

# Studie zur Abklärung von Fragen zur Quotenregelung für Medizinstudienplätze

Ergebnisbericht

---

Im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung



# Studie zur Abklärung von Fragen zur Quotenregelung für Medizinstudienplätze

Aktualisierung 2021

Ergebnisbericht

Autoren:

Michael Hummer  
Gunter Maier  
Andreas Stoppacher

Projektassistenz:

Susanne Glück

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autoren und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im August 2021

Im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung

Zitiervorschlag: Hummer, Michael; Maier, Gunter; Stoppacher Andreas (2021): Studie zur Abklärung von Fragen zur Quotenregelung für Medizinstudienplätze. Aktualisierung 2021. Gesundheit Österreich, Wien

ZI. P7/2/4743

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,  
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3, „Gesundheit und Wohlergehen“, sowie zu dem Unterziel 3.8.

Der Umwelt zuliebe:

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

# Inhalt

Abbildungen.....	VI
Tabellen .....	VII
Abkürzungen.....	VIII
1 Einleitung .....	1
2 Daten und Fakten .....	3
2.1 Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich.....	3
2.2 Entwicklung der Ärztezahlen .....	6
2.3 Versorgungswirksamkeit der Ärztinnen und Ärzte .....	12
2.3.1 Versorgungswirksamkeit des wahlärztlichen Bereichs .....	12
2.3.2 „Teilzeitfaktor“ (Relation VZA/ÄAVE zu „Kopfzahlen“).....	14
3 Validierung der Ergebnisse und Annahmen der Ärztebedarfsstudie 2012.....	15
3.1 Vergleich der Angebotsprognose mit der tatsächlichen Entwicklung der Ärztzahlen .....	15
3.2 Validierung der Modellannahmen .....	16
3.2.1 Validierung der Angebotsprognose.....	16
3.2.2 Validierung der Bedarfsprognose.....	21
3.3 Zusammenfassung des Ergebnisberichts der Projektgruppe IT-Tool .....	21
3.4 Szenario „Fall des EU-Moratoriums“ .....	27
4 Rahmenbedingungen und relevante Entwicklungen im österreichischen Gesundheitssystem.....	31
4.1 Novelle des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes.....	32
4.1.1 Hintergrund .....	32
4.1.2 Ergebnisse der Interviews .....	33
4.1.3 Ausblick/Conclusio .....	35
4.2 Novelle der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO 2015).....	35
4.2.1 Hintergrund .....	35
4.2.2 Ergebnisse der Interviews .....	38
4.2.3 Ausblick/Conclusio .....	40
4.3 COVID-19-Pandemie.....	40
4.3.1 Hintergrund .....	40
4.3.2 Ergebnisse der Interviews .....	41
4.3.3 Ausblick/Conclusio .....	42
4.4 Österreichs Attraktivität für ausländische Mediziner/-innen .....	43
4.4.1 Hintergrund .....	43
4.4.2 Ergebnisse der Interviews .....	44
4.4.3 Ausblick/Conclusio .....	45
4.5 Einschätzung der ärztlichen Versorgung.....	46
5 Zusammenfassung.....	48
Anhang .....	49
Interview – Leitfaden.....	49

# Abbildungen

Abbildung 2.1: Berufstätige Ärztinnen/Ärzte je 1.000 EW im europäischen Vergleich 2008 und 2018 .....	4
Abbildung 2.2: Anteil der Ärztinnen und Ärzte im Alter von 55 Jahren und älter nach Art der Berufstätigkeit 2019.....	9
Abbildung 2.3: Anteil der Ärztinnen und Ärzte im Alter von 55 Jahren und älter 2000 und 2017 (oder aktuellstes Jahr).....	10
Abbildung 2.4: Prognostizierte Pensionierungen in der Ärzteschaft (ohne Zahnmedizin).....	11
Abbildung 3.1: Ersteingetragene Turnusärztinnen/-ärzte mit inländischer/ausländischer Promotion – Zeitreihe.....	19
Abbildung 3.2: Teilnehmerinnen/Teilnehmer am Zulassungstest nach Herkunft 2015 bis 2020 .....	27
Abbildung 3.3 Teilnehmerinnen/Teilnehmer am Zulassungstest nach Herkunft 2015 bis 2020 – Medizinische Universität Innsbruck.....	28
Abbildung 3.4: Teilnehmerinnen/Teilnehmer am Zulassungstest nach Herkunft 2015 bis 2020 – Medizinische Fakultät der Universität Linz .....	28
Abbildung 3.5: Hypothetischer Saldo österreichischer Studienanfänger/innen bei Wegfall der Quotenregelung.....	29

# Tabellen

Tabelle 2.1: Entwicklung der Ärztezahlen in Österreich von 2009 bis 2019 nach Fachrichtung (Erstfach) .....	7
Tabelle 2.2: Entwicklung der Ärztezahlen in Österreich 2009–2019 nach Art der Berufstätigkeit (ohne Zahnmedizin) .....	8
Tabelle 3.1: Ärztezahlen im Vergleich (ohne Zahnmedizin/MKG und ohne Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung) – Angebotsprognose versus GÖG .....	15
Tabelle 3.2: Entwicklung der Absolventenzahlen (nach Studienjahren) im Vergleich zur Absolventenprognose (nach Kalenderjahren) .....	16
Tabelle 3.3: Österreichische Ärztinnen/Ärzte in Deutschland und Abwanderung nach Österreich .....	20
Tabelle 4.1: Liste der Interviewpartner/-innen .....	31

# Abkürzungen

ÄAO	Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung
ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheit
AM	Allgemeinmedizin
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMG	Bundesministeriums für Gesundheit
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMWF	Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung
BMWFW	Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
COVID-19	coronavirus disease 2019
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
EU	Europäische Union
EW	Einwohnerinnen/Einwohner
FA	Facharzt
FÄ	Fachärztinnen/Fachärzte
GKK	Gebietskrankenkasse
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GuckG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
KA	Krankenanstalten
KA-AZG	Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KH	Krankenhaus
ÖAK	Österreichische Ärztekammer
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
PG	Projektgruppe
PVE	Primärversorgungseinheit
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
UG	Universitätsgesetz 2002
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VZÄ	Vollzeitäquivalent
ZÄK	Österreichische Zahnärztekammer



# 1 Einleitung

Ab dem Wintersemester 2006 wurde in Österreich der Zugang zu den Studien der Medizin beschränkt, und es wurden Zulassungsverfahren dafür installiert. Gemäß der Novelle des UG 2002 (BGBl. I 2006/74, § 124b Abs 5 UG 2002 – „Safeguard-Klausel“) wurde im **Jahr 2006** zudem eine **Quotenregelung** festgelegt, die nach dem Ausstellungsland des Reifeprüfungszeugnisses differenziert: 95 Prozent aller Studienplätze in den Fächern Human- und Zahnmedizin sind bzw. waren – die Quote für Zahnmedizin wurde ab dem Studienjahr 2019/20 aufgehoben. seither EU-Bürgerinnen und -Bürgern und diesen – in Hinblick auf den Studienzugang – gleichgestellten Personen vorbehalten. 75 Prozent aller Studienplätze eines Jahres stehen Personen mit in Österreich ausgestellt Reifeprüfungszeugnissen zur Verfügung. Der Grund für den Erlass der „Safeguard-Klausel“ war ein starker Anstieg der Zahl von Studienanfängerinnen bzw. -anfängern aus Deutschland.

Das von der EU-Kommission daraufhin eingeleitete **Vertragsverletzungsverfahren** gegen Österreich wurde im November 2007 für fünf Jahre **ausgesetzt**. Die Aussetzung war mit der Auflage verbunden, ein entsprechendes Monitoringprogramm durchzuführen, das vor allem zu einer Verbesserung der Datengrundlagen beitragen sollte, sowie Studien in Auftrag zu geben, die Prognosen über das Angebot an und die Nachfrage nach medizinischen Fachkräften ermöglichen. Das Wirtschaftsressort berichtet seither der Europäischen Kommission alljährlich im Rahmen eines umfassenden Monitorings über die Situation in den Studienrichtungen mit Zulassungsverfahren.

Im Juli 2012 wurde die von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im gemeinsamen Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des damaligen Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung (BMWF) in Kooperation mit der Österreichischen Ärztekammer erstellte **Studie „Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030“** (kurz: Ärztebedarfsstudie 2012)<sup>1</sup> abgeschlossen. Dabei wurden zwei Ergebnisvarianten mit transparenten Annahmen modelliert, die im Sinne einer Bandbreite interpretiert werden können, innerhalb deren sich Ärztebedarf und Ärzteangebot bis zum Jahr 2030 entwickeln werden.

Da es der EU-Kommission aus verschiedenen Gründen dennoch nicht möglich war, abschließend zu beurteilen, ob die Bedrohung des Gesundheitssystems in Österreich groß genug ist, um eine Ausnahme vom Grundsatz der Freizügigkeit zu rechtfertigen, wurde im Dezember 2012 das **EU-Moratorium** zur Medizinquotenregelung **bis Ende 2016 verlängert**. Auch das jährliche Monitoring wurde fortgeführt, wobei die EU-Kommission immer wieder Zusatzfragen an das Wissenschaftsressort richtete. Im Jahr 2014 wurde die GÖG damit beauftragt, das aus dem BMWF hervorgegangene damalige Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft (BMFWF) bei der Beantwortung dieser Fragen zu unterstützen. Die verschiedenen Themenbereiche wurden im Laufe der Jahre 2014 bis 2016 sukzessive bearbeitet und in jährlichen Berichten aufbereitet.

Neben einer Gegenüberstellung der in der Ärztebedarfsstudie 2012 ermittelten **Prognoseergebnisse** zum Angebot an Ärztinnen und Ärzten mit der tatsächlichen Entwicklung der berufstätigen Ärzteschaft in Österreich wurden auch die den Modellrechnungen zugrunde liegenden **Annahmen**

---

1

Czasný et al. (2012)

**validiert** und – wo verfügbar – mit den tatsächlichen Entwicklungen verglichen. In einem Alternativszenario wurde der Frage nachgegangen, mit welchen Auswirkungen bei einem Entfall der Quotenregelung zu rechnen wäre.

Weiters wurden die **Rahmenbedingungen und relevante Entwicklungen** und deren Auswirkungen auf Angebot und Bedarf an ärztlichem Personal beleuchtet. Dazu wurden im Zeitraum 2015 bis 2016 zwei **Erhebungen** unter den führenden Trägern öffentlich finanzierter Krankenhäuser (KH) durchgeführt, und zwar in Form qualifizierter Interviews mit den durch die Eigentümervertreter nominierten Personalverantwortlichen auf Basis von Gesprächsleitfäden.

Im Fokus der Arbeiten standen insbesondere folgende **Themenblöcke**:

- » Auswirkungen der jüngsten politischen Entwicklungen auf die Aktualität der Ärztebedarfsstudie 2012
- » Überblick über konkrete Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung (der Fokus war dabei auf die Attraktivierung von Ausbildung und Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in Österreich gerichtet)
- » Versorgungswirksamkeit der Ärztinnen/Ärzte

Der **Gesamtbericht** 2016 umfasste alle genannten Themenkomplexe und beinhaltete auch die wesentlichen Aspekte der Vorberichte aus den Jahren 2014 und 2015 in einer aktualisierten Form.

Im Mai 2017 gab die Kommission die Aufhebung des EU-Moratoriums gegen die Quotenregelung bekannt. Für die Humanmedizin dürfen daher 75 Prozent der Plätze für Studierende mit österreichischem Maturazeugnis reserviert werden. Im Fall der Zahnmedizin ist die Quote hingegen gefallen. Österreich wurde jedoch vonseiten der Kommission aufgefordert, die Versorgung mit Ärztinnen und Ärzten weiterhin zu überwachen und alle fünf Jahre an die Kommission zu berichten, ob es erforderlich ist, die Quote beizubehalten, um Mediziner/-innen für das österreichische Gesundheitssystem in ausreichender Zahl ausbilden zu können.<sup>2</sup> Für den diesjährigen Bericht hat das BMBWF die GÖG beauftragt, eine Aktualisierung des Berichts aus dem Jahr 2016 durchzuführen. Der gegenständliche Bericht aktualisiert die wesentlichen Berichtsbestandteile und ergänzt den Vorgängerbericht, wo nötig, um neue Themen. In diesem Zusammenhang sind vor allem die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie anzuführen, sofern sie bereits zum jetzigen Zeitpunkt abschätzbar sind.

---

<sup>2</sup> Quelle: <https://science.orf.at/v2/stories/2843762>. Download: 22. Juni 2021

## 2 Daten und Fakten

### 2.1 Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich

Das österreichische Gesundheitssystem ist zum überwiegenden Teil **öffentlich finanziert** (durch Steuern und Sozialversicherungsbeiträge), und der Zugang zu Gesundheitsleistungen ist gesetzlich geregelt. Nahezu 100 Prozent der Bevölkerung sind im Krankheitsfall versichert, wobei die österreichische Sozialversicherung auf den Prinzipien der Pflichtversicherung, Solidarität und Selbstverwaltung beruht.

Die **föderalistische Struktur** Österreichs und die damit verbundenen Kompetenzzuordnungen zwischen den Gebietskörperschaften finden sich auch in der Strukturierung des österreichischen Gesundheitssystems wieder. Die Gesetzgebung für die ambulante Versorgung (außerhalb von Spitälern) obliegt dem Bund, im Spitalsbereich liegen die Ausführungsgesetzgebung und die Gesetzesvollziehung bei den Ländern. Strukturpolitik und -planung ist eine gemeinsame Aufgabe von Bund, Ländern und Sozialversicherung. Seit dem Inkrafttreten der Sozialversicherungsstrukturreform mit 1. Jänner 2020 gibt es nur noch fünf Sozialversicherungsträger, davon drei Träger der sozialen Krankenversicherung.<sup>3</sup>

Auch für die gesetzliche Regelung der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte gibt es eine geteilte Zuständigkeit zwischen dem BMBWF, dem BMSGPK und der Ärztekammer.

Österreich weist ein **dichtes Netz medizinischer Versorgungseinrichtungen** auf, die gut erreichbar und in allen Teilen der ambulanten Versorgung (dazu zählen niedergelassene Ärztinnen/Ärzte, selbstständige Ambulatorien und Spitalsambulanzen) **frei zugänglich** sind. Im Gegensatz zu vielen anderen Staaten besteht hier keine Verpflichtung, vor Inanspruchnahme der meisten vertragsfachärztlichen Leistungen oder vor dem Aufsuchen von Spitalsambulanzen den Hausarzt zu konsultieren oder den Krankenversicherungsträger um Genehmigung zu ersuchen.

Hinsichtlich der **Ärztedichte** (berufstätige Ärztinnen/Ärzte insgesamt [ohne Zahnmedizin] pro 1.000 Einwohner/-innen) liegt Österreich **im internationalen Vergleich** seit Jahren **im Spitzenfeld**. In der OECD-Studie „Health at a Glance: Europe 2020“<sup>4</sup> wird der Stand für das Jahr 2018 abgebildet. Für Österreich wird dabei ein Wert von 5,2 berufstätigen Ärztinnen/Ärzten pro 1.000 Einwohner/-innen im Jahr 2018 ausgewiesen, was nach Griechenland dem höchsten Wert im europäischen Vergleich entspricht (vgl. Abbildung 2.1).

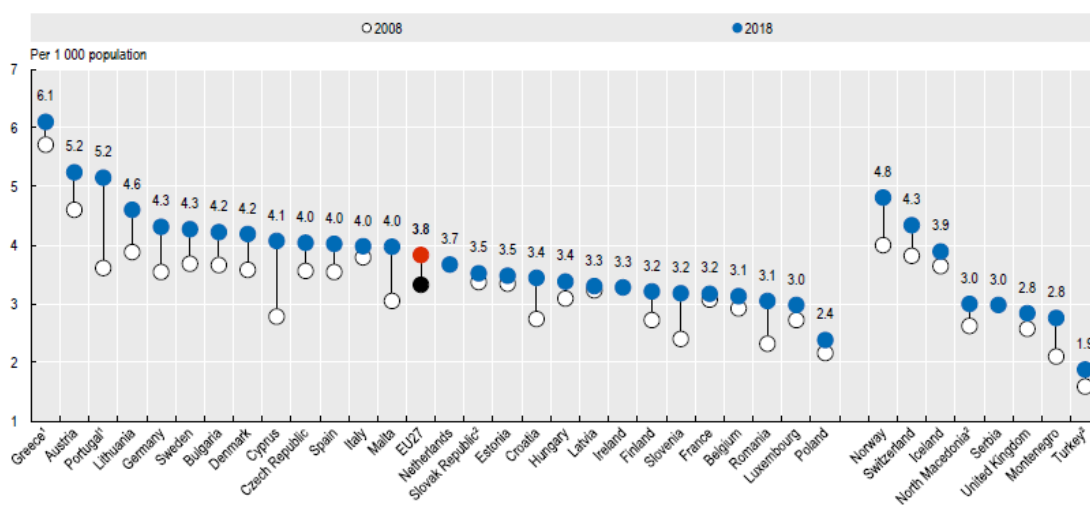
---

<sup>3</sup> Die drei Träger der sozialen Krankenversicherung sind die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), die Versicherungsanstalt für den öffentlichen Dienst, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) sowie die Sozialversicherung der Selbständigen (SVS).

<sup>4</sup> OECD / European Union (2020): „Availability of doctors“, in Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris

Abbildung 2.1:

Berufstätige Ärztinnen/Ärzte je 1.000 EW im europäischen Vergleich 2008 und 2018



Note: The EU average is unweighted. 1. Data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal). 2. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).  
Source: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database.

Quelle: OECD Health Statistics 2020

Die Quelle für die **österreichischen Angaben** in der OECD-Statistik stellt die **Ärzteliste** der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) dar. Basis dafür ist die Kammermitgliedschaft in der Ärztekammer eines österreichischen Bundeslandes, welche laut Ärztegesetz § 27 Abs. 2 zwingend vorgeschrieben ist, um den ärztlichen Beruf als Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin, approbierte Ärztin / approbierter Arzt, Fachärztin/-arzt oder Turnusärztin/-arzt in Österreich auszuüben. Wird keine ärztliche Tätigkeit mehr ausgeübt, erlischt der Eintrag in der Ärzteliste. Personen, die zwar eine Berufsberechtigung besitzen, diese jedoch nicht ausüben, sind somit entsprechend der OECD-Definition in dieser Statistik der aktiven Ärztinnen/Ärzte in Österreich nicht erfasst. Ebenso nicht enthalten sind dort österreichische Ärztinnen/Ärzte, die im Ausland arbeiten.

Bei der Interpretation dieser Zahlen im internationalen Vergleich muss jedoch die **Struktur des österreichischen Gesundheitssystems** berücksichtigt werden, insbesondere die **krankenhausorientierte Versorgung** und die steigende Anzahl von **Wahlärztinnen/-ärzten** in Österreich. Diese unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Zugänglichkeit und Versorgungswirksamkeit teilweise deutlich von Ärztinnen/Ärzten mit Kassenvertrag (siehe Kapitel 2.3). Bei einer „Köpfe“-Zählung der insgesamt in Österreich berufstätigen Ärztinnen/Ärzte, wie sie der OECD-Statistik zugrunde liegt, wird ihre tatsächliche Verfügbarkeit für das öffentliche Gesundheitssystem in einigen Bereichen überschätzt.

Die von der GÖG verwendeten Zahlen zur berufstätigen Ärzteschaft sind nicht deckungsgleich mit den von der OECD ausgewiesenen rohen Zahlen aus den Ärztelisten, da die GÖG eine Bereinigung um sogenannte „Mehrkammerfälle“ (Ärztinnen/Ärzte, die in mehr als einem Bundesland in die Ärzteliste eingetragen sind) und um Personen, die sowohl in der Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) als auch der Österreichischen Zahnärztekammer (ZÄK) eingetragen sind,

durchführt und so die einzelnen Listen zu einem abgestimmten Gesamtdatenbestand zusammenführt. Zudem wird die GÖG-Datenbasis um Informationen des Dachverbands der Sozialversicherungsträger (DVSV) zum Vorliegen von Kassenverträgen ergänzt.

Im Jahr 2019 wurden in **österreichischen Krankenanstalten** insgesamt 2,6 Millionen stationäre **Aufenthalte** verzeichnet, davon rund 2,4 Millionen Aufenthalte im Bereich der Akut-/Kurzzeitversorgung. Damit ist die Zahl der Krankenhausaufenthalte in den letzten Jahren zwar rückläufig, dennoch liegt Österreich hier im europäischen Vergleich weiterhin im Spitzenfeld.<sup>5</sup>

Für die stationäre Versorgung standen im Jahr 2019 rund 64.000 **Krankenhausbetten** in 267 Krankenanstalten zur Verfügung, davon rund 47.000 Betten in 151 Krankenanstalten der Akut-/Kurzzeitversorgung.<sup>6</sup> Damit liegt Österreich trotz rückläufiger Bettenzahlen auch bezüglich der Akutbettendichte weiterhin im internationalen Spitzenfeld.<sup>7</sup> Mit den **Spitalsambulanzen** übernehmen die Krankenanstalten neben der stationären Versorgung auch einen Teil der ambulanten Versorgung.

