach) 2000–2008

ausgewählte Fachrichtung	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2000–2008
Allgemeinmedizin	10.650	10.669	10.954	11.153	11.365	11.614	12.014	12.215	12.219	+15 %
Innere Medizin	2.510	2.553	2.658	2.721	2.811	2.881	2.994	3.099	3.144	+25 %
Psychiatrie/Neurologie	1.317	1.356	1.435	1.501	1.577	1.630	1.717	1.773	1.813	+38 %
Anästhesiologie und Intensivmedizin	1.482	1.521	1.597	1.652	1.728	1.795	1.899	1.967	2.004	+35 %
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.199	1.207	1.256	1.297	1.347	1.386	1.434	1.464	1.479	+23 %
Chirurgie	1.094	1.123	1.166	1.205	1.233	1.251	1.297	1.329	1.328	+21 %
Kinder- und Jugendheilkunde	884	892	920	959	979	1.016	1.058	1.085	1.083	+23 %
Radiologie	835	858	890	896	912	944	972	1.012	1.027	+23 %
Unfallchirurgie	673	690	729	755	792	805	844	873	902	+34 %
Augenheilkunde und Optometrie	609	607	624	635	660	683	704	709	729	+20 %
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	508	522	548	566	586	602	632	666	680	+34 %
Haut- und Geschlechtskrankheiten	470	489	513	529	555	568	588	609	626	+33 %
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	454	469	488	502	517	526	537	553	560	+23 %
Urologie	374	377	388	397	403	415	435	448	454	+21 %
Lungenkrankheiten	302	305	314	325	334	336	342	342	351	+16 %
Approbierter Arzt	132	135	134	143	188	202	226	245	239	+81 %
Pathologie	239	247	253	250	252	261	272	275	271	+13 %
Medizinische und chemische Labordiagnostik	197	196	200	210	215	217	215	210	210	+7 %
Physikalische Medizin	170	178	185	188	201	207	217	233	240	+41 %
Nuklearmedizin	57	57	58	65	70	71	82	87	93	+63 %
Neurochirurgie	107	117	122	131	143	141	149	157	161	+50 %
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	43	44	46	54	62	66	176	178	179	+316 %
Plastische Chirurgie	72	75	80	87	97	108	111	118	121	+68 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	-	-	-	-	-	-	-	4	4	-
Strahlentherapie und Radioonkologie	52	60	73	75	84	87	89	94	99	+90 %

Quellen: ÖAK, ÖZÄK - Ärztelisten 2000–2008; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

4.3 Ärztebestand (Personen)

4.3.1 Ärztebestand 2008

Im Jahr 2008 waren laut Ärzteliste der ÖÄK insgesamt 37.088 Ärztinnen und Ärzte berufstätig. Fast zwei Drittel davon sind jünger als 50 Jahre, ein Viertel ist älter als 50 und jünger als 60 Jahre, mehr als ein Zehntel ist 60 Jahre oder älter. Der Frauenanteil nimmt mit zunehmendem Alter stetig ab – bei der Gruppe der unter 30-Jährigen beträgt der Frauenanteil mehr als zwei Drittel, bei den 50- bis 59-Jährigen nur ein Drittel (vgl. Tabelle 4.6). Künftig ist mit einer weiteren Steigerung des Frauenanteils unter den berufstätigen Ärzten insgesamt zu rechnen.

Tabelle 4.6:

Berufstätige Ärzteschaft nach Altersgruppen und Geschlecht 2008
(alle Fachrichtungen im Hauptfach; inkl. Turnusärzte)

Geschlecht	Altersgruppe						Insgesamt
	unter 30 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-69 Jahre	70 Jahre und mehr	
Männer	861	4.218	6.654	6.237	2.619	516	21.105
Frauen	1.711	4.985	5.610	3.019	565	93	15.983
Gesamt	2.572	9.203	12.264	9.256	3.184	609	37.088
% Frauen	67 %	54 %	46 %	33 %	18 %	15 %	43 %
% Altersgruppe	7 %	25 %	33 %	25 %	9 %	2 %	100 %

Quellen: ÖÄK, ÖZÄK – Ärztelisten Dezember 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

4.3.2 Zahnärztebestand 2008

Im Jahr 2008 waren rund 4.260 Personen in Österreich als Zahnmedizinerinnen/Zahnmediziner berufstätig. Weniger als die Hälfte davon sind jünger als 50 Jahre, mehr als ein Drittel ist älter als 50 und jünger als 60 Jahre. Der Anteil der über 59-Jährigen ist bei den Zahnmedizinerinnen/Zahnmedizinern mit rund 14 Prozent höher als bei den Ärztinnen/Ärzten, wo dieser Anteil bei rund 10 Prozent liegt. Der Frauenanteil ist bei den über 59-Jährigen ebenfalls höher als bei der Ärzteschaft (vgl. Tabelle 4.7).

Tabelle 4.7:

Berufstätige Zahnärzteschaft nach Altersgruppen und Geschlecht 2008
(FÄ für ZMK, Dr. med. dent. und Dentisten im Hauptfach)

Geschlecht	Altersgruppe						Insgesamt
	unter 30 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-69 Jahre	70 Jahre und mehr	
Männer	44	255	749	1.038	373	90	2.549
Frauen	99	298	598	564	126	25	1.710
Gesamt	143	553	1.347	1.602	499	115	4.259
% Frauen	69 %	54 %	44 %	35 %	25 %	22 %	40 %
% Altersgruppe	3 %	13 %	32 %	38 %	12 %	3 %	100 %

Quellen: ÖÄK, ÖZÄK – Ärztelisten Dezember 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

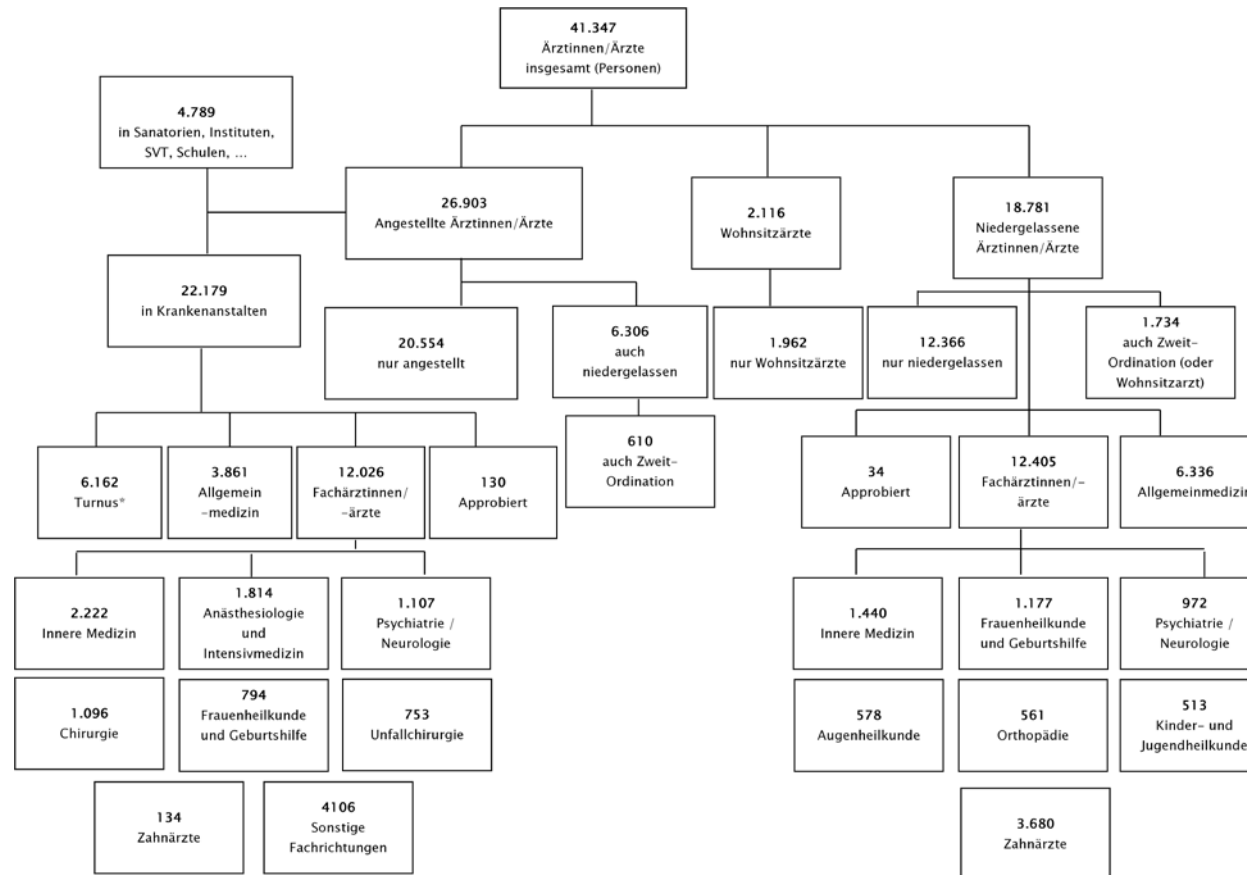
4.3.3 Gesamtstand 2008

Von den insgesamt 41.347 Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/Zahnärzten im Jahr 2008 waren 18.781 im niedergelassenen Bereich tätig, 2.116 als Wohnsitzärzte und 26.903 in einem Angestelltenverhältnis. Insgesamt 6.306 Ärztinnen/Ärzte waren sowohl angestellt als auch niedergelassen tätig (vgl. Abbildung 4.1).

Von den angestellten Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/Zahnärzten arbeitete der überwiegende Teil in Krankenanstalten. Insgesamt 22.179 Personen sind dieser Gruppe zuzuordnen, 12.022 davon als Fachärztinnen/-ärzte.

Wie bereits in Kapitel 4.1 erläutert, umfasst der Begriff „Turnusarzt“ (6.662 Personen) in der Ärzteliste nicht nur Personen in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, sondern auch jene in Ausbildung zur Fachärztin / zum Facharzt. Sollten diese jedoch bereits das *ius practicandi* besitzen und es auch ausüben, so werden sie nicht als Turnusärzte in der Ärzteliste geführt, sondern als Allgemeinmediziner/innen. Das bedeutet aber auch, dass von den in Abbildung 4.1 genannten 3.861 Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner in Krankenanstalten ein großer Teil Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung zum Facharzt / zur Fachärztin sind. Dasselbe gilt für die 130 approbierten Ärztinnen/Ärzte in Krankenanstalten. Insgesamt sind daher deutlich mehr Personen in Ausbildung zum/zur Allgemeinmediziner/in bzw. zum Facharzt / zur Fachärztin an österreichischen Krankenanstalten angestellt, als in der Ärzteliste als Turnusärzte ausgewiesen werden. Laut Angaben der Krankenanstalten selbst (Krankenanstaltenstatistik 2008 des BMG, Personal des ärztlichen Dienstes) waren es im Jahr 2008 insgesamt 8.031 Personen (vgl. Kapitel 4.4.1).

Abbildung 4.1:
Struktur des Ärztebestandes 2008 in Personen



* Entspricht nicht der Gesamtzahl an Turnusärztinnen/-ärzten (6.662), da diese nicht ausschließlich in Krankenanstalten dokumentiert sind.

Quellen: ÖÄK, ÖZÄK – Ärztelisten Dezember 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

4.3.4 Sonstige ärztliche Berufsgruppen

Bestimmte Gruppen von Ärztinnen und Ärzten bzw. ärztlichen Tätigkeiten sind zwar grundsätzlich in der Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer enthalten, dort jedoch nicht lückenlos ausgewiesen. Zu nennen sind hier Schulärztinnen/-ärzte, Betriebsärztinnen/-ärzte, Notärztinnen/-ärzte, Gemeinde- und Sprengelärztinnen/-ärzte bzw. Amtsärztinnen/-ärzte.

Diese Tätigkeiten werden **in vielen Fällen nebenberuflich** ausgeübt, und die jeweiligen Ärztinnen und Ärzte können sich zusätzlich in einem Angestelltenverhältnis befinden oder auch als niedergelassene/r oder Wohnsitzärztin/-arzt tätig sein. Im Folgenden finden sich die dem Ärztegesetz entnehmbaren sowie von der ÖÄK (Ärzteliste) und verschiedenen anderen Auskunftsträgern zur Verfügung gestellten Informationen und Zahlen.

Schulärztinnen/Schulärzte müssen eine abgeschlossene Ausbildung entweder für Allgemeinmedizin oder für Kinder- und Jugendheilkunde besitzen. Es gibt derzeit nach Auskunft des BMUKK insgesamt ca. 2.100 bis 2.500 Schulärztinnen/-ärzte in unterschiedlichsten Beschäftigungsverhältnissen. Die Ärzteliste enthält mit Stand November 2010 insgesamt 903 Ärztinnen/Ärzte, von denen gemeldet ist, dass sie als Schulärzte tätig sind, hiervon 838 Allgemeinmediziner/innen und 65 Fachärztinnen/-ärzte. Eine Ursache für diese Diskrepanz ist laut ÖÄK darin zu suchen, dass viele Gemeinde- und Sprengelärzte im Rahmen ihrer Gemeindearztstätigkeit auch schulärztliche Tätigkeiten ausüben, diese jedoch nicht extra melden. Des Weiteren erfolgen schulärztliche Tätigkeiten manchmal in geringfügigem Ausmaß im Rahmen einer Wohnsitzarzt-Eintragung in der Ärzteliste der ÖÄK und werden dann ebenfalls nicht extra gemeldet.

Arbeitsmediziner/innen müssen nach § 38 ÄrzteG (BGBl I 1998/169 i. d. g. F.) einen anerkannten Ausbildungslehrgang an einer Akademie für Arbeitsmedizin besucht haben. Diesen können neben Ärzten für Allgemeinmedizin sowie Fachärzten auch approbierte Ärzte absolvieren. Mit Stand November 2010 sind in der Ärzteliste der ÖÄK insgesamt 1.906 Ärzte mit einer solchen arbeitsmedizinischen Ausbildung angeführt, davon 1.497 Allgemeinmediziner/innen und 409 Fachärztinnen/-ärzte. Eine Auswertung nach jenen Ärztinnen und Ärzten, bei denen als Dienstgeber ein arbeitsmedizinisches Institut, die AUVA, Einzelunternehmen aus dem nichtmedizinischen Bereich oder öffentliche Stellen angegeben sind, ergibt eine Zahl von etwa 460 Personen, die vermutlich tatsächlich überwiegend arbeitsmedizinisch tätig sind. Laut Österreichischer Akademie für Arbeitsmedizin (AAM) hingegen sind es aktuell rund 2.400 ausgebildete Arbeitsmediziner/innen, mit einem Anteil von 1.500 tatsächlich aktiv in Unternehmen als Arbeitsmediziner/innen Tätigen.

Notärztinnen/-ärzte müssen nach § 40 ÄrzteG einen entsprechenden Lehrgang besuchen. Diesen können ebenfalls sowohl Ärzte für Allgemeinmedizin als auch Fachärzte als auch approbierte Ärzte absolvieren. In der Ärzteliste wird die Berechtigung zur notärztlichen Tätigkeit vermerkt, jedoch nicht die aktuelle Ausübung. Nach Angaben der ÖÄK haben derzeit rund 12.000 Ärztinnen und Ärzte eine solche Berechtigung. Zusätzlich wurden über die Mitglieder des Projektbeirats Auskünfte seitens der einzelnen Bundesländer zur Anzahl der tatsächlich aktiven Notärztinnen/-ärzte eingeholt. Diese Erhebungen ergaben jedoch kein österreichweit vollständiges Bild (vgl. dazu auch Abschnitt 5.10).

Amtsärztinnen/-ärzte sind (in Bezug auf diese Tätigkeit) nicht in der Ärzteliste der ÖÄK enthalten, da keine Eintragungspflicht besteht. Amtsärzte sind laut § 41 ÄrzteG „bei den Sanitätsbehörden hauptberuflich tätige Ärzte, die behördliche Aufgaben zu vollziehen haben“. Als Amtsärzte gelten § 41 zufolge außerdem auch Arbeitsinspektionsärzte und Polizeiärzte. Amtsärzten gleichgestellt sind Militärärzte im Rahmen ihrer Tätigkeit als Amtssachverständige der Militärbehörden.

Zum Aufgabenspektrum von Amtsärztinnen und -ärzten gehören beispielsweise Tätigkeiten im Bereich der Aufsicht und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen, der Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung, des Infektionsschutzes, medizinischen Krisenmanagements oder der Umweltmedizin (BMG 2010).

Eine Umfrage bei den Landessanitätsdirektionen ergab mit Stand 2010 eine Summe von etwa 350 bei den Landessanitätsdirektionen bzw. beim Amt der jeweiligen Landesregierung, den Stadtmagistraten und den Bezirkshauptmannschaften angestellten Amtsärzten, wobei drei Stellen als unbesetzt angegeben wurden. Bei diesen Personen handelt es sich fast ausschließlich um Allgemeinmediziner/innen. Großteils nicht erfasst sind hier jedoch beispielsweise Militär- oder Polizeiärzte. Gleichzeitig sind in den Angaben teilweise auch Schulärztinnen/-ärzte mit enthalten.

Zur Zahl der **Polizeiärztinnen/-ärzte** konnten jedoch Zahlen vom Bundesministerium für Inneres erfragt werden. Demnach sind in Summe 102 Allgemeinmediziner und 31 Fachärzte im Innenministerium bzw. in den verschiedenen Bundespolizeidirektionen (inkl. der Sicherheitsdirektion Vorarlberg) beschäftigt, und zwar 59 als Beamte oder Vertragsbedienstete (54 Allgemeinmediziner und 5 Fachärzte) und 74 als Honorarärzte.

Gemeinde- und Sprengelärztinnen/-ärzte – sie übernehmen beispielsweise Aufgaben nach dem Epidemiegesetz (BGBl 1950/186 i. d. g. F., § 27 Abs 1) – sind aufgrund unterschiedlicher regionaler Regelungen sowie Änderungen in der Vergangenheit in der Ärzteliste der ÖÄK nur bedingt vollständig enthalten. Sprengelärztliche Tätigkeiten werden teilweise auch von Amtsärztinnen/-ärzten übernommen. Eine Auswertung der

ÖÄK aus der Ärzteliste mit Stand November 2010 ergibt eine Gesamtzahl von 1.031 Gemeinde- bzw. Sprengelärztinnen/-ärzten.

4.4 Ärztebestand in VZÄ/ÄAVE

Für die Abschätzung des künftigen Ärztebedarfs ist es von Interesse, neben den reinen Personenzahlen (siehe Kapitel 4.2 und 4.3) auch deren Tätigkeitsausmaß (Versorgungswirksamkeit) mit zu berücksichtigen und daher die ärztlichen Vollzeitäquivalente (VZÄ; intramural) bzw. die ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE; extramural) zu betrachten.

Der Begriff VZÄ ist in den **Krankenanstalten** über das Beschäftigungsausmaß gemäß Dienstvertrag definiert. Abweichungen davon, die auf Überschreitungen von Arbeitszeitvorschriften zurückzuführen sind, werden nicht berücksichtigt.

Die Bewertung der Versorgungswirksamkeit im **extramuralen Bereich** ist deutlich schwieriger. Konkret wird hier im Bereich der niedergelassenen Vertragsärzte sowie bei den Kassenambulatorien und Instituten auf die Regiomed-Daten des HVSVT zurückgegriffen. Die Details dazu sind in Kapitel 4.1 ausgeführt.

Anders im **wahlärztlichen Bereich**. Da in Regiomed nicht die gesamte Versorgungswirksamkeit von Wahlärztinnen/-ärzten abbildbar ist, wurden alternativ dazu verschiedene andere Berechnungsvarianten zur Abschätzung der Versorgungswirksamkeit von Wahlärztinnen/-ärzten erarbeitet und diskutiert. Basierend auf diesen Diskussionsergebnissen wurde seitens des Projektleitungsausschusses entschieden, diesen Parameter in zwei unterschiedlichen Varianten zu modellieren.

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Begriffe VZÄ bzw. ÄAVE synonym verwendet. Dies ist nicht ganz unkritisch zu sehen, da die Definitionen und Berechnungen der Versorgungswirksamkeit im intra- und extramuralen Bereich auf unterschiedlichen Methoden und Datenquellen beruhen. Der Hauptgrund für diese Divergenz ist naturgemäß darin zu sehen, dass im intra-, aber auch in Teilen des extramuralen Bereiches Angestelltenverhältnisse die Basis für die Bewertung der Versorgungswirksamkeit bilden, während etwa im Vertragsarztbereich die Berechnung über leistungsbezogene Parameter erfolgt (Anzahl der e-card-Erstkontakte). Aufgrund der bestehenden Datenlage ist eine Aussage hinsichtlich der Vergleichbarkeit der beiden Ansätze sowie deren Auswirkung auf die Studienergebnisse zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich. Da es im Sinne einer gesamthaften Betrachtung des Ärztebedarfs jedoch nichtsdestotrotz erforderlich ist, intra- und extramuralen Bereich in einem letzten Schritt zusammenzuführen, erfolgt die gemeinsame Darstellung von VZÄ und ÄAVE auf Basis des vorhandenen Datenmaterials.

4.4.1 Ärztebestand im intramuralen Bereich in VZÄ

Insgesamt waren lt. Krankenanstalten–Statistik (Satzart K05) des BMG (vgl. dazu Kapitel 4.1) im Jahr 2008 knapp 20.000 VZÄ in österreichischen Krankenanstalten beschäftigt, davon 10.700 VZÄ als Fachärztinnen/–ärzte, 1.500 VZÄ als Allgemeinmediziner/innen, und 7.700 VZÄ (39 %) betrafen Personen in Ausbildung zur Allgemeinmediziner/in bzw. zum Facharzt / zur Fachärztin.

Tabelle 4.8:
VZÄ in Krankenanstalten nach Arzttyp (Stand: 31. 12. 2008)

	Personen	VZÄ	Teilzeitfaktor	Anteil VZÄ
Gesamt	21.103	19.893,2	94 %	100 %
Fachärzte/Fachärztinnen	11.393	10.656,3	94 %	54 %
Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin	1.679	1.513,4	90 %	8 %
in Ausbildung zum Facharzt / zur Fachärztin	4.575	4.281,7	94 %	22 %
in Ausbildung zum/zur Allgemeinmediziner/in	3.456	3.441,8	100 %	17 %
Ärztinnen und Ärzte	13.072	12.170	93 %	61 %
in Ausbildung gesamt	8.031	7.723	96 %	39 %

Quelle: BMG – Krankenanstalten–Statistik 2008; GÖG/ÖBIG–eigene Berechnungen und Darstellung

Hinsichtlich der Versorgungsdichte mit VZÄ zeigt Tabelle 4.9, dass österreichweit im Jahr 2008 insgesamt 419 Einwohner auf ein ärztliches Vollzeitäquivalent im intramuralen Bereich kamen.

Tabelle 4.9:
VZÄ in Krankenanstalten nach Bundesland (Stand: 31. 12. 2008)

Bundesland	VZÄ gesamt	VZÄ in Ausbildung	Anteil VZÄ in Ausbildung	VZÄ–Dichte (EW pro Arzt)
Burgenland	442,2	172,9	39 %	635,8
Kärnten	1.246,9	479,1	38 %	450,0
Niederösterreich	2.911,2	1.137,0	39 %	548,6
Oberösterreich	3.044,2	1.244,8	41 %	462,6
Salzburg	1.276,7	493,1	39 %	415,6
Steiermark	3.050,4	1.071,1	35 %	395,3
Tirol	1.794,5	752,6	42 %	392,0
Vorarlberg	646,9	254,5	39 %	566,4
Wien	5.480,3	2.118,2	39 %	306,2
Österreich	19.893,2	7.723,5	39 %	418,8

Quelle: BMG – Krankenanstalten–Statistik 2008; GÖG/ÖBIG–eigene Berechnungen und Darstellung

Im regionalen Vergleich war die Versorgungsdichte erwartungsgemäß in Wien am höchsten, gefolgt von Tirol und der Steiermark. Am niedrigsten ist die Versorgungsdichte mit VZÄ im intramuralen Bereich in den Bundesländern Burgenland, Vorarlberg und Niederösterreich. Der Anteil der in Ausbildung befindlichen VZÄ an den ärztlichen VZÄ insgesamt ist hingegen in allen Bundesländern ähnlich. Nur in Tirol und Oberösterreich ist der Anteil der Auszubildenden etwas höher, während die Steiermark eine vergleichsweise geringe Quote an Ärztinnen und Ärzten in Ausbildung aufweist.

Tabelle 4.10:

VZÄ in Krankenanstalten nach Fachrichtungen (Stand: 31. 12. 2008)

Fachbereich	VZÄ gesamt	VZÄ in Ausbildung		Anteil VZÄ in Ausbildung
INT	2.299,1	608,4	8 %	26 %
KI	986,0	465,1	6 %	47 %
KCH	116,0	49,5	1 %	43 %
KJP	83,3	32,4	0 %	39 %
CH	1.981,9	886,7	11 %	45 %
NC	206,9	65,9	1 %	32 %
IM	4.020,3	1.842,6	24 %	46 %
GGH	1.247,0	540,4	7 %	43 %
NEU	860,8	353,8	5 %	41 %
PSY	1.041,8	412,6	5 %	40 %
DER	357,4	195,4	3 %	55 %
AU	409,3	169,3	2 %	41 %
HNO	438,4	186,0	2 %	42 %
URO	432,3	167,0	2 %	39 %
PCH	112,9	47,5	1 %	42 %
PUL	284,7	115,9	2 %	41 %
OR	673,7	252,6	3 %	37 %
UC	1.329,7	519,3	7 %	39 %
MKG	241,8	73,1	1 %	30 %
SRN	1.170,8	371,7	5 %	32 %
GEM	964,9	195,2	3 %	20 %
PMR	172,8	48,3	1 %	28 %
PAT	275,7	83,8	1 %	30 %
LAB	185,8	40,9	1 %	22 %
Gesamt	19.893,2	7.723,5	100 %	39 %

Quelle: BMG – Krankenanstalten-Statistik 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Die meisten ärztlichen VZÄ waren dabei in der Inneren Medizin tätig (rd. 4.000 VZÄ), gefolgt von der Intensivmedizin sowie der Chirurgie (vgl. Tabelle 4.10). Auch von den

in Ausbildung befindlichen VZÄ findet sich der mit Abstand höchste Anteil in der Inneren Medizin (24 %), gefolgt von der Chirurgie (11 %).

4.4.2 Ärztebestand im extramuralen Bereich in ÄAVE

Zur Abschätzung der im Jahr 2008 tätigen ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten im extramuralen Bereich wurde für die **niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte** sowie für die in **selbstständigen Ambulatorien** (Kassenambulatorien und privaten Instituten) tätigen Ärztinnen und Ärzte Regiomed als Datenquelle herangezogen (siehe dazu auch Kapitel 4.1).

Für den **Wahlarztbereich** wurden alternativ zur Verwendung der Regiomed-Daten andere Berechnungsvarianten zur Abschätzung der Versorgungswirksamkeit erarbeitet, wobei letztendlich seitens des Projektleitungsausschusses entschieden wurde, diesen Parameter in zwei unterschiedlichen Varianten zu modellieren. Konkret liegen diesen beiden Berechnungsvarianten folgende Annahmen zugrunde:

Variante WA1:

Dieser Variante liegen Annahmen zugrunde, die im Rahmen eines Projektes zur Bedarfsplanung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Bundesland Salzburg erarbeitet wurden (s. GÖG/ÖBIG 2009, 6 f.).

- » Der **Gewichtungsfaktor** zur Abschätzung der Versorgungswirksamkeit der Wahlärztinnen/-ärzte (gemäß Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK insgesamt 8.154 Personen im Dezember 2008) für sogenannte „**reine**“ **Wahlärztinnen und -ärzte**, also jene Wahlärztinnen und Wahlärzte, die nicht gleichzeitig auch in einem Anstellungsverhältnis tätig sind (3.447 Personen im Dezember 2008), sowie für **teilzeitangestellte Wahlärzte** wurde mit **zehn Prozent** angesetzt.
- » Ausnahmen bilden die Fachrichtungen **Gynäkologie und Geburtshilfe** (20 %) sowie die **Physikalische Medizin** und die **Zahnmedizin** (jeweils 50 %), da in diesen Fachrichtungen von einer höheren Versorgungswirksamkeit der Wahlärztinnen/-ärzte auszugehen ist.
- » Anders die **Allgemeinmedizin**. Hier ist davon auszugehen, dass die Versorgungswirksamkeit der Wahlärztinnen/-ärzte deutlich geringer ist als im fachärztlichen Bereich, sodass hier ein Faktor von zwei Prozent angesetzt wird.
- » Da keine flächendeckenden Informationen darüber zur Verfügung stehen, in welchem Ausmaß Ärztinnen und Ärzte neben ihrer wahlärztlichen Tätigkeit auch angestellt arbeiten, wird weiters von der Annahme ausgegangen, dass nur ein Viertel jener Wahlärztinnen und Wahlärzte, die auch angestellt tätig sind (4.707 Personen im Dezember 2008), einer Vollzeitanstellung nachgehen.

75 Prozent der angestellt tätigen Wahlärztinnen/-ärzte werden somit – zusätzlich zu den reinen Wahlärztinnen/-ärzten – in den weiteren Analysen berücksichtigt.

- » Insgesamt gehen in die Berechnungen der Wahlarztvariante 1 somit knapp 7.000 Köpfe für das Jahr 2008 ein.
- » Nicht berücksichtigt werden Wahlärztinnen/-ärzte mit gleichzeitiger Vollzeit-anstellung (ausgehend von den zuvor beschriebenen Annahmen sind dies rund 1.200), da hier davon auszugehen ist, dass diese Ärztinnen und Ärzte primär im Rahmen ihres Anstellungsverhältnisses versorgungswirksam werden und über die Bedarfsschätzung des intramuralen Bereiches in die Studienergebnisse einfließen.

Variante WA2:

Dieser Variante liegen die Ergebnisse einer von der Ärztekammer für Oberösterreich durchgeführten Telefonbefragung von Wahlärztinnen/-ärzten zugrunde. Nach Auskunft der ÄK für Oberösterreich wurden im Rahmen dieser Befragung im ersten Halbjahr 2010 jeweils 3 hauptberufliche Wahlärztinnen/-ärzte der Fachrichtungen AU, DER, GGH, HNO, IM, NEU und PUL sowie 3 Allgemeinmediziner/innen kontaktiert. Um regionale Unterschiede mit zu berücksichtigen, wurde je Fachrichtung eine Ärztin/ein Arzt aus Linz, aus einer Stadt mittlerer Größe und aus einer kleinen Gemeinde gewählt. Zur Einschätzung der Versorgungswirksamkeit im Vergleich zu einer Vertragsärztin/einem Vertragsarzt wurde die jeweilige Anzahl der Patienten pro Monat heran gezogen.

