

Mag. Anton Sinabell

Österreichische Ärztekammer, Statistik/Standesführung

Ärztodemografische Rahmenbedingungen der zukünftigen ärztlichen Versorgung in Peripheriespitälern

1. Einleitung	10
2. Ärztezahlen und deren Entwicklung	12
3. Status quo – Strukturelle Zusammensetzung des Ärztestandes	13
4. Die Medizin wird weiblich	15
5. Zwischen Uni und „Turnus“	18
6. Neue Ärzte braucht das Land – Zustrom	21
7. Karrierepfade – Wege und deren zeitlichen Komponenten	22
8. Wahlärzte	28
9. Altersstruktur der Ärzteschaft	31
10. Stationäre Versorgungsstrukturen	35
11. Gesundheitsmärkte	39
12. Mittendrin im Ärztemangel - Ergebnisse einer Milchmädchenrechnung	40
13. Zusammenfassung	42

Aktuell wird in Österreich zunehmend ein Ärztemangel festgestellt, der überwiegend aus dem ärztlichen Tätigkeitsbereich heraus formuliert wird und bereits jetzt einzelne akute Problemfelder aufweist, von der Politik jedoch weitgehend noch ignoriert oder nicht anerkannt wird. In diesem Artikel wird versucht, die ärztodemografischen Rahmenbedingungen und Entwicklungen aufzuzeigen, die aktuell die Angebotsseite des ärztlichen Arbeitsmarktes bestimmen und in den folgenden Jahren bestimmen werden. Ebenfalls werden einzelne einfache Analysen durchgeführt, um aufzuzeigen, in welchen Bereichen am ehesten mit „Mangel“ gerechnet werden kann. Weiters werden die Standortfaktoren hinterleuchtet, die entscheiden, wie sich die Spitalsträger auf einem Markt der knappen Personalressourcen gegenüber anderen Märkten und gegeneinander durchzusetzen vermögen.

1. Einleitung

Die gesundheitspolitischen Diskussionen waren in Österreich in der weitläufigen Vergangenheit überwiegend von den Themen Ärzteschwemme, von der Finanzierungsproblematik der Spitäler und der Krankenkassen und zuletzt von technischen Neugestaltungen (eCard, Elga) oder Strukturdiskussionen (Primary Health Care) geprägt. Gegenwärtig rückt aber ein Thema in den Vordergrund, das die Antithese zu der eingangs erwähnten Ärzteschwemme darstellt. Vermehrt finden sich die Vermutung, die Prognose und die ersten Beobachtungen und/oder deren Interpretation, dass das österreichische Gesundheitssystem einem Ärztemangel entgegensteuert bzw. in einzelnen Teilbereichen dieser schon aufgetreten ist. Und da sich Mangel immer zuerst in der „Peripherie“ manifestiert, gilt unsere Aufmerksamkeit diesem Bereich in besonderer Weise. In der niedergelassenen Kassen-Ärztenschaft wird dieser Aspekt aktuell unter dem Schlagwort der „Landmedizin“ und deren absehbarer Nachfolgeproblematik verbalisiert.

Doch wie sieht es mit den „Landspitälern“ aus?

Eines sei vorweg gesagt: Eine tiefgehende Analyse und Prognose, welche Spitäler oder Standorte es als erstes oder in welchem Ausmaß „erwischen“ wird, kann hier nicht angestellt werden. Das würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen und wäre aufgrund der Komplexität bereits jetzt stattfindender Gegensteuerungsmaßnahmen der einzelnen Akteure und zukünftigen Veränderungen bei Präferenzen kaum möglich bzw. eine sich selbst zerstörende Prophezeiung.

Auch wird dieses Thema nur vor dem Hintergrund der Ärztedemografie beleuchtet. Die Diskussion über regionale Ressourcenallokationen und deren weitreichenden strategischen Entscheidungen („*Konzentration in der Spitalslandschaft*“ vs. „*längere Anfahrtswege für die Patienten*“) vor dem Hintergrund der Argumente aus den Bereichen QS und EBM („*kleine Spitäler schließen, weil sie nicht die notwendigen Fallzahlen erreichen*“) bleiben hier ebenfalls außen vor, sind im Einzelfall eine grundlegende, hier aber nicht weiter diskutierte Rahmenbedingung.

Dieser Artikel ist auch als Zusammenführung statistischer Analysen zu verstehen, wie sie im Laufe der letzten Jahre im Bereich der Standesvertretung angestellt worden sind. Doch bevor wir uns den Daten zuwenden, ist die Methode kritisch zu hinterfragen. Die österreichische Ärzteliste – die in der Folge hier (sofern nichts anderes erwähnt wird) die überwiegende Datenquelle darstellt¹ – ist aufgrund ge-

1 Die Datenquellen für alle Auswertungen (mit Ausnahme der österreichweiten Promoventenzahlen aus Kapitel 6) sind die österreichische Ärzteliste sowie deren historischen Auswertungen („Standesmeldungen“).

setzlicher Rahmenbedingungen² sehr nahe am tatsächlichen Arbeitsmarkt, also eine gute und eine vollständige Datenquelle. „Versteckte Pensionisten“, die geringfügig in diesen Daten in früheren Jahren noch enthalten waren, sind es aktuell nicht mehr. Die mit der Eintragung verbundene Beitragspflicht für Kammerumlage und Wohlfahrtsfonds sowie die zunehmenden Verpflichtungen und deren zwingende Dokumentation, denen aktive Ärzte unterworfen sind (Fortbildungsverpflichtungen, QS-Praxisevaluierung, Hygienekontrollen etc.), stellen zusätzliche Regulative dar, dass niemand länger in diese Liste eingetragen ist, als er/sie darf oder sein müsste.

Gleichwohl muss man sich aber fragen, ob sich wirkliche Beweise für Ärztemangel aus den Zahlen direkt ergeben oder ob sich nur Indizien zusammentragen lassen, die einer weiteren Interpretation bedürfen. Zu verlockend ist es, die Zahlen gemäß den eigenen Überzeugungen zu (miss)interpretieren. Empirisch lässt sich viel und genau quantifizieren, doch welche (verschiedenen) Aussagen lassen sich aus veränderten Zahlenreihen ableiten? Wären sinkende Ärztezahlen ein Signal für einen Mangel oder eher für die Redimensionierung eines Überangebotes? Ebenso lassen sich keine oder kaum Motivationen aus den Zahlenreihen ableiten. Entstehen steigende Zahlen dadurch, dass beispielsweise mehr Ärzte etwas können, wollen oder vielleicht sogar müssen? Oder bedeuten fallende Zahlen, dass etwas nicht mehr geht oder dass jemand nicht mehr will? Noch komplexer (und missbrauchsanfälliger für Ideologien) wird das Aussagengebäude, wenn man auf der Systemebene argumentiert, denn Ursache und Wirkung werden dabei oft verwechselt, Kreislaufprozesse übersehen, Metaphern überstrapaziert. Dennoch bilden solche systematischen Zahlenwerke eine Grundlage, in der sich – mit Gespür und Vorsicht – vielleicht doch schwache Signale entdecken lassen, die anzeigen, wohin der Zug aktuell fährt.

Der folgende Artikel ist um Neutralität in der verbalen Erläuterung der nackten Zahlen bemüht und wird (versuchen), Aussagen gemäß ihrer empirischen Evidenz (zu) treffen und Alternativen, Interpretationen, Vermutungen und Thesen als solche auch (zu) behandeln.

2 Und anderem sind nach § 59 (1) Z. 3 ÄG Ärzte „auf Grund einer länger als sechs Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung“ aus der Ärzteliste zu streichen.

2. Ärztezahlen und deren Entwicklung

Betrachtet man die Ärztezahlen in der Gesamtheit (alle Bundesländer, alle Fächer, alle Bereiche) über die letzten Jahrzehnte, so zeigt sich weiterhin ein kontinuierlicher Anstieg. Diese Daten sind aber Kammermitgliedschaften, und da Ärzte (vermehrt) in mehr als einem Bundesland tätig sind – und damit in mehr als einer Kammer verpflichtend Mitglied sind – sind diese Daten etwas höher als die Zahl echter physischer Personen.

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung des Ärztestandes zwischen 1952 und 2014. Die bis zum Jahr 2005 in der Ärztekammer vertretenen Zahnärzte wurden für diese Darstellung herausgerechnet. Dabei zeigt die dunklere Fläche (überwiegend vor dem Jahr 2002) die entsprechende Zahl auf Basis der Kammermitgliedschaften. Ab dem Jahr 2002 konnte dieser „Verdopplungseffekt“ korrigiert und eine Datenreihe der tatsächlichen Personen erstellt werden (hellere Fläche, ab 2002). Dieser Anteil der Mehrfachzählungen steigt leicht, aber doch kontinuierlich an: Waren es 2002 noch 784 Personen (2,5 %), die in mehr als einem Bundesland eingetragen waren, sind es 2014 bereits 1.332 Personen (3,3 %). Ärztinnen und Ärzte werden also zunehmend mobiler.

Im Kontext einer regionalen Planung stellt sich aber die Frage, mit welchem Ausmaß man solche Mehrfachzählungen den einzelnen Bundesländern, unterschiedlichen Versorgungsregionen (Bezirken, Gemeinden, Ortschaften), Tätigkeitsbereichen (Anstellung/ Niederlassung), Fachrichtungen (bei Mehrfachausbildungen) oder Gesundheitsmärkten zurechnen soll.

Es zeigt sich, dass Ärzte oftmals ihr zeitliches Engagement auf unterschiedliche Berufssitze aufteilen (bzw. aufteilen müssen). Aus der Sicht des einzelnen Leistungsanbieters (also z.B. des Spitals) ist es ein Leichtes, anstelle von Kopfzahlen auf „Vollzeitäquivalente“ abzustellen – und damit Prinzipien der Kostenrechnung nachzukommen –, was aber nicht darüber hinwegtäuschen darf, dass man aktuell immer mehr „Köpfe“ rekrutieren muss, um die (vielleicht konstanten) Vollzeitäquivalente voll zu bekommen. Andererseits sind sie manchmal abhängig von spezifischen Arbeitszeiten, die Beschäftigten nicht ausreichend ausgelastet. In solchen Situationen sind „zweite Standbeine“ (z.B. Ordination neben der Spitalstätigkeit) keine netten Nebenverdienste, sondern eine (ökonomische) Notwendigkeit.

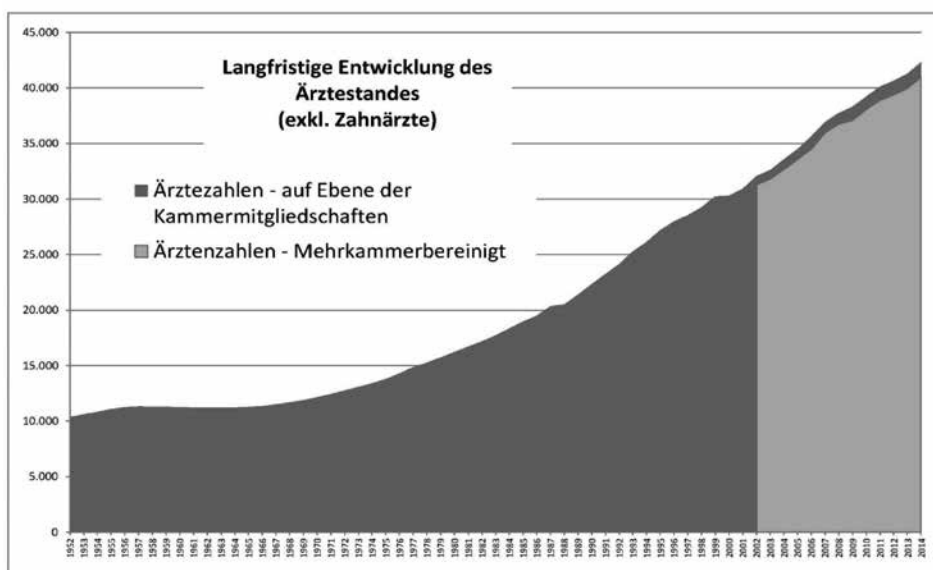


Abbildung 1: Entwicklung der Ärztezahlen

3. Status quo – Strukturelle Zusammensetzung des Ärztestandes

Einen Überblick über die Anzahl und Anteile der einzelnen Arztgruppen (Turnusärzte (TA), Allgemeinmediziner (AM), Fachärzte (FA))³, Sektoren (Anstellung, Niederlassung, Wohnsitzärzte⁴) sowie über die Geschlechter zeigt die folgende Abbildung. Hierbei sind die Überschneidungen zwischen den beiden Hauptsektoren (Anstellung und Niederlassung) erkennbar. Je nach Betrachtungsweise haben 26 % (6.127 von 22.895 Angestellten) bzw. 35 % (6.127 von 17.425 Niedergelassenen) der Mitglieder eines Sektors auch ein Standbein im anderen Sektor.