Im Jahr 2019 waren in **österreichischen Krankenanstalten** insgesamt rund **26.000 Ärztinnen und Ärzte (22.800 VZÄ)** beschäftigt sowie rund 96.000 Personen (78.000 VZÄ) in weiteren Gesundheitsberufen, davon 72.000 Personen (60.000 VZÄ) im Pflegebereich (DGKP und Pflegeassistenz). In den insgesamt 113 landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten<sup>8</sup> ist die Zahl der ärztlichen Vollzeitäquivalente (VZÄ) von 18.000 im Jahr 2009 auf 21.000 im Jahr 2019 gestiegen (+17 %). Demgegenüber ist die Zahl der Pflegekräfte im selben Zeitraum nur um vier Prozent auf nunmehr rund 52.000 VZÄ im Jahr 2019 gestiegen. Somit kamen im Jahr 2019 auf eine Ärztin / einen Arzt (VZÄ) in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 2,5 Pflegekräfte (VZÄ), während im Jahr 2009 dieses Verhältnis noch bei 1:2,8 lag.

Die ambulante Versorgung erfolgt überwiegend durch frei praktizierende **niedergelassene Ärztinnen/Ärzte** (in Einzelordinationen und Gruppenpraxen). Im Jahr 2019 (Stand Dezember) waren rund 22.000 Ärztinnen/Ärzte niedergelassen tätig, davon rund **18.000 in der Humanmedizin** und rund **4.000 in der Zahnmedizin**. Nur noch 43 Prozent der niedergelassenen Humanmediziner/-innen verfügten 2019 über einen Kassenvertrag. Die Dichte niedergelassener Ärztinnen und Ärzte (exkl. Zahnärztinnen und Zahnärzte) ist in Österreich regional unterschiedlich (im Jahr 2019 zwischen 1,7 Ärztinnen/Ärzte je 1.000 Einwohner/-innen in Vorarlberg und 3,0 in Wien). Österreichweit lag die Ärztedichte (ohne Zahnmedizin) im niedergelassenen Bereich bei 2,0 Ärztinnen/Ärzten je 1.000 Einwohner/-innen.

---

<sup>5</sup> vgl. OECD/EU (2020): "Hospital beds and discharges", in Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. Demnach lag Österreich im Jahr 2018 bei den Spitalsentlassungen pro 1.000 Einwohner/-innen hinter Bulgarien und Deutschland an dritter Stelle der EU.

<sup>6</sup> Quelle: Krankenanstaltenstatistik des BMSGPK

<sup>7</sup> Laut OECD/EU (2020) lag Österreich im Jahr 2018 bei den Spitalsbetten pro 1.000 Einwohner/-innen hinter Bulgarien und Deutschland an dritter Stelle der EU.

<sup>8</sup> Die Krankenhäuser der Akutversorgung mit Öffentlichkeitsrecht bzw. gemeinnützige Krankenhäuser werden aus öffentlichen Mitteln über die Landesgesundheitsfonds der neun Bundesländer nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) finanziert.

Daneben existieren im ambulanten Versorgungsbereich noch **rund 900 selbstständige Ambulatorien**, die teilweise von den Krankenversicherungsträgern selbst, mehrheitlich aber privat geführt werden. Diese sind vorwiegend den Aufgabenbereichen physikalische Medizin, bildgebende Verfahren (Röntgen, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Nuklearmedizin usw.) und Zahnmedizin zuzurechnen.

Mit 6,6 ambulanten Arztkontakten pro Person im Jahr 2018 lag Österreich ungefähr im EU-Durchschnitt (vgl. OECD/EU [2020]: "Consultations with Doctors", in Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle).

Hingegen lag nach derselben Datenquelle die Zahl der jährlichen ambulanten Konsultationen pro Ärztin/Arzt 2018 in Österreich mit 1.259 deutlich unter dem EU-Durchschnitt von 1.939. Zudem ist diese Zahl der jährlichen Konsultationen pro Ärztin/Arzt im Zeitraum von 2000 bis 2018 kontinuierlich rückläufig.<sup>9</sup>

## 2.2 Entwicklung der Ärztezahlen

**Insgesamt** waren zum Stichtag 31. Dezember 2019 in Österreich **rund 50.000 Ärztinnen und Ärzte** berufstätig,

- » davon rund **45.000 Ärztinnen/Ärzte** in der **Humanmedizin** (inkl. Personen in postpromotiveller ärztlicher Ausbildung, d. h. in Turnusausbildung) und
- » rund **5.000 Ärztinnen/Ärzte** in der **Zahnmedizin** (vgl. Tabelle 2.1).

Die in Tabelle 2.1 angeführten Zahlen gemäß GÖG-Datenbasis liegen geringfügig unter den im Bericht des BMBWF an die Europäische Kommission genannten Zahlen. Letztere kommen ebenfalls aus den Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK, unterscheiden sich jedoch von den GÖG-Zahlen durch unterschiedliche Methoden der Bereinigung um Mehrfachzählungen. Neben der Bereinigung um Ärztinnen/Ärzte, die in mehr als einem Fach tätig sind (Zuordnung zu einem „Erstfach“) und um jene Personen, die in mehr als einem Bundesland in die Ärzteliste eingetragen sind („Mehrkammerfälle“), werden bei der Erstellung der GÖG-Datenbasis auch jene Personen identifiziert und einem Erstfach zugeordnet, die sowohl in der Ärzteliste der ÖÄK als auch in der Liste der ZÄK eingetragen sind, um jegliche Doppelzählung zu vermeiden.

---

<sup>9</sup> Vgl. OECD/EU (2020), "Consultations with Doctors", in Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle.

Tabelle 2.1:

Entwicklung der Ärztezahlen in Österreich von 2009 bis 2019 nach Fachrichtung (Erstfach)

Österreich	Ende 2009	Ende 2019	Veränderung
Gesamt (Human- und Zahnmedizin)	42.240	50.130	18,7 %
Zahnmedizin	4.520	5.090	12,6 %
Humanmedizin (inkl. Turnusausbildung)	37.720	45.040	19,4 %

*Anmerkungen zur Interpretation der Tabelle*

- Die Angaben beziehen sich auf **Kopfzahlen** ohne Berücksichtigung des tatsächlichen Beschäftigungsausmaßes.
- Eine Vielzahl von Ärztinnen und Ärzten ist mit mehr als einer Fachrichtung in der Ärzteliste eingetragen, wobei die Kombination Allgemeinmedizinerin/-mediziner und Fachärztin/Facharzt besonders häufig ist. Zudem sind auch Überschneidungen zwischen Human- und Zahnmedizin möglich. Zur Vermeidung von Mehrfachzählungen liegt den Auswertungen eine Zuordnung jeder Ärztin / jedes Arztes auf eine einzige Fachrichtung, das sogenannte **Erstfach** (jene Fachrichtung, in der die Ärztin / der Arzt in erster Linie tätig ist) zugrunde. Dies schließt jedoch nicht aus, dass die Ärztin / der Arzt auch in einer anderen Fachrichtung tätig ist.
- **Turnusärztinnen/-ärzte** befinden sich in der postpromotionellen Ausbildung zur Ärztin / zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zur Fachärztin / zum Facharzt. Zu den Turnusärztinnen/-ärzten zählen auch jene Personen in der weitführenden Ausbildung zur Fachärztin / zum Facharzt, die bereits das Ius Practicandi (Berechtigung zur Ausübung der selbständigen ärztlichen Tätigkeit) besitzen und dieses auch ausüben. Diese Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung werden in der Ärzteliste als Allgemeinmediziner/-innen geführt.

Quelle: Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK (jeweils Stand 31. 12.); Berechnung und Darstellung: GÖG (Angaben gerundet)

Deutliche Unterschiede in der zeitlichen Entwicklung zeigen sich nach der **Art der Berufstätigkeit** (vgl. Tabelle 2.2). So ist die Zahl der angestellt tätigen Ärztinnen/Ärzte in den letzten zehn Jahren stärker gestiegen als jene der niedergelassenen tätigen Ärztinnen/Ärzte. Besonders stark gestiegen ist die Zahl der (reinen) Wahlärztinnen/-ärzte.

Tabelle 2.2:

Entwicklung der Ärztezahlen in Österreich 2009–2019 nach Art der Berufstätigkeit (ohne Zahnmedizin)

Österreich	Ende 2009	Ende 2019	Veränderung
Gesamt	37.720	45.040	19,4 %
angestellt	26.740	32.230	20,5 %
niedergelassen	15.290	17.860	16,8 %
davon Wahlärztinnen/-ärzte	7.480	10.160	35,8 %
davon reine Wahlärztinnen/-ärzte	2.960	4.510	52,4 %
Wohnsitzärztinnen/-ärzte	1.770	2.120	19,8 %

*Anmerkungen zur Interpretation der Tabelle*

- Eine Ärztin / Ein Arzt kann auch mehrere Arten der Berufstätigkeit wahrnehmen (z. B. sowohl angestellt als auch in eigener Ordination tätig sein). In diesem Fall wird die Person ohne Berücksichtigung ihrer tatsächlichen Versorgungswirksamkeit in jeder zutreffenden Kategorie gezählt. Summenbildungen über verschiedene Berufstätigkeiten hinweg sind somit nicht zulässig bzw. führen zu Mehrfachzählungen von Personen.
- Die Kategorie der angestellten Ärztinnen/Ärzte umfasst nicht nur Anstellungsverhältnisse in Krankenanstalten, sondern auch in Ambulatorien, in der öffentlichen Verwaltung, in Schulen, in Sozialeinrichtungen usw.
- Zum niedergelassenen Bereich zählen alle Ärztinnen/Ärzte mit mindestens einer Ordination bzw. Gruppenpraxis, unabhängig davon, ob ein Kassenvertrag vorliegt oder nicht.
- Hat eine niedergelassene Ärztin / ein niedergelassener Arzt einen Vertrag mit mindestens einem sozialen Krankenversicherungsträger in Österreich abgeschlossen (GKK, SVB, Betriebskrankenkassen, BVA, SVA und VAEB bzw. seit 2020 ÖGK, SVS und BVAEB), so zählt sie/er als Vertragsärztin/Vertragsarzt.
- Wahlärztinnen/-ärzte sind jene niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte, die keinen Vertrag mit einem der obengenannten Krankenversicherungsträger abgeschlossen haben.
- Reine Wahlärztinnen/-ärzte sind jene Wahlärztinnen/-ärzte, die nicht zusätzlich zu ihrer Tätigkeit in ihrer eigenen Ordination auch angestellt tätig sind.
- Wohnsitzärztinnen/-ärzte sind zur selbstständigen Berufsausübung berechnete Ärztinnen/Ärzte, die ihre ärztliche Tätigkeit weder in einer eigenen Ordination noch in einem Anstellungsverhältnis ausüben. Bei ihrer Berufsausübung handelt es sich z. B. um Ordinationsvertretungen, ärztliche Tätigkeiten auf Honorar- oder Werkvertragsbasis (auch Betriebs- und Schulärztinnen/-ärzte), Ärztenotdienste, Gutachterleistungen usw.

Quelle: Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK (jeweils Stand 31. 12.); Berechnung und Darstellung: GÖG (Angaben gerundet)

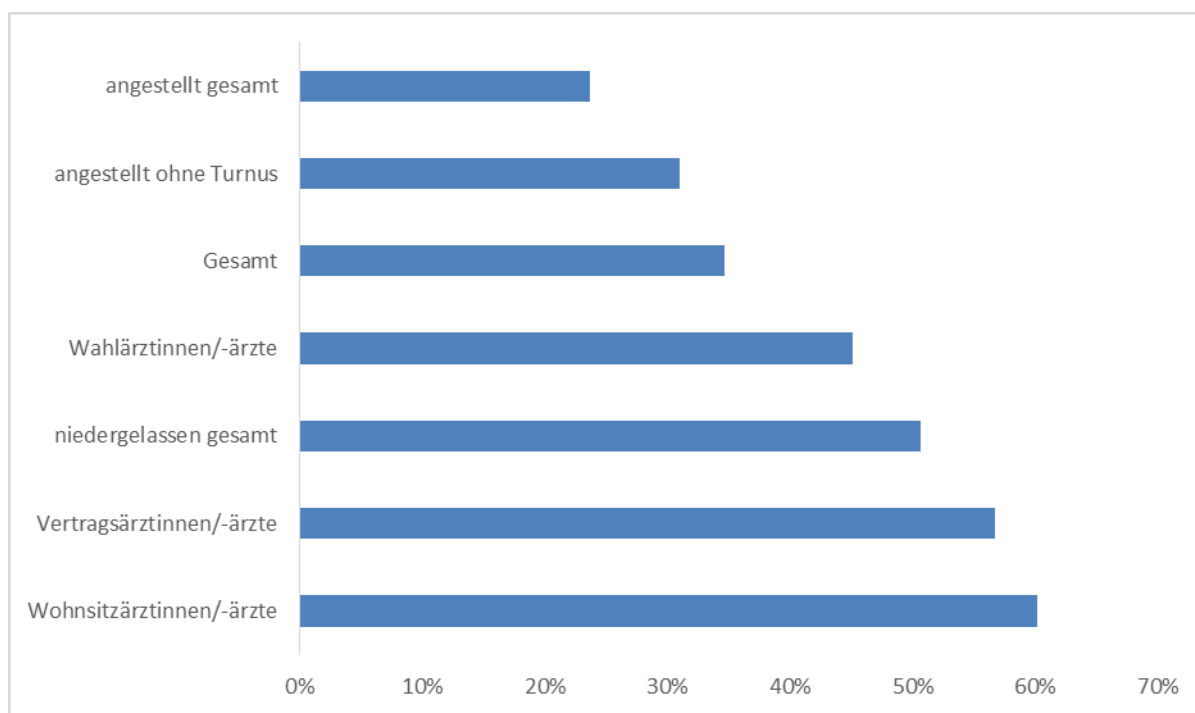
Im Vergleich zur Zahl der Ärztinnen/Ärzte ist die Wohnbevölkerung in Österreich zwischen 2009 und 2019 insgesamt nur um sechs Prozent auf zuletzt rund 8,9 Mio. Einwohner/-innen gewachsen. Deutlich spürbar ist jedoch neben dem Bevölkerungszuwachs vor allem die Alterung der Bevölkerung. So ist die Zahl der über 60-Jährigen im selben Zeitraum um 17 Prozent gestiegen, jene der über 75-Jährigen sogar um 26 Prozent. Berücksichtigt man, dass der älteren Bevölkerung ein überdurchschnittlich hoher Anteil am Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen zukommt (mehr als die Hälfte der stationären Aufenthalte in Österreichs Krankenanstalten entfallen auf Personen im Alter von 60 Jahren und älter), so wird deutlich, dass die **Entwicklung der Ärztezahlen** in Österreich in den vergangenen Jahren **in vergleichbarer Relation zur Bevölkerungsentwicklung** (Bevölkerungszuwachs und Alterung) stand.

Aber nicht nur die Bevölkerung wird durchschnittlich älter, sondern auch die berufstätige Ärzteschaft. Zum Stand Dezember 2019 waren bereits **35 Prozent aller berufstätigen Ärztinnen/Ärzte 55 Jahre oder älter**. Zehn Jahre zuvor lag dieser Anteil noch bei 21 Prozent. Dabei zeigen sich große Unterschiede nach Art der Berufstätigkeit. Während bei den Vertragsärztinnen/-ärzten bereits rund sechs von zehn über 55 Jahre alt sind, beträgt dieser Anteil für die angestellten Ärztinnen/Ärzte nur 24 Prozent bzw. 31 Prozent ohne Berücksichtigung der Turnusärztinnen/-ärzte (vgl. Abbildung 2.2).



Abbildung 2.2:

Anteil der Ärztinnen und Ärzte im Alter von 55 Jahren und älter nach Art der Berufstätigkeit 2019



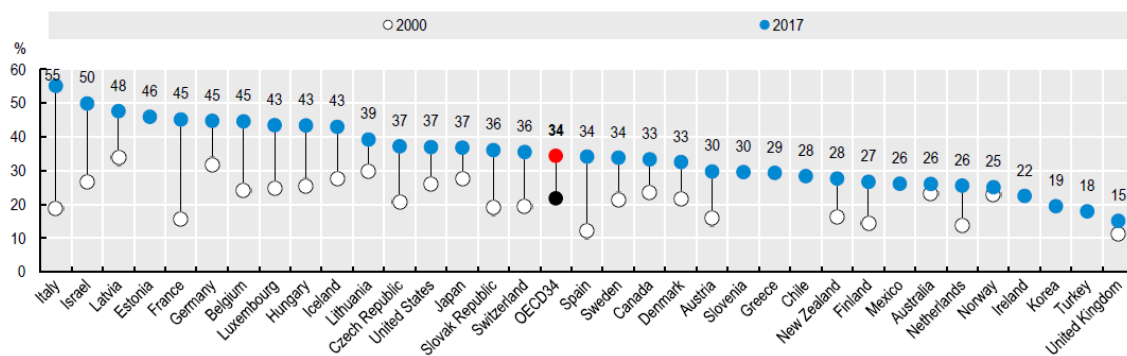
Quelle: Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK (Stand 31. 12. 2019); Berechnung und Darstellung: GÖG

In der nachstehenden Abbildung aus der OECD-Gesundheitsstatistik<sup>10</sup> ist für Österreich im Jahr 2017 der Anteil der Ärztinnen/Ärzte im Alter von 55 Jahren oder älter mit 30 Prozent ausgewiesen, womit Österreich etwas unter dem OECD-Durchschnitt lag.

<sup>10</sup> OECD (2019): Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris

Abbildung 2.3:

Anteil der Ärztinnen und Ärzte im Alter von 55 Jahren und älter 2000 und 2017 (oder aktuellstes Jahr)



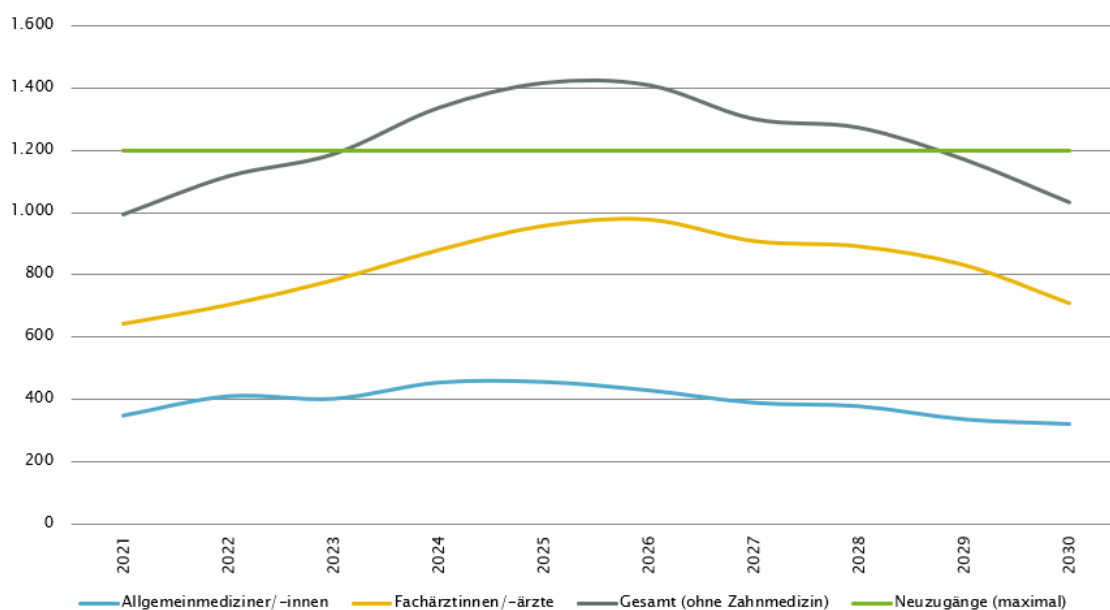
Quelle: OECD Health Statistics 2019\_ENREF\_12

Auf der anderen Seite bedeutet das aber auch, dass in Österreich die Auswirkungen der Alterung der berufstätigen Ärzteschaft in den kommenden Jahren immer deutlicher zu spüren sein werden und in diesem Bereich die **Zahl der jährlichen Pensionierungen stark ansteigen** wird. Insbesondere der vertragsärztliche Bereich ist bereits jetzt signifikant von dieser Entwicklung betroffen. In manchen Fachrichtungen wie der medizinischen und chemischen Labordiagnostik, der Radiologie, der Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde sind bereits rund zwei Drittel oder mehr der niedergelassenen tätigen Vertragsärztinnen/-ärzte 55 Jahre oder älter. Das bedeutet, dass sie aller Voraussicht nach in den nächsten zehn Jahren aus der Berufstätigkeit ausscheiden werden.