Basis für die Berechnungen in der vorliegenden Studie bilden die sogenannten „reinen“ **Wahlärztinnen und -ärzte**, also Personen, die ausschließlich im Wahlarztbereich und nicht gleichzeitig auch angestellt tätig sind (3.447 Personen im Dezember 2008).

- » Entsprechend den Ergebnissen der Telefonbefragung (Durchschnitt über alle befragten Fachrichtungen) wird für die reinen **Wahlfachärzte** eine Versorgungswirksamkeit von **84 Prozent** zugrunde gelegt.
- » Im Bereich der **Allgemeinmedizin** ist davon auszugehen, dass die Versorgungswirksamkeit deutlich geringer ist. Hier wird seitens der Österreichischen Ärztekammer von einer Versorgungswirksamkeit von **30 Prozent** ausgegangen.

Insgesamt waren im Jahr 2008 in Österreich – je nach Wahlarztvariante –

- » rund 11.400 ÄAVE (Variante WA1) bzw. 12.600 ÄAVE (Variante WA2) im extramuralen Bereich beschäftigt,
- » der überwiegende Teil davon (rund 9.800 ÄAVE) im Bereich der niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte,
- » rund 700 ÄAVE in selbstständigen Ambulatorien,

- » und rund 960 ÄAVE (Variante WA1) bzw. 2.100 ÄAVE (Variante WA2) entfallen auf den Wahlarztbereich (siehe Tabelle 4.11).

Das bedeutet, dass je nach Wahlarztvariante

- » 86 bzw. 78 Prozent aller ÄAVE im extramuralen Bereich auf die vertragsärztliche Versorgung entfallen,
- » rund 6 Prozent auf den Bereich der selbstständigen Ambulatorien
- » und 8 bzw. 17 Prozent auf den Wahlarztbereich.

Selbstständige Ambulatorien (und hier vor allem private Ambulatorien) spielen vor allem in der Physikalischen Medizin eine maßgebliche Rolle. Dort stellen sie gut zwei Drittel der ÄAVE im extramuralen Bereich. Nennenswerte Anteile dieses Segments sind ansonsten nur noch in der Pathologie (rund ein Drittel der gesamten extramuralen ÄAVE) und in der Labormedizin (rund ein Fünftel) zu finden.

Der **Wahlarztbereich** ist insbesondere in den Fachrichtungen Unfallchirurgie, Neurochirurgie und der Chirurgie allgemein von überdurchschnittlich hoher Bedeutung, aber auch in der Anästhesiologie (vorwiegend Schmerztherapie) und in der Psychiatrie.

Fachrichtungsspezifisch betrachtet entfallen (je nach Wahlarztvariante)

- » rund 4.000 ÄAVE oder 35 Prozent der ÄAVE im extramuralen Bereich auf Allgemeinmediziner/innen,
- » rund 3.400 / 3.500 ÄAVE oder knapp 30 Prozent auf den Bereich der Zahnmedizin
- » und rund 4.100 / 4.700 ÄAVE oder rund 35 Prozent auf die fachärztliche Versorgung. Am stärksten vertreten sind dabei die Innere Medizin sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit jeweils rund 550 / 600 ÄAVE oder 5 Prozent (siehe Tabelle 4.11).

Vergleicht man die beiden Ergebnisse miteinander, so zeigt sich, dass – bedingt durch die unterschiedlichen Annahmen – in der Wahlarztvariante WA2 um rd. 1.200 ÄAVE mehr ausgewiesen werden als in WA1. Das entspricht einer Differenz von insgesamt zehn Prozent, wobei absolut gesehen die Differenz in der Allgemeinmedizin am höchsten ist (+380 ÄAVE), gefolgt von der Zahnmedizin (+150 ÄAVE) und der Psychiatrie (+110 ÄAVE). In den meisten anderen Fachrichtungen sind die Differenzen absolut gesehen vergleichsweise gering.

Tabelle 4.11:

ÄAVE im extramuralen Bereich nach Fachrichtung und Sektor (2008)

Fachrichtung	Vertragsärzte	Ambulatorien	Var. WA1	Var. WA2	Gesamt Var. 1	Gesamt Var.2
AM	3.968,7	23,7	39,0	420,3	4.031,4	4.412,7
AN ¹	21,3	9,0	20,6	47,9	50,9	78,2
AU	349,2	13,3	16,3	49,6	378,9	412,1
CH	110,7	3,0	44,1	90,7	157,8	204,4
DER	238,6	7,5	19,5	94,1	265,5	340,1
GGH	422,5	12,0	111,6	176,4	546,0	610,8
HNO	229,8	5,8	11,9	26,0	247,5	261,7
IM	433,3	51,6	68,3	132,7	553,2	617,6
KI	279,5	0,9	17,6	63,0	298,1	343,5
LAB	43,0	13,5	2,1	5,9	58,6	62,4
NC ¹	4,6	0,8	5,3	10,1	10,8	15,5
NEU	115,0	4,8	21,6	58,8	141,4	178,7
OR	238,2	5,8	24,0	54,6	267,9	298,5
PAT ¹	17,6	10,0	3,2	5,9	30,8	33,5
PMR	23,2	126,6	41,3	25,2	191,0	175,0
PSY	125,7	8,3	38,0	147,0	172,0	281,0
PUL	139,1	6,0	3,9	9,2	149,0	154,3
SRN	220,7	19,6	12,7	34,4	253,1	274,8
UC	19,4	-	30,7	60,5	50,1	79,9
URO	160,9	4,8	10,0	23,5	175,8	189,3
ZMK	2.645,4	299,8	412,3	565,3	3.357,5	3.510,6
SON ¹	4,6	49,0	6,7	37,8	60,3	91,4
Gesamt ²	9.811,3	675,8	960,3	2.138,9	11.447,3	12.626,0

¹ Geschätzte Angaben (Fachrichtung in Regiomed nicht enthalten)

² Summe weicht aufgrund der ergänzten Fachrichtungen (siehe 1) von der in Regiomed ausgewiesenen Gesamtsumme ab.

Quellen: HVSVT – Regiomed 2008; BMG – SAMBA Erhebung 31. 12. 2008; Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK Dezember 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

4.4.3 Sonstige ärztliche Berufsgruppen

Die bereits in Abschnitt 4.3.4 beschriebenen Berufsgruppen sind in den für die Darstellung der VZÄ/ÄAVE herangezogenen Datenquellen (KA-Statistik, Regiomed) nicht enthalten. Im Folgenden wird versucht, das Tätigkeitsvolumen – soweit Informationen vorliegen – näherungsweise zu erfassen.

Bei den **Schulärztinnen und -ärzten** dürfte ein vergleichsweise hohes Maß an Teilzeit-tätigkeit vorliegen, wobei dies „echte“ Teilzeitarbeit ebenso sein kann wie auch eine zusätzlich zu einer anderen ärztlichen Tätigkeit ausgeführte. Nach Angaben der ÖÄK dürfte für etwas weniger als die Hälfte der in der Ärzteliste als Schulärztinnen/-ärzte gemeldeten Personen (vgl. Abschnitt 4.3.4) die Schularztstätigkeit die einzige Beschäftigung darstellen. Darüber hinaus kann aufgrund des in Abschnitt 4.3.4 Gesagten davon ausgegangen werden, dass es sich bei den etwa 900 in der Ärzteliste auch als solche eingetragenen Schulärztinnen und -ärzten eher um jene handelt, für die diese Tätigkeit einen bedeutenden beruflichen Stellenwert hat (insgesamt wird die Zahl vom BMUKK auf ca. 2.100 bis 2.500 geschätzt).

Bei den **Arbeitsmedizinerinnen/-medizern** ist die Situation hinsichtlich Teilzeit (im Sinne von Nebentätigkeit, auch in Form von Werkverträgen) ähnlich, eventuell sogar noch etwas ausgeprägter als bei den Schulärztinnen/-ärzten (Auskunft der ÖÄK). Laut Angaben der Österreichischen Akademie für Arbeitsmedizin haben von den etwa 1.500 tatsächlich aktiv in Unternehmen als Arbeitsmediziner/innen tätigen Personen etwa 1.000 ein Angestelltenverhältnis zu einem Betrieb oder einem arbeitsmedizinischen Zentrum, die übrigen ein Werkvertragsverhältnis. Etwa 300 arbeiten dabei mehr, die restlichen 1.200 weniger als 20 Stunden pro Woche.

Bei den **Amtsärztinnen und -ärzten** ergab eine Umfrage bei den Landessanitätsdirektionen mit Stand 2010 (bzw. für Oberösterreich 2009) eine Summe von knapp 350 bei den Landessanitätsdirektionen bzw. beim Amt der jeweiligen Landesregierung, den Stadtmagistraten und den Bezirkshauptmannschaften angestellten Amtsärztinnen und -ärzten (vgl. Abschnitt 4.3.4). Die – teilweise geschätzten – Angaben zu VZÄ ergeben dabei in Summe einen Teilzeitfaktor von 87 Prozent.

Bei den **Polizeiärztinnen/-ärzten** lässt sich aufgrund der Angaben aus dem Bundesministerium für Inneres eine Summe von etwa 30 bis 50 VZÄ (entsprechend den 133 als Beamte/Vertragsbedienstete bzw. Honorarärzte tätigen Personen) errechnen.

5 Ärztebedarf

5.1 Methoden der Bedarfsschätzung

Grundsätzlich vorweg: Zur Beantwortung der Frage, ob die derzeitige ärztliche Versorgung im intra- oder extramuralen Bereich bedarfsgerecht ist oder nicht, steht bislang keine Methodik zur Verfügung, die unter nationalen oder auch internationalen Expertinnen und Experten außer Streit gestellt wäre. Die Hauptgründe dafür sind zum einen in der **Vielzahl an Einflussfaktoren** zu sehen, die den tatsächlichen Bedarf beeinflussen, zum anderen im **Fehlen aussagekräftiger Daten** in vielen Teilbereichen.

Dazu kommt, dass der **Begriff des „Bedarfs“** an sich ein sehr umstrittener ist. Generell gilt es zwischen drei verschiedenen Begriffen zu unterscheiden,

- » dem *Bedürfnis*,
- » dem *Bedarf* und
- » der *Inanspruchnahme (Nachfrage)*.

In der fachlichen und politischen Diskussion werden diese Begriffe zwar oftmals synonym verwendet, im Zuge von Planungsprozessen gilt es hier jedoch zu differenzieren.

Im Mittelpunkt einer **„bedarfsgerechten Planung“** stehen die individuellen Bedürfnisse, die subjektiven Wünsche, Interessen und Forderungen der Beteiligten. Diese sind nahezu unbegrenzt und beeinflussbar. Aufgrund der begrenzten monetären und personellen Ressourcen kann jedoch nicht jedem Bedürfnis mit gleicher Priorität und in vollem Umfang nachgekommen werden. Dies umso mehr, als man es in komplexen Systemen wie dem Gesundheitswesen oft mit konkurrierenden oder sich sogar teilweise widersprechenden Bedürfnissen zu tun hat.

Da somit immer nur eine Teilmenge der Bedürfnisse befriedigt werden kann, ist es notwendig, von der individuellen Sichtweise hin zu einer kollektiven und gesamthaften Betrachtung des Systems zu kommen und damit zum Begriff des Bedarfs und in weiterer Folge einer **„bedarfsgerechten Planung“**. Die Grenze, wann nun ein Bedürfnis zum Bedarf wird, ist fließend. Sie steht eng im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Normen und Werten, und die konkrete Feststellung des Bedarfs ist daher auch meist Gegenstand kontroversieller Diskussionen. Letztendlich handelt es sich aber um einen normativen Prozess, um eine Übereinkunft, die es zu treffen gilt und die im Idealfall auf einem Aushandlungsprozess zwischen den einzelnen Standpunkten beruht (vgl. dazu auch Gadow 2005).

Einen **Anhaltspunkt zur Schätzung des Bedarfs** stellt die beobachtete **Inanspruchnahme** dar, die jedoch ihrerseits wieder von einer ganzen Reihe von Faktoren abhängig ist. Es ist davon auszugehen,

- » dass neben der tatsächlichen Nachfrage in manchen Bereichen bislang **nicht gedeckte Bedarfe** bestehen,
- » dass andererseits gewisse Teile der derzeitigen Inanspruchnahme aber auch **angebotsinduziert** sind.

Aus gesundheitspolitischer Sicht kommt hier der Frage des derzeit potenziell nicht gedeckten Bedarfs und damit der Frage nach einem möglicherweise bestehenden Versorgungsdefizit naturgemäß die gewichtigere Rolle zu. Angesichts der begrenzten Ressourcen in einem öffentlichen Gesundheitssystem sind jedoch auch Überlegungen dahingehend erforderlich, inwieweit tatsächlich in allen Teilbereichen die aktuelle Inanspruchnahme mit dem tatsächlichen Bedarf gleichzusetzen ist.

All dies sind Gründe dafür, warum **Bedarfsaussagen immer nur Schätzwerte** darstellen, die als Orientierungshilfen für die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur dienen können. In der konkreten Umsetzung sind diese Schätzwerte dann an den tatsächlichen Gegebenheiten zu überprüfen und laufend zu adaptieren.

Die Ansätze, mit denen dieser Problematik international begegnet wird, sind vielfältig und orientieren sich zumeist an den verfügbaren Daten und Informationen. Da es, wie bereits erwähnt, derzeit für Schätzungen des tatsächlichen Ärztebedarfs keinen „Goldstandard“ gibt, empfiehlt es sich – ausgehend von den momentan verfügbaren Datengrundlagen –, mehrere Methoden zur Anwendung zu bringen und die Ergebnisse einander gegenüberzustellen.

Nachfolgend werden einige dieser **Methoden zur Bedarfsschätzung** erläutert (siehe Spycher 2004, 21 ff.):

» **Epidemiologiebasierte Methode**

Ausgangspunkt dieser Methode ist die Frage, wie viele Ärztinnen und Ärzte aus epidemiologischer Sicht erforderlich sind, um den Bedarf an Gesundheitsleistungen zu decken. Diese Methode setzt voraus, dass detaillierte Mortalitäts- und Morbiditätsinformationen sowie Normen zur Standard-Diagnose und -Behandlung inklusive des damit verbundenen Aufwands für jede Krankheit vorliegen. Da derartige Informationen in Österreich bislang nicht zur Verfügung stehen, kommt diese Methode in der vorliegenden Studie nicht zur Anwendung. Der Erarbeitung von Methoden zur epidemiologiebasierten Bedarfsschätzung wird jedoch in den kommenden Jahren verstärkt Aufmerksamkeit zu schenken sein.

» **Nachfrageorientierte Methode**

Ausgangspunkt dieser Betrachtung ist die tatsächliche **Nachfrage nach Gesundheitsleistungen**. In Österreich stehen diese Angaben getrennt nach Geschlecht und

Alter im intramuralen Bereich flächendeckend und im extramuralen Bereich partiell zur Verfügung. Ausgehend von diesen Informationen werden alters- und geschlechtsspezifische Inanspruchnahmequoten ermittelt, die eine demografische Hochrechnung der Nachfrage für die Zukunft ermöglichen. Der Nachteil dieser Methode ist (insbesondere für den extramuralen Bereich) darin zu sehen, dass damit sowohl die derzeitige Struktur der Inanspruchnahme von Leistungen als auch der Leistungsmix gewissermaßen fixiert und in die Zukunft weitergeschrieben werden. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, die so ermittelten Berechnungsergebnisse mit den Ergebnissen anderer Methoden zu validieren bzw. Expertinnen und Experten dahingehend zu befragen, inwieweit eine derartige Fortschreibung der Inanspruchnahmestrukturen sinnvoll erscheint. Sollte diese Frage mit Nein beantwortet werden, ergibt sich die Folgefrage, welche Adaptionen bei den Annahmen erforderlich sind (z. B. zu erwartende Verschiebungen aus epidemiologischer und medizinisch-technischer Sicht; siehe dazu auch Kapitel 5.7). Für den intramuralen Bereich stehen diesbezügliche Einschätzungen aus den Expertengremien, die im Zuge der Erstellung des ÖSG 2010 getagt haben, zur Verfügung, sodass hier die genannten Nachteile nicht bzw. nur in abgeschwächter Form zum Tragen kommen.

» **Richtwerte-Methode (Manpower-Population Ratio)**

Dieser Ansatz geht von der Vorgabe einer bestimmten erforderlichen Ärztedichte aus, die sich oftmals aus der aktuellen Inanspruchnahme oder aber einfach aus dem derzeit bestehenden Verhältnis zwischen Bevölkerung und der Anzahl an Ärztinnen und Ärzten in den einzelnen Fachrichtungen ergibt. Der Nachteil dieser – wiewohl verbreitetsten – Methode besteht vor allem darin, dass bestehende Strukturen in die Zukunft fortgeschrieben werden. Die Methode wurde daher für den extramuralen Bereich dahingehend adaptiert, dass zwar weiterhin der derzeitige Österreich-Durchschnitt (ohne Wien) als Benchmark herangezogen wird, in weiterer Folge jedoch ein Ausgleich regionaler Disparitäten innerhalb einer Bandbreite von +/-30 Prozent angestrebt wird (vgl. dazu ÖSG 2010, Kapitel 2.2.3).

» **Strukturorientierte Methode**

Diese Methode orientiert sich an bestehenden (bzw. künftig geplanten) Strukturen (z. B. Krankenhäusern) und gibt an, wie viele Ärztinnen und Ärzte zur Aufrechterhaltung dieser Strukturen erforderlich sind. Diese Methode findet vor allem im intramuralen Bereich Anwendung und ist über das KAKuG für verschiedene Typen von Krankenanstalten und Fachrichtungen festgelegt.

» **Zugänglichkeitmethode**

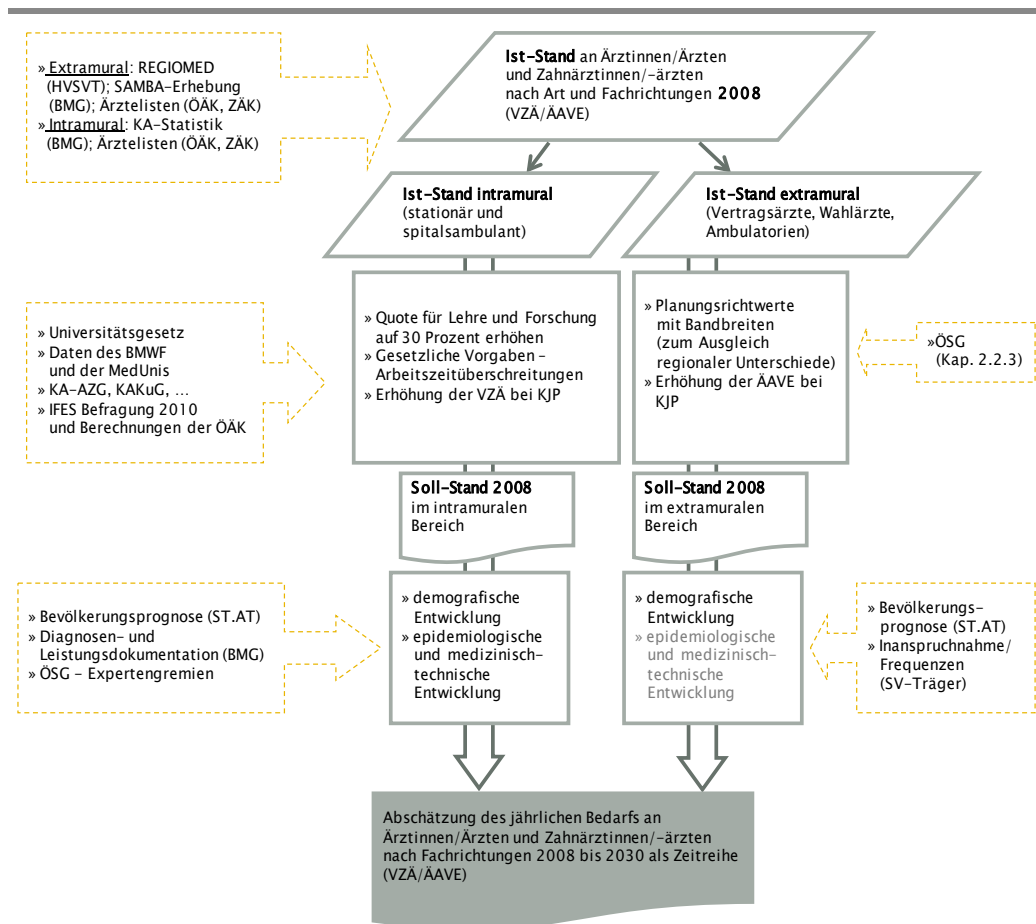
Diese Methode basiert auf der normativen Vorgabe von Mindest erreichbarkeiten. Angaben dazu sind für Österreich grundsätzlich im ÖSG 2010 vorgesehen, können jedoch im extramuralen Bereich erst nach Abschluss der im Rahmen des ÖSG-Projekts laufenden methodisch-wissenschaftlichen Analysen tatsächlich festgelegt werden.

5.2 Das Modell im Überblick

Um zu einer Abschätzung des Ärztebedarfs für die Jahre 2010 bis 2030 zu kommen, wird in der vorliegenden Studie ein zweistufiges Modell zugrunde gelegt, wobei im **ersten Schritt** der derzeitige Ärztebestand, getrennt nach intramuralem und extramuralem Bereich, kritisch hinterfragt und – soweit anhand der vorliegenden Daten möglich – ein vom derzeitigen Ist-Stand abweichender Soll-Stand dargestellt wird, der als Ausgangsbasis für den **zweiten Schritt**, die eigentliche Prognose, dient.

Abbildung 5.1 zeigt detailliert die methodische Vorgehensweise. Erläuterungen zur Abbildung finden sich in den Abschnitten 5.4 bis 5.7.

Abbildung 5.1:
Prognose des Ärztebedarfs



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Grundsätzlich ist anzumerken, dass derzeit für die im ersten Schritt des Modells vorgesehene kritische Bewertung des Ist-Stands kaum gesicherte Informationen zur Verfügung stehen. Insbesondere der Frage einer allfälligen derzeit möglicherweise in manchen Bereich bestehenden **Übersorgung** kann nur sehr eingeschränkt nachgegangen werden (im extramuralen Bereich über die ÖSG-Planungsrichtwerte). Aber auch zur Einschätzung einer allfälligen **Unterversorgung** stehen nur wenige Hinweise zur Verfügung (siehe Abbildung 5.1). Planungsmethoden, die über die derzeitige Inanspruchnahme hinaus auch morbiditätsbasierte Aspekte berücksichtigen, sind derzeit noch Gegenstand nationaler und internationaler Forschung. Im Rahmen des gegenständlichen Projekts generell nicht vorgesehen ist die Behandlung qualitativer Aspekte (**Fehlversorgung**).

5.3 Bevölkerungsstand und künftige Entwicklung

Im **Jahresdurchschnitt 2010** lebten in Österreich rund **8,39 Mio.** Einwohnerinnen und Einwohner. Seit der letzten Volkszählung im Jahr 2001 ist die Bevölkerung somit weiter gewachsen, und zwar von 2001 bis 2010 um vier Prozent. Auch die Alterung der Bevölkerung setzt sich weiter fort. Waren im Jahr 2001 noch sieben Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner Österreichs 75 Jahre und älter, so waren es im Jahr 2010 bereits acht Prozent, Tendenz: weiter steigend. Im Gegensatz dazu ist der Anteil der unter 20-Jährigen rückläufig (2001: 23 %; 2010: 21 %). Absolut gesehen lebten im Jahr 2010 in Österreich rund 673.000 Personen im Alter von über 75 Jahren, 1,5 Mio. Personen waren 65 Jahre und älter.⁵

Dabei ist die weibliche Bevölkerung in Österreich im Durchschnitt älter als die männliche. So waren im Jahresdurchschnitt 2010 zehn Prozent der Österreicherinnen über 75 Jahre alt, aber nur knapp sechs Prozent der Österreicher. Diese Differenz ist jedoch rückläufig, das heißt, die Altersstruktur der Frauen und Männer gleicht sich immer mehr an. Absolut gesehen ist die Zahl der Männer in den letzten Jahren etwas stärker gestiegen (+5 % zwischen 2001 und 2010) als jene der Frauen (+4 %).

Der Anteil der Bevölkerung ohne österreichische Staatsbürgerschaft ist in Österreich seit 2001 von neun Prozent auf elf Prozent im Jahresdurchschnitt 2010 gestiegen. Insgesamt lebten im Jahr 2010 in Österreich rund 910.000 Personen mit einer anderen, als der österreichischen Staatsangehörigkeit. Das entspricht einer Steigerung von 27 Prozent gegenüber 2001, wobei die Zahl der Frauen ohne österreichische Staatsan-

5

Die in 5.1 genannten Daten sind verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html.

gehörigkeit deutlich stärker gestiegen ist (+32 %) als jene der Männer (+22 %). Betrachtet man darüber hinaus alle Personen mit Migrationshintergrund⁶, so erhöht sich diese Zahl auf rund 1,5 Mio. Personen, davon 1,1 Mio. Zuwanderer der ersten Generation und 0,4 Mio. Zuwanderer der zweiten Generation.

Der Bevölkerungszuwachs in Österreich in den vergangenen Jahren ist vor allem auf Zuwanderung zurückzuführen sowie auf eine positive Geburtenbilanz der Bevölkerung ohne österreichische Staatsangehörigkeit. Betrachtet man hingegen die Bevölkerung mit österreichischer Staatsangehörigkeit, so sind sowohl Geburtenbilanz (Geburten minus Sterbefälle) als auch Wanderungsbilanz (Zuwanderung minus Abwanderung) deutlich negativ.

Was die **künftige demografische Entwicklung** in Österreich anlangt, so steht hier die aktuelle „Kleinräumige Bevölkerungsprognose für Österreich 2010 bis 2030 mit Ausblick bis 2050“ der ÖROK aus dem Jahr 2010 zur Verfügung (veröffentlicht am 6. 8. 2010). Zugrunde gelegt wird dabei die Hauptvariante der von der Statistik Austria bereits im Herbst 2009 veröffentlichten Bevölkerungsprognose auf Bundes- und Landesebene. Demnach ist bis zum Jahr 2030 mit einem Anstieg der Gesamtbevölkerungszahl gegenüber 2010 um acht Prozent zu rechnen, wobei die männliche Bevölkerung (+8 %) etwas stärker steigen wird als die weibliche (+7 %).

Diesen Prognosen liegen **Annahmen** über die künftige Entwicklung von Geburten, Sterbefällen und Wanderungsbewegungen zugrunde, wobei diese Annahmen mit jeder Prognose an die aktuell zu beobachtende bzw. in Zukunft zu erwartende Entwicklung angepasst werden. Aus diesem Grund gibt es auch zwischen den Prognosegenerationen in einzelnen Bereichen zum Teil deutliche Abweichungen. Dies bedingt, dass Prognosen aus anderen Bereichen, die stark von der demografischen Entwicklung abhängig sind, wie etwa die Ärztebedarfsprognose, ebenfalls laufenden Änderungen unterworfen sind. Ein Vergleich der nun vorliegenden Ergebnisse mit vorhergehenden Ärztebedarfsprognosen ist daher auch immer unter diesem Gesichtspunkt der sich verändernden Berechnungsgrundlagen zu betrachten. So liegt etwa der Studie „Ärztebedarf und Ärzteausbildungsstellen 2005/2025“ eine Bevölkerungsprognose zugrunde, die davon ausging, dass die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner in Österreich im Jahr 2025 bei rund 8,43 Mio. liegen wird. Der Anteil der über 75-Jährigen wurde für das Jahr 2025 mit 10,6 Prozent prognostiziert, der Anteil der unter 15-Jährigen mit 13,5 Prozent. In der nun vorliegenden Bevölkerungsprognose wird für das Jahr 2025

6

Als Personen mit Migrationshintergrund werden hier Menschen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in weiterer Folge untergliedern in Migrantinnen und Migranten der ersten Generation (Personen, die selbst im Ausland geboren wurden) und in Zuwanderer der zweiten Generation (Kinder von zugewanderten Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind).

von einer Bevölkerungszahl von rund 8,90 Mio. ausgegangen (d. h. um eine halbe Million oder um 5 % mehr an Einwohnerinnen/Einwohnern), wobei der nun prognostizierte Anteil der über 75-jährigen Bevölkerung mit 10,5 Prozent ähnlich hoch ist wie in vorangegangenen Bevölkerungsprognosen. Im Gegensatz zu früheren Prognosen ist nun jedoch davon auszugehen, dass die Zahl der Kinder und Jugendlichen nicht in dem Ausmaß zurückgehen wird wie früher angenommen. Der Anteil der unter 15-Jährigen ist daher zwar auch in der aktuellen Prognose leicht rückläufig, allerdings nicht so stark wie früher, und er wird für das Jahr 2025 mit 14,2 Prozent prognostiziert. Insgesamt gesehen ist somit davon auszugehen, dass allein aufgrund der aktualisierten Bevölkerungsprognose der in der vorliegenden Studie ausgewiesene Ärztebedarf über den Ergebnissen der vorangegangenen Ärztebedarfsstudien liegen wird.

In der aktuellen Prognose wird davon ausgegangen, dass die Zuwanderung nach Österreich auch in den kommenden Jahren weiter in etwa demselben Ausmaß anhalten wird wie bisher, weshalb auch die Bevölkerungszahl insgesamt weiter steigen wird. Die österreichische Bevölkerung wird sich aber auch von der demografischen Struktur her deutlich verändern. Der Hauptgrund für die bevorstehende Alterung der Bevölkerung ist dabei das Vorrücken der Babyboom-Generation in die höheren Altersgruppen, verbunden mit einer weiter steigenden Lebenserwartung.

