

Die Studien im Einzelnen

CHINI: Der langfristige Bedarf an Absolventen der österreichischen medizinischen Universitäten und seine Auswirkungen auf das Studienplatzangebot für Neustudierende im Bereich der Humanmedizin

Prof. Mag. Dr. Leo W. CHINI, Wirtschaftsuniversität Wien, im Auftrag des Präsidenten der Ärztekammer für Wien, im April 2007

Ärztebedarf:

Ausgangspunkt ist der ärztliche Versorgungsgrad (ohne Zahnmedizin) – so etwas wie eine entsprechend der Morbidität der Bevölkerung nötige Ärztedichte – in Österreich im Jahr 2006. Dieser wird durch alle in der Ärzteliste geführten Ärzte (ohne weitere Bestimmung von Alter, Geschlecht, Art der Beschäftigung, Grad der Versorgungswirksamkeit, Grad der Ausbildung etc.) erreicht und als gut festgesetzt. Von diesem ausgehend werden Prognosen für die Zukunft erstellt.

Unterschieden und quantifiziert wird der Ersatzbedarf durch Pensionierung und der Zusatzbedarf für demographische Veränderungen, Intensivierung medizinische Forschung und Arbeitszeitregelungen.

Ohne Quantifizierung wird angegeben, dass für additive Fächer, Präventionsintensivierung und struktureller regionaler Bedarf ebenfalls Zusatzbedarf entsteht, der jedoch – so die Studie - mangels Zeit oder politischer Entscheidungen nicht quantifiziert werden konnte.

Für den **Ersatzbedarf** durch Pensionierung wird angegeben, dass er auf einer (nicht veröffentlichten) Hochrechnung des tatsächlichen historischen Pensionierungsverhalten beruht. Als Ausgangswert gelten die in der Ärzteliste geführten Quantitäten.

Es wird keine Rücksicht auf die Art der Beschäftigung (angestellt, selbständig oder beschäftigungslos) oder dem Grad der Versorgungswirksamkeit (bei Angestellten Teilzeitbeschäftigung, bei Selbständigen ob Kassenarzt oder Wahlarzt) genommen, sondern ausschließlich „Köpfe“ gezählt. Ob hier Alterstatistiken mitberücksichtigt wurden, ist nicht bekannt, aber anzunehmen, eine Berücksichtigung des Geschlechts ist allerdings auszuschließen.

Für den **Zusatzbedarf**, um der **demographischen Veränderung** Rechnung zu tragen, wird ein Surrogatparameter definiert, der angeblich, nach einer auf altersbezogenen Gesundheitskosten aufbauenden Methode errechnet ist und so die Ärztedichte vorgibt, die nötig ist, um den heutigen Versorgungsgrad aufrecht erhalten zu können. Aufgetragen ist dieser Faktor jedoch linear und kann ohne Angabe der Berechnungsmethode mit demographischen Veränderungen nicht assoziiert werden. Die Zahl der Einwohner pro Arzt wird demnach, um den Versorgungsgrad aufrecht zu erhalten, von 224 im Jahr 2006 auf 194 im Jahr 2030 sinken müssen. Von dieser Zahl und den Prognosen der Bevölkerungsstatistiken wird dann eine Sollzahl eruiert, die den Gesamtbedarf an Ärzte darstellt. Zieht man davon die Zahl der Ärzte des Vorjahres ab, erhält man den Zusatzbedarf pro Jahr.

In wie weit der Surrogatparameter für den Versorgungsgrad aussagekräftig ist, wird nicht diskutiert, sondern axiomatisch postuliert. Weitere Bestimmung von Alter, Geschlecht, Art der Beschäftigung, Grad der Versorgungswirksamkeit, ob ambulant oder stationär etc. der Ärzte werden nicht berücksichtigt. Ebenso finden sich keine Hinweise auf etwaige zukünftige Strukturveränderungen oder Veränderungen des Leistungsspektrums (z.B.: durch Ausbau geriatrischer Medizin, Low-Care-Einrichtungen für Pflegebedürftige, Palliativ- und Hospiz-Wesen, Ausbau der ambulanten/tagesklinischen anstatt der stationären Versorgung, Reduktion der

Krankenhausbetten etc), bzw. die Auswirkung solcher Veränderungen auf die Versorgung.

Für den **Zusatzbedarf** für **Erhöhung ärztlicher Forschungskapazität zur Reduktion der Gesundheitskosten (Intensivierung medizinische Forschung)** - wird arbiträr festgelegt, dass bis 2020 zusätzlich 4000 Ärzte (oder wie an anderer Stelle festgelegt 10% mehr Ärzte) nötig sind. Daher werden ab 2010 pro Jahr zusätzlich 400 Ärzte ausgebildet werden müssen. Warum zu den heute rund 3000 in der Forschung tätigen Ärzte (Universitätsärzte) 4.000 hinzukommen sollen und wo die dann arbeiten wird nicht erläutert.

Für den **Zusatzbedarf** für die **Einhaltung der Arbeitszeitregelung** werden 1000 Ärzte nötig sein, die beginnend mit 2008 über 5 Jahre ausgebildet sein müssen. Wie der Autor auf diese Zahl kommt wird nicht weiter erläutert, ebenso fehlen jegliche Hinweise auf mögliche Strukturveränderungen wie den Ausbau der ambulanten/tagesklinischen anstatt der stationären Versorgung, Reduktion der Krankenhausbetten etc. und deren Auswirkung auf den Ärztebedarf.

In Summe geht der Autor davon aus, dass 2025 49.453 fertig ausgebildete, ärztlich tätige Mediziner nötig sind, um die Bevölkerung zu versorgen. Das entspricht einem Verhältnis von einem Arzt pro 179 Einwohner. (2007 in A: 1 zu 218, D 1 zu 261)

Bis dahin müssen 17.688 Ärzte wegen Pensionierung durch neue Ärzte ersetzt werden, dazu kommen 7.662 wegen demographischer Veränderung, 4.000 für die ärztliche Forschung und 1000 für die Einhaltung der Arbeitszeitregelungen. Zusammen müssen daher 30.350 Ärzte bis zum Jahr 2025 neu Ausgebildet werden müssen. Das sind pro Jahr, beginnend mit 2008 im Schnitt 1.661 Ärzte (mind. 1.412 max. 1.784) die für die Versorgung der Bevölkerung nötig sind.

Studienplatzangebot

Angebotsseitig wird mit mehreren nicht klar nachvollziehbaren Rechnungen festgestellt, dass in der Vergangenheit ausländische Studenten nur zu einem sehr geringen Teil (1,5% der jährlichen Absolventen) nach Absolvierung des Studiums in Österreich als Ärzte tätig werden. Mit weiteren nicht fundierten Analogieschlüssen wird festgestellt, dass die österr. MedUnis nahezu ausschließlich dazu dienen, fehlende deutsche Kapazitäten abzudecken. Für Bedarfsprognosen dürften daher die Studienplätze, die mit ausländischen Studenten besetzt sind, nicht bzw. nur gering berücksichtigt werden. Eine additive Ausweitung der Studienplätze für ausländische Studenten führt daher nicht zu einem Ärzteüberschuss, eine subtraktive Ausweitung der Studienplätze für ausländische Studenten allerdings rasch zu einem Ärztemangel.

In all diesen Berechnungen und Hypothesen wird nicht darauf eingegangen, dass die Zahl der ausländischen Studenten, die nach Absolvierung des Studiums in Österreich als Ärzte tätig werden, gemessen an der Zahl der ausländischen Absolventen etwa 25% betrug. Würde man diese Zahl heranziehen, dann würde eine Ausweitung (subtraktiv oder additiv) auch eine Erhöhung der Zahl der ausländischen Ärzte, die in Österreich arbeiten werden nach sich ziehen. Zudem wird unter anderem nicht festgehalten, wie viele Einbürgerungen es gab und gibt, wie viele Ärzte also im Laufe der Zeit von der „Ausländerliste“ in die „Inländerliste“ übernommen werden, aber auch, wie viele Studenten im Laufe des Studiums eingebürgert wurden und daher zum Zeitpunkt der Beendigung des Studiums als Inländer geführt wurden. In keinem einzigen Absatz wurde darauf eingegangen, ob die Arbeitsplatzchancen und Karriereperspektiven ein wesentliches Motiv für jeden Absolventen – ausländisch oder inländisch - sind, in Österreich zu arbeiten.

Um einen Schluss auf die notwendigen Studienplätze ziehen zu können, wird retrograd vom Ärztebedarf ausgegangen. Die Zahl der pro Jahr etwa 1.600 benötigten Ärzte stellen daher die bedarfsnotwendigen Plan-Absolventenzahlen dar. Diese Zahl ist um die arbiträr angenommene 20%iger Drop-Out-Quote zu mehren, um die Zahl der Studienanfänger-

Plätze zu erhalten. Diese Rechnung führt daher zu 2000 bedarfsnotwendigen Studienanfänger-Plätzen (1.600 „inlandswirksame, bedarfskonforme Plan-Absolventen“ plus 400 Studienabbrecher). Für ausländische Studenten sind zusätzliche Studienplätze zu errichten.

Zusammenfassung und Diskussion:

Die Studie versucht über den prognostizierten Ärztebedarf die nötige Zahl an Absolventen und über diese die nötige Zahl an Studienanfänger-Plätzen zu eruieren. Genaugenommen beschäftigt sich die Studie jedoch nicht mit dem Ärztebedarf, sondern geht von der Zahl an Ärzten 2006 aus und rechnet von dort weiter. Das Jahr 2006 stellt somit für den Autor eine Art „Ausgangsversorgung“ dar, die genau mit der vorhandenen Zahl an Ärzten erreicht werden kann – es also weder Überschuss noch Mangel gibt.

In Summe rechnet der Autor vor, dass 2025 49.453 (2006 36.782) fertig ausgebildete und ärztlich tätige Mediziner nötig sind, um die Bevölkerung zu versorgen. Das entspricht dann einem Verhältnis von einem Arzt pro 179 Einwohner. (2007 in A: 1 zu 218, D 1 zu 261). Bis dahin müssen 17.688 Ärzte wegen Pensionierung durch neue Ärzte ersetzt werden, dazu kommen 7.662 wegen demographischer Veränderung, 4.000 für die ärztliche Forschung und 1000 für die Einhaltung der Arbeitszeitregelungen. Zusammen müssen daher 30.350 Ärzte bis zum Jahr 2025 neu Ausgebildet werden müssen. Das sind pro Jahr, beginnend mit 2008 im Schnitt 1.661 Ärzte (mind. 1.412 max. 1.784) die für die Versorgung der Bevölkerung nötig sind.

Wenn CHINI daher davon ausgeht, dass im Jahr 2025 13.000 Ärzte mehr als 2006 bedarfsnotwendig gebraucht werden, dann geht er offenbar davon aus, dass all diese Ärzte auch versorgungswirksam werden müssen. Das würde bedeuten, dass in den Spitälern dann 19.000 fertig ausgebildete Ärzte (ohne Turnusärzte!!) arbeiten müssten. Das sind im Vergleich zu heute um etwa 8.000 (oder 60%) mehr. Im niedergelassenen (versorgungswirksamen Kassen-) Bereich würden dann 13.000 fertig ausgebildete Ärzte arbeiten müssen. Das ist im Vergleich zu heute um 5.000 (oder 60%) mehr.

Beide Annahmen passen überhaupt nicht zu den vergangenen Entwicklungen und sind aus Versorgungssicht auch nicht nachvollziehbar. Der einzige Grund, in solche Dimensionen zu denken könnte eine versicherungsmathematische Überlegung sein. Da in den 80er Jahren die Zahl der Ärzte im System (also Kassenärzte und angestellte Ärzte gemeinsam) sprunghaft angestiegen ist, und seit Mitte der 90er Jahre die Zahl der angestellten, bzw. niedergelassenen Kassenärzte stagniert (hohe Zuwachsraten gibt es seit dem nur mehr im Bereich der Wahlärzte, die jedoch nur ein geringes durchschnittliches Einkommen haben), kommen die Ärztekammerinternen Sozialsysteme (Wohlfahrtsfonds) in eine demographisch schwierige Situation. Anders ausgedrückt nehmen in naher Zukunft die Nutznießer dieses „Generationenvertrages“ massiv zu, während die Zahler immer weniger werden. Die einzige Chance, diesen Generationenvertrag zu halten, wäre daher, die Zahl der Jungen massiv zu erhöhen. Ob solche Überlegungen der Studie zu Grunde lagen, kann jedoch nicht belegt werden, wie wenn sie auch plausibel klingen.