Den nachstehenden Auswertungen wurden in Anlehnung an die Ärztebedarfsstudie 2012 folgende Annahmen zum künftigen **durchschnittlichen Pensionsantrittsalter** für Frauen bzw. Männer zugrunde gelegt:

- » niedergelassene Ärztinnen/Ärzte: 65 Jahre / 65 Jahre
- » angestellte Ärztinnen/Ärzte: 62,5 Jahre / 65 Jahre
- » Wohnsitzärztinnen/-ärzte: 65 Jahre / 65 Jahre

Abbildung 2.4:  
Prognostizierte Pensionierungen in der Ärzteschaft (ohne Zahnmedizin)



Quelle: Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK (Stand Dezember 2020); Berechnung und Darstellung: GÖG

Treffen die obengenannten Annahmen zum durchschnittlichen Pensionsantrittsalter zu, werden die Pensionierungen bis zur Mitte des Jahrzehnts voraussichtlich weiter steigen und ab dem Jahr 2027 wieder zurückgehen. Die aktualisierten Ergebnisse unterstreichen die Resultate aus dem Vorbericht. Für den Zeitraum 2023 bis 2028 werden die erwarteten Pensionierungen die maximal zur Verfügung stehenden Neuzugänge (1.200 Ärztinnen und Ärzte<sup>11</sup>) übersteigen (siehe Abbildung 2.4). Die Neuzugänge hängen signifikant von den Wanderungsbewegungen nach Studienabschluss ab. Gemäß den Modellrechnungen wird sich ab dem Jahr 2023 die gesamte Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Österreich reduzieren.

11

vergleiche dazu auch den Bericht der Republik Österreich über die Situation in Studien mit Zulassungsverfahren, BMWFW 2016, Tabelle A4.1 „Ärzt/-innen im 1. Berufsjahr insgesamt“

## 2.3 Versorgungswirksamkeit der Ärztinnen und Ärzte

### 2.3.1 Versorgungswirksamkeit des wahlärztlichen Bereichs

Im Gegensatz zu vielen anderen europäischen Staaten sind in Österreich alle Teilbereiche der ambulanten Versorgung (dazu zählen niedergelassene Ärztinnen/Ärzte mit und ohne Kassenvertrag, selbstständige Ambulatorien und Spitalsambulanzen) für die Bevölkerung frei zugänglich (vgl. Abschnitt 2.1). Eine weitere Besonderheit der Struktur des österreichischen Gesundheitssystems ist neben der stark krankenhausorientierten Versorgung ein wachsender Wahlarztbereich, der zusätzlich neben den Vertragsärztinnen/-ärzten besteht.

In Österreich können in Hinblick auf die Kostenübernahme und die Abrechnungsweise drei Arten von Arztpraxen unterschieden werden. Welche Ärztin / Welcher Arzt in Anspruch genommen wird, kann von den Patientinnen und Patienten frei gewählt werden.

- A) Vertragsärztinnen/-ärzte (Allgemeinmediziner/-innen und Fachärztinnen/-ärzte) haben einen Vertrag mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern abgeschlossen. Sie erbringen vertraglich festgelegte Leistungen, deren Kosten durch die Sozialversicherung gedeckt sind, und müssen vorgegebene Mindestordinationszeiten einhalten. Die Zahl der Kassenpraxen sowie deren regionale Verteilung werden im Einvernehmen zwischen dem Krankenversicherungsträger und der Ärztekammer festgelegt („Kassenstellenplan“). Die Abrechnung der erbrachten Vertragsleistungen erfolgt direkt zwischen den Ärztinnen/Ärzten und dem jeweils zuständigen Krankenversicherungsträger. Bei einigen Versicherungsträgern sind Kostenbeteiligungen (Selbstbehalte) von Patientinnen/Patienten vorgesehen, die im Nachhinein von der Sozialversicherung vorgeschrieben werden. Leistungen, die nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung gedeckt sind (z. B. kosmetische Leistungen, komplementärmedizinische Leistungen u. Ä.), sind von der Patientin / dem Patienten privat zu zahlen (siehe Punkt C).
- B) Als Wahlärztinnen/-ärzte werden jene in freier Praxis tätigen (niedergelassenen) Ärztinnen und Ärzte bezeichnet, die keinen Vertrag mit dem für die jeweilige Patientin / den jeweiligen Patienten zuständigen Krankenversicherungsträger abgeschlossen haben. Die Patientin / Der Patient selbst bezahlt der Ärztin / dem Arzt die erbrachten Leistungen zunächst direkt, kann sich aber einen Teil der Kosten (in Höhe von 80 Prozent des Betrages, den der Krankenversicherungsträger einer Vertragsärztin / einem Vertragsarzt in diesem Fall zahlen würde) vom zuständigen Krankenversicherungsträger auf Antrag rückerstatten lassen. Wahlärztinnen/-ärzte können ihre Honorare frei festlegen. Es ist daher möglich, dass der vom Krankenversicherungsträger rückerstattete Betrag deutlich weniger als 80 Prozent des tatsächlich von der Patientin / dem Patienten bezahlten Honorars ausmacht. Wahlärztinnen/-ärzte können neben der Höhe ihrer Honorare auch den Sitz der Ordination, ihre Ordinationszeiten und ihr Leistungsspektrum frei wählen. Die Anzahl der Wahlarztpraxen ist nicht beschränkt und unterliegt keiner Planung. Wahlärztinnen/-ärzte unterscheiden sich hinsichtlich Zugänglichkeit und Versorgungswirksamkeit daher zum Teil deutlich von Vertragsärztinnen/-ärzten.
- C) Besteht für eine erbrachte Leistung kein Recht auf Rückerstattung der Behandlungskosten, so ist die Ärztin / der Arzt als Privatärztin/-arzt tätig. Sowohl Vertragsärztinnen/-ärzte als auch

Wahlärztinnen/-ärzte können zusätzlich eine „Privatordination“ betreiben und Leistungen anbieten, die nicht vom Leistungskatalog des jeweils zuständigen Krankenversicherungsträgers abgedeckt werden, und dafür ein Privathonorar verrechnen (siehe Punkt A). Dabei sind sie an keine Ober- oder Untergrenze gebunden. Private Zusatzversicherungen decken einige dieser Leistungen ab.

Bei der Quantifizierung der ärztlichen Versorgungskapazitäten ist zwischen den Kennzahlen „Ärztedichte“ und „Versorgungsdichte“ zu unterscheiden:

- » Die „Ärztedichte“ (Ärztinnen/Ärzte je 1.000 Einwohner/-innen) zeichnet ein Bild der ungewichteten ärztlichen Kapazitäten.
- » Bei der „Versorgungsdichte“ werden diese reinen Kopffzahlen anhand zeitlicher Verfügbarkeiten bzw. der tatsächlichen Inanspruchnahme gewichtet (Vollzeitäquivalente [VZÄ] bzw. ärztliche ambulante Versorgungseinheiten [ÄAVE] je 1.000 Einwohner/-innen).

Üblicherweise wird für Bedarfsplanungen auf die Versorgungsdichte Bezug genommen, um die tatsächliche Versorgungswirksamkeit der Ärzteschaft entsprechend zu berücksichtigen. So bildeten auch für die Bedarfsprognosen im Rahmen der Ärztebedarfsstudie 2012 nicht Kopffzahlen von Ärztinnen/Ärzten die Basis der Berechnungen, sondern VZÄ bzw. ÄAVE (vgl. auch Abschnitt 4.1 der Ärztebedarfsstudie 2012). Für die Gegenüberstellung von Angebots- und Bedarfsprognose wurde eine Rückrechnung von VZÄ bzw. ÄAVE in „Ärztteköpfe“ durchgeführt (vgl. Kapitel 5.9 der Ärztebedarfsstudie 2012).

Die Angaben zu VZÄ aus dem intramuralen Bereich stammen dabei aus der jährlichen Krankenanstalten-Statistik des BMSGPK. Die ÄAVE für den ambulanten Bereich werden jährlich vom Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV) – unter anderem ausgehend von den tatsächlichen Inanspruchnahmen – ermittelt und zur Verfügung gestellt (Regiomed). Grundsätzlich entspricht eine ÄAVE einer durchschnittlich arbeitenden Ärztin / einem ebensolchen Arzt in Österreich in der jeweiligen Fachrichtung. Im Bereich der niedergelassenen Vertragsärztinnen/-ärzte liegen der Berechnung der ÄAVE die e-card-Konsultationen zugrunde. Da für den Wahlarztbereich keine Angaben zu den Konsultationen vorliegen, wird seitens des DVSV die diesbezügliche Versorgungswirksamkeit über die Kostenrückerstattungen der Krankenversicherungsträger abgeschätzt. Konsultationen, für die keine Kostenrückerstattungen erfolgt sind – z. B. weil die Honorarnoten von den Patientinnen/Patienten nicht bei ihrem zuständigen Krankenversicherungsträger eingereicht wurden oder weil die ärztlichen Leistungen nicht von ihrer gesetzlichen Krankenversicherung gedeckt waren –, fließen somit in die Berechnung der wahlärztlichen ÄAVE nicht ein. Es ist somit nicht das gesamte Tätigkeitsausmaß von Wahlärztinnen/-ärzten in Regiomed abbildbar.

Um diese – je nach Fachrichtung unterschiedlich starke – Unterschätzung der Versorgungswirksamkeit dennoch in den Analysen zu berücksichtigen, wurden in der Ärztebedarfsstudie 2012 für den Wahlarztbereich alternativ andere Berechnungsvarianten zur Abschätzung der Versorgungswirksamkeit verwendet und zwei Varianten der Bedarfsprognose erstellt (vgl. Abschnitt 4.4.2 der Ärztebedarfsstudie 2012).

Bei diesen Berechnungen wurde unter anderem zwischen jenen Wahlärztinnen/-ärzten, die zusätzlich zu ihrer Tätigkeit in freier Praxis angestellt tätig sind, und jenen Wahlärztinnen/-ärzten, die ausschließlich im Wahlarztbereich tätig sind („reine Wahlärztinnen/-ärzte“), differenziert. Diese

letztgenannte Gruppe von Ärztinnen/Ärzten ist in den letzten Jahren besonders stark gestiegen (vgl. Tabelle 2.2). Darüberhinausgehende Informationen zur Versorgungswirksamkeit der Wahlärztinnen/-ärzte stehen nicht zur Verfügung, sodass die in der Ärztebedarfsstudie 2012 angeführten Berechnungsvarianten weiterhin Gültigkeit haben.

Für die Interpretation dieser Berechnungsvarianten ist Folgendes zu berücksichtigen: Geht man von einer höheren Versorgungswirksamkeit des Wahlarztbereichs aus (Variante WA2 der Ärztebedarfsstudie), so erhöht dies auch den geschätzten tatsächlichen Bedarf an Ärztinnen/Ärzten. Nimmt man hingegen an, dass die derzeit tätigen Wahlärztinnen/-ärzte nur zu einem geringen Ausmaß für das öffentliche Gesundheitswesen versorgungswirksam sind (Variante WA1 der Ärztebedarfsstudie), verringert sich damit auch der geschätzte tatsächliche Bedarf an Ärztinnen/Ärzten.

### 2.3.2 „Teilzeitfaktor“ (Relation VZÄ/ÄAVE zu „Kopfzahlen“)

Ein weiterer Aspekt, der Einfluss auf den prognostizierten Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in Österreich hat, ist die bereits erwähnte Rückrechnung von VZÄ bzw. ÄAVE in „Ärztteköpfe“. Dieser Berechnung liegen Annahmen zum Teilzeitfaktor (Relation zwischen VZÄ bzw. ÄAVE und Köpfen) zugrunde, der wiederum in direktem Zusammenhang mit der Versorgungswirksamkeit der Ärztinnen und Ärzte steht. In der Ärztebedarfsstudie 2012 wurde hier die tatsächlich beobachtete Relation aus dem Basisdatenjahr 2008 zugrunde gelegt.

- » Für den intramuralen Bereich (stationär und spitalsambulant) sowie für den vertragsärztlichen Bereich wurde diese Relation für den Prognosezeitraum als konstant angenommen. Ein Vergleich mit den aktuellen Daten bestätigt diese Annahme.
- » Für die reinen Wahlärztinnen/-ärzte wurde längerfristig ein Anstieg der Relation auf das Niveau der Vertragsärztinnen/-ärzte unterlegt. Aufgrund unzureichender Datengrundlagen (siehe obige Erläuterungen zum Wahlarztbereich) ist eine Überprüfung dieser Annahme nicht möglich.

## 3 Validierung der Ergebnisse und Annahmen der Ärztebedarfsstudie 2012

### 3.1 Vergleich der Angebotsprognose mit der tatsächlichen Entwicklung der Ärztezahlen

Wird die im Zuge der Ärztebedarfsstudie 2012 erstellte Prognose des Angebots an Ärztinnen und Ärzten der tatsächlichen Entwicklung in Österreich gegenüber gestellt, so zeigt sich, dass in der Ärztebedarfsstudie die Zahl der tatsächlich zur Verfügung stehenden berufstätigen Ärztinnen/Ärzte in der Berechnungsvariante P1 (Pensionsantrittsalter durchschnittlich 65 Jahre bzw. 62,5 Jahre) für den Zeitraum 2016–2020 geringfügig unterschätzt wurde. Danach ist die tatsächliche Zahl der in Österreich berufstätigen Ärztinnen und Ärzte etwas stärker gestiegen als prognostiziert. Die Abweichung in Prozent beläuft sich auf 3,0–8,0 Prozent, wobei der Tendenz leicht steigend ist. Die relativ hohe Abweichung von 8 Prozent im Jahr 2020 könnte teilweise durch freiwillige Verschiebungen des Pensionsantritts von pensionsberechtigten Ärztinnen und Ärzten, im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie, erklärbar sein.

Tabelle 3.1:

Ärztzahlen im Vergleich<sup>12</sup> (ohne Zahnmedizin/MKG und ohne Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung) – Angebotsprognose versus GÖG

Jahr	Ist-Stand <sup>(1)</sup>	Prognose	Abweichung in Prozent
2016	33.500	32.500	3,1%
2017	33.800	32.800	3,0%
2018	34.200	32.800	4,3%
2019	34.500	32.900	4,9%
2020	35.300	32.700	8,0%

<sup>(1)</sup> Ist-Stand (jeweils Juli) gemäß GÖG-Datenbank ohne Turnusärztinnen/-ärzte und abzüglich der geschätzten Anzahl der in Facharztausbildung befindlichen Allgemeinmediziner/innen (rd. 2.000 Personen)

Quelle: Ärztelisten der ÖÄK und ZÄK; Studie „Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030“; Berechnung und Darstellung: GÖG (Angaben gerundet)

*Anmerkung:* Die hier angeführten Zahlen weichen von den Angaben in Tabelle 2.1 ab (2015: 42.100 Humanmediziner/innen), da für den Vergleich mit den Prognose-Ergebnissen der Ärztebedarfsstudie die Werte zum Stand Jahresmitte (Differenz zu Jahresende rd. 400) ohne Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung (rd. 8.200) und ohne FÄ für MKG (rd. 100) herangezogen werden.

Ein maßgeblicher Bestandteil der Angebotsprognose ist die Prognose der Absolventinnen/Absolventen des Studiums der **Humanmedizin** (vgl. Ärztebedarfsstudie 2012, Tabelle 6.9).

<sup>12</sup>

Anmerkung: Die Daten der Ärztebedarfsstudie 2011–2014 sind NICHT publiziert; Daten aus 2010 und 2015 vgl. Tabelle 6.13 der Ärztebedarfsstudie 2012.

Tabelle 3.2:

Entwicklung der Absolventenzahlen (nach Studienjahren) im Vergleich zur Absolventenprognose (nach Kalenderjahren)

Jahr	Ist-Stand	Absolventenprognose	Abweichung in Prozent
2014/2015	1.161	1.282	-6%
2015/2016	1.178	1.276	-4%
2016/2017	1.239	1.276	1%
2017/2018	1.295	1.276	5%
2018/2019	1.170	1.276	-4%
2019/2020	1.135	1.276	-7%
Durchschnitt	1.246	1.277	-2%

Quelle: BMWFW – Endbericht 2016 Tabelle A2.1; Studie „Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030“; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der tatsächliche Ist-Stand und die Prognose variieren innerhalb einer Bandbreite von -7 bis 5 Prozent. Über den Beobachtungszeitraum beläuft sich die durchschnittliche Abweichung auf -2 Prozent, was einen sehr guten Fit des Modells impliziert.

## 3.2 Validierung der Modellannahmen

Um die in der Ärztebedarfsstudie 2012 verwendeten Modellannahmen zu validieren, werden die wichtigsten Parameter – Pensionsantrittsalter, Migrationsverhalten sowie die postpromotionelle Ausbildung – mit der tatsächlich beobachtenden Entwicklung verglichen.

### 3.2.1 Validierung der Angebotsprognose

#### *Pensionsantrittsalter*

Ein wesentlicher Prognosefaktor für das künftige Angebot an Ärztinnen und Ärzten ist das tatsächliche Pensionsantrittsalter. Valide Angaben dazu stehen insbesondere aus methodischer Sicht nicht bzw. nicht vollständig zur Verfügung. Aus diesem Grund wurden dazu in der Ärztebedarfsstudie 2012 zwei Varianten modelliert, wobei jeweils nach Geschlecht und Art der Berufstätigkeit differenziert wurde.

Mit ein Grund für die unzureichende Datenlage ist der Umstand, dass Ärztinnen und Ärzte oftmals schrittweise aus dem Berufsleben ausscheiden und z. B. nach der Pensionierung aus einer angestellten Tätigkeit weiterhin – in oftmals nur geringem Ausmaß – in privater Praxis ärztlich tätig bleiben. Damit bleiben sie in der Ärztestatistik als „Kopf“ erfasst, ohne dass ihr tatsächliches Tätigkeitsausmaß abgeschätzt werden kann.



Da sich seit der Erstellung der Ärztebedarfsstudie 2012 keine grundlegenden rechtlichen Änderungen beim derzeitigen Pensionsantrittsalter ergeben haben und auch keine weiteren Datengrundlagen zur Verfügung stehen, ist davon auszugehen, dass die zum damaligen Zeitpunkt von der ÖÄK getroffenen und in den Modellrechnungen der Ärztebedarfsstudie 2012 berücksichtigten Annahmen zum tatsächlichen Pensionsantrittsalter weiterhin Gültigkeit haben.

#### *Migrationsverhalten der Absolventinnen/Absolventen des Studiums der Humanmedizin*

Den Annahmen der Ärztebedarfsstudie 2012 lagen insbesondere die Ergebnisse einer Fragebogenerhebung aus dem Jahr 2010 zugrunde, in der die Studienanfänger/-innen der Jahre 2005 bis 2007 befragt wurden. Demnach strebten zum damaligen Zeitpunkt

- » rund drei Viertel der österreichischen Studentinnen/Studenten,
- » rund ein Viertel der deutschen Studentinnen/Studenten und
- » rund ein Drittel der Studentinnen/Studenten aus anderen Herkunftsländern

eine Berufstätigkeit in Österreich an. Nach Einschätzung der Expertinnen/Experten aus dem Projektlenkungsausschuss wurde für die Angebotsprognose die Annahme getroffen, dass diese Prozentsätze weitgehend stabil bleiben. Nur für die Österreicher/innen wurde angenommen, dass der Anteil der abwandernden Absolventinnen/Absolventen ab 2016 rückläufig sein wird (von rund einem Viertel auf nur noch 10 Prozent ab dem Jahr 2024).

Die Prognoseannahmen werden durch verschiedene Befragungen aus den Jahren nach 2010 weitgehend bestätigt (vgl. Bericht der Republik Österreich über die Situation in Studien mit Zulassungsverfahren 2016). Die Befragung der Studierenden im letzten Studienjahr zum Zielstaat der geplanten Berufstätigkeit ergab in den Jahren 2011 bis 2016 für deutsche Studentinnen/Studenten einen Durchschnittswert von 27 Prozent für den Verbleib in Österreich (also rd. ein Viertel), für österreichische Studierende einen Durchschnittswert von 73 Prozent (also rd. drei Viertel).