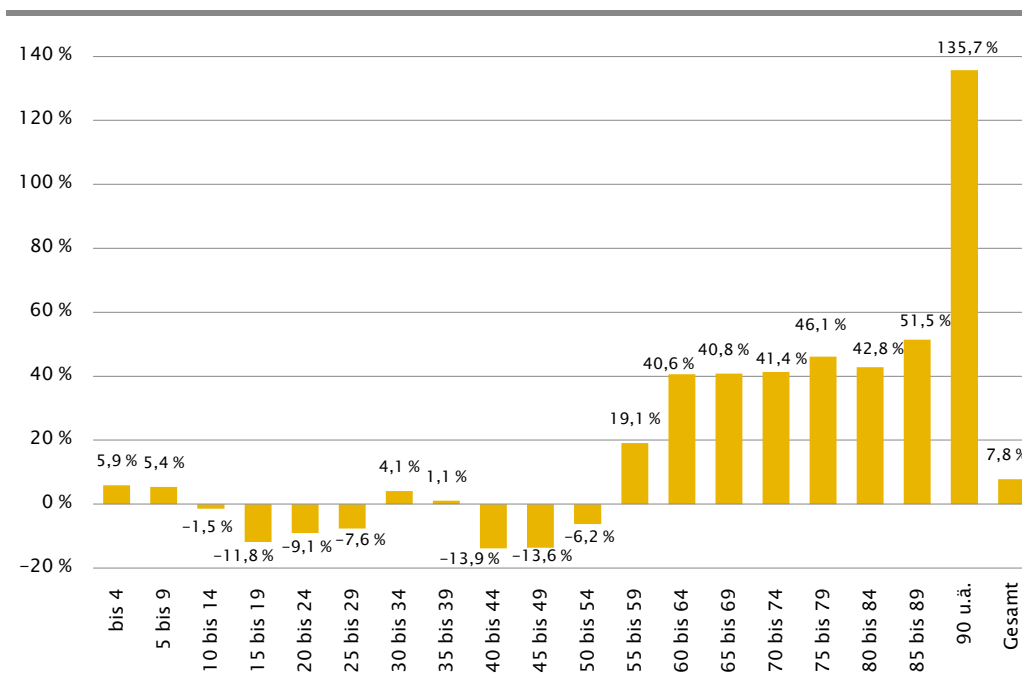
Besonders stark steigen wird dabei die Zahl der **Hochaltrigen**, also die der über 85-Jährigen, und hier wiederum vor allem die Zahl der hochaltrigen Männer. Diese wird aus jetziger Sicht von rund 48.000 Personen im Jahr 2010 auf rund 118.000 Personen im Jahr 2030 steigen (+144 %). Im Vergleich dazu wird die Zahl der hochaltrigen Frauen „nur“ von rund 137.000 Personen im Jahr 2010 auf rund 203.000 im Jahr 2030 steigen (+48 %).

Die Zahl der **Personen im erwerbsfähigen Alter** (20 bis unter 65 Jahre) wird weitgehend konstant bleiben. Über die Jahre betrachtet wird derzeit davon ausgegangen, dass diese Altersgruppe in den kommenden zehn Jahren noch etwas ansteigen wird, danach dürfte aber mit einem leichten Rückgang zu rechnen sein, sodass im Jahr 2030 etwa 5,2 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner zwischen 20 und 64 Jahre alt sein werden.

Für die künftige Entwicklung der Zahl der **Kinder und Jugendlichen** sind neben den Annahmen betreffend die Zuwanderung auch die Annahmen hinsichtlich der kommenden Fertilitätsentwicklung von Bedeutung. Hier wird – auch mit Blick auf die internationale Entwicklung – davon ausgegangen, dass die Fertilitätsrate in Österreich von derzeit 1,4 Kindern pro Frau bis zum Jahr 2030 auf 1,5 Kinder pro Frau steigen wird. Ausgehend von diesen Annahmen wird die Zahl der unter 15-Jährigen noch bis etwa 2013 leicht zurückgehen, um danach wieder etwas anzusteigen. Bis 2030 ist im Vergleich zu 2010 mit einem Plus von drei Prozent zu rechnen. In absoluten Zahlen bedeutet das eine Zahl von rund 1,3 Mio. Kindern und Jugendlichen in Österreich.

Die prognostizierten prozentuellen Veränderungen der Bevölkerungszahl von 2010 bis 2030 nach fünfjährigen Altersgruppen sind in Abbildung 5.2 dargestellt.

Abbildung 5.2:
Prozentuelle Bevölkerungsveränderung von 2010 bis 2030 nach Altersgruppen



Quelle: Statistik Austria – Kleinräumige Bevölkerungsprognose für Österreich 2010–2030; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Da die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in den einzelnen Fachrichtungen sehr stark von der Altersstruktur der Bevölkerung abhängig ist, ergeben sich aufgrund der skizzierten demografischen Entwicklung je nach Fachrichtung gänzlich unterschiedliche Konsequenzen für den künftigen Ärztebedarf. So werden jene Fachrichtungen, die überdurchschnittlich stark von älterer Bevölkerung in Anspruch genommen werden (zum Beispiel Urologie, Innere Medizin und Augenheilkunde), mit einem deutlich steigenden Bedarf zu rechnen haben, während bei Fachrichtungen wie Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendheilkunde mit vergleichsweise geringen quantitativen Veränderungen zu rechnen ist.

5.4 Ärztesollstand intramural 2008 in VZÄ

Ein Mehrbedarf an Fachärztinnen und –ärzten im Vergleich zum derzeitigen Ist-Stand wird im Bereich der Krankenversorgung im Rahmen der **medizinischen Universitäten** angenommen. Derzeit kann die Lehr- und Forschungstätigkeit aufgrund der immer höheren Inanspruchnahme des Universitätspersonals in der Krankenversorgung nur unzureichend wahrgenommen werden. § 29 Abs 5 UG 2002 sieht vor, dass **mindestens 30 Prozent** der Normalarbeitszeit der Universitätsangehörigen, bezogen auf eine Organisationseinheit, für Lehr- und Forschungstätigkeit zur Verfügung stehen sollen. Tatsächlich dürften zurzeit etwa 15 Prozent der Arbeitszeit für diese Tätigkeiten aufgewendet werden. Erreicht werden soll die Erhöhung auf 30 Prozent durch zusätzliches, rein in der Versorgung tätiges ärztliches Personal; die dadurch frei werdende Normalarbeitszeit kann vom Universitätspersonal für Lehre und Forschung genutzt werden.

Das Ausmaß von **Arbeitszeitüberschreitungen** in Krankenhäusern kann als Indiz für einen bestehenden Mangel oder einen nicht adäquaten Einsatz von Spitalsärztinnen/ –ärzten gewertet werden. Angaben zu allen angezeigten Fällen an Arbeitszeitüberschreitungen liegen der ÖÄK vor. Aufgrund dieser Aufzeichnungen ergibt sich den Berechnungen der ÖÄK zufolge ein Plus von 431 VZÄ, das auf die Fachrichtungen CH, AN, IM, GGH und kleine operative Fächer entlang den Ergebnissen einer vom IFES im Jahr 2010 im Auftrag der ÖÄK durchgeführten Erhebung unter Spitalsärztinnen und –ärzten in Österreich (IFES, ÖÄK 2010) aufgeteilt wird.

Bei neu etablierten Sonderfächern kann ein Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten in diesem Hauptfach auftreten. Ein Beispiel ist die **Kinder- und Jugendpsychiatrie**, die auch bereits per Verordnung als Mangelfach definiert ist. Es gibt rund 125 Ärztinnen und Ärzte in den Hauptfächern KI, NEU und PSY, die das Additivfach KJP absolviert haben und die, zumindest teilweise, in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung tätig sind und auch weiterhin tätig sein werden. Trotzdem wird es für eine zukünftige, adäquate Versorgung als notwendig erachtet, die Anzahl der Fachärztinnen und –ärzte für KJP zu erhöhen. Ein Teil der fehlenden VZÄ, die für die intramurale Versorgung im Rahmen einer KJP geplant werden, wird im Soll-Stand 2008 zugeschlagen (40 VZÄ), der Rest linear bis zum Jahr 2020 im Zuge der Prognoserechnung.

Als Ausgangsbasis für die Prognose werden die VZÄ laut Krankenanstaltenstatistik herangezogen. Diese sind allerdings anhand der Abteilungsstrukturen der Krankenanstalten und nicht wie in der Ärzteliste nach der konkreten Ausbildung den Fachrichtungen zugeordnet. Daher werden für die Bedarfsprognose die VZÄ anhand der Verteilung laut Ärzteliste auf die Fachrichtungen umgelegt. Dies gilt z. B. auch für den in der Krankenanstaltenstatistik ausgewiesenen „Gemischten Belag“ (GEM). Diese

Vorgehensweise zieht geringfügige Abweichungen im Vergleich zu den Darstellungen in Kapitel 4 nach sich.

Tabelle 5.1 zeigt, bei Berücksichtigung der erwähnten Faktoren, die Änderungen vom Ist-Stand zum Soll-Stand pro Fachrichtung.

Tabelle 5.1:
Ist-Stand und Soll-Stand fertiger Fachärztinnen/-ärzte und Allgemeinmediziner/innen (VZÄ) intramural 2008 pro Fachbereich

Fachbereich	VZÄ 2008 IST	VZÄ 2008 SOLL	Änderung
AM	1.513	1.513	0,0 %
AN	1.621	1.734	7,0 %
AU	255	262	2,7 %
CH	995	1.120	12,5 %
DER	206	223	8,6 %
GGH	647	693	7,1 %
HNO	266	285	7,3 %
IM	1.914	2.037	6,4 %
KCH	29	31	6,9 %
KI	507	520	2,5 %
KJP	50	92	81,8 %
LAB	94	98	4,0 %
MKG	73	75	2,7 %
NC	122	126	3,5 %
NEU	478	485	1,5 %
NUK	65	66	1,8 %
OR	317	338	6,5 %
PAT	187	193	3,4 %
PCH	60	62	2,8 %
PMR	110	112	1,0 %
PSY	552	559	1,4 %
PUL	168	169	0,5 %
RAD	693	704	1,5 %
SON	194	200	3,3 %
UC	687	730	6,3 %
URO	255	272	6,4 %
ZMK	110	116	5,3 %

Quelle: BMG – KA-Statistik 2008 (KDok) Satzart K05; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

5.5 Prognose des intramuralen Ärztebedarfs bis 2030 in VZÄ

Basierend auf den in Kapitel 5.4 getroffenen Überlegungen und auf dem daraus resultierenden Soll-Stand 2008 wird in diesem Kapitel der Ärztebedarf im intramuralen Bereich für die Jahre bis 2030 vorausgeschätzt. Das hierfür erforderliche Prognosemodell erlaubt die Berücksichtigung verschiedener Einflussfaktoren, wobei in einigen Bereichen aufgrund des Mangels an vergleichbaren Daten bzw. konkreten Einschätzungen für die künftige Entwicklung vereinfachte Annahmen zu treffen sind.

Zu den **Einflussfaktoren** zählen insbesondere

- » die demografische Entwicklung,
- » die alters- und geschlechtsspezifische Inanspruchnahme der Ärztinnen und Ärzte in den einzelnen Fachrichtungen,
- » die sich aus dem medizinisch-technischen Fortschritt und der Epidemiologie ergebenden Entwicklungen,
- » sich ändernde Substitutionseffekte zwischen den verschiedenen Fachrichtungen,
- » Optimierung von Strukturen und Prozessen (wie z. B. Tages-/Wochenklinik, Stationssekretärinnen/-sekretäre und LKF-Dokumentare, nichtärztliche Tätigkeiten, Pflegepersonal).

Den größten Einfluss auf den berechneten zukünftigen Ärztebedarf hat die **demografische Entwicklung** in Österreich. Als Basis für diese demografische Hochrechnung wird neben der Bevölkerungsprognose der ÖROK (vgl. Abschnitt 5.2) die im Jahr 2008 tatsächlich beobachtete alters- und geschlechtsspezifische **Inanspruchnahme** der intramuralen Strukturen und der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte der Fachbereiche herangezogen. Es wird angenommen, dass die Rate der Inanspruchnahme pro Altersgruppe und Geschlecht über den ganzen Prognosezeitraum gleich bleibt. Weiters wird davon ausgegangen, dass die prognostizierte Änderung der gesamten Inanspruchnahme direkt auf den Bedarf an ärztlichen VZÄ übertragen werden kann. Insgesamt ergibt sich dadurch vom Jahr 2010 bis zum Jahr 2030 ein Mehrbedarf an VZÄ von rund 21 Prozent.

Weiters wurde der Einfluss des **medizinisch-technischen Fortschritts und epidemiologischer Entwicklungen** sowie **Substitutionseffekte** zwischen verschiedenen Fachrichtungen in Ansatz gebracht. Basis dafür sind die Faktoren bzw. Trends, die im ÖSG 2010 aufgrund von Expertenschätzungen zur Anwendung kommen. Festzuhalten ist allerdings, dass der Fokus der im ÖSG verwendeten Methodik in erster Linie auf der Entwicklung der stationären Aufenthalte und auf der Entwicklung der Bettenmessziffer liegt.

Da zur Einschätzung des in den nächsten Jahren tatsächlich realisierbaren **Optimierungspotenzials** derzeit keine validen Informationen zur Verfügung stehen, wurde seitens des Projektlenkungsausschusses vereinbart, diesen Einflussfaktor in den vorliegenden Ergebnissen nicht zu berücksichtigen. Auf Ergebnisse zu diesbezüglich durchgeführten Szenarienanalysen wird in Kapitel 9.1 eingegangen.

Ausgehend von den genannten Prämissen errechnet sich insgesamt ein **Mehrbedarf an VZÄ** im intramuralen Bereich im **Zeitraum 2010 bis 2030** von 23 Prozent im fachärztlichen Bereich und von 25 Prozent im Bereich der Allgemeinmedizin. In der Zahnmedizin (inkl. MKG) liegt der geschätzte Mehrbedarf an VZÄ bis zum Jahr 2030 bei 14 Prozent.

Bei den **Turnusärztinnen/-ärzten** wird grundsätzlich auch künftighin von einer gleichbleibend (hohen) Versorgungswirksamkeit ausgegangen. Die jährliche Gesamtzahl tätiger Turnusärztinnen/-ärzte steht dabei ausschließlich in Relation zur Anzahl der vorhandenen und besetzten Ausbildungsplätze bzw. -stellen. Deren Zahl wiederum leitet sich im Idealfall aus dem Bedarf an fertig ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten ab.

5.6 Ärztesollstand extramural 2008 in ÄAVE

Um zu einer Einschätzung dahingehend zu kommen, ob die derzeit bestehende ärztliche Versorgung im extramuralen Bereich bedarfsgerecht ist oder nicht, steht wie erwähnt bis dato keine allgemein anerkannte Methodik zur Verfügung.

Bislang besteht in Österreich auch keine konkrete gesetzliche Definition betreffend eine bedarfsgerechte ärztliche Versorgung im extramuralen Bereich, wenngleich einige Gesetze Hinweise dahingehend liefern, welche Aspekte zu berücksichtigen sind. So haben gemäß § 342 ASVG die zwischen dem Hauptverband und den Ärztekammern abzuschließenden Gesamtverträge unter anderem zu regeln (Z 1 Abs 1): „die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärztinnen und -ärzte (Vertragsgruppenpraxen) unter Bedachtnahme auf die regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) mit dem Ziel, dass unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanten Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse, der Veränderung der Morbidität sowie der Bevölkerungsdichte und -struktur (dynamische Stellenplanung) eine ausreichende ärztliche Versorgung im Sinne des § 338 Abs. 2 erster Satz der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten und deren Angehörigen gesichert ist; in der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei in angemessener Zeit erreichbaren Vertragsärzten oder einem Vertragsarzt und einer Vertragsgruppenpraxis freigestellt sein“. Im Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung werden neben den bereits genannten örtlichen Verhältnissen und den Verkehrsverbindungen das Inanspruchnahmeverhalten und die

Auslastung von bestehenden Leistungsanbietern sowie die Entwicklungstendenzen in der Medizin als maßgebliche Einflussfaktoren genannt (vgl. § 52c Z 2).

Mit dem Beschluss des **ÖSG 2010** (siehe BMG/GÖG 2010, Kapitel 2.2.3) stehen nun erstmals **Planungsrichtwerte** für den ambulanten Bereich zur Verfügung, die als Orientierungsgrößen bei der Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen dienen. Konkret wurden im ÖSG 2010 fachrichtungsspezifische Versorgungsdichte-Soll-Intervalle definiert, welche nun auf Ebene der 32 Versorgungsregionen zum Ansatz kamen, um regionale Unterschiede in der bestehenden Versorgungsdichte auszugleichen. Da sich die Planungsrichtwerte im ÖSG 2010 auf den gesamten ambulanten Bereich, das heißt auf den gesamten extramuralen Bereich sowie auf die Spitalsambulanzen gemeinsam, beziehen, ist es erforderlich, hier weitere Annahmen zu treffen. Aus methodischen Gründen werden die Planungsrichtwerte in der vorliegenden Studie nur auf die Kassenvertragsärzte angewandt. Diese Methodik kann jedoch noch nicht in allen Fachrichtungen zum Einsatz kommen, da noch nicht für alle Fachrichtungen einvernehmliche Versorgungsdichte-Soll-Intervalle im ÖSG 2010 definiert wurden. Insgesamt wurden entsprechende Berechnungen im Sinne einer groben Orientierung für zehn Fachrichtungen vorgenommen, bei denen es in einigen Fällen für Gesamtösterreich zu einer leichten Erhöhung kam, in anderen zu einem leichten Minus.

Für die extramurale **Kinder- und Jugendpsychiatrie** wurden bislang im ÖSG noch keine Planungsrichtwerte definiert. Hier liegen jedoch andere Studien vor, in denen Soll-Werte definiert sind. Ausgehend von diesen Studien wird für die Fachrichtung KJP ein Soll-Wert von 1 Kassenvertragsarzt pro 200.000 Einwohner herangezogen (s. auch ÖBIG 2004). Der so ermittelte Soll-Wert von 42 ÄAVE soll in der Modellrechnung bis zum Jahr 2020 sukzessive erreicht werden.

5.7 Prognose des extramuralen Ärztebedarfs bis 2030 in ÄAVE

Basierend auf den Überlegungen in Kapitel 5.6 und auf dem daraus resultierenden Soll-Stand 2008 wird in diesem Kapitel der Ärztebedarf im extramuralen Bereich für die Jahre bis 2030 vorausgeschätzt. Das hierfür erforderliche Prognosemodell erlaubt die Berücksichtigung verschiedener Einflussfaktoren, wobei – wie schon im intramuralen Bereich (siehe dazu Kapitel 5.5) – in vielen Bereichen aufgrund des Mangels an vergleichbaren Daten bzw. konkreten Einschätzungen für die künftige Entwicklung vereinfachte Annahmen zu treffen sind.

Zu den **Einflussfaktoren** zählen insbesondere

- » die demografische Entwicklung,
- » die künftige alters- und geschlechtsspezifische Inanspruchnahme der Ärztinnen und Ärzte in den einzelnen Fachrichtungen (inkl. epidemiologischer Entwicklungen),
- » die sich aus dem medizinisch-technischen Fortschritt und sich ändernden Substitutionseffekten zwischen den verschiedenen Fachrichtungen ergebenden Entwicklungen sowie
- » die Optimierung von Strukturen und Prozessen.

Was die **demografische Entwicklung** in Österreich anlangt, so ist laut der aktuellsten vorliegenden Bevölkerungsprognose **bis zum Jahr 2030** mit einem Anstieg der Gesamtbevölkerungszahl gegenüber 2010 um **acht Prozent** zu rechnen. Daneben wird sich auch die Alterung der Bevölkerung weiter verstärken, wobei insbesondere die Zahl älterer Männer überdurchschnittlich stark steigen wird (vgl. Kapitel 5.2).

Da die Krankheitslast mit dem Alter deutlich zunimmt, liegen die zu erwartenden Bedarfssteigerungen im Gesundheitsbereich deutlich über der reinen demografischen Entwicklung. Hier gibt es jedoch fachrichtungsspezifische Unterschiede. Während etwa die demografiebedingten Steigerungen bis 2030 in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der Kinder- und Jugendheilkunde, der Pathologie und der Zahnmedizin im einstelligen Bereich bleiben, sind in jenen Fachrichtungen, die verstärkt von älteren Personen in Anspruch genommen werden, wie etwa der Urologie oder der Inneren Medizin, deutlich höhere Zusatzbedarfe zu erwarten. Insgesamt ist aufgrund der demografischen Entwicklung im Zeitraum 2010 bis 2030 mit einer Steigerung der Inanspruchnahme der Ärztinnen und Ärzte im extramuralen Bereich um rd. 15 Prozent zu rechnen. In der Allgemeinmedizin ist der zu erwartende Anstieg mit rund 20 Prozent etwas höher als im Facharztbereich.

All diesen Angaben liegt die Annahme zugrunde, dass die künftigen alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmequoten der österreichischen Bevölkerung im extramuralen Bereich in den einzelnen Fachrichtungen gleich den im Jahr 2007 tatsächlich beobachteten Inanspruchnahmequoten sein werden. Grundsätzlich gehen in eine Bewertung der künftigen Entwicklung dieses Faktors sowohl **epidemiologische** als auch **soziokulturelle Entwicklungen** ein, wie etwa der steigende Bildungsgrad der Bevölkerung, Entwicklungen am Arbeitsmarkt oder der Erfolg von Maßnahmen aus Gesundheitsförderung und Prävention. Besonders häufig wird in diesem Zusammenhang die sogenannte „compression of morbidity“ diskutiert, also die Vermutung, dass zukünftig das Alter, in dem bestimmte (vor allem chronische) Krankheiten auftreten, steigen wird, und dass wir – trotz steigender Lebenserwartung – immer weniger Jahre

in schlechter Gesundheit verbringen werden. Jüngste Ergebnisse der Statistik Austria⁷ deuten jedoch eher darauf hin, dass die Entwicklung in Österreich einem „dynamischen Gleichgewicht“ folgt, d. h., dass die Zahl der Jahre in schlechter Gesundheit etwa konstant bleibt. Da es somit Faktoren gibt, die die künftige alters- und geschlechts-spezifische Inanspruchnahme in einer bestimmten Fachrichtung sowohl erhöhen als auch reduzieren werden, lässt sich hier derzeit keine fundierte Abschätzung der künftigen Entwicklung treffen.

Den nachfolgenden Zahlen liegt neben der Prämisse, dass die im Jahr 2007 beobachteten alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmequoten weiterhin Gültigkeit haben werden, zudem die Annahme zugrunde, dass die prognostizierte Änderung der gesamten Inanspruchnahme direkt auf den Bedarf an ÄAVE übertragen werden kann.

Da der GÖG zur tatsächlichen Inanspruchnahme der Ärztinnen und Ärzte im extramuralen Bereich bislang keine österreichweit flächendeckenden Informationen zur Verfügung stehen, musste hier aus den Ergebnissen einzelner Bundesländer auf Österreich gesamt hochgerechnet werden. Da ein Bundesländervergleich bestätigt, dass die regionalen Ergebnisse in weiten Teilen miteinander vergleichbar sind, sollte der durch diese Hochrechnung entstehende Fehler vernachlässigbar sein.

Im Gegensatz zum intramuralen Bereich liegen für den extramuralen Bereich bislang keine Einschätzungen hinsichtlich der Auswirkungen des **medizinisch-technischen Fortschritts** sowie sich möglicherweise ändernder **Substitutionsbeziehungen** zwischen den Fachrichtungen vor. Daher wurden diese Faktoren im Modell auch nicht berücksichtigt. Ähnliches gilt für allfällige in den nächsten Jahren realisierbare **Struktur- und Prozessoptimierungspotenziale**. Auch dazu stehen im extramuralen Bereich derzeit keine verlässlichen Experteneinschätzungen zur Verfügung, sodass eine Berücksichtigung dieses Einflussfaktors in der vorliegenden Bedarfsschätzung nicht möglich war.

Wie bereits in Kapitel 4.4.2 erläutert, wurde seitens des Projektlenkungsausschusses vereinbart, den Ist-Stand an ÄAVE im Wahlarztbereich in zwei unterschiedlichen Varianten WA1 und WA2 zu modellieren. Demnach liegen auch zwei Prognoseergebnisse für den extramuralen Bereich vor.

7

Vortrag von Johannes Klotz (Statistik Austria) im Rahmen der Österreichischen Statistiktage 2009 (21. September): „Konvergenz oder Divergenz schichtspezifischer Morbidität- und Mortalitätsrisiken? Die Entwicklung von Lebenserwartung und Gesundheitslebenserwartung in Abhängigkeit von der höchsten abgeschlossenen Ausbildung 1981–2006“

Ausgehend von den oben genannten Prämissen errechnet sich – unabhängig von der gewählten Wahlarztvariante – ein **Mehrbedarf an ÄAVE** im extramuralen Bereich bis zum Jahr 2030 (im Vergleich zu 2010)

- » von plus 16 Prozent im fachärztlichen Bereich,
- » von plus 20 Prozent im Bereich der Allgemeinmedizin und
- » von plus 7 Prozent im Bereich der Zahnmedizin.

In absoluten Werten betrachtet ergibt sich dadurch bis zum Jahr 2030 je nach Wahlarztvariante ein Bedarf von rund 13.300 ÄAVE (WA1) bzw. von rund 14.700 ÄAVE (WA2) im extramuralen Bereich.

5.8 Prognose des Gesamtbedarfs bis 2030 in VZÄ/ÄAVE

Fasst man nun die Ergebnisse aus dem intramuralen (siehe Kapitel 5.5) und dem extramuralen Bereich (siehe Kapitel 5.7) zur Abschätzung eines künftigen Gesamtbedarfs an VZÄ/ÄAVE im fachärztlichen, allgemeinmedizinischen und zahnmedizinischen Bereich zusammen, so zeigen sich die in Tabelle 5.2 und Tabelle 5.3 dargestellten Ergebnisse.

Demnach wird die Zahl der geschätzten insgesamt erforderlichen VZÄ/ÄAVE im **fachärztlichen** Bereich ausgehend von den in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Prämissen je nach Wahlarztvariante von rund 15.400 (WA1) bzw. 16.000 (WA2) im Jahr 2010 auf rund 18.700 (WA1) bzw. 19.400 (WA2) bis zum Jahr 2030 steigen. Das entspricht einem Plus von rund **21 Prozent**.

Deutlich weniger stark, nämlich nur um rund **acht Prozent** und damit dem durchschnittlichen Bevölkerungswachstum entsprechend, zeigt sich das Plus an VZÄ/ÄAVE im **zahnmedizinischen** Bereich.

Im Bereich der **Allgemeinmedizin**, der vor allem im extramuralen Bereich maßgeblich die ärztliche Versorgung bestimmt, wird je nach Wahlarztvariante der Bedarf an VZÄ/ÄAVE von rund 5.700 (WA1) bzw. 6.100 (WA2) im Jahr 2010 auf rund 6.900 (WA1) bzw. 7.400 (WA2) im Jahr 2030 steigen. Das entspricht einem Plus von rund **22 Prozent**.

Tabelle 5.2:

Prognostizierter Bedarf an VZÄ/ÄAVE fertiger Fachärzte und Allgemeinmediziner intra- und extramural bis 2030 pro Fachbereich – Wahlarztvariante WA1

Jahr	AM	AN	AU	CH	DER	GGH	HNO	IM	KI	KJP	LAB	NC	NEU	OR	PAT	PMR	PSY	PUL	SRN	UC	URO	Zahn	SON	Gesamt	Gesamt ohne Zahn	Gesamt FA*
2010	5.665	1.819	648	1.400	478	1.245	530	2.605	807	114	159	142	646	598	228	309	751	323	1.052	792	465	3.576	265	24.617	21.040	15.376
2015	5.970	1.918	679	1.476	499	1.275	544	2.734	823	162	164	153	693	641	239	324	800	345	1.127	821	504	3.653	279	25.823	22.170	16.199
2020	6.278	2.029	717	1.549	522	1.293	559	2.873	856	212	169	164	739	684	250	339	841	367	1.202	844	544	3.728	293	27.052	23.325	17.047
2025	6.591	2.143	762	1.622	546	1.290	577	3.096	867	213	174	171	779	716	262	351	872	387	1.272	878	581	3.794	307	28.251	24.457	17.867
2030	6.903	2.253	807	1.692	570	1.286	594	3.322	871	216	178	177	819	746	273	363	905	405	1.334	916	617	3.856	321	29.424	25.567	18.664
Änderung 2010 bis 2030	22 %	24 %	24 %	21 %	19 %	3 %	12 %	28 %	8 %	89 %	12 %	25 %	27 %	25 %	20 %	18 %	21 %	26 %	27 %	16 %	33 %	8 %	21 %	20 %	22 %	21 %

CH inkl. KCH und PCH; Zahn umfasst ZMK, Dr. med. dent., Dentisten und MKG; SRN umfasst Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie; * ohne AM, ZMK/MKG

Quellen: BMG – KA-Statistik 2008 (KDok) Satzart K05; HVSVT – Regiomed 2008; BMG – SAMBA Erhebung 31.12.2008; Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK Dezember 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle 5.3:

Prognostizierter Bedarf an VZÄ/ÄAVE fertiger Fachärzte und Allgemeinmediziner intra- und extramural bis 2030 pro Fachbereich – Wahlarztvariante WA2

Jahr	AM	AN	AU	CH	DER	GGH	HNO	IM	KI	KJP	LAB	NC	NEU	OR	PAT	PMR	PSY	PUL	SRN	UC	URO	Zahn	SON	Gesamt	Gesamt ohne Zahn	Gesamt FA*
2010	6.054	1.847	682	1.448	554	1.310	544	2.671	852	114	162	147	684	629	231	292	862	328	1.074	822	479	3.730	297	25.814	22.083	16.029
2015	6.379	1.947	714	1.526	577	1.342	559	2.805	868	162	168	159	733	674	242	307	915	350	1.150	852	519	3.810	312	27.068	23.258	16.879
2020	6.706	2.060	754	1.602	602	1.360	574	2.949	902	212	173	170	781	718	253	321	959	373	1.226	877	560	3.888	328	28.347	24.459	17.753
2025	7.039	2.174	801	1.676	629	1.357	593	3.176	914	213	178	177	822	752	264	333	993	394	1.296	912	599	3.957	343	29.592	25.635	18.596
2030	7.372	2.286	847	1.748	655	1.352	611	3.406	918	216	183	183	863	783	276	344	1.028	412	1.359	951	636	4.022	358	30.807	26.785	19.413
Änderung 2010 bis 2030	22 %	24 %	24 %	21 %	18 %	3 %	12 %	28 %	8 %	89 %	13 %	25 %	26 %	24 %	20 %	18 %	19 %	25 %	27 %	16 %	33 %	8 %	21 %	19 %	21 %	21 %

CH inkl. KCH und PCH; Zahn umfasst ZMK, Dr. med. dent., Dentisten und MKG; SRN umfasst Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie; * ohne AM, ZMK/MKG

Quellen: BMG – KA-Statistik 2008 (KDok) Satzart K05; HVSVT – Regiomed 2008; BMG – SAMBA Erhebung 31.12.2008; Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK Dezember 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

5.9 Umrechnung von VZÄ/ÄAVE in Köpfe

Die Anzahl der in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten VZÄ/ÄAVE stellt abstrakt das zu erbringende ärztliche Leistungs- bzw. Tätigkeitsvolumen dar. In einem weiteren Schritt gilt es nun festzustellen, von wie vielen Ärztinnen und Ärzten (Köpfen) dieses Leistungsvolumen tatsächlich erbracht werden kann. Der **Teilzeitfaktor** wird grundsätzlich vor allem vom (jetzigen bzw. erwarteten) Ausmaß an Teilzeitarbeit sowie beispielsweise von Karenzzeiten bestimmt. Ebenfalls hier mit berücksichtigt wird die Thematik der Versorgungswirksamkeit der Ärztinnen und Ärzte. Die hier dargestellten Teilzeitfaktoren stellen somit weniger einen arbeitszeitspezifischen Faktor dar als vielmehr eine modelltheoretische Annahme.