3 Approbierter Ärzte (N = 313) wurden hier für eine einfachere Darstellung den Allgemeinmedizinern zugerechnet.

4 Wohnsitzärzte sind lt. § 47 (1) ÄG „Ärzte, die ausschließlich solche regelmäßig wiederkehrende ärztliche Tätigkeiten ausüben beabsichtigen, die weder eine Ordinationsstätte (§ 45 Abs. 2) erfordern noch in einem Anstellungsverhältnis (§ 46) ausgeübt werden.“

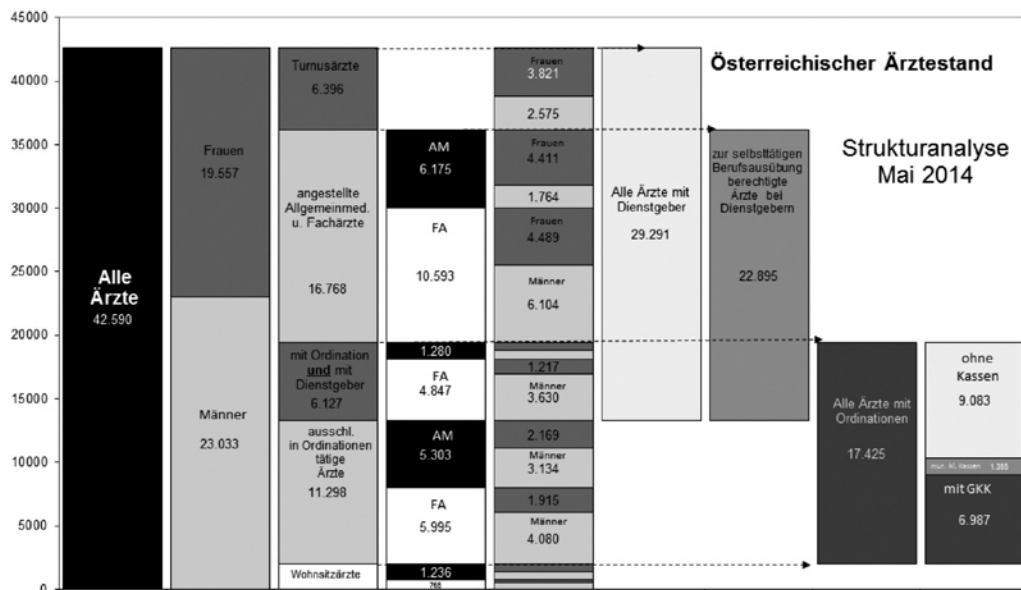


Abbildung 2: Strukturanalyse (Mai 2014)

„Dienstgeber“ bedeutet nicht notwendigerweise „Krankenhaus/Spital“. Die Bandbreite ärztlicher Beschäftigung hat sich in den letzten Jahrzehnten massiv verbreitert und inkludiert auch Ambulatorien, Institute, Arbeitsmedizinische Zentren, Psychosoziale Dienste, Ordinationen (sofern sie Ärzte anstellen), aber in vielen Fällen auch die Dienstverhältnisse von Schulärzten, Anstaltsärzten, Heeres- und Polizeiärzten etc. Überraschend hoch scheint der Anteil der Frauen unter den angestellten AM zu sein: (4.411 von 6.175 = 71,4 %). Diese Gruppe inkludiert auch Ärzte in Fachausbildung, sofern sie (davor) die Ausbildung zum AM absolviert haben und diese Funktion (z.B. als Stations- oder Notarzt) auch ausüben.

4. Die Medizin wird weiblich

Eine weitere kontinuierliche Entwicklung im ärztlichen Personalmarkt ist die Zunahme des Frauenanteils. Dies wird am einfachsten durch die Abbildung 3 verdeutlicht.⁵ Die Zunahme des Frauenanteils im ärztlichen Bereich folgt dem Muster des „Marsches durch die Institutionen“. Personeller Zufluss und damit die Verbreitung des Frauenanteiles erfolgt (überwiegend) von „unten“, durch neue eintretende Turnusärztinnen, die sich erst durch die postpromotionelle Ausbildung durcharbeiten müssen, um sich im Arbeitsmarkt profilieren zu können. Deshalb steigt der Frauenanteil in der Gesamtärzteschaft relativ spät. Gleichzeitig sieht man aber an den Endpunkten die heute bestehenden Unterschiede. Während inzwischen fast 46 % der AM Frauen sind, sind es bei den FA erst etwas über 35,2 %.

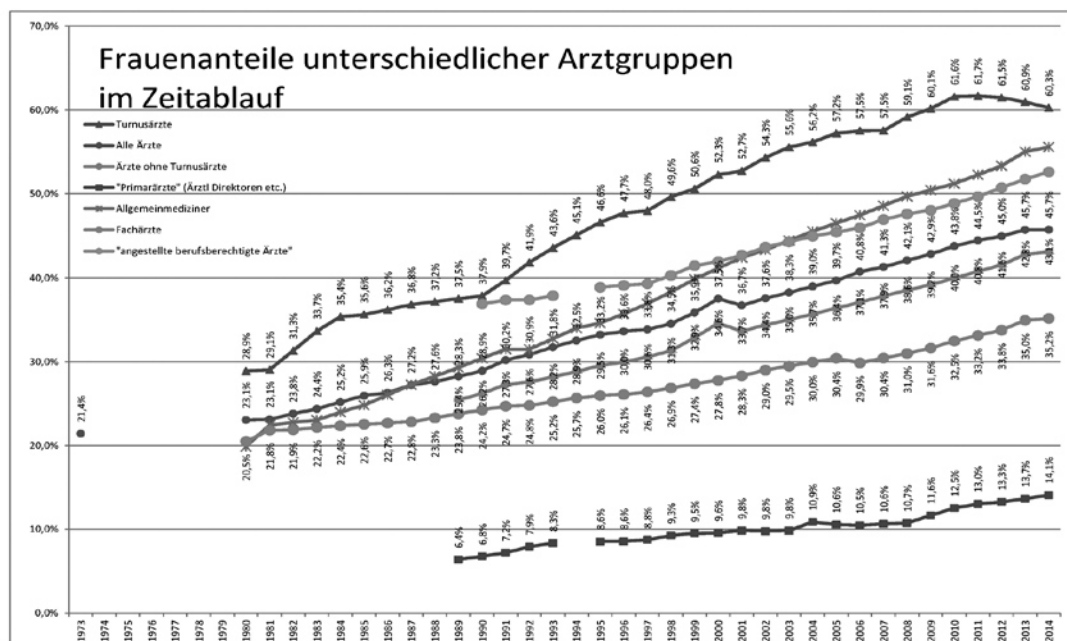


Abbildung 3: Frauenanteile unterschiedlicher Arztgruppen (Zeitreihe)

- 5 Da es sich hier um einen besonders großen Zeitraum handelt, ist man auf das Vorliegen historischer Auswertungen angewiesen, was die einzelnen Lücken in den Zeitreihen erklärt. Manche Zeitreihenbrüche sind nachträglich nur mehr schwer erklärbar. Der Zeitreihenbruch bei einzelnen Reihen im Jahre 2000 kann zurückgeführt werden auf eine Änderung des Ärztegesetzes, die den Effekt hatte, dass eine größere Anzahl „versteckter Pensionisten“ nicht mehr in den Statistiken aufscheint. In dieser Gruppe waren Frauen (wegen der höheren Lebenserwartung) überproportional stärker vertreten.

Die Gruppe der Primärärzte und ärztlichen Direktoren und Leiter stellt erst einen Frauenanteil von knapp über 14 %. Interessant erscheint dabei auch der Anteil unter den Turnusärzten, der in den letzten Jahren wieder rückläufig ist, was vermutlich mit der aktuellen Promoventensituation zu tun haben wird.

Diese Daten zeigen allerdings nur den stichtagsbezogenen Gesamtstand. Einen dynamischen Zugang zeigt die folgende Abbildung zeitraumbezogener Daten zu den Ersteintragungen und Anerkennungen.⁶

Die „Feminisierung“ des Berufsfeldes erfolgte also lange bevor sie medial artikuliert und damit in der Öffentlichkeit wahrgenommen wurde. Schon 1997 sind mehr als die Hälfte der Neueintragungen⁷ Frauen. Paradoxerweise erfolgte die Grenzüberschreitung bei dem Ereignis der „Anerkennung als AM“ (damals „Praktischer Arzt“) bereits drei Jahre vorher. Wie dies sein kann, wird unten („Karrierpfade“) erläutert werden.

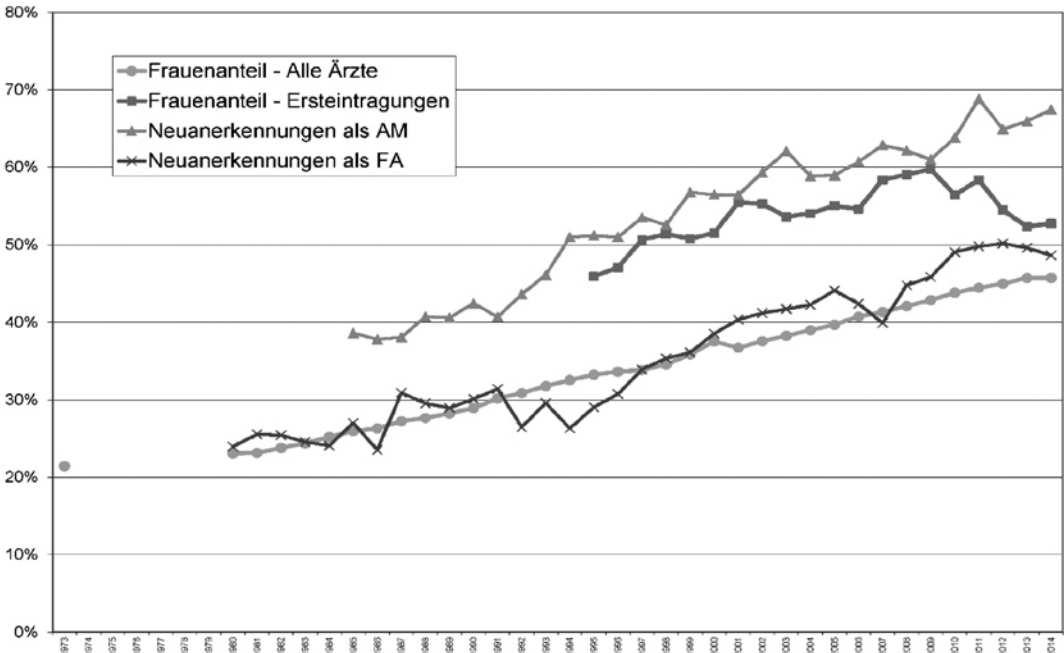


Abbildung 4: Frauenanteile bei zeitraumbezogenen Auswertungen

- 6 Auch hier gelten die oben erwähnten technischen Limitierungen, sodass manche Datenreihen erst dort zu laufen beginnen, wo man sie nachträglich noch auswerten oder genau rekonstruieren kann.
- 7 Erstmalige Eintragung einer Person in die Ärzteliste (unabhängig davon, ob als Turnusarzt oder als berufsberechtigter Arzt)

Die Frauenanteile bei den Fachanerkennungen steigen zwar ebenso, sind aber in Bezug auf die einzelnen Jahrgänge wesentlich niedriger und zirkulieren damit um den Frauenanteil der gesamten Ärzteschaft.

Die inhomogene Situation zwischen den Fachgruppen und die starken Veränderungen zeigt die folgende Abbildung.

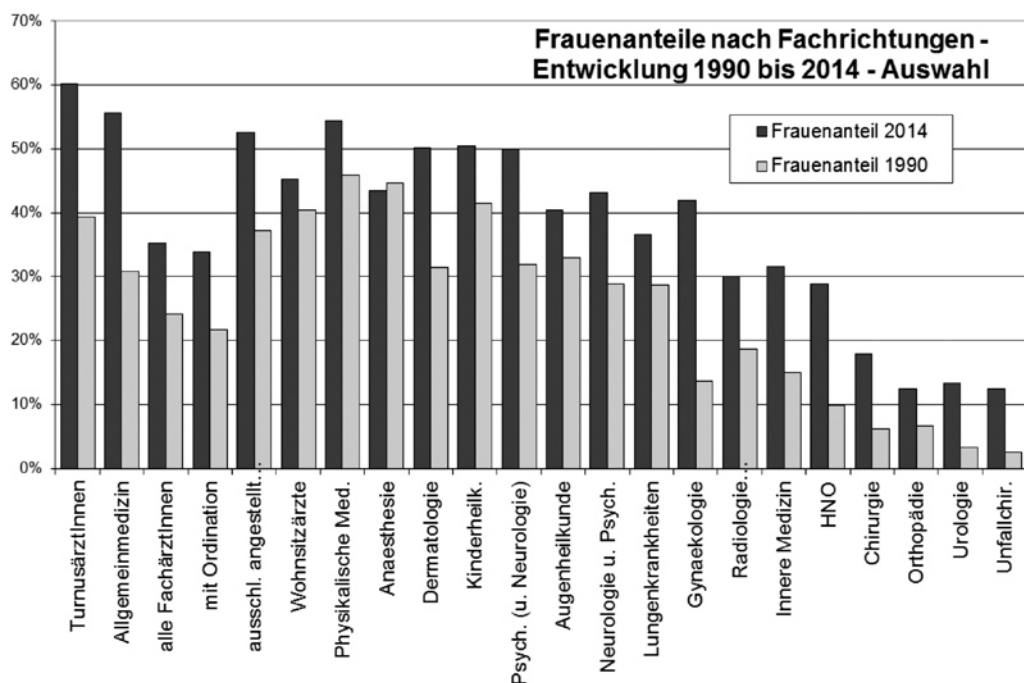


Abbildung 5: Frauenanteile einzelner ausgewählter Fachgruppen – eingetragene Ärzte (1990–2014)

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Frauenanteile in jenen Bereichen hoch sind (bzw. schon früher hoch waren), die den traditionellen Rollenbildern „zugeschrieben“ werden können. In den chirurgischen Fächern hinken sie immer noch nach. Interessant ist dabei die Gynäkologie, in der sich vermutlich die rasanteste Entwicklung vollzogen hat.