Im Jahr 2019 wurde die Umfrage unter Medizinstudierenden im Abschlussjahr im Auftrag des BMBWF wiederholt. In dieser bestätigte sich der Trend, dass eine zunehmende Zahl von Absolventinnen/Absolventen beabsichtigt in Österreich berufstätig zu werden. Demnach streben:

- » insgesamt 74 Prozent **aller Studierenden**,
- » 85 Prozent der **Studierenden aus Österreich** und
- » 45 Prozent der **deutschen Studierenden**

eine Berufstätigkeit in Österreich an. Die Prognoseannahme bzgl. des Verbleibs von Studierenden aus Deutschland bedarf vor diesem Hintergrund möglicherweise einer Anpassung.

Limitierend ist in Zusammenhang der Studie die relativ geringe Rücklaufquote von 31 Prozent (500 von 1.634 Befragten) anzuführen (vgl. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung: Befragung von Studierenden der Humanmedizin im Abschlussjahr 2019.).

Im Jahr 2014 wurden erstmals Absolventinnen/Absolventen zum tatsächlichen Land ihrer Berufsausübung befragt. Demnach arbeiteten 80 Prozent der österreichischen Absolventinnen/Absolventen in Österreich, von den deutschen Absolventinnen/Absolventen hingegen nur 21 Prozent. Auch Auswertungen der Ärztekammer ergeben, dass 8 von 10 österreichischen Absolventin-

nen/Absolventen in Österreich berufstätig werden, aber nur 18 Prozent der deutschen Absolventinnen/Absolventen. Gemäß den Ergebnissen einer im Auftrag des BMFWF durchgeführten Befragung der Abschlussjahrgänge 2010/11 bis 2014/15 durch das Institut für Höhere Studien sind 88 Prozent der österreichischen Absolventinnen/Absolventen in Österreich verblieben, aber nur 20 Prozent der Deutschen (vgl. Bericht der Republik Österreich über die Situation in Studien mit Zulassungsverfahren 2016).

All diese Erhebungsergebnisse stimmen größenordnungsmäßig mit den Annahmen der Ärztebedarfsstudie überein, wobei die Zahl der in Österreich verbleibenden Absolventinnen/Absolventen tendenziell unterschätzt wird.

Es ist davon auszugehen, dass die Novellen der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung sowie insbesondere des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes, dazu führen bzw. geführt haben, dass die Bereitschaft der Absolventinnen/Absolventen zum Verbleib in Österreich in den letzten sowie den kommenden Jahren steigen wird (siehe dazu auch Kapitel 4).

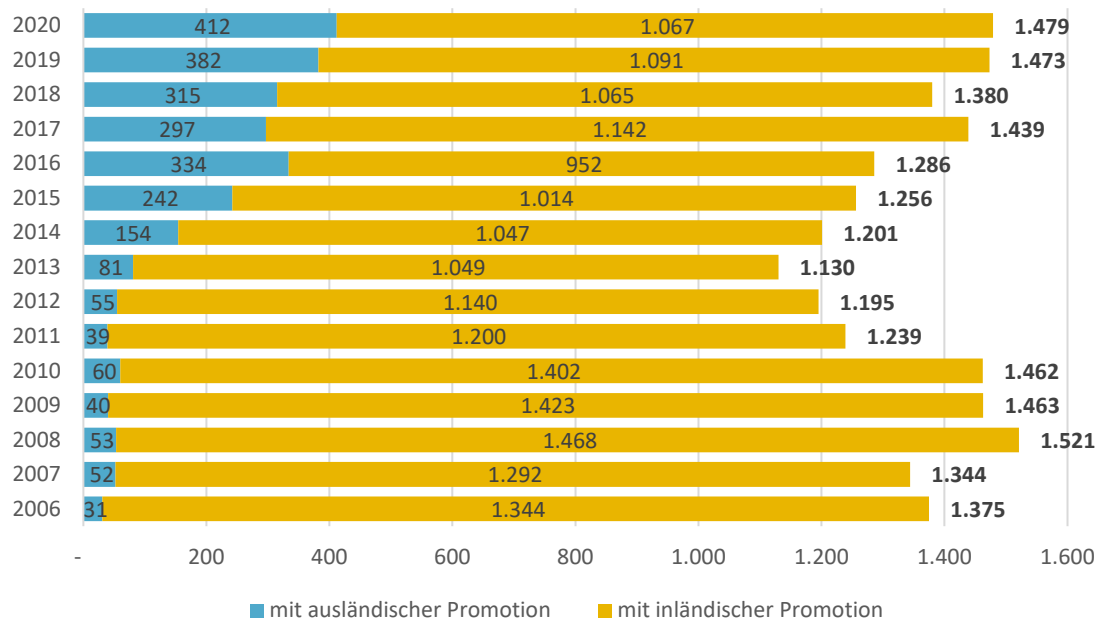
#### *Migration fertig ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte*

Das Ärzteangebot in Österreich hängt auch davon ab, wie viele Ärztinnen und Ärzte aus anderen Ländern für die Berufstätigkeit in Österreich gewonnen werden können bzw. wie viele in Österreich berufstätige Ärztinnen und Ärzte ins Ausland abwandern. In der Ärztebedarfsstudie 2012 wurde aufgrund der zum damaligen Zeitpunkt verfügbaren Informationen eine durchschnittliche jährliche Zuwanderung von rd. 190 fertig ausgebildeten Ärztinnen/Ärzten angenommen.

Die Zahlen der ÖÄK zur Zahl der ersteingetragenen berufsberechtigten Ärztinnen/Ärzte in Österreich zeigen, dass der Zustrom von im Ausland ausgebildeten Ärztinnen/Ärzten in den vergangenen Jahren eine stark steigende Tendenz aufweist. Im Durchschnitt der Jahre 2010 bis 2015 kamen jährlich rd. 350 Ärztinnen/Ärzte nach Österreich, im Zeitraum von 2016 bis 2020 erhöhte sich dieser Schnitt auf etwa 590 Ärztinnen/Ärzte jährlich.

Gemäß Angaben der ÖÄK kommen seit dem Jahr 2013 deutlich mehr Personen als zuvor mit ausländischer Promotion für eine postpromotionelle ärztliche Ausbildung (ersteingetragene Turnusärztinnen/-ärzte) nach Österreich. Dieser Trend setzt sich nach wie vor ungebrochen fort (vgl. Abbildung 3.1)

Abbildung 3.1: Ersteingetragene Turnusärztinnen/-ärzte mit inländischer/ausländischer Promotion – Zeitreihe



Quelle: Ärztestatistik für Österreich 2020. Österreichische Ärztekammer. Berechnung und Darstellung: GÖG

Gemäß Statistiken der Bundesärztekammer Deutschland sind in den Jahren 2010 bis 2015 im Durchschnitt rd. 290 Ärztinnen/Ärzte aus Deutschland nach Österreich abgewandert (Siehe Studie zur Abklärung der Fragen zum EU-Moratorium, Ergebnisbericht 2016). Nur etwas mehr als ein Drittel davon waren deutsche Staatsangehörige.

Im Zeitraum von 2016 bis 2020 betrug der entsprechende durchschnittliche Wert etwa 270 Ärztinnen/Ärzte, wobei sich der Anteil der deutschen Staatsangehörigen auf etwa 40% erhöht hat (vgl. Tabelle 3.3)

Dies legt die Vermutung nahe, dass es sich bei den übrigen Personen zu einem nicht unbeträchtlichen Teil um Rückkehrer/innen nach Österreich handelt.

Tabelle 3.3:

## Österreichische Ärztinnen/Ärzte in Deutschland und Abwanderung nach Österreich

Jahr	Abwanderung nach Deutschland <sup>(1)</sup>		Abwanderung nach Österreich			
	Absolut	Veränderung zu 2016	Gesamt	Veränderung zu 2016	davon Anteil Deutsche	Veränderung zu 2016
2016	155	–	295	–	96	–
2017	153	–1%	268	–9%	108	13%
2018	147	–5%	254	–14%	95	–1%
2019	144	–7%	258	–13%	122	27%
2020	137	–12%	274	–7%	117	22%

(1) Erstzugang

Quelle: Ärztestatistik der Bundesärztekammer Deutschland; Bearbeitung und Darstellung: GÖG

Bundesweite Angaben zur **jährlichen Abwanderung** von berufstätigen Ärztinnen/Ärzten ins Ausland stehen für Österreich nicht zur Verfügung. Frühere Erhebungsergebnisse zeigen, dass eine Abwanderung v.a. nach Deutschland und in geringerem Ausmaß in die Schweiz stattfindet. Die Statistiken der Bundesärztekammer Deutschland geben an, dass die Zahl der österreichischen Ärztinnen und Ärzte in den vergangenen Jahren zwar weiterhin gestiegen ist, der jährliche Zuwachs jedoch immer geringer wurde (siehe Tabelle 3.3). Im Jahr 2015 waren erstmals weniger österreichische Ärztinnen/Ärzte in Deutschland registriert als im Jahr davor. Im Jahr 2015 war somit erstmals die Zahl der jährlichen Erstzugänge aus Österreich (146 Personen) geringer als die Abwanderung nach Österreich (264 Personen).

Den Prognosen der Ärztebedarfsstudie 2012 liegt – basierend auf den damals verfügbaren Informationen – die Annahme einer weitgehend ausgeglichenen Wanderungsbilanz zugrunde, wobei seitens der Expertinnen und Experten des Projektlenkungsausschusses davon ausgegangen wurde, dass die Wanderungsbilanz aufgrund rückläufiger Abwanderungszahlen ab 2016 leicht positiv wird. Zumindest was die Bilanz mit Deutschland anlangt, scheinen diese Annahmen durchaus zutreffend (positive Wanderungsbilanz seit 2015). Zieht man weiters in Erwägung, dass in den letzten Jahren vor allem der Zuzug von Ärztinnen/Ärzten aus anderen Ländern (ausgenommen Deutschland) nach Österreich immer mehr an Bedeutung gewonnen hat (vgl. Bericht der Republik Österreich über die Situation in Studien mit Zulassungsverfahren 2016), legt dies die Vermutung nahe, dass die Wanderungsbilanz zumindest bereits seit 2014 insgesamt gesehen positiv sein dürfte. Dies könnte mit ein Grund für die geringfügige Unterschätzung der tatsächlichen Ärztezahlen in Österreich durch das Prognosemodell der Ärztebedarfsstudie sein.

*Postpromotionelle Ausbildung – Ausbildungsverlauf und Ausbildungsdauer*

Die Reform der Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO 2015) wurde bereits im Vorbericht umfassend diskutiert. Gemäß der aktuellen Interviewergebnisse sind keine systematischen Änderungen der Ausbildungsdauer, z.B. aufgrund von Wartezeiten auf einen Ausbildungsplatz, feststellbar (siehe Abschnitt 4.2). Insofern ist davon auszugehen, dass die für die Prognose getroffenen Annahmen, wie bereits im Vorbericht, weiterhin Gültigkeit haben.

## 3.2.2 Validierung der Bedarfsprognose

### *Demografische Entwicklung*

Der maßgeblichste Faktor für die Bedarfsprognose sind die Annahmen hinsichtlich der demografischen Entwicklung, also zur Anzahl und Struktur der Bevölkerung in Österreich. Datenquelle für die Ärztebedarfsstudie 2012 war die kleinräumige Bevölkerungsprognose der Statistik Austria für die Jahre 2010 bis 2030. Diese Prognose ging für das Jahr 2030 von 9,05 Mio. Einwohnerinnen/Einwohnern aus, was einem Anstieg um acht Prozent von 2010 bis 2030 entsprach.

Die aktuelle Prognose der Statistik Austria gibt an, dass im Jahr 2030 9,23 Mio. Menschen in Österreich leben werden. Im Vergleich zur in der Ärztebedarfsstudie 2012 verwendeten Prognose ergibt sich somit eine Differenz von 180.000 Personen. Es ist davon auszugehen, dass die prognostizierte Differenz auch einen erhöhenden Effekt auf den Ärztebedarf haben wird.

### *Gesetzliche Vorgaben*

Bei der Abschätzung des Ärztebedarfs für den intramuralen Bereich wurden im Zuge der Erstellung der Ärztebedarfsstudie 2012 die der ÖÄK zum damaligen Zeitpunkt vorliegenden Angaben zu angezeigten Fällen von Arbeitszeitüberschreitungen berücksichtigt. Das Inkrafttreten der Novelle des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes im Jänner 2015 hat zu einem Mehrbedarf an Ärztinnen/Ärzten geführt, der über den im Rahmen der Ärztebedarfsstudie berücksichtigten zusätzlichen Bedarf hinausgeht (vgl. Abschnitt 6.3).

### *Versorgungswirksamkeit der Ärztinnen/Ärzte*

Wie bereits in Kapitel 2 ausgeführt, haben die getroffenen Annahmen zum Ausmaß der Teilzeitarbeit (Teilzeitfaktor) sowie zur Versorgungswirksamkeit des wahlärztlichen Bereichs ebenfalls Einfluss auf den prognostizierten Ärztebedarf. Hier ist davon auszugehen, dass die in der Ärztebedarfsstudie 2012 zugrunde gelegten Modellannahmen weiterhin Gültigkeit haben bzw. insbesondere im Bereich der Wahlärztinnen/-ärzte für eine Validierung der Annahmen keine hinreichenden Datengrundlagen zur Verfügung stehen.

## 3.3 Zusammenfassung des Ergebnisberichts der Projektgruppe IT-Tool

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit (ZS-G) erarbeitete die „Projektgruppe IT-Tool Planung Personalressourcen“ (PG IT-Tool) ein Modell sowie ein Berichtswesen, um die prognostizierte österreichweite Entwicklung des Ärzteangebots für den Prognosezeitraum 2020 bis 2030 abbilden

zu können.<sup>13</sup> Die dargestellten Prognosen wurden mittels eines speziell für diese Aufgabe entwickelten Mikrosimulationsmodells<sup>14</sup> errechnet und sollen eine transparente und datenbasierte Planung der notwendigen ärztlichen Personalressourcen unterstützen.

Die Prognose berücksichtigt Ärztinnen/Ärzte für Humanmedizin, die im öffentlichen Gesundheitsversorgungssystem tätig sind.<sup>15</sup> Der inhaltliche Schwerpunkt liegt auf der Prognose des Angebots an Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner. Die Prognose für Fachärztinnen/-ärzte erfolgt im Rahmen des gegenständlichen Berichts nur in aggregierter Form, wodurch eine Unterteilung in Fachrichtungen unterbleibt. Die Entwicklungen unterschiedlicher Fachrichtungen können aufgrund der Heterogenität in diesem Bereich (z. B. Mangelfächer) von der durchschnittlichen Entwicklung abweichen.

### **Modellierung des Angebots an Ärztinnen und Ärzten und Limitationen**

Um die Entwicklungen des Ärzteangebots zu prognostizieren, werden die zu erwartenden jährlichen Pensionierungen und die jährlich zu erwartenden Neuzugänge an Ärztinnen/Ärzten (AM-Berufseinsteiger/-innen bzw. Berufseinsteiger/-innen im fachärztlichen Bereich) einander gegenübergestellt. Die derzeitige Prognose fokussiert auf eine reine Kopfdarstellung und trifft keine Aussagen hinsichtlich der tatsächlichen Versorgungswirksamkeit oder des Angebots in Form von Vollzeitäquivalenten. Folglich sind Entwicklungen, die das künftige Angebot auf der Basis von Vollzeitäquivalenten bzw. die Versorgungswirksamkeit beeinflussen, wie z. B. die Feminisierung der Medizin oder sich ändernde Freizeitpräferenzen nicht abgebildet.

Die Modellierung der Pensionierungen erfolgt auf Basis der Altersstruktur gemäß der Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer. Um die künftigen AM- und FA-Berufseinsteiger/-innen zu prognostizieren, wurde der Ausbildungsweg von Humanmedizinerinnen/-mediziner modelliert.

### **Bedarf an Ärztinnen und Ärzten**

Wie oben angeführt, wird im Rahmen dieses Projekts nur die Entwicklung des Angebots, aber nicht jene des Bedarfs an Ärztinnen/Ärzten prognostiziert, was es bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen gilt.<sup>16</sup> Die Prognose zeigt daher, wie sich das Angebot voraussichtlich entwi-

---

<sup>13</sup> Die Prognosen werden nicht nach Bundesländern differenziert durchgeführt, daher können bundesländerspezifische Besonderheiten nicht berücksichtigt werden.

<sup>14</sup> Eine detailliertere Beschreibung des Mikrosimulationsmodells findet sich im Grundlagenbericht.

<sup>15</sup> Ärztinnen/Ärzte für Humanmedizin sind ohne solche für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu verstehen. Im gegenständlichen Bericht umfasst der Terminus „öffentliches Gesundheitsversorgungssystem“ bei öffentlichen Trägern angestellte Ärztinnen/Ärzte und Vertragsärztinnen/-ärzte.

<sup>16</sup> Die wissenschaftliche Kalkulation und Planung des zukünftigen Bedarfs an Ärztinnen/Ärzten erfolgt grundsätzlich im Rahmen des jeweiligen Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) auf Bundeslandebene. In diesem Zusammenhang ist es jedoch erforderlich, Fragestellungen wie jene der Auswirkungen der Digitalisierung auf den Bedarf an Ärztinnen/Ärzten in geeigneter Form zu bearbeiten.

ckeln wird, es wird aber keine Aussage dahingehend getroffen, ob dieses Angebot den voraussichtlichen Bedarf an Ärztinnen/Ärzten decken wird. Vielmehr wird analysiert, ob die Anzahl der nachkommenden Ärztinnen/Ärzte groß genug sein wird, um diejenigen Ärztinnen/Ärzte, die in Pension gehen, ersetzen zu können. Wenn nun die Zahl der künftigen Berufseinsteiger/-innen jene der Pensionierungen übersteigt, ist dies nicht zwingend mit einem Überangebot gleichzusetzen, da für die Beantwortung dieser Fragestellung das Angebot erst mit dem Bedarf verglichen werden müsste. Auch wenn die Bedarfsentwicklung in diesem Projekt nicht quantifiziert wird, sollen folgende beispielhafte wesentliche Determinanten angeführt werden, bei denen man davon ausgehen kann, dass sie den künftigen Bedarf an Ärztinnen/Ärzten beeinflussen werden:

- » *Demografie:*  
Die demografische Entwicklung und ihre Auswirkungen auf den Bedarf an Ärztinnen/Ärzten sind nicht berücksichtigt. Diesbezügliche Berechnungen sind Bestandteil jedes Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG).
- » *technische/medizinische Entwicklungen:*  
Die Effekte, welche sich aufgrund technologischer Entwicklungen ergeben werden, sind nicht inkludiert.
- » *Auswirkungen von Änderungen der organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen:*  
Die Auswirkungen von Maßnahmen wie der Stärkung der Primärversorgung oder der KA-AZG-Novelle wurden nicht quantifiziert.
- » *Effekte von Strukturmaßnahmen:*  
Veränderungen in den Versorgungsstrukturen haben ebenfalls einen Effekt auf den Bedarf an Ärztinnen/Ärzten. Derartige Effekte werden in den Planungen zu den jeweiligen RSG berücksichtigt.
- » *Verlagerung zu anderen Berufsgruppen:*  
Die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch andere Berufsgruppen (z. B. Community Nurses) würde, die rechtliche Zulässigkeit vorausgesetzt, den künftigen Bedarf an Ärztinnen/Ärzten beeinflussen.

### **Festlegung von Szenarien**

Die AM-Quote ist einer der zentralen Parameter im Simulationsmodell. Sie gibt Auskunft darüber, wie hoch der Anteil der Allgemeinmediziner/-innen an allen Turnusanfängerinnen/-anfängern einer Kohorte ist. Unter Verwendung der AM-Quote wird die künftige Anzahl von Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner prognostiziert. Beginnen z. B. 1.000 Personen mit der postpromotionellen Ausbildung (PPA) und werden 300 von ihnen Allgemeinmediziner/-innen (Berufseinsteiger/-innen), beläuft sich die AM-Quote auf 30 Prozent. Um die Auswirkungen dieses Parameters auf das Ergebnis zu verdeutlichen, werden im Ergebnisbericht zwei Szenarien (33 Prozent und 40 Prozent) dargestellt, wobei ersteres als Haupt- und letzteres als Alternativszenario bezeichnet wird.<sup>17</sup> Die Wahl des Parameterwerts beruht auf der Annahme, dass die Vergangenheitswerte repräsentativ für

---

<sup>17</sup> Die in den Szenarien verwendeten AM-Quoten sind aus der Ärzteliste abgeleitet, wobei jenes mit 33 Prozent den Wert in der derzeitigen Ärzteschaft repräsentiert und jenes mit 40 Prozent einen in der Vergangenheit beobachteten Maximalwert.

die zukünftigen Entwicklungen sind, wobei davon auszugehen ist, dass die künftige AM-Quote entweder gleich hoch oder niedriger sein wird als die im Hauptszenario angenommene. Aber auch wenn die Szenarien die künftigen Zugänge an AM-Berufseinsteigerinnen/-einstiegern überschätzen, zeigt sich in beiden Fällen, dass in der Periode 2020–2023 die Anzahl der Pensionierungen jene der Berufseinsteiger/-innen übersteigt; bei einer geringeren tatsächlichen AM-Quote würde sich diese Differenz erhöhen.