Tabelle 5.4 und Tabelle 5.5 zeigen die im Zuge der Berechnung der vorliegenden Ergebnisse verwendeten fachrichtungsspezifischen Teilzeitfaktoren. Diese wurden für den **intramuralen** und den **vertragsärztlichen** extramuralen Bereich überwiegend aus der im Jahr 2008 bestehenden Relation zwischen VZÄ bzw. ÄAVE und Köpfen gewonnen. Hauptdatenquellen sind hier die KA-Statistik des BMG, Regiomed des HVSVT und die Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK.

Im **Wahlarztbereich** erfolgt die Berechnung des aktuellen Teilzeitfaktors aus einer fachrichtungsspezifischen Gegenüberstellung der im Jahr 2008 ausschließlich im Wahlarztbereich tätigen Ärztinnen und Ärzte („reine Wahlärzte“) mit den entsprechend der jeweiligen Wahlarztvariante erzielten ÄAVE-Schätzungen (siehe Kapitel 4.4.2 und Tabelle 5.6). Längerfristig wird dieselbe Relation wie im vertragsärztlichen Bereich unterlegt (lineare Erhöhung bis zum Jahr 2020).

Bei den in **selbstständigen Ambulatorien** tätigen Ärztinnen und Ärzten wurden die Ärzte-Kopfzahlen aus der zuletzt zum Stichtag 31. 12. 2008 durchgeführten Erhebung des BMG (SAMBA-Erhebung) ermittelt.

Tabelle 5.4:
VZÄ vs. Köpfe – intramuraler Bereich

Teilzeitfaktor	AM	AN	AU	CH	DER	GGH	HNO	IM	KI	KJP	LAB	NC	NEU	NUK	OR	PAT	PMR	PSY	PUL	RAD	SON	UC	URO	ZMK
intramural	76 %	89 %	82 %	90 %	83 %	82 %	85 %	86 %	89 %	85 %	77 %	88 %	91 %	90 %	82 %	90 %	82 %	94 %	91 %	90 %	87 %	91 %	90 %	82 %

Quellen: BMG – KA-Statistik 2008 (KDok) Satzart K05; Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle 5.5:
ÄAVE vs. Köpfe – extramuraler Bereich

	AM	AN	AU	CH	DER	GGH	HNO	IM	KI	KJP	LAB	NC	NEU	OR	PAT	PMR	PSY	PUL	SRN	UC	URO	ZMK	SON	Gesamt
Niedergelassener Bereich	94%	92%	92%	75%	91%	84%	93%	74%	92%	94%	100%	92%	91%	91%	92%	80%	94%	95%	100%	65%	85%	96%	92%	92%
Ambulatorien/ Institute	3%	23%	48%	12%	27%	28%	32%	23%	1%	n. v.	33%	23%	10%	18%	23%	n. s.	6%	17%	18%	n. v.	44%	84%	23%	27%

Quellen: HVSVT – REGIOMED 2008; Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK Dezember 2008; BMG – SAMBA Erhebung 31. 12. 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle 5.6:
ÄAVE vs. reine Wahlarzt-Köpfe 2008

	AM	AN	AU	CH	DER	GGH	HNO	IM	KI	KJP	LAB	NC	NEU	OR	PAT	PMR	PSY	PUL	SRN	UC	URO	ZMK	SON	Gesamt
Wahlarztvariante WA1	3%	36%	28%	41%	17%	53%	38%	43%	24%	n. v.	29%	44%	31%	37%	45%	100%	22%	35%	31%	43%	36%	61%	15%	28%
Wahlarztvariante WA2	30%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	n. v.	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	84%	62%

Quellen: Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK Dezember 2008; Annahmen gemäß Wahlarztvariante; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

5.10 Bedarf in sonstigen ärztlichen Berufsfeldern

Die bisher dargestellten Überlegungen zum Ärztebedarf inkludieren noch nicht den Bedarf an in sonstigen ärztlichen Berufsfeldern tätigen Ärztinnen und Ärzten. Hier sind die Schulärztinnen/-ärzte, Betriebsärztinnen/-ärzte, Notärztinnen/-ärzte, Gemeinde- und Sprengelärztinnen/-ärzte bzw. Amtsärztinnen/-ärzte, Polizei- sowie Heeres- und Militärärztinnen und -ärzte zu nennen.

Diese Tätigkeiten werden in vielen Fällen (siehe Kapitel 4.3.4 und 4.4.3) nebenberuflich ausgeübt, und die jeweiligen Ärztinnen und Ärzte können sich zusätzlich in einem Angestelltenverhältnis befinden oder auch niedergelassener oder Wohnsitzarzt sein. Wie bereits dargestellt, stößt die Erfassung dieser Berufsgruppen in Köpfen wie auch in VZÄ/ÄAVE an Grenzen und ist mit nicht unerheblichem Rechercheaufwand verbunden. Dies deshalb, da die Eintragungen in der Ärzteliste diese Bereiche eher lückenhaft erfassen und sie in den für die Darstellung der VZÄ verfügbaren Datengrundlagen gar nicht enthalten sind.

Versucht man nichtsdestotrotz einen Bedarf nach der von diesen Berufsgruppen ausgeübten ärztlichen Tätigkeit quantitativ festzumachen, so wird in den meisten Fällen eine Fortschreibung des Ist-Standes, soweit als Zahl vorhanden, die Methode der Wahl sein. In einigen Fällen, wie dem Bereich der Arbeitsmedizin sowie des Schul- und Notarztwesens, kann aufgrund der existierenden gesetzlichen Vorschriften näherungsweise ein Bedarf an VZÄ geschätzt werden.

Arbeitsmedizin: Im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, 7. Abschnitt, sind die sogenannten Präventivdienste geregelt, diese umfassen die Betreuung durch Sicherheitsfachkräfte und Arbeitsmediziner/innen. Gesondert geregelt werden Betriebe mit bis zu 50 Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmern (AN). Hier sind regelmäßige Begehungen vorgesehen, in Arbeitsstätten mit 1 bis 10 AN mindestens einmal in zwei Kalenderjahren, in Arbeitsstätten mit 11 bis 50 AN mindestens einmal im Kalenderjahr (§ 77a). Das AUVASicher-Modell sieht dabei für Arbeitsstätten mit bis zu zehn AN zwei Stunden alle zwei Jahre vor, für solche mit 11 bis 20 AN vier und für Betriebe mit 21 bis 50 AN acht Stunden pro Jahr. Davon entfallen jeweils 40 Prozent auf den Arbeitsmediziner. Bei Betrieben mit über 50 AN gilt die sogenannte Präventionszeit (§ 82a) mit 1,2 bis 1,5 Stunden pro AN und Jahr, von der zwischen 35 und 60 Prozent auf den Arbeitsmediziner entfallen. Bei Unternehme(r)n ohne eigene Angestellte ist eine arbeitsmedizinische Betreuung gesetzlich nicht verpflichtend.

Nach Einschätzung der AAM ist bei den Unternehmen mit über 50 AN davon auszugehen, dass die gesetzlich geforderte arbeitsmedizinische Versorgung geleistet ist. Bei

den Betrieben mit bis zu 50 AN sei rund ein Viertel nicht versorgt. Bei rund 290.000 Betrieben mit 0 bis 49 AN (Quelle: WKO) resultiert daraus ein Zusatzbedarf von geschätzt 15 bis 20 arbeitsmedizinischen Vollzeitäquivalenten. (Unterstellt wird die Annahme, dass der Anteil unterversorgter Unternehmen gleichmäßig in allen Beschäftigtengrößen zu finden ist. Die niedrigere Zahl exkludiert die rund 150.000 Unternehmen, die keine eigenen Angestellten haben.)

Notärztinnen/–ärzte: Eine Abschätzung des Bedarfs an Notärztinnen/–ärzten anhand der Anzahl der bodengebundenen bzw. Hubschrauber–Stützpunkte und deren Bereitschaftszeiten⁸ dürfte den Bedarf bereits zum Großteil erfassen. Nach Auskunft des Competence Center Transportwesen der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse gibt es in Österreich derzeit 103 Notarztwagen–, 56 Notarzteinsatzfahrzeug– und 36 Notarzhubschrauber–Stützpunkte. Für die Besetzung der Notarztwagen bzw. –einsatzfahrzeug wurden 24 mal 7 mal 52 Stunden angesetzt, für die Besetzung der Hubschrauber–Stützpunkte näherungsweise die Hälfte dieser Summe (Besetzung zu Tageslichtzeiten). In Summe ergibt sich daraus ein Gesamtbedarf an 1.546.272 Arbeitsstunden pro Jahr bzw. bei Annahme eines für eine Vollzeitkraft jährlich leistbaren Stundenvolumens von 1.680 Stunden von 920 VZÄ.

Schulärztinnen/–ärzte: Grundsätzlich muss jede Schule über einen Schularzt verfügen. Im Jahr 2008/2009 gab es in Österreich ca. 6.000 Schulen mit über einer Million Schüler/innen (BMUKK 2009). Hierbei ist zumindest eine schulärztliche Untersuchung pro Schüler pro Jahr bereitzustellen (§ 66 Abs 2 Schulunterrichtsgesetz). Geht man von einem zeitlichen Aufwand von ca. 15 (30) Minuten pro Schüler und Jahr aus, ergibt sich ein Gesamtaufwand von etwa 250.000 (500.000) Arbeitsstunden. Wird wieder ein von einer Vollzeitkraft leistbares Stundenvolumen von 1.680 Stunden pro Jahr angenommen, ergibt sich daraus ein Bedarf von etwa 150 (300) VZÄ. Hier ist zu diskutieren, welche Annahmen zum zeitlichen Aufwand gerechtfertigt sind bzw. ob ein zusätzlicher Fixaufwand zu inkludieren ist.

Um den ärztlichen Bedarf in diesen Berufsgruppen **im Modell** angemessen **zu berücksichtigen**, wurde folgende Vorgehensweise gewählt: Es werden all jene Personen dem für den intra- und extramuralen Bereich geschätzten Ärztebedarf (in Köpfen) hinzugefügt, die ausschließlich einer Tätigkeit in einem sonstigen ärztlichen Berufsfeld nachgehen. Insgesamt beläuft sich diese Zahl auf etwa 600 Ärztinnen/Ärzte. Jene Ärztinnen und Ärzte, die daneben auch noch im niedergelassenen Bereich oder als angestellte Ärzte in Krankenanstalten oder Ambulatorien tätig sind, werden diesen Bereichen zugerechnet und sind bereits im Modell erfasst.

8

Besetzung 24–stündig (bodengebundene Stützpunkte) bzw. zu Tageslichtzeiten (Hubschrauber–Stützpunkte).

Mit Blickrichtung auf die bedarfsnotwendigen Ausbildungskapazitäten stellt sich darüber hinaus die Frage, welche Ärztinnen/Ärzte zusätzlich für eine Tätigkeit im **Bereich der öffentlichen Verwaltung** (z. B. Anstellungen in Bundesministerien oder im Bereich der Sozialversicherung) ausgebildet werden müssen oder sollen. Nachfragen beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger ergaben, dass in der Sozialversicherung mit Stand 2010 rund 560 Ärztinnen/Ärzte bzw. Mediziner/innen im Verwaltungsbereich im Sinne der Erstellung von Gutachten, der Tätigkeit als Chefarzt/-ärztin etc. mit einem durchschnittlichen Teilzeitfaktor von etwa 85 Prozent angestellt waren. Beim Gesundheitsministerium, der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit sowie der Gesundheit Österreich GmbH sind, wie Nachfragen ergeben haben, in Summe etwa 30 Ärztinnen/Ärzte bzw. Mediziner/innen angestellt. Diese insgesamt rund 600 Ärztinnen/Ärzte werden ebenfalls dem bisher geschätzten Ärztebedarf in Köpfen hinzugefügt.

Im Ganzen werden somit in den weiteren Berechnungen etwa **1.200 Ärztinnen/Ärzte** berücksichtigt, um den **zusätzlich** zum intra- und extramuralen Bereich bestehenden Bedarf in sonstigen ärztlichen Berufsfeldern sowie im Bereich der öffentlichen Verwaltung zu decken. Grundsätzlich wird von einem in etwa gleich bleibenden Bedarf in den nächsten Jahren ausgegangen, sodass diese Annahme für den gesamten Prognosezeitraum konstant gehalten wird.

Für die Frage des Bedarfs relevant ist zusätzlich die Zuteilung zu **Fachrichtungen**. Bei einigen der hier behandelten Berufsgruppen kann von einem großen bis überwiegen- den Anteil an Allgemeinmediziner ausgegangen werden, dies ist teilweise auch an den recherchierten Daten abzulesen. Hinsichtlich der weiteren Verteilung auf die übrigen Fachrichtungen sind nur grobe Schätzungen möglich. Konkret erfolgte die Näherung über die Fachrichtungsverteilung der unter 65-jährigen Wohnsitzärztinnen und -ärzte. Demnach entfallen nun 730 Köpfe (61 %) auf die Allgemeinmedizin, 256 Köpfe (21 %) auf den fachärztlichen Bereich (vor allem AN, IM, SRN und SON) und 214 Köpfe (18 %) auf die Zahnheilkunde.

5.11 Ärztebedarf bis 2030 in Köpfen

Ausgehend vom geschätzten künftigen Gesamtbedarf an VZÄ/ÄAVE (siehe Kapitel 5.8), von der in Kapitel 5.9 beschriebenen Ermittlung der entsprechenden Kopffzahlen an Ärztinnen und Ärzten sowie dem geschätzten Bedarf in sonstigen ärztlichen Berufsfeldern (siehe Kapitel 5.10), ergibt sich folgender geschätzter **Gesamtbedarf** an Ärztinnen und Ärzten für die Jahre bis 2030, wiederum dargestellt in den beiden seitens des Projektlenkungsausschusses vereinbarten Wahlarztvarianten:

Tabelle 5.7:

Prognostizierter Gesamtbedarf an Köpfen fertiger Fachärzte und Allgemeinmediziner bis 2030 pro Fachbereich – Wahlarztvariante WA1

Jahr	AM	AN	AU	CH	DER	GGH	HNO	IM	KI	KJP	LAB	NC	NEU	OR	PAT	PMR	PSY	PUL	SRN	UC	URO	ZMK	SON	Gesamt	Gesamt ohne ZMK	Gesamt FA*
2010	8.194	2.125	786	1.672	618	1.606	628	3.363	1.031	132	225	170	787	761	293	249	1.022	385	1.271	941	548	4.196	540	31.542	27.346	19.152
2015	8.439	2.221	805	1.738	610	1.609	637	3.501	1.026	187	230	180	821	795	304	269	1.027	407	1.344	964	586	4.170	550	32.419	28.250	19.811
2020	8.805	2.339	842	1.808	626	1.607	649	3.660	1.057	244	236	191	864	838	316	295	1.054	431	1.425	983	628	4.171	569	33.638	29.466	20.662
2025	9.208	2.467	894	1.891	655	1.603	670	3.936	1.071	245	243	199	909	878	329	307	1.090	455	1.505	1.022	671	4.241	592	35.081	30.840	21.632
2030	9.610	2.592	946	1.972	683	1.598	689	4.215	1.075	248	250	206	954	914	342	318	1.127	475	1.576	1.065	712	4.308	615	36.491	32.183	22.572
Änderung 2010 bis 2030	17 %	22 %	20 %	18 %	11 %	-1 %	10 %	25 %	4 %	87 %	11 %	22 %	21 %	20 %	17 %	28 %	10 %	23 %	24 %	13 %	30 %	3 %	14 %	16 %	18 %	18 %

CH inkl. KCH und PCH; Zahn umfasst ZMK, Dr. med. dent., Dentisten und MKG; SRN umfasst Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie; * ohne AM, ZMK/MKG

Quellen: BMG – KA-Statistik 2008 (KDok) Satzart K05; HVSVT – REGIOMED 2008; Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK Dezember 2008; BMG – SAMBA-Erhebung 31. 12. 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle 5.8:

Prognostizierter Gesamtbedarf an Köpfen fertiger Fachärzte und Allgemeinmediziner bis 2030 pro Fachbereich – Wahlarztvariante WA2

Jahr	AM	AN	AU	CH	DER	GGH	HNO	IM	KI	KJP	LAB	NC	NEU	OR	PAT	PMR	PSY	PUL	SRN	UC	URO	ZMK	SON	Gesamt	Gesamt ohne ZMK	Gesamt FA*
2010	9.026	2.136	802	1.687	664	1.625	634	3.383	1.055	132	227	171	804	773	293	247	1.082	387	1.281	950	554	4.239	560	32.711	28.472	19.446
2015	9.032	2.246	837	1.784	687	1.664	650	3.564	1.069	187	234	185	858	824	306	260	1.137	412	1.365	994	600	4.288	583	33.764	29.476	20.444
2020	9.259	2.372	882	1.878	714	1.686	665	3.761	1.107	244	241	197	910	876	319	273	1.180	437	1.449	1.034	647	4.338	607	35.074	30.737	21.477
2025	9.684	2.502	936	1.964	745	1.682	687	4.044	1.122	245	248	205	956	918	332	284	1.218	461	1.529	1.074	692	4.411	631	36.570	32.159	22.476
2030	10.107	2.627	990	2.046	777	1.676	707	4.328	1.126	248	254	213	1.003	956	345	294	1.258	482	1.601	1.118	734	4.480	656	38.028	33.547	23.440
Änderung 2010 bis 2030	12 %	23 %	24 %	21 %	17 %	3 %	12 %	28 %	7 %	87 %	12 %	24 %	25 %	24 %	18 %	19 %	16 %	25 %	25 %	18 %	33 %	6 %	17 %	16 %	18 %	21 %

CH inkl. KCH und PCH; Zahn umfasst ZMK, Dr. med. dent., Dentisten und MKG; SRN umfasst Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie; * ohne AM, ZMK/MKG

Quellen: BMG – KA-Statistik 2008 (KDok) Satzart K05; HVSVT – REGIOMED 2008; Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK Dezember 2008; BMG – SAMBA-Erhebung 31. 12. 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Im **fachärztlichen Bereich** wird der geschätzte Bedarf an Ärztinnen und Ärzten – ausgehend von den in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Prämissen und je nach Wahlarztvariante – von rund 19.200 (WA1) bzw. 19.400 (WA2) im Jahr 2010 auf rund 22.600 (WA1) bzw. 23.400 (WA2) bis zum Jahr 2030 steigen. Das entspricht einem Plus von **18 bzw. 21 Prozent**.

Im Bereich der **Allgemeinmedizin** wird je nach Wahlarztvariante der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten von rund 8.200 (WA1) bzw. 9.000 (WA2) im Jahr 2010 auf rund 9.600 (WA1) bzw. 10.100 (WA2) im Jahr 2030 steigen. Das entspricht einem Plus von rund **17 bzw. 12 Prozent**.

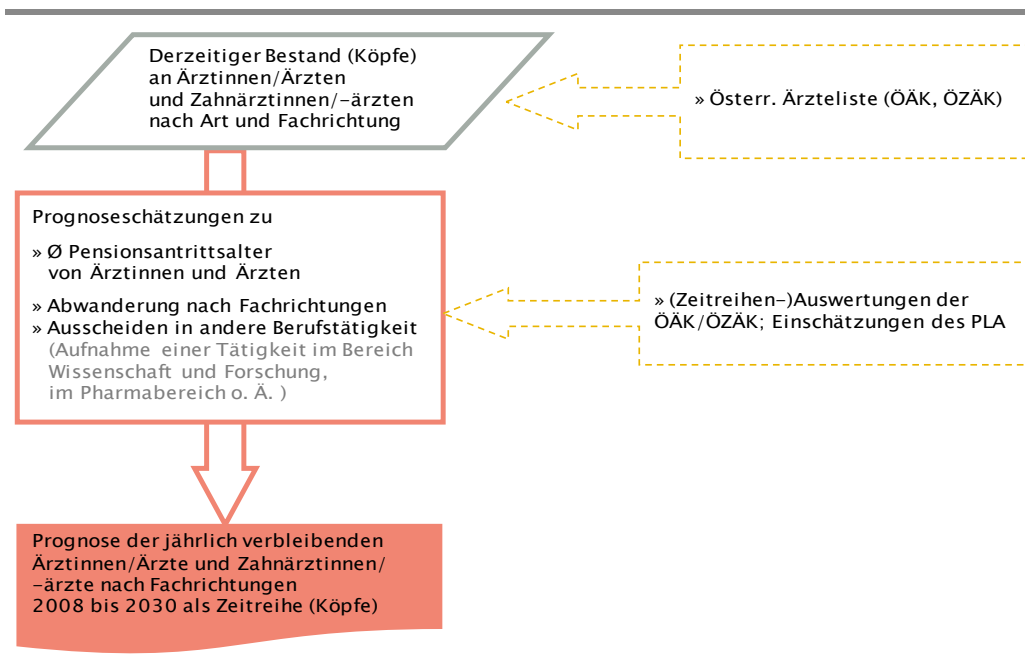
Insgesamt gesehen wird – ausgehend von den getroffenen Annahmen – für das Jahr 2030 ein Bedarf von rund 36.500 bis 38.000 fertigen Ärztinnen und Ärzten prognostiziert.

6 Ärzteangebot

6.1 Pensionierungen

Abbildung 6.1 zeigt im Detail die Vorgehensweise bei der Abschätzung jenes Teils der Fortschreibung des Ärzteangebots, der auf das Ausscheiden der im Jahr 2008 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten zurückzuführen ist (Bestandsabnahme). Die gepunkteten Blockpfeile nennen die jeweils relevanten Daten- und Informationsquellen.

Abbildung 6.1:
Prognose der Bestandsabnahme



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Als Basis für die Schätzung der in den Jahren bis 2030 zu erwartenden Abnahme des Bestands an Ärztinnen und Ärzten wurde vereinbarungsgemäß der Ärztestand von Dezember 2008 herangezogen (Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK).

Der für die Schätzung der Bestandsabnahme wichtigste Prognosefaktor ist das **Pensionsantrittsalter** von Ärztinnen und Ärzten. Änderungen in den diesbezüglichen Annahmen wirken sich maßgeblich auf den geschätzten Ärztebestand und damit auf das Gesamtergebnis der Studie aus. Da zum tatsächlichen Pensionsantrittsalter derzeit

keine validen Daten zur Verfügung stehen, wurde vom Projektleitungsausschuss entschieden, diesen Parameter in zwei verschiedenen Varianten zu modellieren:

In **Variante P1** wurden den Berechnungen folgende Annahmen zum durchschnittlichen Pensionsantrittsalter zugrunde gelegt (Quelle: ÖÄK/ÖZÄK – Auswertungen aus der Ärzteliste):

- » niedergelassene Ärzte: 65 Jahre zuzüglich des Anteils der über 65-jährigen praktizierenden Ärzte des Jahres 2008,
- » niedergelassene Ärztinnen: 65 Jahre,
- » angestellte Ärzte: 65 Jahre,
- » angestellte Ärztinnen: 62,5 Jahre,
- » Zahnärztinnen und Zahnärzte: 62,5 Jahre.

In **Variante P2** wurden den Berechnungen folgende Annahmen zum durchschnittlichen Pensionsantrittsalter zugrunde gelegt (Quelle: ÄK für OÖ – Auswertungen aus der Wohlfahrtskasse):

- » niedergelassene Ärzte: 62 Jahre,
- » niedergelassene Ärztinnen: 61 Jahre,
- » angestellte Ärzte: 61 Jahre,
- » angestellte Ärztinnen: 60 Jahre,
- » Zahnärztinnen und Zahnärzte: 62,5 Jahre.

Für Ärztinnen und Ärzte, die sowohl niedergelassen als auch angestellt tätig sind, kommen die für das Anstellungsverhältnis getroffenen Annahmen zur Anwendung. Den Berechnungen liegt des Weiteren die vereinfachende Annahme zugrunde, dass derzeit angestellte Ärzte auch in Zukunft angestellte Ärzte bleiben und dass niedergelassene Ärzte weiterhin in Ordinationen praktizieren.

Für die Gruppe jener Ärztinnen und Ärzte, die ausschließlich als Wohnsitzärzte tätig sind, wurde einheitlich ein Pensionierungsalter von 65 Jahren angenommen.

Für jedes Jahr im Zeitraum 2008 bis 2030 wurde die Anzahl an Ärztinnen und Ärzten ermittelt, die bis zu dem jeweiligen Jahr die oben angeführten Lebensjahre noch nicht erreicht haben werden („verbleibende Ärztinnen und Ärzte“). Dies erfolgte geschlechts- und fachrichtungsspezifisch (nach 96 Fachrichtungen im Hauptfach inklusive Allgemeinmedizin). Bei der Berechnung des Anteils der im Alter von mehr als 65 Jahren weiter praktizierenden niedergelassenen Ärzte wurde auf ganze Zahlen gerundet.

Tabelle 6.1:

Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte 2010 bis 2030 nach Pensionsabgängen – Variante P1

	AM	AN	AU	CH	DER	GGH	HNO	IM	KCH	KI	KJP	LAB	MKG	NC	NEU	NUK	OR	PAT	PCH	PMR	PSY	PUL	RAD	SON	STR	UC	URO	ZMK	Gesamt	Gesamt ohne ZMK	Gesamt FÄ
2010	9.859	1.937	676	1.258	579	1.378	524	2.981	34	1.007	4	208	170	157	729	90	656	272	117	229	988	338	973	538	97	856	425	3.819	30.899	27.080	17.221
2015	8.834	1.801	631	1.117	537	1.231	480	2.686	34	894	4	175	162	146	673	88	592	249	114	212	877	306	874	499	90	782	359	3.276	27.723	24.447	15.613
2020	6.996	1.527	546	945	460	1.013	407	2.266	31	731	3	140	149	130	589	80	506	200	101	184	705	254	734	426	77	678	308	2.423	22.609	20.186	13.190
2025	4.480	969	367	639	339	682	294	1.577	24	482	3	88	119	97	414	51	357	122	78	117	408	141	493	353	46	464	225	1.414	14.843	13.429	8.949
2030	2.423	402	196	340	168	304	141	731	12	234	2	32	73	50	194	24	190	55	52	48	154	54	235	235	20	237	117	852	7.575	6.723	4.300
Veränderung 2010 bis 2030	-75%	-79%	-71%	-73%	-71%	-78%	-73%	-75%	-65%	-77%	-50%	-85%	-57%	-68%	-73%	-73%	-71%	-80%	-56%	-79%	-84%	-84%	-76%	-56%	-79%	-72%	-72%	-78%	-75%	-75%	-75%

* AM abzüglich der noch in Facharzt-Ausbildung befindlichen Personen

Quellen: Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK Dezember 2008; BMG – KA-Statistik 2008 (KDok) Satzzart K05; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle 6.2:

Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte 2010 bis 2030 nach Pensionsabgängen – Variante P2

	AM	AN	AU	CH	DER	GGH	HNO	IM	KCH	KI	KJP	LAB	MKG	NC	NEU	NUK	OR	PAT	PCH	PMR	PSY	PUL	RAD	SON	STR	UC	URO	ZMK	Gesamt	Gesamt ohne ZMK	Gesamt FÄ
2010	9.156	1.857	623	1.141	545	1.247	476	2.724	34	922	4	179	164	144	685	88	594	253	111	221	906	310	889	508	93	790	367	3.784	28.815	25.031	15.875
2015	7.709	1.647	562	986	482	1.064	413	2.361	33	779	3	148	151	133	613	84	512	219	104	192	766	274	783	453	84	697	316	3.213	24.781	21.568	13.859
2020	5.413	1.173	412	722	382	787	320	1.798	28	571	3	105	129	106	474	60	405	149	85	145	524	182	579	381	59	527	241	2.343	18.103	15.760	10.347
2025	3.170	562	241	402	210	410	180	950	16	310	2	47	86	61	252	32	227	68	59	67	228	89	290	268	29	284	142	1.318	10.000	8.682	5.512
2030	1.543	189	100	159	85	146	63	352	6	113	1	10	31	20	109	14	90	31	26	21	66	22	126	171	12	108	52	800	4.466	3.666	2.123
Veränderung 2010 bis 2030	-83%	-90%	-84%	-86%	-84%	-88%	-87%	-87%	-82%	-88%	-75%	-94%	-81%	-86%	-84%	-84%	-85%	-88%	-77%	-90%	-93%	-93%	-86%	-66%	-87%	-86%	-86%	-79%	-85%	-85%	-87%

* AM abzüglich der noch in Facharzt-Ausbildung befindlichen Personen

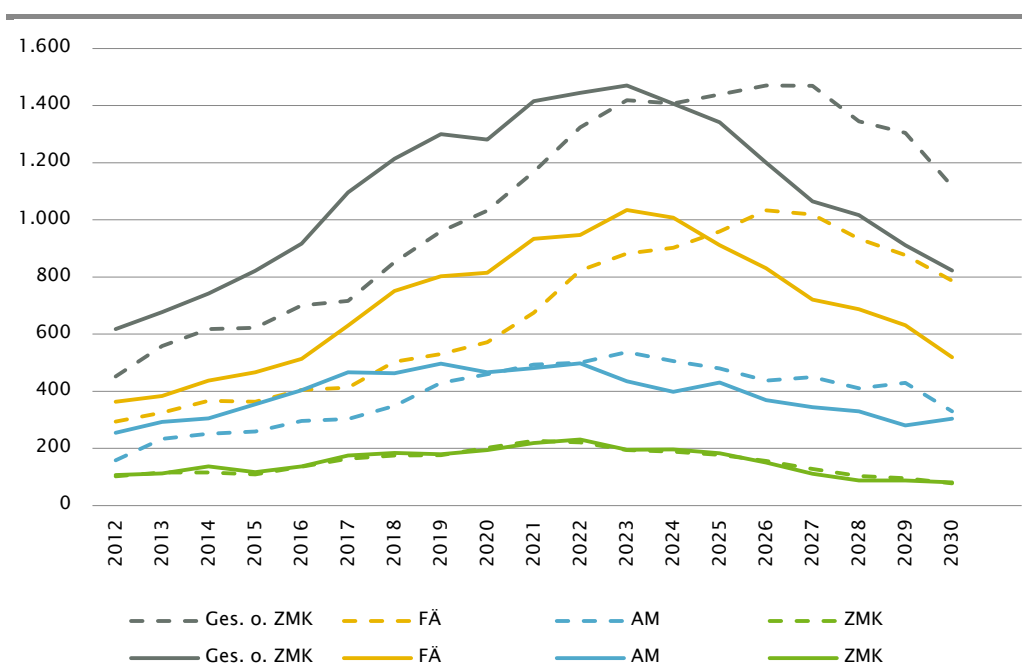
Quellen: Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK Dezember 2008; BMG – KA-Statistik 2008 (KDok) Satzzart K05; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Ausgehend von den Annahmen zum Pensionsantrittsalter in Variante P1, werden bis zum Jahr 2030 drei Viertel der im Jahr 2010 berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in Pension sein. Geht man von dem etwas niedrigeren Pensionsantrittsalter in Variante P2 aus, dann werden bis 2030 sogar 85 Prozent der im Jahr 2010 berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in Pension sein.