5. Zwischen Uni und „Turnus“

Der ärztliche Ausbildungsweg besteht aus mehreren Etappen, die wahlweise oder additiv zum Tragen kommen. Soll man die Ausbildung zum Allgemeinmediziner machen, um ein solcher zu werden? Oder ist er nur eine (notwendige/überflüssige) Zwischenstation zum Endziel Facharzt? Also lieber gleich in die Fachausbildung? Und wo ginge das? Und wenn „Fach“, dann welches? Lieber auf eine freie Stelle erster Wahl warten? Oder lieber zweite Wahl zur Überbrückung und die Gefahr in Kauf nehmen, dass man dann dort „picken bleibt“? Und wie macht sich das alles im Lebenslauf? Und worin sich spezialisieren? Lieber die Zeit in ein Zusatzfach investieren oder doch gleich eine zweite Fachausbildung? Oder wie verlockend sind die Berufsmöglichkeiten im zweiten Gesundheitsmarkt? Den Allgemeinmediziner vielleicht nachholen – oder vielleicht doch lieber die Zeit in ein gut gewähltes Diplom wie Homöopathie, Akupunktur oder Psychotherapie investieren?

Doch schon auf der ersten Etappe – dem Weg von der Uni in die ärztliche postpromotionelle Ausbildung – gehen viele Absolventen verloren. Die aktuelle Dimension sei an den folgenden Daten erläutert.

Studienjahr		2005/06	2006/07	2007/08
Absolventen der 3 österr. öff. Med. Universitäten + PMU ⁸ *)		1.569	1.456	1.835
davon jemals in die Ärzteliste eingetragen **)		1.297	1.210	1.408
Drop-out I	abs.	272	246	427
	rel. (in % der Absolventen)	17,3 %	16,9 %	23,3 %
davon im Mai 2014 ärztlich tätig		1.107	1.028	1.190
Drop-out II	abs.	190	182	218
	rel. (in % der Eintragungen)	14,6 %	15,0 %	15,5 %
Drop-out Gesamt		462	428	645
		29,4 %	29,4 %	35,1 %

Tabelle 1: Drop-out zwischen Studium und ärztlichem Beruf

8 Paracelsus Medizinische Privatuniversität (Salzburg)

Tabelle 1 aggregiert die Daten nach Studienjahren, d.h. Absolventen z.B. des Studienjahres 2005/06 sind immer in der Spalte 2005/06 erfasst, auch wenn die Eintragung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt ist.

Unter dem Begriff „Drop-out I“ sind jene Personen erfasst, die zwar in Österreich in Medizin promoviert haben (Inländer und Ausländer), die aber bis jetzt nicht hier ärztlich tätig geworden sind. Nationalökonomisch gesprochen also ein Output des Bildungssystems, der nicht als Input in das Gesundheitssystem umgesetzt worden ist. Unklar ist dabei natürlich die Ursache dieses Verlustes: Ist der medizinische Beruf nicht mehr attraktiv genug (liegt es also daran, dass man trotz absolviertem Studiums nicht mehr Arzt werden will) oder will man es, aber nicht in Österreich oder vermag das System nicht alle aufzunehmen? Und selbst wenn es sie aufzunehmen vermag, wie lange vermag es sie zu halten? Betrachtet man die neu eingetragenen Ärzte hinsichtlich der Tatsache, ob sie aktuell ärztlich tätig sind, so ergibt sich auch hier ein „Personalschwund“ in der Größe zwischen 10 % und 18 % (Basis = eingetragene Ärzte). Dass dieser Wert im letzten Beobachtungsjahr am niedrigsten ist, liegt in der Beobachtungsmethode und kann aktuell nicht als positives Signal gewertet werden. Jedenfalls ist auch dies ein beachtlicher Wert an Jungmedizinerinnen, die das österreichische Gesundheitssystem verloren hat, auch wenn ein Teil vielleicht wiederkehrt. Doch wo liegen die Ursachen?

	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	Mittelwert (2007–2011)
	1.815	1.726	1.465	1.413	1.651
	1.456	1.331	1.030	984	1.242
	359	395	435	429	409
	19,8 %	22,9 %	29,7 %	30,4 %	24,8 %
	1.245	1.163	927	905	
	211	168	103	79	
	14,5 %	12,6 %	10,0 %	8,0 %	
	570	563	538	508	
	31,4 %	32,6 %	36,7 %	36,0 %	

*) um Mehrfachzählungen zu vermeiden, wurden nur Diplomstudien gezählt, exkl. Doktoratsstudien (n = 20/42/68/76/89/114/142)⁹

**) Auswertungsstand Mai 2014: Für die Zuordnung der Promoventen zu Studienjahren wurde angenommen, dass Studienjahre jeweils vom 01. September bis 31. August dauern

9 Datenquelle: uni:data, Datawarehouse Hochschulbereich des Bundesministeriums für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft; https://oravm13.noc-science.at/apex/f?p=103:6:0::NO::P6_OPEN:N

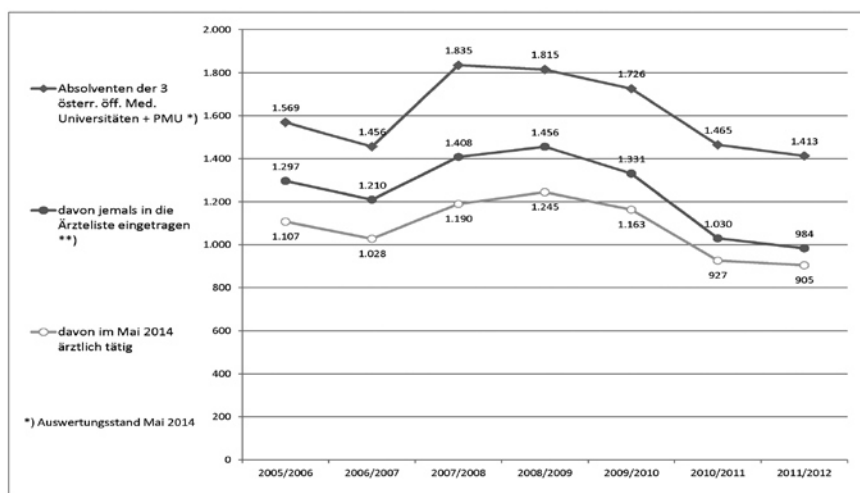


Abbildung 6: Drop-out zwischen Universität und ärztlicher Tätigkeit (absolute Werte)

Die Eintragungen scheinen in den einzelnen Jahren jeweils (auf niedrigerem Niveau) den Absolventenzahlen zu folgen, weshalb angenommen werden kann, dass die Absolventenzahlen die dominanteren der beobachteten Größen ist. Weiters handelt es sich dabei (in % betrachtet) um ein zunehmendes Phänomen.

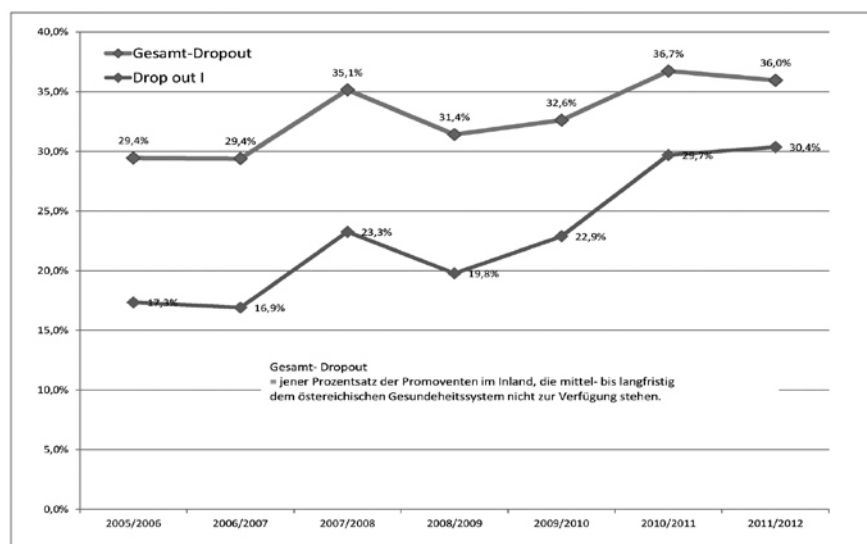


Abbildung 7: Drop-out zwischen Universität und ärztlicher Tätigkeit (Prozentwerte)

Doch wie verhält es sich wirklich mit der Aufnahmefähigkeit des Systems, wie groß ist der Zustrom?

6. Neue Ärzte braucht das Land – Zustrom

Seit Jahren führt die ÖÄK eine strukturierte Auswertung der jährlichen Neueintragungen durch. Im Zeitpunkt der ersten Eintragung (einer Person) in der Ärzteliste wird festgestellt:

- Als was erfolgte die Eintragung? (als TA/AM/FA)
- Im Fall der Turnusärztinnen und -ärzte: Wo erfolgte die Promotion?
- Welche Staatsbürgerschaft besteht zum Eintragungszeitpunkt?

Damit lässt sich die „Migration“ bzw. deren in die Tat umgesetzte Absicht ein wenig abschätzen.

Den Hauptanteil der Neueintragungen stellen weiterhin die Inlandspromoventen (In- und Ausländer). Die Auslandspromoventen (und hier vor allem deutsche Universitäten) steigen zwar ein wenig an, erreichen jedoch damit nur „Höchststände“, deren Niveau bereits aus früheren Jahren bekannt ist. Ebenso dezent zunehmend sind die neu eingetragenen berufsberechtigten Ärztinnen und Ärzte.

Innerhalb dieser Gruppe überwiegen bei weitem deutsche Ärzte und zuletzt in Folge der EU-Osterweiterung etwas vermehrt Ärzte aus den östlichen Nachbarländern. Große Einwanderungswellen haben aber bisher nicht stattgefunden, auch wenn angenommen werden kann, dass die Arbeitsbedingungen in Österreich besser honoriert werden als in den östlichen Nachbarländern. Dies scheint im Wesentlichen an den hohen Spracherfordernissen zu liegen, die dieser Beruf mit sich bringt.

Interessant ist auch die Detailbetrachtung der „Inlandspromoventen“. Denn es zeigt sich, dass die Anzahl der Inländer innerhalb dieser Gruppe stärker sinkt als die Gesamtanzahl. Die Anzahl der nicht österreichischen Staatsbürger¹⁰ ist in den letzten Jahren etwas angestiegen (2010: 78, 2011: 100, 2012: 116, 2013: 127). Diese Werte sind zwar noch eher gering und unterliegen einer gewissen Zufälligkeit, ob es sich hierbei aber um eine Verdrängung oder um eine Kompensation handelt, ist eine schwierige Frage, die wir aufgrund des vorliegenden Datenmaterials nicht beantworten können.

¹⁰ Studenten nicht österreichischer Staatsbürgerschaft an österreichischen Universitäten, die geblieben sind, um ihre postpromotionelle Ausbildung hier zu beginnen.

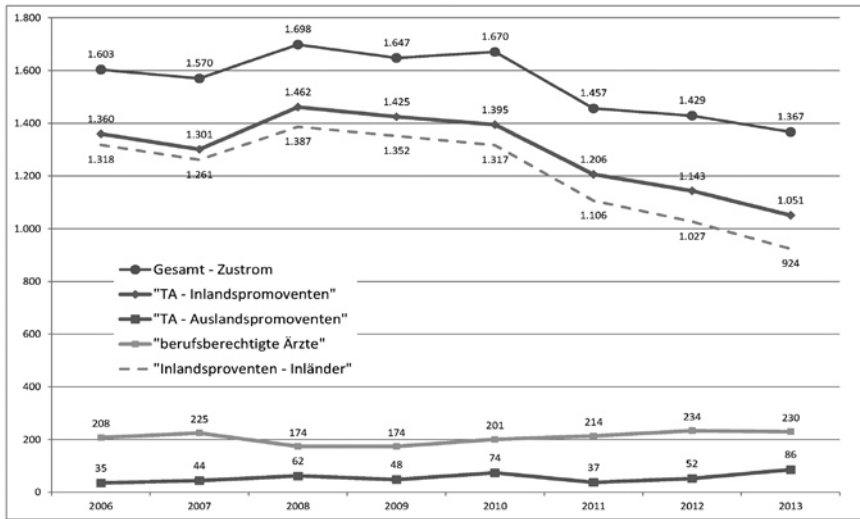


Abbildung 8: Jährlicher Zustrom

7. Karrierepfade – Wege und deren zeitlichen Komponenten

Die Unwägbarkeiten der ärztlichen Karriereplanung, denen der einzelne Arzt ausgesetzt ist, schlagen sich in den Datenwerken auch in Form einer schwer durchschaubaren Komplexität nieder. Um diese Phänomene leichter zu durchblicken, sind Vereinfachungen notwendig. So wie die folgende: „Was ist aus den einzelnen inländischen Promotionsjahrgängen bis heute („in Österreich“) geworden?“¹¹ Und um es etwas übersichtlicher zu machen, interessieren uns nur die vier (überschneidungsfreien) Kategorien:

- ausschließliche Allgemeinmediziner (d.h. keine abgeschlossene Fachausbildung),
- ausschließliche Fachärzte (keine Anerkennung als Allgemeinmediziner),
- Anerkennung als Facharzt und als Allgemeinmediziner,
- keine Anerkennung.