### **Prognoseergebnisse**

Die Prognosen zeigen, dass – im Szenario mit einer AM-Quote von 33 Prozent (Hauptszenario) – in den Jahren 2020–2023 die Menge der AM-Pensionierungen jene der AM-Berufseinsteiger/-innen übersteigen wird. Für diesen Zeitraum ergibt sich ein negativer Saldo von –350 Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen, was einem durchschnittlichen jährlichen negativen Saldo von –87,5 Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen entspricht. Nach dem Jahr 2023 wird die jährliche Anzahl der AM-Berufseinsteiger/-innen die Anzahl der prognostizierten Pensionierungen wieder übersteigen. Der kumulierte positive Saldo für den Zeitraum 2024–2030 beläuft sich auf 1.010 Allgemeinmediziner/-innen, und der durchschnittliche jährliche Saldo auf 144,3. Allerdings gilt es bei der Interpretation dieses Ergebnisses den kumulierten negativen Saldo aus den Jahren 2020–2023 zu berücksichtigen. Über den gesamten Prognosezeitraum betrachtet, übersteigt die Zahl der Berufseinsteiger/-innen jene der prognostizierten Pensionierungen. Der Gesamtsaldo bis zum Prognoseende im Jahr 2030 beläuft sich demnach auf 660 Allgemeinmediziner/-innen.

Im Sinne einer zusätzlichen Interpretationsmöglichkeit der Ergebnisse wird die prognostizierte Entwicklung der Anzahl der Ärztinnen/Ärzte im öffentlichen Gesundheitsversorgungssystem in Bezug zur Bevölkerungsentwicklung gesetzt, um die jährliche Ärztedichte darzustellen.

Um diese Ärztedichte in weiterer Folge auch zeitlich einzuordnen, wurde die Zeitreihe noch um die Jahre 2010–2019 ergänzt. Die Allgemeinmedizinerdichte, gemessen als AM pro 100.000 EW, ist von 127 im Jahr 2010 auf 134 in den Jahren 2015 und 2016 gestiegen, was den maximalen Wert im Beobachtungszeitraum darstellt. Danach ist die AM-Dichte rückläufig und wird voraussichtlich in den Jahren 2023 und 2024 den niedrigsten Wert mit 120 Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen je 100.000 EW einnehmen, um danach wieder anzusteigen. Am Ende des Prognosezeitraums wird sich die voraussichtliche AM-Dichte gemäß dem Hauptszenario auf 128 belaufen.

Hinsichtlich der aggregierten Fachärzteprognose zeigt sich ein jenem bei den Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen vergleichbares empirisches Muster, wobei auch hier davon auszugehen ist, dass in einer ersten Phase für die Jahre 2020–2027 die Anzahl der Pensionierungen jene der Berufseinsteiger/-innen übersteigen wird. Erst danach wird die Anzahl der Berufseinsteiger/-innen auch bei den Fachärztinnen/-ärzten wieder die Anzahl der prognostizierten Pensionierungen übersteigen. Die Dichte für Fachärztinnen/-ärzte wurde analog berechnet und wird sich bis ins Jahr 2026 verringern, dann stagnieren, bevor sie 2030 wieder leicht steigen wird. Es handelt sich hier um eine durchschnittliche Entwicklung, von der sich die Entwicklung je Fach unterscheiden kann.



Die Ergebnisse zeigen zudem, dass die Nachbesetzungen der AM und der FÄ nicht isoliert betrachtet werden dürfen, weil es sich dabei um ein korrespondierendes Verhältnis<sup>18</sup> handelt, welches von der AM-Quote bestimmt wird).

### **Steuerbarkeit des Angebots an Ärztinnen und Ärzten**

Wie oben angeführt, ist die AM-Quote einer der wesentlichen Parameter hinsichtlich der Modellierung der künftigen AM-Berufseinsteiger/-innen. In diesem Zusammenhang sind drei Faktoren zu berücksichtigen:

- » Eine Veränderung der AM-Quote beeinflusst die Anzahl der AM-Berufseinsteiger/-innen frühestens nach 3,5 Jahren.
- » Die prognostizierten Pensionierungen werden nach 2023 rückläufig sein.
- » Eine Erhöhung der AM-Quote reduziert die Zahl der Berufseinsteiger/-innen im fachärztlichen Bereich und vice versa.

Es zeigt sich somit, dass die in den kommenden Jahren unmittelbar zu erwartende steigende Anzahl zu leistender Nachbesetzungen nicht durch Maßnahmen, die auf die postpromotionelle Ausbildung abzielen, abgedeckt werden kann, da solche erst mit einer starken zeitlichen Verzögerung wirksam werden. Selbiges gilt, in einem noch stärkeren Sinne, für Maßnahmen, welche auf die Phase des Studiums (die minimale Studiendauer beträgt sechs Jahre) abzielen. Diese Bereiche sind von hoher Bedeutung für eine längerfristige Steuerung. Um Nachbesetzungen unmittelbar beeinflussen zu können, werden jedoch kurzfristig wirksame Maßnahmen empfohlen wie die nachfolgend beispielhaft angeführten:<sup>19</sup>

- » das Gewinnen von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen, welche in anderen Bereichen tätig sind (etwa Wahlärztinnen/-ärzte oder Ärztinnen/Ärzte in anderen Fachbereichen, die zusätzlich eine Ausbildung als Allgemeinmediziner/-in absolviert haben, wie es z. B. bei Internistinnen/Internisten häufig der Fall ist)
- » die Rekrutierung von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinerinnen aus dem Ausland
- » die zeitliche Verschiebung des Pensionsantritts, welche zu einer temporären Abfederung beitragen kann

Aufgrund der langen Ausbildungsdauer für Mediziner/-innen ist es für die Planung von Ausbildungskapazitäten von entscheidender Bedeutung, dass diese Planung nicht am derzeitigen Bedarf, sondern am künftigen Bedarf ausgerichtet ist. Andernfalls könnte aufgrund des ausbildungsbedingten Verzögerungseffekts ein Überangebot erzeugt werden. Als Reaktion darauf würden die Ausbildungskapazitäten wieder reduziert, was in weiterer Folge zu einem Unterangebot führt. Die so entstehenden periodischen Schwankungen sind als Wellenbewegung vorstellbar, im Zuge deren die Werte abwechselnd entweder über oder unter dem Bedarf liegen.

---

<sup>18</sup> Je mehr Studienabsolventinnen/-absolventen der Humanmedizin sich für die Allgemeinmedizin entscheiden, desto weniger Absolventinnen/Absolventen verbleiben für eine Facharztausbildung und umgekehrt.

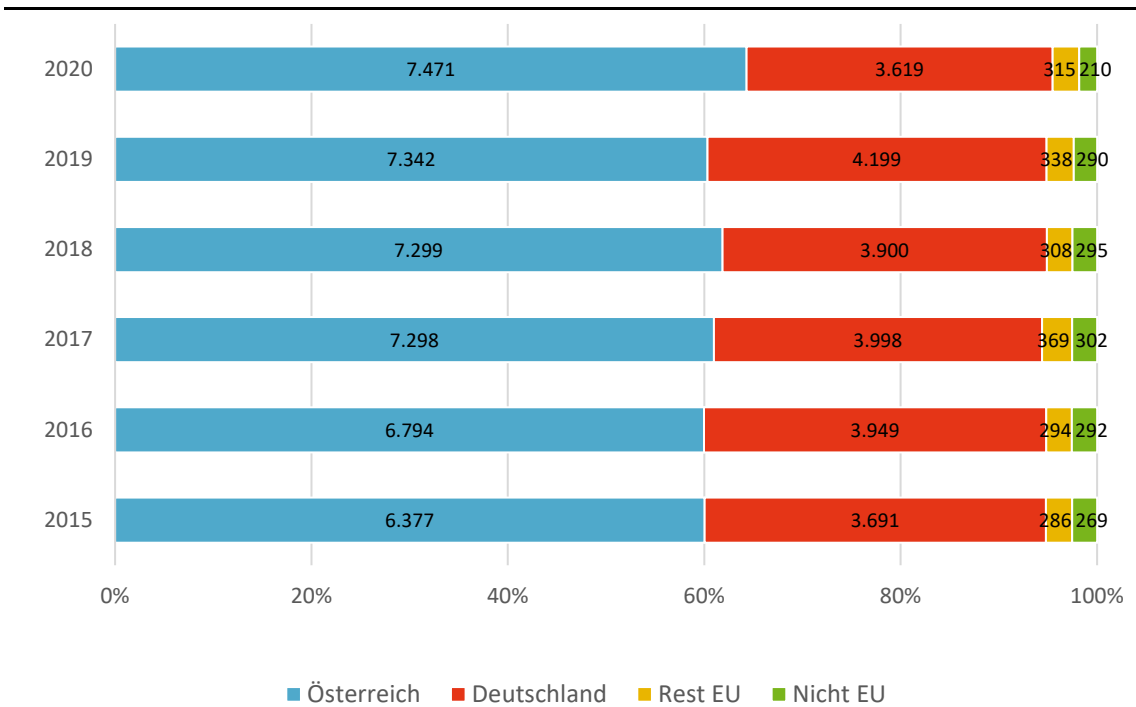
<sup>19</sup> In diesem Zusammenhang wird auf die Arbeiten und den entsprechenden Bericht der PG Attraktivierung der Allgemeinmedizin verwiesen.

Durch sorgfältige Planung und unter Verwendung entsprechender Prognosemodelle wie etwa des hier beschriebenen können derartige Wellenbewegungen reduziert werden, bzw. kann dadurch potenziell negativen Entwicklungen gegengesteuert werden.

### 3.4 Szenario „Fall des EU-Moratoriums“

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Zulassungstest für das Studium Humanmedizin im Zeitraum von 2015 bis 2020 analysiert, um die Auswirkungen einer fiktiven Verteilung der verfügbaren Studienplätze ausschließlich anhand der Testergebnisse im Aufnahmeverfahren darzustellen.

Abbildung 3.2: Teilnehmerinnen/Teilnehmer am Zulassungstest nach Herkunft 2015 bis 2020



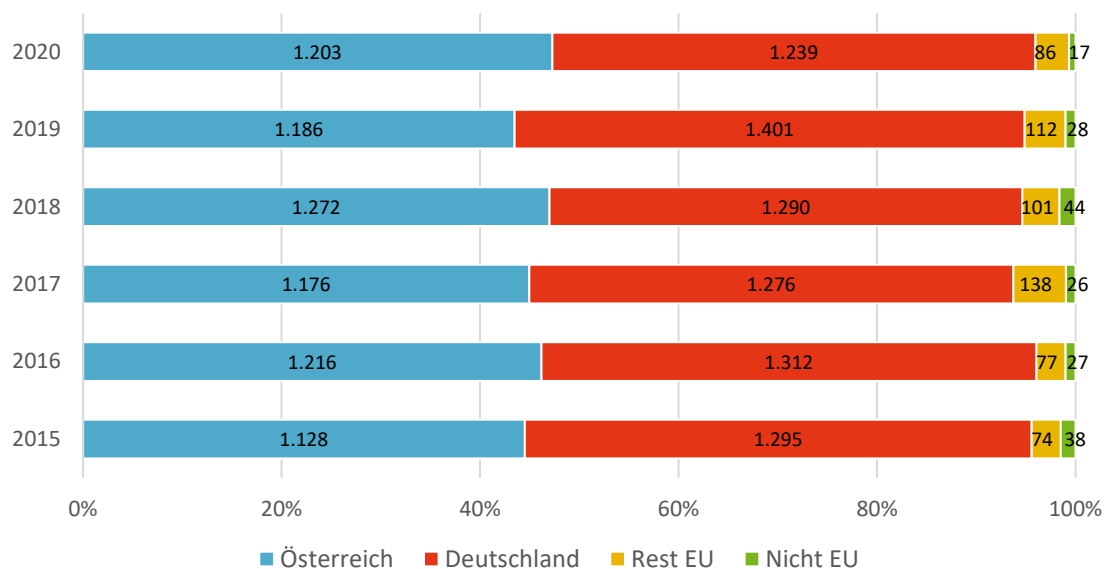
Quelle: Testteilnahme Zulassung Humanmedizin, BMBWF; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 3.2 zeigt zunächst die Entwicklung der Teilnehmer/innen am Zulassungstest nach Herkunft der Bewerberinnen/Bewerber. Sowohl in der Entwicklung der absoluten Zahlen als auch bei der prozentuellen Verteilung der Herkunft sind in den letzten Jahren nur geringe Schwankungen festzustellen.

Im Schnitt kamen etwa 61 Prozent der Bewerberinnen/Bewerber aus Österreich, 34 Prozent aus Deutschland und die restlichen fünf Prozent verteilen sich in etwa gleichen Teilen auf die restlichen EU-Länder sowie auf Länder außerhalb der EU. Die durchschnittliche Gesamtzahl liegt bei etwa 11.600 pro Jahr, was in etwa einer Relation von acht Anwärterinnen/Anwärtern auf einen Studienplatz entspricht.

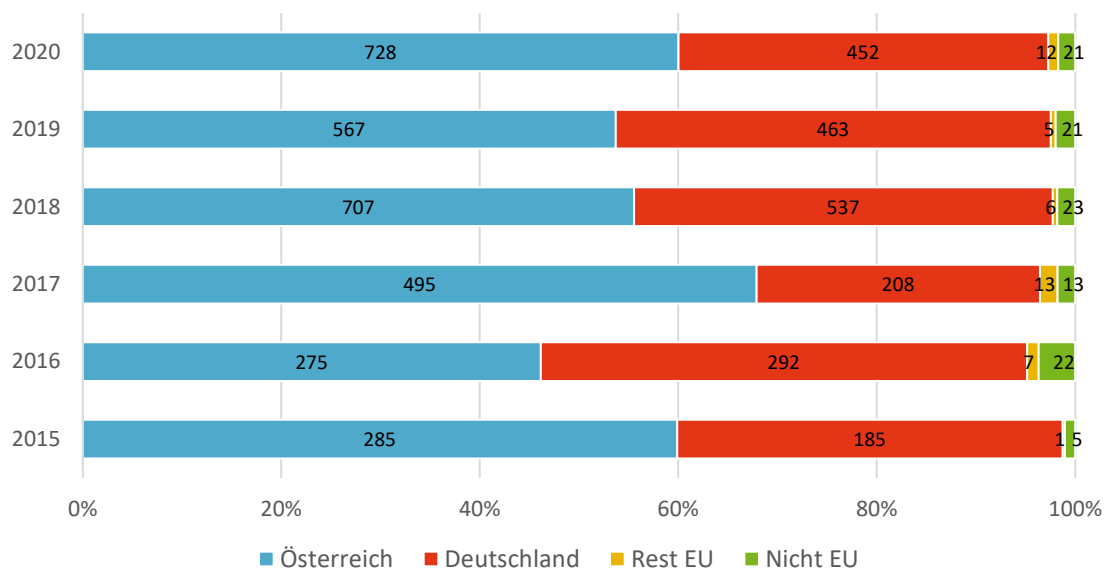
Dabei ist zu beachten, dass die Verteilung je nach Universität sehr unterschiedlich ausgeprägt ist, und insbesondere die Medizinische Fakultät der Universität Linz sowie die Medizinische Universität Innsbruck von der durchschnittlichen Verteilung abweichen. So gab es beispielsweise bei letztgenannter in jedem Jahr des Beobachtungszeitraums mehr Bewerberinnen/Bewerber aus Deutschland als aus Österreich (vgl. Abbildungen 3.3 und 3.4).

Abbildung 3.3 Teilnehmerinnen/Teilnehmer am Zulassungstest nach Herkunft 2015 bis 2020 – Medizinische Universität Innsbruck



Quelle: Testteilnahme Zulassung Humanmedizin, BMBWF; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 3.4 Teilnehmerinnen/Teilnehmer am Zulassungstest nach Herkunft 2015 bis 2020 – Medizinische Fakultät der Universität Linz



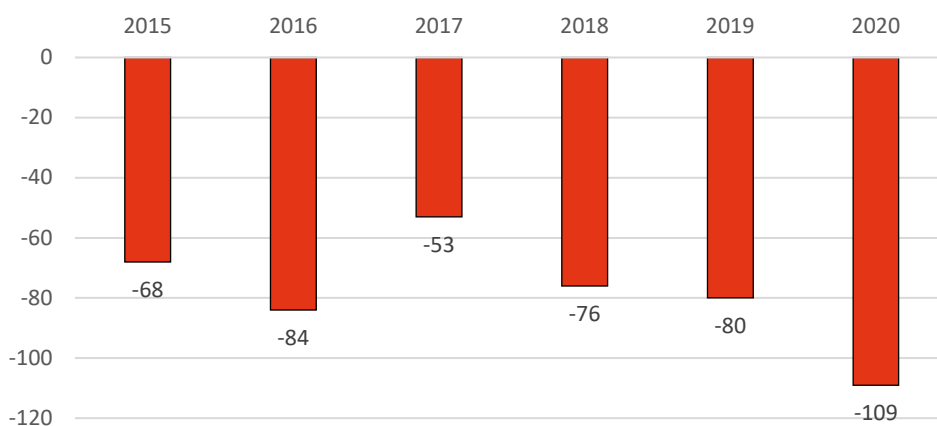
Quelle: Testteilnahme Zulassung Humanmedizin, BMBWF; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Testergebnisse der österreichischen Teilnehmerinnen/Teilnehmer haben sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert. Im Durchschnitt des Beobachtungszeitraums (2015 bis 2020) wäre der Anteil der österreichischen Studienanfängerinnen/Studienanfängern in der Humanmedizin bei ausschließlicher Heranziehung der Ergebnisse im Aufnahmeverfahren bei rund 71 Prozent gelegen.

Im Vergleichszeitraum 2011 bis 2015 lag dieser Wert bei rund 61 Prozent und in den Jahren 2006 bis 2010 bei 53 Prozent<sup>20</sup>. Dabei differieren die Anteile zwischen den Universitäten relativ stark.

Ein Wegfall der Quotenregelung in den Jahren 2015 bis 2020 hätte im Schnitt eine jährlich etwas mehr als fünf-prozentige Verringerung an österreichischen Studienanfängerinnen/Studienanfängern zur Folge gehabt, die über den Beobachtungszeitraum in einem negativen Saldo von insgesamt 470 kumuliert hätte. (vgl. Abbildung 3.4)

Abbildung 3.5: Hypothetischer Saldo österreichischer Studienanfänger/innen bei Wegfall der Quotenregelung



Quelle: Testergebnisse Zulassung Humanmedizin, BMBWF; Berechnung und Darstellung: GÖG

Ausgehend von der Annahme, dass österreichische Absolventinnen und Absolventen mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit in Österreich verbleiben als beispielsweise deutsche Studenten (vgl. Kapitel 3.2) hätte der Wegfall der Quotenregelung mittel bis langfristig eine nicht unwesentliche Auswirkung auf Zahl der in Österreich verbleibenden Absolventinnen/Absolventen der Humanmedizin.

Aufgrund der im Vergleich zu den Vorjahren verbesserten Testergebnisse der Österreicher/innen wären die fiktiven Auswirkungen eines Wegfalls der Quotenregelung zwar geringer als in der Ärztebedarfsstudie 2012 ausgewiesen, jedoch immer noch deutlich spürbar.

<sup>20</sup> Siehe Studie zur Abklärung der Fragen zum EU-Moratorium, Ergebnisbericht 2016

Bei der Interpretation ist außerdem zu berücksichtigen, dass es neben der Quotenregelung zusätzliche Faktoren gibt, die den künftigen Bedarf bzw. das Angebot an Ärztinnen/Ärzten beeinflussen (Siehe Kapitel 4). Ebenfalls kann nicht antizipiert werden, welche Auswirkungen ein Wegfall der Quote auf die absolute Anzahl der künftigen Testteilnehmer/innen aus dem Ausland hätte.