Besonders stark von den zu erwartenden Pensionierungen betroffen werden dabei die Fachrichtungen Psychiatrie, Labormedizin und Pulmologie sein, gefolgt von den FÄ für Anästhesie, Strahlentherapie und Pathologie. Überdurchschnittlich viele Pensionierungen sind weiters in der Gynäkologie zu erwarten, in der Physikalischen Medizin und der Zahnheilkunde.

Betrachtet man anstelle der Entwicklung der Anzahl der noch verbleibenden Ärztinnen und Ärzte die Zahl der jährlich ausscheidenden Personen, so erhält man eine Einschätzung hinsichtlich des sogenannten „pensionsbedingten Ersatzbedarfs“.

Abbildung 6.2:
Geschätzter jährlicher pensionsbedingter Ersatzbedarf



Die strichlierten Linien beziehen sich auf die Variante P1 (späteres Pensionsantrittsalter), die durchgezogenen Linien beziehen sich auf Variante P2 (früheres Pensionsantrittsalter).

Quellen: Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Abbildung 6.2 zeigt, dass der derzeit noch vergleichsweise geringe jährliche Ersatzbedarf durch die Altersstruktur der derzeit berufstätigen Ärztinnen und Ärzte bedingt in den kommenden Jahren stark steigen wird, wobei die höchsten Ersatzbedarfe für den Facharztbereich – je nach gewählter Pensionsantrittsalter-Variante – im Jahr 2026 bzw. im Jahr 2023 zu erwarten sind. In der Allgemeinmedizin ist der höchste Ersatzbedarf bereits ein paar Jahre früher, nämlich in rd. zehn Jahren erreicht. Anders ausgedrückt bedeutet das aber auch, dass in etwa zehn bis 15 Jahren die Zahl der jährlichen Pensionierungen und damit der jährliche Ersatzbedarf wieder langsam zurückgehen wird.

Insgesamt liegt der jährliche Ersatzbedarf in den Jahren bis 2030 bei durchschnittlich rund 1.200 Ärztinnen und Ärzten pro Jahr, davon 670 Fachärztinnen und -ärzte, 380 Allgemeinmediziner/innen und 150 Zahnärztinnen und -ärzte.

6.2 Prognose der Anzahl der jährlich neu hinzukommenden Ärztinnen und Ärzte

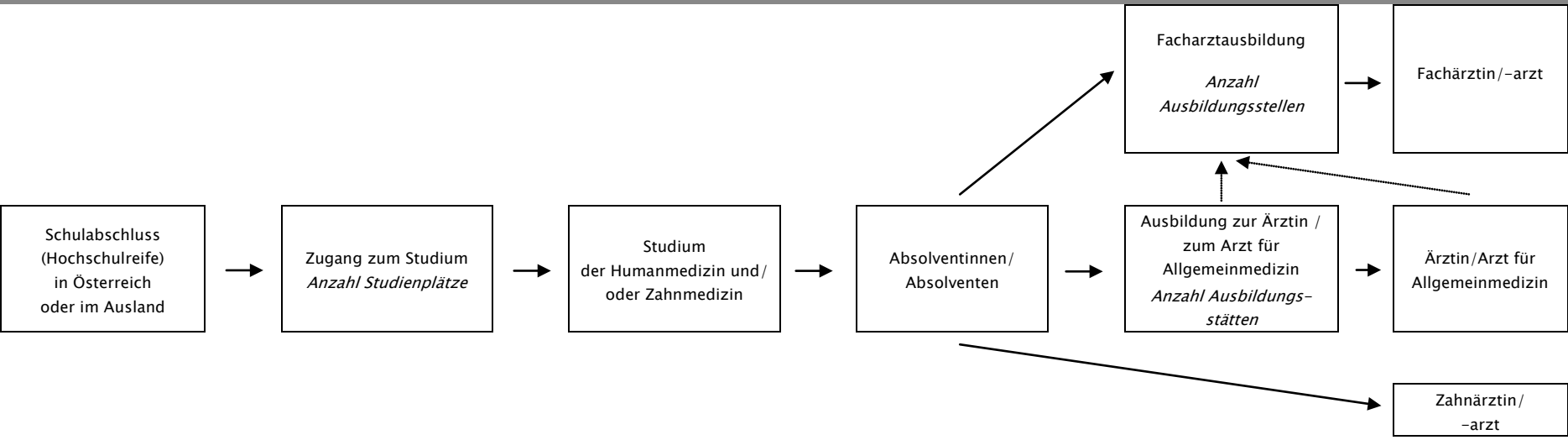
Für die Anzahl der jährlich neu hinzukommenden Ärztinnen und Ärzte sind die Anzahl der Studiums- bzw. Turnusplatz-Anwärter/innen sowie die Struktur des Ausbildungsweges und die Ausbildungskapazitäten ausschlaggebend. Abbildung 6.3 veranschaulicht den **Ausbildungsweg** vom Schulabschluss bis zur ausgebildeten Ärztin / zum ausgebildeten Arzt.

Ausgangspunkt bilden demnach die österreichischen sowie ausländischen Schulabgänger/innen, aus deren Bestand sich eine bestimmte Anzahl von Anwärterinnen/Anwärtern für das Medizinstudium einem Aufnahmeverfahren unterzieht. Jene, die zum Studium aufgenommen werden, studieren Human- und/oder Zahnmedizin.

Humanmedizinabsolventinnen/-absolventen schließen zur Erlangung der Berufsbezeichnung eine Ausbildung zum Arzt / zur Ärztin für Allgemeinmedizin bzw. eine Facharztausbildung an (für beide postpromotionellen Ausbildungen gilt die Bezeichnung Turnus). Zahnmedizinabsolventinnen/-absolventen sind mit Abschluss des Studiums berufsberechtigt als Zahnarzt.

Wie in Abbildung 6.3 mittels gepunkteter Pfeile angedeutet wird, ist die postpromotionelle Ausbildung durch den Umstand geprägt, dass ein hoher Anteil an Medizinabsolventinnen/-absolventen, die eine Facharztausbildung anstreben, zunächst in die AM-Ausbildung einsteigen und erst nach Absolvierung eines Teils der AM-Ausbildung bzw. nach Erlangen des „ius practicandi“ (und somit als fertig ausgebildete Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin) in eine Facharzt-Ausbildungsstelle wechselt.

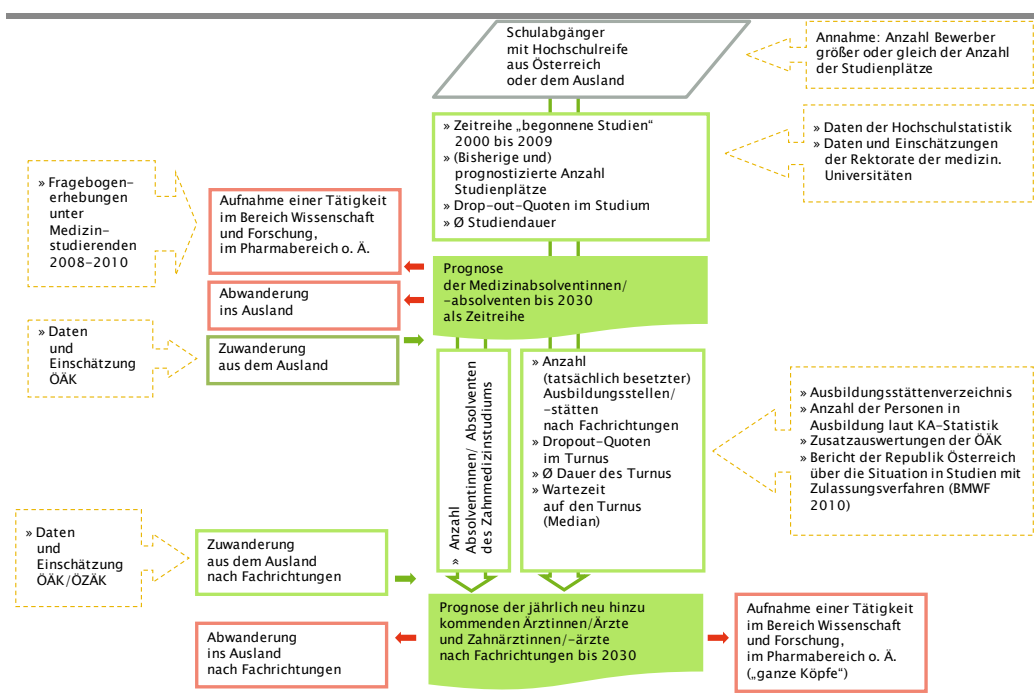
Abbildung 6.3:
Ausbildungswege Medizin



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Vorgehensweise bei der Prognose der Anzahl der jährlich neu hinzukommenden Ärztinnen und Ärzte (**Bestandszunahme**) orientiert sich methodisch an diesem Ausbildungshergang. Abbildung 6.4 zeigt die Methodik im Detail. Erfasst werden neben dem Ausbildungsdurchlauf und den damit verbundenen Verweildauern und Dropout-Quoten auch Ab- und Zugänge, jeweils nach absolviertem Medizinstudium bzw. nach absolviertem Turnus, dargestellt durch rote bzw. grüne Pfeile. Die gepunkteten Blockpfeile nennen die jeweils relevanten Daten- und Informationsquellen.

Abbildung 6.4:
Prognose der Bestandszunahme



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.2.1 Bisherige Entwicklungen in der universitären Ausbildung

Maßgeblich für die zukünftige Anzahl an in Österreich verbleibenden Absolventinnen und Absolventen der Studienrichtungen Human- und Zahnmedizin sind

- » die verfügbaren Ausbildungskapazitäten,
- » die Dauer des Studiums,
- » die Abbruchquote
- » und die Migrationsbewegungen unmittelbar nach Abschluss des Studiums der Human- oder Zahnmedizin.

Auf die genannten vier Parameter wirken folgende Faktoren, die in einer möglichst exakten Prognose berücksichtigt werden müssen:

- » Studieren nach altem oder neuem Studienplan,
- » Einführung des Eignungstests Medizinstudium (EMS),
- » Einführung der „Safeguard-Klausel“ gemäß Novelle des UG 2002,
- » Herkunft der Studierenden,
- » Rahmenbedingungen in den Studien der Medizin und auf dem Arbeitsmarkt.

Die folgenden Abschnitte beschreiben die wichtigsten Kennzahlen und Entwicklungen der vergangenen Jahre in den Studien der Human- und der Zahnmedizin, auf denen die Prognose der Absolventinnen und Absolventen basieren wird.

Neben den drei öffentlichen medizinischen Universitäten in Wien, Graz und Innsbruck wird die Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU) in der Prognose mitberücksichtigt.

Studienplatzkapazitäten und Neuaufnahmen in das Studium der Humanmedizin

Die Zahl der **Studienplätze** wurde ab dem Studienjahr 2006/07 auf **jährlich 1.500** Anfängerplätze für Human- und Zahnmedizin gesetzlich festgelegt. Außerdem wurde ab dem Wintersemester 2006 der Zugang zu den Studien der Medizin beschränkt, und es wurden Zulassungsverfahren installiert.

Im Jahr 2006 wurde gemäß der Novelle des UG 2002 (BGBl I 2006/74, § 124b Abs 5 UG 2002 – „Safeguard-Klausel“) eine **Quotenregelung** nach Ausstellungsland des Reifeprüfungszeugnisses festgelegt: 95 Prozent der jeweiligen Gesamtstudienplätze in den Fächern Human- und Zahnmedizin sind seither EU-Bürgerinnen bzw. -Bürgern – und ihnen im Hinblick auf den Studienzugang gleichgestellten Personen – vorbehalten. 75 Prozent der Gesamtstudienplätze eines Jahres stehen Personen mit in Österreich ausgestellten Reifeprüfungszeugnissen zur Verfügung. Grund für den Erlass der

Safeguard-Klausel war ein starker Anstieg an Studienanfängerinnen bzw. -anfängern aus Deutschland.

Tabelle 6.3 zeigt die Entwicklung der Neuaufnahmen in das Studium der Humanmedizin in den Jahren 2000 bis 2009, dabei werden die Auswirkungen der Quotenregelung und der Zugangsbeschränkungen deutlich.

Tabelle 6.3:
Neuaufnahmen in das Studium der Humanmedizin
in den Wintersemestern 2000 bis 2009

Jahr	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Aufnahmen	2.320	2.087	2.208	2.464	2.440	3.205	997	1.286	1.371	1.398

Quelle: BMWF; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Die Zahl der Studienanfänger/innen ist seit Einführung der Zugangsbeschränkung mit Wintersemester 2006 wieder gestiegen und lag im Wintersemester 2009 bei 1.398 Personen. Der Frauenanteil lag bei rund 51 Prozent.

Mit Einführung der Zulassungsverfahren und der Begrenzung der Studienplätze wurde zwar die Anzahl der Studienanfänger/innen begrenzt, gleichzeitig bewirken diese Maßnahmen aber eine starke Reduktion der Dropout-Rate (siehe dazu auch Tabelle 6.7). Das heißt, dass sich die Verringerung der Studienplätze nicht linear auf die Anzahl an Absolventinnen und Absolventen auswirkt.

An der PMU beginnen zusätzlich etwa 42 bis 50 Personen jährlich das Studium der Humanmedizin.

Entwicklung der Studierendenzahlen im Studium der Humanmedizin

Die Anzahl der Studierenden ist im letzten Jahrzehnt deutlich gesunken: Waren im Jahr 2000 noch 19.246 Personen im Studium der Humanmedizin inskribiert, lag diese Zahl im Jahr 2009 bei 11.044. Dieser Rückgang ist auf die Beschränkung der Studienplätze zurückzuführen.

Ab dem Studienjahr 2002/03 wurden grundlegend reformierte Studienpläne (nach einem Pilotversuch an der Medizinischen Universität Wien) in den Regelbetrieb übernommen. Davon erhoffen sich die Universitäten mehr Praxisorientierung, kürzere Studiendauern und eine geringere Ausfallsquote. 2009 studierten bereits rund 85 Prozent der Studentinnen und Studenten nach dem neuen Studienplan (siehe Tabelle 6.4).

Tabelle 6.4:
Studierende der Humanmedizin in den Wintersemestern 2000 bis 2009 (differenziert nach Studienplan)

Wintersemester	gesamt	ordentliche Studierende					
		Studienplan 200		Studienplan 201		Studienplan 202	
		absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent
2000/01	19.246	402	2,1	18.844	97,9	-	0,0
2001/02	17.910	195	1,1	17.715	98,9	-	0,0
2002/03	17.754	99	0,6	14.944	84,2	2.711	15,3
2003/04	17.609	-	0,0	12.517	71,1	5.092	28,9
2004/05	16.612	-	0,0	9.784	58,9	6.828	41,1
2005/06	17.061	-	0,0	7.528	44,1	9.533	55,9
2006/07	14.041	-	0,0	5.187	36,9	8.854	63,1
2007/08	13.170	-	0,0	3.776	28,7	9.394	71,3
2008/09	12.114	-	0,0	2.563	21,2	9.551	78,8
2009/10	11.044	-	0,0	1.683	15,2	9.361	84,8

Quelle: BMWF; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Studienabschlüsse im Studium der Humanmedizin

Die Anzahl der Studienabschlüsse in den vergangenen zehn Jahren zeigt keinen eindeutigen Trend, mit Ausnahme des Jahres 2001 (1.034 Abschlüsse) waren jährlich zwischen 1.456 und 1.797 Abschlüsse zu verzeichnen (siehe Tabelle 6.4). Im Jahr 2008/09 war nur noch die Hälfte dieser Abschlüsse auf Studierende des alten Studienplans zurückzuführen. Setzt sich diese Entwicklung fort, wird in Kürze der Großteil der Studierenden des alten Studienplans sein Studium abgeschlossen haben.

Tabelle 6.5:

Studienabschlüsse der Humanmedizin an öffentlichen Universitäten
in den Studienjahren 2000 bis 2009 (differenziert nach Studienplan)

Studienjahr	gesamt	Studienabschlüsse					
		Studienplan 200		Studienplan 201		Studienplan 202	
		absolut	Prozent	absolut	Prozent	absolut	Prozent
2000/01	1.494	9	0,6	1.485	99,3	-	0
2001/02	1.034	11	1,1	1.023	98,9	-	0
2002/03	1.777	18	1	1.758	98,9	1	0,1
2003/04	1.519	-	0	1.516	99,8	3	0,2
2004/05	1.645	-	0	1.634	99,3	11	0,7
2005/06	1.569	-	0	1.556	99,2	13	0,8
2006/07	1.456	-	0	1.359	93,3	97	6,7
2007/08	1.797	-	0	1.233	68,6	564	31,4
2008/09	1.774	-	0	878	49,5	896	50,5

Quelle: BMWF; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

An der PMU schließen zusätzlich jährlich zwischen 37 und 43 Personen ihr Studium ab.

Entwicklungen im Studium der Zahnmedizin

Ein eigenes Studium der Zahnmedizin wurde in Österreich 1998 eingeführt. In den vergangenen vier Jahren wurden jährlich rund 150 Personen in das Studium der Zahnmedizin aufgenommen, die vorgesehenen Kapazitäten betragen 144 Plätze.

Im Unterschied zum Studium der Humanmedizin fiel der Andrang ausländischer Studentinnen und Studenten geringer aus und beträgt derzeit bei den Neuaufnahmen und bei den Gesamtstudierenden rund 25 Prozent. Im Jahr 2008 waren 118 Abschlüsse zu verzeichnen.

Die Daten zum Studium der Zahnmedizin sind in Tabelle 6.6 zusammengefasst.

Tabelle 6.6:

Ordentliche Studierende, begonnene Studien und Studienabschlüsse
im Studium der Zahnmedizin in den Studienjahren 2000–2009

Studienjahr	ordentliche Studierende	begonnene Studien	Studienabschlüsse
2000/01	1.989	530	24
2001/02	2.015	363	114
2002/03	2.129	365	165
2003/04	2.215	415	72
2004/05	2.271	417	67
2005/06	2.371	411	93
2006/07	2.007	144	101
2007/08	1.847	161	111
2008/09	1.712	159	118
2009/10	1.385	154	130

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.2.2 Absolventenprognose Humanmedizin

Datengrundlagen und Modellannahmen

Das Prognosemodell zur Schätzung der zukünftigen Anzahl an in Österreich verfügbaren Absolventinnen und Absolventen des Studiums der Humanmedizin berücksichtigt folgende Daten bzw. Einflussgrößen:

- » Studienplatzkapazitäten (Angaben der Universitäten und des BMWF),
- » Anzahl und Merkmale der Studienanfängerinnen und -anfänger (Daten des BMWF, für einzelne Jahre Angaben der Universitäten),
- » Dropout-Rate (Angaben der Universitäten),
- » Studiendauer (Angaben der Universitäten).

Von der PMU wurden alle für die Prognose notwendigen Angaben zur Verfügung gestellt.

Die für die Berechnungen im Prognosemodell verwendeten Annahmen und Werte – mit Ausnahme des Migrationsverhaltens – sind in Tabelle 6.6 zusammengefasst.

Tabelle 6.7:

Annahmen zum Prognosemodell im Überblick – Humanmedizin

		Standorte Universitäten		
		Graz	Innsbruck	Wien
Dropout Rate	bis Einführung Aufnahmetest	40 %	*	47,50 %
	ab Einführung Aufnahmetest	7 %	*	10 %
	Annahme für Zukunft (ab 2010)	7 %	10 %	10 %
Studiendauer	Studienplan 201	-	-	17 Semester
	seit Einführung des Studienplans 202	-	-	13 Semester
	bis Einführung des Aufnahmetests	18 +/- 2 Semester	-	-
	ab Einführung des Aufnahmetest	13 +/- 1 Semester	-	-
	bis 2005	-	zwischen rund 12 und 15 Semester**	-
	ab 2005	-	rund 12,5 Semester***	-
Anzahl Studienplätze		336	360	660

* Der Dropout ist studienbezogen und für jedes Jahr unterschiedlich, daher konnte keine Rate bzw. Quote angegeben werden, sondern nur die absolute Zahl der Studienabbrüche; zusätzlich ist der Dropout durch Übersteiger/Umsteiger vom Studienplan Q 201 in den Studienplan Q202 „künstlich erhöht“. Seit Einführung des Aufnahmetests ist jedoch ein Trend nach unten erkennbar. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Anteil der Umsteiger mittlerweile schon sehr gering ist (die meisten Studenten haben inzwischen das Studium abgeschlossen), in zwei bis drei Jahren wird der Anteil der Umsteiger verschwindend gering sein. Daher wird für die Jahre ab 2010 analog zur Universität Wien eine Dropout-Rate von zehn Prozent angenommen.

** Die Studiendauer wurde für jedes Jahr individuell berechnet, daher ist bei Innsbruck ein Wertintervall angegeben.

*** Wert von rund 12,5 Semestern entspricht dem Durchschnitt der letzten drei Jahre.

Quellen: Medizinische Universitäten, BMWF; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Modellannahmen zum Migrationsverhalten

Als Datengrundlage zur Schätzung von Migrationsbewegungen nach erfolgreichem Abschluss des Medizinstudiums dienen für die Prognose:

- » Daten und Einschätzungen der ÖÄK und der ÖZÄK,
- » Fragebogenerhebungen der GfK Austria im Auftrag des BMWF der Anfängerkohorten 2005 bis 2007 der medizinischen Universitäten Österreichs sowie
- » Annahmen des Projektlenkungsausschusses zur künftigen Entwicklung des Migrationsverhaltens der Absolventinnen/Absolventen des Studiums der Humanmedizin mit österreichischer Staatsbürgerschaft in den Jahren 2015 bis 2026.

1. Daten von ÖÄK und ÖZÄK

Die Daten von ÖÄK und ÖZÄK liefern Zeitreihen für die **Einwanderung** sowohl von Medizinabsolventinnen/–absolventen mit ausländischer Promotion als auch für die Einwanderung fertiger Ärztinnen/Ärzte bzw. Zahnärztinnen/–ärzte anhand der Eintragungen in der österreichischen Ärzteliste bzw. Zahnärzteliste.

Die Analyse der Daten zur Einwanderung von Medizinabsolventinnen/–absolventen mit ausländischer Promotion, die in einer Zeitreihe für die Jahre 1995 bis 2009 vorliegen, zeigt über den zeitlichen Verlauf keinen eindeutigen Trend. Aus diesem Grund wurde für die Abschätzung der Zuwanderungsrate ab dem Jahre 2010 der Durchschnittswert der zugewanderten Medizinabsolventinnen/–absolventen mit ausländischer Promotion der letzten zehn Jahre (d. h. 2000 bis 2009) herangezogen. In den letzten zehn Jahren wanderten jährlich zwischen 34 und 75 Absolventinnen/–absolventen ein, woraus sich für die Zukunft ein durchschnittlicher Zustrom von 52 Personen jährlich errechnen lässt.

2. Fragebogenerhebungen unter Medizinstudierenden (Human- und Zahnmedizin)

Die GfK Austria GmbH führte in den Jahren 2008 bis 2010 im Auftrag des BMWF verschiedene Fragebogenerhebungen durch. Zum einen wurden in den Jahren 2008 bis 2010 jeweils die Studierenden im letzten Studienjahr mittels eines standardisierten Fragebogens befragt, und zwar u. a. nach ihrer Absicht, in Österreich berufstätig zu werden. Zum andern wurde im Rahmen der vorliegenden Studie im Jahr 2010 eine zusätzliche Erhebung durchgeführt. In dieser Erhebung wurden die Studienanfänger/innen der Jahre 2005 bis 2007 befragt. Ein wichtiges Ziel der Erhebung war die Klärung der Frage, in welchem Land die Befragten nach Studienabschluss ihren Beruf ausüben wollen. Alle Studierenden der genannten Kohorten wurden per E-Mail aufgefordert, einen Online-Fragebogen auszufüllen. Dieser Einladung folgten 1.306 Personen, was einem Anteil von rund 25 Prozent der Grundgesamtheit entspricht. 1.210 der befragten Personen studierten Humanmedizin, 65 Personen Zahnmedizin und 31 Personen sowohl Human- als auch Zahnmedizin. Die Erhebung erfolgte im Auftrag des BMWF durch GfK Austria, die Auswertung der Rohdaten nahm die GÖG/ÖBIG vor.

Ausgehend von den Stichprobenergebnissen geben 58 Prozent aller Befragten an, ihren Beruf nach dem Studienabschluss am liebsten in Österreich ausüben zu wollen, 13 Prozent wollen in Deutschland und 29 Prozent in einem anderen Land tätig sein.

Da die Verteilung der Stichprobe der Fragebogenerhebung bezüglich der Herkunft der Studierenden nicht der Grundgesamtheit aller Studienanfänger und Studienanfängerinnen der Humanmedizin dieser drei Jahrgänge entspricht – österreichische Staatsbürger und Staatsbürgerinnen sind in der Erhebung leicht überrepräsentiert (siehe Anhang) – wurden die Ergebnisse entsprechend gewichtet. Wird das Herkunftsland entsprechend

der Grundgesamtheit aller Studienanfänger/innen der Humanmedizin berücksichtigt, verringert sich der Anteil der Studenten und Studentinnen der Humanmedizin, die ihren Beruf nach dem Studienabschluss am liebsten in Österreich ausüben wollen, auf 56 Prozent. 13 Prozent wollen in Deutschland und 31 Prozent in einem anderen Land tätig sein (siehe dazu auch Tabelle 3 im Anhang).

Tabelle 6.8 zeigt eine Gegenüberstellung der Herkunft der Studierenden und ihres gewünschten Berufslandes, getrennt für die drei befragten Anfängerkohorten.

Tabelle 6.8:
Wunschland der Berufsausübung der Studierenden in Abhängigkeit vom Herkunftsland

Studienjahr	Herkunftsland	Wunschland der Berufsausübung (in Prozent)		
		Österreich	Deutschland	anderes Land
2005/06	Österreich	74,5	4,0	21,5
	Deutschland	26,0	43,9	30,1
	Italien/Südtirol	10,0	0,0	90,0
	Italien	0,0	0,0	100,0
	Luxemburg	0,0	0,0	0,0
	anderes Land	47,1	0,0	52,9
2006/07	Österreich	77,0	1,6	21,4
	Deutschland	22,4	44,7	32,9
	Italien/Südtirol	13,3	0,0	86,7
	Italien	0,0	0,0	0,0
	Luxemburg	0,0	0,0	100,0
	anderes Land	40,0	0,0	60,0
2007/08	Österreich	68,5	3,2	28,3
	Deutschland	23,5	38,8	37,8
	Italien/Südtirol	0,0	0,0	100,0
	Italien	0,0	0,0	100,0
	Luxemburg	0,0	0,0	100,0
	anderes Land	53,3	0,0	46,7

Quellen: GfK Austria, BMWF; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Es zeigt sich ein deutlicher Einfluss der Herkunft auf das gewünschte Land der Berufsausübung. Aus diesem Grund wird die Migrationsbewegung der inländischen und ausländischen Studentinnen und Studenten im Prognosemodell getrennt berechnet. Da die drei befragten Kohorten ein sehr ähnliches Migrationsverhalten zeigen (siehe Tabelle 6.8), wird für die Prognose ein gewichteter Mittelwert als Schätzwert angenommen.

Demnach streben

- » rund **25 Prozent** der **österreichischen** Studentinnen und Studenten,
- » etwa **drei Viertel** der **deutschen** Studentinnen und Studenten und
- » **zwei Drittel** der Studentinnen/Studenten aus allen übrigen Herkunftsländern eine Berufstätigkeit außerhalb Österreichs an.

Einschränkend ist zu erwähnen, dass diese Schätzungen auf den Ergebnissen einer einzigen Stichprobenerhebung basieren und nur die **Meinungen/Wünsche der Studierenden** zu diesem Zeitpunkt widerspiegeln. Das tatsächliche Verhalten der Absolventinnen und Absolventen nach dem erfolgreichen Abschluss des Studiums kann naturgemäß davon abweichen.

Das Ergebnis der für die vorliegende Studie durchgeführten Erhebung unter Studienanfängerinnen und -anfängern wird jedoch gestützt durch die eingangs erwähnten Routineerhebungen unter Studierenden der Medizin im Abschlussjahr: Zwischen 75 und 80 Prozent der in den Jahren 2008 bis 2011 befragten Medizinstudentinnen und -studenten aus Österreich wollen auch in Österreich ihren Beruf ausüben. Bei den Befragten aus Deutschland liegt dieser Anteil bei rund 30 Prozent.