11 Auslandskarrieren schlagen sich in der Ärzteliste nur in Folge erworbener Anerkennungen nieder und auch nur dann, wenn Ärzte zurückkehren, um hier wieder ärztlich tätig zu werden.

Analysen wie diese haben natürlich so etwas wie einen Ereignishorizont, d.h., ihre Sichtweite ist durch gesetzliche Rahmenbedingungen und die damit verbundenen „Datenreichweiten“ beschränkt. Diese Auswertung umfasst alle Ärztinnen (Ärzte), die in Österreich promoviert haben und wenigstens einen Tag in Österreich tätig waren. Ebenso umfasst sie alle Anerkennungen (auch ausländische), sofern die Ärzte in Österreich ärztlich tätig geworden sind. Nicht umfassen kann sie allerdings all jene Ärztinnen (Ärzte), die Österreich „dauerhaft“ (also bis zum Auswertungszeitpunkt) verlassen haben. Ebenso sind keine Personen erfasst, die zwar in Österreich, aber eben nicht ärztlich tätig sind.

Diese Statistik beobachtet einen laufenden Prozess, und je näher das Promotionsjahr zum Auswertungszeitpunkt liegt, desto mehr werden sich diese Daten bei zukünftigen Auswertungen verändern können. Beispiel: Der Promotionsjahrgang 1980 wird im Wesentlichen (auf Basis der o.a. Klassifikation) seinen Karriereweg schon abgeschlossen haben, weshalb eine Wiederholung dieser Untersuchung für diesen Jahrgang auch im nächsten Jahr die (vermutlich) selben Ergebnisse bringen wird. Hingegen wird in einem Jahr ein Teil des Promotionsjahrganges 2010 seinen Karriereweg fortgesetzt haben, mehr Ärzte werden inzwischen z.B. AM geworden sein und damit wird die Auswertung für die jüngeren Jahrgänge andere Werte liefern. Nachdem die einzelnen Jahrgänge einer großen Schwankung unterliegen, erscheint die Grafik in zwei Versionen: einmal absolut und einmal relativ:

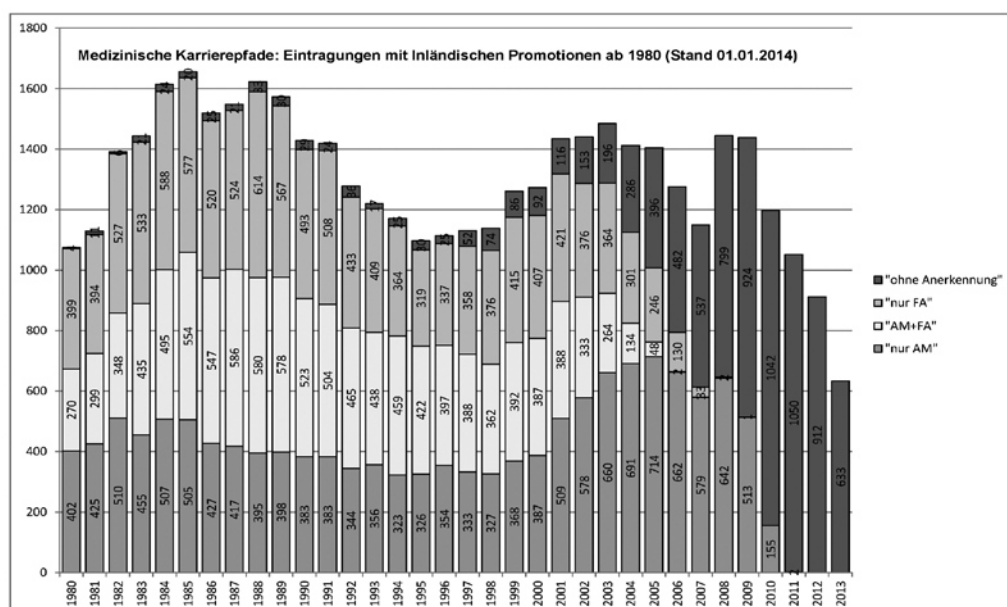


Abbildung 9: Ärztliche Karrierepfade inländischer Promotionsjahrgänge (absolute Werte)

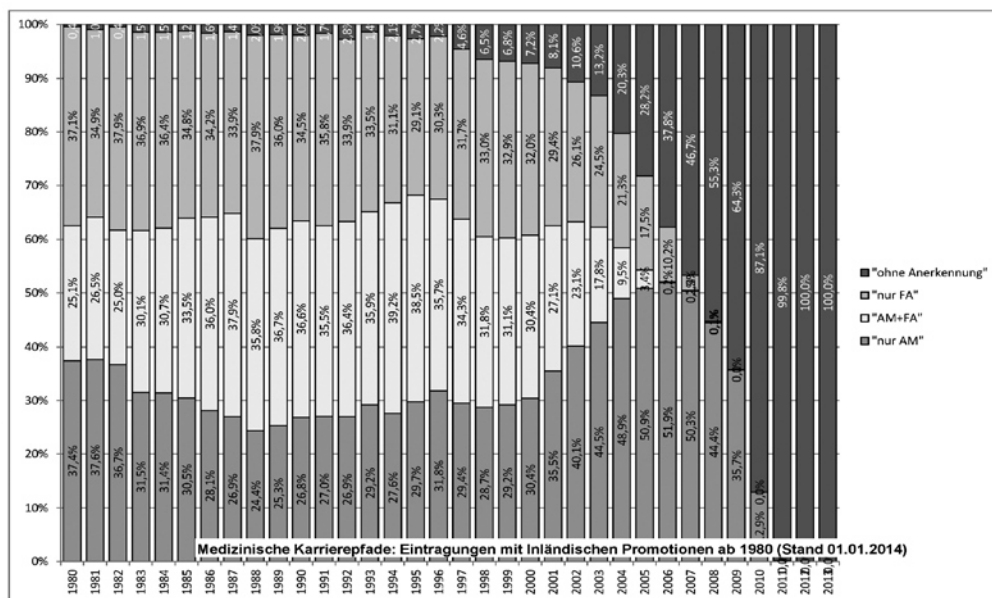


Abbildung 10: Ärztliche Karrierepfade inländischer Promotionsjahrgänge (Prozentwerte)

Gut erkennbar ist hierbei die Dualität der Facharztausbildung, d.h. dass ein Teil der FA direkt in die Facharztausbildung geht, ein anderer Teil der Fachärzte vorher den Allgemeinmediziner absolviert. Die Gruppen scheinen annähernd in etwa gleich groß, d.h., etwa die Hälfte der FA verfügt auch über eine Anerkennung als AM und hat deshalb entsprechende Ausbildungszeit investiert. Die oben angeführten „Ereignishorizonte“ zeigen sich auch in den Ergebnissen: Die hohen Anteile der reinen AM bzw. der Ärzte ohne Anerkennungen in den Jahrgängen ab 2002 liegen vor allem daran, dass ein Großteil der betroffenen Ärzte noch gar nicht ausreichend Zeit hatte, um die entsprechenden Anerkennungen zu erwerben.

Man sieht hier aber auch schon, welche „Verluste“ auftreten und welche „Überkapazitäten“ das System erfordern würde. Betrachtet man beispielsweise das Promotionsjahr 2004 (also heute vor 10 Jahren), so wäre eigentlich ausreichend Zeit gewesen, dass alle Ärzte ihre postpromotionelle Ausbildung abschließen (können). Dennoch verfügen etwa 20 % über keine „messbare“ Anerkennung. Jedenfalls sind es 20 % (1/5) einer (an sich schon reduzierten) Population, die dem österreichischen Gesundheitssystem entweder gar nicht oder noch nicht vollständig (d.h. nur als Ärzte in Ausbildung) zur Verfügung stehen.

Die Auflösung einer weiter oben gestellten Frage ist noch offen: Warum ist der Frauenteil der neu anerkannten AM in einem Jahr höher als der der Neueintragungen? Gibt es also geschlechtsspezifische Karrierewege? Dass dies tatsächlich

so ist, zeigt sich, wenn man die oben angeführte 4-Fach-Teilung (AM/AM+FA/FA)
geschlechtsspezifisch einander gegenüberstellt:

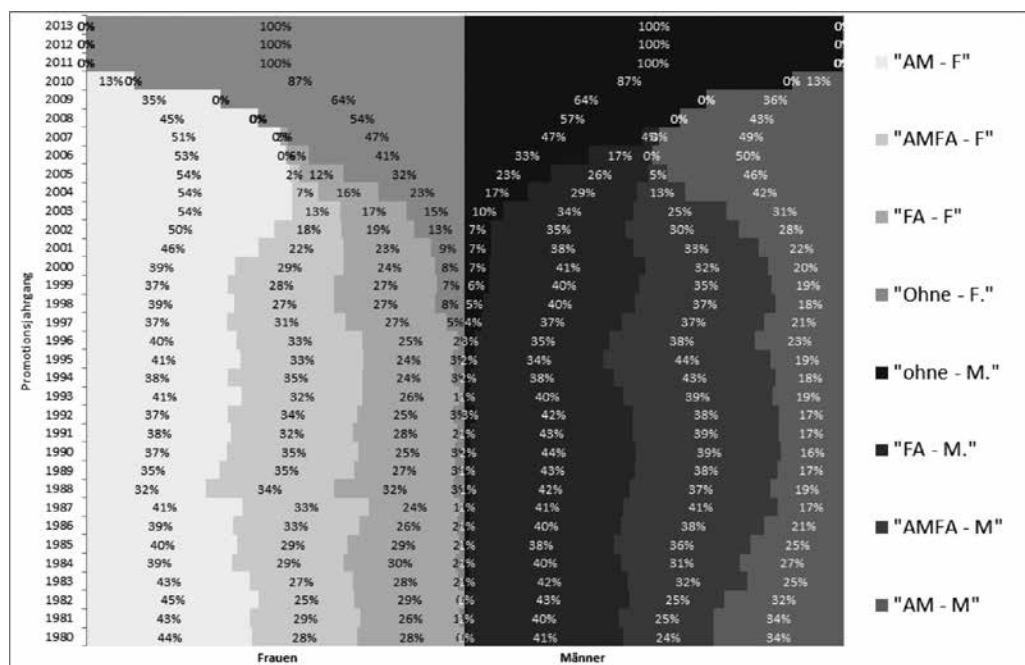


Abbildung 11: Geschlechtsspezifische Karrierepfade inländischer Promotionsjahrgänge

Wie sich zeigt, haben die Frauen einen etwa 10- bis 20 %-Punkte Vorsprung in der Kategorie „nur AM“, während die Männer diesen in der Kategorie „nur FA“ haben. Zählt man die Kategorie „AM+FA“ ebenfalls dazu, so stellt auch diese Sammelgruppe unter den Frauen einen 10–17 % höheren Anteil. Es darf also davon ausgegangen werden, dass Frauen tendenziell eher in die (reine) AM-Ausbildung gehen bzw. Fachausbildung erst nach dem AM machen, während der Karrierepfad „nur FA“ tendenziell von mehr Männern beendet wird. Wobei auch hier offen bleiben muss, ob es sich dabei tatsächlich um die Intention der Betroffenen handelt (sie dies also von vornherein so wollten) oder ob es das faktische Ergebnis ist, welches sich durch Präferenz, Konkurrenz, Mehrfachbelastung, Bevorzugung, Diskriminierung etc. ergibt. Ebenso muss die Frage (unbeantwortet) bleiben, ob in den Gruppen, in denen die Frauen dominieren, sie dort die Männer verdrängt oder die „fehlenden“ Männer kompensiert haben, bzw. welches der Momente in welchem Ausmaß hier zu tragen kommt.

Diese Ergebnisse zeigen, dass große Gruppen (z.B. TA und AM) inzwischen von Frauen dominiert werden, was bedeutet, dass im Fall von Nachbesetzungen die Arbeitsbedingungen entsprechend gestaltet sein müssen, um potentielle weibliche Nachfolger in adäquater Menge anlocken oder langfristig halten zu können.

Doch neben dieser langfristigen Betrachtung stellt sich die Frage nach den zeitlichen Komponenten bzw. deren Veränderungen: „Wie alt sind die Ärzte zum Zeitpunkt ihrer Berufsberechtigung?“ Oder: „Wie lange dauert die Ausbildung?“

Genaugenommen sind dies zwei Fragen, und die Ursache jeglicher Veränderung hat drei Komponenten:

- *Wie lange dauert die universitäre Ausbildung und wie alt sind die angehenden Ärzte, wenn sie mit dem Studium fertig sind?*
- *Wie viel Zeit vergeht zwischen Promotion und Ersteintragung?* Diese Daten lassen sich zwar ebenfalls exakt erheben, das Ergebnis ist aber durch eine Reihe Störfaktoren überaus verwässert. Denn die Aufnahme einer Tätigkeit bedeutet noch nicht, dass dies schon die Ausbildung ist, die angestrebt wurde oder die abgeschlossen werden kann. („Wartezeit auf den Turnus“ wird also ersetzt durch „Wartezeit im Turnus“)
- *Wie lange dauert die postpromotionelle Ausbildung?*

Im Kontext dieser Fragestellung interessiert uns hier nur der Gesamteffekt, d.h., wie alt sind die Ärzte bei ihrer ersten Berufsberechtigung? Und gibt es Entwicklungstendenzen? Doch zwei systembedingte Aspekte gibt es zu beachten:

- Um die Störfaktoren atypischer Karriereverläufe zu umgehen, werden nur Fälle aus dem klassischen Muster „inländische Promotion – inländische Berufsanerkennung“ betrachtet.
- Duale Ausbildung: Es gilt zu unterscheiden, ob man direkt in die Facharztausbildung geht oder vorher den AM absolviert.