## 4 Rahmenbedingungen und relevante Entwicklungen im österreichischen Gesundheitssystem

Die Darstellungen dieses und des folgenden Kapitels beruhen im Wesentlichen auf den geführten Experteninterviews. Die wesentliche Charakteristik eines Experteninterviews besteht darin, dass die Biografie, also die/der Interviewte als „Person“ im Hintergrund steht. Die Interviewpartner/-innen werden, wissenssoziologisch gesprochen, als Akteurinnen/Akteure im von ihnen repräsentierten Funktionskontext befragt (vgl. Mey/Mruck 2010).

In der qualitativen Forschungspraxis bleibt es oft recht vage, wer als Expertin/Experte anzusehen ist bzw. wer über ein relevantes Spezialwissen verfügt und wer nicht. Die Identifikation geeigneter/relevanter Interviewpartner/-innen lässt sich dabei ausschließlich anhand der Forschungsfrage(n) vornehmen – idealerweise in Abstimmung mit den relevanten Stakeholdern (z. B. mit Auftraggeberinnen/Auftraggebern etc.; vgl. Littig 2008).

Im gegenständlichen Projekt wurden die Personalverantwortlichen aller neun öffentlichen Krankenanstaltenträger per E-Mail kontaktiert. Mit acht von ihnen konnte ein Interviewtermin vereinbart werden, wobei die Interviews als leitfadengestützte Einzel- und Gruppeninterviews konzipiert wurden. Die nachfolgende Tabelle 4.1 gibt einen Überblick über die Interviewpartner/-innen.

Tabelle 4.1:  
Liste der Interviewpartner/-innen

Name	Institution	Datum
Dr. <sup>in</sup> Michaela Rauschmeier	Wiener Gesundheitsverbund	20.04.2021
Mag. <sup>a</sup> Dr. <sup>in</sup> Christina Grünauer-Leisenberger	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. – KAGes	26.04.2021
Dr. Martin Rupprecht	Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH	27.04.2021
Mag. Markus Ertl, MBA	Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft – KABEG	04.05.2021
Mag. <sup>a</sup> (FH) Helene Sommer	Burgenländische Krankenanstaltengesellschaft – KRAGES	10.05.2021
Mag. Dr. Andreas Stieger	Vorarlberger Krankenhausbetriebsgesellschaft m.b.H.	12.05.2021
Dr. <sup>in</sup> Elisabeth Pauly, MSc	Niederösterreichische Landesgesundheitsagentur	27.05.2021
Mag. Rupert Schreiner, MA		
Mag. Hermann Leitner		
Prof. Dr. Jürgen Koehler, MA	Salzburger Landeskliniken – SALK	28.05.2021
Mag. (FH) Florian Baumann		

Quelle: GÖG-eigene Darstellung

Demnach wurden sechs Einzel- sowie zwei Gruppeninterviews durchgeführt. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 45 und 60 Minuten. Die Interviews wurden mittels Telefonkonferenz bzw. über Videokonferenz (WebEX, Microsoft Teams) durchgeführt. In der methodischen Praxis wie etwa

bei der Konzeption des Leitfadens unterscheiden sich die beiden Interviewformen kaum. Im Vergleich zu Einzelinterviews gehen mit Gruppeninterviews gewisse Vorteile einher wie etwa eine Aggregation reichen Datenmaterials, eine gegenseitige Stimulation der Befragten (Interaktion/Gesprächssituation) sowie eine Zeit- und Kostenersparnis (vgl. Flick 2009).

Um ein möglichst offenes Gespräch zu ermöglichen und damit zu gewährleisten, dass auch sensitive Themen angesprochen und diskutiert werden können, wurde auf eine Aufzeichnung der Interviews mit einem Aufnahmegerät und anschließender Transkription verzichtet. Der Gesprächsverlauf wurde von beiden Interviewern entlang des Leitfadens schriftlich protokolliert. Im Anschluss wurde ein abgestimmtes Gesprächsprotokoll erstellt.

Der Interviewleitfaden findet sich im Anhang. Die wesentlichen Ergebnisse der Interviews werden in den nächsten Abschnitten dargestellt.

## 4.1 Novelle des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes

### 4.1.1 Hintergrund

Die Arbeitszeit für Beschäftigte in österreichischen Krankenanstalten wird im „Bundesgesetz, mit dem ein Arbeitszeitgesetz für Angehörige von Gesundheitsberufen in Kranken-, Pflegeanstalten und ähnlichen Einrichtungen geschaffen wird“ (Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz – KA-AZG, BGBl. I Nr. 8/1997) geregelt.

Aufgrund der am 2. August 2004 auf EU-Ebene in Kraft getretenen „Richtlinie 2003/88/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. November 2003 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung“ wurde im Herbst 2014 in Österreich das KA-AZG novelliert. Die KA-AZG-Novelle mit den nachstehenden Bestimmungen trat mit 1. Jänner 2015 in Kraft (KA-AZG 2015). Diese Novellierung betrifft vor allem die gemäß Artikel 6 der EU-Richtlinie festgelegte Höchstarbeitszeit, die besagt, dass die durchschnittliche Arbeitszeit pro Sieben-Tage-Zeitraum einschließlich der Überstunden 48 Stunden nicht überschreiten darf, sowie die verlängerten Dienste.

Gemäß § 2 KA-AZG gelten folgende Definitionen:

- » Arbeitszeit ist die Zeit vom Dienstantritt bis zum Dienstende ohne die Ruhepausen;
- » Tagesarbeitszeit ist die Arbeitszeit innerhalb eines ununterbrochenen Zeitraumes von 24 Stunden;
- » Wochenarbeitszeit ist die Arbeitszeit innerhalb des Zeitraumes von Montag bis einschließlich Sonntag.

Gemäß § 3 KA-AZG darf

- » die Tagesarbeitszeit 13 Stunden nicht überschreiten, soweit nichts anderes bestimmt wird;
- » die Wochenarbeitszeit innerhalb eines Durchrechnungszeitraumes von bis zu 17 Wochen im Durchschnitt 48 Stunden und in den einzelnen Wochen des Durchrechnungszeitraumes 60 Stunden nicht überschreiten, soweit nicht anderes bestimmt wird.



§ 4 KA-AZG regelt den sogenannten verlängerten Dienst. Werden Dienstnehmer/-innen während der Arbeitszeit nicht durchgehend in Anspruch genommen, können durch eine Betriebsvereinbarung längere Arbeitszeiten zugelassen werden, wenn dies aus wichtigen organisatorischen Gründen unbedingt notwendig ist (verlängerte Dienste). Pro Monat sind sechs verlängerte Dienste in einem Durchrechnungszeitraum von 17 Wochen zulässig. Eine durchgehende Arbeitszeit von mehr als 32 Stunden zählt als zwei verlängerte Dienste. Eine Verlängerung ist nur insoweit zulässig, als die zu erwartende Inanspruchnahme innerhalb eines Durchrechnungszeitraums von 17 Wochen im Durchschnitt 48 Stunden pro Woche nicht überschreitet.

Durch Betriebsvereinbarungen sind folgende verlängerte Höchstgrenzen möglich:

#### *Verlängerte Dienste:*

Die Arbeitszeit von Ärztinnen/Ärzten konnte bis 31. Dezember 2017 bis zu 32 Stunden betragen; bei einem verlängerten Dienst, der am Vormittag eines Samstags oder eines Tages vor einem Feiertag beginnt, bis zu 49 Stunden; vom 1. Jänner 2018 bis zum 31. Dezember 2020 bis zu 29 Stunden; seither sind dafür nur noch bis zu 25 Stunden zulässig.

#### *Wochenarbeitszeit:*

Die Wochenarbeitszeit kann im Durchrechnungszeitraum von 17 Wochen aktuell durchschnittlich bis zu 48 Stunden betragen; mit schriftlicher Zustimmung der einzelnen Arbeitnehmerin / des einzelnen Arbeitnehmers („Opt-out-Vereinbarung“) waren hier bis zum 31. Dezember 2017 bis zu 60 Stunden, danach bis zum 30. Juni 2021 bis zu 55 Stunden erlaubt. Die Arbeitszeit in einzelnen Wochen des Durchrechnungszeitraums kann bis zu 72 Stunden betragen.

Weiters kann durch eine Betriebsvereinbarung festgelegt werden, dass als Wochenarbeitszeit die Arbeitszeit innerhalb eines anderen Zeitraums von 168 aufeinander folgenden Stunden gilt. Eine solche Regelung muss einheitlich für sämtliche Arbeitnehmer/-innen einer Organisationseinheit, die verlängerte Dienste leisten, getroffen werden.

Der Nationalrat hat am 20. Mai 2021 eine Verlängerung der bis Juni 2021 vorgesehenen Übergangsregelung beschlossen.

Die vom Nationalrat beschlossene Novelle zum Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz sieht nun vor, die Opt-out-Regelung zu verlängern. Konkret wird die 55-Stunden-Regelung noch bis Ende Juni 2025 gelten. Danach wird für weitere drei Jahre – bis Ende Juni 2028 – eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von bis zu 52 Stunden erlaubt bleiben. Die Voraussetzungen sind weiterhin eine Betriebsvereinbarung und die Zustimmung der jeweiligen Ärztinnen/Ärzte. Begründet wird die Verlängerung mit Personalmangel im Spitalsbereich.

## 4.1.2 Ergebnisse der Interviews

Im Rahmen der oben beschriebenen Erhebung wurden die nachfolgenden Informationen zu den Auswirkungen der KA-AZG-Novelle 2014 und zu den bereits umgesetzten Maßnahmen sowie zur Einschätzung der weiteren Entwicklung erhoben.

Die gemäß der KA-AZG-Novelle 2014 vorgesehene Beschränkung der ärztlichen Arbeitszeiten führt für die Krankenanstalten grundsätzlich zu einem Mehrbedarf an ärztlichem Personal sowie auch zu einem Bedarf an organisatorischen Anpassungen.

Die Krankenanstaltenträger mussten ihre Bedarfsberechnungsmodelle für ärztliches Personal den geänderten Arbeitszeitvorgaben anpassen. Alle interviewten Vertreter/-innen der Krankenanstaltenträger berichten von einem daraus resultierenden Mehrbedarf. Meist wurde die erforderliche Aufstockung von Dienstposten im Bereich von fünf bis zehn Prozent angegeben.

Die Besetzung der zusätzlich benötigten ärztlichen Stellen gestaltet sich je nach Fach und Region unterschiedlich schwierig. Probleme mit der Rekrutierung gibt es vor allem in peripheren Regionen.

Als problematische Fachbereiche wurden am häufigsten Anästhesiologie, Kardiologie, Psychiatrie, Strahlentherapie und chirurgische Fächer genannt, aber es sind auch viele weitere Fächer betroffen. In diesen Fächern wäre es ohne Opt-out-Regelung teilweise sehr schwer, den Bedarf an ärztlichem Personal abzudecken.

Dementsprechend hängt auch das Ausmaß, in dem von der Möglichkeit eines Opt-out Gebrauch gemacht wurde, stark vom jeweiligen Fach und von der Region, in der sich das Krankenhaus befindet, ab. In peripheren Regionen sowie in den von Ärztemangel besonders betroffenen Fächern ist der Anteil höher.

Der Wunsch vieler Ärztinnen und Ärzte, lange Dienste zu machen und aus der Arbeitszeitregelung hinauszuoportieren, ergibt sich durchaus auch aus dem finanziellen Anreiz. Die befragten Vertreter/-innen der Krankenanstaltenträger berichteten einhellig, dass tendenziell für jüngere Ärztinnen und Ärzte die Freizeit wichtiger und die Opt-out-Quote dementsprechend deutlich niedriger sei.

Während es im Wiener Gesundheitsverbund keine Opt-out-Regelung gab, berichteten andere Vertreter/-innen der Krankenanstaltenträger von hohen Opt-out-Quoten, die in manchen Krankenhäusern und Fächern bis nahe an die 100 Prozent gehen konnten.

Der Anteil der Ärztinnen/Ärzte, welche die Regelung tatsächlich im Sinne einer längeren Arbeitszeit nutzten, lag allerdings deutlich unter dem Anteil jener, die eine entsprechende Vereinbarung unterschrieben hatten, und wurde zum Zeitpunkt der Erhebung meist mit maximal 20 Prozent der Ärzteschaft – teilweise waren es auch deutlich weniger – angegeben. Wegen pandemiebedingter Ausfälle waren phasenweise, vor allem im zweiten Halbjahr 2020, wieder mehr Überschreitungen der 48-Stunden-Arbeitszeitgrenze erforderlich.

Um die zusätzlich benötigten Ärztinnen und Ärzte rekrutieren zu können bzw. um Gehaltseinbußen der Ärztinnen und Ärzte aufgrund der reduzierten Arbeitszeiten zu kompensieren, waren teils deutliche Erhöhungen der Grundgehälter erforderlich.

Durch organisatorische Maßnahmen (Optimierung von Strukturen und Prozessen) kann der Mehrbedarf an ärztlichem Personal eingedämmt werden.

Ein wichtiger Punkt ist hier eine Flexibilisierung der ärztlichen Dienstplanung. So sollten Nachtdienste nicht zur regulären Arbeitszeit untertags hinzukommen, sondern stattdessen dem Rund-

um-die-Uhr-Betrieb eines Krankenhauses angemessenere flexible Arbeitszeitmodelle (Schichtdienste wie bei der Pflege) in zur Anwendung kommen.

Es wird auch infrage gestellt, ob die Vorhalteverpflichtungen bezüglich ärztlichen Personals in allen Bereichen bzw. in allen Krankenanstalten tatsächlich im bestehenden Ausmaß erforderlich sind. Als Alternativen dazu sind in manchen Bereichen Rufbereitschaften bzw. auch Tages- oder Wochenkliniken zu sehen.

Teilweise kann der Mehrbedarf an ärztlichem Personal durch mehr Unterstützung seitens anderer Berufsgruppen abgedämpft werden.

So wurde das Pflegepersonal aufgestockt, um den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege voll abdecken zu können. Allerdings wird berichtet, dass auch die Rekrutierung von Pflegekräften schwieriger werde und sich eine Personalknappheit abzeichne.

Weiters soll durch administratives Assistenzpersonal (medizinische Organisationsassistenten) sowohl die Ärzteschaft als auch die Pflege von administrativen Routineaufgaben entlastet werden und sich ausschließlich mit ihren jeweiligen Kernaufgaben befassen können.

### 4.1.3 Ausblick/Conclusio

Die Beschränkung der wöchentlichen Arbeitszeit auf 48 Stunden wird von den Krankenanstaltensträgern durchwegs als sinnvolles und wichtiges Ziel im Sinne der Verbesserung der Versorgungsqualität wie auch der Arbeitszufriedenheit gesehen. Eine Folge daraus ist allerdings auch ein Mehrbedarf an ärztlichen Dienstposten, der meist im Bereich von fünf bis zehn Prozent angegeben wurde.

Die Opt-out-Möglichkeit ist als Übergangslösung zu sehen, um einen bestehenden Mangel an ärztlichem Personal abzufedern. Das Ziel der befragten Krankenanstaltensträger ist aber, so rasch wie möglich in allen Bereichen eine auf 48 Stunden beschränkte Arbeitszeit umzusetzen – und nicht, die (wieder verlängerten) Übergangsfristen bis zum Schluss auszuschöpfen.

## 4.2 Novelle der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung

### 4.2.1 Hintergrund

Die mit 1. Juni 2015 in Kraft getretene Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 (ÄAO 2015) brachte im Vergleich zur bis dahin geltenden ÄAO 2006 eine Reihe wesentlicher Änderungen mit sich.

Kern der Ärzteausbildungsreform war die Verpflichtung, nach dem Medizinstudium eine mindestens neunmonatige praktische Ausbildung (Basisausbildung) zu absolvieren, um Basiskompetenzen in chirurgischen und konservativen Fachgebieten zu erwerben. Danach müssen sich angehende Ärztinnen und Ärzte zwischen einer allgemeinmedizinischen und einer fachärztlichen Ausbildung entscheiden.

Auch schon zuvor konnte direkt nach dem Studium mit der Ausbildung zur Ärztin / zum Arzt für Allgemeinmedizin oder mit einer Facharztausbildung begonnen werden. In der Praxis war es jedoch häufig so, dass vor Beginn der Facharztausbildung die gesamte oder zumindest ein Teil der allgemeinmedizinischen Ausbildung absolviert wurde. Das war mit ein Grund für die oftmals sehr lange Ausbildungszeit in Österreich.

Paragraf 3 der ÄAO 2015 enthält u. a. die folgenden im Geltungsbereich der Verordnung maßgeblichen Begriffsbestimmungen:

„**Basisausbildung**“ bezeichnet den ersten Teil der ärztlichen Ausbildung in der Dauer von zumindest neun Monaten zum Erwerb der klinischen Basiskompetenz in chirurgischen und konservativen Fachgebieten.

„**Sonderfach-Grundausbildung**“ bezeichnet die im Rahmen der Sonderfachausbildung an die Basisausbildung anschließende fachspezifische Grundausbildung im Sonderfach zur Vermittlung von grundsätzlichen Kompetenzen im gesamten Gebiet des Sonderfaches.

„**Sonderfach-Schwerpunktausbildung**“ bezeichnet die an die Sonderfach-Grundausbildung anschließende Schwerpunktausbildung zur vertieften Ausbildung in Teilgebieten des Sonderfaches.

„**Module**“ bezeichnen jene Abschnitte der Sonderfach-Schwerpunktausbildung zur Vermittlung bestimmter Fachgebiete, wobei die Dauer eines Moduls zumindest neun Monate umfasst, sofern in den Anlagen der Sonderfächer nicht anderes bestimmt ist.

„**Wissenschaftliches Modul**“ ist ein für alle Sonderfachrichtungen gleich gestaltetes Modul zur Qualifizierung im Bereich wissenschaftlicher Tätigkeit, wobei bei Erfüllung der Kriterien die Anrechnung einer wissenschaftlichen Arbeit im Rahmen eines wissenschaftlichen Doktorats- oder PhD-Studiums im Ausmaß von bis zu neun Monaten auf die Sonderfach-Schwerpunktausbildung möglich ist. Es ist zulässig, das wissenschaftliche Modul bereits nach Abschluss der Basisausbildung zu absolvieren. Eine allenfalls begonnene Sonderfach-Grundausbildung wird dadurch unterbrochen und die Ausbildungszeit ist auf die Dauer der Sonderfach-Schwerpunktausbildung anzurechnen.

„**Turnusärzte**“ sind jene Ärztinnen/Ärzte, die in der Ausbildung zur Ärztin / zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zur Fachärztin / zum Facharzt stehen.

Um die Ausbildungsqualität zu wahren, haben die Träger der Ausbildungsstätten für die bestqualifizierende Ausbildung der Turnusärztinnen/-ärzte zu sorgen (vgl. § 11 ÄrzteG 1998). Keinesfalls sollen Turnusärztinnen/-ärzte lediglich zur Aufrechterhaltung des Systems herangezogen werden. Auch aus diesem Grund setzt die Anerkennung als Ausbildungsstätte eine Umsetzung des § 15 GuKG voraus (dieser umfasst den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich, d. h. die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen durch Angehörige des gehobenen Dienstes für

Gesundheits- und Krankenpflege nach ärztlicher Anordnung). Eine weitere Voraussetzung für die Anerkennung ist das Vorliegen eines schriftlichen Ausbildungskonzepts (vgl. §§ 9 und 10 ÄrzteG 1998). Zudem hat der Träger der Ausbildungsstätte der Turnusärztin / dem Turnusarzt nach der Basisausbildung einen Ausbildungsplan vorzulegen.

### **Basisausbildung**

Die allgemeinärztliche sowie die fachärztliche Ausbildung beginnt grundsätzlich mit der neunmonatigen Basisausbildung, die der Vermittlung klinischer Basiskompetenzen in chirurgischen und konservativen Fachgebieten dient. Ziel der Basisausbildung ist die Befähigung, im Rahmen von Nacht-, Feiertags- oder Wochenenddiensten Patientinnen/Patienten einer Fachabteilung oder Organisationseinheit im Umfang der erworbenen Kompetenzen zu versorgen sowie intramurale Notfallsituationen bis zum Eintreffen höherwertiger Versorgungseinheiten zu bewältigen (vgl. § 6 Abs. 1 ÄAO).

Die Basisausbildung kann in allen allgemeinen Krankenanstalten nach § 2a KAKuG und in Sonderkrankenanstalten gemäß § 2 Abs. 1 Z 2 KAKuG, die von der Österreichischen Ärztekammer mit Bescheid als Ausbildungsstätte für die gesamte Basisausbildung oder nur für einen Teil davon anerkannt worden sind, absolviert werden. Um die notwendige chirurgische und konservative Basiskompetenz zu erwerben, muss die Basisausbildung an mehreren Abteilungen und auch in verschiedenen Krankenanstalten stattfinden.

### **Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin / zum Allgemeinmediziner**

Seit der Novelle des Ärztegesetzes und der dazugehörigen ÄAO 2015 dauert die Ausbildung zur Ärztin / zum Arzt für Allgemeinmedizin zumindest 42 Monate, und somit um mindestens sechs Monate länger als zuvor. Personen, welche die Erfordernisse für die unselbstständige Ausübung des ärztlichen Berufs als Turnusärztin/Turnusarzt erfüllen und beabsichtigen, die selbstständige Berufsberechtigung als Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin zu erlangen, haben nach erfolgreicher Basisausbildung (9 Monate) im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses eine praktische Ausbildung von zumindest 33 Monaten zur Ärztin / zum Arzt für Allgemeinmedizin sowie die Prüfung zur Ärztin / zum Arzt für Allgemeinmedizin zu absolvieren (vgl. § 9 ÄAO 2015). Diese Ausbildung umfasst folgende Fachgebiete (vgl. Anlage 1 ÄAO 2015):

- » 9 Monate Innere Medizin
- » 3 Monate Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- » 3 Monate Kinder- und Jugendheilkunde
- » 3 Monate Orthopädie und Traumatologie
- » 3 Monate Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin
- » 2 Wahlfächer in der Dauer von jeweils 3 Monaten: zur Auswahl stehen Anästhesie und Intensivmedizin, Augenheilkunde und Optometrie, Chirurgie, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Neurologie oder Urologie
- » Am Ende ist noch eine Ausbildung in Lehrpraxen freiberuflich tätiger Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin oder in für das Fachgebiet Allgemeinmedizin anerkannten Lehrgruppenpraxen oder Lehrambulatorien in der Dauer von zumindest 6 Monaten zu absolvieren.

Gemäß § 235 ÄrzteG ist sieben Jahre nach Inkrafttreten (2022) die Ausbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin im Umfang von zumindest neun Monaten, nach fünf weiteren Jahren (2027) im Umfang von zumindest zwölf Monaten in Lehrpraxen oder Lehrgruppenpraxen niedergelassener Ärztinnen/Ärzte bzw. in Lehrambulatorien zu absolvieren. Die Gesamtdauer der Ausbildung zur Ärztin / zum Arzt für Allgemeinmedizin verlängert sich somit schrittweise auf 45 bzw. 48 Monate.

Mit der Verpflichtung zur Absolvierung eines Teiles der Ausbildung in einer anerkannten Lehrpraxis oder Lehrgruppenpraxis freiberuflich tätiger Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin kommt dem niedergelassenen Bereich nun auch bereits in der Ausbildung eine stärkere Rolle zu. Damit sollen die AM-Turnusärztinnen/-ärzte besser als bisher auf ihre spätere Berufsausübung vorbereitet werden.

### **Ausbildung zur Fachärztin / zum Facharzt**

Die fachärztliche Ausbildung gemäß ÄAO 2015 dauert wie schon zuvor zumindest sechs Jahre (72 Monate, abhängig vom jeweiligen Sonderfach; vgl. Ärztegesetz 1998 § 8 Abs. 1 Z 1).

Anders als in der ÄAO 2006 ist allerdings folgender modularer Aufbau vorgesehen:

- » Basisausbildung von 9 Monaten
- » Sonderfach-Grundausbildung
- » Sonderfach-Schwerpunktausbildung

Die exakte Dauer der Sonderfach-Grundausbildung bzw. Sonderfach-Schwerpunktausbildung ist vom jeweiligen Sonderfach abhängig und ergibt sich aus der entsprechenden Anlage zur ÄAO 2015 (Anlagen 2 bis 32). Die Inhalte werden durch die KEF und RZ-V (Verordnung über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sowie Rasterzeugnisse der Österreichischen Ärztekammer) festgelegt (vgl. § 15 ÄAO 2015). Zusätzlich ist eine Facharztprüfung zu absolvieren.

Ziel des modularen Aufbaus ist die Möglichkeit der Spezialisierung, die zuvor erst im Rahmen der an die Facharztausbildung anschließenden Additivfachausbildung möglich war. Die Additivfächer entfallen und sind zum Großteil durch die Sonderfach-Schwerpunktausbildung in die neue Ausbildung integriert, was die Gesamtausbildungsdauer de facto verkürzt.

Soweit es mit der Erreichung des Ausbildungsziels vereinbar ist, kann ein Teil der Sonderfach-Schwerpunktausbildung (insgesamt bis zur Höchstdauer von zwölf Monaten) in Lehrpraxen oder Lehrgruppenpraxen niedergelassener Fachärztinnen/Fachärzte oder in Lehrambulatorien absolviert werden.

## **4.2.2 Ergebnisse der Interviews**

Die Vertreter/-innen der Krankenanstaltenträger wurden zu den von ihnen wahrgenommenen quantitativen und qualitativen Auswirkungen der Ärzteausbildungsreform von 2015 befragt.

Für die Basisausbildung bestehen in den meisten Bundesländern Wartezeiten nur zum Abschluss eines Studienjahres im Sommer bzw. Herbst. Da nicht alle Absolventinnen/Absolventen gleichzeitig aufgenommen werden können, entstehen hier Wartezeiten in Bezug auf Ausbildungsplätze, vor allem in Wien. Bis zum Frühjahr des nächsten Jahres kann dieser Rückstau aber wieder abgebaut werden. Für die allgemeinmedizinische Ausbildung bestehen in der Regel keine nennenswerten Wartezeiten.

Im Vergleich zur ÄAO 2006 ist das Interesse an der Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin / zum Allgemeinmediziner zurückgegangen. Im Gegensatz zu früher, als viele Absolventinnen/Absolventen zunächst eine allgemeinmedizinische Ausbildung abgeschlossen und allenfalls erst danach eine Facharztausbildung begonnen haben, wird nun meist direkt mit der Facharztausbildung begonnen bzw. auch häufig von der allgemeinmedizinischen in die Facharztausbildung gewechselt, sobald eine gewünschte Stelle frei wird. Nach wie vor wechseln auch viele fertige Allgemeinmediziner/-innen in eine Sonderfachausbildung, sobald eine Stelle frei wird.

Die mit der ÄAO 2015 einhergehende Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung wird aus qualitativer Sicht positiv gesehen. Quantitativ wird zunächst eher eine Verstärkung des Mangels an Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner befürchtet.

Um die Attraktivität der allgemeinmedizinischen Ausbildung zu erhöhen, bieten manche Krankenanstaltenträger an, auch während der Lehrpraxiszeit weiter bei ihnen angestellt bleiben zu können (für die fehlende Zeit auf eine Vollzeitbeschäftigung), wodurch ein Einkommensverlust vermieden werden kann. Die bevorstehende Verlängerung der Lehrpraxis auf neun Monate wird in diesem Zusammenhang aus Krankenanstaltenträgersicht kritisch gesehen.

Kritisiert wird auch, dass die Lehrpraxis erst am Schluss der Ausbildung absolviert werden kann. Hier wäre mehr Flexibilität wünschenswert.

Manche Krankenanstaltenträger haben Zielvereinbarungen mit den Landesbehörden, eine bestimmte Anzahl an Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner pro Jahr auszubilden.

In den Krankenanstalten werden Allgemeinmediziner/-innen zwar für Stationsarztstätigkeit oder auch für Aufnahmeambulanzen geschätzt, primär werden hier jedoch Fachärztinnen/-ärzte benötigt.

Generell wird die Attraktivität der Allgemeinmedizin nicht sehr hoch eingeschätzt.

Der Anteil der Allgemeinmediziner/-innen, die direkt nach Abschluss der Ausbildung in eine Niederlassung wechseln, wird geringer, ein immer größerer Anteil von ihnen verbleibt in den Krankenanstalten.

Aus dem extramuralen Bereich wird berichtet, dass offene Kassenstellen vor allem in ländlichen Regionen manchmal mehrere Jahre lang nicht nachbesetzt werden können, weil sich keine Bewerber/-innen dafür finden.

Die Einzelordination, insbesondere als klassische Landärztin / klassischer Landarzt betrieben, ist für junge Mediziner/-innen immer weniger attraktiv. Eine Lösung für eine bessere Work-Life-

Balance und flexiblere Arbeitszeiten auch in der Niederlassung wird in der zunehmenden Bedeutung von Gruppenpraxen gesehen.

Als Begründung für das geringe Interesse an der Allgemeinmedizin wird auch deren Image bzw. Ansehen genannt, insbesondere aber die geringeren Verdienstmöglichkeiten im Vergleich zu Fachärztinnen/-ärzten.

Auch für die Facharztausbildung werden keine nachteiligen Auswirkungen der ÄAO 2015 auf die Anzahl der Ausbildungsplätze oder die Wartezeiten in Bezug auf einen Ausbildungsplatz berichtet. Allerdings stehen nicht für jedes Fach jederzeit Ausbildungsplätze zur Verfügung.

Vielmehr besteht in manchen Fächern und insbesondere in peripheren Regionen das Problem darin, die Ausbildungsplätze besetzen zu können. Als Fächer mit sehr geringem Zulauf wurden u. a. Radiologie, Nuklearmedizin und Radioonkologie genannt. Auch Ausbildungsstellen für chirurgische Sonderfächer können nicht immer gleich besetzt werden.

Eine diesbezügliche Lösung für kleine periphere Krankenanstalten besteht in Kooperationen mit großen Standorten.

### 4.2.3 Ausblick/Conclusio

In qualitativer Hinsicht wird die reformierte postpromotionelle Ausbildung seit 2015 überwiegend positiv beurteilt. Nachteilige Auswirkungen auf die Zahl der Ausbildungsstellen bzw. die Wartezeiten in Bezug auf eine Ausbildungsstelle werden nicht berichtet.

Die Attraktivität der allgemeinmedizinischen Ausbildung für Absolventinnen/Absolventen des Medizinstudiums konnte jedoch nicht wesentlich verbessert werden. Die maßgeblichen Ursachen für den sich weiter verschärfenden Mangel an niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner werden allerdings nicht in der Ausbildung, sondern in der abnehmenden Attraktivität des Berufsbildes für die junge Generation gesehen.

## 4.3 COVID-19-Pandemie

### 4.3.1 Hintergrund

Die COVID-19-Pandemie stellt aufgrund des Ausbreitungsmusters und der sehr heterogenen Erkrankungsverläufe – von asymptomatisch Infizierten mit zum Teil hoher Infektiosität bis hin zu schwer erkrankten Fällen mit Lungenentzündung und anderen Organschädigungen (mit intensivmedizinischem Versorgungsbedarf und zum Teil mit Todesfolge) – eine besondere Herausforderung an die bestehenden Versorgungsstrukturen dar.



Es ist eine laufende Beobachtung des Infektionsgeschehens notwendig, um den entsprechenden Bedarf und die erforderlichen Versorgungskapazitäten ermitteln zu können.

Mittel- bis langfristig stellt sich für bestehende Gesundheitsversorgungssysteme auch die Frage, inwieweit derartige außergewöhnliche Ereignisse in einer (Kapazitäts-)Planung berücksichtigt werden können bzw. sollen.

Abhängig von der Art, der Größe und der Intensität des Ereignisses ist von einem stark erhöhten Bedarf in unterschiedlichen Bereichen der medizinischen Versorgung auszugehen. Die erhöhte Belastung verschiedener medizinischer Versorgungsstrukturen kann sowohl örtlich begrenzt als auch flächendeckend, im ambulanten, stationären oder im präklinischen Notfallversorgungsbereich auftreten.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass Österreich im internationalen Vergleich (OECD) im Bereich der Akutkrankenanstalten über ausreichende Bettenkapazitäten, insbesondere auch im intensivmedizinischen Bereich, zur Abdeckung des Bedarfs in der Regelversorgung verfügt. Des Weiteren hat Österreich im internationalen Vergleich auch eine hohe Zahl von Ärztinnen und Ärzten pro 1.000 Einwohner/-innen (Ärztedichte) vorzuweisen (vgl. Kapitel 2.1).

Neben der besonderen Versorgung der COVID-19-Erkrankten gilt es die Versorgung aller weiteren Akut- und Notfälle, die Diagnostik für fortschreitende Erkrankungen sowie Kontrolluntersuchungen bei chronisch Kranken in sämtlichen Sektoren des Gesundheitssystems in ausreichendem Ausmaß aufrechtzuerhalten.

So soll die medizinische Versorgung auch während der Pandemie im gesamten ambulanten und stationären sowie im Rehabilitationsbereich soweit wie möglich aufrechterhalten werden.

Vor diesem Hintergrund wurde der Interviewleitfaden entsprechend ergänzt, um von den jeweiligen Expertinnen und Experten eine praxisnahe Einschätzung zu Fragen der Auswirkungen der Pandemie auf ausbildungs- und planungsrelevante Prozesse und zukünftige Bedarfe zu erhalten.

### 4.3.2 Ergebnisse der Interviews

Die befragten Expertinnen und Experten wurden im Rahmen der Interviews zunächst gebeten, eine Einschätzung der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf ausbildungsrelevante Prozesse in den jeweiligen Krankenanstalten zu geben.

Dabei wurde übereinstimmend von gewissen Einschränkungen und Herausforderungen berichtet, die in erster Linie auf den durch das Infektionsgeschehen bedingten reduzierten Regelbetrieb in den Krankenanstalten zurückgeführt werden können. Durch diesen wurde die Vermittlung der Ausbildungsinhalte gemäß den Rasterzeugnissen erschwert, insbesondere bei den chirurgischen Leistungen entwickelte sich ein gewisser „Rückstau“. Die notwendigen Rasterzeugnisfallzahlen konnten zwar so nicht in der kürzest möglichen Zeit erreicht werden, allerdings werden die Probleme und mittel- bis langfristigen Folgen für die Ausbildung junger Ärztinnen und Ärzte von allen

Interviewpartnerinnen/-partnern als eher vernachlässigbar angesehen, da die Ausbildung grundsätzlich sehr flexibel angelegt sei. Dadurch sei es möglich gewesen, Maßnahmen zu setzen, die darauf abzielten, die Verzögerungen auszugleichen, wie etwa gesonderte und ausgedehntere Operationstage, zusätzliche Möglichkeiten für Ärztinnen/Ärzte in Ausbildung, Bereitschaftsdienste zu absolvieren, sowie verstärkte Rotationsmöglichkeiten.

Einen stärkeren und nachhaltigeren Effekt der Pandemie orteten die Interviewten in den Anforderungen an Betten- und Personalkapazitäten, denen der intramurale Bereich zukünftig gerecht werden muss. Den bisherigen Trend, der durch die zunehmenden Forderungen nach Einsparungen bei Spitalsbetten und nach einer generellen Reduktion der in Österreich im internationalen Vergleich recht hohen Spitalsdichte geprägt war, sehen die Expertinnen und Experten nunmehr gebrochen – jedenfalls was den intensivmedizinischen Bereich betrifft.

Dabei wurde auch festgehalten, dass die Pandemie dazu beigetragen habe, bestimmte Prozesse zu optimieren, und beispielsweise zu mehr Effizienz in den Spitalsambulanzen geführt habe oder dass durch sie auch das Aufnahme- und Entlassungsmanagement optimiert worden sei.

Einen zukünftig erhöhten Bedarf an personellen und sonstigen Ressourcen sehen die Expertinnen und Experten primär in den Bereichen Innere Medizin, Intensivmedizin, Infektiologie und Hygiene, wohingegen man in anderen Bereichen – auch aufgrund der wahrgenommenen Effizienzsteigerung – Betten reduzieren könnte.

In Abhängigkeit von der weiteren Entwicklung der Pandemie wird sich nach Einschätzung der befragten Expertinnen/Experten möglicherweise auch das Krankheitsbild „Long COVID“ mittel- bis langfristig auf die benötigten Ressourcen im Rehabilitationsbereich auswirken.

Ein wesentlicher Punkt, der bei einer allfälligen Erhöhung der Intensivbettenkapazitäten mitgedacht werden muss, ist der damit verbundene Mehrbedarf an Personal. Die Rekrutierung und Ausbildung entsprechend qualifizierten Pflegepersonals stellt dabei eine nicht unwesentliche Herausforderung dar, zumal es schon jetzt einen Mangel an solchem gibt.

### 4.3.3 Ausblick/Conclusio

Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass sich die Pandemie mittel- bis langfristig auf die benötigten Personalkapazitäten auswirken wird und diese leicht erhöht werden müssen. Neben dem ärztlichen Personal wird in diesem Zusammenhang auch ein Fokus auf dem Pflegepersonal liegen. Dabei gilt es zu beachten, dass die zukünftigen Vorhaltungen an Ressourcen im Verhältnis zu dem tatsächlich zu erwartenden Bedarf und den Kosten stehen. Daher empfehlen die Expertinnen und Experten, entsprechende Berechnungen und Kapazitätsplanungen durchführen zu lassen.

Bei diesen sollte darauf geachtet werden, neben der Intensivmedizin, auf die sich die öffentliche Aufmerksamkeit im Verlauf der Pandemie konzentriert hat, auch andere Fachbereiche mitzudenken, da in die Bewältigung der Pandemie in den Krankenanstalten beinahe sämtliche Stationen und Fachrichtungen mehr oder weniger involviert bzw. davon betroffen waren. Ebenfalls kann es durch

die Behandlung von Long-COVID-Patientinnen/-Patienten zu einem zusätzlichen Bedarf an Personal im Reha-Bereich kommen.

Eine Anpassung der Ärzteausbildungsordnung aufgrund der Pandemie wird als nicht notwendig erachtet, generell hat sich das bestehende System als flexibel erwiesen, und man hat schnell gelernt, mit der neuen Erkrankung umzugehen. Allenfalls besteht ein Unterstützungsbedarf für das Personal – möglicherweise in Form psychologischer Begleitung und Supervision –, damit es mit der insgesamt sehr anspruchsvollen und belastenden Situation besser umgehen kann.

## 4.4 Österreichs Attraktivität für ausländische Mediziner/-innen

### 4.4.1 Hintergrund

In der 2016 veröffentlichten Studie *Auswertung der Wegzüge von Personen mit Abschluss eines Studiums an einer öffentlichen Universität*<sup>21</sup> der Statistik Austria wurden u. a. die Wegzüge innerhalb dreier Jahre nach Abschluss des Diplomstudiums Humanmedizin (mit einem Auslandsaufenthalt von mindestens 90 Tagen) im Zeitraum der Studienjahre 2008/09 bis 2012/13 analysiert.

Im Vergleich zu anderen Studienrichtungen ist dabei auffällig, dass Österreicherinnen und Österreicher nach einem Diplomstudium der Humanmedizin in diesem Zeitraum vergleichsweise häufig weggezogen sind. Der diesbezügliche Höchstwert (8,4 %) konnte innerhalb dreier Jahre nach dem Abschlussjahr 2010/11 festgestellt werden.

Der überwiegende Teil deutscher Studierender zog im Beobachtungszeitraum nach dem Studienabschluss aus Österreich weg, innerhalb dreier Jahre nach einem Abschluss im Studienjahr 2010/11 verließen 84,3 Prozent der deutschen Studierenden das Land.

68,6 Prozent der Absolventinnen und Absolventen aus anderen EU-Ländern und 59,6 Prozent aus Nicht-EU-Staaten verließen Österreich ebenfalls innerhalb der ersten drei Jahre nach Abschluss des Humanmedizinstudiums.

Insgesamt zogen nach dem Abschluss im Studienjahr 2010/11 22,9 Prozent aller Absolventinnen und Absolventen aus Österreich weg.

Um hier eine aktualisierte Einschätzung zu erhalten sowie aufgrund der Tatsache, dass die Attraktivität österreichischer Krankenhäuser für die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten ein wichtiger Faktor in Hinblick auf die künftige Verfügbarkeit ärztlichen Personals darstellt, wurde dieses Thema ebenfalls im Rahmen der leitfadengestützten Interviews abgefragt.

---

<sup>21</sup> ST.AT (2016): „Auswertungen der Wegzüge von Personen mit Abschluss eines Studiums an einer öffentlichen Universität – vertiefende Auswertung Diplomstudien Medizin“. Statistik Austria, Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien

## 4.4.2 Ergebnisse der Interviews

Die Abwanderung von Jungmedizinerinnen/-medizinern wurde von den Vertreterinnen und Vertretern der KA-Träger als insgesamt wenig problematisch eingeschätzt. Primär handelt es sich dabei um Absolventinnen/Absolventen, die nach ihrem Studium wieder in ihr Heimatland zurückkehren. Die wesentlichen Gründe dafür, dass sich ein vergleichsweise geringer Anteil der ausländischen Medizinstudium-Absolventinnen und -Absolventen für eine postpromotionelle Ausbildung in Österreich entscheidet, stellen sich wie folgt dar:

- » Diese Absolventinnen/Absolventen hatten schon von vornherein geplant, unmittelbar nach Beendigung des Studiums ins Heimatland zurückzukehren, um dort ihre Ausbildung fortzusetzen. (Der wesentliche Grund, warum sie ihr Studium überhaupt in Österreich absolviert haben, liegt in den strengeren Zugangsbeschränkungen zum Studium im Heimatland. In Deutschland beispielsweise, jenem Land, aus dem der überwiegende Anteil der ausländischen Studierenden kommt, ist diese strengere Zugangsbeschränkung im sogenannten Numerus clausus begründet.) Die Entscheidung zur Rückkehr in das Heimatland ist in diesen Fällen von den KA-Trägern kaum zu beeinflussen.
- » Die Bedingungen der postpromotionellen Ausbildung in Österreich wurden bislang im Vergleich (beispielsweise zu Deutschland) als weniger attraktiv wahrgenommen. Als Gründe dafür wurden sowohl die – bis zur aktuellen Ausbildungsreform – meist längere Ausbildungsdauer in Österreich als auch die bis zur Gehaltsreform der letzten Jahre geringere Bezahlung während der Ausbildung angeführt. Beide Faktoren galten den Ärztinnen und Ärzten bislang als wenig attraktiv, wurden aber aus Sicht der KA-Träger durch die Entwicklungen der letzten Jahre in Bezug auf Ausbildung und Gehalt wesentlich entschärft.

Es ist auch festzustellen, dass diese von einigen befragten Vertreterinnen/Vertretern der KA-Träger geäußerte Wahrnehmung in den westlichen Bundesländern nicht vollinhaltlich geteilt wird; dort besteht der Eindruck, dass Medizinstudiumabsolventinnen und -absolventen aus dem Ausland die Ausbildung in Österreich sehr wohl schätzen und aufgrund wichtiger, wenn auch nicht beruflicher Rahmenbedingungen (wie z. B. Sport- und Freizeitangebot, kulturelle Angebote etc.) die Ausbildung gerne in Österreich machen und abschließen. Viele dieser Ärztinnen und Ärzte wollen dann auch weiterhin in Österreich leben und arbeiten.

Die Gründe für die Abwanderung österreichischer Studierender werden seitens der KA-Träger ähnlich eingeschätzt. Grundsätzlich wird ein Auslandsaufenthalt (z. B. Auslandssemester) durchaus auch positiv gewertet, da Auslandsaufenthalte von einigen KA-Trägern begrüßt werden. Neben dieser positiven Einschätzung wird aber auch auf die Gefahr der endgültigen Abwanderung hingewiesen, wenngleich sie durch die zunehmende Attraktivierung der Rahmenbedingungen in Österreich beispielsweise bezüglich Gehalt und Arbeitszeit als gering bis verkraftbar gesehen wird. Auf Bundeslandebene ist nicht nur die Abwanderung ins Ausland, sondern auch von einem Bundesland in ein anderes ein wichtiges Thema. Man versucht, dieser Abwanderungsbewegung durch entsprechende Anreize zu begegnen. Meist sind dies finanzielle Anreize oder Vergünstigungen im Bereich Wohnen und Transport.

Als weitere Argumente dafür, die postpromotionelle Ausbildung eher im Ausland als in Österreich zu absolvieren, nannten einzelne befragte KA-Träger-Vertreter/-innen folgende:

- » In der Vergangenheit mussten oft lange Wartezeiten in Bezug auf einen passenden Ausbildungsplatz in Kauf genommen werden. Aufgrund der jüngsten Entwicklungen ist auch dieser Grund für eine Abwanderung der Absolventinnen/Absolventen weitgehend weggefallen und gilt nur mehr vereinzelt für besonders beliebte Fachrichtungen, z. B. Augenheilkunde oder Dermatologie.
- » Für Ausländer/-innen mit dem Wunsch, als Allgemeinmediziner/-in tätig zu werden, ist das Studium in Deutschland attraktiver, da die Allgemeinmedizin in Österreich auch nach der Ausbildungsreform nicht als Facharztstudium angeboten wird.
- » Der Stellenwert junger Ärztinnen und Ärzte wird in anderen Ländern oftmals höher eingeschätzt. Dies bedeutet einerseits mehr Vertrauen in die Fähigkeiten junger Ärztinnen und Ärzte, andererseits aber auch mehr Arbeitsdruck durch die oft höheren Erwartungen und die größere Entscheidungsverantwortung.

Zur Rückkehr von Ärztinnen und Ärzten mit abgeschlossener Ausbildung aus dem Ausland liegen keine konkreten Zahlen vor, Aussagen können nur auf Basis von Einzelerfahrungen gemacht werden. Einige KA-Träger haben diesen Punkt als Thema bereits erkannt und versuchen, mit strukturierten Programmen Kontakte zu Medizinstudiumabsolventinnen und -absolventen bzw. Ärztinnen und Ärzten aufrechtzuerhalten und zu pflegen. Die Rückkehr nach Österreich bei entsprechenden beruflichen Angeboten erscheint dann wahrscheinlicher. Zusätzlich zu den beruflichen Möglichkeiten und den positiven Entwicklungen bei Gehältern und Arbeitszeit sind weiters folgende Faktoren wesentlich:

- » Rahmenbedingungen in den Bereichen Lebensqualität und Freizeit
- » Angebot an Kinderbetreuung bzw. an guten Schulen für etwaige Kinder
- » Eingehen auf individuelle Wünsche
- » Bereitstellung einer Wohnung bzw. Hilfe bei der Wohnungssuche
- » soziale Unterstützung vor Ort
- » Teilzeitmodelle
- » mehr Urlaub (z. B. für Nachtdienste)
- » betriebliche Gesundheitsförderung
- » Zeitanparmöglichkeiten für Auszeiten

### 4.4.3 Ausblick/Conclusio

Die Attraktivität der österreichischen Krankenanstalten als Arbeitgeberinnen wird im internationalen Vergleich als durchaus hoch bewertet. Abwanderung erfolgt aus Sicht der Befragten primär von Absolventinnen/Absolventen, die nach ihrem Studium wieder in ihr Heimatland zurückkehren; abgesehen davon kommt es auch vor, dass im Ausland eine Ausbildungsstelle für ein bestimmtes Sonderfach schneller verfügbar ist oder dass aufgrund des auf den ersten Blick attraktiveren Gehalts eine Stelle im Ausland angenommen wird.

Allerdings sind die diesbezüglichen Rahmenbedingungen in Österreich mittlerweile international kompetitiv und werden auch immer mehr so wahrgenommen. Die Arbeitszeiten sind durch das KA-AZG attraktiv, und die Monatsgehälter sind vergleichsweise hoch. Zudem werden diese 14-mal

jährlich ausbezahlt, was ein Alleinstellungsmerkmal gegenüber den unmittelbaren Nachbarländern darstellt. Da es auch eine innerösterreichische Konkurrenz um Personal zwischen den Bundesländern gibt, ist das Gehaltsniveau österreichweit vergleichbar. Darüber hinaus sind die Lebenshaltungskosten in Österreich im Vergleich geringer als beispielsweise in der Schweiz.

Es existieren einige Fachrichtungen wie etwa Gynäkologie und Geburtshilfe, bei denen sich die Besetzung freier Stellen schwieriger gestaltet. In diesen Fällen setzen die Träger aktiv Maßnahmen wie z. B. Marketingbemühungen im In- und Ausland oder die Attraktivierung der Stellen etwa durch das Angebot von Kinderbetreuung etc.

Insbesondere für den Bereich Allgemeinmedizin bedeuten die Rahmenbedingungen, die bei einer Anstellung in einer Krankenanstalt bezüglich Arbeitszeiten, Gehalt und Verantwortung für Jungmediziner/-innen herrschen, dass der Schritt in die Niederlassung vergleichsweise schwerer fällt.

## 4.5 Einschätzung der ärztlichen Versorgung

Die Interviewpartner/-innen wurden auch gebeten, ihre Einschätzung in Bezug auf die ärztliche Versorgung abzugeben. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass die Gespräche mit Personalverantwortlichen von Krankenanstaltenträgern geführt wurden, deren Funktion ihre Sichtweise auf das Gesundheitssystem beeinflusst. Grundsätzlich wird die Versorgung mit Ärztinnen/Ärzten als ausreichend angesehen, wobei diese Sichtweise sektoral, regional und nach Fach differenziert werden muss. Es wurde angegeben, dass Kassenstellen als unattraktiver wahrgenommen würden und dass gleichzeitig das System Wahlärztin/-arzt an Attraktivität gewinne. Hierbei wurde auch angeführt, dass nicht besetzte Kassenstellen für Allgemeinmedizin – insbesondere in ländlichen Regionen – zu einer höheren Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen führen würden. Facharztstellen im niedergelassenen Bereich lassen sich grundsätzlich noch sehr gut nachbesetzen, aber auch hier werden punktuell Schwierigkeiten wahrgenommen. Für periphere Regionen wurde berichtet, dass Positionen auch jahrelang nicht besetzt werden könnten.

Für die folgenden Fächer wird berichtet, dass es sich zusehends schwieriger gestaltet, Mediziner/-innen in ausreichender Zahl zu rekrutieren: Allgemeinchirurgie, Allgemeinmedizin, Anästhesie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ärztinnen/Ärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik, Neurochirurgie, Pathologie, Psychiatrie, Radiologie, Strahlentherapie. Zur Verbesserung der Situation in den genannten Sonderfächern wird die Lockerung des Betreuungsschlüssels angeregt. Eine solche Lockerung sollte möglich sein, ohne die Ausbildungsqualität zu reduzieren (vergleiche dazu die Regelungen in Deutschland). In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass die COVID-19-Pandemie möglicherweise zu einem längerfristig höheren Bedarf an Fachärztinnen/-ärzten für Pulmologie, Innere Medizin oder Neurologie führen wird. Grundsätzlich ist anzumerken, dass wahrgenommen wird, dass die Anzahl der Bewerbungen im Allgemeinen geringer wurde.

Als besonders schwierig wird die Situation für die Allgemeinmedizin in der niedergelassenen Versorgung in peripheren Regionen wahrgenommen – insbesondere für Kassenärztinnen/-ärzte. Als Grund dafür wird die hohe Arbeitsbelastung in Kombination mit nunmehr veränderten Freizeitpräferenzen angegeben. Grundsätzlich wird auch angeführt, dass die aktuelle Freizeitgestaltung

einen negativen Effekt auf die Versorgungswirksamkeit haben werde. Vor allem auch für Frauen dürfte eine solche Situation nur sehr schwer mit der Familienplanung in Einklang zu bringen sein. Als eine gute Maßnahme bzw. ein Zukunftsmodell wird die Etablierung von Primärversorgungszentren (PVE) gesehen, zumal in Hinblick auf bereits bestehende PVE berichtet wird, dass dort eine hohe Arbeitszufriedenheit herrsche.

Die Krankenanstalten werben auch Ärztinnen/Ärzte aus dem Ausland an. Das betrifft aber vorwiegend Personen für Leitungsfunktionen, vor allem dann, wenn die Resonanz auf die Ausschreibung als zu gering wahrgenommen wird. An grenznahen Standorten sind auch vermehrt ausländische Ärztinnen/Ärzte tätig, was jedoch weniger auf ein aktives Rekrutieren zurückzuführen ist als auf die geringe geografische Distanz. Zudem werden auch aktive Maßnahmen gesetzt, wie etwa das Besuchen von Berufsmessen in den Nachbarländern.

Auch bei den Pflegefachkräften wird für die nächsten Jahre mit hohen Pensionierungszahlen gerechnet, sodass die dadurch freiwerdenden Stellen voraussichtlich nicht (vollständig) durch Neuzugänge nachbesetzt werden können. Dies ist kritisch für die öffentliche Versorgung, da z. B. eine Operation nicht durchgeführt werden kann, wenn es zwar Chirurginnen/Chirurgen in ausreichender Zahl gibt, aber nicht genügend OP-Pflegekräfte. Es ist davon auszugehen, dass die Personalsituation in der Pflege auch Auswirkungen auf den ärztlichen Ressourcenbedarf haben wird.

## 5 Zusammenfassung

Das österreichische Gesundheitssystem sieht sich aufgrund der Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte seit einigen Jahren mit relativ hohen Abgängen konfrontiert. Auch wenn nicht alle Ärztinnen und Ärzte mit ihrer Pensionierung in der Krankenanstalt bzw. mit der Auflösung des Kassenvertrags gänzlich aus dem System ausscheiden – ein gewisser Anteil bleibt weiterhin als Wahl- oder Wohnsitzärztin/-arzt tätig –, hat dies negative Effekte auf das Ärzteangebot zur Folge. Die relativ hohe Anzahl von Abgängen trifft bereits die Allgemeinmedizin, aber auch in den Sonderfächern wird in den nächsten Jahren eine ähnliche Entwicklung eintreten. In Bezug auf die im Rahmen der Ärztebedarfsstudie erstellte Prognose wurden keine signifikanten Abweichungen festgestellt und es kann folglich davon ausgegangen werden, dass sich die Entwicklungen wie prognostiziert fortsetzen werden.

Die Ärztedichte Österreichs ist im internationalen Vergleich noch relativ hoch, allerdings ist in diesem Zusammenhang zu beachten, dass es sich hierbei um reine Kopfvergleiche handelt, das heißt die Vergleiche sind nicht um die tatsächliche Versorgungswirksamkeit bereinigt.

Um die negativen gesundheitlichen Folgen der COVID-19-Pandemie für die österreichische Bevölkerung zu minimieren, war das gut ausgebaute Spitalswesen von besonderer Bedeutung. Die hohe Inanspruchnahme der Intensivversorgung war sowohl für die Intensivpflege als auch für die Ärztinnen und Ärzte eine hohe Belastung. Um auch vergleichbaren künftigen epidemiologischen Herausforderungen gewachsen zu sein, ist es wichtig, für eine ausreichende Zahl hochqualifizierten Gesundheitspersonals zu sorgen. In diesem Zusammenhang ist noch zu berücksichtigen, dass auch bei den Pflegefachkräften für die nächsten Jahre mit hohen Pensionierungszahlen gerechnet wird, wobei die daraus resultierenden freien Stellen voraussichtlich nicht (vollständig) durch Neuzugänge nachbesetzt werden können. Es ist davon auszugehen, dass die Personalsituation in der Pflege auch Auswirkungen auf den ärztlichen Ressourcenbedarf haben wird.

Ob das zukünftig zur Verfügung stehende Angebot an Ärztinnen und Ärzten ausreichend sein wird, ist von der entsprechenden Nachfrage bzw. dem Bedarf abhängig. Die Nachfrage nach Ärztinnen und Ärzten ist teilweise gestaltbar. Sie hängt z. B. von der Versorgungsstruktur, regulatorischen Vorgaben und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung ab. Auch wenn beispielsweise die Versorgungsstruktur (Anzahl der Krankenanstalten, Ausgestaltung des niedergelassenen Facharztbereichs) reduziert werden würde, kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine solche Veränderung rasch umgesetzt werden kann. Da nachfrageseitige Anpassungen nur langfristig umsetzbar sind, sind angebotsseitige Maßnahmen zur Abfederung der zu erwartenden negativen Entwicklung des Ärzteangebots nötig. In diesem Zusammenhang erscheint auch die Beibehaltung der Quotenregelung im Studium der Humanmedizin erforderlich.



# Anhang

## Interview – Leitfaden

### Fragenblock A: Entwicklungen und Rahmenbedingungen Ärztebedarf

#### Krankenanstellen-Arbeitszeitgesetz

Die Novelle des Krankenanstellen-Arbeitszeitgesetzes ist seit Anfang 2015 in Kraft. Mit 30. Juni 2021 läuft die Opt-out-Regelung gemäß § 4 Abs. 4b KA-AZG aus.

Wie hat sich dieses Gesetz, retrospektiv betrachtet, ausgewirkt?

- 1) Bitte beschreiben Sie kurz die Auswirkungen dieser Novelle in den letzten Jahren auf die Personalsituation/die Personalplanung/den Personalbedarf in Ihren Häusern?
  - a. *Wie hoch schätzen Sie den daraus entstandenen Mehrbedarf größenordnungsmäßig ein? Gibt es Fächer, die besonders von der Novelle betroffen waren/sind?*
- 2) Wie wird/wurde die Opt-out Regelung genutzt (ungefährer Prozentsatz des ärztlichen Personals)? Welche Auswirkungen hat der Auslauf dieser Regelung mit Ende Juni?
- 3) Wurden oder werden Aufgaben zwischen den Berufsgruppen anders/neu verteilt? Welche Aufgaben? An wen? Welcher Effekt wird dadurch erwartet?
- 4) Welche weiteren Maßnahmen wurden im Zuge der Umsetzung der neuen Ärzte-Arbeitszeitregelungen ergriffen?

#### Reform der Ärzteausbildung

Mit 1. Jänner 2015 wurde die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte neu geregelt (Novelle des Ärztegesetzes).

- 5) Hatte die ÄAO 2015 Auswirkungen auf
  - a. *Wartezeiten auf einen Turnusplatz,*
  - b. *die Anzahl der Ausbildungsplätze?*

Gibt es derzeit signifikante Wartezeiten in Bezug auf die Basisausbildung, AM- und FA-Ausbildung?
- 6) Gibt es Fächer, auf welche sich die ÄAO 2015 mehr oder weniger stark ausgewirkt hat?
- 7) Hat die ÄAO 2015 aus Ihrer Sicht etwas an der „Attraktivität“ des Berufs des Allgemeinmediziners / der Allgemeinmedizinerin verändert?
- 8) Welche Auswirkungen hat/hatte die Verlängerung der Ausbildung in der Allgemeinmedizin auf diesen Bereich (z.B. hinsichtlich Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und deren fachlicher Qualifikation)?

### Pandemie

- 9) Welche Auswirkungen hat die Pandemie auf den operativen Betrieb in Ihren Häusern, insbesondere auf ausbildungsrelevante Prozesse? (Klinisch Praktisches Jahr, Famulaturen, Erfüllung Rasterzeugnisse etc.)
- 10) Hat die Pandemie aus Ihrer Sicht
  - a. den (auch zukünftigen) Personalbedarf in KA verändert? Falls ja, wie?
  - b. die Anforderung an die Ärzteausbildung verändert? Falls ja, wie?
- 11) Wie hat sich die Pandemie auf den Bereich der Intensivmedizin und -pflege ausgewirkt? Wie schätzen Sie den zukünftigen Ressourcenbedarf in diesem Bereich ein?

### Fragenblock B: Sicherstellung der ärztlichen Versorgung

- 12) Wie schätzen Sie momentan den Zustand der ärztlichen Versorgung in Österreich ein? Herrscht aus Ihrer Sicht ein Mangel an ärztlichem Personal? Falls ja, welche Fachrichtungen sind davon betroffen?
  - a. Nehmen Sie insbesondere im Fach AM einen Mangel an ärztlichem Personal wahr?
- 13) Wurden bzw. werden in Ihren Einrichtungen konkrete Maßnahmen gesetzt, um diese „Mangelfächer“ attraktiver zu gestalten? Wenn ja, welche?
- 14) Wurden bzw. werden in Ihren Einrichtungen Maßnahmen zur Anwerbung von bereits ausgebildeten ausländischen Ärztinnen/Ärzten bzw. von ausländischen Medizinabsolventinnen/-absolventen gesetzt? Wenn ja, welche?
- 15) Welche Auswirkungen hat das Angebot von Pflegepersonal auf den Bedarf an ärztlichem Personal?

### Fragenblock C: Attraktivität Österreichs für ausländische Mediziner/-innen

- 16) Welche Gründe gibt es aus Ihrer Sicht dafür, dass ausländische Medizinabsolventinnen/-absolventen die postpromotionelle Ausbildung in Österreich anstreben? Gab es in diesem Bereich in den letzten Jahren signifikante Entwicklungen/Änderungen?
- 17) Welche Gründe bestehen aus Ihrer Sicht dafür, dass Ärztinnen/Ärzte mit abgeschlossener Ausbildung aus dem Ausland nach Österreich (zurück)kommen, um hier zu praktizieren?
- 18) Welche Gründe gibt es, dass inländische und ausländische Medizinabsolventinnen/-absolventen nach dem Studium aus Österreich ins Ausland abwandern? Wie haben sich diese Zu- und Abwanderungsbewegungen in den letzten Jahren entwickelt?
- 19) Wie beurteilen Sie die gegenwärtigen Gehaltsniveaus in Österreich, Deutschland und der Schweiz? Welche Relevanz hat dieser Aspekt Ihrer Erfahrung nach im Hinblick auf die Entscheidung der Arbeitskräfte? Gibt es Ihrerseits Maßnahmen, um darauf zu reagieren?

**Vielen Dank für das Gespräch!**