Zusätzlich zu den konkreten Fragen nach dem gewünschten Berufsland oder der Ausbildungsqualität gab es im Rahmen der Erhebung im Jahr 2010 auch die Gelegenheit für die Studierenden, eine offene Frage am Ende des Fragebogens zu beantworten („Wenn es noch irgendetwas gibt, was Sie uns im Zusammenhang mit Ihrem Medizinstudium in Österreich gerne mitteilen wollen, so finden Sie hier die Gelegenheit dazu“). Ein Drittel der beteiligten Studentinnen und Studenten nutzen diese Möglichkeit. Dabei zeigt sich, dass als **Hauptargument für eine Abwanderung** nach dem Studium die nachteilige postpromotionelle Ausbildungssituation in Österreich genannt wird: Die lange Turnusausbildung – gemeint ist damit die derzeit „gelebte Praxis“ einer vor Beginn der Facharztausbildung oftmals geforderten Ausbildung zur Allgemeinmedizin (siehe Kapitel 6.2.36.2.3, Thema „Ausbildungsverlauf“) – führe nicht nur zu internationalen Wettbewerbsnachteilen, sie sei auch qualitativ schlecht und unterbezahlt. Zudem gibt es nach Einschätzung der befragten Studentinnen und Studenten in Österreich zu lange Wartezeiten auf Turnusstellen.

3. Annahmen des PLA zur künftigen Entwicklung des Migrationsverhaltens (Humanmedizin)

Seitens des Projektlenkungsausschusses wird davon ausgegangen, dass durch Verbesserungen in der postpromotionellen Ausbildung und durch eine Steigerung der Attraktivität des Berufsbildes „Arzt/Ärztin“ (siehe dazu auch Kapitel 9.2) die Bereitschaft der österreichischen Absolventinnen/Absolventen des Humanmedizinstudiums zur Abwanderung in Zukunft sinken wird. Konkret wird davon ausgegangen, dass der Anteil der Absolventinnen und Absolventen, die in Österreich verbleiben und hier eine

postpromotionelle Ausbildung beginnen, bei derzeit 73 Prozent liegt und bis 2015 auf diesem Niveau bleiben wird. Der Annahme zufolge steigt ab 2016 dieser Anteil kontinuierlich an, um schließlich im Jahr 2024 das Niveau von 90 Prozent zu erreichen.

Bei den nicht-österreichischen Medizinalabsolventinnen und -absolventen wird hingegen weiterhin davon ausgegangen, dass der überwiegende Anteil nicht in Österreich verbleiben wird: 25 Prozent der Absolventinnen/Absolventen aus Deutschland und rund 34 Prozent der Absolventinnen/Absolventen aus allen übrigen Ländern bleiben nach dem Studienabschluss in Österreich.

Modellannahmen zur Abwanderung in andere Berufstätigkeit

Neben der Betrachtung von Abwanderungen ins Ausland ist auch die Abwanderung in eine andere Berufstätigkeit, etwa in eine rein wissenschaftliche Tätigkeit oder in den Pharmabereich, für die Abschätzung der künftig in Österreich jährlich neu hinzukommenden Ärztinnen und Ärzte von Relevanz. Hierzu liegen für die gegenständliche Studie Daten aus der oben beschriebenen Fragebogenerhebung unter den Studienanfängerinnen und -anfängern der Jahre 2005 bis 2007 vor. Diese zeigen, dass rund **fünf Prozent** der Befragten nicht planen, als Ärztin/Arzt zu arbeiten, sondern in ein anderes Berufsfeld zu wechseln.

Ergebnis der Absolventenprognose

Basierend auf den zuvor genannten Modellannahmen, wird die Anzahl der in Österreich verbleibenden Absolventinnen und Absolventen der Humanmedizin in den nächsten zehn Jahren bei durchschnittlich rund 840 Personen jährlich liegen, Tendenz: steigend. Ab dem Jahr 2024 ist jährlich mit rund 940 in Österreich verbleibenden Absolventinnen und Absolventen der Humanmedizin zu rechnen (siehe Tabelle 6.9 und Abbildung 6.5).

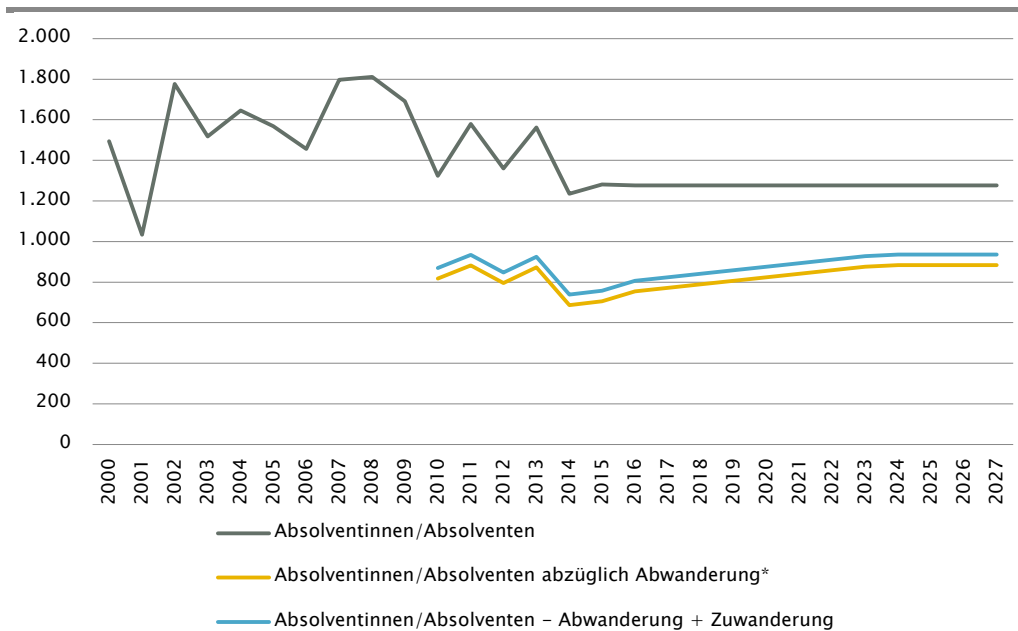
Tabelle 6.9:
Ergebnis der Absolventenprognose – Humanmedizin

Jahr	Absolventinnen und Absolventen	Absolventinnen/ Absolventen abzüglich Abwanderung*	Absolventinnen/ Absolventen abzüglich Abwanderung zuzüglich Zuwanderung
2000	1.494	–	–
2001	1.034	–	–
2002	1.777	–	–
2003	1.518	–	–
2004	1.645	–	–
2005	1.569	–	–
2006	1.456	–	–
2007	1.797	–	–
2008	1.811	–	–
2009	1.691	–	–
2010	1.324	817	869
2011	1.579	882	934
2012	1.360	795	847
2013	1.561	872	924
2014	1.235	686	738
2015	1.282	705	757
2016	1.276	755	807
2017	1.276	772	824
2018	1.276	789	841
2019	1.276	806	858
2020	1.276	823	875
2021	1.276	841	893
2022	1.276	858	910
2023	1.276	875	927
2024	1.276	884	936
2025	1.276	884	936
2026	1.276	884	936
2027	1.276	884	936

* Abwanderung umfasst Migration ins Ausland und Wechsel in nichtärztliche Tätigkeit.

Quellen: BMWF, medizinische Universitäten, GfK Austria; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Abbildung 6.5:
Absolventenprognose Humanmedizin 2010–2027



* Abwanderung umfasst Migration ins Ausland und Wechsel in nichtärztliche Tätigkeit. Die Angaben bis 2009 entsprechen den tatsächlichen Absolventenzahlen.

Quellen: BMWF, medizinische Universitäten, GfK Austria; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

6.2.3 Prognose der jährlich neu hinzukommenden Ärztinnen und Ärzte

In diesem Kapitel wird die Frage beleuchtet, wie viele Ärztinnen und Ärzte mit der bestehenden Anzahl an postpromotionellen Ausbildungsstellen und unter der Prämisse der in Kapitel 6.2.2 geschätzten Absolventenzahlen jährlich fertig ausgebildet werden können bzw. wie viele fertige Ärztinnen und Ärzte jährlich ab- bzw. zuwandern.

Die derzeit gültigen gesetzlichen Grundlagen zur **postpromotionellen Ausbildung** finden sich

- » im Ärztegesetz – ÄrzteG 1998 (BGBl I 1998/169 in der aktuellen Fassung)
- » sowie in der vom Bundesminister für Gesundheit erlassenen Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung – ÄAO 2006 (BGBl II 2006/286 in der aktuellen Fassung). In dieser Verordnung werden die für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und die Ausbildung zum Facharzt vorgesehenen Ausbildungsfordernisse (einschließlich Definition des Aufgabengebietes sowie Ziele und Um-

fang der Ausbildung) geregelt. Durch diese Verordnung wird auch die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl Nr. L 255 vom 30. 9. 2005) in österreichisches Recht umgesetzt.

- » Die für die einzelnen Fächer erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten (Ausbildungsinhalte) werden gemäß §§ 24 Abs2 und 26 Abs3 ÄrzteG 1998 durch Verordnung der Österreichischen Ärztekammer geregelt (KEF und RZ VO).
- » Die ÖÄK führt auch das Verzeichnis der in Österreich zur Ausbildung in Allgemeinmedizin berechtigten Ausbildungsstätten sowie der in den einzelnen Sonder- und Additivfächern bewilligten Ausbildungsstellen.

Kapazitäten für Personen in Ausbildung zur Allgemeinmedizin

Bei den als Ausbildungsstätten anerkannten Abteilungen (von Krankenanstalten, Universitätskliniken bzw. Universitätsinstituten) gibt es im Fall der Ausbildung in Allgemeinmedizin – im Gegensatz zur Ausbildung in einem Sonderfach – keine definierte Anzahl an Ausbildungsstellen. Das bedeutet, dass die Zahl der Turnusärzte in AM-Ausbildung im Wesentlichen von den Krankenhausträgern abhängt, wobei der in § 196 ÄrzteG (BGBl I 1998/169 i. d. g. F.) angeführte Bettenschlüssel als Mindestbestimmung gilt.

Für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin standen 2008 an den Krankenanstalten 827 Plätze für die AM-Ausbildung zur Verfügung. Gemäß Krankenanstaltenstatistik („Satzart K05“) waren im Jahr 2008 insgesamt 3.456 Turnusärzte in AM-Ausbildung tätig. Berücksichtigt man zusätzlich noch 30 Prozent jener Ausbildungsplätze an Einrichtungen außerhalb der Krankenanstalten (etwa Ambulatorien), so errechnet sich eine Zahl von insgesamt 833 AM-Ausbildungsplätzen. Lehrpraxen werden nicht gesondert berücksichtigt.

Um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die im Rahmen der Facharztausbildung erforderliche Absolvierung der Gegenfächer auch über eine Anstellung als AM-Turnusarzt erfolgen kann, wurde die Zahl der tatsächlich für die AM-Ausbildung zur Verfügung stehenden Plätze um zehn Prozent reduziert.

Für die Prognose wird die Anzahl der im Jahr 2008 verfügbaren Ausbildungsplätze für Allgemeinmedizin in die Zukunft fortgeschrieben.

Kapazitäten für Personen in Facharztausbildung

Die Zahl der Personen in Facharztausbildung ist grundsätzlich durch die Anzahl der genehmigten Ausbildungsstellen limitiert. Insgesamt gab es im Jahr 2008 an österreichischen Krankenanstalten 4.790 genehmigte Facharzt-Ausbildungsstellen, davon

1.551 an Universitätskliniken. Teilzeitausbildungsstellen werden dabei zu 50 Prozent einbezogen. Berücksichtigt man zusätzlich noch 30 Prozent jener Ausbildungsstellen in Einrichtungen außerhalb der Krankenanstalten (etwa Ambulatorien), so errechnet sich eine Zahl von insgesamt 4.820 Facharztausbildungsstellen.

Seitens des Projektlenkungsausschusses wird darauf hingewiesen, dass Änderungen in den Strukturen der Krankenanstalten und deren Abteilungen die Möglichkeiten der Ausbildung und damit auch die Zahl der tatsächlich verfügbaren Ausbildungsstellen stark beeinflussen.

Besetzung der verfügbaren Facharztausbildungsstellen

Relevant für die Prognose ist neben der Anzahl der genehmigten postpromotionellen Ausbildungsstellen auch deren tatsächliche Besetzung. Eine Gegenüberstellung der Anzahl der laut Ausbildungsstättenverzeichnis genehmigten Facharzt-Ausbildungsstellen mit den laut Krankenanstaltenstatistik („Satzart K05“) im Jahr 2008 tatsächlich ausgewiesenen Personen in Facharztausbildung ergibt eine Auslastung der Facharzt-Ausbildungsstellen von derzeit etwa **85 Prozent**. Für die Prognose wird seitens des Projektlenkungsausschusses davon ausgegangen, dass sich der Anteil an genehmigten Facharzt-Ausbildungsstellen, die auch tatsächlich mit in Ausbildung befindlichen Personen besetzt sind, ab dem Jahr 2017 auf **90 Prozent** erhöhen wird.

Ausbildungsverlauf

Wie in der Einleitung zu Kapitel 6.2 erläutert, steigt derzeit ein hoher Anteil an Medizinabsolventinnen/-absolventen, die eine Facharztausbildung anstreben, zunächst in die AM-Ausbildung ein und wechselt erst nach Absolvierung eines Teils (ca. 40 %) bzw. oftmals sogar erst nach Abschluss der AM-Ausbildung und damit dem Erlangen des „ius practicandi“ (ca. 50 %) auf eine Facharzt-Ausbildungsstelle. Letzteres ist zum Beispiel dann der Fall, wenn fertig ausgebildete Allgemeinmediziner/innen am Krankenhaus verbleiben und dort bis zum Antritt einer Facharzt-Ausbildungsstelle als Stationsärztinnen/-ärzte weiterarbeiten. Nur zehn Prozent der Facharztausbildungsstellen werden derzeit direkt von Absolventinnen/Absolventen des Medizinstudiums besetzt, wobei diese Möglichkeit im Wesentlichen auf die Universitätskliniken beschränkt sein dürfte.

Nach Einschätzung des Projektlenkungsausschusses wird sich dieser **Ausbildungsweg** – nicht zuletzt begründet durch sinkende Absolventenzahlen einerseits und die geplanten Attraktivierungen im Ausbildungsbereich andererseits – in den nächsten Jahren **verändern**. Konkret wird der Prognose die Annahme zugrunde gelegt, dass der Anteil der Ausbildungsstellen, der direkt von Medizinstudiumsabsolventen besetzt wird, bis zum Jahr 2022 schrittweise auf 50 Prozent angehoben wird, während gleichzeitig der

Anteil, der von fertigen Allgemeinmedizinerinnen besetzt wird, schrittweise auf 15 Prozent bzw. der Anteil, der von Personen in laufender AM-Ausbildung besetzt wird, schrittweise auf 35 Prozent zurück geht.

Ausbildungsdauer

Die derzeit gesetzlich vorgesehene Ausbildungsdauer beträgt

- » für die Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin zumindest drei Jahre (§ 7 Abs1 ÄAO 2006),
- » für die fachärztliche Ausbildung zumindest sechs Jahre
- » bzw. vier Jahre für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (§ 12 Abs1 ÄAO 2006).

Damit sind auch die in Richtlinie 2005/36/EG, Anhang V geforderten Mindestdauern der fachärztlichen Weiterbildung erfüllt.

Konkrete Zahlen zur tatsächlichen Ausbildungsdauer stehen nicht zur Verfügung. Für die Prognose wird in der **Allgemeinmedizin** derzeit eine durchschnittliche Ausbildungsdauer von vier Jahren angenommen. Seitens des Projektlenkungsausschusses wird davon ausgegangen, dass diese Dauer ab dem Jahr 2016 auf drei Jahre sinken wird.

Die durchschnittliche Ausbildungsdauer bei den **Fachärzten** wird vom Projektlenkungsausschuss angenommen mit

- » 6 Jahren (direkt nach dem Studium absolviert) bzw.
- » 5 Jahren (nach einer ganz oder teilweise absolvierten AM-Ausbildung).

Weiters wird davon ausgegangen, dass jene Personen, die von einer AM-Ausbildungsstelle auf eine Facharzt-Ausbildungsstelle wechseln, vorher durchschnittlich ein Jahr eine AM-Stelle besetzt haben.

Hinsichtlich der tatsächlichen weiteren Entwicklung werden die derzeit noch in Verhandlung befindlichen Änderungen der postpromotionellen Ausbildung zu berücksichtigen sein.

Integration der Absolventenprognose

Um die Ergebnisse der in Kapitel 6.2.2 geschätzten Absolventenzahlen entsprechend in der Angebotsprognose berücksichtigen zu können, ist es erforderlich, Kriterien für die Nachbesetzung von Facharzt-Ausbildungsstellen zu definieren.

- » Ist die Zahl der jährlichen Absolventinnen und Absolventen höher als die Zahl der jährlich frei werdenden und damit neu nachzubesetzenden Ausbildungs-

stellen, so wird davon ausgegangen, dass alle verfügbaren Stellen nachbesetzt werden.⁹

- » Ist die Zahl der jährlichen Absolventinnen und Absolventen geringer als die Zahl der jährlich frei werdenden Ausbildungsstellen, so wird davon ausgegangen, dass „beliebte“ Fachrichtungen¹⁰ wie z. B. IM, KI, CH oder GGH zur Gänze nachbesetzt werden. Weniger beliebte Fachrichtungen, wie etwa DER, PAT oder PUL, finden hingegen nur zu 85 Prozent eine Neubesetzung. Die restlichen bewilligten Ausbildungsstellen bleiben unbesetzt.
- » Alle übrigen Absolventinnen und Absolventen entscheiden sich – so die Annahme – für die Allgemeinmedizin, wobei hier zusätzlich angenommen wird, dass jährlich zumindest 100 Turnusärzte für AM beginnen, die später auch tatsächlich in der Allgemeinmedizin tätig sein wollen und nicht in eine Facharztausbildung wechseln.

Mangels valider Zahlengrundlagen im vorliegenden Prognosemodell nicht berücksichtigt sind allenfalls derzeit noch aus den Vorjahren bestehende „Absolventenüberschüsse“, d. h. Personen, die ihr Medizinstudium zwar bereits abgeschlossen haben, derzeit aber noch auf eine postpromotionelle Ausbildungsstelle warten. Bei Berücksichtigung dieses Potenzials könnten mehr neue Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden als in der vorliegenden Prognose angenommen.

Migration fertig ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte

Abschließend sind für die Angebotsprognose die Migrationsbewegungen der bereits fertig ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte zu berücksichtigen.

Zuwanderung

Als Grundlage zur Einschätzung der Zuwanderung dienen seitens der ÖÄK zur Verfügung gestellte Zeitreihen betreffend die Einwanderung sowohl von Medizinabsolventinnen/–absolventen mit ausländischer Promotion als auch für die Einwanderung fertig ausgebildeter Ärztinnen/Ärzte anhand der Eintragungen in der österreichischen Ärzteliste.

9

Unabhängig davon bleibt die zuvor beschriebene Annahme bestehen, dass von vornherein nur 85 Prozent bzw. ab 2017 90 Prozent aller genehmigten FA–Ausbildungsstellen tatsächlich mit in Ausbildung befindlichen Ärzten besetzt sind.

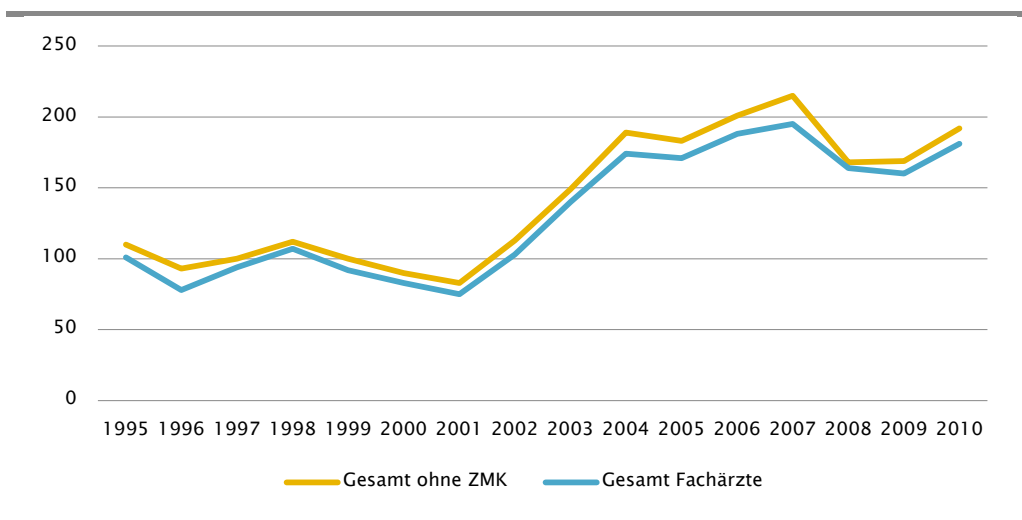
10

Dieser Gliederung in beliebte und weniger beliebte Fachrichtungen liegen die Ergebnisse der GfK–Studentenbefragung vom Sommer 2010 zugrunde.

Die Analyse der Daten zur Einwanderung fertig ausgebildeter Ärztinnen/Ärzte, die in einer Zeitreihe von 1996 bis 2010 vorliegen, ergibt im Fachrichtungsvergleich über den zeitlichen Verlauf hinweg keine eindeutig wahrnehmbaren Trends. Bei vielen Fachrichtungen handelt es sich außerdem um sehr kleine Zahlen im einstelligen Bereich. In Summe kann über den 15-Jahres-Zeitraum ein Anstieg wahrgenommen werden, mit einer eher stagnierenden Entwicklung seit 2004. Abbildung 6.6 zeigt die Gesamtentwicklung grafisch.

Um die zukünftige Zuwanderungsrate abzuschätzen, wurde daher aufgeschlüsselt nach Fachrichtungen ein Durchschnitt über die Zahlen der letzten fünf Jahre gebildet (d. h. 2006 bis 2010). Insgesamt ergibt sich ein durchschnittlicher Zuwanderungsstrom von etwa **190 Ärztinnen/Ärzten** pro Jahr. Diese Größenordnung wird für den gesamten Prognosezeitraum hinweg als konstant angenommen.

Abbildung 6.6:
Zuwanderung fertiger Ärztinnen/Ärzte 1995 bis 2010



Quellen: Österreichische Ärztekammer; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Abwanderung

Vollständige Daten zur Abwanderung fertig ausgebildeter Ärztinnen/Ärzte liegen nicht vor. Aus zwei Quellen liegen jedoch Daten vor, die Rückschlüsse hierzu erlauben:

- » Die Bundesärztekammer in Deutschland registriert die Anzahl der in Deutschland tätigen österreichischen Ärztinnen/Ärzte. Die Auswertung einer Zeitreihe von 1993 bis 2009 (Kopetsch 2010) ergibt einen grundsätzlich steigenden Trend mit zuletzt (2009) 216 zusätzlichen Ärztinnen/Ärzten pro Jahr. Diese Zahl inkludiert allerdings vermutlich auch jene Ärztinnen/Ärzte, die bereits

nach dem Studium nach Deutschland abwandern und auch Ärztinnen/Ärzte, die nur kurzfristig (z. B. zu Ausbildungs- oder Weiterbildungszwecken) in Deutschland bleiben. Konkrete Informationen zur tatsächlich erfassten Personengruppe stehen nicht zur Verfügung.

- » Der Bericht „EU-Vergleich Medizinstudienplätze und berufstätige Ärztinnen/Ärzte“ (GÖG/ÖBIG 2010) erhob u. a. Daten zu den jährlich neu registrierten fertigen Ärztinnen/Ärzten in den einzelnen Ländern der EU, getrennt nach Ursprungsland. Dies ergibt für die Schweiz etwa 40 Ärztinnen/Ärzte mit österreichischem Abschluss in den Jahren 2007 und 2008, zuvor je rund 15. Die Informationen aus den anderen europäischen Ländern lassen den Schluss zu, dass die Abwanderung fertiger Ärztinnen/Ärzte aus Österreich in diese Länder marginal sein dürfte.

Diese Informationen lassen die Annahme zu, dass die Zahl der jährlich aus Österreich abwandernden Ärztinnen und Ärzte derzeit in etwa gleich hoch ist wie die Zahl der jährlichen Zuwanderer, d. h. die Wanderungsbilanz wird derzeit als ausgeglichen angenommen.

Seitens des Projektlenkungsausschusses wurde weiters die Annahme getroffen, dass die Zahl der abwandernden Ärztinnen und Ärzte aufgrund der Steigerung der Attraktivität des Berufsbildes „Arzt/Ärztin“ in Österreich ab 2016 sukzessive von rund 190 Personen jährlich auf etwa 130 Personen ab dem Jahr 2024 zurückgehen wird. Ab 2016 wird somit die Wanderungsbilanz leicht positiv.

6.2.4 Prognose der jährlich neu hinzukommenden Zahnärztinnen und Zahnärzte

Die Zahl der jährlich neu ins Berufsleben eintretenden Zahnärztinnen/-ärzte bestimmt sich direkt aus den jährlich zu erwartenden Studienabsolventinnen/-absolventen, da hier keine weiterführende postpromotionelle Ausbildung erforderlich ist. Zur Migration stehen die Ergebnisse der GfK-Studierendenbefragung sowie Daten der ÖZÄK zur Verfügung.

Als Ausgangspunkt für die Prognose der zukünftigen Zahnärztinnen und -ärzte wurden die zu erwartenden jährlichen Studienabschlüsse von den einzelnen Universitäten geschätzt. Demnach sind ab 2010 jährlich **131 Absolventinnen und Absolventen** des Studiums der Zahnmedizin zu erwarten (siehe dazu Tabelle 6.10). Diese im Gegensatz zum Studium der Humanmedizin vereinfachte Vorgehensweise musste aufgrund der unsicheren Datenlage im Bereich der Zahnmedizin gewählt werden. Mit Ausnahme der Universität Wien stehen aufgrund von Doppelinskriptionen in den Studien der Human- und Zahnmedizin keine zuverlässigen Daten zur Dropout-Rate

zur Verfügung. Diese Doppelinskriptionen verunmöglichen außerdem eine genaue Bestimmung der Studiendauer.

Tabelle 6.10:
Jährlich zu erwartende Abschlüsse im Studium der Zahnmedizin ab dem Jahr 2010

Universität	Anzahl Absolventen
Wien	70
Innsbruck	25
Graz	36
Gesamt	131

Quelle: Medizinische Universitäten; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Um die Ergebnisse der GfK-Studierendenbefragung hinsichtlich der zu erwartenden Abwanderung der Absolventinnen und Absolventen entsprechend berücksichtigen zu können, wurde die Herkunft der Studierenden anhand eines aus Daten des BMWF zu den Absolventinnen und Absolventen der letzten vier Jahre errechneten Schlüssels (wie in Tabelle 6.11 dargestellt) herangezogen.

Tabelle 6.11:
Aus den Jahren 2006 bis 2009 geschätzte Aufteilung
der zu erwartenden Absolventinnen und Absolventen nach Herkunftsland

Herkunft	Prozent	Anzahl
Österreich	88	115
Deutschland	3	4
Anderes Land	9	12
Gesamt	100	131

Quelle: BMWF; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung

Demzufolge ist ab dem Jahr 2010 mit jährlich **89 Absolventinnen und Absolventen** des Studiums der Zahnmedizin zu rechnen, die ihren Beruf auch in Österreich ausüben wollen (siehe Tabelle 6.12).

Tabelle 6.12:

Geschätzte Anzahl der jährlich in Österreich verbleibenden Absolventinnen und Absolventen der Zahnmedizin

Herkunft der Absolventen	Anzahl Absolventen	Anteil der in Österreich verbleibenden Absolventen	Anzahl der in Ö verbleibenden Absolventen der Zahnmedizin
Österreich	115	73 %	84
Deutschland	4	25 %	1
Anderes Land	12	34 %	4
Gesamt	131		89

Quellen: GfK Austria, Medizinische Universitäten, BMWF; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung

Bei den Zahnärztinnen/-ärzten sind die Daten zur **Migration** sowohl von Studiumsabsolventinnen/-absolventen als auch von bereits praktizierenden Zahnärztinnen/-ärzten zusammen zu betrachten. Zu den in Österreich ausgebildeten Zahnärztinnen/-ärzten kommen ausgehend von einer Schätzung der ÖZÄK rund 80 Zuwanderer pro Jahr hinzu. Für die Abwanderung fertig ausgebildeter Zahnärztinnen/-ärzte stellte die ÖZÄK eine Zeitreihe von 2006 bis 2010 zur Verfügung. Im Mittel emigrieren demnach etwa zehn Zahnärztinnen/-ärzte pro Jahr. Diese Zahl inkludiert die bereits praktizierenden (d. h. in der Zahnärzteliste schon eingetragenen) Zahnärzte und einen Teil der direkt nach dem Studium abwandernden Zahnärztinnen/-ärzte, nämlich jenen, wo die Ausstellung einer Konformitätsbescheinigung durch die ÖZÄK notwendig ist.

Damit resultieren in Summe etwa **167 jährlich** ins Berufsleben neu eintretende Zahnärztinnen/-ärzte in Österreich.

6.3 Ärzteangebot bis 2030

Für die Prognose des jährlichen Gesamtbestandes an Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/Zahnärzten werden die Ergebnisse aus Kapitel 6.1 (Bestandsabnahme) und Kapitel 6.2 (Bestandszunahme) miteinander verknüpft, wobei zum verbleibenden Bestand an Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/-ärzten in jedem Jahr, getrennt nach Fachrichtung, jeweils ein weiterer neu hinzukommender Jahrgang addiert wird.

Da aufgrund der unzureichenden Datenlage in Hinblick auf das tatsächliche Pensionsantrittsalter vom Projektlenkungsausschuss entschieden wurde, diesen Parameter in zwei verschiedenen Varianten zu modellieren, liegen auch für die Angebotsprognose zwei Ergebnisse vor, die im Sinne einer Bandbreite für die geschätzte Anzahl der in den kommenden Jahren in Österreich zur Verfügung stehenden Ärztinnen und Ärzte bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzte interpretiert werden können.

Insgesamt gesehen wird demnach – ausgehend von den getroffenen Annahmen – für das Jahr 2030 ein Angebot von rund 30.600 (Variante P2) bis 33.700 (Variante P1) fertigen Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/–ärzten prognostiziert. Im Vergleich zu 2010 würde die Gesamtzahl damit in etwa unverändert bleiben. Bei der genauen Betrachtung im Jahresverlauf zeigt sich, dass – bei gleich bleibenden Ausbildungskapazitäten – die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in den nächsten Jahren noch leicht steigen wird, ab etwa 2020 aber mit einem Rückgang der Ärztezahlen zu rechnen ist.