In einzelnen Fächern kommt man leicht in den Bereich der kleinen Zahlen und damit verzerren personen- oder fachspezifische Faktoren das Ergebnis. Deswegen betrachten wir nur die AM und die vier großen Fachrichtungen Innere Medizin, Gynäkologie, Kinderheilkunde und Urologie hinsichtlich des Durchschnittsalters bei der Fachanerkennung.

Mit Ausnahme der Urologie zeigen alle beobachteten Fachrichtungen eine fallende Trendgerade. Erwartungsgemäß ist die Kurve bei den Fachrichtungen etwas erratischer als bei der Allgemeinmedizin (kürzere Ausbildung). Nur die Innere Medizin (größte Gruppe) zeigt in den letzten Jahren eher gleitende Mittelwerte. Die absoluten Werte bedeuten aber, dass Ärzte und im Speziellen Fachärzte (ver-

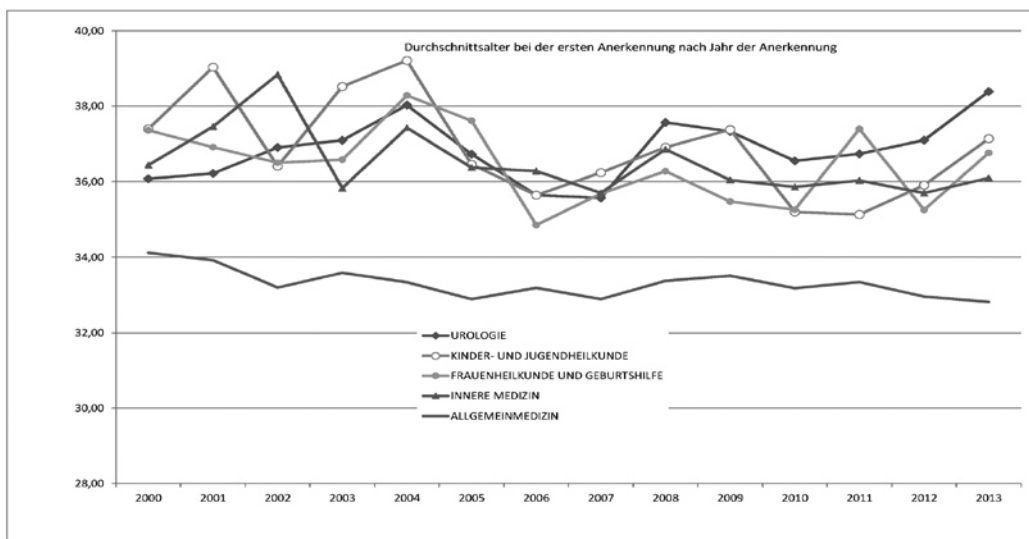


Abbildung 12: Durchschnittsalter bei der ersten Berufsanerkennung (AM, Innere Medizin, Gynäkologie, Urologie)

glichen mit anderen Berufsgruppen) relativ „alt“ sind, wenn sie erstmals eine Berufsberechtigung erwerben (die hier angeführten Fachrichtungen inkludieren nur jene Ärzte, die direkt in die Fachausbildung gehen)¹².

Konzentriert man die Auswertung hingegen auf die vier angeführten Fachrichtungen, betrachtet das Durchschnittsalter und unterscheidet zwischen jenen, die direkt ins Fach gegangen sind, und jenen, die zuerst den Allgemeinmediziner absolviert haben (letzte Gruppe ist in obiger Auswertung nicht enthalten), so zeigen sich sehr differenzierte fachgruppenspezifische Kurvenverläufe

Die Urologie zeigt in beiden Kurven eine steigende Trendgerade. Fast alle anderen Kurven zeigen eine leicht fallende Tendenz. Bei der Kinderheilkunde liegen beide Kurven nahe beieinander, was bedeutet, dass die Ärzte bei der Fachanerkennung im Durchschnitt eher gleich alt sind, ohne dass eine eventuell vorher absolvierte AM-Ausbildung einen großen Unterschied machen würde.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass Ärzte bei ihrer Berufsberechtigung zwischen 35 und 39 Jahre alt sind. Dies bedeutet, dass sich Stellenwerber in einer altersadäquaten sozialen Situation befinden, was wiederum entsprechende Implikationen für Erwartungen an Einkommen und Arbeitsbedingungen zur Folge hat.

¹² Genaugenommen müsste es lauten: „nur jene Ärzte die nur eine Fachanerkennung erworben haben.“ Theoretisch können in dieser Gruppe nämlich auch Ärzte enthalten sein, die zwar die Allgemeinmedizin vollständig absolviert haben, sich aber niemals das dazugehörige Diplom abgeholt und auch nicht die Allgemeinmedizin ausgeübt haben.

Gleichzeitig kann aber auch die aktuell leicht fallende Trendgerade des Durchschnittsalters bei Anerkennung ein Indiz dafür sein, dass wir uns aus einer Situation des Ärzteüberangebotes in eine des Ärztemangels bewegen.

8. Wahlärzte

Dieser Exkurs ist notwendig, werden doch die Wahlärzte oftmals im Zuge der Versorgungsplanung als „Reservearmee“ bei drohendem Ärztemangel angesehen. Doch wie genau lassen sich die Wahlärzte begreifen, stehen sie doch in mehrfacher Hinsicht zwischen (oder in) den Bereichen, die man in der vereinfachten Darstellung und politisch beauftragter Analyse gern durch Demarkationslinien getrennt sieht, die es aber de facto nicht sind. Zum einen stehen sie an der Grenze zwischen dem niedergelassen/freiberuflichen und dem angestellten Bereich, zum anderen zwischen dem kassenärztlichen und dem privatmedizinischen Bereichen. Einen Überblick gibt die folgende Abbildung:

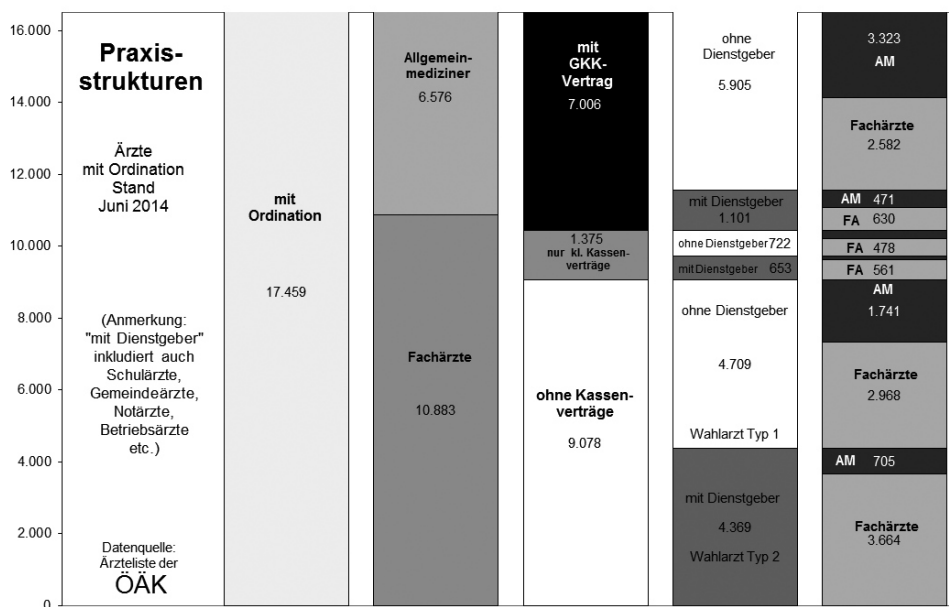


Abbildung 13: Praxisstrukturen

Die Zahl der Kassenärzte stagniert in den letzten Jahren, da die bundeseinheitlichen Träger und die KfAs sich in ihrer Vergabep Praxis an den Neuinvertragnahmen und dem Stellenplan bei den Gebietskrankenkassen orientieren und diese Verträge (trotz wachsender Gesamtbevölkerung) nicht ausgeweitet werden. Stark gewachsen ist allerdings der Anteil der Ärzte ohne Kassenverträge (um 23 % innerhalb von 5 Jahren). Aber wie stellt sich diese Gruppe im Detail dar? Für den überwiegenden Anteil ist die Ordinationstätigkeit die einzige Beschäftigung, weniger als die Hälfte betreibt die Ordination neben einer Anstellungstätigkeit. In beiden Kategorien dominieren die FA (im Gegensatz zum Kassenbereich, in dem die AM mengenmäßig dominieren). Damit gibt es aber bereits mehr Wahlärzte als Kassenärzte, auch wenn man natürlich annehmen muss, dass nebenberufliche Wahlärzte nicht so viel zeitliches Engagement in ihre Ordinationstätigkeit legen (können) wie hauptberufliche Wahlärzte. Wenn man berücksichtigt, dass Investitionskosten für Facharztpraxen höher sind als für allgemeinmedizinische Praxen und dass es aufgrund der zwingen QS-Evaluierungen, Hygienekontrollen und sonstiger Betriebsauflagen vermutlich so gut wie keine „Liebhaber-“ oder „Steuerpraxen“ mehr gibt, so stellt sich die Frage, wie sich diese Praxen finanzieren? Aus dem Sozialversicherungsbereich kann nur ein Bruchteil kommen, denn in Relation zu den Kassenhonoraren geben die Krankenkassen für Wahlarzttrücker-sätze gerade einmal 6 % aus. Das heißt, der Rest muss aus der privaten Krankenversicherung bzw. vollkommen und direkt aus den privaten Taschen der Patienten kommen.

Damit bleibt fraglich, wie sehr der Typus des reinen Wahlarztes in diesem Bereich verwurzelt ist und ob die hauptberufliche Wahlarztztätigkeit eine zielgerichtete Konzentration auf diesen „Markt“ (unter den Rahmenbedingungen ökonomischer Überlegungen oder bewusster Work-Life-Balance-Entscheidungen) oder ein Kompromiss aufgrund mangelnder anderer Beschäftigungsmöglichkeiten ist.

Verallgemeinerungen wären gefährlich, denn es gibt im Setting dieser Fragestellung sicherlich regionale und fachspezifische Unterschiede sowie Unterschiede im Patientenverhalten den qualitativen und quantitativen Zugang zu einzelnen Leistungen betreffend, die Nachfrage dazu und in Folge dessen die Selbstleistungsbereitschaft betreffend. Diese Unterschiede lassen sich auch in folgender Gegenüberstellung von vier Fachgruppen erkennen:

Die vier ausgewählten Fachrichtungen zeigen sehr starke strukturelle Unterschiede zwischen den Bereichen Anstellung und/oder Niederlassung. Gynäkologie und Augenheilkunde haben eine sehr große „Niederlassungsneigung“, d.h. dass sehr große Anteile der Fachgruppenmitglieder eine Ordination betreiben (entweder ausschließlich oder zusätzlich zu einer Anstellung). Es kommen unterschiedliche Momente als Verursacher dieser Strukturen in Frage, die man neudeutsch als

Fachgruppenvergleich (04/2014)	Innere Medizin		Gynäkologie		Augenheilkunde		Kinderheilkunde	
Ausschließlich angestellte Ärzte	2047	52%	420	24%	178	20%	654	50%
Ärzte mit Anstellung und Ordination	887	23%	528	30%	232	26%	200	15%
Ausschließlich in Ord. tätige Ärzte	859	22%	774	44%	453	50%	394	30%
Wohnsitzärzte	113	3%	37	2%	39	4%	52	4%
Gesamt	3906		1759		902		1300	
Anteil ord.führenden Ärzte	1746	45%	1302	74%	685	76%	594	46%

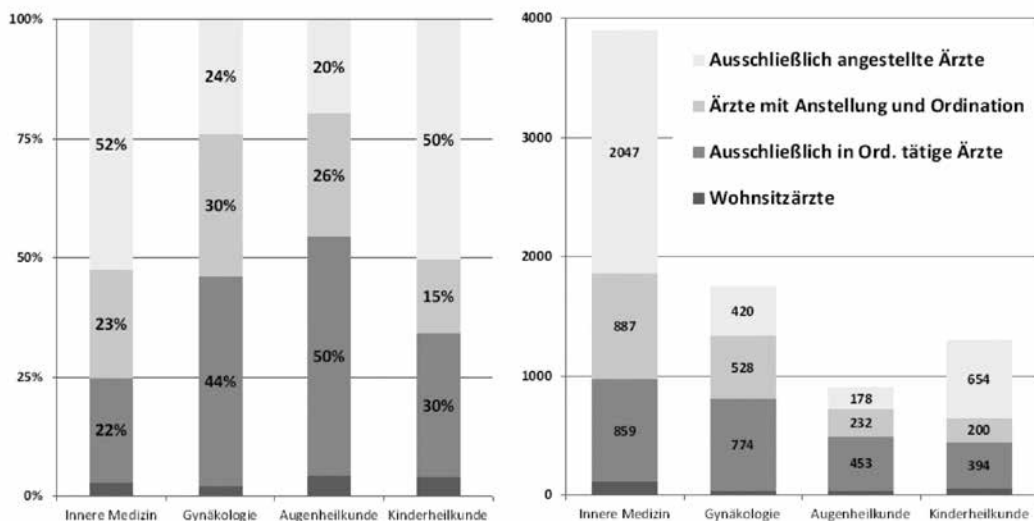


Abbildung 14: Niederlassungsneigung ausgewählter Fachgruppen

Pull- und Push-Faktoren klassifizieren kann, indem beispielsweise spezifisches Patienten- und Nachfrageverhalten als Magnet für Niederlassungstätigkeit funktioniert oder dass fach- oder stellenspezifische Strukturen (z.B. keine Nachtdienste, reduzierte Dienstzeiten, „halbe Stellen“) Nebentätigkeiten mehr oder weniger begünstigen oder vielleicht sogar ökonomisch erzwingen. Auf jeden Fall muss die These der „Reservearmee“ für weite Bereiche angezweifelt werden, zumal ja auch ein nicht unwesentlicher Teil bereits (jetzt schon) in Anstellung tätig ist.