ARWIG I: Ärztliche Versorgung in Österreich Angebotsanalyse 2005-2030;

ARWIG (Dr. Frank) im Auftrag der Österreichischen Ärztekammer

Ärztebedarf

Bereits in der Einleitung wird festgehalten, dass die Studie sich nicht mit dem eigentlichen Bedarf auseinandersetzt, sondern ausschließlich eine Analyse des Ärzte- Angebots darstellt. Es soll also nicht die Frage des Bedarfs beantwortet werden, sondern, ob mit den verfügbaren Ausbildungsstellen, das jetzige Angebot gehalten werden kann. Ob das Angebot „bedarfsorientiert“ ist oder nicht, kann und soll nicht beantwortet werden. Dementsprechend wird auch keine Antwort auf Bedarfsveränderungen gegeben, sondern der Bedarf als konstant betrachtet.

Ausgangssituation ist der Ärztebestand im Juli 2005, der folgende Quantitäten aufweist:

Gemeldet sind 49.255 Ärzte. Bereinigt um Doppelnennungen und Meldung ob „aktiv“ oder „inaktiv“ bleiben 35.477 Ärzte als berufsausübend übrig. Zahnärzte werden nicht mitgerechnet.

Für den **Ersatzbedarf** durch **Pensionierung** wird angegeben, dass Ärzte mit 65 Jahren in Pension gehen. Als Ausgangswert gelten die in der Ärzteliste geführten Quantitäten.

Es wird keine Rücksicht auf die Art der Beschäftigung (angestellt, selbständig oder beschäftigungslos) oder den Grad der Versorgungswirksamkeit (bei Angestellten Teilzeitbeschäftigung, bei Selbständigen ob Kassenarzt oder Wahlarzt) genommen, sondern ausschließlich „Köpfe“ gezählt.

Diese „Rechnung“ wird für alle Fächer durchgeführt ohne – wie auch in der Studie angeführt – eine etwaigen Veränderungsbedarf (wörtlich wird nur von einem Erweiterungsbedarf gesprochen) zu berücksichtigen.

Studienplatzangebot

Angebotseitig wird sowohl die Ausbildungssituation an den Universitäten, als auch postpromotionell betrachtet. In klar nachvollziehbaren Annahmen, von denen zwar einige arbiträr aber durchaus verständlich sind, werden jährlich Quantitäten errechnet, sowohl für Allgemeinmediziner, als auch Fachärzte. Als Angebots-reduzierend sind sowohl Ausländeranteile als auch „freiwilliges“ Nicht-Eintreten in den Arztberuf eingerechnet.

Zusammenfassung und Diskussion:

Die Studie stellt eine klare Angebotsanalyse dar. Ausgangspunkt ist das Jahr 2005. Die damals verfügbaren berufstätigen Ärzte stellen die Basis dar, die als zu „ersetzend“ angenommen wird. Ob all diese Ärzte bedarfsnotwendig sind, wird nicht geprüft, sondern (durchaus kritisch hinterfragend) als gegeben angenommen. Daher entspricht die Zahl der 2025 notwendigen Ärzte der Zahl, die 2005 vorhanden war (35.447). Das entspräche dann einem Verhältnis von einem Arzt pro 250 Einwohner. Da mehr Ärzte fertig ausgebildet werden, als ersetzt werden müssten, wird angenommen – analog der historischen Entwicklung – dass diese in irgendeiner Form ärztlich tätig werden (angebotsinduzierte Nachfrage!) und daher 2025 41.940 Ärzte (20.401 AM 21.539 FÄ) – also 6.000 mehr als 2006 - berufstätig sein werden. Das entspricht dann einem Verhältnis von einem Arzt pro 211 Einwohner.

Korrigiert man die Zahlen um das Jahr 2005, in dem angenommen wird, dass alle über 65 Jährigen auf einmal in Pension gehen (etwa 1.000 Ärzte sind aktuell auch über 65 noch

aktiv), müssen bis dahin ca. 15.700 Ärzte wegen Pensionierung durch neue Ärzte ersetzt werden. (6150 AM und 9.450 FÄ). . Das sind pro Jahr, beginnend mit 2008 im Schnitt 830 Ärzte (mind. 311 max. 1.416). Die Zahl steigt kontinuierlich entsprechend dem massiven Anstieg der Anzahl der Ärzte in den letzten Jahrzehnten, von denen angenommen wird, sie müssen alle ersetzt werden. Eine Differenzierung nach der Versorgungswirksamkeit der Ärzte oder der Art der Anstellung wird nicht gemacht.

Da die Angebotseite ausführlich dargestellt ist, werden auch hier detailliert Quantitäten dargestellt. Kumuliert werden demnach bis 2025, beginnend mit 2008 19.800 fertig ausgebildete Ärzte (7.600 AM und 12.200 FÄ) dem System zur Verfügung stehen. Das ist um etwa 4.000 Ärzte mehr, als Ersatzbedarf besteht. In dieser Rechnung bereits eingerechnet ist das „Ausbildungsloch“ durch die Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin (durch die Verlängerung der Ausbildungszeit wird es nach Einführung ein bis zwei Jahre keine Allgemeinmediziner geben). Zu einem theoretischen Mangel (die „Produktion“ reicht dann nicht aus, den aktuellen Bedarf zu decken) kommt es ab dem Jahr 2022, bis zu diesem Zeitpunkt wird es jedoch einen Überschuss von mehr als 6.500 fertig ausgebildeten Ärzten, die wohl im Wahlarztsektor unterkommen müssen, geben. Der Mangel von 2022 bis 2025 beträgt kumuliert dann etwa 600 Ärzte, also etwas mehr als 10% des bis dahin angelaufenen Überschusses, der dem „Überschuss“, der vor 2008 produziert wurde (das sind rund 10.000 Ärzte) hinzugerechnet werden muss (2022 in Summe daher 16,500 Wahlärzte als Überschuss).

Die „selbsterkannte“ Schwäche der Studie liegt in der Annahme, dass alle Ärzte zur Versorgung bedarfsgerecht sind und so über kurz oder lang – unabhängig ihres Versorgungsgrades – ersetzt werden müssten. Da in den letzten Jahrzehnten ein Überschuss produziert wurde, der jedoch in den Markt hineingedrängt hat, wurde die Zahl der Ärzte über den Bedarf hinaus vermehrt. Die Annahme, dass nur der IST-Stand ersetzt werden muss und ein zusätzlicher Bedarf nicht thematisiert wurde, dürfte durchaus mit der – allerdings nicht publizierten – Annahme zusammenhängen, dass die Zahl der Wahlärzte bereits eine Reserve darstellt, der im Falle einer Mangelsituation angegriffen werden kann. Um diese Reserve nicht zu verlieren, wurden die bestehenden Wahlärzte mitprognostiziert und zudem die Zahl der fertig ausgebildeten Ärzte, die über dem Ersatzbedarf ausgebildet werden (6.500) dem System „zugeführt“, allerdings eben keine Annahmen über einen Zusatzbedarf gestellt.

Verglichen mit CHINI ist daher auch bei ARWIG I bereits ein erheblicher Zuwachs mit eingerechnet, der jedoch anders als CHINI nicht als bedarfsnotwendig festgehalten wird! Bedarfsnotwendig bleiben bei ARWIG I die 35.477 der Ärzte, die 2005 ärztlich tätig waren. Die Auswirkungen auf die Gesundheitsbudget sind daher deutlich geringer anzunehmen – wie hoch sie sind, dass kann nicht abgeleitet werden, da die Versorgungswirksamkeit der Wahlärzte unbekannt ist.

ARWIG II: Bedarf an Ärztinnen und Ärzten 2007 – 2030

ARWIG (Dr. Frank) im Auftrag der Österreichischen Ärztekammer

Stellt keine Studie dar, sondern ist eine Präsentation für die Ärztekammer. Basis ist offenbar das Simulationsmodell aus ARWIG I, das nun nach verschiedenen Kriterien modifiziert wird. Deklarierendes NICHT-ZIEL ist eine Angabe einer isolierten Zahl, da diese von wesentlichen und zahlreichen Kontextfaktoren bestimmt wäre, über die es keine Information gibt.

Ärztebedarf

Nichtsdestotrotz wird ohne Angabe der Originaldaten (die hier verwendeten Werte wurden aus den in der Präsentation vorgestellten Grafiken händisch abgeleitet!) eine Bedarfsprognose gewagt. In der sog. **Hauptvariante** werden folgende Parameter festgelegt.

- (1) Gesamtsystem der aktiven Ärztinnen und Ärzte
- (2) Versorgungswirksamkeit der Wahlärzte 30 %
- (3) Strukturveränderung im Ausmaß von 10 % Bettenreduktionen intramural
- (4) Keine Aufwertung des „Hausarztes“
- (5) Versorgungsanteil Turnusärzte 50 %
- (6) Keine strikte Auslegung des KA-AZG
- (7) Kein medizinischer Dokumentationsassistent
- (8) Mittlere Bevölkerungsprognose
- (9) Keine Zahnärzte enthalten !!!

In Summe geht der Autor in der Hauptvariante davon aus, dass 2025 etwa 44.000 fertig ausgebildete, ärztlich tätige Mediziner nötig sind, um die Bevölkerung zu versorgen. Das entspricht einem Verhältnis von einem Arzt pro 201 Einwohner.

Bis dahin müssen (beginnend mit 2007) ca. 15.500 Ärzte (aus ARWIG I) wegen Pensionierung durch neue Ärzte ersetzt werden, dazu kommen ca. 7.000 wegen Veränderung, die einen Zusatzbedarf erzeugen sollen. Zusammen müssen daher ca. 22.500 Ärzte bis zum Jahr 2025 neu ausgebildet werden. Das sind pro Jahr, beginnend mit 2008 im Schnitt 1.219 Ärzte (mind. 759, max. 2.038, die Zahlen schwanken jährlich erheblich, ohne dass eine Zeitlogik erkennbar wäre. Aufklärung darüber kann nur durch Publikation des Modells erfolgen) die für die Versorgung der Bevölkerung nötig sind.

Zusätzlich zur Hauptvariante wurden mehrere Varianten dargestellt, deren Abweichung von der Hauptvariante nur unerheblich ist (unter 5%). Einzig die **Variante „strikte Auslegung des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes“** zeigt eine erhebliche Auswirkung: Die Variable (6) der Hauptvariante wurde mit folgenden Parametern verändert:

- (1) 48 Stunden Wochenarbeitszeit
- (2) Keine erweiternden Betriebsvereinbarungen
- (3) Realisierung innerhalb 5 Jahren

In Summe geht der Autor in dieser Variante davon aus, dass 2025 etwa 46.900 fertig ausgebildete, ärztlich tätige Mediziner nötig sind, um die Bevölkerung zu versorgen. Das entspricht einem Verhältnis von einem Arzt pro 189 Einwohner.

Bis dahin müssen (beginnend mit 2007) ca. 15.500 Ärzte wegen Pensionierung durch neue Ärzte ersetzt werden, dazu kommen ca. 10.000 Ärzte wegen Veränderung, die einen Zusatzbedarf erzeugen. Zusammen müssen daher ca. 25.500 Ärzte bis zum Jahr 2025 neu ausgebildet werden. Das sind pro Jahr, beginnend mit 2008 im Schnitt 1.352 Ärzte (mind. 749, max. 1.821, auch hier sind jährlich massive Schwankungen ohne Zeitlogik zu finden) die für die Versorgung der Bevölkerung nötig sind.

Zusammenfassung und Diskussion:

Die Studie versucht über verschiedenen Annahmen den Ärztebedarf zu prognostizieren. Basis dafür ist offenbar ARWIG I. Dargestellt werden mehrere Varianten.

In der Hauptvariante geht der Autor davon aus, dass zu den in ARWIG I ausgewiesenen Ärzten durch die Veränderungen 2025 2.000 versorgungswirksame Ärzte nötig sein werden.

In der Variante „strikte Auslegung des Arbeitszeitgesetzes“ beträgt die Zahl der bedarfsnotwendigen zusätzlichen Ärzte 4.900.

Es ist anzunehmen, dass in der Hauptvariante die Verteilung zwischen intra- und extramural in etwa der heutigen entspricht, sodass im niedergelassenen Bereich etwa 700 (oder 9%) Kassenstellen mehr vorhanden sein müssten und im Spital zusätzlich 1.300 (oder 12%) fertig ausgebildete Ärzte arbeiten würden.

Da die Variante „strikte Auslegung des Arbeitszeitgesetzes“ nur das Krankenhaus betrifft, sind offenbar bei strikter Auslegung des Arbeitszeitgesetzes im Spital, verglichen mit der Hauptvariante zusätzlich 2.900 Ärzte nötig, die man den oben dargestellten 1.300 hinzurechnen muss. Damit würde die Zahl der Spitalsärzte um 4.200 (oder 38%) gegenüber 2006 steigen.

Die den Varianten zugrundeliegenden Variablen sind durchaus plausibel, einzig die Aussage, dass es sich um einen Zusatzbedarf handelt, der nicht aus der in ARWIG I angedeuteten Reserve der Wahlärzte genommen werden kann, ist unverständlich. Anders ausgedrückt, sind die Zuwächse in der Hauptvariante bis 2025 (9% mehr Kassenstellen und 12% mehr fertig ausgebildete Spitalsärzte) plausibel, einzig die Bezugsbasis sollte überdacht werden. Der Anstieg der angestellten Ärzte (Anm.: die Zahl der angestellten, fertig ausgebildeten Ärzte ist zwischen 2006 und 2009 von ca. 11.000 auf 14.000 gestiegen! Eine Folge der Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes! Der Zuwachs von 3.000 angestellten Ärzten entspricht übrigens den von ARWIG geforderten Ärzten!) in den letzten Jahren hat gezeigt, dass es möglich war, Wahlärzte offenbar zurückzuholen, bzw. die Abwanderung von angestellten Ärzten in den niedergelassenen Bereich zu bremsen.

Betrachtet man daher ARWIG I und ARWIG II gemeinsam unter logischen Gesichtspunkten, ist bis auf Weiteres der Zusatzbedarf durch den Wahlarztsektor abzudecken.

ÖBIG Ärztliche Versorgung in Österreich 1995-2015

ÖBIG 1996 im Auftrag des Gesundheitsministeriums

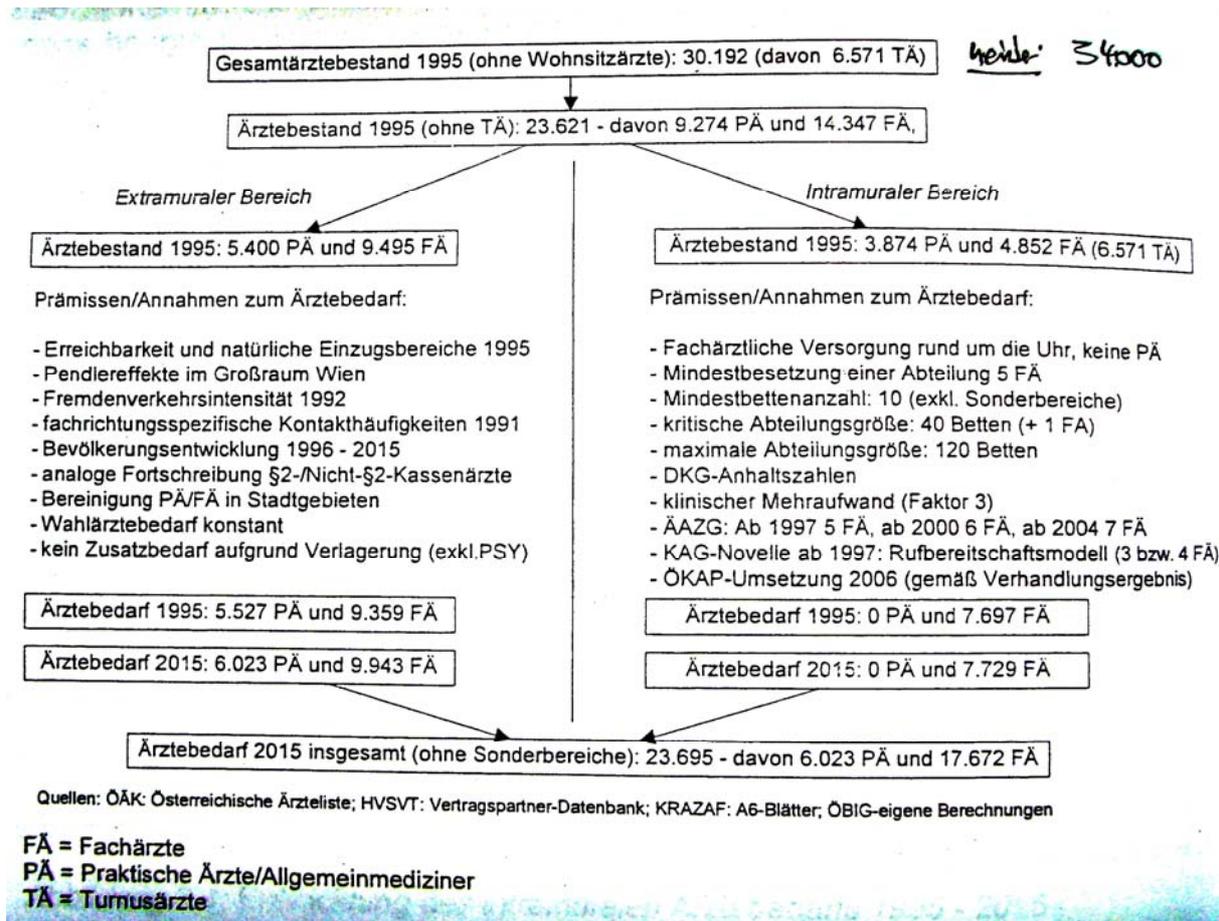
Die Studie zeichnet sich – wie für eine wissenschaftliche Studie nötig – durch eine sehr ausführliche und plausible Methodendarstellung aus.

Eingegangen wird auch auf die Schwierigkeiten der Datenlage, die eine zeitnahe und realitätsnahe Darstellung der IST-Situation kaum ermöglicht. Damit sind insbesondere die unterschiedlichen „Ärztelisten“ gemeint. Herangezogen wurden die Daten der Sozialversicherung, der Ärztekammer und der Krankenanstalten. Diese Zahlen passen in vielen Bereichen nicht zusammen, das es Doppelnennungen und unklare Abgrenzungen gibt. Z.B. werden Ärzte mit abgeschlossener Ausbildung zum Allgemeinmediziner (Jus Practicandi), die im Krankenhaus eine Facharztausbildung absolvieren, in der Ärztekammer als angestellte Allgemeinmediziner geführt, während die Krankenanstalten diese als Turnusärzte führen. Bei Fachärzten, die sowohl ein Angestellten-Verhältnis als auch eine Ordination besitzen, werden andererseits nur als niedergelassene Geführt, sodass die Zahl der angestellten Fachärzte in der Ärztekammerliste nicht mit der Zahl in den Krankenanstaltenstatistiken zusammenpasst. Das ÖBIG führt aus diesem Grund seit längerem eine eigene Liste, die versucht, diese „Unschärfen“ zu bereinigen. Nichts desto trotz wird betont, dass alle Aussagen Schätzungen sind, und darum gebeten, diese Unschärfen durch einheitliche Betrachtungsweisen zu bereinigen!

Ärztebedarfs

Den Bedarfsrechnungen liegen sehr komplexe Modelle zu Grunde, die versuchen möglichst alle damals bekannte Einflussgrößen aufzunehmen. Dem ÖBIG ist bekannt, das die IST-Situation regional sehr unterschiedlich ist. Um eine Prognose zu wagen betrachten es die Autoren als nötig, aus der IST-Situation zuerst eine SOLL-Situation als Ausgangspunkt zu erzeugen. Daher wird anhand der IST-Situation zuerst eine Österreichweite Ärztedichte gerechnet, die dann anhand eines geographischen Informationssystems auf die Regionen umgelegt wird. Es wird also virtuell eine homogene Ärztedichte errechnet, die eine gerechte Zugangsmöglichkeit darstellen soll. Dieses Modell ist jedoch nicht eine einfache Division, sondern ein komplexes Modell, das Erreichbarkeiten und Bevölkerungsdichten ebenso aufnimmt, wie unterschiedliche regionale Bedürfnisse durch Ballungszentren oder Universitätsstandorte etc.

Des Weiteren werden Strukturen und Finanzierungssysteme und ihr Einfluss auf den Bedarf diskutiert.



Faksimile aus ÖBIG Ärztliche Versorgung in Österreich 1995-2015

Für den **Ersatzbedarf** werden fixe „Ausscheidungswerte“ angenommen, die nach Alter und Geschlecht festgelegt werden. Diese Annahmen wurden auf die Ebene der Sonderfächer umgelegt, sodass es pro Jahr und Sonderfach „exakte“ Werte vorliegen.

Um die Frage des **Zusatzbedarfs** zu beantworten wird die Ärzteschaft in die verschiedenen Bereiche, in der sie tätig ist, aufgeteilt, mit dem Ziel, für jeden dieser Bereiche Prognoseüberlegungen anzustellen. Diese Vorgangsweise ist kongruent, da beispielsweise niedergelassene Ärzte als einzelnstehende Unternehmer direkt vom Bedarf abhängen, während Akut-Krankenhäuser bis zu einem bestimmten Grad unabhängig ihres Bedarfs als Vorhalteleistungen betrieben werden müssen. Anders ausgedrückt, wird der Ärzte-Bedarf im stationären Bereich dadurch (mit)definiert, wie viele Krankenhäuser und Abteilungen seitens der Politik gewünscht sind, während im niedergelassenen Bereich die Zahl der Ärzte überwiegend vom Versorgungsbedarf abhängen sollte.

Als Tätigkeitsfelder werden, geordnet nach Sonderfächern, daher grundsätzlich die stationären von den ambulant tätigen Ärzten unterschieden und der ambulante Bereich weiter in die Bereiche Wahl- und Kassen-Ärzte, Spitalsambulanzen, Kassen- und Privat-Ambulatorien unterteilt.

Für den **Kassenbereich** (bestehend aus Kassen-Ärzten und Ambulatorien, Privat-Ambulatorien mit Kassenvertrag) wird festgehalten, dass der konkrete Bedarf durch die Selbstverwaltung festzulegen ist, da der Gesetzgeber verlangt, dass die Versorgung „ausreichend“, und „den örtlichen Verhältnissen angepasst“ sein muss, und „mindestens zwei Vertragsärzte“ (Anm.: pro Sonderfach) der Krankenkassen (Anm.: Kassenärzte) „in angemessener Zeit“

für die Versicherten erreichbar sein müssen. Entsprechend diesem in den §§ 338 und 342 ASVG festgehaltenen Auftrag besteht daher seitens der Selbstverwaltung eine Tradition der bedarfsgerechten Stellenplanung. Da sich seit dem letzten Bericht 1990 die Zahl der Kassenplanstellen kaum verändert hat, wird davon ausgegangen (Anm.: ohne Prüfung, ob diese Situation der Realität entspricht), dass die Versorgungssituation 1995 bedarfsgerecht ist. Von diesem ausgehend wird der Zusatzbedarf gerechnet, der sich im Wesentlichen auf demographische Veränderungen bezieht. Die angedachten Strukturreformen (z.B. Gruppenpraxen) werden diskutiert aber mangels klarer Vorgaben nicht bewertet.

Für den **Wahlarztbereich** kann es entsprechend der Gesetzesgrundlage keinen „echten“ Bedarf geben; er ist vielmehr Ausdruck der Niederlassungsfreiheit der Ärzte und einer Wahlfreiheit für Patienten, denen die finanziellen Eintrittshürden bei Wahlärzten weniger Probleme bereiten, als der Verzicht auf die Wahlfreiheit (aus welchen Gründen auch immer). Der Wahlarztbereich deckt daher einen additiven Bedarf ab, der nicht sinnvoll prognostiziert werden kann. Daher wird der IST-Stand der Wahlärzte fortgeschrieben. Es kommt also sehr wohl zu einem Ersatz- allerdings zu keinem Zusatzbedarf.

Für den **Spitalsbereich** wird angenommen, dass der ÖKAP umgesetzt wird. Als ernsthafte und nicht leicht abschätzbare Irritation wird der bevorstehende Wechsel der Finanzierung – vom KRAZAF zum LKF-Modell – diskutiert, insbesondere dort, wo es zur Verlagerung von stationär zu ambulant kommen könnte. Alle absehbaren Veränderungen, insbesondere die Einführung des Arbeitszeitgesetzes werden bereits eingerechnet, auch der Umgang mit Rufbereitschaft.

In Summe gehen die Autoren davon aus, dass 2015 20.117 (plus 3578 Zahnärzte) fertig ausgebildete, ärztlich tätige Ärzte bedarfsnotwendig sind, um die Bevölkerung zu versorgen (also ohne TÄ, Wohnsitz- und Wahlärzte). Die Zahl der TÄ sollte dem Bedarf angepasst sein. Um mit den anderen Studien vergleichbar zu sein, müsste man 6.500 TÄ und 5.000 Wohnsitz- und Wahlärzte hinzuzählen, sodass 2015 ohne Zahnärzte etwa 31.500 Ärzte zur Verfügung stehen sollten. Das entspricht einem Verhältnis von einem Arzt pro 281 Einwohner. (2007 in A: 1 zu 218, D 1 zu 261).

Das Angebot an fertig ausgebildeten Ärzten wird jedoch mit 38.600 (plus 4275 Zahnärzten) diese Zahl bei weitem überflügeln! Die Differenz von etwa 7.500 Ärzten wird als nicht bedarfsnotwendig, ein additives Angebot im Wohnsitz- und Wahlarztsektor anbieten müssen.

Neben dem Ersatzbedarf, der mit denen der ARWIG-Studie vergleichbar ist, sind im Prognosezeitraum 1000 zusätzlich Ärzte nötig. Zusammen müssen daher zwischen 2008 und 2015 etwa 5.000 Ärzte neu ausgebildet werden. Das sind pro Jahr, beginnend mit 2008 im Schnitt 621 Ärzte (mind. 472, max. 763; dabei ist entsprechend der historischen Entwicklung eine starke Dynamik zu beobachten).

Studienplatzangebot

Angebotseitig werden sowohl die Ausbildungssituation an den Universitäten, besonders aber die postpromotionell Ausbildungssituation betrachtet. Pro Sonderfach werden Vorschläge gemacht, wie diese Ausbildungskapazitäten angepasst, meist reduziert, werden sollen um bis 2015 einen Steady State zwischen Angebot und Bedarf herzustellen.

Da es lange Wartezeiten auf eine postpromotionelle Ausbildung gab und die Zahl der Studienbeginner und Absolventen zyklisch schwankt (es gab damals noch keine Begrenzungen an den Universitäten) wurde für den gesamten Prognosezeitraum angenommen, dass die Zahl der Absolventen immer groß genug sein wird, alle Ausbildungsstellen zu besetzen. Dies umso mehr, als im Bericht mehrfach und ausdrücklich darauf hingewiesen wird, dass, wenn die Zahl der Ausbildungsstellen nicht rasch reduziert wird, die Zahl der „überschüssigen“ Wahlärzte“ explodieren wird.

Zudem ist festzustellen, dass die Ausbildungsstellen zwischen FA und AM durch den Ausbau der Turnusstellen für AM immer stärker in ein Ungleichgewicht geraten. Die (Un)Sitte, dass Ärzte erst dann eine Ausbildungsstelle zum FA erhalten, wenn sie davor den Turnus abgeschlossen haben, wird weiter zunehmen. Das verlängert allerdings die Ausbildungszeit unnötig (die Länge der Ausbildungszeit ist ein nicht unerheblicher Parameter bei der Prognose, ob ausreichend Ärzte vorhanden sein werden! Daher „versteckt“ diese künstliche Verlängerung zu einem nicht unerheblichen Teil den Überschuss an Absolventen). 1996 stehen 1420 fertig ausgebildeten AM nur 660 Facharztausbildungsstellen zur Verfügung! Da aber nur ein Bruchteil davon eine Kassenarztstelle erhalten kann, wird es zunehmend mehr AM im Wahlarztbereich geben.

Interessantes Detail: es wird 1995 postuliert, dass in Folge der zyklischen Bewegung der Studienbeginner die Wartezeiten auf einen Turnus zum AM 2008 verschwunden sein werden! – eine Erfahrung, die wir machen konnten und über die Güte der Prognose einiges aussagt!

Zusammenfassung und Diskussion:

Die ÖBIG-Studie ist eine wissenschaftliche Studie, die methodisch gut erklärt ist und auf einem komplexen Modell aufbaut. Die vielen Variablen lassen eine Fortschreibung über den Prognosezeitraum nicht zu, da die einzelnen Parameter zwar bekannt sind, aber das Modell nicht so detailliert beschrieben wurde, dass es nachrechenbar wird.

In Summe gehen die Autoren davon aus, dass 2015 20.117 (plus 3578 Zahnärzte) fertig ausgebildete, ärztlich tätige Ärzte bedarfsnotwendig sind, um die Bevölkerung zu versorgen (also ohne TÄ, Wohnsitz- und Wahlärzte). Die Zahl der TÄ sollte dem Bedarf angepasst sein. Um mit den anderen Studien vergleichbar zu sein, müsste man 6.500 TÄ und 5.000 Wohnsitz- und Wahlärzte hinzuzählen, sodass ohne Zahnärzte etwa 31.500 Ärzte zur Verfügung stehen. Das entspricht 2015 einem Verhältnis von einem Arzt pro 281 Einwohner. (2007 in A: 1 zu 218, D 1 zu 261)

Die vorhandenen Ausbildungsstellen lassen zu jedem Zeitpunkt einen Überschuss erwarten, der so hoch ausfallen wird, dass den für 2006 prognostizierten bedarfsnotwendigen 19.600 Ärzten ein Angebot von 30.900 fertig ausgebildeten Ärzten gegenübersteht. Die Differenz von 11.300 Ärzten wird im Wahl- und Wohnsitzarzt-Sektor unterkommen. In der Realität wurden es 10.900 (!!!), was über die Güte der Studie einiges aussagt.

Nichts desto trotz wurden einige Parameter herangezogen, die nicht der Realität entsprachen und zu einer Fehleinschätzung geführt haben.

So ist es eine Illusion, dass 100% der Ausbildungsstellen besetzt sind. Wie man in den anderen ÖBIG- Studien erfährt, kann man nur von 80% ausgehen. Das reduziert natürlich das Angebot. Weiters wurde die Ausscheiderate maßgeblich vom Alter bestimmt, die jedoch nicht für jedes Fach erhoben, sondern generell festgelegt wurde. Jene Fächer, die eine hohe Arbeitsbelastung und geringe Niederlassungsmöglichkeiten bieten (insbesondere die Anästhesie!) haben mit deutlich niedrigeren Auscheidealtern zu kämpfen. Wenn zudem all diese Ärzte zuvor eine AM-Ausbildung machen mussten, dann werden diese umso eher ihr Fach verlassen und Wahlärzte für AM werden. Im Fall der Anästhesie, die lt. Studie viel zu viele Ausbildungsplätze hat, führte diese Fehlannahme (Einheitliches Ausscheidealter) zur heute beobachtbaren Unterversorgungssituationen. Nebenbei bemerkt, wurden die ÖBIG-Empfehlungen, wenn überhaupt nur punktuell ernst genommen – was gerade hier allerdings schlecht war.

Ebenfalls nicht realitätsnah ist die Annahme der Ausstattung der Abteilungen mit FÄ. Zwar wurde das Ärztearbeitszeitgesetz bereits berücksichtigt, allerdings ist die Zahl der Ärzte pro Abteilung wohl zu gering angenommen. Im Modell muss beispielsweise eine Abteilung mit Rufbereitschaft und 80 Betten mit nur 4 FÄ auskommen; das ist nicht plausibel, weil die Arbeitsbelastung für den einzelnen zu hoch wäre. Ob die nicht mitgerechneten Turnusärzte (inkl. denen in einer Facharztausbildung) ausreichend Puffer darstellen, diese Annahme Realität werden zu lassen, ist fraglich. Um so mehr, als dass in Verkennung der Situation, die Reformen zwischen 1995 und 1997 (LKF-Einführung und Rückzug der Krankenkassen aus den Spitalsambulanzen) einen massiven Anstieg der Ambulanzpatienten nach sich gezogen haben, die Ambulanzen aber mit der Ärzteschaft der Stationen „mitbetreut“ hätten werden sollen.

Nichts desto trotz, zeigen die heutigen Erfahrungen, dass die Prognosen ausgesprochen gut sind!

ÖBIG Qualität der ärztlichen Versorgung in Österreich

ÖBIG 2000 im Auftrag des Gesundheitsministeriums

Wesentliche Aufgabe war es, die Daten seit der letzten Prognose zu aktualisieren und den Prognosezeitraum auf 2020 auszudehnen. Methodisch wird daher viel aus der vorangegangenen Studie übernommen. Kritisch wird festgestellt, dass nur wenige Empfehlungen, insbesondere jene, die eine Anpassung der Ausbildungsplätze betrafen, übernommen wurden. Zwar ist der Anteil der Turnusärzte, der 15 Jahre lang konstant bei etwa 23 Prozent lag, in den Jahren 1995 bis 1999 abrupt auf etwa 16,5 Prozent gesunken, wobei auch die Gesamtanzahl der Turnusärzte von rund 6.700 auf rund 5.600 in diesem Zeitraum zurückgegangen ist, aber es wurden bei der Betrachtung der einzelnen Fächer oft dort Kapazitäten ausgebaut, die bereits 1995 deutlich über dem Bedarf lagen (z.B.: innere Medizin). Diese Ausbildungsstellen wurden jedoch nicht „abgebaut“, sondern, dem Langzeittrend entsprechend, in fixe Stellen umgewandelt.

Besonders auffällig in der Studie ist, dass auf Jahresbezogene Aussagen verzichtet wird und nur mehr 5-jährige Summen dargestellt werden. Damit wurde die Scheingenaugigkeit der ersten Studie abgestellt.

Ärztebedarf

Aufbauend auf dem Modell ÖBIG 1995 werden die Bedarfsprognosen errichtet. Einige Parameter haben sich geändert. Von besonderer Bedeutung dabei ist neben der höheren Beschäftigung in den Spitälern (das LKF-Modell hat zu einer Zunahme an Patienten und Ambulanzfällen geführt), vor allem die steigende Zahl der Wahl- und Wohnsitzärzte, die pro Jahr um 500 stieg.

Da für eine weitere Prognose offenbar der Wahlarztbereich immer wichtiger wird (das Modell sieht vor, die Anzahl der Wahlärzte zum Zeitpunkt der Prognose fortzuschreiben – wenn jedoch dieser Bereich zwischen den Prognosen so stark wächst, verzerrt er das Ergebnis, andererseits kann wegen fehlender Erkenntnisse aus diesem Bereich auch keine „Festlegung auf eine fixe Zahl“ erfolgen), wird diesem Aspekt eine besondere Bedeutung zugemessen. Die Autoren halten dazu fest, dass:

„der rasch angewachsene **Wahlarztsektor** (1990: 2.935, 1995: 3.843, 2000: 5.471) in einem erheblichen Anteil aus Ärzten besteht, die zwar eine Tätigkeit in der von der Sozialversicherung getragenen ambulanten oder in der stationären Versorgungsstruktur anstreben, aber wegen des Überangebots an Ärzten keine entsprechende Jobchance vorfinden.

Die ökonomische Tragfähigkeit des Wahlarztsektors ist auch durch den Umstand begrenzt, dass über 99 Prozent der österreichischen Bevölkerung sozialversichert sind und damit einen von direkten Zahlungen weitgehend befreiten Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Eine weitere Restriktion resultiert aus der im ASVG getroffenen Regelung, dass der Patient die von einem Wahlarzt ausgestellte und bereits beglichene Honorarnote zwar bei seinem Versicherungsträger einreichen kann, aber nur 80 Prozent des Kassentarifs zurückerstattet bekommt. Die Höhe des Honorars kann vom Wahlarzt aber nach eigenem Ermessen festgelegt werden, also auch über dem für die betreffende Leistung vorgesehenen Kassentarif zu liegen kommen und damit für weite Kreise der Bevölkerung ein Zugangshemmnis darstellen.

Im Wahlarztsektor sind außerdem traditionellerweise viele Fachärzte tätig, die bereits durch ein Arbeitsverhältnis im stationären Bereich ökonomisch gut abgesichert sind. Diese Ärzte decken einen Teil der privaten Nachfrage ab, ohne von der Tragfähigkeit ihrer Privatordination existenziell abhängig zu sein. Sie unterliegen daher auch nicht einem etwaigen Verdrängungswettbewerb und wirken als eine die Jobchancen im Wahlarztsektor einschränkende Konstante.

Diese für eine weitere Ausweitung des Wahlarztsektors insgesamt ungünstige Situation ist die Begründung dafür, dass in der Bedarfsberechnung die Komponenten „Wahlärzte“ für den gesamten Prognosezeitraum gleichbleibend auf dem Stand des Jahres 2000 (5.471 Wahlärzte) festgeschrieben wurde und das über diesen so definierten Gesamtbedarf hinausgehende Ärzteangebot als „Überangebot“ ausgewiesen wird.

Um Missverständnissen vorzubeugen, ist festzuhalten, dass die Beibehaltung der Anzahl der Wahlärzte qualitativen Argumenten folgt und - mangels empirischer Belege - nicht auf eine differenzierende Einschätzung (Versorgungswirksamkeit, Versorgungsnotwendigkeit, Wirtschaftlichkeit, Nachfrageentwicklung bezüglich solcher komplementärmedizinischen Leistungen, die im Sozialversicherungssystem nicht angeboten werden, etc.) Bezug nehmen kann.

Die „Willkürlichkeit“ dieser Festlegung wirkt aber - ausgleichend - in beide Richtungen: einerseits ordnet sie jeden weiter hinzukommenden Arzt „ungeprüft“ dem Überangebot zu, andererseits ist nicht auszuschließen, dass sich unter der fortgeschriebenen Anzahl an Wahlärzten bereits solche befinden, die aufgrund mangelnder Nachfrage mit Existenzschwierigkeiten zu kämpfen haben und in diesem Sinne dem Überangebot zuzurechnen wären. Experten weisen in diesem Zusammenhang auf eine „beginnende Verelendung“ einzelner Bereiche der Ärzteschaft hin.“

Im **Spitalsbereich** werden die Strukturen, wie sie im ÖKAP vorgeschlagen werden beibehalten.

In Summe gehen die Autoren davon aus, dass 2020 ca. 22.500 (plus ca. 3600 Zahnärzte, die diesmal nicht extra ausgewiesen werden) fertig ausgebildete, ärztlich tätige Ärzte bedarfsnotwendig sind, um die Bevölkerung zu versorgen (also ohne TÄ, Wohnsitz- und Wahlärzte). Die Zahl der TÄ sollte dem Bedarf angepasst sein. Um mit den anderen Studien vergleichbar zu sein, müsste man 6.000 TÄ und 6.700 Wohnsitz- und Wahlärzte hinzuzählen, sodass ohne Zahnärzte etwa 35.200 Ärzte zur Verfügung stehen sollten. Das entspricht einem Verhältnis von einem Arzt pro 252 Einwohner. (2007 in A: 1 zu 218, D 1 zu 261)

Studienplatzangebot

In der Studie wird keine Aussage zum Studienplatzangebot gemacht, wohl aber das erste Mal Bezug genommen auf das zweistufige Ausbildungssystem. Festgehalten wird, dass also das Angebot nicht nur durch die Universitäten, sondern, getrennt davon, auch durch das postpromotionelle Angebot bestimmt wird.

Angebotsseitig werden daher zwei getrennte Rechnungen dargestellt:

Annahmen zur promoventenorientierten Angebotsprognose

Folgende Annahmen sind für die promoventenorientierte Angebotsprognose bestimmend:

- Der Zustrom von Promoventen der Studienrichtung Medizin in die postpromotionelle Ausbildung wird für den gesamten Prognosezeitraum mit 1.100 Promoventen pro Jahr angesetzt (Anm.: das entspricht dem damaligen Durchschnitt zwischen 1995 und 1999).
- Es wird angenommen, dass 90 Prozent der zur Verfügung stehenden Sonderfachausbildungsstellen nach folgendem Schlüssel besetzt werden: Fünf Prozent direkt durch Promoventen, die über keine postpromotionelle Ausbildungszeiten verfügen (Ausbildungsdauer: sechs Jahre), 25 Prozent durch Ärzte, die bereits das „ius practicandi“

in Allgemeinmedizin erlangt haben (durch Anrechnung reduzierte Ausbildungszeit: fünf Jahre, Verweildauer in der postpromotionellen Ausbildung insgesamt: acht Jahre) sowie 70 Prozent durch in Ausbildung zum Allgemeinmediziner stehende Turnusärzte (Ausbildungszeit: sechs Jahre, Verweildauer in der postpromotionellen Ausbildung insgesamt: acht Jahre).

- Die Anzahl der Ärzte, die die postpromotionelle Ausbildung mit dem „ius practicandi“ in Allgemeinmedizin abschließen (Ausbildungsdauer: drei Jahre), entspricht damit jener Teilmenge der 1.100 Promoventen, die aus Gründen der auf 90 Prozent beschränkten Ausbildungskapazität keinen Eingang in die Facharztausbildung findet.

Annahmen zur **kapazitätsorientierte Angebotsprognose**

Die kapazitätsorientierte Angebotsprognose geht davon aus, dass sämtliche zur Verfügung stehenden Sonderfachausbildungsstellen nach folgendem Schlüssel (wie in der promoventenorientierten Angebotsprognose) besetzt werden: Fünf Prozent direkt durch Promoventen, die über keine postpromotionelle Ausbildungszeiten verfügen (Ausbildungsdauer: sechs Jahre), 25 Prozent durch Ärzte, die bereits das „ius practicandi“ in Allgemeinmedizin erlangt haben (durch Anrechnung reduzierte Ausbildungszeit: fünf Jahre, Verweildauer in der postpromotionellen Ausbildung insgesamt: acht Jahre) sowie 70 Prozent durch in Ausbildung zum Allgemeinmediziner stehende Turnusärzte (Ausbildungszeit: sechs Jahre, Verweildauer in der postpromotionellen Ausbildung insgesamt: acht Jahre). Die Anzahl der Ärzte, für die das „ius practicandi“ in Allgemeinmedizin das Ausbildungsziel darstellt (Ausbildungsdauer: drei Jahre), ist durch jene Ausbildungskapazität in Allgemeinmedizin bestimmt, die nicht durch den „Vorlauf“ (mit oder ohne Erlangen des „ius practicandi“) zur Facharztausbildung gebunden ist.

Durch diese beiden Ansätze kommen zwischen 2005 und 2020 unterschiedliche Zahlen, die unten dargestellt sind (ohne Zahnärzte) zustande.

promoventenorientiertes Angebot AM	promoventenorientiertes Angebot FA	promoventenorientiertes Angebot Gesamt	Kapazitätsorientierte Angebotsprognose AM	Kapazitätsorientierte Angebotsprognose FA	Kapazitätsorientierte Angebot Gesamt	Bedarf AM	Bedarf FA	Turnusärzte ca.	Bedarf Gesamt
12.532	19.406	31.938	17.535	22.088	39.623	6.815	15.636	6.000	28.451

Faksimile aus ÖBIG Qualität der ärztlichen Versorgung in Österreich

Zusammenfassung und Diskussion:

Im Wesentlichen ist die Studie eine Fortsetzung der Studie aus 1995. Größter Unterschied ist einerseits die explizite Betonung des Wahlarztsektors, der aus verschiedenen Gründen tiefer untersucht werden müsste, andererseits die „doppelte“ Berechnung des Angebots (Uni und postpromotionell)

In Summe gehen die Autoren davon aus, dass 2020 ca. 22.500 (plus ca. 3600 Zahnärzte, die diesmal nicht extra ausgewiesen werden) fertig ausgebildete, ärztlich tätige Ärzte bedarfsnotwendig sind, um die Bevölkerung zu versorgen (also ohne TÄ, Wohnsitz- und Wahlärzte). Die Zahl der TÄ sollte dem Bedarf angepasst sein. Um mit den anderen Studien vergleichbar zu sein, müsste man 6.000 TÄ und 6.700 Wohnsitz- und Wahlärzte hinzuzählen, sodass 2020 ohne Zahnärzte etwa 35.200 Ärzte zur Verfügung stehen sollten. Das entspricht einem Verhältnis von einem Arzt pro 252 Einwohner. (2007 in A: 1 zu 218, D 1 zu 261)

Das Angebot bleibt weiterhin weit über dem Bedarf und eine Zunahme des Wahlarztsektors ist zu erwarten.

ÖBIG Ärztebedarf und Ärzteausbildungsstellen 2005 / 2025

ÖBIG 2006 im Auftrag des Gesundheitsministeriums

Vor dem Hintergrund der Arbeiten zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und dem damit verbundenen Paradigmenwechsel (gemeinsame Planung des ambulanten und stationären Versorgungsbereichs) wurde die Methode der Arztbedarfsberechnung radikal umgestellt, da diese jetzt nicht mehr nach angestellten und niedergelassenen Ärzten erfolgen wird, sondern nur mehr in ambulanten und stationären Versorgungskräften berechnet werden soll.

Weiters wird die Diskussion über die Einführung eines FA für AM intensiver. Eine solche Einführung würde massive Auswirkungen auf die Angebotsplanung haben, da die Ausbildungszeiten sich dadurch radikal ändern würden und die Zahl der Facharztausbildungsstellen f. AM erheblich von der der jetzigen „Turnusplätze“ abweichen würde (Facharztausbildungsstellen werden durch die Ärztekammer einzeln bewilligt, während „Turnusplätze“ durch die Spitäler ohne externe Limitation bereitgestellt werden können).

Nicht zuletzt kam es zu legislativen Änderungen, die dazu geführt haben, dass ein „Ansturm“ deutscher Studenten die Universitäten gezwungen hat, Aufnahmebeschränkungen einzuführen. Zudem wurde eine bis heute umstrittenen „Quoten-Regelung für ausländische und inländische Studenten eingeführt.

Diese Veränderungen führten zu einem neuen Modell, dessen Methoden ausführlich erklärt sind.

Ärztebedarf

Das „alte“ Prognosemodell musste, mangels Daten, immer von Köpfen ausgehen und konnte keine Aussagen über die „Versorgungswirksamkeit“ dieser Köpfe machen. Zwar gab es da und dort Hinweise, insbesondere die eigenen Erhebungen bezüglich Inanspruchnahme im Niedergelassenen Bereich, Anhaltzahlen für die Versorgung etc., um Rückschlüsse zu ziehen, aber echte Daten konnten nicht ausgewiesen werden.

Mit den Arbeiten zum ÖSG wurden nun das erste Mal Daten des Hauptverbandes zur Versorgungswirkung der Ärzte im extramuralen Bereich (niedergelassene Ärzteschaft - insbesondere § 2-Kassenärztinnen/ -ärzte, aber auch Sektor der Wahlärzte; selbstständige Ambulatorien - insbesondere Kassenambulatorien, aber auch Ärzte in privaten selbstständigen Ambulatorien bzw. „Instituten“); verwendbar. Im Hauptverband wurden bereits seit Jahren im sogenannten „REGIOMED“ Kassenärzte (Köpfe) in Versorgungsäquivalente umgerechnet. Dabei standen zwei Möglichkeiten der Gewichtung zur Verfügung: (1) gemessen am durchschnittlichen Umsatz und (2) gemessen an der durchschnittlichen Zahl von Patientenkontakten.

Da parallel aus dem stationären Bereich bereits seit langem zu der Anzahl der Köpfe die Vollzeitäquivalente (VZÄ) bekannt waren und diese auf Kostenstellen zugeordnet werden, die entweder stationär oder ambulant versorgen, konnte das erste Mal eine Betrachtung des Bedarfs auf Basis der Versorgungswirksamkeit angedacht werden.

Das Modell wurde daher von Köpfen auf VZÄ umgebaut und nicht mehr zwischen intramural und extramural, sondern zwischen ambulant und stationär unterschieden. Es sei betont, dass der ambulante Bereich neben den niedergelassenen Ärzten auch die Spitalsambulanzen, selbstständigen Ambulatorien, Gruppenpraxen etc., aber auch die tagesklinische Versorgung, umfasst. Alle Angaben, die den ambulanten Bereich betreffen, beziehen sich daher auf alle ambulant tätigen Ärzte und nicht nur auf den niedergelassenen Bereich.

Da nun die Versorgung im stationären Bereich vom ambulanten abgetrennt wurde, war es auch nötig, die Zahl der intramuralen Ärzte neu zu definieren. Dabei wurde der in den

Vorgängermodellen niedrige Wert der bedarfsnotwendigen Ärzte pro Abteilung bereinigt und neue Anhaltszahlen festgelegt. Ein Abteilung kann bis maximal 50 Betten mit einem Dienstrad auskommen und pro 15 Betten wird ein zusätzliches VZÄ nötig. In den Berechnungen ergab sich die Schwierigkeit, die Versorgungswirksamkeit der TÄ anzusetzen, da nun ja nicht mehr „einfach“ in vorgehaltenen Köpfen, sondern in versorgungswirksamen VZÄ gerechnet werden sollte. Erschwert wurde diese Situation dadurch, dass darüber nachgedacht werden musste, wie sich diese Zahl bei Einführung eines FA für AM ändern könnte. Auch eine mögliche Verschiebung zwischen stationär und ambulant musste berücksichtigt werden, da die Zahl der pro VZÄ ambulant behandelbaren Patienten höher liegt, als in einem stationären Setting. Zudem musste eingerechnet werden, in wie weit neue Organisationsformen (sog. Reduzierte Organisationsformen – ROF), die sowohl interdisziplinär als auch mit eingeschränkten Öffnungszeiten operieren können, einen Einfluss auf den Bedarf haben könnten. Alle Probleme der Berechnung wurden diskutiert und die Annahmen ausführlich begründet.

Alle Rechnungen sind auf Sonderfächer runtergebrochen.

Als eine der wesentlichsten Stellgrößen hat sich aber der sogenannte „**Teilzeitfaktor**“ herauskristallisiert.

Wie bereits in den Vorstudien vermutet, gibt es insbesondere im Wahlarztbereich einen sehr hohen Anteil von „Teilzeit-Kräften“, also von Ärzten, die im Vergleich zu VZÄ nur gering versorgungswirksam sind. Konkret wurde festgestellt, dass die mittlerweile rund 10.500 Wahl- und Wohnsitzärzte des niedergelassenen Bereichs im öffentlichen System kaum versorgungswirksam werden (bzw. ihre Versorgungswirksamkeit nicht dargestellt werden kann). Genau genommen entsprechen diese, gemessen an den, den Krankenkassen gemeldeten Kontakten nicht einmal 800 VZÄ. Interessanterweise decken sich die nun zur Verfügung stehenden Daten weitgehend mit den Studienprognosen aus den Vorjahren.

Da es nicht Ziel war, nicht im Rahmen des öffentlichen Systems versorgungswirksame (sowie arbeitslose) Ärzte mitzuprognostizieren, wurden, neben der Variante der Beibehaltung der aktuellen Versorgungswirksamkeit (V.1: bei AM 50%, das heißt, pro VZÄ stehen zwei „AM-Köpfe“ zur Verfügung), eine Variante (V.2) mit geänderter Versorgungswirksamkeit gerechnet. In einer Variante werden Umrechnungs-Schätzwerte von 90 Prozent im stationären Bereich und von 83 Prozent im ambulanten Bereich herangezogen (nach diesen Werten müssen beispielsweise im ambulanten Bereich für die Abdeckung von 1.000 prognostizierten VZÄ 1.205 Ärztinnen/Ärzte ausgebildet werden). Der Faktor im stationären Bereich (90 Prozent) entspricht in etwa der heutigen Realität, der Faktor im ambulanten Bereich (83 Prozent) legt als Annahme, unabhängig von der heutigen Versorgungswirksamkeit, eine Beschäftigungssituation zugrunde, bei der ein Drittel der Ärzte in Teilzeit arbeitet (mit einer Versorgungswirksamkeit von 50 Prozent).

Der **Ersatzbedarf** wird wie in der Vergangenheit gerechnet. Auch wenn es in den einzelnen Fächern deutliche Unterschiede gibt und einige Fächer in Zukunft, unabhängig des Szenarios, sogar weniger Ärzte gebraucht werden als heute, bleibt doch ein Zusatzbedarf bestehen, sodass der Ersatzbedarf auch ohne eine Bereinigung der Köpfe auf VZÄ berechnet werden konnte.

Da insbesondere die Zahl der AM eine sehr niedrige Versorgungsquote, bzw. einen sehr hohen Teilzeitfaktor aufweist, sind hier die Veränderungen bei den Annahmen am dramatischsten. Nur wenn die Versorgungswirksamkeit gleich niedrig wie heute bleibt, dann wird es einen Netto-Zuwachs geben müssen. Sollte es jedoch dazu kommen, dass der Teilzeitfaktor sinkt, kann bis 2025 mit weniger Ärzten der Bedarf gedeckt werden.

Anzahl der Allgemeinmediziner nach Versorgungswirksamkeit bzw. Teilzeitfaktor

Ist 2004 VZA (100% Versorgungswirksamkeit)	5.955
Ist 2004 Köpfe (entspricht 51% Versorgungswirksamkeit)	11.651

Soll 2025 - Köpfe bei einer Versorgungswirksamkeit von 100% 1)	7.037
Soll 2025 - Köpfe bei einer Versorgungswirksamkeit von 83% 2)	8.307
Soll 2025 - Köpfe bei einer Versorgungswirksamkeit von 50% 3)	14.075

1) bedeutet, dass alle Ärzte vollzeit arbeiten

2) bedeutet, dass 66% vollzeit, und 33% teilzeit arbeiten

3) entspricht etwa dem Teilzeitfaktor 2004

Faksimile aus ÖBIG Ärztebedarf und Ärzteausbildungsstellen 2005 / 2025 - bearbeitet

Bei den Fachärzten sind die unterschiedlichen Annahmen geringer. 2025 werden zwischen 17.500 und 20.300 Ärzten nötig sein, bei einem Ist-Stand 2004 von 16.800 Ärzten, die 15.200 VZÄ entsprechen.

In Summe gehen die Autoren davon aus, dass 2025 24.552 (plus 3578 Zahnärzte) ärztlich tätige und vollzeitversorgungswirksame Ärzte bedarfsnotwendig sind, um die Bevölkerung zu versorgen. Darin enthalten ist bereits die Arbeitskraft von etwa 3.500 TÄ. Um auf „Vollzeit-Stellen“ zu kommen, müsste man 3.500 TÄ und etwa 1.500 Ärzte für den klinischen Mehraufwand, der im Modell nicht berücksichtigt werden konnte, und 1.700 Wohnsitzärzte hinzuzählen, sodass in Summe etwa 29.500 Arbeitsplätze für Ärzte (ohne Zahlärzte) für die Versorgung notwendig wären. Legt man die damals aktuelle Versorgungswirksamkeit zu Grunde, dann bräuchte man dafür etwa 40.200 Köpfe. Setzt man hingegen eine Versorgungswirksamkeit von 90 Prozent im stationären Bereich und von 83 Prozent im ambulanten Bereich an, reduziert sich die Zahl der Köpfe auf 35.200. Zum Zeitpunkt der Studie waren 34.589 (plus 4.141) Ärzte (Köpfe) in der Ärzteliste eingetragen

Je nachdem, welchen Teilzeitfaktor man zugrunde legt, würden sich die Verhältnisse von Arzt zu Einwohnern von 1: 300 über 1: 252 bis 1: 220 Einwohner darstellen. (2007 in A: 1 zu 218, D 1 zu 261)

Pro Jahr werden je nach Annahme des Teilzeitfaktor und ohne Zahnärzte (Für Zahnärzte gilt 110 bis 120 Ärzte) im Schnitt 632 (bei Annahme stationärer Bereich 90%, ambulanter Bereich 83% Versorgungswirksamkeit) bis 878 (Allgemein Medizin 50%, Fachärzte 90%) Ärzte pro Jahr ausgebildet werden müssen, um den Bedarf zu decken.

Studienplatzangebot

Bei den Berechnungen der Angebotsseite werden ebenfalls einige Modifizierungen vorgenommen, die versuchen der damaligen Diskussion über die Ausbildungsreformen gerecht zu werden. Folgende Annahmen werden dem Simulationsmodell zugrunde gelegt:

- Verlängerung der gesamten postpromotionellen Ausbildungszeiten auf sechs Jahre (AM) bzw. sieben Jahre (Sonderfach)
- Beendigung der Doppelgleisigkeiten in der Ausbildung (wie etwa Belegung der Facharzt-Ausbildung erst nach Erwerb des ius practicandi für AM)
- Gleichsetzung der heutigen Zahl der TÄ in AM-Ausbildung mit der Zahl der zukünftigen AM-Ausbildungsstellen (diese Zahl musste allerdings geschätzt werden, da die Turnusarzt-Stellen für AM in der Standesführung der ÖÄK nicht geführt werden)

Beim letzten Punkt wurden die größten Probleme gesehen und diskutiert. Einerseits war klar, dass diese Zahl viel zu hoch angenommen wurde, da sie weit über den Ersatzbedarf hinausgeht, andererseits konnte nicht klar festgehalten, wie sich die Diskussion rund um die approbierten Ärzte entwickeln wird. Die postpromotionelle Ausbildungszeit – inklusive der Wartezeiten auf eine Ausbildungsstelle - ist DER Parameter, der die Anzahl der „produzierbaren“ Ärzte beeinflusst. Hätte man angenommen, dass die Zahl der Ausbildungsstellen zum AM massiv reduziert würde, würde sich die Wartezeit massiv erhöhen – und damit die Gesamt-Ausbildungszeit verlängern. Andererseits könnte es bei den approbierten Ärzten zu so etwas wie einen Pseudo-Turnus kommen, der dazu verwendet wird, die Wartezeit zu überbrücken. Wie lange Ärzte in diese Position bleiben, konnte allerdings ebenfalls nicht abgeschätzt werden, da über die Attraktivität dieser Jobs keine irgendwie gearteten Informationen isolierbar waren.

Was die Ausbildungsstellen betrifft, wurde für das Simulationsmodell aufgrund der derzeit zu beobachtenden Auslastung von einer rund 80-prozentigen Auslastung aller Facharzt-Ausbildungsstellen und von einer rund 400-prozentigen Auslastung aller Ausbildungsstätten für Allgemeinmedizin (d. h. durchschnittlich vier TÄ für AM pro Ausbildungsstätte – die genaue Zahl wird in keiner Statistik geführt) ausgegangen. In einem extra Szenario wurden die Quantitäten ausgewiesen, die bei einer 100%-Auslastung „produzierbar“ wären. Unter den Annahmen können pro 1.157 bis 1.307 Ärzte ausgebildet werden, sofern ausreichend Absolventen zur Verfügung stehen und die Annahmen über die Zahl der Ausbildungsstellen halten.

Bei der Zahl der Absolventen der Humanmedizin wurde davon ausgegangen, dass bis 2012 die Zahl stark steigen, und dann, nach dem Greifen der Zugangsbegrenzungen auf 1.254 zurück gehen wird. Als Drop-Out-Quote wurde 7,5% angenommen.

Mit 1254 können weitgehend alle postpromotionellen Ausbildungsstellen besetzt werden. Dem gegenüber steht jedoch nur ein Bedarf von 750 bis max. 1000 Ärzten, sodass jährlich ein Überhang entstehen wird. Da ein Teil der Absolventen hinkünftig aus den Ausland stammen wird, und damit zu rechnen ist, dass nicht alle ausländischen Absolventen in Österreich versorgungswirksam werden, wird es wichtig sein die Netto-Migrationsrate zu beobachten. Sollte diese über 30% steigen, könnte es, nach dem Abschöpfen der „Reserven“ im Wahlarztsektor zu Engpässen kommen.

Zusammenfassung und Diskussion:

Die ÖBIG-Studie stellt die wohl weitest gereifte Bedarfsprüfung dar. Insbesondere die Umstellung von Köpfen auf versorgungswirksame VZÄ kann, bei allen Unwegsamkeiten, den Bedarf von Seiten des Patienten leichter darstellen. Die Frage, wie viele Köpfe man braucht, um diesen Bedarfs zu decken kann dann extra gestellt werden.

Bei der Annahme der VZÄ im Kassenbereich besteht bei den Wahlärzten weiter ein – zwar nun deutlich kleinerer – Unsicherheitsfaktor. Angenommen wird, dass die Versorgungswirksamkeit der 10.500 Wahlärzte bei nur etwa 800 VZÄ liegt. Basis dieser Annahme ist jedoch nur die Zahl der gemeldeten Fälle. Nimmt man an, dass nur 30% der Patienten ihre Rechnung einreichen (diese Zahl wird innerhalb der Ärztekammer kolportiert), müsste man die Zahl der versorgungswirksamen Wahlärzte auf 2.000 bis 2.500 anheben und damit die Berechnungsbasis verändern. Insbesondere die Annahmen für den Ist-Teilzeitfaktor würden sich verändern. Für die Szenarien ist diese Annahme jedoch nur von geringer Bedeutung.

Bei den dargestellten Szenarien tritt, betrachtet man die Gesamtzahl der Ärzte, in keinem Fall ein Mangel auf. Bei der AM ist ein solcher in keinem denkbaren Fall zu erwarten. Auch bei den FÄ ist bereits bei der jetzigen rund 80%igen Auslastung der Ausbildungsstellen eine bedarfsdeckende Situation gegeben (mit vergleichsweise geringfügigen Unterschieden bei den beiden Varianten zur Versorgungswirksamkeit). Es sollten dabei jedoch zwei Einflussfaktoren bedacht werden:

1. Der Bedarf wird maßgeblich von der Verlagerung der Behandlung vom stationären in den ambulanten Sektor beeinflusst. In einer ambulanten Versorgungssituation können pro Arzt mehr Patienten behandelt werden, als in einer stationären Struktur. Sollte es nicht möglich sein, den ambulanten Versorgungsbereich „zu Lasten“ des stationären Bereichs auszubauen, muss angenommen werden, dass die Zahl der zusätzlich als bedarfsnotwendig errechneten Ärzte im Jahr 2025 nicht ausreichen wird.
2. Weiters geht das Modell beim Bedarf von der Annahme aus, dass fertige Ärzte in der angenommenen Versorgungswirksamkeit bis zur Pensionierung aktiv bleiben. Wenn es allerdings in einem erhöhten Ausmaß zu „Aussteigern“ vor dieser Grenze kommt, kann es zu Verzerrungen kommen, die durch das Modell nicht abgebildet sind. Dies gilt beispielsweise für die AN, die eigentlich keinen Mangel aufweisen dürfte. In der Realität sind jedoch AN-Stellen schwer zu besetzen, da viele FÄ für AN schon lange vor ihrer Pensionierung ihren Beruf aufgeben.

In Summe gehen die Autoren davon aus, dass 2025 24.552 (plus 3578 Zahnärzte) ärztlich tätige und vollzeitversorgungswirksame Ärzte bedarfsnotwendig sind, um die Bevölkerung zu versorgen. Darin enthalten ist bereits die Arbeitskraft von etwa 3.500 TÄ (mit einer Versorgungswirksamkeit von 50%). Um auf „Vollzeit-Stellen“ zu kommen, müsste man 3.500 TÄ und etwa 1.500 Ärzte für den klinischen Mehraufwand, der im Modell nicht berücksichtigt werden konnte, und 1.700 Wohnsitzärzte hinzuzählen, sodass in Summe etwa 29.500 Arbeitsplätze für Ärzte (ohne Zahnärzte) für die Versorgung notwendig wären. Legt man die damals aktuelle Versorgungswirksamkeit zu Grunde, dann bräuchte man dafür etwa 40.200 Köpfe. Setzt man hingegen eine Versorgungswirksamkeit von 90 Prozent im stationären Bereich und von 83 Prozent im ambulanten Bereich an, reduziert sich die Zahl der Köpfe auf 35.200. Zum Zeitpunkt der Studie waren 34.589 (plus 4.141) Ärzte in der Ärzteliste eingetragen

Je nachdem, welchen Teilzeitfaktor man zugrunde legt, würden sich die Verhältnisse von Arzt zu Einwohnern von 1: 300 über 1: 252 bis 1: 220 Einwohner darstellen. (2007 in A: 1 zu 218, D 1 zu 261)

Pro Jahr werden je nach Annahme des Teilzeitfaktor und ohne Zahnärzte (für Zahnärzte gilt 110 bis 120 Ärzte) im Schnitt 632 (bei Annahme stationärer Bereich 90%, ambulanter

Bereich 83% Versorgungswirksamkeit) bis 878 (Allgemein Medizin 50%, Fachärzte 90%) Ärzte pro Jahr ausgebildet werden müssen, um den Bedarf zu decken.

Postpromotionell können, je nach Annahme zwischen 1.157 und 1.301 Ärzte (nur Humanmedizin) ausgebildet werden. Mit 1254 UNI-Absolventen der Human-Medizin können weitgehend alle postpromotionellen Ausbildungsstellen besetzt werden. Demgegenüber besteht ein Bedarf an 632 bis 878 Ärzten, sodass jedenfalls ein Überhang von 380 bis 620 Ärzten erwartet werden kann. Da ein Teil der Absolventen hinkünftig aus den Ausland stammen wird, und damit zu rechnen ist, dass nicht alle ausländischen Absolventen in Österreich versorgungswirksam werden, wird es wichtig sein die Netto-Migrationsrate zu beobachten. Sollte diese über 30% steigen, könnte es, nach dem Abschöpfen der „Reserven“, die im heute bestehend Wahlarztsektor zu vermuten sind, zu Engpässen kommen.

Diskussion

Geht man davon aus, dass eine Studie wissenschaftlich nur so gut sein kann, wie sie die Möglichkeit bietet, falsifiziert werden zu können (also keine Immunisierungsstrategie verfolgt), dann ist keine der untersuchten Studien wissenschaftlich gut. In jeder Studie fehlen ausreichend Angaben um suffizient nachrechnen zu können und etwaige Gegenhypothesen zu prüfen.

Besonders ist dieses Defizit bei den Studien von CHINI und ARWIG II zu beobachten. Hier sind Annahmen enthalten, die nicht ausreichend, fallweise nicht einmal ansatzweise begründet werden, und Zahlen zurückgehalten, die ein „nachrechnen“ unmöglich machen. Um einiges besser sind die ÖBIG-Studien, die in ihren Annahmen nachvollzogen und plausibilisiert werden können. Allerdings fehlt auch hier oft das Datenmaterial, um eine etwaige Gegenhypothese überprüfen zu können. Besonders hervorzuheben ist, dass alle ÖBIG-Studien immer die Versorgungsstrukturen mitdenken, während CHINI und ARWIG immer nur von der Gesamtzahl der Ärzte ausgeht, unabhängig ob diese im Spital angestellt, als Kassenärzte oder als Wahlärzte tätig sind. Demzufolge sind es auch nur die ÖBIG-Studien, die etwaige Strukturänderung (Gruppenpraxen, Tagkliniken etc.) in ihren Prognosen aufnehmen.

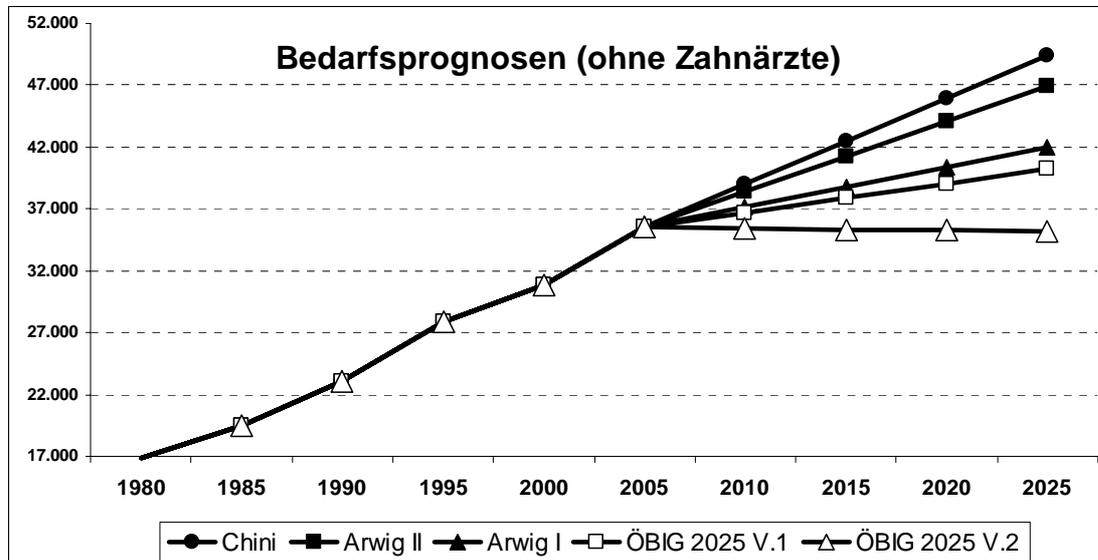
Der Ersatzbedarf, wie wenn auch unterschiedliche Annahmen getroffen werden, ist in allen Studien in etwa gleich. Die in der öffentlichen Diskussion geführten Probleme wegen der „Pensionierungswelle“ sind also in allen Studien berücksichtigt. Keine der Studien, selbst nicht jene von CHINI, die den höchsten Ersatzbedarf sieht und gleichzeitig die niedrigsten Ausbildungskapazitäten annimmt (also quasi eine Art „Worst-case-Szenarium darstellt), identifiziert bis 2025 einen „Ärztemangel“, wenn es nur darum geht, die bestehenden Ärzte zu ersetzen. Vorausgesetzt, man kommt mit etwa einem Arzt pro 218 Einwohner (IST-Stand 2007) aus, dann kann dieser Stand jedenfalls mit den heutigen (sowohl universitären als auch postpromotionellen) Ausbildungskapazitäten gehalten werden.

Neben dem Ersatzbedarf – also jenem Bedarf, der sich durch Ausscheiden aus dem Beruf, im Wesentlichen durch Pensionierung, ergibt – ist es vor allem der Zusatzbedarf, der in den Studien zu erheblichen Divergenzen der einzelnen Prognosen führt. Gemessen an der Vergleichszahl Einwohner pro Arzt (ohne Zahnärzte) erkennt man, wie weit die Studien von einander abweichen.

Prognosen 2025	Ein Arzt pro X Einwohner	im Verhältnis zu ÖBIG V.2
Chini	179	141%
Arwig II	189	133%
Arwig I	211	119%
Österreich 2007	218	116%
ÖBIG 2025 V.1	220	115%
ÖBIG 2025 V.2	252	100%
Deutschland 2007	261	97%

Legt man die ÖBIG Studie „Ärztebedarf und Ärzteausbildungsstellen 2005 / 2025“ in der Variante V.2 (Im stationären Bereich sind etwa 15% der angestellten Ärzte Teilzeit (50%), der Rest Vollzeit, im ambulanten Bereich 30% Teilzeit (50%), der Rest Vollzeit), die wohl am ehesten dem realen Bedarf entspricht, mit 100% fest und relativiert alle anderen Ergebnisse, dann erkennt man, dass CHINI gleich um 41% mehr Ärzte als bedarfsnotwendig betrachtet. Betrachten wir Deutschland, dass über einen „echten“ Ärztemangel klagt – aber auch hier darf man nicht vergessen, dass dieser Mangel stark durch Verteilungsprobleme beeinflusst ist, da großen Mangelregionen, vorwiegend im Osten, auch Regionen mit „Übersversorgung“, hauptsächlich in den Städten (In Berlin sind etwa 700 Fachärzte arbeitslos, aber nicht bereit Berlin für eine freie Stelle zu verlassen) gegenüber stehen – dann würde die Bedarfsprognose nach CHINI für dortige Verhältnisse bedeuten, dass bis 2025 144.000 (!) Ärzte mehr als heute arbeiten müssten.

Interessant ist, dass entsprechend den ÖBIG-Berechnungen bereist heute etwa 16% nicht bedarfsnotwendige Ärzte einer ärztlichen Tätigkeit nachgehen. Angesichts von etwa 25% Wahlärzten und einer nicht näher bekannten Versorgungswirksamkeit dieser, ist diese Annahme nicht unplausibel.



Betrachtet man die Studien in Zeitreihen, dann ist klar zu erkennen, dass CHINI und ARWIG II im Wesentlichen eine Trendvorschreibung beschreiben. Wie aber oben im Detail beschrieben, sind die dahinter stehenden Annahmen ausgesprochen unplausibel. So verlangt CHINI ohne weitere Begründung beispielsweise 4.000 zusätzliche Ärzte für die Forschung, obwohl gerade einmal etwa 3.000 wissenschaftlich tätige Ärzte an den Universitäten arbeiten. Und bei ARWIG II wird, entgegen der Annahme in ARWIG I, der Zusatzbedarf nicht mehr aus dem Pool der Wahlärzte rekrutierbar sein, sondern muss additiv ausgebildet werden.

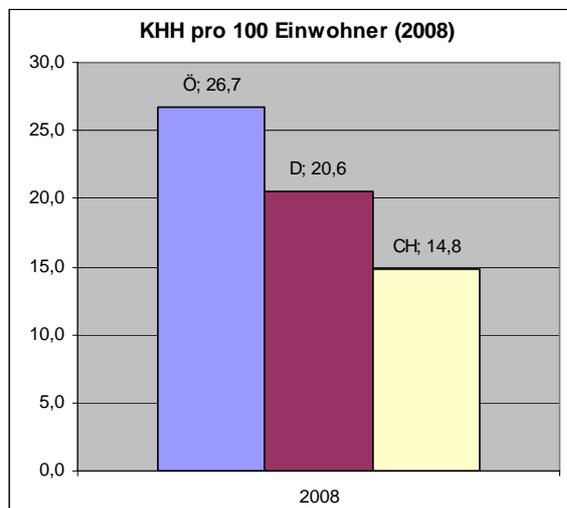
Demgegenüber wird in ÖBIG und ARWIG II eine Sättigung beschrieben. Es kann also, so der Eindruck, zu einem Zustand kommen, an dem es ausreichend Ärzte gibt (der „Markt“ also gesättigt ist) und der dann, auf absehbare Zeit, „nur mehr“ erhalten werden muss. Nun, rein abstrakt ist natürlich der Idee, dass es eine Sättigung geben kann der Vorzug zu geben. Und da dem Gesundheitsbereich immer wieder unterstellt wird, dass er dazu neigt, angebotsinduzierte Nachfrage zu generieren, ist diese Idee in einem maßgeblich öffentlich kontrollierten Gesundheitssystem, in dem Wettbewerb als Regulativ höchsten abgeschwächt, wenn überhaupt, Anwendung findet, sogar eine von der Politik verpflichtend anzunehmende.

Isoliert man die einzelnen wesentlichen Faktoren, die den Mehrbedarf begründen, und die dann in weiterer Folge Rückschlüsse auf das Ausbildungsangebot zulassen sollen, könnten diese wie folgt zusammen gefasst werden:

- (1) Verhältnis ambulanter zu stationärer Versorgung
- (2) Teilzeitfaktor (Wahlärzte)
- (3) Verbleib in seinem Fach (Attraktivität!)
- (4) Gesamte Ausbildungsdauer
- (5) Netto – Migration

Ad (1) Verhältnis ambulanter zu stationärer Versorgung

Österreich zeichnet sich durch eine sehr hohe Krankenhaushäufigkeit aus. Dadurch werden viele Ärzte als Vorhalteleistung in Spitälern gebunden.



Betrachtet man – in einem nicht ganz zulässigen Vergleich – die „Produktivität“ der Spitalsärzte mit der, der niedergelassenen, lässt sich folgendes festhalten: Werden bei den etwa 10.000 Kassenärzten mehr als 110 Mio. Ordinationsbesuche gezählt von denen vermutlich 40 bis 50 Mio. mit einer Arztkonsultation verbunden sind (der Rest sind Rezept-Ordinationen, wo ein Arztkontakt nicht unbedingt erforderlich ist und meist auch nicht stattfindet), werden von 20.000 Spitalsärzten etwa 2,6 Mio. stationäre und 7,5 Mio. spitalsambulante Patienten versorgt. Die wenigen mir bekannten Untersuchungen zeigen, dass insbesondere in kleineren Spitälern und kleineren Abteilungen die Vorhaltezeiten gegenüber den Produktivzeiten wachsen. Ohne eindeutige Aussagen treffen zu können, kann nicht ganz unbegründet angenommen werden, dass es Produktivitätsreserven gibt, sollte es in einer nicht absehbaren Zukunft dazu kommen, dass die seit Jahrzehnten geforderte Verlagerung der Versorgung von stationär nach ambulant umgesetzt wird. Zudem darf nicht vergessen werden, dass das Durchschnittsalter der Ärzte (ohne Turnusärzte) in den Spitälern verglichen mit den Kassenärzten acht Jahre niedriger liegt (44 zu 52). Wenn es zu einer Reduktion der Spitalsversorgung kommt, werden aus dem stationären Bereich viele und junge Fachärzte frei gesetzt werden können. Die Folge einer solchen Veränderung führt als sehr schnell zu veränderten Rahmenbedingungen, die dann auch sehr schnell die Prognosen verändern.

Ad (2) Teilzeitfaktor (Wahlärzte)

Wie ÖBIG zeigt, ist es wesentlich zu fragen, wie viele Köpfe man braucht, um eine „volle“ Arztstelle zu besetzen. Im Idealfall sollte jeder Arzt vollversorgungswirksam werden. Das kann aber niemals real sein. Es wird immer Ärzte geben, die mehr oder weniger arbeiten wollen, daher werden, um alle vollversorgungswirksamen und bedarfsnotwendigen Stellen besetzen zu können, immer mehr Ärzte vorhanden sein müssen, um sicher stellen, dass alle Stellen besetzt werden können. Allerdings sollte vernünftigerweise dieser „Sicherheitspolster“ nicht zu groß werden.

Die Medizin wird seit vielen Jahren immer weiblicher. Damit verbunden sind, gerade in Österreich, auch Anforderungen, den Arztberuf „familienfreundlicher“ zu gestalten. Weder im Spital, noch im Kassenbereich wird darauf ausreichend Rücksicht genommen. Anders ausgedrückt, gibt es im heutigen System zu wenige Teilzeit-Angebote, was dazu führt, dass der Wahlarztbereich einerseits, aber andererseits auch der Anteil „unterbeschäftigter“ Ärzte, die zwar arbeiten wollen, aber mangels entsprechendem Teilzeitangebot ihre ärztlichen Tätigkeiten nur „Nebenberuflich“ (z.B.: als Vertretungsärzte, Notärzte etc.) ausüben, steigt. Diese Situation führt dazu, dass die Zahl der Ärzte nie „bedarfskonform“ ausfallen und ein nebeneinander von Überangebot (vor allem Wahlarztsektor) und Mangelerscheinungen (vor allem in peripheren Regionen sowohl im Spitals- als auch Kassenbereich) auftreten wird.

Wenn es gelingt, entsprechende Arbeitszeitmodelle (in Spitälern genauso, wie in Gruppenpraxen), die den Wunsch nach Life-Balance aufgreifen, auch im öffentlichen System umzusetzen, dann werden vermutlich viele Ärzte, die heute im Wahlarztbereich tätig sind, oder vorhaben dorthin zu wechseln, zurückfinden bzw. im System bleiben, weil so das unternehmerische Risiko für den einzelnen sinkt, aber trotzdem neben einer Familie einer ärztlichen Tätigkeit nachgegangen werden kann. Passiert das, dann wird das die Prognosen erheblich verändern, da mit einer deutlich höheren Planungssicherheit als heute vorgegangen werden kann und so der „Sicherheitspolster“ (vor allem die Produktionsreserven im Wahlarztbereich) geringer ausfallen muss.

Ad (3) Verbleib in seinem Fach (Attraktivität!)

Neben dem Teilzeitfaktor, der, wenn er berücksichtigt wird, die Chance bietet, vor allem Produktionsreserven zu heben, ist es für Prognosen wichtig, herauszufinden, wie lange Ärzte in ihrem Fach bleiben. Hier geht es vor allem darum, die Anreize so zu setzen, dass Ärzte, und hier vor allem Fachärzte, möglichst lange und hochmotiviert (bis zur Pension) versorgungswirksam bleiben.

Im Kassenbereich sind es hier vor allem die heutigen Honorarsysteme und die restriktiven Rahmenbedingungen für die Organisationsformen (im Wesentlichen sind nur Einzelordinationen möglich, die weder die Chance bieten, andere Ärzte anzustellen, noch dem Bedarf entsprechend, andere Berufsgruppen aufzunehmen; obwohl der Kassenarzt eigentlich ein Unternehmer ist, sind die Kassenbedingungen doch so, dass man fast von einem „Angestelltenverhältnis“ sprechen könnte etc.) die einen langen Verbleib behindern. Der Drang der Kassenärzte in die Wahlarztordination ist unübersehbar. Immer mehr legen ihre Verträge zurück und immer öfter können Kassenstellen nicht besetzt werden, weil Wahlärzte nicht bereit sind in ein Vertragsverhältnis zu wechseln. Hält dieser Trend an, dann wird es unmöglich werden, genug Ärzte auszubilden, um das öffentliche System in der jetzigen Qualität aufrecht zu erhalten. Andererseits könnte eine Erhöhung der Attraktivität dazu führen, dass rasch ein „theoretisches“ Überangebot entsteht. Nicht vergessen sollte man, dass rein rechnerisch – und wie oben dargestellt, ist diese Aussage bezüglich ihres Realitätsgehalts mehr als fragwürdig – die Produktivität eines Wahlarztes für das öffentliche System verglichen mit einem Kassenarzt etwa 5% beträgt. Jede Veränderung in diesem Bereich kann also rasch zu massiven Veränderungen der Prognosen führen.

Im stationären Bereich sind es vor allem Arbeitszeitregelungen, die bei einer Veränderung schlagend werden könnten. Eine Reduktion der Arbeitszeit würde nicht nur zu einem Mehrbedarf führen. Es würde auch eine Attraktivierung bedeuten, die die Abwanderungstendenzen in den extramuralen (Wahlarzt)Bereich beenden könnte. Auch die

heute beobachteten Schwierigkeiten, Fachärzte gerade in peripheren Spitälern zu finden, würden wenigstens gemildert. All das führt dazu, dass die Ärzte länger dem öffentlichen System zur Verfügung stünden, und so die Planungssicherheit erhöhen. Auch die Frage der Migrationstendenzen wird damit berührt. Da die Spitäler „Monopol-Ausbildungsstellen“ sind und daher kein Uni-Absolvent ohne eine langjährige Spitalszeit Arzt werden kann, ist klar, dass eine höhere Attraktivität dazu führen würde, dass Absolventen, die heute darüber nachdenken, ihre Ausbildung im Ausland zu absolvieren, diese Entscheidung genauer bedenken. Auch jene Studenten, die aus dem Ausland nach Österreich studieren kommen (vor allem Deutsche) würden geringere Tendenzen zeigen, nach dem Studium wieder zurück zu wollen. Andererseits führt jedoch eine Attraktivierung dazu, dass Spitäler ihrerseits sich stärker darauf verlassen können, dass ihre Ärzte nicht abwandern. Damit sinkt der Druck „genug“ auszubilden. Bereits heute ist bekannt, dass nur 80% der Ausbildungsstellen besetzt sind. Sinkt dieser Wert, dann sind Prognosen schwierig, wenigstens so lange, so lange die Aufnahme von Assistenzärzten mehr oder weniger Sache des Spitals, bzw. der Primärärzte ist. Wir haben es also hier mit einem sehr komplexen System aus „Angebot und Nachfrage“ zu tun, dessen Rahmenbedingungen durch ordnungspolitische Maßnahmen gesetzt werden. Jede Veränderung wird unmittelbare Folgen auf die Bedarfsprognosen haben.

Ad (4) Gesamte Ausbildungsdauer

Auf Seiten der Ausbildung ist die wesentlichste Stellschraube die Dauer der Ausbildung. Hier ist nicht nur die universitäre Ausbildung gemeint, sondern die gesamte Ausbildungsdauer, vom ersten Semester, bis zur Beendigung der postpromotionellen Ausbildung (inkl. Wartezeiten).

Aktuell besteht die „Unsitte“, dass viele Ärzte erst dann eine Facharztausbildungsstelle erhalten, wenn sie davor zu AM (wenigstens teil) ausgebildet wurden. Das verlängert künstlich die Ausbildungszeit. Aber auch der Turnus zum AM dauert real mit vier Jahren um ein Jahr länger, als vorgesehen.

Kommt es hier zu Veränderungen – z.B.: Rotationssysteme, Facharztausbildung für AM, Abschaffung des heutigen Turnus für AM etc. – führen selbst geringe Schwankungen in der Ausbildungsdauer zu Veränderungen der Prognosen.

Ad (5) Netto-Migration

Schließlich muss auf der Angebotsseite beachtet werden, dass nicht alle Absolventen österreichischer Universitäten in Österreich als Ärzte tätig werden, also nach dem Studium emigrieren. Dies ist vor allem bei ausländischen Studenten zu vermuten. Andererseits wird, je nachdem wie attraktiv die Arbeitssituation für Ärzte ist, auch eine Immigration beobachtet werden können. Rein rechnerisch könnte ein Ärzte-Mangel wegen zu wenigen UNI-Absolventen aber erst auftreten, wenn die Netto-Emigration ab 2020 längerfristig über 30% liegt und es nicht gelingt, die Produktionsreserven aus dem Wahlarztbereich zu mobilisieren.

Schlussfolgerung

Wenn man alle bisher vorliegenden Informationen zusammenfassen will, dann ist eine dringliche Entscheidung über mehr Ausbildungsplätze an den Universitäten definitiv nicht gegeben.

So wie es aussieht, gehen alle Prognosen, die einen erhöhten und durch das derzeitige Studienplatzangebot nicht abdeckbaren Bedarf sehen, davon aus, dass alle heute tätigen Ärzte, also auch die Wahlärzte, jedenfalls zu ersetzen sind und der zusätzliche Bedarf, der durch verschiedenen Einflussfaktoren entstehen soll, durch zusätzliche Ärzte abgedeckt werden muss! Eine solche Annahme ist jedoch definitiv nicht gerechtfertigt. Im Gegenteil deutet sehr viel darauf hin, dass Österreich über einen „Polster“ nur gering versorgungswirksamer Ärzte (Wahlärzte) verfügt, die über einen langen Zeitraum etwaige Mängel abdecken können.