- » Im **fachärztlichen Bereich** wird das geschätzte Angebot an Ärztinnen und Ärzten von rund 17.300 (P2) bzw. 18.600 (P1) im Jahr 2010 auf rund 18.200 (P2) bzw. 20.400 (P1) bis zum Jahr 2030 steigen. Das entspricht einem Plus von rund 5 bis 10 Prozent.
- » Im Bereich der **Allgemeinmedizin** wird je nach Pensionsvariante das Angebot an Ärztinnen und Ärzten von rund 10.500 (P1) bzw. 9.800 (P2) im Jahr 2010 auf rund 8.500 (P1) bzw. 7.700 (P2) im Jahr 2030 sinken. Das entspricht einem Minus von rund 20 Prozent.
- » Für den Bereich der **Zahnmedizin** wird ein Anstieg der Ärzteschaft zwischen 2010 und 2030 um knapp 10 Prozent prognostiziert.

Die Betrachtung getrennt nach Fachrichtungen zeigt teilweise sehr große Unterschiede in der prognostizierten Entwicklung des Angebots an verfügbaren Ärztinnen und Ärzten. Hier können zum einen fachrichtungsspezifische Gegebenheiten eine Rolle spielen, zum anderen ist jedoch zu beachten, dass es durch die zu treffenden Modellannahmen und die zum Teil eingeschränkte Datenqualität gerade in den kleineren Fachrichtungen zu nicht vernachlässigbaren **Unschärfen** kommen kann. Die nach Fachrichtungen differenzierten Ergebnisse sind daher nur als Anhaltspunkte zu verstehen.

Tabelle 6.13:

Prognose des jährlichen Gesamtbestands an Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/-ärzten nach Fachrichtungen 2010 bis 2030 – Variante P1

Jahr	AM	AN	AU	CH	DER	GGH	HNO	IM	KCH	KI	KJP	LAB	MKG	NC	NEU	NUK	OR	PAT	PCH	PHM	PSY	PUL	RAD	STR	UC	URO	ZMK	SON	Gesamt	Gesamt ohne ZMK	Gesamt FÄ*
2010	10.531	2.139	727	1.395	624	1.467	560	3.258	43	1.091	16	234	191	178	801	110	713	306	133	253	1.079	369	1.074	122	944	460	4.152	546	33.515	29.172	18.641
2015	11.304	2.501	809	1.594	691	1.538	604	3.649	65	1.184	45	266	235	218	922	158	790	367	171	296	1.193	413	1.226	177	1.089	479	4.442	526	36.950	32.274	20.970
2020	10.711	2.588	849	1.757	694	1.537	596	3.901	84	1.226	72	277	272	253	1.014	185	843	378	199	310	1.181	415	1.265	208	1.197	491	4.421	491	37.418	32.725	22.014
2025	9.248	2.379	805	1.809	650	1.440	546	3.921	100	1.196	101	267	295	276	1.026	189	844	357	222	283	1.035	351	1.190	219	1.204	470	4.245	499	35.168	30.628	21.380
2030	8.536	2.163	770	1.869	556	1.296	457	3.784	110	1.167	130	253	302	285	994	194	827	347	243	253	931	314	1.099	235	1.197	426	4.515	474	33.727	28.911	20.375
Veränderung 2010 bis 2030	-19%	1%	6%	34%	-11%	-12%	-18%	16%	156%	7%	728%	8%	58%	61%	24%	76%	16%	13%	82%	0%	-14%	-15%	2%	92%	27%	-7%	9%	-13%	1%	-1%	9%

* ohne AM, ZMK/MKG

Quellen: ÖÄK, ÖZÄK – Ärztelisten Dezember 2008, Ausbildungsstättenverzeichnis der ÖÄK 2008; Medizinische Universitäten, BMWF, BMG – KA-Statistik 2008 (KDok) Satzart K05; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle 6.14:

Prognose des jährlichen Gesamtbestands an Ärztinnen/Ärzten und Zahnärztinnen/-ärzten nach Fachrichtungen 2010 bis 2030 – Variante P2

Jahr	AM	AN	AU	CH	DER	GGH	HNO	IM	KCH	KI	KJP	LAB	MKG	NC	NEU	NUK	OR	PAT	PCH	PHM	PSY	PUL	RAD	STR	UC	URO	ZMK	SON	Gesamt	Gesamt ohne ZMK	Gesamt FÄ*
2010	9.828	2.059	674	1.278	590	1.336	512	3.001	43	1.006	16	205	185	165	757	108	651	287	127	245	997	341	990	118	878	402	4.117	516	31.431	27.129	17.301
2015	10.179	2.347	740	1.463	636	1.371	537	3.324	64	1.069	44	239	224	205	862	154	710	337	161	276	1.082	381	1.135	171	1.004	436	4.379	480	34.008	29.406	19.227
2020	9.128	2.234	715	1.534	616	1.311	509	3.433	81	1.066	72	242	252	229	899	165	742	327	183	271	1.000	343	1.110	190	1.046	424	4.341	446	32.912	28.319	19.191
2025	7.938	1.972	679	1.572	521	1.168	432	3.294	92	1.024	100	226	262	240	864	170	714	303	203	233	855	299	987	202	1.024	387	4.149	414	30.325	25.914	17.976
2030	7.656	1.950	674	1.688	473	1.138	379	3.405	104	1.046	129	231	260	255	909	184	727	323	217	226	843	282	990	227	1.068	361	4.463	410	30.618	25.896	18.240
Veränderung 2010 bis 2030	-22%	-5%	0%	32%	-20%	-15%	-26%	13%	143%	4%	721%	12%	40%	55%	20%	70%	12%	13%	70%	-8%	-15%	-17%	0%	92%	22%	-10%	8%	-20%	-3%	-5%	5%

* ohne AM, ZMK/MKG

Quellen: ÖÄK, ÖZÄK – Ärztelisten Dezember 2008, Ausbildungsstättenverzeichnis der ÖÄK 2008; Medizinische Universitäten, BMWF, BMG – KA-Statistik 2008 (KDok) Satzart K05; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

7 Gegenüberstellung von Angebot und Bedarf

7.1 Ergebnisse im Überblick

Zur Einschätzung, in wieweit in den kommenden Jahren der geschätzte Bedarf an Ärztinnen und Ärzten durch das zur Verfügung stehende Ärzteangebot gedeckt werden kann, werden nun die Ergebnisse aus den Kapiteln 5.11 (Ärztebedarf bis 2030) und 6.3 (Ärzteangebot bis 2030) gegenübergestellt.

Diesen Prognosen liegt – wie in den jeweiligen Kapiteln ausführlich dargestellt – eine Reihe von Modellannahmen zugrunde, die nur zum Teil mit empirischen Daten hinterlegt und daher mit nicht zu vernachlässigbaren Unsicherheiten behaftet sind. Ein wesentlicher Einflussfaktor bei der Einschätzung des Ärztebedarfs ist die tatsächliche Versorgungswirksamkeit der Wahlärztinnen und Wahlärzte. Zur Einschätzung des künftigen Ärzteangebots wiederum ist es maßgeblich, das tatsächliche Pensionsantrittsalter der Ärztinnen und Ärzte zu kennen. Da für beide Modellparameter derzeit keine validen Daten zur Verfügung stehen, wurde seitens des Projektlenkungsausschusses die Entscheidung getroffen, diese beiden Parameter mit jeweils zwei verschiedenen Sets an Annahmen zu modellieren (Details siehe dazu Kapitel 5.6 und 6.1).

Zur Ermittlung der nachstehenden Ergebnisse kamen diese Annahmen wie folgt zum Einsatz:

- » **Ergebnis 1** beruht auf den Annahmen zum Pensionsantrittsalter in der Variante P1 (höheres Pensionsantrittsalter) und den Annahmen zur Versorgungswirksamkeit der Wahlärzte in der Variante WA1 (geringere Versorgungswirksamkeit);
- » **Ergebnis 2** beruht auf den Annahmen zum Pensionsantrittsalter in der Variante P2 (niedrigeres Pensionsantrittsalter) und den Annahmen zur Versorgungswirksamkeit der Wahlärzte in der Variante WA2 (höhere Versorgungswirksamkeit).

Die beiden Ergebnisse können somit im Sinne einer **Bandbreite** interpretiert werden, innerhalb derer sich Ärztebedarf und Ärzteangebot in den nächsten Jahren entwickeln werden.

Tabelle 7.1 fasst die beiden Ergebnisse der Gegenüberstellung von prognostiziertem Ärzteangebot und Ärztebedarf für den Zeitraum bis 2030 zusammen. Jede Zahl entspricht dabei der Differenz zwischen Angebot und Bedarf im jeweiligen Jahr. Positive Zahlen bedeuten, dass ausreichend Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung

stehen, negative Zahlen bedeuten, dass der Bedarf durch die Zahl der verfügbaren Ärztinnen und Ärzte nicht gedeckt werden kann.

Tabelle 7.1:
Prognostizierte Differenz zwischen Angebot und Bedarf im jeweiligen Jahr

Jahr	Ergebnis 1 (P1/WA1)					Ergebnis 2 (P2/WA2)				
	Gesamt	Gesamt ohne Zahn	FÄ	AM	Zahn	Gesamt	Gesamt ohne Zahn	FÄ	AM	Zahn
2015	4.531	4.025	1.159	2.865	506	244	-70	-1.217	1.147	314
2020	3.780	3.259	1.352	1.906	522	-2.163	-2.418	-2.287	-131	255
2025	86	-211	-252	40	298	-6.245	-6.245	-4.500	-1.745	0
2030	-2.764	-3.272	-2.198	-1.074	509	-7.409	-7.652	-5.200	-2.451	243

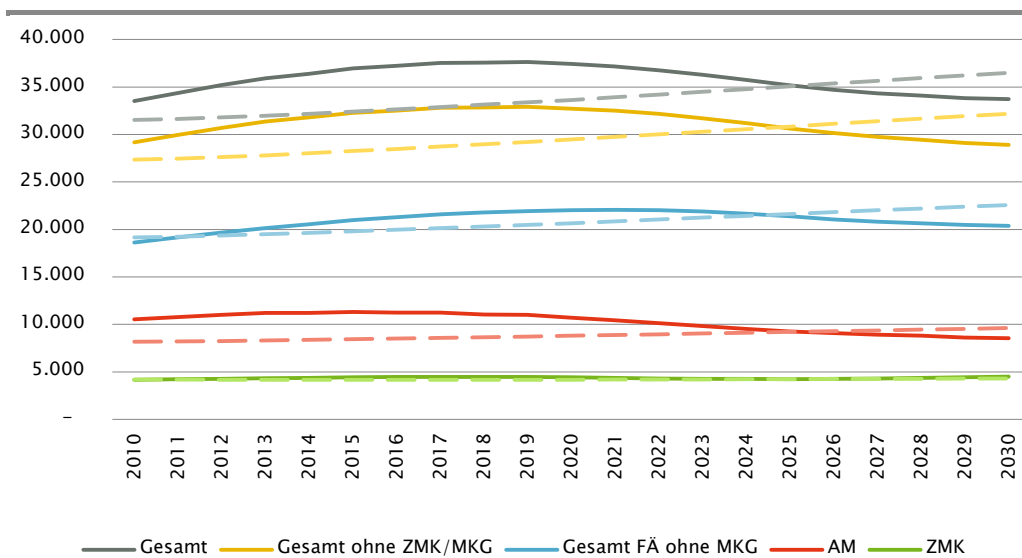
Quelle, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 7.1 und Abbildung 7.2 zeigen die Gegenüberstellung der für die Jahre bis 2030 prognostizierten Entwicklung von Ärzteangebot (durchgezogene Linie) und Ärztebedarf (strichlierte Linie), differenziert nach den beiden Ergebnisvarianten.

Es zeigt sich, dass entsprechend den Annahmen, die **Ergebnis 1** zugrunde liegen, bis zum Jahr 2024 ausreichend Ärztinnen und Ärzte in Österreich zur Verfügung stehen werden. Erst danach wird ein Ärztemangel prognostiziert, und das sowohl im fachärztlichen als auch im allgemeinmedizinischen Bereich. In der Zahnmedizin übersteigt hingegen über den gesamten Prognosezeitraum hinweg das prognostizierte Ärzteangebot den Bedarf.

Entsprechend den Annahmen, die **Ergebnis 2** zugrunde liegen, stehen derzeit bereits zu wenige Fachärztinnen und -ärzte zur Verfügung. Insgesamt gesehen übersteigt derzeit zwar das Angebot noch den Bedarf, dieses Plus ist allerdings auf den Bereich der Zahnmedizin zurückzuführen, der auch unter den Prämissen der Ergebnisvariante 2 über den gesamten Prognosezeitraum hinweg ausreichend versorgt bleibt. Im ärztlichen Bereich hingegen wird unter diesen Annahmen die Lücke zwischen Angebot und Bedarf in den kommenden Jahren laufend größer, wobei sich die Situation in den Jahren zwischen 2020 und 2025 – vor allem bedingt durch die dann bevorstehenden Pensionierungen der derzeit berufstätigen Ärztinnen und Ärzte – am stärksten verschärfen wird. Danach wird der alljährlich hinzukommende ungedeckte Bedarf wieder geringer.

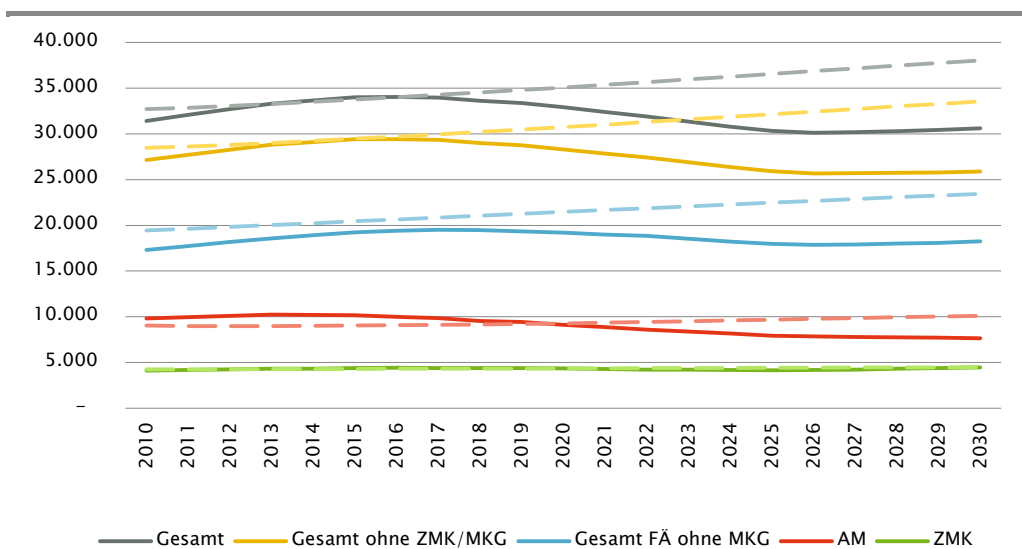
Abbildung 7.1:
Entwicklung von Angebot und Bedarf 2010 bis 2030 - Ergebnis 1 (P1/WA1)



durchgezogene Linien = Angebot
gestrichelte Linien = Bedarf

Quelle, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 7.2:
Entwicklung von Angebot und Bedarf 2010 bis 2030 - Ergebnis 2 (P2/WA2)



durchgezogene Linien = Angebot
gestrichelte Linien = Bedarf

Quelle, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

7.2 Fachrichtungsspezifische Ergebnisse

Gemäß § 10, Absatz 4 Ärztegesetz kann der Bundesminister für Gesundheit zum Zweck der längerfristigen Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung im Rahmen der Verordnung über die Ärzte-Ausbildung für bestimmte Sonderfächer und für eine bestimmte Dauer die Ausbildungskriterien lockern („1-plus-1-Prinzip“). Dies ist bislang für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie – beschränkt bis zum 30. Juni 2016 – im Zuge der Novelle 2010 erfolgt. Um eine Entscheidungsgrundlage für die Definition künftiger „**Mangelfächer**“ bereitzustellen, wurden im Rahmen der vorliegenden Studie erstmals sowohl die Prognosen auf der Bedarfsseite als auch die Prognosen hinsichtlich der künftig zur Verfügung stehenden Anzahl an Ärztinnen und Ärzten nach Fachrichtungen differenziert durchgeführt.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass insbesondere für die Berechnung der fachrichtungsspezifischen Angebotsprognose zahlreiche Annahmen erforderlich waren, die großen Unsicherheiten unterliegen. Insbesondere die – für die nach Fachrichtungen differenzierten Endergebnisse jedoch maßgeblichen – Annahmen hinsichtlich der künftigen Fächerauswahl der Absolventinnen und Absolventen (siehe dazu Kapitel 6.2.3) können nicht empirisch hinterlegt werden, sondern beruhen auf Experteneinschätzungen. Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse unterliegen daher nicht einschätzbaren Unschärfen und sind **ausschließlich** als **Anhaltspunkte** zu verstehen.

In Tabelle 7.2 und Tabelle 7.3 sind – differenziert nach den beiden Varianten P1/WA1 und P2/WA2 – die Ergebnisse der fachrichtungsspezifischen Gegenüberstellung von prognostiziertem Ärzteangebot und Ärztebedarf für den Zeitraum bis 2030 zusammengefasst.

Außer in der KJP zeigt sich dabei, dass insbesondere in den **Fachrichtungen URO, GGH und HNO** bereits jetzt und auch in den kommenden Jahren nicht mehr ausreichend Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen, und das unabhängig von der gewählten Ergebnisvariante.

Das einzige Fach, in dem in keiner der beiden Ergebnisvarianten weder jetzt noch in der längerfristigen Betrachtung ein Ärztemangel gesehen wird, ist die NC. Auffallend ist die Entwicklung u. a. in der CH. Hier dürfte sich die Situation in den kommenden Jahren sogar eher verbessern als verschlechtern, und nur die Ergebnisvariante 2 weist hier auch auf längere Sicht einen – wenn auch eher geringen – Zusatzbedarf an Ärztinnen und Ärzten aus.

Nicht so eindeutig ist das Bild in Fachrichtungen wie KI, UC, NEU, LAB, PAT oder SRN. Hier weist die Ergebnisvariante 1 über den gesamten Prognosezeitraum hinweg ein

ausreichendes Angebot an Ärztinnen und Ärzten aus, während sich in der Ergebnisvariante 2 längerfristig gesehen ein Mangel errechnet.

In der PMR unterscheiden sich die beiden Ergebnisvarianten hingegen kaum. Hier ist davon auszugehen, dass sich tatsächlich erst in etwa zehn bis fünfzehn Jahren ein Mangel ergeben könnte. Ähnliches gilt für die AN, auch hier weisen beide Ergebnisse erst mittel- bis langfristig einen Mangel auf, dann allerdings ein absolut gesehen deutliches Minus.

In einigen Fachrichtungen wie AU, DER, PSY, PUL oder OR zeigen sich die beiden Ergebnisvarianten von der Größenordnung her zwar unterschiedlich, allerdings mit der gleichen Tendenz. Während in der Ergebnisvariante 1 erst längerfristig ein Mangel ausgewiesen wird, ist in der Ergebnisvariante 2 über den gesamten Prognosezeitraum hinweg der Bedarf höher als das bestehende Angebot an Ärztinnen und Ärzten. Besonders deutlich und aufgrund der hohen absoluten Zahlen auffällig ist der Unterschied in der IM. In diesen Fällen lässt sich anhand der zur Verfügung stehenden Datengrundlagen also kaum einschätzen, ob und wann ein Ärztemangel eintreten wird.

In den Daten nicht gesondert ausgewiesen und daher nicht direkt in der Prognose berücksichtigbar ist der Bereich der **Arbeitsmedizin**. Laut einer Auswertung der ÖÄK¹¹ ist hier in den kommenden Jahren mit überdurchschnittlich vielen Pensionierungen zu rechnen. Demnach sind derzeit 26 Prozent der Arbeitsmediziner über 60 Jahre alt. Ein Vergleich mit der Altersstruktur der gesamten Ärzteschaft in Österreich zeigt, dass der Anteil der über 60-jährigen Ärztinnen und Ärzte hier mit nur 12 Prozent (Stand 2008) deutlich geringer ist. Dies legt den Schluss nahe, dass in den nächsten Jahren im Bereich der Arbeitsmedizin ein überdurchschnittlich hoher Bedarf an Nachbesetzungen entstehen wird.

11

„Arbeitnehmer werden älter – Arbeitsmediziner aber auch ...“, in: med.ium 06/2011

Tabelle 7.2:

Ergebnis 1 (P1/WA1) – prognostizierte Differenz zwischen Angebot und Bedarf im jeweiligen Jahr nach Fachrichtungen

Jahr	AM	AN	AU	CH	DER	GGH	HNO	IM	KI	KJP	LAB	NC	NEU	OR	PAT	PMR	PSY	PUL	SRN	UC	URO	Zahn	SON	Gesamt	Gesamt ohne Zahn	Gesamt FÄ*
2015	2.865	280	4	92	82	-71	-33	148	158	-142	36	38	101	-5	63	26	166	6	217	125	-107	506	-24	4.531	4.025	1.159
2020	1.906	249	8	233	68	-70	-53	242	170	-172	41	62	150	5	62	15	128	-16	233	214	-137	522	-78	3.780	3.259	1.352
2025	40	-89	-89	240	-5	-164	-124	-15	125	-144	24	77	117	-34	28	-24	-55	-103	94	182	-200	298	-93	86	-211	-252
2030	-1.074	-428	-177	250	-127	-301	-232	-431	92	-118	3	79	40	-87	5	-64	-196	-162	-47	132	-287	509	-141	-2.764	-3.272	-2.198

CH inkl. KCH und PCH; Zahn umfasst ZMK, Dr. med. dent., Dentisten und MKG; SRN umfasst Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie; * ohne ZMK/MKG

Quelle, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 7.3:

Ergebnis 2 (P2/WA2) – prognostizierte Differenz zwischen Angebot und Bedarf im jeweiligen Jahr nach Fachrichtungen

Jahr	AM	AN	AU	CH	DER	GGH	HNO	IM	KI	KJP	LAB	NC	NEU	OR	PAT	PMR	PSY	PUL	SRN	UC	URO	Zahn	SON	Gesamt	Gesamt ohne Zahn	Gesamt FÄ*
2015	1.147	100	-97	-95	-51	-292	-112	-241	0	-143	5	20	5	-114	30	16	-55	-31	95	10	-163	314	-103	244	-70	-1.217
2020	-131	-138	-166	-79	-98	-375	-156	-327	-40	-172	1	32	-11	-134	8	-2	-179	-94	16	12	-223	255	-161	-2.163	-2.418	-2.287
2025	-1.745	-530	-257	-97	-224	-515	-255	-749	-98	-145	-22	35	-92	-204	-29	-51	-363	-162	-170	-50	-304	-0	-217	-6.245	-6.245	-4.500
2030	-2.451	-677	-317	-38	-303	-538	-328	-923	-80	-119	-23	43	-94	-229	-22	-68	-415	-201	-200	-51	-374	243	-245	-7.409	-7.652	-5.200

CH inkl. KCH und PCH; Zahn umfasst ZMK, Dr. med. dent., Dentisten und MKG; SRN umfasst Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie; * ohne ZMK/MKG

Quelle, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

8 Szenario „Fall des EU–Moratoriums“

Die bisherigen Ergebnisse berücksichtigen die seit 2006 geltende „Safeguard–Klausel“ gemäß UG 2002 (BGBl I 2006/74, § 124b Abs 5 UG 2002), die aufgrund des starken Anstiegs an Studienanfängerinnen bzw. –anfängern aus Deutschland eingeführt wurde. 95 Prozent der jeweiligen Gesamtstudienplätze in den Fächern Human– und Zahnmedizin sind seither EU–Bürgerinnen bzw. –Bürgern – und ihnen im Hinblick auf den Studienzugang gleichgestellten Personen – vorbehalten. 75 Prozent der Gesamtstudienplätze eines Jahres stehen Personen mit in Österreich ausgestellten Reifeprüfungszeugnissen zur Verfügung.

Abweichend davon zeigt das in den folgenden Abschnitten beschriebene Alternativszenario die prognostizierten Ergebnisse unter der Annahme, dass das EU–Moratorium wegfällt. Das Alternativszenario beruht auf der fiktiven Verteilung der verfügbaren Studienplätze nach Staatsbürgerschaft ausschließlich anhand des Testergebnisses im Aufnahmeverfahren. Herangezogen wurden die Ergebnisse der Aufnahmetests in den Jahren 2006 bis 2010, für jeden Universitätsstandort wurde eine eigene Verteilung berechnet. Für die Prognose ab dem Jahr 2011 wurde der Durchschnittswert der genannten fünf Jahre herangezogen.

8.1 Absolventenprognose Humanmedizin

Ohne Quotenregelung wäre die Anzahl der in Österreich verfügbaren Humanmediziner/innen deutlich reduziert. Gegenüber der Hauptprognose stünden ab dem Jahr 2024 jährlich rund 160 Studienabsolventinnen/–absolventen der Humanmedizin weniger zur Verfügung (siehe dazu Tabelle 8.1).

Tabelle 8.1:

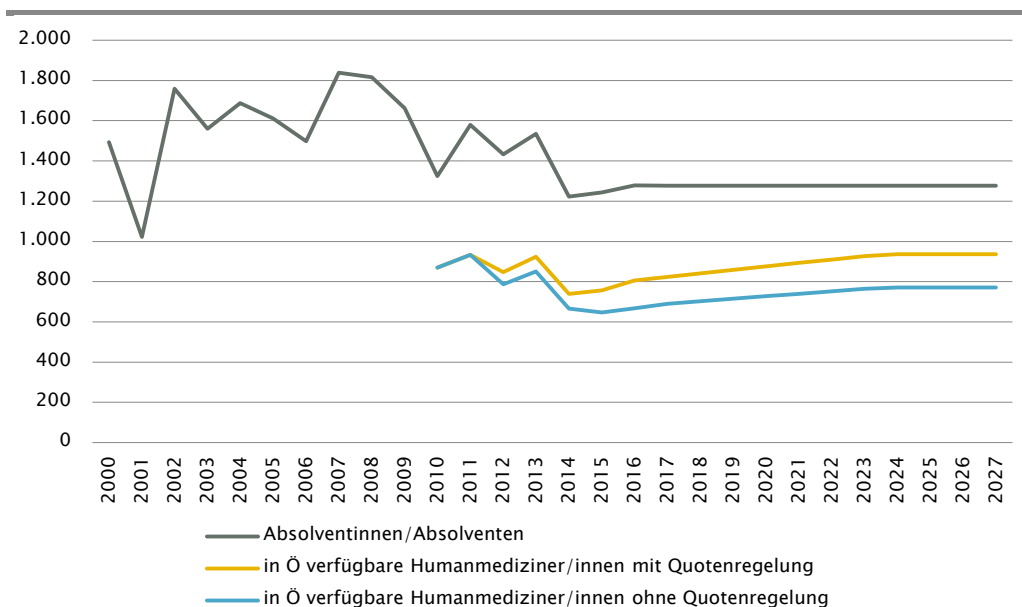
Gegenüberstellung der in Österreich verfügbaren Absolventinnen/Absolventen der Humanmedizin mit bzw. ohne Quotenregelung

Jahr	Absolventinnen und Absolventen	In Österreich verbleibende Absolventen mit Quotenregelung	In Österreich verbleibende Absolventen ohne Quotenregelung
2000	1.494	-	-
2001	1.034	-	-
2002	1.777	-	-
2003	1.518	-	-
2004	1.645	-	-
2005	1.569	-	-
2006	1.456	-	-
2007	1.797	-	-
2008	1.811	-	-
2009	1.691	-	-
2010*	1.324	869	869
2011*	1.579	934	934
2012	1.433	847	787
2013	1.535	924	851
2014	1.223	738	667
2015	1.244	757	647
2016	1.278	807	668
2017	1.276	824	690
2018	1.276	841	702
2019	1.276	858	715
2020	1.276	875	727
2021	1.276	893	740
2022	1.276	910	752
2023	1.276	927	765
2024	1.276	936	771
2025	1.276	936	771
2026	1.276	936	771
2027	1.276	936	771

* In die Jahre 2010 und 2011 fallen die Studienabschlüsse jener Studierenden, die vor Einführung der Quotenregelung ihr Studium aufnahmen.

Quelle: BMWF; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Abbildung 8.1:
Gegenüberstellung der in Österreich verfügbaren Absolventinnen/Absolventen
der Humanmedizin mit bzw. ohne Quotenregelung



Quellen: BMWF; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

8.2 Absolventenprognose Zahnmedizin

Ebenso wie im Bereich der Humanmedizin würden in der Zahnmedizin bei Wegfall der Quotenregelung deutlich weniger Zahnärztinnen/-ärzte zur Verfügung stehen (siehe Tabelle 8.2 und Tabelle 8.3). Aufgrund der in Abschnitt 6.2.3 erwähnten Datenmängel im Bereich der Zahnmedizin muss das Alternativszenario allerdings eine vage Schätzung bleiben.

Tabelle 8.2:
Aus den Testergebnissen der Jahre 2006 bis 2010 geschätzte Aufteilung
der zu erwartenden Absolventinnen und Absolventen der Zahnmedizin nach Herkunft

Herkunft	Prozent	Anzahl
Österreich	60	79
Deutschland	36	48
Anderes Land	4	5
Gesamt	100	131

Quellen: BMWF; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 8.3:

Anzahl der in Österreich verbleibenden Absolventinnen und Absolventen der Zahnmedizin ohne Quotenregelung

Herkunft	Anzahl Absolventen	Anteil der in Österreich verbleibenden Absolventen	Anzahl der in Ö verbleibenden Absolventen der Zahnmedizin
Österreich	79	73 %	57
Deutschland	48	25 %	12
Anderes Land	5	34 %	2
Gesamt	131		71

Quellen: BMWF; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

8.3 Auswirkungen auf die Ergebnisse

Mit dem Fall des EU-Moratoriums würde die prognostizierte Zahl der in den kommenden Jahren zur Verfügung stehenden Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu dem unter der Prämisse ermittelten Ärzteangebot, dass die Quotenregelung in der derzeitigen Form weiter bestehen bleibt, deutlich geringer ausfallen.

Konkret wäre das für das **Jahr 2025** prognostizierte Ärzteangebot um rund **1.500 Personen** niedriger als im Hauptmodell. In weiterer Folge würde sich dadurch die für das Jahr 2025 prognostizierte Lücke zwischen Ärzteangebot und Ärztebedarf um denselben Betrag vergrößern. Bis zum **Jahr 2030** wäre das prognostizierte Ärzteangebot bereits um rund **2.500 Personen** niedriger als bisher.