9. Altersstruktur der Ärzteschaft

Nachdem wir gesehen haben, wie es um den ärztlichen Nachwuchs steht, wollen wir nun die Altersstruktur der österreichischen Ärzte näher betrachten:

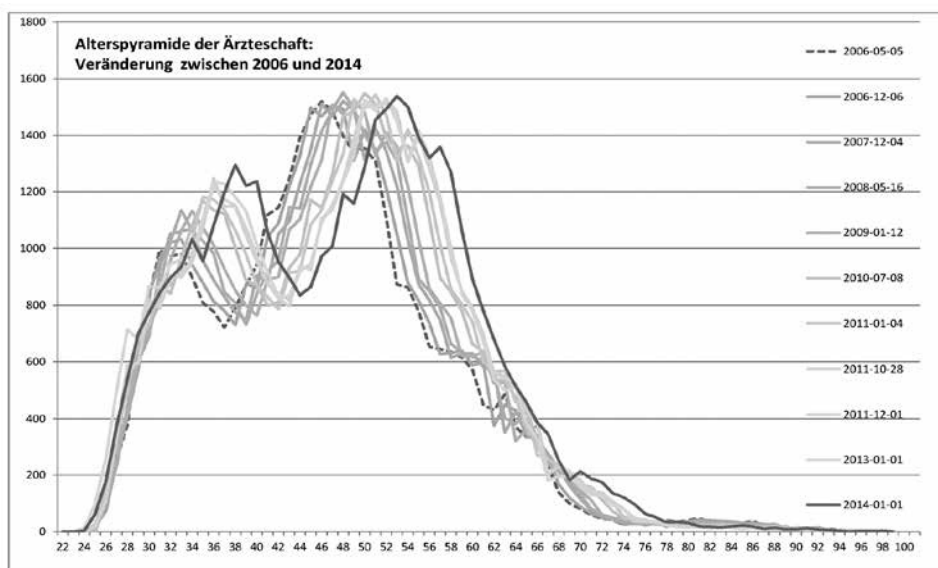


Abbildung 15: Alterspyramiden (2006 bis 2014)

Betrachtet man die Veränderung der Alterspyramide, so zeigt sich sowohl eine kontinuierliche Entwicklung als auch die dramatische Veränderung in dem doch kurzen Zeitraum von 2006 bis 2014.¹³ Der Ausgangspunkt und der (vorläufige) Endpunkt dieser Entwicklung sind eigens markiert (dunkel): Es zeigt sich eine massive Rechtsverschiebung, d.h. eine Alterung der Population. Die Altersklassen > 52 Jahre und die Klassen 32 bis 40 Jahre haben zugenommen, die Klassen 40 bis 52 Jahre hingegen haben abgenommen. Die aktuelle Gesamtkurve ist eine zweigipflige Verteilung, wobei sich die Gipfelhöhen gegenüber dem Ausgangspunkt quantitativ angenähert haben und aktuell bei 38 und 53 Jahren liegen. Demnach hat sich auch das Durchschnittsalter erhöht und zwar

¹³ 2006 wurde deshalb als Ausgangsbasis gewählt, weil im Jahre 2005 die Zahnärzte aus der Österreichischen Ärztekammer ausgeschieden sind und daher ab dem Jahr 2006 eine Population betrachtet werden kann, die keinen Veränderungen durch Systembrüche unterworfen war.

- bei den AM von 46,9 auf 48,5 Jahre,
- bei den FA von 49,3 auf 51,2 Jahre
- und auch bei den Turnusärzten von 32,0 auf 32,6 Jahre.

Wie aber steht es bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten?

Als „angestellt“ ist hier jede/jeder erfasst, die/der ihrer/seiner ärztlichen Tätigkeit in Form einer Anstellung (Spital oder Nicht-Spital, Voll- oder Teilzeit) nachgeht, unabhängig davon, ob die Tätigkeit auch in der Niederlassung ausgeübt wird. Es zeigt sich die Dominanz der FA, dies vor allem auch unter dem Aspekt, dass sich innerhalb der AM auch Ärzte in Ausbildung befinden, die zwar schon den AM erworben haben, aber weiterhin in einer Fachausbildung stehen.

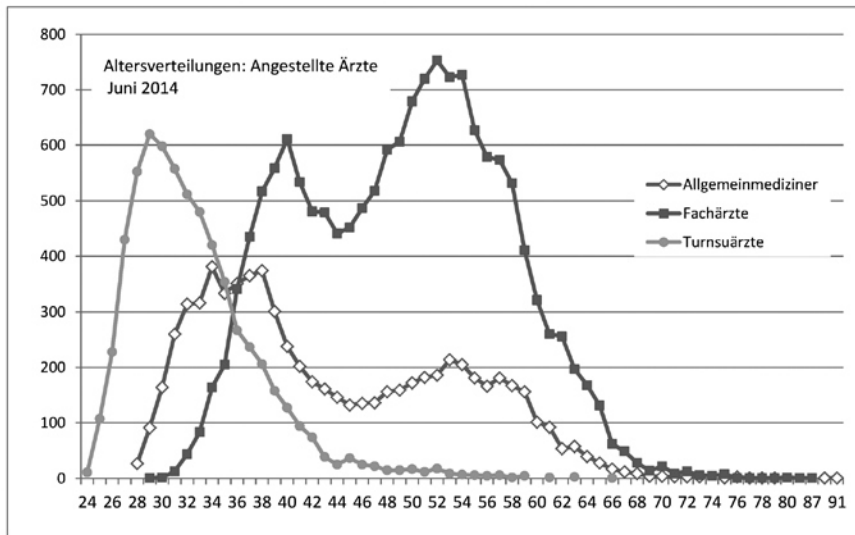


Abbildung 16: Altersverteilung angestellter Ärzte I

Verwundern mag auch, wie sehr sich die Kurve der Turnusärztinnen und -ärzte nach rechts zieht und damit Altersklassen markiert, die man eher nicht mit post-promotioneller Ausbildung assoziiert, die aber anzeigt, dass es vermehrt spätere Wiedereinstiege oder zweite Bildungswege gibt. Dieses zunehmende Phänomen verzerrt dann Mittelwertberechnungen, zeigt aber auch, dass „ältere Semester“ in diesem Arbeitsmarkt ihre Chancen haben, was man wiederum als Indiz werten kann, dass der Konkurrenzdruck abgenommen hat, was ein Vorzeichen für Ärztemangel sein wird. Vergleicht man diese aktuelle Kurve mit dem Vergleichsjahr 2006, so zeigte sich dieses Phänomen schon damals. Die Gesamtzahl der Turnu-

särzte in absoluten Zahlen ist aber zurückgegangen. Ob dies allerdings eher an der Beschäftigungspolitik der Spitäler liegt oder ein echter Mangel ist, wird sich noch zu zeigen haben.

Weiters zeigt Abbildung 16 aber auch, dass die Facharztkurve dort sehr steil abfällt, wo sie sich dem „Regel-Pensionsalter“ annähert. Nach Tätigkeitsbereichen gegliedert (Anstellung und/oder Niederlassung) zeigt sich, dass die Kurven, in denen angestellte Ärzte enthalten sind, bei 65 Jahren stark einknicken und bis 70 Jahre nahezu gegen Null geht, während es in diesen Alterskategorien noch eine beträchtliche Menge an niedergelassenen Ärzten gibt.

Die Kurve der ausschließlich angestellten Ärzte nähert sich jenseits der 65 Jahre sogar noch schneller der Nullmarke. Ärzte, die auch einer Ordinationstätigkeit nachgehen, gehen überwiegend schrittweise in Pension: Dienstverhältnisse werden beendet, Kassenverträge werden zurückgelegt, Ordinationszeiten verkürzt und man zieht sich auf die (Wahlarzt-)Ordination zurück. Auch wenn diese Ärzte also weiterhin tätig sind, so sind sie es nicht mehr in der Anstellung, weshalb man vom faktischen Regelpensionierungsalter von 65 Jahren für den angestellten Bereich ausgehen kann.

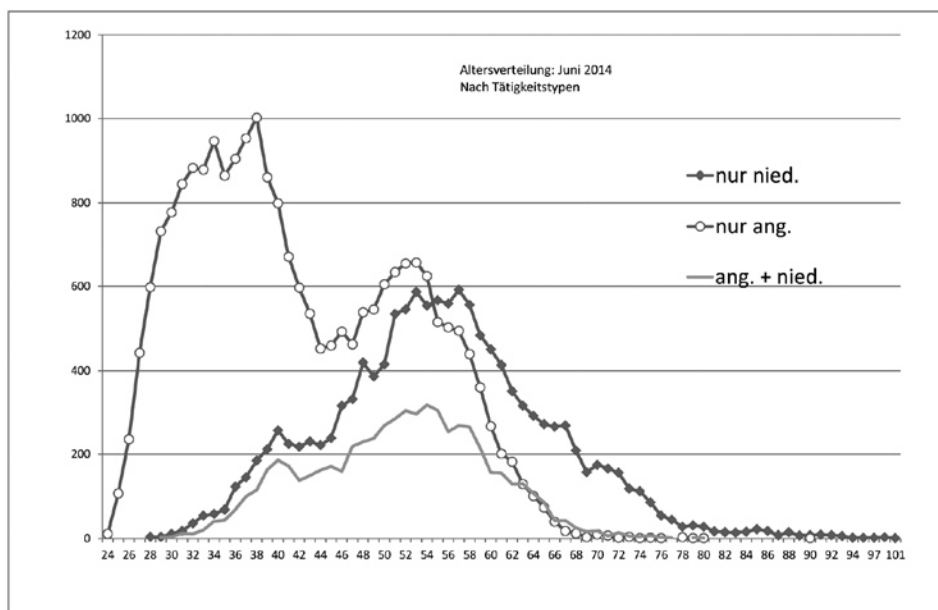


Abbildung 17: Altersverteilung angestellter Ärzte II

Die Kurven vor dem Pensionsalter im Bereich der angestellten Ärzte sind durch einen starken Abfall gekennzeichnet. Dies bedeutet, dass – man kann sich eine Alterung immer vereinfacht als Rechtsverschiebung einer Alterskurve vorstellen¹⁴ – in den kommenden Jahren vermehrt Ärzte ins Pensionsalter kommen und daher – will man das Versorgungsniveau halten – verstärkt nachbesetzt werden müssen. Doch von welchen Quantitäten gehen wir hier aus?

Alle angestellten Ärzte (Ö)	AM		FA	
Absolut (Juni 2014)	7.163		15.447	
65 Jahre oder älter	92	1,3 %	355	2,3 % *)
60 Jahre oder älter	437	6,1 %	1.557	10,1 % **)
55 Jahre oder Älter	1.288	18,0 %	4.280	27,7 % ***)

*) bereits jetzt über dem Regelpensionsalter

**) innerhalb von 5 Jahren zu ersetzen

***) innerhalb von 10 Jahren zu ersetzen

Tabelle 2: Alterskategorien unter angestellten Ärzten

Tatsächlich ist nur ein sehr kleiner Anteil der angestellten Ärzte älter als 65 Jahre. Wie zu erwarten, ist vor allem bei den FA die Situation etwas dramatischer. 10 % der Mitglieder einer Berufsgruppe in 5 Jahren auszutauschen, ist für manche Branchen vielleicht nicht so ein Problem. Innerhalb von maximal 10 Jahren aber fast ein Drittel (im Schnitt) nachbesetzen zu müssen, kann schon eine Herausforderung werden, vor allem, da noch unklar ist, ob die neuen Ärzte tatsächlich fachlich zur Verfügung stehen, durch eigene Kapazitäten ausgebildet werden können und dann bereit sind, unter den gegebenen Bedingungen tätig zu werden bzw. tätig sein zu können.

Die Herausforderung, diese Nachbesetzungsproblematik zu lösen, ist ähnlich wie die im niedergelassenen Kassenbereich. Dort betrifft es in erster Linie die Allgemeinmediziner (und diese vor allem auch in peripherer Lage) und – bedingt durch die Alterskurve – höhere Prozentsätze des Ersatzbedarfes. Im angestellten Bereich sind zwar die Prozentsätze niedriger, die Grundgröße jedoch ist viel umfangreicher. Außerdem dauert die Ausbildungszeit für die Fachärzte länger, sie sind also nicht so schnell verfügbar (selbst wenn man ausreichend attraktive

14 Für die jüngeren Jahrgänge gilt dies deswegen nicht, weil es hier neben der Alterung noch verstärkt weitere Phänomene gibt (Berufsunterbrechung, Zuzug, Abwanderung), die die einzelnen Jahreskohorten beeinflussen.

Arbeitsbedingungen herstellt). In beiden Fällen ist es ein Attraktivitätsproblem: Würden alle Studienabsolventen im Inland bleiben und in den ärztlichen Beruf einsteigen, würde es vermutlich gerade so reichen. Da aber die ärztliche Tätigkeit anscheinend nicht mehr ganz so attraktiv ist wie das Studium, Österreich vielleicht nicht mehr ganz so attraktiv ist wie das Ausland, die Landarztordination oder die peripheren Spitäler auch nicht mehr ganz so attraktiv wie früher sind, bedeutet dies, dass sich die verbleibenden Arbeitskräfte an den attraktivsten Dienstorten konzentrieren werden und periphere Standorte in dieser Attraktivitätsfrage vermutlich überwiegend schlechte Karten haben.

10. Stationäre Versorgungsstrukturen

Laut dem aktuellen Krankenanstaltenverzeichnis gibt es in Österreich mit April 2014 285 Krankenanstalten, die sich wie folgt auf die einzelnen Bundesländer und Kategorien verteilen:

Krankenanstalten – 04/2014	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Ö
mit Öffentlichkeitsrecht	5	16	20	18	10	23	10	7	13	122
gemeinnützig	5	16	20	18	10	23	10	7	13	122
ohne Öffentlichkeitsrecht	6	13	25	17	24	29	9	5	35	163
gemeinnützig		1		1	7	7	1	1	20	38
nicht gemeinnützig	6	12	25	16	17	22	8	4	15	125
Gesamt	11	29	45	35	34	52	19	12	48	285

gemeinnützig	5	17	20	19	17	30	11	8	33	160
nicht gemeinnützig	6	12	25	16	17	22	8	4	15	125

Tabelle 3: Krankenanstalten in Ö (2014)

Diese 285 Krankenanstalten verteilen sich auf 151 Träger. Auch wenn sich die Anzahl der Krankenanstalten wenig geändert hat (2004: 275 Krankenanstalten), so hat sich der öffentliche Spitalsbereich insofern verändert, als dass früher eher getrennt operierende Standorte vermehrt zu regionalen Kliniken zusammengefasst

worden sind, die sich wiederum in Holdingsstrukturen (auf Landes- oder überregionaler Ebene) formiert haben. Dies zeigt, dass die Spitäler unter enormem ökonomischen Druck stehen, umfangreiche Synergieeffekte nutzbar zu machen. Wie sehr diese vereinheitlichten Strukturen geeignet sind, im Falle ärztlicher Personalknappheit ausreichende Flexibilität und Wettbewerbsvorteile hervorzubringen, wird sich zeigen.

In der Folge wird eine exemplarische Auswertung präsentiert, die die aktuelle Fragestellung in einem kleinen reduzierten Umfang durchleuchten soll. Hierzu wurde der Fokus auf das Bundesland Oberösterreich gelegt, da dieses einen traditionell ausgeprägten Spitalsektor aufweist, aber auch einen ausgeprägten Bereich angestellter Ärzte aufweist, die nicht im Spitalsbereich tätig sind. Die zweite Gruppe steht zwar nicht primär im Fokus der aktuellen Fragestellung, stellt aber in der Frage der Nachbesetzung eine zusätzliche Konkurrenz für die am Personalmarkt nachfragenden „Spitäler“ dar.

Doch was ist ein peripheres Krankenhaus? Regionale Analysen stehen vor dem Problem, dass sich zwar mit einigem Aufwand Kriterien finden lassen, um zwischen urban/zentral und ländlich/peripher zu unterscheiden, die dann aber zu meist mehr oder weniger viele Fälle generieren, die zwar in die eine oder andere Klassifikation fallen, aber dann doch nicht den Erwartungen, Vorstellungen oder Klischees entsprechen. Dabei stellen sich die Begriffe „urban“ und „peripher“ immer als die Eckpunkte eines kontinuierlichen Spektrums mit einem großen Graubereich dar, über den sich vortrefflich streiten lässt. (Und Analysen vom grünen Tisch der Bundeshauptstadt können objektiv und genau sein, aber tendieren dazu, wichtige lokale Details zu übersehen.)

Als Surrogatparameter wird deshalb die Größe der Organisationseinheit herangezogen (gemessen in der Anzahl der dort beschäftigten Ärzte bzw. Fachärzte)

Die in OÖ angestellten Ärzte wurden nach dem eingetragten Dienstgeber gruppiert, wobei dieser auf Krankenanstalts-/Standortebene vorliegt (Ärzte in unterschiedlichen Abteilungen am selben Standort fallen somit in dieselbe Gruppe, unterschiedliche Spitäler am selben Standort sind verschiedene Gruppen). Sodann wurden die dort beschäftigten Ärzte nach den Kategorien AM/TA/FA klassifiziert und in Folge einjährige Altersklassen ermittelt.¹⁵ Beschäftigte in Lehrpraxen und Ärzte in Organisationseinheiten mit drei oder weniger angestellten Ärzten wurden ebenfalls nicht in die Betrachtung aufgenommen (damit verbleiben etwa 3.800 Ärzte in der Auswertung).

¹⁵ Aus Datenschutzüberlegungen können hier Detaildaten nicht angeführt werden und Ergebnisse nur auf Ebene der anonymen Organisationseinheit präsentiert werden.

Als Betrachtungshorizont wurden wiederum 10 Jahre gewählt, d.h., der Anteil der FA (oder AM), der aktuell 55 Jahre oder älter und daher in den nächsten 10 Jahren altersbedingt zu ersetzen ist, wurde ermittelt. Dieser Prozentsatz wird in den folgenden Grafiken im Vergleich zur gesamten Organisationsgröße (gemessen in derzeit beschäftigten Ärzten) dargestellt.

Was bedeuten also diese Punktwolken: Jeder Punkt steht für eine Organisationseinheit (also im Idealfall ein Krankenhaus). Auf der X-Achse ist die Anzahl der beschäftigten Ärzte erkennbar (je weiter rechts, desto mehr Beschäftigte), auf der Y-Achse ist der Prozentsatz jener Ärzte ablesbar, der aktuell 55 Jahre oder älter ist. Dieser Prozentsatz gibt damit auch den Mindest-Personalumschlag an, der in den nächsten 10 Jahren stattfinden wird, vorausgesetzt, der Personalstand bleibt auf gleichem Niveau erhalten. (Personalstandsausweitungen, wie sie sich durch geänderte Arbeitszeitbedingungen ergeben würden (z.B. vermehrte Teilzeitmodelle), sind hier natürlich nicht berücksichtigt).

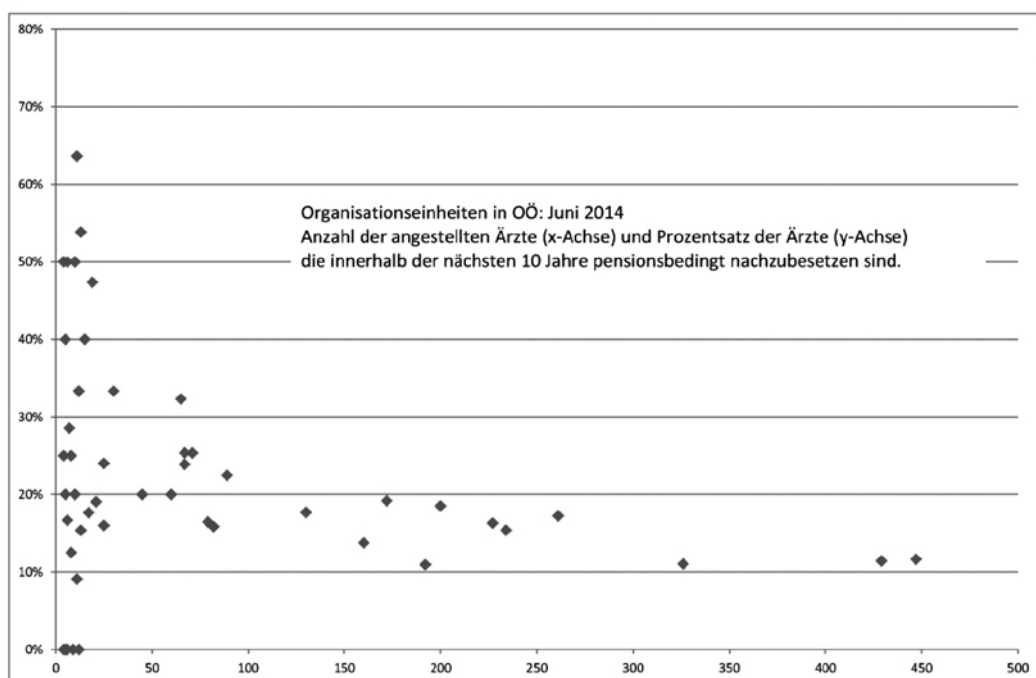


Abbildung 18: Prozentueller Ersatzbedarf (in den nächsten 10 Jahren) und Organisationsgröße (AM/FA/TA)

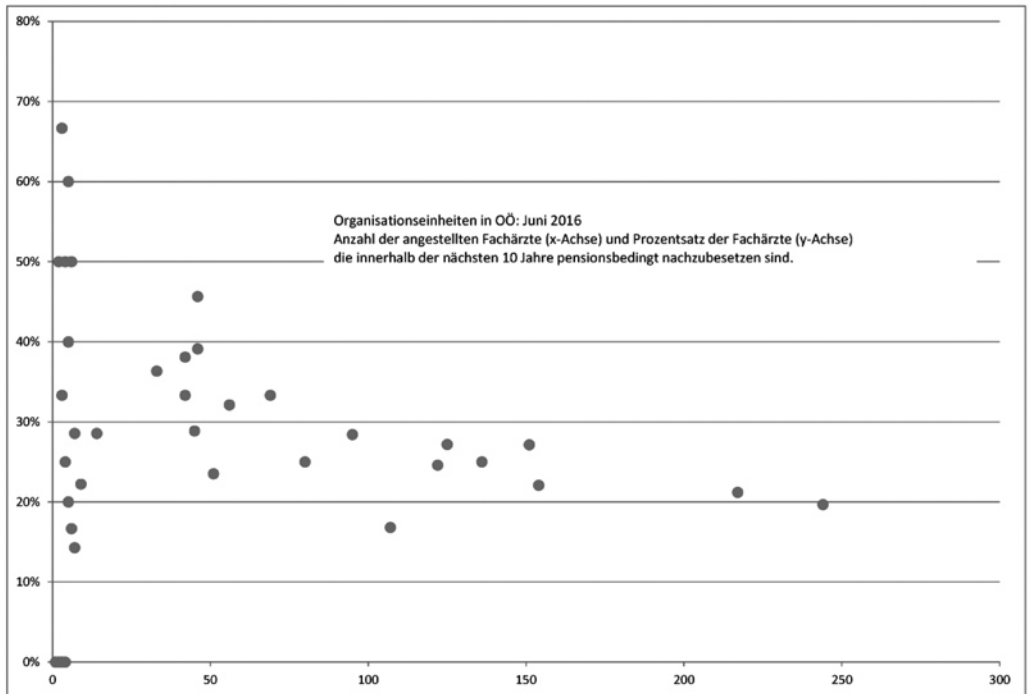


Abbildung 19: Prozentueller Ersatzbedarf (in den nächsten 10 Jahren) und Organisationsgröße (FA)

Wie sich zeigt, bewegen sich die großen Häuser (100 oder mehr beschäftigte Ärzte) tendenziell im Korridor zwischen 10 und 20 % Ersatzbedarf. Reduziert auf die Fachärzte liegt dieser Korridor des Ersatzbedarfes zwischen 20 und 30 % (für Organisationseinheiten mit 50 oder mehr angestellten Fachärzten).

Etwas schwieriger könnte die Situation für kleinere Häuser werden, da hier teilweise höhere prozentuelle Ersatzquoten nötig sein werden, wie die Grafik zeigt. Teilweise gibt es aber auch kleine Einheiten mit einem im Schnitt sehr jungen „Personal“. Dies liegt am Leistungsbereich (Arbeitsmedizinische Zentren, die hohe Mobilität erfordern), oder die Standorte haben eine Personalverjüngung schon hinter sich. Vom Personalersatz her betrachtet, sind dies im Einzelfall zwar je Haus nur einige wenige Ärzte, die sich auch über einen großen Zeitraum verteilen, aber in Summe bedingt dies doch etwa 630 Ärzte (nur für Oberösterreich), die nachbesetzt werden müssen.

11. Gesundheitsmärkte

Je nach Betrachtungsweise (und politischer Orientierung) wird dem österreichischen „Gesundheitsmarkt“ jeweils ein mehr oder weniger hoher Planungsgrad oder Planungslosigkeit unterstellt. Doch ist der Gesundheitsmarkt wirklich „ein“ Markt? Während dem öffentlichen Gesundheitswesens in vielen Fällen der Markt-begriff abgesprochen bzw. ein Marktversagen postuliert wird, wird gleichzeitig von anderer Seite ein zweiter Gesundheitsmarkt propagiert. Ohne sich hier in wirtschaftspolitischen Systemüberlegungen zu verlieren, kann festgehalten werden, dass – wenn es um die Produktionsmittel des Gesundheitsbereiches und insbesondere das Humankapital geht – die Grenzen überaus fließend sind und ein und dieselbe Organisationseinheit oftmals gleichzeitig in beiden „Märkten“ operiert. Somit sind immer auch die Produktionsmittel nahezu ohne Widerstand von einem in den anderen Bereich transferierbar bzw. permanent schon in beiden Bereichen präsent. So wie die einzelnen Versorgungsstrukturen an sich für die Patienten durchgängig sind¹⁶, sind sie es auch für die Produktionsmittel. Das flexibelste Produktionsmittel ist aber die Arbeitskraft.

Dies bedeutet aber auch, dass beide Märkte – dort, wo sie als Arbeitgeber und Leistungserbringer und damit als Nachfrager nach Arbeitskraft auftreten – zwangsweise in ein Konkurrenzverhältnis treten (müssen).

Und damit steht der Konkurrenzsituation zwischen zwei Ärzten, die sich um eine Stelle bemühen, auch die Konkurrenz der Arbeitsstellen, die sich um einen Arzt bemühen, gegenüber. Damit haben wir aber auch die klassischste aller Marktsituationen, die zwar nicht so manchem idealen volkswirtschaftstheoretischen Marktmodell entspricht (vollkommene Information, homogene Güter, freier Marktzutritt etc.), die aber die gesamte Bandbreite betriebswirtschaftlicher Herangehensweise an Markt- und Konkurrenzsituationen bietet. Die spannende Frage wird hingegen sein, wer in dieser Marktsituation eher in der Situation des Mangels sein wird, der Anbieter von ärztlichem Humankapital (also die Ärztinnen und Ärzte) oder die Nachfrager nach derselben (die Spitalsträger), also die Frage, ob es ein Anbieter- oder ein Nachfragemarkt ist oder sein wird. Für den einzelnen betroffenen Arzt verändert sich dabei die Kernfragestellung seiner Arbeits- und Lebensplanung von „*Wer nimmt mich?*“ hin zu „*Welche Stelle nehme ich?*“.

Die Transformation des Systems von der Ärzteschwemme zum Ärztemangel bedeutet vor allem auch, dass sich in der Theorie wenigstens die Arbeitsbedingungen des knappen Humankapitals verbessern müssten, vorausgesetzt das

¹⁶ Regionale Mobilität und entsprechende Selbstleistungsbereitschaft und -fähigkeit vorausgesetzt.

Instrumentarium der Träger ist ausreichend flexibel, um marktkonform mit der Mangelsituation umzugehen und so die (wenigen) Arbeitskräfte so zielgerichtet zu umwerben, um Quantität und Qualität der Versorgung zu gewährleisten. Reagieren die Träger nicht situationsadäquat oder zu langsam und intensivieren damit den Arbeitsdruck auf reduzierte Personalkapazitäten, werden sich die Personalströme – je nach herrschenden Leidensdruck – vorzeitig zu den attraktiveren (bzw. weniger unattraktiven) Dienstgebern verlagern. Zum Problem des Personalsatzes tritt dann das Problem der Personalfucht hinzu, und die Entwicklung zum manifesten Mangel beschleunigt sich.

12. Mittendrin im Ärztemangel – Ergebnisse einer Milchmädchen- rechnung

Wie oben ausgeführt, muss man im ärztlichen Arbeitsmarkt vermehrt von einer regionalen und strukturellen Mobilität der Ärzte ausgehen, d.h. von der Möglichkeit, gleichzeitig oder wechselweise im ersten und zweiten Gesundheitsmarkt zu operieren. Modellberechnungen stehen damit immer vor dem Problem, dass tatsächliche Entwicklungen zu einem hohen Grade von zukünftigen multidimensionalen motivationalen Entscheidungen abhängig sind, die sich – auch bei gut erhobener Lage zu den Absichten – schwer in haltbare Prognosen umrechnen lassen. Deshalb sei hier eine sehr vereinfachte Berechnung vorgestellt:

Im Zuge dieser Betrachtung wurden die aktiven Ärzte in Österreich fachspezifisch in einjährige Altersklassen unterteilt und wiederum jener Teil ermittelt, der 55 Jahre oder älter ist und damit in den nächsten 10 Jahren pensionsbedingt zu ersetzen ist. Dieser Zahl wurde die Anzahl der Fachneuerkennungen gegenübergestellt (Mittelwert der letzten fünf Jahre). Die Ergebnisse zeigt Tabelle 4:

	Anzahl der Ärzte die ak- tuell 55 Jahre oder älter sind	Ersatzbe- darf (im Schnitt pro Jahr)	Jahresmit- tel-wert der Neuan-er- kennungen	Delta
ANÄSTHESIOLOGIE	823	82,3	87,2	4,9
ARBEITSMEDIZIN	61	6,1	3,0	-3,1
AUGENHEILKUNDE	335	33,5	31,0	-2,5
CHIRURGIE	601	60,1	50,0	-10,1
FRAUENHEILKUNDE	698	69,8	52,6	-17,2
HNO	224	22,4	18,6	-3,8
DERMATOLOGIE	255	25,5	23,8	-1,7
INNERE MEDIZIN	1362	136,2	158,8	22,6
KINDERHEILKUNDE	470	47,0	46,8	-0,2
LUNGENKRANKHEITEN	181	18,1	15,6	-2,5
MED. CHEM. LABORDIAG.	111	11,1	7,6	-3,5
MKG-CHIR.	55	5,5	9,4	3,9
NEUROCHIRURGIE	58	5,8	8,6	2,8
NEUROLOGIE	308	30,8	44,0	13,2
NUKLEARMEDIZIN	31	3,1	7,8	4,7
ORTHOPÄDIE	326	32,6	39,0	6,4
PATHOLOGIE	135	13,5	9,6	-3,9
PHYSIKALISCHE MED.	105	10,5	13,0	2,5
PLASTISCHE CH.	51	5,1	7,8	2,7
PSYCHIATRIE	548	54,8	49,6	-5,2
RADIOLOGIE	419	41,9	44,8	2,9
STRALENTH.RADIOONK.	40	4,0	8,0	4,0
UNFALLCHIRURGIE	385	38,5	45,0	6,5
UROLOGIE	210	21,0	18,0	-3,0

Tabelle 4: Ersatzbedarf und Nachwuchs – einfach Rechnung ausgewählter Fachgruppen

Es gibt also Fachbereiche, bei denen die jährlich neu hinzukommenden Ärztinnen und Ärzte (im Schnitt) weniger sind als jene, die mit großer Wahrscheinlichkeit ihre Tätigkeit einstellen werden. Damit wird sich Mangel zuerst als struktureller Mangel in einzelnen Bereichen zeigen. Aber auch dort, wo ein Plus davor steht, sind die Werte zumeist sehr knapp. Außerdem misst diese Methode nur, ob mit der inländischen Ausbildungsperformance der Status quo erhalten werden kann. Veränderte Bedürfnisse durch externe Faktoren (alternde Bevölkerung, Frauenanteil, Nachholbedarf, geänderte Arbeitszeitmodelle) sind hier natürlich nicht berücksichtigt, ebenso wird weitreichende strukturelle und regionale Mobilität unterstellt. Einwandernde Ärzte sind hier noch nicht berücksichtigt. Betrachtet man die letzte Gruppe etwas genauer (s.o. 2013: 230 Ärzte), so stellen innerhalb dieser Gruppe die Fachrichtungen Anästhesie, Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie, Kinderheilkunde und Innere Medizin die größten Fachgruppen dar und ergeben zusammen (wie auch bereits in den Vorjahren) rd. 60 % der einwandernden berufsberechtigten Ärzte. 4 dieser 6 Fachrichtungen sind in obiger Tabelle grau unterlegt. Dies kann als Indiz eines jetzt bereits fachspezifischen Bedarfes angesehen werden, der das Potential hat, ein Mangel zu werden.

13. Zusammenfassung

Wie obige vereinfachte Rechnung zeigt, erscheint in der Gesamtbetrachtung innerhalb der nächsten 10 Jahre eine Situation sehr wahrscheinlich, in der der Ersatzbedarf in weiten und wichtigen Bereichen größer sein wird als der aktuell absehbare Zustrom durch innerösterreichische Ausbildung oder Zuwanderung aus dem Ausland. Diese Problematik wird sich zwangsweise in einem (öffentlich wahrgenommenen) Ärztemangel manifestieren. Wo genau dieser stattfinden wird, ist meiner Meinung nach noch offen, denn das Match ist noch am Laufen und wie sich zeigen wird, haben die einzelnen Player darin ganz unterschiedliche Karten.

Wenn das Angebot an Arbeitskraft (Stellenwerber) geringer ausfällt als das Angebot an offenen Stellen, rückt die Konkurrenz der Stellenanbieter in den Vordergrund. Aus der Sicht der peripheren Spitäler stellen sich damit die folgenden Fragen: „*Wer ist meine Konkurrenz im Wettlauf um die besten Arbeitskräfte?*“ – „*Was sind meine Konkurrenzvorteile und meine Konkurrenznachteile?*“

Der öffentliche und der private Sektor: Ausgehend vom leistungsbereichsspezifischen Patientenverhalten und der damit einhergehenden Nachfrage und Zahlungsbereitschaft, zeigen sich diese Sektoren dann oft mit sehr unterschiedlichem Finanzierungshintergrund und haben damit auch völlig unterschiedliche Sogwirkung auf die Arbeitskräfte, sich in dem einen oder anderen Bereich zu etablieren. Je nach Setting können diese Bereiche dann entweder symbiotisch wirken oder sich gegenseitig ausschließen. Oder um die Sache polemisch zu überzeichnen: „Viele Ärzte in Schönheitskliniken, die durch eine kleine aber zahlungskräftige Privatpatientenklentel finanziert werden, gehen dem öffentlichen Gesundheitssektor auch ab.“ Durch die Möglichkeit des „Zuverdiensts mit privatmedizinischer Leistung“ werden Ärzte eher jene Stellen wählen, die ihnen diese Möglichkeiten bieten oder erlauben. Periphere Spitäler haben aber oft den Nachteil, dass es dafür im unmittelbaren Umfeld des Standortes (noch) keinen Markt gibt (weniger Einwohner, weniger Zahlungskraft, anderes Anspruchsverhalten). Konsumenten ändern sich jedoch und dadurch können heute „schlechte Standorte“ morgen ein „großes ungenutztes Potential“ aufweisen.

Die Medizin wird weiblich: Ärzte, die heute in Pension gehen, sind überwiegend männlich und stehen einer Gruppe potentieller Nachfolger gegenüber, die überwiegend weiblich ist und (aufgrund familiärer Situationen) andere Anforderungen an ihren Arbeitsplatz stellt, sowohl was interne Faktoren (Arbeitszeitmodelle) aber auch externe Faktoren (Kinderbetreuungsmöglichkeiten, verkehrstechnische Anbindung, schulische Umgebung) betrifft. Auch hier haben periphere Spitäler zumeist einen Standortnachteil, weil die geografische Lage zumeist das Anpendeln erschwert und sich die verkehrstechnische Anbindung vollkommen dem Einflussbereich des Trägers entzieht. Dort, wo es Investitionen in die öffentliche Verkehrsinfrastruktur gibt, läuft es zumeist in die Richtung, urbane Zentren noch schneller zu verbinden (ÖBB-Weststrecke), die Erschließung der Peripherie hingegen wird von den großen Verkehrsunternehmen zurückgefahren und kleinen privaten Unternehmen überlassen.

Ärzte sind bei **Zeitpunkt der Erlangung ihrer Berufsberechtigung** (AM: etwa 33 Jahre, FA zwischen 36 und 39 Jahre) im Vergleich zu anderen Berufsgruppen eher „alt“ und befinden sich dann schon in einem Lebensabschnitt, in dem man eher schon „gesettlet“ ist, entsprechende Ansprüche an Arbeitsplatz und Entlohnung hat und vermutlich auch diverse Bereitschaften (Nachtdienste, Überstunden, regionale Mobilität) reduzieren möchte. Periphere Spitäler haben damit oft den Nachteil, dass neu aufzunehmende Ärzte selten in der Umgebung wohnen. Periphere Spitäler tun sich also schwer, Ärzte zu suchen, die sie noch nicht haben. Deshalb kann es sich auszahlen, viel Energie in die gute Ausbildung der Ärzte zu investieren, um eine höhere Personalbindung zu erreichen. Durch die zurückliegende Ärzteschwemme scheinen periphere Einheiten ein wenig profitiert

zu haben, weil viele Ärzte lieber gleich in der Peripherie anfangen wollten als im Zentrum zu warten.

Österreich ist keine Insel: Blickt man über die Landesgrenzen, so ist im deutschsprachigen Ausland (D, CH) ein Ärztemangel manifest. Damit fallen „Gastarbeiter-ärzte“ als Notfallalternative aus. Vielmehr wird Deutschland damit auch als Konkurrent heimischer Spitalsträger auftreten und personelle Ressourcen abziehen. Bei der Größe Deutschlands nicht gerade eine beruhigende Perspektive.¹⁷

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass die Entscheidung, sich für eine Stelle (und damit einen Standort) zu bewerben, eine hochkomplexe Entscheidung mit einer Vielzahl von Faktoren ist, wobei dem einzelnen Stellenwerber diese Faktoren nur zum Teil bewusst sind. Dieses Faktorenssetting trifft auf ein Erwartungssetting des einzelnen Arztes, das zunehmend individueller wird. Gleichzeitig vermehren sich auch Indizien eines Wertewandels, der unter dem Schlagwort veränderter Work-Life-Balance auch im Medizin-Arbeitsmarkt Einzug gehalten hat. Wohin dieser Wandel geht, ist noch nicht ganz abzusehen, Konflikte mit dem (noch) vorherrschenden leistungs- und karriereorientierten Wertesystem der Arbeitswelt gibt es allemal.

Aber wo es Konflikte gibt, gibt es auch Potentiale. Und diese gilt es zu nützen. Für alle.

17 Bereits heute arbeiten mehr österreichische Ärzte in Deutschland als deutsche Ärzte in Österreich.