Ergebnis 1 (P1/WA1)

- » 2025 Gesamt: mit Quote + 86 Personen / ohne Quote - 1.395 Personen
- » 2030 Gesamt: mit Quote - 2.764 Personen / ohne Quote - 5.268 Personen

Ergebnis 2 (P2/WA2)

- » 2025 Gesamt: mit Quote - 6.245 Personen / ohne Quote - 7.726 Personen
- » 2030 Gesamt: mit Quote - 7.409 Personen / ohne Quote - 9.914 Personen

9 Empfehlungen

Ausgehend von den in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten Ergebnissen, wurden vom Projektlenkungsausschuss konsensuell die nachfolgenden Empfehlungen erarbeitet. Sie beziehen sich auf konkrete Maßnahmen in verschiedenen Teilbereichen des Gesundheitssystems, auf grundlegende Themen der Bedarfsschätzung und auf Maßnahmen zur Verbesserung der Datenbasis für künftige Ärztebedarfsstudien. Die Empfehlungen sind nach inhaltlichen Aspekten zusammengefasst.

9.1 Ärztinnen und Ärzte: Bedarfsentwicklung

Thematik 1: Der bedarfsgerechte Soll-Stand an Ärztinnen und Ärzten

Hintergrund

Zur nachhaltigen Sicherung des österreichischen Gesundheitswesens besteht großes Interesse an einer bedarfsgerechten Ermittlung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im intra- und extramuralen Bereich. Anhaltspunkte stellen die **beobachtete Inanspruchnahme** (Nachfrage) und die **Orientierung an gegebenen Struktur-erfordernissen** (z. B. Personalbedarf in Krankenanstalten) oder an nationalen und **internationalen Vergleichswerten** dar. Forschungen in Hinblick auf ergänzende morbiditätsbasierte Bedarfsschätzungen sind derzeit international wie auch in Österreich in Arbeit.

Dass, wie in Kapitel 5.1 erläutert, die Abschätzung des tatsächlichen Bedarfs keineswegs trivial ist, hat vor allem **methodische Gründe**. Den bedarfsgerechten Soll-Stand an Ärztinnen und Ärzten abzuschätzen erfordert eine genaue Differenzierung der Begriffe Bedürfnis, Bedarf und Nachfrage. Derzeit fehlen noch die Datengrundlagen, um eine morbiditätsbasierte Bedarfsschätzung abgeben zu können; üblicherweise wird als Näherungswert zur Abschätzung des Soll-Standes auf die tatsächlich beobachtete Inanspruchnahme und auf den derzeit vorhandenen Ist-Stand an Ärztinnen und Ärzten zurückgegriffen. Ein allfälliger derzeit nicht gedeckter Bedarf (Unterversorgung) oder eine allenfalls in manchen Fachrichtungen bestehende angebotsinduzierte Nachfrage (Übersversorgung) kann so jedoch nur in Ansätzen mit berücksichtigt werden (zum Beispiel durch regionale oder internationale Vergleiche).

Wie in Abbildung 5.1 ersichtlich, wurden im Rahmen der vorliegenden Studie in einem zweistufigen Bedarfsschätzungsmodell im ersten Schritt verschiedene Aspekte und Datenquellen im intra- wie im extramuralen Bereich berücksichtigt, um den Soll-Stand ausgehend vom Ist-Stand im Basisjahr 2008 abzuschätzen. Darauf aufbauend erfolgte

in einem zweiten Schritt die Fortschreibung des Ärztebedarfs bis zum Planungshorizont 2030.

Neben methodischen Fragen sind es aber auch die in manchen Bereichen **nicht hinreichend verfügbaren Datengrundlagen**, welche die Abschätzung eines bedarfsgerechten Soll-Standes an Ärztinnen und Ärzten in Österreich erschweren. So ist etwa die tatsächliche Inanspruchnahme noch nicht in allen Teilbereichen der Gesundheitsversorgung eindeutig zu bestimmen. Insbesondere im Wahlarztbereich stehen derzeit nur wenige Informationen über die tatsächliche und künftige Versorgungswirksamkeit zur Verfügung.

Generell unberücksichtigt bleiben im Rahmen der Studie qualitative Aspekte der ärztlichen Versorgung in Österreich und damit Überlegungen in Hinblick auf eine allenfalls vorhandene Fehlversorgung.

Empfehlungen

- » Durchführung einer Studie zur Einschätzung des tatsächlichen Leistungsumfangs (Versorgungswirksamkeit) der Wahlärztinnen und -ärzte, insbesondere im Verhältnis zum vertragsärztlichen Bereich
- » Verbesserung der Datenlagen sowohl für den intramuralen als auch für den extramuralen Sektor (z. B. Leistungsdokumentation anhand des derzeit in Ausarbeitung befindlichen Katalogs ambulanter Leistungen)

Thematik 2: Entwicklung des künftigen Bedarfs

Hintergrund

Das Gesundheitswesen stellt ein überaus komplexes System dar. Der künftige Bedarf an Ärztinnen und Ärzten wird von einer Vielzahl an Faktoren beeinflusst, von denen nur wenige bereits zum jetzigen Zeitpunkt bekannt bzw. einzuschätzen sind. Besonders hinzuweisen ist hier auf

- » mögliche **epidemiologische Veränderungen** (Änderungen im Gesundheitszustand der einzelnen Bevölkerungsgruppen),
- » sich **verändernde Altersverteilungen** der Ärztinnen und Ärzte (z. B. geänderte Arbeitszeitmodelle, geringere Anwesenheitszeiten älterer Ärztinnen/Ärzte) sowie der Patientinnen und Patienten (z. B. erhöhter Bedarf bei geriatrischen Fächern),
- » aber auch auf strukturbedingte Veränderungen (**Optimierungspotenzial; s. u.**).

Im Rahmen der vorliegenden Studie werden in weiten Teilen die derzeit beobachteten alters- und geschlechtsspezifischen Inanspruchnahmequoten in die Zukunft fortgeschrieben. Allfällige künftige **epidemiologische Veränderungen** und damit einhergehende Änderungen in der Inanspruchnahme können nur eingeschränkt berücksichtigt werden (siehe dazu auch Kapitel 5.2).

Zur Einschätzung der Auswirkungen künftiger strukturbedingter Veränderungen wurden verschiedene Szenarien berechnet. Der dabei angewandte „Optimierungsfaktor“ berücksichtigt sowohl Verschiebungspotenziale bei Tätigkeiten, die derzeit von Ärztinnen/Ärzten ausgeübt werden, hin zu anderen Berufsgruppen als auch generelle struktur- und prozessbedingte **Optimierungspotenziale** (Optimierung von Personaleinsatz, Zuständigkeiten, Arbeitsprozessen und Strukturen):

- » Wie auch in Thematik 4 „Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit“ im Detail ausgeführt, werden derzeit ärztliche Kernaufgaben im Routinebetrieb oft durch die Übernahme delegierbarer Tätigkeiten in den Hintergrund gedrängt. Die Übernahme dieser delegierbaren Tätigkeiten durch anderes hierfür qualifiziertes Personal sollte das Ziel sein. Ein Schwerpunkt wäre auch in der Entlastung des medizinischen Fachpersonals von **Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben** zu sehen.
- » Weiteres Effizienzpotenzial wird gesehen an den Schnittstellen hin zu anderen **nichtärztlichen Berufsgruppen** wie Psychologinnen und Psychologen, diplomiertem Krankenpflegepersonal, Pflegehelferinnen/-helfern usw. Das setzt allerdings voraus, dass gewisse ärztliche und pflegerische Zuständigkeiten, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten neu definiert werden. Als Stichworte genannt seien beispielhaft Entlassungsmanagement, Case Management, Beratungsleistungen, Verordnungsrechte oder Rezepturbefugnis und Pflegegeldeinstufung.
- » Auch durch den Ausbau alternativer Versorgungsstrukturen (wie z. B. Tages- und Wochenkliniken) und durch rascheres Verlegen von Patienten aus dem Akutbereich in reine Pflege- oder Rehabilitationsstrukturen) ist eine Reduktion des künftigen Bedarfs an ärztlichem Personal zu erwarten.

Geht man in einem **Szenario** von der Annahme¹² aus, dass durch die genannten Steuerungsmöglichkeiten im **intramuralen Bereich** ein **Optimierungspotenzial** bis zum Jahr 2030 von zehn Prozent (bzw. 20 Prozent) realisiert werden könnte, würde das eine Reduktion des künftigen Bedarfs um rund 65 (bzw. 130) Ärztinnen und Ärzte pro Jahr

12

Als Ausgangspunkt für diese Schätzung wurden die Ergebnisse der Studie von IFES und ÖÄK herangezogen, die einen Anteil der rein administrativen Tätigkeit, die von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt wird, von durchschnittlich über dreißig Prozent ausweist (IFES, ÖÄK 2010).

gegenüber dem ohne Berücksichtigung des Optimierungsfaktors geschätzten Wert bedeuten. Insgesamt gesehen würde dies im Jahr 2030 einer Reduktion des Bedarfs um rund 1.450 (bzw. 2.900) Ärztinnen und Ärzten entsprechen.

Empfehlungen

- » Spezialisierung und weitere Einengung vermeiden
- » Sonderfächer auf maximal 25 reduzieren
- » Paket zur Steigerung der Attraktivität ärztlicher Tätigkeiten umsetzen (siehe Thematik 4)
- » Untersuchungen dahingehend durchführen, welche Auswirkungen eine Verschiebung von Tätigkeiten auf die Personalsituation bei anderen Gesundheitsberufen, Hilfs- und Supportdiensten hätte
- » Systempartner besser vernetzen (integrierte Versorgung, DMP); einheitliches und vergleichbares Qualitätsniveau der Krankenanstalten; ebenso einheitliches und vergleichbares Qualitätsniveau im extramuralen Bereich

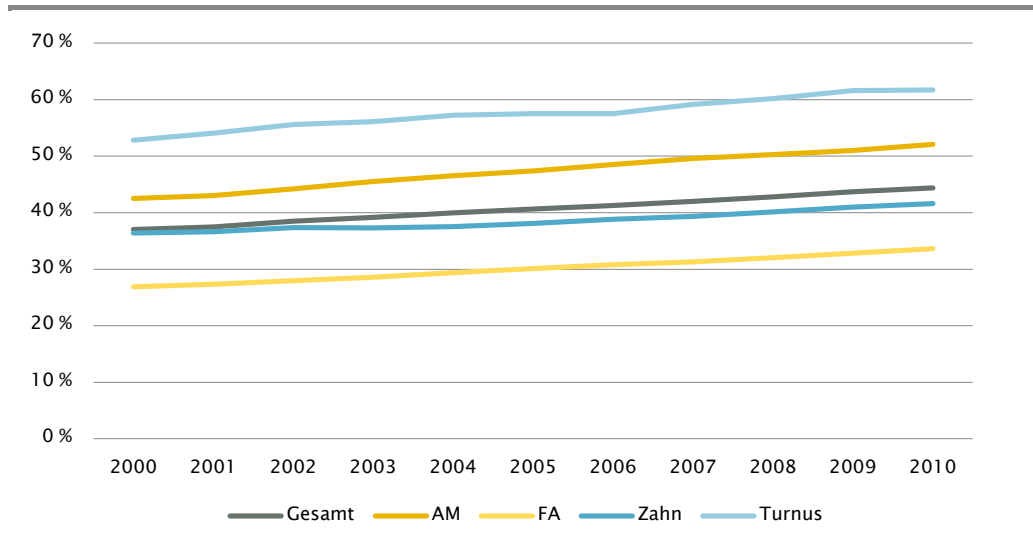
Thematik 3: Teilzeitfaktor – Versorgungswirksamkeit

Hintergrund

Die für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderliche Anzahl an Ärztinnen und Ärzten und damit auch die Anzahl der erforderlichen Ausbildungsstellen hängt unter anderem davon ab, in welchem Ausmaß die einzelnen Personen tatsächlich versorgungswirksam sind. In der vorliegenden Studie werden (mit Ausnahme des Wahlarztbereiches) die bestehenden Verhältnisse zwischen Köpfen und VZÄ/ÄAVE und damit der aktuelle Teilzeitfaktor fortgeschrieben.

Fakt ist, dass der **Frauenanteil** in der Medizin in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen ist (siehe Abbildung 9.1). Der Umstand, dass derzeit bereits sechs von zehn Turnusärzten weiblich sind, legt die Vermutung nahe, dass der Frauenanteil auch in nächster Zukunft noch weiter steigen wird.

Abbildung 9.1:
Entwicklung des Frauenanteils an der berufstätigen Ärzteschaft



Quellen: Ärztelisten der ÖÄK und ÖZÄK Dezember 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

- » Besonders stark gestiegen ist der Frauenanteil in den letzten Jahren in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Anstieg um 15 Prozentpunkte von 23 % im Dezember 2000 auf 38 % im Dezember 2010).
- » In der Allgemeinmedizin (Anstieg von 2000: 43 % auf 2010: 52 %), der Kinder- und Jugendheilkunde (Anstieg von 2000: 43 % auf 2010: 50 %) und der Dermatologie (Anstieg von 2000: 41 % auf 2010: 49 %) ist mittlerweile bereits die Hälfte der derzeit berufstätigen Ärzteschaft weiblich.

Unabhängig vom Geschlecht ist zu beobachten, dass die junge Generation von Ärztinnen und Ärzten hohe Ansprüche an einen Arbeitsplatz stellt. Dazu zählen neben der Forderung von geregelten Arbeitszeiten und möglichst wenigen Überstunden auch neue Karrieremodelle und ein neuer Führungsstil. An diesen Werten orientiert sich nicht nur die Wahl des Arbeitsplatzes, sondern auch die Wahl der Fachrichtung. Es ist daher dem generellen Bestreben der Ärztinnen und Ärzte hin zu einer ausgewogeneren **Work-Life-Balance** Rechnung zu tragen. (Vgl. Hucklenbroich 2012.)

Empfehlungen

- » Dem jeweiligen Lebensabschnitt entsprechende, flexible Arbeitszeitmodelle schaffen (z. B. Teilzeitmodelle für ältere Arbeitnehmer/innen, Elternteilzeit, individuelle Arbeitszeiten)

- » Work-Life-Balance-Modelle entwickeln
- » Adäquate (24-Stunden-)Kinderbetreuungsplätze anbieten

9.2 Ärztinnen und Ärzte: Angebotsentwicklung

Thematik 4: Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit

Hintergrund

Trotz der laufend steigenden Ärztezahlen ist die Angebotsentwicklung derzeit davon geprägt, dass immer mehr Ärztinnen und Ärzte frühzeitig aus dem Berufsleben in Österreich ausscheiden, sei es durch Pensionierungen, Wechsel in andere Berufe oder durch Abwanderung in andere Länder.

Aufgrund der zum Teil sehr belastenden Arbeitssituation in den Spitälern (Arbeitsverdichtung nimmt zu, Intensität und Belastung steigen, Arbeitsbereitschaftszeiten nehmen ab, Vollarbeitszeiten nehmen zu) lässt sich derzeit zudem immer wieder eine Tendenz vom Spitalsbereich hin zur eigenen Ordination erkennen, wobei hier wiederum der Wahlarztsektor immer stärker wächst.

Empfehlungen

Um einem möglichen frühen Pensionsantritt und der Abwanderung bereits in Österreich berufstätiger Ärztinnen und Ärzte bzw. Medizinabsolventinnen und -absolventen entgegenzuwirken, wird ein Paket mit folgenden Schwerpunkten für Spitals- und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte empfohlen:

(1) Attraktivität **in den Spitälern** steigern

- » Reduzieren der Administrativbelastung – weniger aktive Dokumentationsarbeit, dafür mehr Zeit für ärztliche Tätigkeiten
- » Ausbildungsgerechte Verwendung der Jungmediziner/innen (siehe auch Thematik 5)
- » Administrative und arztfremde Tätigkeiten sollen von geeignetem Personal verrichtet werden
- » Sinnvoller Personaleinsatz nach Qualifikation
 - » ärztliches Personal: Medizin
 - » diplomiertes Pflegepersonal: Pflege und mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich
 - » Pflegehelfer: einfache Grundtätigkeiten

- » Stationssekretärinnen/–sekretäre: Administration
- » Hilfsdienste
- » Steuerung des Zustroms zu Spitalsambulanzen
- » Verbesserte tagesklinische Betreuung statt stationärer Aufnahme
- » Etablierung familienfreundlicher Ausbildungsmodelle und Arbeitsbedingungen, Umsetzung entsprechender Teilzeitmodelle
- » Schaffung bzw. Erhalt von Karrieremöglichkeiten in den Spitälern, transparente und gender- & diversitygerechte Verteilung der Ausbildungsstellen
- » Sicherstellung eines verantwortlichen Leiters pro Organisationseinheit vor Ort
- » Abbau des Missverhältnisses zwischen Arbeitsleistung und Gehalt (ein vernünftiges Gehalt ist derzeit nur durch Verrichtung möglichst vieler Nachtdienste erreichbar)
- » Einhaltung der gesetzlichen Arbeitszeithöchstgrenzen (KA-AZG, ARG ...)
- » Etablierung von Systemen zur innerbetrieblichen Mitarbeitermotivation
- » Erhalt der Arbeitsfähigkeit und Schaffung von Arbeitszeitmodellen für ältere Spitalsärztinnen und –ärzte

(2) Attraktivität im **niedergelassenen Bereich steigern**

- » Niederlassung attraktiver machen: Sicherstellung eines adäquaten Einkommens und adäquater Arbeitsbedingungen speziell in peripheren Gebieten (u. a. bereits frühes „Werben“ um Jungärztinnen/–ärzte wie z. B. in Deutschland durch „Landarztstipendien“ während der Ausbildung, verstärkte Förderung von Lehrpraxen in Landarztordinationen)
- » Administrativen Aufwand reduzieren
- » Unterstützung bei der Eröffnung einer Ordination (Vereinfachen baulicher Vorschriften, anwenderfreundliche Bürokratie, mehr Service, „One-Stop-Shop“)
- » Arbeitsbedingungen verbessern, insbesondere am Land (24-Stunden-Verfügbarkeit wird erwartet, sich verschärfende Haftungsproblematik)
- » Zusammenschluss zu mono- und multidisziplinären Gruppenpraxen erleichtern

(3) Attraktivität der **nichtärztlichen Gesundheitsberufe** steigern

(vgl. EuGH 13. 4. 2010 Rs C 73/08 Bressol, Rz 68)

- » Arbeitsbedingungen verbessern
 - » Vereinbarkeit von Beruf und Familie
 - » Dem jeweiligen Lebensabschnitt entsprechende, flexible Arbeitszeitmodelle schaffen (z. B. Teilzeitmodelle für ältere Arbeitnehmer/innen, Elternteilzeit, individuelle Arbeitszeiten)

- » Aus- und Weiterbildung
- » Behandlungsprozesse optimieren
 - » Arbeiten in fachübergreifenden Teams
 - » Qualifikations- und Tätigkeitsprofil entsprechend den Erfordernissen im Behandlungsprozess abbilden
 - » Kompetenzen adäquat zuordnen

Thematik 5: Attraktivität der (postpromotionellen) Ausbildung steigern

Hintergrund

Erste Analysen zeigen, dass die Bereitschaft zur Abwanderung nach dem Studium auch unter österreichischen Studentinnen und Studenten gegeben ist. Beklagt wird unter anderem die uneinheitliche Qualität der postpromotionellen Ausbildung. Derzeit stehen zur Einschätzung der Abwanderungsneigung der Medizinabsolventinnen und -absolventen in Österreich jedoch nur die Ergebnisse einer einmaligen Befragung aus dem Jahr 2010 zur Verfügung. Inwieweit den darin geäußerten Wünschen auch tatsächlich eine Abwanderung ins Ausland folgt, kann derzeit nicht eingeschätzt werden. Letztendlich wird erst das Verhalten der ersten berufsberechtigten Ärztinnen und Ärzte aus der Studierendekohorte von 2006, die unter Bedingungen des Moratoriums begonnen haben, Klarheit bringen (also frühestens 2015).

Derzeit sind bereits umfassende Initiativen zur **Ausbildungsreform** im Laufen. Ziel dieser Reformen ist es, neben der Ausbildungsqualität auch die Attraktivität der medizinischen Ausbildung in Österreich zu verbessern, um so mit dazu beizutragen, der Abwanderung von Medizinabsolventinnen und -absolventen aus österreichischen Universitäten zur weiteren Ausbildung ins Ausland entgegenzuwirken.

Empfehlungen

- » Ausbildungskultur etablieren
- » Jungmediziner/innen ausbildungsgerecht verwenden (siehe auch Thematik 4)
- » Qualitätsstandards in der Ausbildung, speziell auch bei Lehrpraxen
- » Zukünftige Fachärztinnen und -ärzte sollen ihre FA-Ausbildung gleich beginnen, dies verkürzt die Ausbildungszeiten
- » Nahtlosen Umstieg nach Beendigung des Studiums ermöglichen in die Ausbildung zum Allgemeinmediziner oder in die Facharztausbildung, Engstellen bei postpromotionellen Ausbildungsplätzen vermeiden
- » Vorleistungen der medizinischen Universitäten durch Umbau des Studienplanes (vermehrte praktische Ausbildung) bei der künftigen Gestaltung der

postpromotionellen Ausbildung berücksichtigen; universitäre und postpromotionelle Ausbildung aufeinander abstimmen (siehe derzeit laufende Arbeitsgruppe Turnusausbildung)

- » Ausbildung durch modulartigen Aufbau vereinfachen (neue Rasterzeugnisse)

Thematik 6: Ermittlung des tatsächlichen Pensionsantrittsalters

Hintergrund

Das Pensionsantrittsalter ist einer der maßgeblichsten Einflussfaktoren für die Prognose des künftigen Angebots an Ärztinnen und Ärzten in Österreich, derzeit stehen jedoch keine validen Angaben zum tatsächlichen Pensionsantrittsalter zur Verfügung.

Angestellte Ärztinnen und Ärzte unterliegen hinsichtlich des gesetzlichen Pensionsantrittsalters dem ASVG. Im niedergelassenen Bereich wurde mit dem 4. Sozialrechtsänderungsgesetz 2009 nun erstmals eine Altersgrenze festgelegt. Gemäß § 342 ASVG wird mit Gültigkeit per 1. Jänner 2010 für die Beendigung der Einzelverträge von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten das vollendete 70. Lebensjahr als Altersgrenze festgelegt. Dies gilt auch für Zahnärztinnen und -ärzte mit Sozialversicherungsverträgen. In den Gesamtverträgen wurden entsprechend nach Alter gestaffelte Übergangsregelungen für Einzelverträge definiert, die vor diesem Zeitpunkt geschlossen worden sind.

Empfehlung

- » Untersuchung zum zeitlichen Arbeitsverlauf der Ärztinnen und Ärzte durchführen (Berufsbeginn und Berufsbeendigung/Pensionsantritt)

Thematik 7: Regionale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte

Hintergrund

Alle Aussagen in der vorliegenden Studie beziehen sich auf **Österreich insgesamt**. Nicht Bestandteil sind hingegen Analysen regionsspezifischer Problemlagen. Fakt ist, dass bereits jetzt die Dichte der ärztlichen Versorgung zwischen den Bundesländern deutlich variiert. Auch innerhalb der einzelnen Bundesländer zeigen sich zum Teil große Unterschiede zwischen zentralen und peripheren Regionen. Nach Auskunft einiger Krankenanstaltenträger wird es in einzelnen Fachrichtungen immer schwieriger, in dezentral gelegenen Häusern frei werdende Stellen rasch nachzubeseetzen. Selbiges gilt

mittlerweile in einigen Regionen auch für den niedergelassenen Bereich. Der Grund dafür ist zu sehen in der mangelnden Attraktivität einzelner Regionen (insbesondere dünn besiedelter ländlicher Regionen) sowie einzelner Fachrichtungen (insbesondere der Allgemeinmedizin). Ziel der nachfolgend genannten Empfehlungen ist es, diesen fachrichtungsspezifischen und regionalen Disparitäten entgegenzuwirken.

Empfehlungen

- » Ärztliche Tätigkeit in peripheren Gebieten für Jungärztinnen und -ärzte attraktiver machen (z. B. durch Landarztstipendien, Lehrpraxisförderungen von Landarztpraxen)
- » Interessante, qualitätsgesicherte Leistungsspektren auch in Spitälern außerhalb der Ballungsräume anbieten
- » Kooperation zwischen intra- und extramuralem Bereich verbessern (Steuerung des Zustroms zu Spitalsambulanzen, verbesserter Informationsfluss und Behandlungskontinuität zwischen Spital und niedergelassenem Bereich)
- » Steuerung der Niederlassung und der Nachbesetzung von Praxen speziell in der Peripherie verbessern

10 Literaturverzeichnis

BMG (Hg.) 2010: Handbuch ÖGD. Handbuch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Österreich. Bundesministerium für Gesundheit. Wien;
http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/handbuch_oegd.pdf

BMG 2009: Handbuch zur Dokumentation in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten. Organisation und Datenverwaltung. Wien;
http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/5/7/5/CH0720/CMS1128348439539/handbuch_organisation_und_datenvverwaltung.pdf

BMUKK (Hg.) 2009: Statistical Guide 2009. Key facts and figures about schools and adult education in Austria. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. Wien

Hanika, Alexander (2010): Kleinräumige Bevölkerungsprognose für Österreich 2010–2030 mit Ausblick bis 2050 („ÖROK-Prognosen“). Teil 1: Endbericht zur Bevölkerungsprognose. Wien

Kopetsch, Thomas (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztlzahlentwicklung. 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage. Berlin

Spycher, Stefan (2004): Prognose und Planung in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Neuchâtel, Bern

GÖG/ÖBIG 2006: Ärztebedarf und Ärzteausbildungsstellen 2005 / 2025. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2007: Prognose des Ärztebedarfs in Hinblick auf die Dimension der universitären Ausbildungskapazitäten. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2009: Bedarfsplanung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Bundesland Salzburg. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2010: EU-Vergleich Medizinstudienplätze und berufstätige Ärztinnen/Ärzte. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

BMG/GÖG 2010: Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010. Hg. vom Bundesministerium für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Gadow, Tina (2005): Der Bedarf an Tagesbetreuungsangeboten für unter 3-Jährige.
In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Forschungsverbund
Deutsches Jugendinstitut, Universität Dortmund (Hg.): Zahlenspiegel 2005, 213-237.
München, Dortmund

Hucklenbroich, Christina (2012): Generation Y – Der alte Arzt hat ausgedient.
In: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 27. 4. 2012

IFES, ÖÄK 2010: SpitalsärztInnen in Österreich 2010 – Ergebnisse der Befragung für die
Bundeskurie Angestellte Ärzte in der Österreichischen Ärztekammer. Institut für
empirische Sozialforschung, Österreichische Ärztekammer. Wien

ÖBIG 2004: Planung Psychiatrie 2004 – Versorgungsstruktur Kinder- und Jugend-
neuropsychiatrie. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

OECD (2011): Health at a Glance 2011, OECD Indicators. OECD Publishing.
Organisation for Economic Co-operation and Development; http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en

Statistik Austria 2011: Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010. Wien

Anhang

Ausgewählte Ergebnisse der GfK-Fragebogenerhebung im Jahr 2010 unter den Studienanfängerinnen und -anfängern der Human- und Zahnmedizin der Jahre 2005 bis 2007

Tabelle 1:
Grunddaten

		Anzahl	Prozent
	Stichprobenumfang	1.306	100,0
Studienrichtung	Humanmedizin	1.210	92,6
	Zahnmedizin	65	5,0
	Humanmedizin und Zahnmedizin	31	2,4
Beginn des Studiums	Studienjahr 2005/06	452	34,6
	Studienjahr 2006/07	384	29,4
	Studienjahr 2007/08	470	36,0
Geschlecht	männlich	657	50,3
	weiblich	649	49,7
Staatsbürgerschaft	österreichischer Staatsbürger/in	881	67,5
	deutscher Staatsbürger/in	330	25,3
	italienische Staatsbürgerschaft/Südtiroler/in	39	3,0
	italienische Staatsbürgerschaft/Italiener/in	3	0,2
	Staatsbürger/in Luxemburgs	5	0,4
	Staatsbürger/in eines anderen Landes	48	3,7

Quellen: GfK Austria, BMWF; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 2:

Aufteilung der Studierenden der Humanmedizin, die an der Erhebung teilgenommen haben und als Arzt/Ärztin tätig sein wollen (d. h. nicht in andere Berufstätigkeit abwandern wollen), nach Herkunftsland

	Herkunft	Anzahl Teilnehmer an Fragebogenerhebung	Prozent
Studienjahr 2005/06	österreichischer Staatsbürger/in	247	62,1
	deutscher Staatsbürger/in	123	30,9
	italienische Staatsbürgerschaft/Südtiroler/in	10	2,5
	italienische Staatsbürgerschaft/Italiener/in	1	0,3
	Staatsbürger/in Luxemburgs	0	0,0
	Staatsbürger/in eines anderen Landes	17	4,3
	Gesamt	398	100
Studienjahr 2006/07	österreichischer Staatsbürger/in	248	71,9
	deutscher Staatsbürger/in	76	22,0
	italienische Staatsbürgerschaft/Südtiroler/in	15	4,3
	italienische Staatsbürgerschaft/Italiener/in	0	0,0
	Staatsbürger/in Luxemburgs	1	0,3
	Staatsbürger/in eines anderen Landes	5	1,4
	Gesamt	345	100,0
Studienjahr 2007/08	österreichischer Staatsbürger/in	279	68,9
	deutscher Staatsbürger/in	98	24,2
	italienische Staatsbürgerschaft/Südtiroler/in	9	2,2
	italienische Staatsbürgerschaft/Italiener/in	1	0,2
	Staatsbürger/in Luxemburgs	3	0,7
	Staatsbürger/in eines anderen Landes	15	3,7
	Gesamt	405	100,0
Gesamtergebnis		1.148	100,0

Quellen: GfK Austria, BMWF; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Tabelle 3:

Wunschland der Berufsausübung der Studierenden in Abhängigkeit vom Herkunftsland (Anteile in %)

	Unbereinigtes Ergebnis ¹	Bereinigtes Ergebnis ^{2,3}
Österreich	58,1	55,7
Deutschland	12,5	13,1
anderes Land	29,4	31,2

- 1 beinhaltet alle Studierenden, die an der Befragung teilgenommen haben (Zahn- und Humanmedizin)
- 2 beinhaltet nur jene Teilnehmer der Befragung, die Humanmedizin studieren und als Arzt/Ärztin tätig sein wollen (d. h. nicht in andere Berufstätigkeit abwandern wollen);
- 3 Gewichtung erfolgt gemäß der Verteilung aller Studienanfänger/innen der Humanmedizin 2005–2007 nach Herkunftsländer

Quellen: GfK Austria, BMWF; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung