



MEHR IST NICHT GENUG

ÄRZTEMANGEL IN ÖSTERREICH

EDITORIAL

Hätte man Fred Sinowatz nach dem Ärztemangel in Österreich gefragt, hätte er wohl gesagt: Es ist alles sehr kompliziert. Der Ärztemangel wird oft diskutiert, selten aber klar definiert. Fakt ist: Österreich hat eine der höchsten Ärztedichten Europas. Fakt ist aber gleichzeitig, dass das nicht für Kassenärzte in vielen Bereichen gilt und sich die Versorgungssituation für die Menschen, die auf Gesundheitsdienste angewiesen sind, verschlechtert hat. Also klagen viele Menschen über lange Wartezeiten und Lücken in der Versorgung, während Österreich über viele Ärzte und eines der teuersten Gesundheitssysteme in den Industrieländern verfügt. Dieser Policy Brief von Georg Lundström-Halbgebauer beleuchtet die wahren Herausforderungen hinter dem Schlagwort „Ärztemangel“: zu wenige Allgemeinmediziner:innen, unattraktive Kassenstellen und ein föderal zersplittertes System.

Doch Jammern bringt nichts. Es ist ja mit Blick auf internationale Beispiele evident, dass Veränderung möglich ist: mehr Kassenärzt:innen, effizientere Strukturen und stärkere individuelle Gesundheitskompetenz. Die Zeit drängt angesichts des demografischen Wandels. Es ist die Aufgabe der Politik in Bund, Ländern, Gemeinden und der Sozialversicherung, die Gesundheitsversorgung von morgen zu sichern. Ein besseres System ist möglich – egal wie kompliziert der Weg dorthin von den unterschiedlichen Interessen gemacht wird.

Lukas Sustala

Leiter Thinktank NEOS Lab

INHALT

Editorial

Zentrale Aussagen

2

Einleitung

3

Herausforderung und Faktenlage

4

Das Angebot

5

Die Nachfrage

11

Ursachen des Versorgungsmangels in Österreich

19

Bisherige Maßnahmen

29

Fazit

39

Handlungsempfehlungen

41

Datenlage verbessern

41

Wer zahlt, muss auch das Sagen haben

42

Automatisierung und Technologie

43

Angebot steigern

43

Nachfrage senken und lenken

46

Leichtere Rückerstattung von

Wahlarztkosten

47

Quellenverzeichnis

48

ZENTRALE AUSSAGEN

- **Es gibt derzeit keinen generellen Ärztemangel in Österreich. Im Gegenteil: Österreich hat eine der höchsten Ärztedichten der OECD. Allerdings droht bis 2030 möglicherweise ein Mangel.**
- **Es gibt relativ wenige Kassenärzt:innen im niedergelassenen Bereich. Lange Wartezeiten und überlastete Notaufnahmen weisen auf einen partiellen Versorgungsmangel hin.**
- **Um die aktuellen Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem zu beheben, brauchen wir mehr Ärzt:innen im niedergelassenen Bereich und eine bessere Verteilung. Wichtig ist es, bessere Rahmenbedingungen für Kassenärzt:innen zu schaffen, und auch seltene Fachrichtungen attraktiv für Studierende zu machen.**
- **Zusätzlich sind weitere Maßnahmen nötig, die für mehr Effizienz im System sorgen und den Medizinberuf attraktiver machen.**

EINLEITUNG

Klagen über den Ärztemangel sind immer wieder zu hören: Die Gesundheitsversorgung sei gefährdet, wenn es weitergehe wie bisher. So hat etwa das Arbeitsministerium (BMAW) Ärzt:innen bereits auf die Liste der bundesweiten Mangelberufe gesetzt.

Nicht nur in Österreich, sondern auch international zeigen sich politische Führungsriege besorgt, allerdings meist nicht über einen generellen Ärzt:innenmangel, sondern eher über einen Mangel an Allgemeinmediziner:innen und Ärzt:innen in ländlichen Regionen (OECD 2023a). Insbesondere die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) warnt bereits seit Jahren vor einem drohenden Kollaps der Gesundheitsversorgung. Im Herbst 2024 präsentierte die Kammer eine von ihr beauftragte Studie, derzufolge 70 Prozent der Österreicher:innen der Meinung sind, das Gesundheitssystem entwickle sich in die falsche Richtung.

Hochgekocht ist das Thema Gesundheitspolitik im Herbst 2024 auch wegen Diskussionen rund um ein geleaktes Expert:innenpapier, das die Schließung von mehreren Krankenhäusern in Niederösterreich anregt. Ein weiterer Zankpunkt waren die abgebrochenen Verhandlungen zwischen Zahnärztekammer und Österreichischer Gesundheitskasse (ÖGK), deretwegen nun Zahnfüllungen möglicherweise ab Jänner 2025 überhaupt nicht mehr von der Kasse bezahlt werden. Wegen eines EU-Verbots von quecksilberhaltigen Amalgam-Füllungen wollte die ÖGK, dass Patient:innen nun standardmäßig hochwertige Alkasit-Füllungen erhalten. Das war bisher eine Privatleistung, die den Zahnärzt:in-

nen Mehreinnahmen beschert hat. Und die wollen sie sich nicht nehmen lassen. Auf der Strecke bleiben bei diesem Streit die Patient:innen (siehe Kapitel „Erstversorgungsambulanzen und chaotische Finanzen“).

Während in der Öffentlichkeit Besorgnis darüber herrscht, ob die Gesundheitsversorgung in Österreich bereits ernstlich bedroht ist, heißt es zugleich immer wieder, das Land hätte eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Viele Emotionen, wenige Fakten: So schafft man viel Lärm um nichts, aber keine seriöse Politik. Wie ist die Lage also wirklich? Was wurde schon getan? Und was ist noch zu tun?

HERAUSFORDERUNG UND FAKTENLAGE

Was genau mit dem Begriff Ärztemangel gemeint ist, bleibt leider oft unklar. Zu wenige Ärzt:innen insgesamt? Zu wenige in bestimmten Regionen oder in gewissen Fachrichtungen? Ungünstige Verteilung? Zu wenige Kassenärzt:innen?

Ein allgemeiner Ärztemangel besteht darin, dass in einem Land mehr ärztliche Leistungen nachgefragt als angeboten werden (Bodenheimer 2013). Es geht also nicht darum, wie viele Ärzt:innen im Verhältnis zur Bevölkerung Leistungen anbieten. Wesentlich ist, dass Angebot und Nachfrage zueinander passen. Daher sollten wir zunächst betrachten, wie groß diese beiden Faktoren in Österreich sind. Wie sich jedoch anhand von Daten gezeigt hat, lassen sich weder Angebot noch Nachfrage in Österreich präzise quantifizieren. Dennoch erhellt der Blick auf diese wesentlichen Größen ein immer noch zu wenig beleuchtetes Thema.



DAS ANGEBOT

Viele Ärzt:innen – ungünstige Verteilung

Häufig wird das Angebot an medizinischen Leistungen mittels Ärztedichte gemessen. Diese lag in Österreich laut OECD im Jahr 2022 bei 5,4 Ärzt:innen pro 1.000 Einwohner:innen. Nur Griechenland (6,6) und Portugal (5,7) wiesen eine noch höhere Ärztedichte auf (OECD 2024). Wie Österreich haben auch diese beiden Länder trotz ihrer scheinbar hohen Ärztedichte zugleich mit einem Mangel zu kämpfen, der einem Missverhältnis von Angebot und Nachfrage in bestimmten Fachbereichen oder Regionen geschuldet ist.

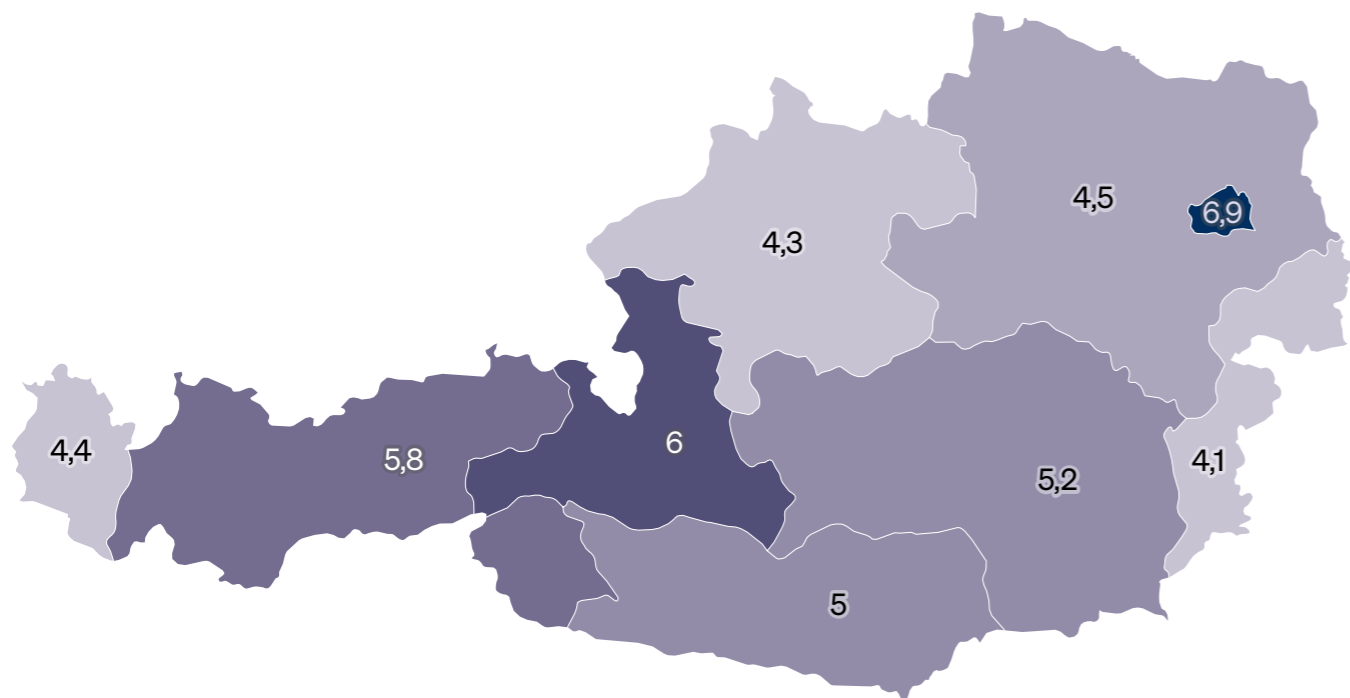
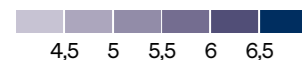
In Österreich variiert die Dichte zwischen 4,1 Ärzt:innen pro 1.000 Einwohner:innen im Burgenland und fast sieben in Wien (ÖÄK, 2023). Doch selbst im relativ strukturschwachen Burgenland liegt sie noch deutlich über dem OECD-Schnitt von 3,7. Das Vorliegen eines absoluten Mangels lässt sich jedenfalls klar widerlegen. Damit ist die Diskussion aber noch lange nicht beendet.

Obwohl Österreich im internationalen Vergleich eine hohe Ärztedichte aufweist, ist die Lage im Hinblick auf Allgemeinmedizin wesentlich angespannter. Während im OECD-Schnitt 23 Prozent der Ärzteschaft Allgemeinmedizin praktizieren, waren es in Österreich laut OECD 2021 nur 14 Prozent, womit das Land auf Platz 29 von 38 lag. Nach den Berechnungen des NEOS Lab, basierend auf Daten der Ärztekammer und von Statistik Austria, lag der Anteil der Allgemeinmediziner:innen an allen Ärzten 2022 bei 28 Prozent. Das bedeutet, dass auf tausend Österreicher:innen durchschnittlich nur 1,51 Allgemeinmediziner:innen kamen.

Noch schlechter ist das Bild bei den Kassenärzt:innen. Ihr Anteil an der Ärzteschaft lag laut Ärztekammer 2022 bei 17,5 Prozent. Wie hoch der Anteil der Allgemeinmediziner:innen bei den Kassenärzt:innen ist, lässt sich aufgrund der Datenlage nicht genau sagen. Wäre er gleich hoch wie derjenige an der Ärzteschaft insgesamt, kämen österreichweit nur etwa 0,26 (+- 0,02 Prozentpunkte) Ärzt:innen für Allgemeinmedizin mit Kassenvertrag auf 1.000 Einwohner:innen. Dabei ist Allgemeinmedizin österreichweit die mit Abstand häufigste Fachrichtung.

Hohe Ärzt:innendichte

Selbst die Bundesländer mit einer für Österreich niedrigen Ärzt:innendichte liegen über dem OECD-Schnitt von 3,7



Ärzt:innen pro 1000 EW (alle Fächer, alle Kassen)

Grafik: Georg Lundström-Halbgebauer • Quelle: ÖÄK 2023

Insgesamt lag die Kassenärzt:innendichte bei 0,93, was wenig zufriedenstellend ist. Die Zahlen legen also nahe, dass es in Österreich tatsächlich einen Versorgungsmangel im öffentlichen Gesundheitswesen gibt.

Die medizinische Versorgung im niedergelassenen Bereich variiert einerseits geografisch, andererseits auch nach Fachrichtungen. Allgemeinmedizin ist österreichweit die mit Abstand häufigste Spezialisierung. Am seltensten sind Unfallchirurgie, Virologie und Urologie (ÖÄK 2024). Die Seltenheit einer Fachrichtung ist aber

nur bedingt aussagekräftig dafür, ob im jeweiligen Fach ein Versorgungsmangel herrscht. Ob man auf Termine bei seltenen Fachrichtungen länger wartet, lässt sich aufgrund der Datenlage nicht genau feststellen. Wie bereits weiter oben ausgeführt, lässt sich auch der genaue Bedarf nicht quantifizieren, wobei Umfragen Anhaltspunkte liefern. Es ist aber offensichtlich, dass Allgemeinmediziner oder Internistinnen von fast allen gebraucht werden, aber nur wenige Patienten eine Radioonkologin benötigen.

Hohe Ärzt:innendichte, wenige Hausärzt:innen

Ärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen, nach Fachrichtungen und Kassenvertrag (KV)

Bundesland	Ärzt:innen	alle Fächer	Allgemeinmedizin	KV alle Fächer	KV Allgemeinmedizin
W	13.268	6,90	1,65	0,95	0,23
V	1.770	4,40	1,26	0,87	0,25
T	4.462	5,80	1,46	0,88	0,22
ST	6.545	5,20	1,99	0,96	0,37
S	3.372	6,00	1,52	1,20	0,30
O	6.541	4,30	1,32	0,91	0,28
N	7.721	4,50	1,12	0,87	0,21
K	2.829	5,00	1,98	0,93	0,37
B	1.222	4,10	1,47	0,78	0,28
Gesamt	47.732	5,30	1,51	0,93	0,26

Rundungsfehler aus der Datenquelle

Tabelle: Georg Lundström-Halbgebauer • Quelle: ÖÄK 2023, Statistik Austria, eigene Berechnungen

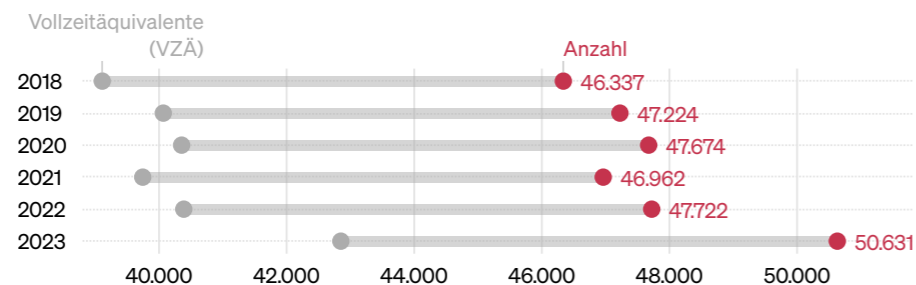
Leistung als Vollzeitäquivalente

Das Verhältnis von Ärzt:innen zur allgemeinen Bevölkerung ist für sich genommen wenig aussagekräftig. Wesentlich ist das verfügbare Maß ärztlicher Leistungen relativ zum Bedarf. **Leistung ist Arbeit durch Zeit.** Wir können ärztliche Leistung daher als ärztliche Arbeit pro Zeit verstehen. Das verfügbare Angebot könnten wir also besser in Vollzeit-Äquivalenten ausdrücken, also der Anzahl der gearbeiteten Stunden geteilt durch die übliche Arbeitszeit bei Vollzeit, beispielsweise 40 Stunden. Dadurch wird zwar noch nicht klarer, wie viele Patient:innen in dieser Zeit behandelt werden können, doch zumindest würde hier eine Teilzeitstelle nicht genauso gezählt wie eine Vollzeitstelle mit Überstunden.

Während viele andere Länder diesen Indikator nützen, sind für Österreich laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) keine belastbaren Daten für Vollzeit-Äquivalente im Medizinberuf verfügbar. Zu einem ähnlichen Schluss kam auch der Rechnungshof in einem 2021 veröffentlichten Bericht über die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich. Dort hieß es, die Daten von Gesundheitsministerium, Krankenversicherungsträgern, Dachverband und Österreichischer Ärztekammer seien nicht geeignet, das Angebot der ärztlichen Leistung im niedergelassenen Bereich valide zu erfassen (Rechnungshof 2021a). Das ist im Hinblick auf eine Gesamtstrategie verheerend.

Wie viele Vollzeit-Ärzt:innen Österreich hat

Gesamtzahl der österreichischen Ärzt:innen und Vollzeitäquivalente 2018-2023



Grafik: Georg Lundström-Halbgebauer • Quelle: ÖÄK, Statistik Austria, eigene Berechnungen

Die Österreichische Ärztekammer gab in ihren Ärztetastatistiken bis 2020 der mangelhaften Datenlage zum Trotz eine Schätzung der ärztlichen Leistung in Vollzeit-Äquivalenten an. 2020 leisteten 47.674 Ärzt:innen 40.354 Vollzeitäquivalente. 2019 war dieses Verhältnis 47.224 zu 40.067. 2018 lag es bei 46.337 zu 39.110 (ÖÄK 2020, 2021, 2022) Ab dem Jahr 2021 wird diese Schätzung nicht mehr angegeben. Sollte sich aber an den Parametern nichts Grundsätzliches geändert haben, können wir davon ausgehen, dass dieses Verhältnis (ca. 10:8) auch heute noch etwa gleich ist. Die letzte bekannte Gesamtzahl stammt aus dem Jahr 2023 (Statistik Austria 2024a). Damals gab es in Österreich 50.631 berufsausübende Ärzt:innen, was daher etwa 41.000 Vollzeitäquivalenten entspräche. Die Menge an verfügbaren ärztlichen Arbeitsstunden scheint also gestiegen zu sein, wie in Grafik 2 dargestellt. Allerdings ist insgesamt ein Trend zu Teilzeit sichtbar.

Kassenstellen

Eine weitere Möglichkeit, das Angebot an medizinischen Leistungen zu erfassen, ist über die Anzahl an besetzten bzw. unbesetzten Kassenstellen. Sollte es tatsächlich zu wenige Ärzt:innen geben, sollte auch eine große Anzahl an Stellen unbesetzt bleiben.

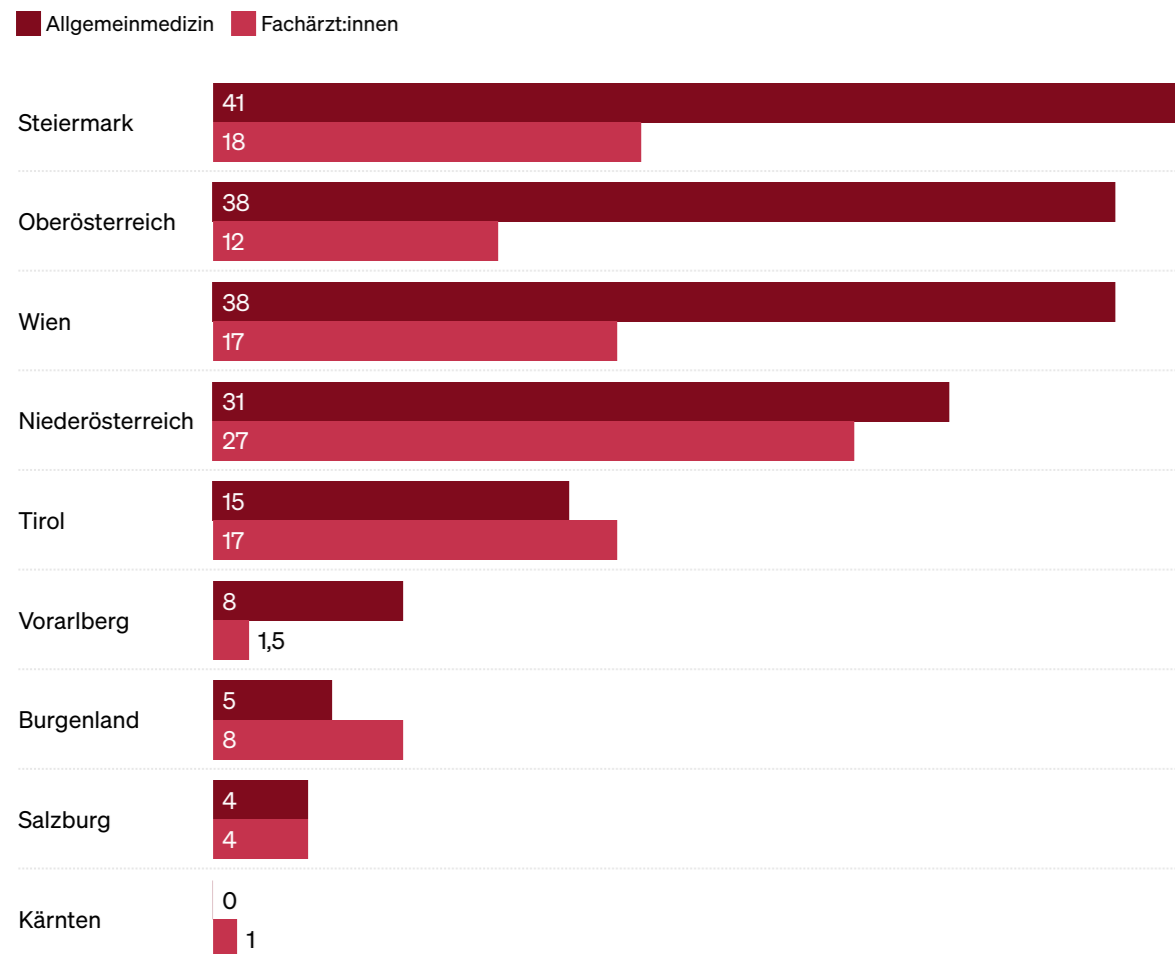
Nach Daten der Österreichischen Ärztekammer waren Ende des dritten Quartals 2024 österreichweit tatsächlich 180 Stellen für Allgemeinmedizinerinnen unbesetzt; die meisten davon in Oberösterreich und Wien,

in Kärnten hingegen keine einzige. Zusätzlich waren österreichweit 105,5 Facharztstellen offen (ÖÄK 2024). Die Zahlen des Gesundheitsministeriums widersprechen diesen Angaben allerdings. Einer Anfragebeantwortung vom August 2024 zufolge waren Anfang April desselben Jahres nur 104 Stellen für Allgemeinmedizin unbesetzt (BMSGPK 2024a). Die Datenlage ist also auch hier problematisch.

Während die offenen Kassenstellen zeigen, dass es einen Versorgungsmangel im österreichischen Gesundheitssystem gibt, belegen diese Zahlen keineswegs einen absoluten Ärztinnenmangel. Im Gegenteil lässt sich an ihnen ablesen, dass Kassenstellen oftmals wenig attraktiv sind. Österreichweit ist der Anteil der Kassenärzt:innen von 2016 bis 2022 von 19 auf 17,5 Prozent gesunken (ÖÄK 2023). Die Gesamtzahl der Ärzte ist im selben Zeitraum aber sogar gestiegen, ebenso wie der prozentuelle Anteil von Wahlärzt:innen (Statistik Austria 2024a). Es gibt also nicht zu wenige Ärzte – das Problem ist, dass die Verteilung in Richtung Kassenstellen nicht funktioniert.

Offene Kassenstellen nach Bundesland

Österreichweit fehlen ca. 180 Allgemeinmediziner:innen und 106 Fachärzt:innen



Stand Oktober 2024

Grafik: Georg Lundström-Halbgebauer • Quelle: ÖÄK

DIE NACHFRAGE

Wie bereits im vorherigen Kapitel erläutert, ist es bei der aktuell mangelhaften Datenlage äußerst schwierig, das Angebot an ärztlichen Leistungen in Österreich genau zu erfassen. Dasselbe gilt weitestgehend auch für die Nachfrage. Allerdings gibt es mehrere Näherungswerte, die uns zwar keine mathematisch präzise Analyse der Situation erlauben, aber für eine faktenbasierte politische Einordnung hilfreich sind. Es zeigt sich, dass Österreicher:innen überdurchschnittlich oft ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, auf diese Leistungen lang warten und dass der demografische Wandel einerseits die Nachfrage steigen lässt, andererseits das Angebot aber nicht größer wird.

Demografischer Wandel

Auch der demografische Wandel führt zu Veränderungen in der medizinischen Versorgung, mit Auswirkungen sowohl auf die Angebots- als auch auf die Nachfrageseite. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung ist seit 1951 durchgehend gestiegen, mit Ausnahme einer pandemiebedingten Stagnation von 2021 bis 2023. Herr und Frau Österreicher sind 2024 durchschnittlich 43,4 Jahre alt. Fast ein Fünftel der Bevölkerung, genau 19,8 Prozent, sind älter als 65 Jahre. Besonders die Gruppe der Menschen über 75 Jahre, die häufiger ärztliche Unterstützung benötigt, ist seit 2011 um fast 22 Prozent angewachsen (Statistik Austria 2024b). Wegen der Überalterung der Bevölkerung ist mit einer zusehends steigenden Nachfrage nach medizinischen Leistungen zu rechnen.

Die Veränderung der Alterspyramide macht auch vor den Ärztinnen und Ärzten nicht halt. Während sich der Anteil an über 55-Jährigen an der Ärzteschaft seit 2005 mehr als verdoppelt hat und 2023 schon bei 33 Prozent lag, blieb der Anteil der unter 35-Jährigen in den letzten zweieinhalb Jahrzehnten recht stabil zwischen 17 und 19 Prozent (ÖÄK 2024). Spitalsärzte müssen mit 65 Jahren in Pension gehen. Niedergelassene Ärztinnen dürfen ihren Kassenvertrag höchstens bis sie siebzig sind behalten. Verträge, die vor 2010 abgeschlossen wurden, bleiben noch bis zum 73. Geburtstag aufrecht. Wollen sie danach ihre Praxis weiterführen, müssen sie das als Wahlärztinnen tun.

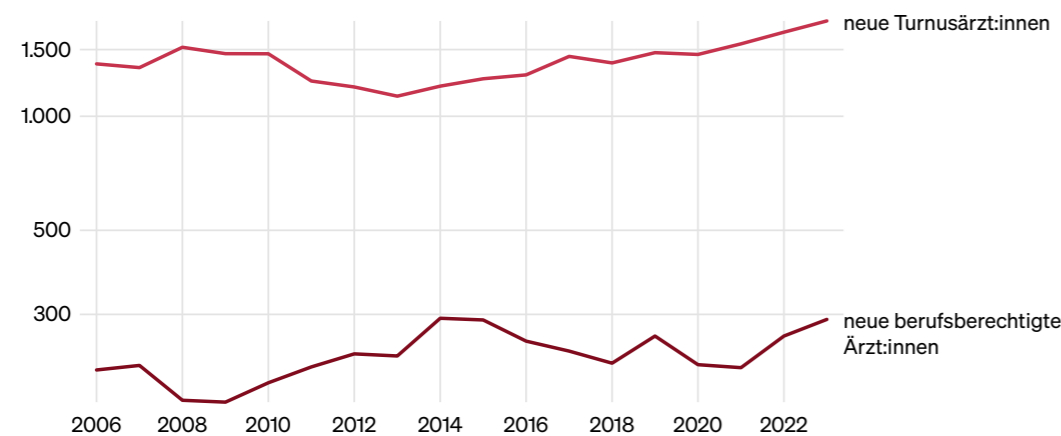
Es wird in den nächsten Jahren eine größere Pensionierungswelle geben: Bis 2034 werden etwa 17.500 Ärzt:innen in Pension gehen (ÖÄK 2023). Laut Gesundheit Österreich (GÖG) werden 2030 österreichweit mindestens 33.600 Ärztinnen und Zahnärzte gebraucht, höchstens aber 38.000. Dem steht ein voraussichtliches Angebot von 30.600 bis 33.700 Ärzt:innen gegenüber (Czasný et al. 2012). Der voraussichtliche Bedarf an medizinischem Personal wurde 2021 im Auftrag des Gesundheitsministeriums erneut geprüft. Es wurden keine signifikanten Abweichungen festgestellt, weswegen davon ausgegangen werden könne, dass sich die Entwicklungen wie prognostiziert fortsetzen würden (Hummer et al. 2021). Das höchste prognostizierte Angebot würde also der

geringsten anzunehmenden Nachfrage entsprechen. Offiziell wird also damit gerechnet, dass die Gesamtzahl der Ärzt:innen abnehmen wird, weswegen sich mittelfristig ein absoluter Ärztemangel abzeichne.

Diesem Trend wird schon jetzt durch mehr öffentliche Studienplätze für Medizin entgegengewirkt. 2024 wurde die österreichweit verfügbare Zahl an Studienplätzen auf 1.900 erhöht, also um 260 mehr als noch 2020. Bis 2028 sollen es 2.000 Studienplätze werden. Hinzu kommt, dass auch das Angebot an privaten Medizinuniversitäten größer geworden ist. Tatsächlich kommen heute mehr neue Ärzt:innen hinzu als früher. Waren es 2006 noch 1.375 neue Turnusärzt:innen, so gab es 2023 1.785. Das

Nachwuchs in Zahlen

Zustrom an erstmalig eingetragenen Ärzt:innen 2006-2023



Grafik: Georg Lundström-Halbgebauer • Quelle: ÖÄK 2024

ist ein Anstieg von etwa 30 Prozent (ÖÄK 2024). Nach einem Abstieg von 2010 bis 2013 ist der Trend nun klar positiv. Bei den berufsberechtigten (also fertigen) Ärzt:innen ist ebenso ein Anstieg beobachtbar, allerdings weniger deutlich.

Selbst mit der niedrigsten offiziellen Prognose, nämlich 30.600 Ärzt:innen, hätte Österreich 2030 bei einer prognostizierten Bevölkerung von 9.367.379 (Statistik Austria 2023a) noch eine Ärztedichte von 3,2 pro 1.000 Einwohner:innen, was zwar deutlich unter dem aktuellen OECD-Schnitt von 3,7 läge, aber immer noch der aktuellen Versorgungslage Frankreichs entsprechen würde (OECD 2023a). Frankreich leidet im Primärbereich nicht unter einem Versorgungsmangel, wenngleich die Verteilung zwischen Stadt und Land problematisch bleibt (Brock 2024).

Der demografische Wandel könnte mittelfristig also zu einem absoluten Ärztemangel führen. Das würde den aktuell wahrgenommenen Versorgungsmangel weiter verschärfen. Von einem Zusammenbruch des Gesundheitssystems wäre Österreich aber selbst dann noch weit entfernt, da die Ärzt:innendichte immer noch ausreichend hoch wäre. Das ist ein weiterer Hinweis darauf, dass nicht die Anzahl an Ärzt:innen, sondern deren Verteilung entscheidend für die Qualität der österreichischen Gesundheitsversorgung ist.

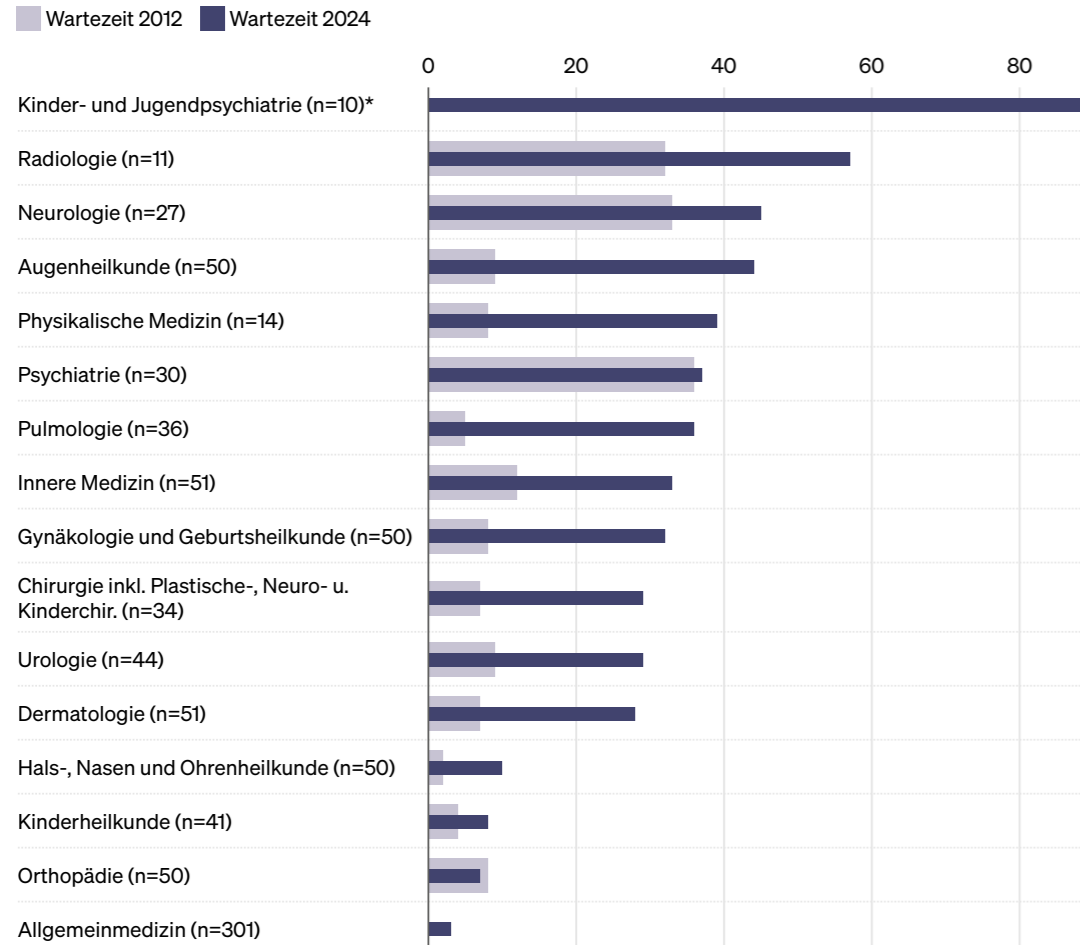
Lange Wartezeiten

Große Aufmerksamkeit erregte die im Mai 2024 vorgestellte Wartezeiten-Studie der Wiener Ärztekammer. Mit 850 verdeckten Testanrufen wurde von 5. April bis 6. Mai 2024 erhoben, wie lange Patient:innen in Wiener Kassenordinationen auf einen Termin warten müssen. Es zeigte sich, dass die Wartezeiten in fast allen Fachrichtungen merklich gestiegen sind und auch deutlich mehr Praxen keine neuen Patient:innen mehr aufnehmen. Besonders lang sind die Wartezeiten in den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Radiologie sowie Neurologie. Ordinationen für Allgemeinmedizin schneiden mit einer Erhöhung der Median-Wartezeit von null auf drei Tage am besten ab. 52 Prozent der Testanrufer:innen hätten noch am selben Tag einen Termin bekommen.

29 Prozent der Ordinationen für Allgemeinmedizin nahmen gar keine neuen Patient:innen mehr auf. Das sind satte 21 Prozentpunkte mehr als 2012. Überdurchschnittlich hoch ist der Anteil an Ordinationen, die keine neuen Patient:innen annehmen, in den Fachrichtungen Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Gynäkologie. Die verschiedenen Versorgungsregionen haben Stärken und Schwächen in unterschiedlichen Fachrichtungen, es kristallisiert sich aber keine Versorgungsregion heraus, die insgesamt deutlich besser oder deutlich schlechter abschneidet. Das Ergebnis gilt also weitestgehend für ganz Wien (Hajek 2024a). Die Ergebnisse sind wegen der kleinen Stichprobe nur bedingt aussagekräftig. Nichtsdestotrotz bieten sie eine Orientierung über den Trend.

So lang wartet man auf einen Termin

Wartezeit in Tagen nach Fachrichtung in Wien

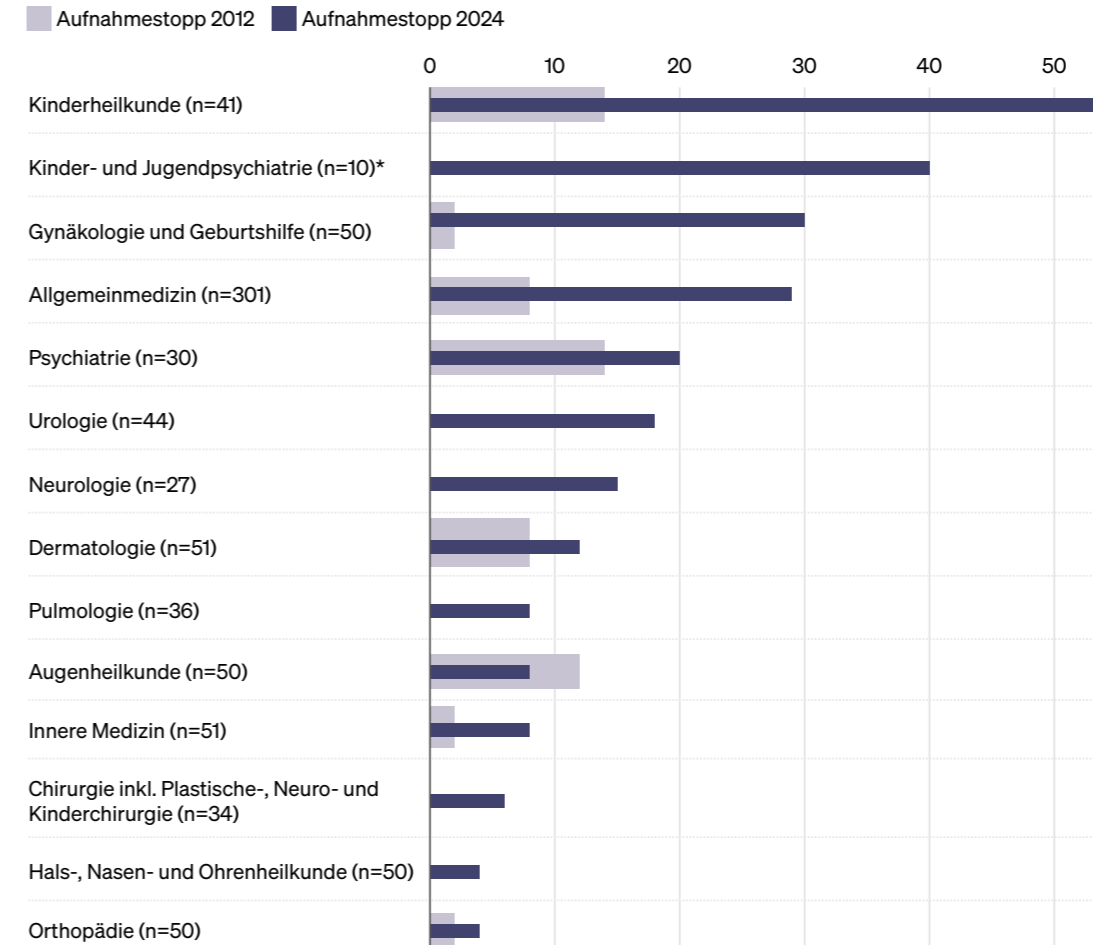


*keine Werte für 2012

Grafik: Georg Lundström-Halbgebauer • Quelle: ÖÄK/ Hajek 2024

Mehr geht nicht

Anteil der Wiener Ärzt:innen die keine neuen Patient:innen mehr aufnehmen in Prozent



*keine Werte für 2012

Grafik: Georg Lundström-Halbgebauer • Quelle: ÖÄK/ Hajek 2024

Die in der Wiener Wartezeiten-Studie zum Vorschein getretene Grundtendenz bestätigt sich auch in Erhebungen auf europäischer Ebene zu nicht gedecktem medizinischem Bedarf. Während in Österreich grundsätzlich fast jede:r eine medizinische Grundversorgung erhält, sind lange Wartezeiten der am häufigsten genannte Grund für ungedeckten Bedarf, sofern es ihn gibt (Eurostat 2024c).



Konsultationen und Hospitalisationen

Laut Eurostat gehen Österreicherinnen besonders häufig zum Arzt. 2019 bis 2022 waren es durchschnittlich zwölf Arztbesuche pro Jahr. Damit liegt Österreich mit Abstand auf dem ersten Platz, gefolgt von Italien und Deutschland. Gezählt wurden Konsultationen in der Arztpraxis, in der Wohnung des Patienten sowie ambulante Behandlungen in Krankenhäusern oder Gesundheitszentren. Dazu gehören auch Konsultationen sowohl bei Allgemeinmedizinern als auch bei Fachärztinnen, exklusive stationäre oder teilstationäre Patientenversorgung in Krankenhäusern sowie ohne Fernkonsultationen (Eurostat 2024b). Das sind 140 Millionen Kassenärzte-Kontakte und rund 20 Millionen Spitalsambulanzbesuche pro Jahr.

Auch bei den stationären Behandlungen ist Österreich Spitzenreiter: etwa 2,5 Millionen Spitalsaufenthalte gibt es Jahr für Jahr. Bei etwa 300.000 von ihnen handelt es sich um vermeidbare Aufenthalte. Und um die 700.000 Patient:innen könnten eigentlich ambulant behandelt werden, landen aber dennoch im Spital. Die Krankenhausaufenthalte liegen 60 Prozent über dem EU-Schnitt (Pichlbauer 2024b). Diese Zahlen zeigen, dass die Nachfrage nach medizinischen Leistungen in Österreich überdurchschnittlich hoch ist.

Ein naheliegender Schluss wäre, dass Österreicher:innen häufiger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, weil sie weniger gesund sind. Das ist jedoch nicht der Fall. 2023 schätzten nur 8 Prozent der Bevölkerung ihren

Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht ein. Das ist besser als der EU-Schnitt von 9 Prozent. Der Großteil der Österreicher:innen, nämlich 69 Prozent, empfand die eigene Gesundheit als gut oder sehr gut (OECD 2024). Die Lebenserwartung liegt mit 81,3 Jahren über dem OECD- und dem EU-Schnitt. Die Sterblichkeit und die Prävalenz für chronische Krankheiten sind leicht unterdurchschnittlich. Österreich ist also besser aufgestellt als die meisten OECD-Staaten. Österreicher:innen leben länger, empfinden sich als gesünder und haben seltener chronische Krankheiten.

Bei der Lebenserwartung in Gesundheit liegt Österreich leicht über dem Durchschnitt sowohl der OECD als auch der EU-Staaten (Eurostat 2024e). In der öffentlichen Debatte hört man immer wieder das Gegenteil. Das hat mit den Daten für die Jahre 2014 bis 2019 zu tun, die aber aufgrund von methodischen Unterschieden bei der Messung verfälscht waren (BMSGPK 2023a). Die Bevölkerung hierzulande ist also im internationalen Vergleich leicht überdurchschnittlich gesund.

Dass Österreicher:innen öfter ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, dürfte an ihrer unterdurchschnittlichen Gesundheitskompetenz liegen, also an dem Wissen, der Motivation und der Fähigkeiten, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden, um in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbewältigung Entscheidungen treffen zu können, die ihre Gesundheit und Lebensqualität erhalten oder verbessern. Besondere Defizite gibt es hier bei der

sogenannten Navigationskompetenz, also der Frage, an welche Stelle man sich mit welchem Anliegen am besten wenden sollte (BMSGPK 2021). Bereits seit der Gesundheitsreform 2013 gibt es Anstrengungen, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu evaluieren und gezielt zu fördern.

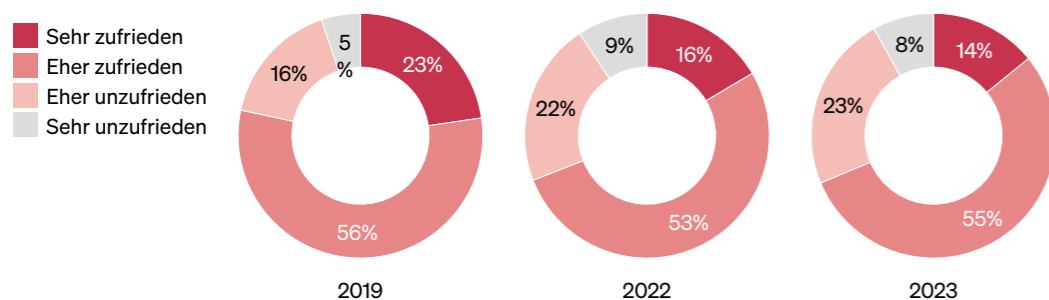
Wahrgenommene Verschlechterung

Die österreichische Bevölkerung nimmt eine deutliche Verschlechterung der medizinischen Versorgungslage wahr. In einer im April 2023 durchgeführten Umfrage bewerteten die Befragten Österreichs Gesundheitssystem viel negativer als im Mai 2019. Statt vormals 77 Prozent gaben nun nur noch 14 Prozent an, „sehr zufrieden“ zu sein. Der Anteil der Unzufriedenen stieg deutlich, und 59 Prozent der Befragten waren der Meinung, dass sich das Gesundheitssystem in Österreich verschlechtert habe. Begründet wurde diese Wahrnehmung von den Befragten durch den Ärzt:innenmangel (42 Prozent),

gefolgt von Wartezeiten für Behandlungen (34 Prozent) sowie den „Pflegerotstand“ (23 Prozent) und eine „Zweiklassenmedizin“ (22 Prozent) (Austrian Health Forum 2023). Eine im Auftrag der Wiener Ärztekammer durchgeführte Befragung aus dem September 2024 gab ein ähnliches Bild: Die 1.000 Befragten gaben der österreichischen Gesundheitsversorgung eine Schulnote von 2,8. 70 Prozent von ihnen waren der Meinung, dass sich das Gesundheitssystem in die falsche Richtung entwickle (Hajek 2024b). Während diese gemessenen subjektiven Wahrnehmungen einem objektiv im internationalen Vergleich sehr leistungsfähigen Gesundheitssystem gegenüberstehen, ist die Besorgnis der Bevölkerung jedenfalls ernst zu nehmen.

Zufriedenheit mit dem österreichischen Gesundheitssystem

Immer weniger Menschen sehr zufrieden, dennoch überwiegen die Zufriedenen



Rundungsdifferenzen stammen aus der Datenquelle

Grafik: Georg Lundström-Halbgebauer • Quelle: Austrian Health Forum/ Demox Research

URSACHEN DES VERSORGUNGSMANGELS IN ÖSTERREICH

Unattraktive Kassenverträge

Wie in diesem Policy Brief bereits gezeigt wurde, gibt es in Österreich zwar viele Ärzt:innen, aber zu wenige von ihnen sind im öffentlichen Gesundheitswesen tätig. Immer mehr von ihnen arbeiten lieber als Wahlärzt:innen. Doch woran liegt das? Obwohl man immer wieder das Gegenteil liest, ist es nicht nur das Geld. Denn Wahlärztinnen verdienen deutlich weniger als Kassenärztinnen. Im Jahr sind es durchschnittlich 94.566 Euro, und damit etwa 45.000 Euro weniger als Vertragsärztinnen. Die 19,1 Prozent der Teilzeit-Spitalsärzt:innen, die nebenbei eine Wahlarztpraxis betreiben, wurden gesondert erfasst. Sie verdienen 2015 durchschnittlich 100.273 Euro brutto pro Jahr, was immer noch etwa 40.000 Euro unter den Kassenärztinnen liegt (Czypionka et al. 2018).

Auch wenn sie im Jahr weniger verdienen, dürfte der effektive Stundenlohn von Wahlärzten deutlich höher liegen. Zusätzlich rechnet es sich für sie eher, sich mehr Zeit für die Patientinnen zu nehmen, weil sie die Honorare selbst festsetzen und ihr Einkommen daher nicht über die Schlagzahl optimieren müssen.

Wichtiger als monetäre Anreize dürften strukturelle Faktoren sein. Kassenpraxen haben vertraglich vorgeschriebene Öffnungszeiten, die in jedem Fall eingehalten werden müssen. Die gelten für eine Wahlarztpraxis nicht. Gerade für die neue Generation an Ärzten, die mehr Wert auf Work-Life-Balance legt und die Zeit mit der Familie als Priorität erkennt, spielt das eine wesentliche Rolle.

Regionale und lokale Faktoren erklären ebenso, warum manche Kassenstellen weniger attraktiv als andere sind. Derzeit gibt es noch in jedem Bundesland einen eigenen Vertrag zwischen Krankenkasse und Ärztekammer. Die unter Türkis-Blau beschlossene Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen hat daran nichts geändert (Seidl 2022). Wie sich mittlerweile zeigt, war diese Maßnahme vor allem Showpolitik. Statt der versprochenen Einsparung im System und der sogenannten Patientenmilliarde ist ein großes Loch im Budget geblieben. Die verschiedenen Tarife bedeuten einerseits für die Patient:innen, dass sie für Wahlarztbesuche für die gleiche Leistung je nach Ort unterschiedlich viel zurückerstattet bekommen. Andererseits bedeutet es aber auch für Ärzte, dass sich ihre Arbeit in einem Bundesland mehr lohnt als in einem anderen. Es darf dann wenig verwundern, wenn sie mit den Füßen abstimmen. Auch Infrastruktur, Nahversorgung und Kinderbetreuung spielen eine wichtige Rolle.

Die ÖGK ist dabei, einen österreichweit einheitlichen Leistungskatalog im Rahmen eines Gesamtvertrags auszuhandeln. Dieser Prozess ist schon weit fortgeschritten und soll voraussichtlich 2025 abgeschlossen sein. Der Gesamtvertrag umfasst die Arten der Zusammenarbeit, den Leistungskatalog und eine neue Honorarvereinbarung. Das Honorar soll von den Einzelleistungen entkoppelt werden. Der Trend geht eher in Richtung Pauschalierung.

Während sich durch die derzeitigen Bemühungen Verbesserungen für Patient:innen und die Gesundheitssteuerung ergeben, wird die Versorgung dadurch nicht billi-

ger, sondern eher teurer. Der ehemalige ÖGK-Obmann Huss sprach von einem dreistelligen Millionenbetrag an jährlichen Mehrkosten. Diese könne die ÖGK nicht allein finanzieren. Sie fordert daher einen Zuschuss aus Steuergeld (Rosner 2024). Warum Österreich aber noch mehr für Gesundheit ausgeben sollte, ohne zugleich strukturelle Maßnahmen anzugehen, ist nicht unmittelbar einleuchtend.

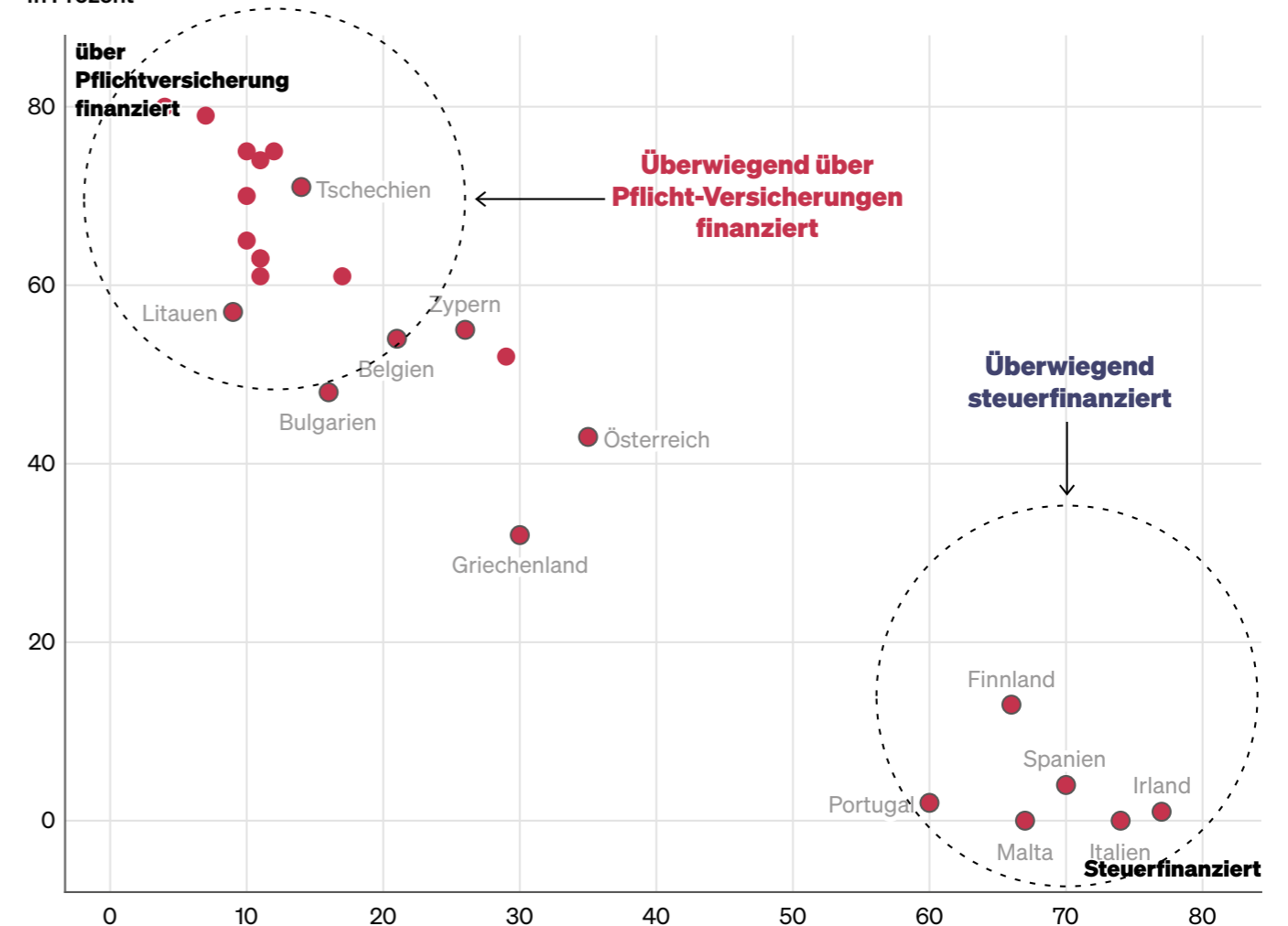
Man bekommt, wofür man bezahlt

Es heißt immer wieder, dass Österreichs Gesundheitssystem besonders teuer sei, dabei aber nur mittelmäßige Leistungen liefere. Es stimmt zwar, dass Österreich für sein Gesundheitssystem viel bezahlt, aber die Leistungen scheinen auch überdurchschnittlich gut zu sein. Fast alle (nämlich über 99 Prozent der Bevölkerung) bekommen die Versorgung, die medizinisch notwendig ist (OECD 2024). Und obwohl medial oft anderes verbreitet wird, ist auch die Lebenserwartung in Gesundheit überdurchschnittlich hoch. Dasselbe gilt für die vorzeitige Sterblichkeit aus vermeidbaren oder behandelbaren Gründen. Obwohl es Potenzial für Einsparungen und effizientere Mittelverwendung gibt, stimmt es grundsätzlich: Österreich hat im internationalen Vergleich eines der besten Gesundheitssysteme.

Österreich zählt zu den EU-Ländern mit den höchsten Gesamtausgaben für das öffentliche Gesundheitssystem. Nur Deutschland und Belgien geben (in Prozent des BIP) mehr für Gesundheit aus. Interessant ist, woher die Mittel stammen: Die Gesundheitssysteme der meisten EU-Länder lassen sich klar in eine von zwei Kategorien einordnen. Entweder sind sie vorwiegend über Steuern finanziert oder aber über Pflichtversicherungen. Die Finanzierung in Griechenland und Österreich ist dagegen eine Mischform. Zusammen mit föderalen Strukturen sorgt das für unübersichtliche Finanzflüsse im Gesundheitssystem.

Österreichs Gesundheitssystem ist hybrid finanziert

Finanzierungsanteil durch verpflichtende Versicherungen (y-Achse) und Steuermittel (x-Achse), in Prozent



Während im EU-Schnitt 81 Prozent der Gesundheitskosten aus öffentlichen Mitteln und Pflichtversicherungen finanziert werden, sind es in Österreich nur 78 Prozent. Die Österreicher:innen zahlen medizinische Leistungen zu 16 Prozent selbst, weitere 5 Prozent stammen aus privaten Krankenversicherungen, und 2 Prozent entfallen auf sonstige Finanzierungsquellen (OECD 2024). Während Österreich also überdurchschnittlich hohe Gesundheitsausgaben hat, zahlt die Bevölkerung auch überdurchschnittlich viele medizinische Leistungen selbst. Die Selbstzahlungen verteilen sich hauptsächlich auf ambulante Versorgung, Arzneimittel, Langzeitpflege und zahnmedizinische Versorgung (OECD 2023b). Das erklärt sich wohl aus dem Versorgungsmangel im niedergelassenen öffentlichen Bereich und dem daraus folgenden Ausweichen auf Wahl- und Privatärzt:innen.

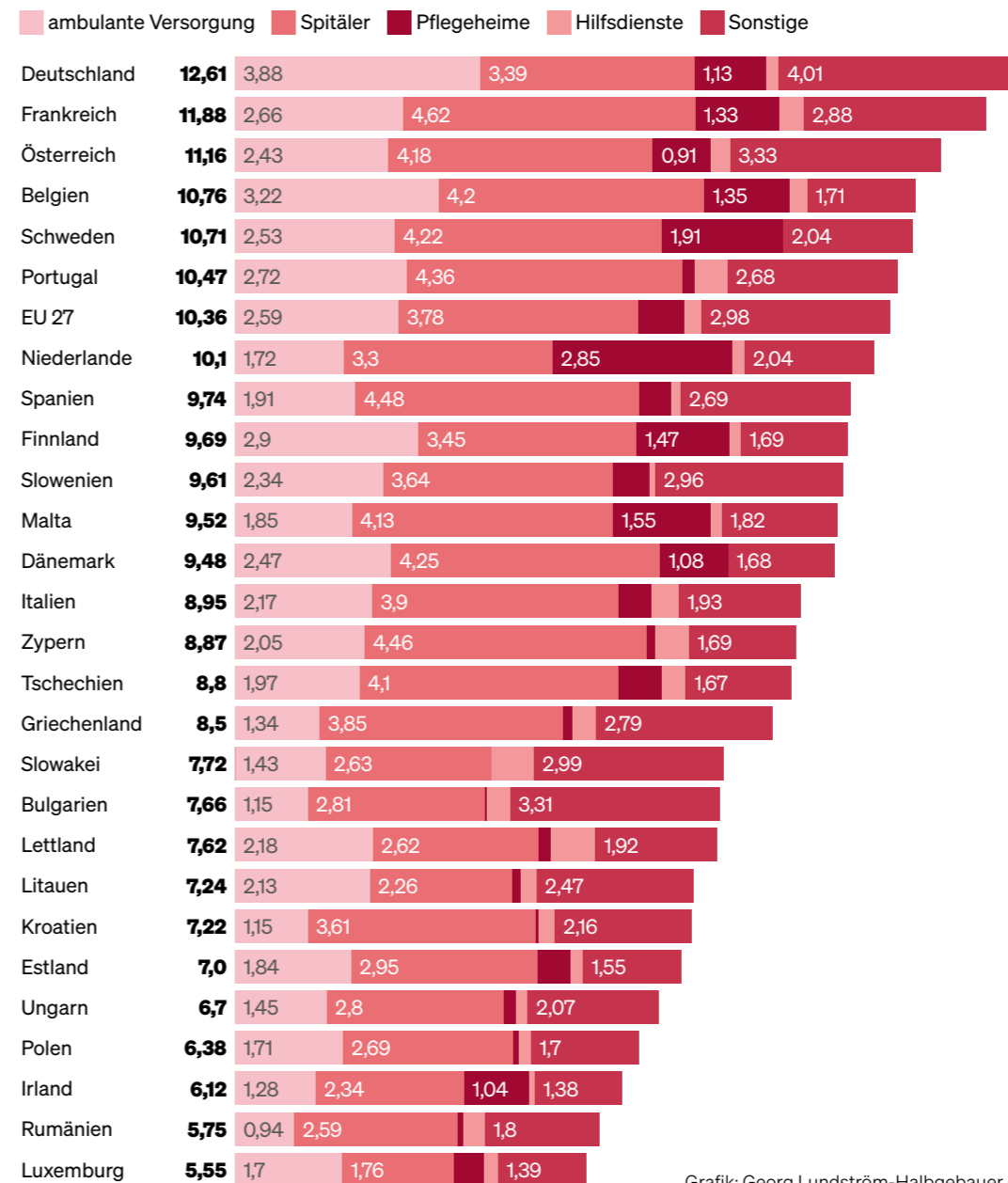
Mindestens ebenso interessant wie die Mittelherkunft ist die Mittelverwendung: Im Durchschnitt geben EU-Länder etwa 2,6 Prozent ihres BIP für die Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich aus. Diese Berechnung umfasst sowohl öffentliche als auch private Mittel. Österreich liegt mit 2,43 Prozent knapp unter dem Durchschnitt. Während Österreichs Gesundheitsausgaben also insgesamt deutlich über dem EU-Schnitt liegen, gibt man im Verhältnis weniger für den niedergelassenen Bereich aus.

Der Zugang zu medizinischen Leistungen ist in Österreich hervorragend. Laut OECD waren nur 0,6 Prozent der Österreicher:innen der Meinung, einen ungedeckten Bedarf an medizinischen Leistungen aufgrund von Kosten oder Wartezeiten zu haben. Die Entfernung zur nächsten medizinischen Einrichtung spielte hierzulande nur für 0,1 Prozent der Bevölkerung eine hinderliche Rolle. Der Unterschied zwischen Personen mit hohem, mittlerem und geringem Einkommen war klein. Niedrigverdienner:innen gaben zu 0,8 Prozent an, einen Versorgungsmangel zu haben. Personen mit hohem Einkommen zu 0,3 Prozent (OECD 2024). Österreich liegt hier zwar im EU-Spitzenfeld auf Platz 5 hinter Tschechien und den Niederlanden. Doch sowohl das bestplatzierte Malta als auch das zweitplatzierte Zypern geben deutlich weniger für Gesundheit aus, können aber einen noch breiteren Zugang zu medizinischen Leistungen gewährleisten.

Die vorzeitige Sterblichkeit von Personen unter 75 Jahren liegt unter dem OECD- und dem EU-Schnitt. Dieser Indikator umfasst Todesfälle aus vermeidbaren und aus behandelbaren Gründen. Die vermeidbare Sterblichkeit erfasst Todesfälle, die überwiegend durch Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens und der Primärprävention vermieden werden könnten. Die behandelbare Sterblichkeit bezieht sich auf Todesfälle, die überwiegend durch Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge, einschließlich Screenings und Behandlungen, vermieden werden könnten (OECD 2023b). 2021 starben in Österreich knapp 245 von 100.000 Personen aus vermeidbaren oder behandelbaren Gründen, während der EU-Durchschnitt bei 294 vorzeitigen Todesfällen lag

Gesundheitsausgaben in der EU nach Sektor

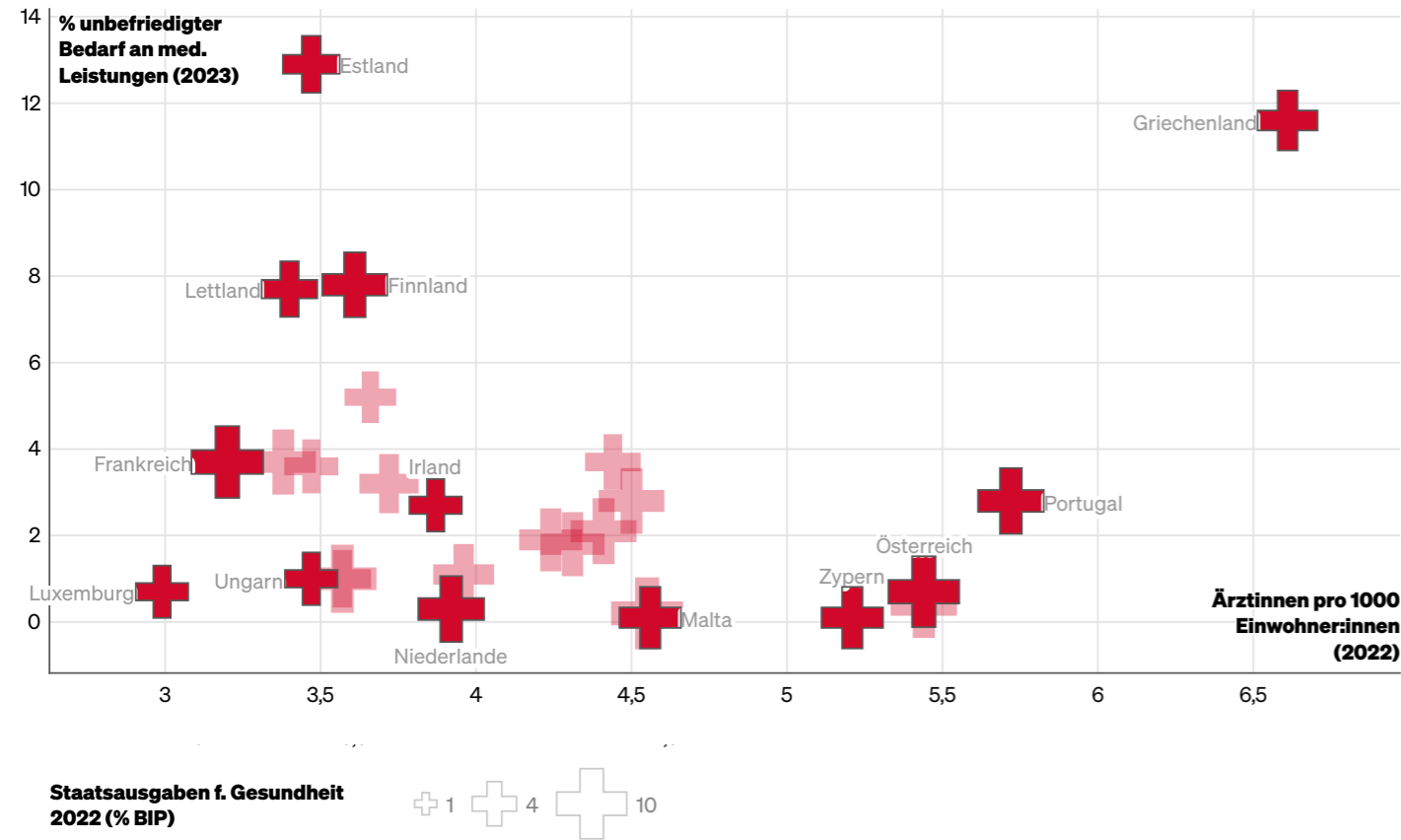
Angaben in % BIP für das Jahr 2022



Grafik: Georg Lundström-Halbgebauer • Quelle: Eurostat, eigene Berechnungen

Versorgungsqualität im EU Vergleich

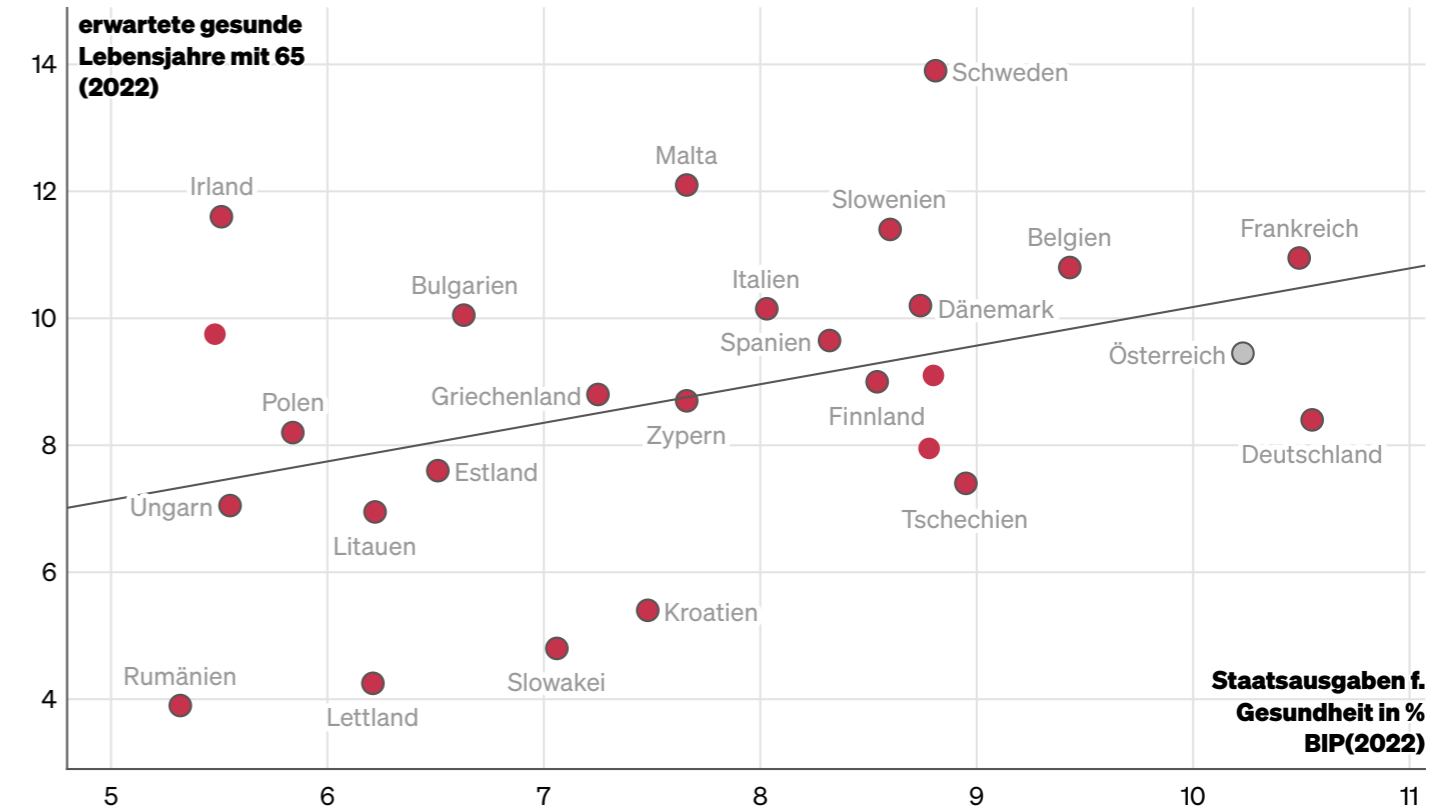
In Österreich bekommen fast alle die Versorgung, die sie brauchen



Grafik: Georg Lundström-Halbgebauer • Quelle: OECD, Eurostat, eigene Berechnungen

Gut, aber ineffizient

Österreich gibt viel für Gesundheit aus, bekommt aber nicht den optimalen Output



Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP korrelieren mit einer höheren Lebenserwartung in Gesundheit (r=0,4)

Grafik: Georg Lundström-Halbgebauer • Quelle: Eurostat, OECD, eigene Berechnungen

(im Median 244,5). Mit 177 vorzeitigen Todesfällen ist Schweden am besten von allen EU-Staaten aufgestellt. Am schlechtesten schneidet Rumänien ab, wo 695 von 100.000 Personen aus vermeidbaren oder behandelbaren Gründen sterben (Eurostat 2024d).

Die Lebenserwartung in Gesundheit ist in Österreich überdurchschnittlich. Während man im EU-Schnitt mit 9,1 gesunden Lebensjahren nach dem 65. Geburtstag rechnen kann, sind es in Österreich 9,45. Mit vier Jahren gesunder Lebenserwartung ist Rumänien hier erneut das Schlusslicht. Schweden belegt mit 13,9 Jahren und einigem Abstand den ersten Platz (Eurostat 2024e). Der internationale Vergleich zeigt aber, dass viele Länder im Verhältnis zu ihren Ausgaben bessere Ergebnisse erzielen als Österreich. Dasselbe Ergebnis, das 2022 mit etwa 10 Prozent des BIP an Gesundheitsausgaben erzielt wurde, sollte auch mit etwas über 9 Prozent erreichbar sein. Das entspräche einer Einsparung von 4,5 bis 5 Milliarden Euro jährlich. Österreichs Gesundheitssystem ist also gut, aber ineffizient.

In die Notaufnahme statt zur Hausärztin

In Österreich werden viele Leistungen, die bei niedergelassenen Ärzt:innen besser und günstiger möglich wären, derzeit in Spitälern erbracht. Schuld daran ist der Versorgungsmangel an Kassenärztinnen und -ärzten im niedergelassenen Bereich. Auch die Kosten für die Patient:innen spielen eine wichtige Rolle: Die klassische hausärztliche Konsultation wird von der Österreichischen Gesundheitskasse übernommen. Die Behandlung in einer Spitalsambulanz zahlen vor allem die Bundesländer. Wer zur Wahlärztin geht, muss selbst zahlen, kann aber einen Anteil von der Krankenkasse refundiert bekommen. Das ist europaweit einzigartig: Nur in Österreich gibt es diesen Mittelweg zwischen privater und öffentlicher medizinischer Leistung. Wer aber nicht bezahlen kann oder will und keinen zeitnahen Termin in einer Kassenordination bekommt, weicht in die Krankenhäuser aus.

Fassen wir die Versorgungslage noch einmal zusammen: Insgesamt ist die Zahl der Ärzt:innen für Allgemeinmedizin in den letzten Jahren gestiegen. Doch die Verteilung zwischen Vertragsärzt:innen und Wahlärzt:innen hat sich verschoben: Trotz wachsender und auch alternder Bevölkerung hat sich die Zahl der Vertragsärzt:innen in Österreich seit 2008 kaum erhöht. Gleichzeitig ist die Zahl der Wahlärzt:innen stark gestiegen (vgl. Rosner 2023). In Zusammenschau mit den langen Wartezeiten in Kassenordinationen führt diese Situation dazu, dass diejenigen, die es sich leisten können, zu Wahlärzt:innen wechseln. Das legt auch eine rezente Studie nahe, wo-

nach 54 Prozent der Wahlarztpatient:innen auch dann weiter in die Wahlärzt:innenordination gehen würden, wenn die Krankenkasse die Kosten nicht zurückerstatte würde (Hajek 2024b).

Doch nicht alle haben die Mittel, medizinische Leistungen im Bedarfsfall selbst zu bezahlen. Zur Einordnung: Das Median-Einkommen österreichischer Beschäftigter lag 2023 bei 2.330 Euro netto pro Monat (Statistik Austria 2023b). Dem stehen durchschnittliche monatliche Ausgaben von 2.160 Euro gegenüber (Statistik Austria 2022). Eine dreistellige Honorarnote ist also für einen Großteil der Bevölkerung eine empfindlich hohe Ausgabe.

Wie teuer ist ein Wahlarztbesuch wirklich? Die Datenlage ist mangelhaft. Wir können jedoch extrapolieren. 2022 suchten 1.995.953 Personen bei der ÖGK um Refundierung von Wahlarztekosten an. Die Summe der eingereichten Rechnungen beläuft sich auf etwa 489 Millionen Euro. Das sind 245 Euro pro versicherte Person und Jahr. Mit großem Abstand am meisten verlangten Fachärzte für Kiefer- und Gesichtschirurgie mit etwa 35.000 Euro pro Patient:in, gefolgt von Fachärztinnen für Plastische Chirurgie, die etwa 580 Euro verlangten. Für Wahlärzt:innen für Allgemeinmedizin waren es durchschnittlich 280 Euro pro Patient:in und Jahr (BMSGPK 2023b). Was in dieser Aufstellung allerdings fehlt, ist die Anzahl der Konsultationen. Daher muss die ehrliche Antwort sein: Wie viel ein Wahlarztbesuch kostet, weiß keiner so genau.

Grundsätzlich gibt es für die Honorare nur eine Unter- aber keine Obergrenze: Wahlärzt:innen können für ihre Leistungen so viel verlangen, wie sie wollen. Die Österreichische Gesundheitskasse ist zwar verpflichtet, bei einem Wahlarztbesuch 80 Prozent dessen zurückzuerstatten, was sie einem Vertragsarzt zahlen hätte müssen. Allerdings gibt es ein Hintertürchen: die sogenannte Fallpauschale. Für allgemeinmedizinische sowie für fachärztliche Leistungen, für die keine Zuweisung nötig ist, werden pro Quartal für die erste und die zweite Konsultation jeweils nur sechs Euro rückerstattet. Für die dritte Konsultation erhalten Patient:innen von Fachärzt:innen noch weniger, nämlich etwa drei Euro. Konsultationen bei einem Allgemeinmediziner werden also erst ab dem dritten Besuch mit 80 Prozent abgegolten, bei Fachärzt:innen ohne Zuweisung erst ab dem vierten Besuch (Ärztekammer Wien 2024). In der Praxis variiert der tatsächlich zurückerstattete Betrag. Abhängig von der Fachrichtung des Arztbesuchs erhalten Patient:innen zwischen 10 und 80 Prozent ihrer Ausgaben erstattet. Zudem warten die Österreicher:innen bis zu 92 Tage auf die Erstattung durch die Krankenkasse (BMSGPK 2024b).

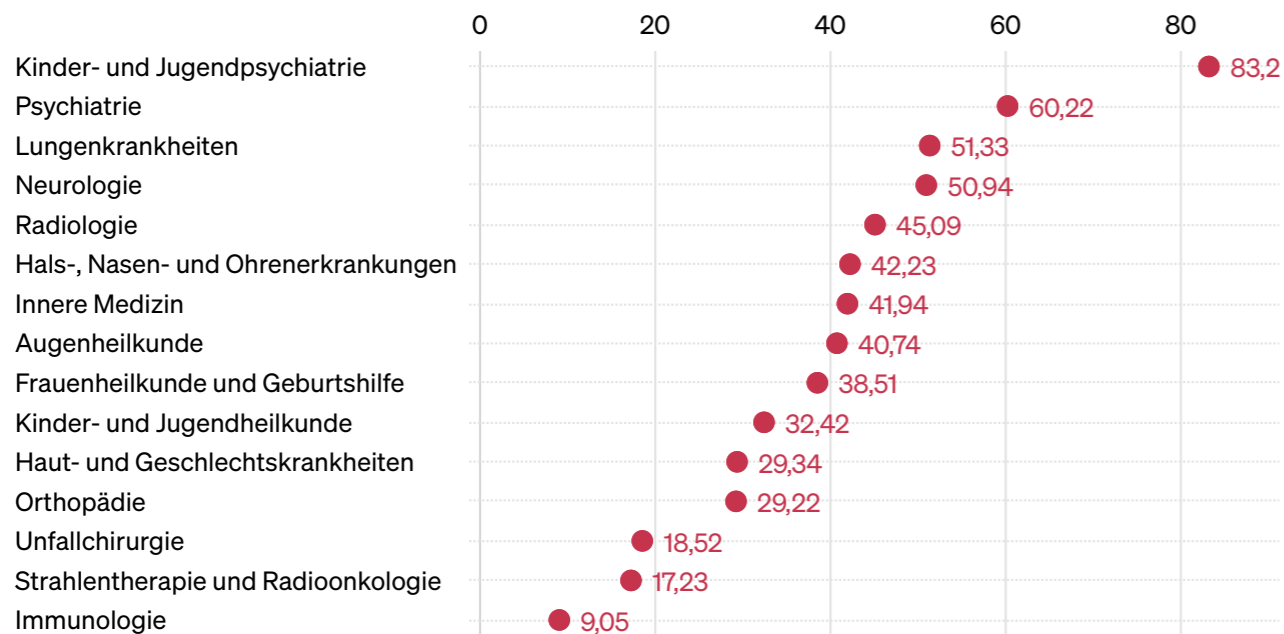
14 Prozent der Österreicher:innen verzichteten 2024 darauf, ihre Wahlarztrechnungen zur Rückerstattung einzureichen (Hajek 2024b). Das muss sich ändern. Eine leichte Verbesserung gibt es bereits: Seit 1. Juli 2024 müssen Wahlärzt:innen auf Verlangen ihre Honorarnoten direkt bei der jeweiligen Krankenkasse einreichen. Bisher mussten das die Patient:innen in jedem Fall selbst tun.

Die Kosten für einen Wahlarztbesuch und die administrativen Hürden erklären, warum viele Menschen auf die öffentlichen Krankenhäuser ausweichen, wenn sie keinen Termin im niedergelassenen Bereich bekommen. Das wiederum führt zu chronisch überlasteten Notaufnahmen. Diese können die Versorgungsfunktion des niedergelassenen Bereichs nur teilweise ausgleichen, sollten es aber eigentlich nicht müssen. Entweder

die Verwaltung hält sich an die gesetzlich festgelegte Aufgabenteilung zwischen ÖGK, Bund und Ländern; oder aber wir müssen die Gesetze ändern. Der unordentliche Status quo ist jedenfalls nicht sinnvoll.

Rückerstattung von Wahlarztekosten

Wie viel Prozent ihrer tatsächlichen Ausgaben Patienten durchschnittlich erstattet bekommen



Grafik: Georg Lundström-Halbgebauer, Stefanie Braunisch • Quelle: ÖGK, BMSGPK

Bisherige Maßnahmen

Es gab in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten schon einige Initiativen und Reformen, die darauf abzielten, die medizinische Versorgung der Österreicher:innen im niedergelassenen Bereich zu verbessern. Diese reichen von lokalen Ad-hoc-Lösungen wie den Erstversorgungsambulanzen in Wien über Ansätze, die Nachfrage nach medizinischen Leistungen zu reduzieren und Stipendien für Studierende, um für ein größeres Angebot zu sorgen, bis hin zu großen Reformpaketen, die das gesamte Gesundheitssystem betreffen. Dieses Kapitel stellt einige dieser Maßnahmen vor und beurteilt, was davon funktioniert hat und wo man noch nachbessern könnte.

Erstversorgungsambulanzen und unordentliche Finanzen

Österreicher:innen gehen besonders häufig ins Spital, um dort medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, für die eigentlich der niedergelassene Bereich zuständig ist. Um diesen „schlampigen Verhältnissen“ etwas entgegenzusetzen, hat die Stadt Wien gemeinsam mit der ÖGK und der Wiener Ärztekammer 2020 sogenannte Erstversorgungsambulanzen ins Leben gerufen, die die Notaufnahmen entlasten sollen. Es gibt sie im AKH Wien und in/bei den Kliniken Donaustadt, Favoriten, Floridsdorf, Landstraße und Ottakring. Sie dienen als erste Anlaufstelle für Patient:innen, die medizinische Hilfe bei allgemeinmedizinischen Erkrankungen und Beschwerden benötigen, mit denen sie sonst in

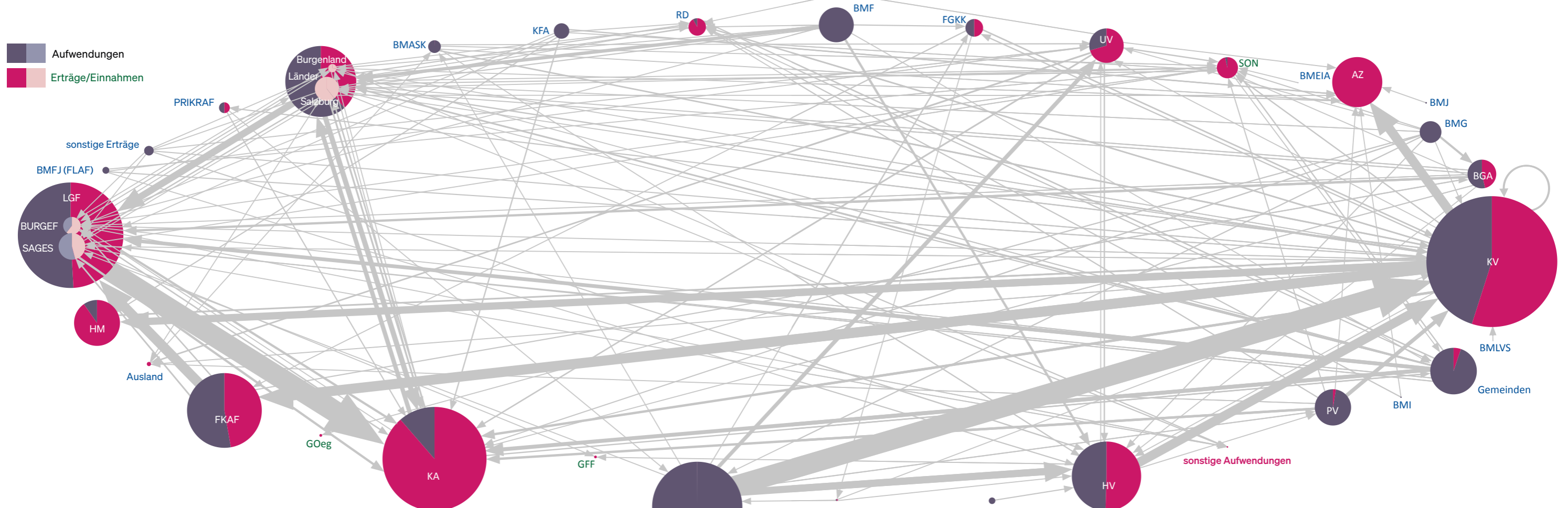
eine Ordination gehen würden. Betreut werden sie von Allgemeinmedizinerinnen und Ordinationsassistenten des Ärztefunkdienstes. Als erste Anlaufstelle führen sie eine Erstbegutachtung aller erwachsenen ambulanten Patient:innen durch.

Das Modell scheint zu funktionieren: So können acht von zehn Patient:innen mit einem Rezept entlassen oder in den niedergelassenen Bereich überwiesen werden. Schwere und akute Fälle werden der Notaufnahme der Klinik zugewiesen. Spitalsambulanzen werden so deutlich entlastet, die Wartezeiten in den Notaufnahmen reduziert. Gleichzeitig verbessern die Erstversorgungsambulanzen die medizinische Versorgung der Wiener:innen. Ein voller Erfolg also? Nein. Denn finanziert werden die Erstversorgungsambulanzen über den Wiener Gesundheitsfonds, der für öffentliche gemeinnützige Krankenhäuser gedacht ist.

Für die Finanzierung der Versorgung außerhalb der Spitäler ist die Sozialversicherung zuständig. Wenn nun also die Stadt Wien für eine Leistung bezahlt, die eigentlich von der ÖGK bereitgestellt werden müsste, macht das die ohnehin schon überkomplexe Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems noch unübersichtlicher – und damit auch schwerer zu kontrollieren. Das liegt am Föderalismus. Schon 2017 kritisierte der Rechnungshof die „zersplitterte Kompetenzlage“ im österreichischen Gesundheitssystem, die dafür Sorge, dass Ausgaben-, Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung auseinanderfallen, und forderte eine bundesweit einheitliche und gemeinsame Finanzierung (Rechnungshof 2017).

Mittelflüsse im Gesundheitssystem

Quellen: Rechnungshof 2017



- KA Kur- und Krankenanstalten
- AZ Ärztinnen und Ärzte (niedergelassene)
- HM Heilmittel, Heilbeihilfe und Hilfsmittel
- RD Rettungsdienste
- SON Sonstige Gesundheitsdienstleistungen
- FKAF Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

- FGKK Ausgleichsfonds der GKK
- LGF Landesgesundheitsfonds
- F Vors Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung
- BURGEF Burgenländischer Gesundheitsfonds
- BGA Bundesgesundheitsagentur

- SAGES Salzburger Gesundheitsfonds
- GÖG Gesundheit Österreich GmbH
- GFF Gesundheitsförderungsfonds
- Priv KV-Beiträge der Versicherten sowie Leistungen an Private und Vereine
- KV Krankenversicherungsträger
- KFA Krankenfürsorgeanstalten

Im Herbst 2024 wurden die absurden Auswüchse dieses Systems wieder einmal allzu deutlich. Laut der EU-Verordnung 2024/1849 darf ab 1. Jänner 2025 quecksilberhaltiges Amalgam nicht mehr für die zahnärztliche Behandlung verwendet werden (außer es wäre aus medizinischen Gründen zwingend notwendig). In Österreich wurden Füllungen aus Amalgam bisher von der Krankenkasse bezahlt, während quecksilberfreie und teurere Alternativen (wie etwa Alkasit) privat zu bezahlen waren – womit die Zahnärzte gut verdienten. Um das Inkrafttreten der Verordnung vorzubereiten, verhandelte die ÖGK mit der Österreichischen Zahnärztekammer (ÖZÄK) um neue Tarife. Weil der ÖZÄK das Angebot der ÖGK aber zu niedrig war, brach diese die Verhandlungen ab.

Sollte es bis Ende 2024 keine Einigung geben, fällt eine der grundlegendsten zahnmedizinischen Leistungen der öffentlichen Krankenversicherung ersatzlos weg. Die Versicherungsbeiträge würden dadurch aber um keinen Cent günstiger. Im Gegenteil: Die Zahnärzt:innen forderten mehr Geld von der Krankenkasse, die Krankenkasse wiederum behauptete, keines zu haben, und forderte ihrerseits Zuschüsse in Milliardenhöhe vom Bund; das wohlgermerkt im selben Jahr, in dem der Bund bereits mehrere hundert Millionen Euro an zusätzlichen Gesundheitsausgaben bewilligt hat.

Die Finanzen des Bundes sind aber auch angespannt: Der öffentliche Schuldenstand betrug zum Ende des zweiten Quartals 2024 394,8 Milliarden Euro oder 83 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (Statistik Austria 2024c). Das ist für ein Euro-Land deutlich zu viel und

widerspricht den EU-Fiskalregeln. Will Österreichs Regierung weiterhin so viel ausgeben, muss sie also auch mehr einnehmen. Das bedeutet mehr und höhere Steuern, Abgaben und Gebühren. Es besteht also die Gefahr, dass wieder die Bürger:innen zur Kasse gebeten werden. Man stelle sich eine private Krankenversicherung vor, die einerseits Leistungen kürzt, andererseits aber die Beiträge erhöht. Sie würde wohl bald keine Kunden mehr finden.

Es ist nachvollziehbar, dass die Gebarungsvorschau der ÖGK aufgrund der schwachen Konjunktur deutlich negativer ausfällt als noch im Frühjahr 2024 (ÖGK 2024b). Es ist auch verständlich, dass Zahnärzt:innen eine angemessene Entlohnung verlangen. Doch Österreich hat schon jetzt eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt, zugleich aber mit 47,2 Prozent die dritthöchste Steuerlast in der OECD (OECD 2023c). Das Problem mit Geld (das wir nicht haben) zu bewerkstelligen, ist also mit Sicherheit der falsche Weg.

Primärversorgungseinheiten

Die Primärversorgungseinheiten gelten in Österreich in den letzten Jahren als die „eierlegende Wollmilchsaue“ der niedergelassenen Gesundheitsversorgung. Sie sollen helfen, den Herausforderungen von Personalmangel, demografischem Wandel und dem Anstieg an chronisch Kranken zu begegnen. Der Grundstein für die PVEs wurde bereits in der Gesundheitsreform 2013 gelegt. Den rechtlichen Rahmen schafft das 2017 verabschiedete Primärversorgungsgesetz (PrimVG). Nach einer Novelle 2023 können nun auch Angehörige gesetzlich geregelter Gesundheitsberufe, die zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigt und in der Primärversorgungseinheit hauptberuflich tätig sind, Gesellschafter:innen werden. Das hatte die Ärztekammer ursprünglich verhindert.

Derzeit gibt es in Österreich bereits 75 Primärversorgungseinheiten, davon neun Kinder-PVEs. Die meisten, nämlich 24, befinden sich in Wien, die wenigsten in Kärnten und dem Burgenland, wo es je nur eine gibt (ÖGK 2024a). Die Gründung von Primärversorgungszentren wird sowohl mit Bundesmitteln als auch mit EU-Geldern massiv gefördert. Bis 2025 soll es in Österreich insgesamt 120 PVEs geben (BKA 2023). Ob dieses Ziel zu erreichen ist, bleibt aber fraglich. Bis 2021 sollte es schon 75 PVEs geben. Doch noch 2022 waren es erst 33 (Kapeller et al. 2022).

Ausgestaltet entweder als Primärversorgungszentren, mit allen Leistungen unter einem Dach, oder als Primärversorgungsnetzwerke, sind diese neuen Einheiten mit

eigener Rechtsform nicht bloß Gemeinschaftspraxen von Ärzt:innen. Dort sollen auch Physiotherapeuten, Psychotherapeutinnen, (diplomiert) Krankenpflegerinnen und sogar Sozialarbeiter tätig sein. Sie sollen länger offen haben als traditionelle Einzelpraxen, vor allem an den sogenannten Randzeiten in der Früh und am frühen Abend. Patientinnen und Patienten sollen so schneller zu einem Termin kommen und auf Kosten der Krankenkasse behandelt werden. Für Ärzt:innen bringt eine Tätigkeit in PVEs den Vorteil geregelter Arbeitszeiten. Durch die Arbeitsteilung mit anderen Gesundheitsberufen können sie sich auf die ärztlichen Leistungen konzentrieren und dadurch mehr Patient:innen besser betreuen.

Allerdings werden manche Probleme durch PVEs sogar eher noch verschärft, anstatt gelöst. Denn die Arbeit in einer Einzelordination mit Kassenvertrag wird dadurch im Vergleich noch unattraktiver. Gerade in ländlichen Regionen reicht die Nachfrage aber oft nicht für eine PVE. Dort braucht es niedergelassene Ärzt:innen, die auch bereit sind, Hausbesuche durchzuführen. Das muss sich lohnen und für die Patient:innen erreichbar und leistbar sein.

Gesundheitskompetenzförderung und Patient:innensteuerung

Österreicher:innen gehen nicht nur besonders häufig ins Spital, sie suchen auch besonders häufig Ärzte auf. Überdies zeigte sich 2011 im Rahmen der European Health Literacy Survey (HLS-EU), dass Österreicher:innen über eine unterdurchschnittliche Gesundheitskompetenz verfügen. Von acht EU-Ländern schnitt damals nur noch Bulgarien schlechter ab als Österreich. Eine Möglichkeit, dem entgegenzuwirken und so die überhöhte Nachfrage nach medizinischen Leistungen zu verringern, ist, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gezielt zu fördern. Das könnte zu einem effizienteren Ressourceneinsatz führen.

Um die langfristige Entwicklung und Etablierung von Gesundheitskompetenz in Österreich zu unterstützen, wurde 2015 in Reaktion auf die HLS-EU die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) gegründet. Sie arbeitet an der Förderung von Gesundheitskompetenz und gesundheitlicher Chancengleichheit durch Informationsangebote, Patient:innen- und Netzwerkbildung. Schwerpunkte umfassen hochwertige Gesundheitsinformationen, die Gesprächsqualität zwischen Patient:innen und Gesundheitspersonal sowie die Schaffung unterstützender Rahmenbedingungen in Gesundheitsorganisationen.

Schon 2019 folgte im Rahmen der WHO eine erneute Gesundheitskompetenzerhebung. Aufgrund methodischer Unterschiede ist es allerdings schwierig, deren Ergeb-

nisse mit der EU-Studie von 2011 zu vergleichen. Es wird jedenfalls ein leichter Anstieg der selbst eingeschätzten Gesundheitskompetenz der Bevölkerung behauptet, und zwar von 48 auf 53 Prozent mit ausreichender bis exzellenter Gesundheitskompetenz. Es bleiben aber 15 Prozent der Bevölkerung, deren allgemeine Gesundheitskompetenz mangelhaft ist (BMSGPK 2021).

Während es vielversprechend erscheint, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken, um so dafür zu sorgen, dass weniger medizinische Leistungen in Anspruch genommen werden, weil die Menschen einerseits gesünder leben und andererseits besser Bescheid wissen, wo ihnen im Bedarfsfall geholfen wird, kann dies nur ein Teil der Lösung sein. So wichtig es ist, auf Eigenverantwortung zu setzen: Es braucht eine institutionalisierte Patient:innensteuerung, um Patientenströme strukturiert und konsequent dorthin zu lenken, wo sie am effektivsten und effizientesten behandelt werden. Dadurch können Kosten gespart werden, während die Qualität der erbrachten Leistungen steigen würde.

Gesundheitsreform 2023: 100 neue Kassenstellen

Um dringend nötige Reformen im Gesundheitssystem zu setzen, haben ÖVP und Grüne mit dem Vereinbarungs-umsetzungsgesetz 2024 (VUG 2024) im Dezember 2023 eine Sammelnovelle beschlossen, die Änderungen an 13 Rechtsmaterialien vornimmt. Im Sinne des Prinzips „digital vor ambulant vor stationär“ wird der niedergelassene Bereich besonders gestärkt, etwa durch eine vereinfachte Gründung von Gruppenpraxen, Primärversorgungseinheiten und Ambulatorien sowie ein erweitertes Leistungsangebot zu Randzeiten und an Wochenenden.

Zusätzlich zu den genannten Maßnahmen sollen die Gesundheitsberatung 1450 ausgebaut, eine verpflichtende Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich eingeführt und ab 2026 die Anbindung von Wahlärzt:innen an die elektronische Gesundheitsakte (ELGA) und an das E-Card-System umgesetzt werden. Die Einspruchsrechte der Ärztekammer gegen neue Kassenstellen und Ambulatorien der Sozialversicherungsträger sollen entfallen.

Die Diagnosecodierung bezeichnet einen Prozess, bei dem ärztliche Diagnosen mithilfe eines standardisierten Klassifizierungssystems erfasst und gespeichert werden. Jede Diagnose erhält einen spezifischen Code, der häufig über eine Suchfunktion gefunden werden kann. Primärversorgungseinheiten müssen bereits verpflichtend eine Diagnosecodierung nach internationalem Standard verwenden. In Zukunft sollte das für alle Ärzt:innen gelten.

Im Rahmen des Budgetbegleitgesetzes wurde das Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetz (GesReffFinG) beschlossen. Mit diesem Gesetzespaket wurden 100 neue Kassenstellen geschaffen, und es wurde ermöglicht, dass neue Kassenpraxen durch den sogenannten Startbonus mit bis zu 100.000 Euro gefördert werden. Gleichzeitig wurde die klinisch-psychologische Behandlung aufgewertet.

Die Mittel für diese Reformmaßnahmen stammen aus dem Bundesbudget – also aus Steuergeld. Der Bund schüttet dafür nun 110 Millionen Euro jährlich aus; davon sind 50 Millionen Euro für die direkte Finanzierung der zusätzlichen Vertragsstellen bestimmt, 10 Millionen Euro kostet der Startbonus, und 50 Millionen sind für klinisch-psychologische Behandlungen vorgesehen. Sparsam ist das nicht. 2015 lag der Median der ärztlichen Einkünfte der Vertrags- und Wahlärzt:innen bei 106.294 Euro im Jahr, der Mittelwert bei 139.937 Euro (Czypionka et al. 2018). Im Vergleich mit üblichen Honoraren erscheinen die jährlichen Kosten von 500.000 Euro pro Kassenärztin daher exorbitant hoch.

Weitere 300 Millionen Euro jährlich wendet der Bund von 2024 bis 2028 für die „Stärkung des niedergelassenen Bereichs“ auf (§ 57 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG)). Wie genau, das wird im Zielsteuerungsvertrag geregelt. Jedenfalls soll es also mehr Gemeinschaftspraxen, mehr Primärversorgungseinheiten und mehr Kassenstellen geben. Und die dort erbrachten Leistungen sollen verbessert werden.

Die Gesundheitsreform 2023 geht in die richtige Richtung. Doch bisher konnte sie den Versorgungsmangel im ambulanten Bereich nur geringfügig lindern. Im August 2024 waren erst zwölf der 100 neu geschaffenen Stellen besetzt (Crisan 2024). Ausgeschrieben wurden nur 70 Kassenstellen, auf die sich insgesamt 195 Personen bewarben. Das sind weniger als drei Bewerber:innen pro Stelle. Der Andrang hält sich also in Grenzen. Einer der Gründe dafür dürfte sein, dass der großzügig wirkende Startbonus schnell von den Kosten einer neuen Ordination mit Material und Personal verschlungen wird; ein weiterer, dass der Bonus strukturelle Faktoren wie etwa unattraktive Arbeitszeiten, mangelhafte Kinderbetreuung oder schlechte ländliche Infrastruktur nicht ausgleichen kann. Um die Gesundheitsversorgung für die Menschen in diesem Land nachhaltig zu verbessern, reicht Geld allein offensichtlich nicht aus. Es braucht auch strukturelle Veränderungen.

Geförderte Studienplätze und Landärzt:innen-Stipendium

In der öffentlichen Debatte heißt es immer wieder, dass eine große Zahl junger Medizin-Absolvent:innen das Land verlasse, um im Ausland zu arbeiten. Dafür gibt es auch Evidenz: Laut einer von 2011 bis 2016 durchgeführten Befragung wollten durchschnittlich nur 27 Prozent der deutschen Medizin-Student:innen in Österreich bleiben. Die Österreicher:innen wollten zu 73 Prozent in Österreich arbeiten (Hummer et al. 2021).

Der Rechnungshof stellte 2021 fest, dass es einen erheblichen Unterschied zwischen der jährlichen Anzahl an Medizin-Absolvent:innen und in Österreich eingetragenen Ärzt:innen gibt. 31 Prozent des jährlichen Absolventenpotenzials standen für die ärztliche Versorgung in Österreich nicht zur Verfügung. Bei den deutschen Medizinabsolvent:innen betrug die Differenz zwischen Absolventenpotenzial und ärztlich Tätigen 79 Prozentpunkte (Rechnungshof 2021b).

Bedenkt man, dass einige Humanmediziner:innen auch andere Berufe ergreifen, scheinen sich die berichteten Intentionen der Student:innen und ihr Verhalten weitestgehend zu decken. Die Abwanderung wird durch Ärzt:innen mit ausländischem Studienabschluss, die in Österreich arbeiten, teilweise kompensiert. Es bleibt aber ein Dropout von circa 20 Prozent.

Eine Medizinstudentin kostet den Staat bis zum Abschluss etwa 542.000 Euro (Rechnungshof 2021b). Der Jahrgang 2018/19 verzeichnete 1.242 Absolvent:innen, aber nur 973 Personen wurden neu in die Ärzteliste eingetragen. Der Dropout hat also beinahe 146 Millionen Euro an Ausbildungskosten verursacht, die nicht durch Wertschöpfung in Österreich wieder ausgeglichen werden.

In Konsequenz der hohen Abwanderung wird oftmals gefordert, mit Steuergeld finanzierte Studienplätze an öffentlichen Universitäten an eine Verweildauer in Österreich zu knüpfen, die irgendwo zwischen fünf und zwanzig Jahren angesetzt wird. Im Herbst 2024 sprach sich etwa der damalige Obmann der Österreichischen Gesundheitskasse Andreas Huss dafür aus, Personen, die sich verpflichten, zehn Jahre im öffentlichen Gesundheitssystem zu arbeiten, bei der Zulassung zum Medizinstudium bevorzugt zu behandeln. Solche Modelle gibt es bereits.

2024 waren 85 der insgesamt 1.900 Medizin-Studienplätze für die Bundesländer, die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK), das Innenministerium und das Verteidigungsministerium reserviert. Um einen solchen Platz zu erhalten, muss man sich verpflichten, später in definierten Sektoren tätig zu werden. Dafür sind die Aufnahmekriterien lockerer als für reguläre Bewerber:innen, man erhält schon während des Studiums ein Gehalt, und danach hat man einen garantierten und gut bezahlten Job. Das klingt sehr attraktiv. Dennoch fanden sich für fast die Hälfte der reservierten Plätze keine Interessenten (Kurier 2024).

Einzig das Bundesheer konnte alle seine geförderten Studienplätze auch an interessierte und geeignete Bewerber:innen vergeben. Die Bewerber:innen für die Plätze des Innenministeriums erreichten nicht die nötigen Mindestpunkte. Bei ÖGK und Ländern ist es eine Mischung: Manche schnitten zu schlecht ab, andere so gut, dass sie Anspruch auf reguläre Studienplätze ohne langjährige Verpflichtungen hatten. Das Bundesheer hat gegen diese beiden Ausfallmöglichkeiten vorgesorgt: Schon vor dem Aufnahmetest werden Interessierte Soldat:innen – mit einem fixen Vertrag. Ein Ausstieg, weil jemand „zu gut“ abschneidet, wird dadurch verhindert. Zudem bietet das Bundesheer einen zweimonatigen Vorbereitungskurs für den Aufnahmetest zum Medizinstudium. Teure private Vorbereitungskurse dauern in der Regel deutlich kürzer. Und wer sich für das Militär-Medizinstudium interessiert, muss beim Heerespersonalamt eine Eignungsprüfung absolvieren. Diese überprüft die körperliche und geistige Fitness sowie die psychologische Eignung. Diese Kombination aus professioneller Vorauswahl, bestehender Vertragsbindung und gezielter Vorbereitung erklärt den Erfolg des Bundesheers. Das Modell wäre leicht in den zivilen Bereich übertragbar.



FAZIT

Wie wir also gezeigt haben, gibt es in Österreich keinen Ärztemangel im strengen Sinn. Es fehlt nicht an ärztlichem Personal, sondern das vorhandene Personal ist ungünstig verteilt. Während Österreich im internationalen Vergleich eine hohe Ärztedichte aufweist, verdeutlichen regionale und fachliche Unterschiede einen Versorgungsmangel im niedergelassenen Bereich: Es fehlt an Kassenärzt:innen. Eine zentrale Herausforderung ist die ungleiche fachliche und geografische Verteilung von Ärzt:innen und die Abkehr vieler Medizinerinnen und Mediziner von Kassenstellen hin zu einer Tätigkeit als Wahlärzt:in, was zu langen Wartezeiten in Kassenordinationen und zu einer Überlastung der Notaufnahmen führt.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf den strukturellen Problemen, die das Gesundheitssystem zusätzlich belasten. Dazu gehört die föderalistisch bedingte Fragmentierung der Finanzierung und Verwaltung, die eine ineffiziente Ressourcenverteilung zur Folge hat. Auch das Fehlen eines bundesweit einheitlichen Vertragsrahmens für Kassenärzt:innen erschwert eine gezielte Steuerung der Versorgung. Das geplante österreichweit einheitliche Honorarsystem könnte etwas Abhilfe schaffen, die Umsetzung bleibt jedoch unklar und führt voraussichtlich zu zusätzlichen Kosten in einem ohnehin schon teuren System.

Der demografische Wandel und die steigende Nachfrage nach medizinischen Leistungen verschärfen die Problematik weiter. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung erhöht den Bedarf an ärztlichen Leistungen, während zugleich viele Ärzt:innen selbst vor der Pensionierung stehen. Mit einem generellen Ärztemangel ist allerdings – wenn überhaupt – erst 2030 zu rechnen.

Österreichs Gesundheitssystem ist zwar kostenintensiv, liefert aber moderat überdurchschnittliche Leistungen. Die Versorgung erreicht über 99 Prozent der Bevölkerung, die Lebenserwartung in Gesundheit liegt über dem Durchschnitt, die vermeidbare vorzeitige Sterblichkeit darunter. Während die Gesundheitsausgaben pro Kopf im EU-Vergleich hoch sind, wird ein beträchtlicher Teil durch Selbstzahlungen gedeckt. Obwohl das auf eine Zweiklassenmedizin hinweist, unterscheiden sich verschiedene Einkommensgruppen beim Zugang zu medizinischen Leistungen nur geringfügig. Es gibt jedoch

Einsparungspotenzial: Vergleichbare Ergebnisse könnten auch mit geringeren Kosten erzielt werden. Jährlich könnten bis zu 5 Milliarden Euro eingespart werden.

Mit der Gesundheitsreform bzw. dem Finanzausgleich 2023 wurde eine Reihe von Maßnahmen beschlossen, darunter die Schaffung von 100 neuen Kassenstellen und der Ausbau von Primärversorgungseinheiten (PVE). Diese Einheiten sollen die Versorgungssituation verbessern, indem sie multidisziplinäre Gesundheitsdienste unter einem Dach vereinen und eine Entlastung für Allgemeinärzt:innen bieten. Das Ziel, bis 2025 insgesamt 120 PVEs einzurichten, ist jedoch aufgrund von Verzögerungen und personellen Engpässen gefährdet.

Initiativen zur Bindung von Absolvent:innen an das öffentliche Gesundheitssystem, wie das Landärztestipendium und reservierte Studienplätze, zeigen begrenzte Erfolge. Besonders erfolgreich ist das Modell des Bundesheers, das Medizinstudierenden finanzielle Sicherheit und berufliche Perspektiven bietet, gekoppelt an eine Verpflichtung im öffentlichen Dienst. Dieses Modell könnte für den zivilen Bereich adaptiert werden, um die Abwanderung von Mediziner:innen ins Ausland zu verringern und sie dazu zu motivieren, im öffentlichen Gesundheitssystem tätig zu werden.

Zusammengefasst steht Österreich vor komplexen Herausforderungen im Gesundheitswesen, die nur durch eine strukturelle und finanzielle Neuausrichtung bewältigt werden können. Einheitliche Verträge und attraktivere Kassenstellen könnten Anreize für Ärzt:innen schaffen, im öffentlichen Bereich zu arbeiten. Nur so kann der Zugang zu einer hochwertigen und flächendeckenden medizinischen Versorgung gewährleistet und langfristig stabilisiert werden.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Wie wir gesehen haben, gibt es zahlreiche Herausforderungen im österreichischen Gesundheitssystem. Weil sie komplex sind und alle eng miteinander zusammenhängen, wird es viel Reformeifer erfordern, sie zu bewältigen. Der Versorgungsmangel im niedergelassenen Bereich, der in der Öffentlichkeit als Ärzt:innenmangel wahrgenommen wird, hängt direkt mit der Organisation und Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems zusammen. Ziel muss sein, dass jede Österreicherin und jeder Österreicher die bestmögliche Gesundheitsversorgung bekommt. Ärzt:innen müssen ihren Beruf so ausüben können, dass es den höchsten ethischen Anforderungen genügt. Die Grundfrage, die alle Überlegungen leiten sollte, ist: Wie sollte ein Gesundheitssystem gestaltet sein, das seine Aufgaben so effizient, effektiv und kostengünstig wie möglich erfüllt?

Wir brauchen dringend eine Politik, die reformorientiert denkt und handelt, statt den Status quo als gegeben vorauszusetzen und nur zögerlich an kleinen Schrauben zu drehen. Es geht hier keinesfalls um einen theoretischen Idealzustand, sondern um konkrete und vielleicht in anderen Ländern auch schon real erreichte Ziele. Doch wir brauchen Mut zur Veränderung, damit die Menschen in Österreich für ihre hohen Beiträge auch eine entsprechend hohe Leistung erhalten.

Datenlage verbessern

Es ist unbedingt notwendig, endlich die Datenmenge und -qualität zu verbessern und der Forschung zugänglich zu machen. Aufgrund der mangelhaften Datenlage lässt sich nicht sicher sagen, welche Versorgungswirkung Kliniken, Ambulatorien oder der niedergelassene Bereich entfalten. Daher lässt sich auch nicht sagen, wie groß der Versorgungsmangel genau ist. Solange aber das genaue Ausmaß des Problems nicht bekannt ist, bleiben alle Maßnahmen eine Behandlung ohne Diagnose. Die Wirkung wird – so sie sich überhaupt einstellt – bestenfalls ein glücklicher Zufall sein; wahrscheinlicher ist, dass sie ausbleibt.

Ärzt:innen im niedergelassenen Bereich sollten jeden Patientenkontakt dokumentieren. Eine einfache Lösung wäre, das bereits bestehende E-Card- bzw. O-Card-System auch auf Privatpraxen und Wahlärzt:innen auszuweiten, wie es bereits mit der Gesundheitsreform 2023 versprochen wurde. Es wäre jedenfalls dringend nötig, hochqualitative Daten über die Anzahl an Patientenkontakten zu erfassen. Ebenso wäre es notwendig zu erfassen, warum es zu diesen Kontakten kommt. Daher braucht es eine konsequente und einheitliche Diagonocodierung (siehe Kapitel Gesundheitsreform 2023: 100 neue Kassenstellen) und eine digitale Erfassung von Befunden. Die technische Grundlage dafür ist die elektronische Gesundheitsakte (ELGA). Wie der Rechnungshof in einem 2024 erschienenen Bericht aufzeigt, wird der sogenannte eBefund derzeit aber ausschließlich in öffentlichen Spitälern verwendet (Rechnungshof

2024). Das muss sich ändern. Auch eine standardisierte Zusammenfassung von grundlegenden medizinischen Informationen zu jeder Patientin ist notwendig. Diese Maßnahmen würden nicht nur die Datenlage verbessern, sondern durch vermiedene Mehrfachuntersuchungen auch die Effizienz steigern.

Wer zahlt, muss auch das Sagen haben

Das Kompetenz-Wirrwarr zwischen Bund, Ländern und Krankenkassen muss ein Ende haben. Ausgaben-, Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung sollten in einer Hand liegen. Eine Umstellung auf ein transparentes und einheitliches Finanzierungssystem, das eine zentrale Steuerung und Planung ermöglicht, würde zu mehr Effizienz führen und die Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung verbessern. Wie gezeigt, könnte man allein durch Effizienzgewinne bis zu 5 Milliarden Euro jährlich einsparen.

Die vielen Köche im österreichischen Gesundheitssystem verderben den Brei. Derzeit können Akteure ohne Budget-Verantwortung wichtige Maßnahmen einfach blockieren. Das muss sich ändern. Wer zahlt, muss auch das Sagen haben. Ressourcenentscheidungen müssen von denen getroffen werden, die auch für die Finanzierung verantwortlich sind. Das schulden wir den arbeitenden Menschen, die mit ihren hohen Steuern und Abgaben das Gesundheitssystem erhalten. Ein möglicher Weg wäre, die hybride Finanzierung abzuschaffen,

und stattdessen entweder auf ein echtes Versicherungssystem oder auf eine wirkliche Steuerfinanzierung umzustellen. Die zweite Variante würde erlauben, die Lohnnebenkosten um fast ein Fünftel zu reduzieren und so den Faktor Arbeit deutlich zu entlasten. Selbstverständlich braucht es dafür die entsprechende Gegenfinanzierung.

Eine weitere Möglichkeit, die Gesamtkosten des Gesundheitssystems zu reduzieren, wäre eine Umstellung der gesetzlichen Unfallversicherung auf eine Versicherungspflicht für Arbeitgeber:innen. Auch diese Maßnahme würde Lohnnebenkosten senken und zugleich Unternehmen einen wirtschaftlichen Anreiz für mehr Unfallprävention geben. Das Ziel muss jedenfalls sein, mindestens gleich gute Leistungen für Patient:innen bei niedrigeren Gesamtkosten bereitzustellen; idealerweise bessere.

Eine straffere Verwaltung würde mehr Kontrolle erlauben, wodurch Reformen möglich werden, bevor es zu Fehlentwicklungen kommt – und nicht erst danach. Damit das funktioniert, muss man Kompetenzen von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungen durch eine Föderalismusreform entflechten und neu definieren. Das ist eine Mammutaufgabe, aber den Aufwand wert.

Automatisierung und Technologie

Um Ärztinnen im niedergelassenen Bereich zu erlauben, mehr Patienten in der gleichen Zeit zu behandeln, kann es sinnvoll sein, sie sowohl in der Behandlung als auch in der Administration mit moderner Technik zu unterstützen. Viele Aufgaben von Ärzten beziehungsweise medizinischen Praxen lassen sich automatisieren; insbesondere Dokumentation und Administration. Durch den Einsatz von künstlicher Intelligenz (KI) sind massive Effizienzgewinne in der Verwaltung und in der bildgebenden Diagnostik denkbar.

KI könnte zunächst auf die Dokumentation, den Praxisbetrieb und auf Triage-Aufgaben angewendet werden. Dadurch lässt sich die Arbeitseffizienz steigern. Gleichzeitig würde das eine personenzentrierte Versorgung gewährleisten, die auf eine gute Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung setzt. KI-gesteuerte klinische Entscheidungshilfen und proaktive Pflgetools können sehr wirkungsvoll sein. Insbesondere bei der bildgebenden Diagnostik kann KI einen wertvollen Beitrag leisten. Solche Werkzeuge bergen aber auch Risiken. Angemessene Schulungen und Unterstützung bei der Implementierung können einen sicheren, effektiven und patientenzentrierten Einsatz von KI in der Primärversorgung ermöglichen.

Während Telemedizin in vielen anderen Ländern den Zugang zu medizinischen Leistungen verbessern kann, ist dieser Ansatz in Österreich wenig sinnvoll, da der unbefriedigte Bedarf an medizinischen Leistungen nur

selten an langen Wegen liegt. Wartezeiten und hohe Kosten für Wahl- oder Privatärzt:innen spielen die wichtigste Rolle (OECD 2023b).

Angebot steigern

Mittelfristig wird es notwendig sein, für einen größeren Nachwuchs an Ärzt:innen zu sorgen. Eine simple Maßnahme ist, mehr Studienplätze für Medizin zur Verfügung zu stellen, was bereits getan wird. Das allein reicht allerdings nicht aus, um die Absolvent:innen dazu zu bringen, in den gewünschten Fachrichtungen tätig zu werden – und zwar mit Kassenvertrag. Eine Fortführung der bereits begonnenen Stipendienprogramme für Ärzt:innen der öffentlichen Versorgung wäre eine praktikable Lösung, die allerdings Mehrausgaben für den Staat verursacht und zusätzliche staatliche Eingriffe in die persönliche Lebensführung der Bürger:innen voraussetzt. Aus liberaler Sicht wäre daher eine Verhaltenssteuerung durch richtige Anreize zu bevorzugen.

Wichtig ist, dass Ärzt:innen nicht überwiegend in Wahlarzt-Praxen tätig sind, sondern auch den Versicherungen zur Verfügung stehen. Die Tätigkeit als Kassenarzt sollte attraktiv sein, und zwar umso attraktiver, je nachgefragter das jeweilige Fach ist. Das geht einerseits mit mehr Geld. Noch wichtiger sind aber strukturelle Faktoren, wie etwa, dass genügend Zeit für hochwertige Beziehungsarbeit zwischen Arzt und Patientin bleibt (Pichlbauer 2024a).

Primärversorgungseinheiten sind bestimmt ein Schritt in die richtige Richtung. Ebenso bietet der Finanzausgleich einen Ansatzpunkt. Schließlich verhandelt der Bund mit den Ländern über die Geldströme im Gesundheitswesen. Da die Spitäler in die Zuständigkeit der Länder fallen, könnte der Bund gezielt Anreize setzen, um in bestimmten Bereichen mehr Ausbildungsplätze zu schaffen oder die Ausbildung attraktiver zu gestalten. Zum Beispiel könnte festgelegt werden, wie viel Ausbildungszeit in Lehrpraxen stattfindet oder wie die Arbeitszeiten geregelt sind.

Eine praxisnahe Ausbildung ist entscheidend. Die derzeitigen Pläne für die Ausbildung in der Allgemeinmedizin stoßen bei der Ärzteschaft eher auf Skepsis, und auch die kürzlich angepasste Ausbildung im Notarztdienst lässt sich kaum umsetzen. Die theoretischen Anforderungen sind zu hoch, und angehenden Ärzt:innen fehlt im Berufsalltag oft die Möglichkeit, die geforderten Kenntnisse wirklich anzuwenden.

Medizinische Leistungen nicht nur von Ärzt:innen

Primärversorgungseinheiten ermöglichen eine umfassende und flächendeckende Versorgung im niedergelassenen Bereich und können die Notaufnahmen der Krankenhäuser nachhaltig entlasten. Hier müssten Ärzt:innen weniger selbst unternehmerisch tätig sein und könnten sich stärker auf die medizinische Betreuung konzentrieren. Auch außerhalb der PVEs braucht es

eine bessere Koordinierung zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen. Nicht alle medizinischen Leistungen müssen von Ärzt:innen erbracht werden.

Ärzt:innen im niedergelassenen Bereich verbringen etwa die Hälfte ihrer Zeit mit nichtmedizinischen Tätigkeiten wie Administration und Dokumentation (Pichlbauer 2024). Zusätzlich sind die Kompetenzen von nichtärztlichem medizinischem Fachpersonal in Österreich im internationalen Vergleich stark eingeschränkt.

Die Gesundheits- und Krankenpflegegesetz-Novelle 2024 (GuKG-Novelle 2024) stellt den Arztvorbehalt in Österreich implizit in Frage. Sie brachte leichte Verbesserungen. Zumindest auf dem Papier wurden die Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erweitert, um ihnen zu ermöglichen, eigenverantwortlich an medizinisch-diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen mitzuwirken. Ärztliche Anordnungen bedürfen nun formal nicht mehr der Schriftform, und Angehörige des gehobenen Dienstes dürfen in eingeschränktem Rahmen selbstständig Arzneimittel verordnen.

Grundsätzlich ist die GuKG-Novelle 2024 ein Schritt in die richtige Richtung. Allerdings fehlen derzeit noch die notwendigen Durchführungsverordnungen, um dem Gesetz mehr praktische Relevanz zu geben. Es wäre für die Bundesregierung der XXVIII. Gesetzgebungsperiode ein Leichtes, hier weiterzumachen. Eine Aufwertung der anderen Medizinberufe könnte zeitliche Ressourcen freimachen, die Ärzt:innen mit ihren Kernkompetenzen

füllen können. Interdisziplinäre Modelle, wie etwa die Primärversorgungseinheiten, können Synergien besser nutzbar machen und damit sowohl angebots- als auch nachfrageseitig die Effizienz steigern.

Damit auch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege medizinische Leistungen erbringen können, die derzeit noch Ärzt:innen vorbehalten sind, muss das Berufsbild attraktiv sein. Dazu braucht es eine angemessene Bezahlung, gesellschaftliche Wertschätzung sowie nachhaltige und sozial verträgliche Arbeitsbedingungen.

Rahmenbedingungen verbessern, Motive erforschen

Durch eine bundesweite Angleichung der Vertragskonditionen und Honorare von Vertragsärzt:innen kann die Arbeit als Kassenärztin zumindest teilweise attraktiver gestaltet werden. Ein einheitlicher Bundesvertrag würde die Abrechnung stark vereinfachen. Ein solcher Gesamtvertrag wäre ein wirksamer Hebel, um die Kassenärzt:innen spürbar zu entlasten.

Zugleich gilt es aber auch hier, die Datenlage zu verbessern. Wir wissen, dass viele Kassenstellen unbesetzt bleiben, aber oft nicht genau, warum das so ist. Bund, Länder und ÖGK müssen die Ursachen für geringe Bewerberzahlen oder ausbleibende Bewerbungen genau kennen, um gezielte Maßnahmen treffen zu können, statt an den tatsächlichen Bedürfnissen der Ärztinnen vorbeizufördern. Daher braucht es empirische Sozialfor-

schung und auf deren Grundlage neue Anreize. Glaubt man der anekdotischen Evidenz, so ist das Gehalt bei weitem nicht so wichtig wie oftmals angenommen. Es braucht nicht unbedingt eine große Vertragsreform. Ein Vertrag, der Gespräche mit Patient:innen aufwertet und die Anschaffung moderner Geräte berücksichtigt, könnte ebenfalls viel bewirken.

Förderung von Primärversorgungseinheiten (PVE)

PVE ermöglichen eine umfassende und flächendeckende Versorgung im niedergelassenen Bereich und können die Notaufnahmen der Krankenhäuser nachhaltig entlasten. Hier müssten Ärztinnen weniger selbst unternehmerisch tätig sein und könnten sich stärker auf die medizinische Betreuung konzentrieren. Auch außerhalb der PVEs braucht es eine bessere Koordinierung zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen. Nicht alle medizinischen Leistungen müssen von Ärzten erbracht werden.

Nachfrage senken und lenken

Während es auf der einen Seite sinnvoll und notwendig ist, für mehr angebotene medizinische Leistungen zu sorgen und diese Leistungen so effizient wie möglich zu gestalten, bleibt es auf der anderen Seite auch wichtig, den Bedarf so weit wie möglich zu vermeiden und den vorhandenen Bedarf dahin zu lenken, wo er am besten befriedigt werden kann. Damit sind wir einerseits bei der Prävention, andererseits bei der Patientensteuerung. Beides hat mit Gesundheitskompetenz zu tun. Es ist daher sinnvoll, dass es mit der Österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK) auf Bundesebene eine Institution gibt, die mit Public-Health-Kampagnen in diesem Bereich tätig ist.

Eine zentrale Maßnahme zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz in Österreich wäre gezielte Aufklärung und Schulung der Bevölkerung im Umgang mit gesundheitlichen Informationen und Angeboten. Dies umfasst die Förderung von Wissen über Krankheitsprävention, Früherkennung und den richtigen Umgang mit Erkrankungen. Digitale Gesundheitskompetenz sollte ebenfalls gefördert werden, um sicherzustellen, dass Menschen qualifizierte Informationen im Internet erkennen und nutzen können. Gesundheitseinrichtungen, Bildungseinrichtungen und öffentliche Kampagnen könnten hier eng zusammenarbeiten, um Gesundheitskompetenz auf breiter Ebene und gezielt in benachteiligten Bevölkerungsgruppen zu stärken.

Die effektive Patientensteuerung, also das gezielte Lenken von Patientenströmen und -anliegen im Gesundheitswesen, ist für eine sinnvolle Ressourcennutzung entscheidend. In Österreich gibt es bereits Strukturen wie Hausärzt:innen und Gesundheitshotlines (1450), doch diese könnten durch stärkere Vernetzung und klare Informationspfade optimiert werden. Besonders wichtig ist eine einheitliche Plattform für Patient:innen, auf der sie eine Übersicht über verfügbare Versorgungseinrichtungen und ihre spezifischen Leistungen erhalten. Dies würde nicht nur die überfüllten Notaufnahmen entlasten, sondern auch dafür sorgen, dass Patientinnen und Patienten schnell und ihrem medizinischen Bedarf entsprechend versorgt werden.

Prävention sollte einen höheren Stellenwert in der österreichischen Gesundheitspolitik erhalten. Dazu gehört nicht nur das Angebot regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen, sondern auch die Förderung eines gesunden Lebensstils durch breit angelegte Programme und Anreize, die Menschen motivieren, auf ihre Gesundheit zu achten. Dabei könnte das öffentliche Gesundheitswesen durch eine enge Zusammenarbeit mit Schulen, Betrieben und lokalen Gemeinden auf die unterschiedlichen Lebensphasen und -umstände der Menschen eingehen. Die Erweiterung präventiver Angebote und die Verbesserung der Zugänglichkeit zu präventiven Maßnahmen könnte langfristig zur Entlastung des Gesundheitssystems beitragen und die Lebensqualität der Bevölkerung erhöhen.

Leichtere Rückerstattung von Wahlarztkosten

In Zukunft sollte es für Patient:innen noch leichter sein, Wahlarztkosten zurückzubekommen. Dabei darf der administrative Aufwand nicht einfach auf die Ärztinnen abgewälzt werden. Sinnvoll wäre stattdessen eine technische Lösung, die allen Beteiligten hilft. Die Fallpauschale sollte neu begutachtet und auf ihre Sinnhaftigkeit geprüft werden. Eine einstellige Rückerstattung für dreistellige Honorarnoten erscheint nicht nur wenig sinnvoll, sondern auch respektlos gegenüber einkommensschwachen Personen.

Armut darf nicht krank machen. Daher sollten Patient:innen, die keinen zeitlich angemessenen Termin bei einer Kassenärztin erhalten, die tatsächlichen Wahlarztkosten zu 80 Prozent rückerstattet bekommen, statt wie bisher nur 80 Prozent vom Kassentarif. Mit einem moderaten Selbstbehalt motiviert man Patienten dennoch zu Sparsamkeit und behält effizienzsteigernde Wettbewerbseffekte. Denkbar ist aber, in besonderen Härtefällen auch 100 Prozent zu erstatten, gekoppelt an gewisse Einkommensgrenzen, damit es nicht zu einer Umverteilung von unten nach oben kommt.



QUELLENVERZEICHNIS

Martin Albrecht, Richard Ochmann, Leo Chini (2019): Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich: Österreich, Deutschland, Schweiz. In: https://www.aekwien.at/presseaussendungen/-/asset_publisher/G1Wljyo3fxB1/content/dach-studie-belegt-eklatanten-C3%84rztmangel-in-C3%96sterreich?.com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTAN-CE_G1Wljyo3fxB1_assetEntryId=329620 (zuletzt aufgerufen am 21.08.2024).

Maria Cristina de Arteaga et al. (2023): Gesundheit 2023. Jahrbuch für Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft in Österreich. In: https://www.sanopolis.at/dam/jcr:b92705af-f2e2-40ae-b5b1-aabc3daf6274/JB23_online.pdf (zuletzt aufgerufen am 21.08.2024).

Austrian Health Forum, Demox Research (2024): Gesundheit 2024. Wem vertrauen wir noch? In: https://www.austrianhealthforum.at/site/assets/files/2872/demoxr_gesundheit_2024_prasentation.pdf (zuletzt aufgerufen am 14.10.2024).

Ärztchamber für Wien (o.J.) Wahlarztkosten Rückersätze. In: <https://www.aekwien.at/wahlarztkostenrueckersaetze> (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Thomas Bodenheimer, Mark Smith (2013): Primary Care: Proposed Solutions To The Physician Shortage Without Training More Physicians. In: Health Affairs, 32(11), 1881–1886. In: doi: [10.1377/hlthaff.2013.0234](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0234) (zuletzt aufgerufen am 21.08.2024).

Stefanie Braunisch (2023): Das Märchen vom Ärztemangel. In: Materie, 16.08.2023. In: <https://materie.at/a/das-maerchen-vom-aerztmangel/> (zuletzt aufgerufen am 21.08.2024).

Stefanie Braunisch (2024): Ärztemangel: Wie man die Wahlarzt-lücke schließt. In: Materie, 24.04.2024. In: <https://materie.at/a/aerztmangel-wie-man-die-wahlarzt-luecke-schliesst/> (zuletzt aufgerufen am 21.08.2024).

Heinz Brock (2024): Ärztemangel. Der Schwemme folgt die Dürre. In: Gesundheitswirtschaft 65 (2024) 2. In: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/65-jg-2024-2/aerztmangel-der-schwemme-folgt-die-duerre/> (zuletzt aufgerufen am 21.08.2024).

Bundeskanzleramt Österreich (BKA) (2023): Primärversorgungsgesetzesnovelle in Kraft getreten. In: <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/eu-aufbauplan/aktuelles/primaerversorgung-gesetzesnovelle-in-kraft-getreten-.html> (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2021): Gesundheitskompetenz in Österreich: Ergebnisse der österreichischen Gesundheitskompetenzerhebung HLS19-AT. In: <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/3277/> (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2023a): Österreichischer Gesundheitsbericht 2022. In: <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:2d34f74b-4638-4b37-bfce-85dbf12482eb/C3%96sterr.Gesundheitsbericht%202022.pdf> (zuletzt aufgerufen am 05.09.2024).

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2023b): Anfragebeantwortung 15264/AB der XXVII. GP. In: https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/AB/15264/im-fname_1582566.pdf (zuletzt aufgerufen am 25.11.2024).

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2024a): Anfragebeantwortung 18220/AB der XXVII. GP. In: <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXVII/AB/18220> (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2024b): Anfragebeantwortung 18726/AB der XXVII. GP. In: <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXVII/AB/18726> (zuletzt aufgerufen am 13.11.2024).

Elena Crisan (2024): Unbesetzte Kassenstellen: Rezepte gegen den Ärztemangel. In: Profil online, 23.08.24. In: <https://www.profil.at/oesterreich/kassenaerzte-mangel-gesundheitssystem-aerztekammer-forderungen/402939113> (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Ines Czásny, Joachim Hagleitner, Anton Hlava, Sophie Sagerschnig, Heidi Stürzlinger, Manfred Willinger (2012): Ärztinnen und Ärzte. Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030. Hrsg: Gesundheit Österreich GmbH. In: <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/197> (zuletzt aufgerufen am 16.10.2024).

Thomas Czipionka, Markus Pock, Miriam Reiss (2018): ÄrztInnen-einkünfte in Österreich. Eine Analyse anhand von Lohn- und Einkommensdaten. In: <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/4878/4/2018-czipionka-pock-reiss-aerztinneneinkuenfte-oesterreich.pdf> (zuletzt aufgerufen am 26.10.2024).

Mario Dal Poz (Hrsg.) et al. (2009): Handbook on Monitoring and Evaluation of Human Resources for Health.

Eurostat (2023): Health Personnel. In: https://doi.org/10.2908/HLTH_RS_PRS2 (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Eurostat (2024a): Eurostat Data Browser, Custom Data for Health Expenditures. In: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr/default/table?lang=en (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Eurostat (2024b): Healthcare activities statistics – Consultations. In: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_activities_statistics_-_consultations (zuletzt aufgerufen am 29.10.2024).

Eurostat (2024c): Unmet Health Care Needs Statistics. In: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Eurostat (2024d): Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex. In: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr/default/table?lang=en (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Eurostat (2024e): Healthy Life Years Statistics.

In: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Emily Gudbranson et al. (2017): Reassessing the Data on Whether a Physician Shortage Exists.

In: JAMA. 2017;317(19):1945–1946. In: [doi:10.1001/jama.2017.2609](https://doi.org/10.1001/jama.2017.2609) (zuletzt aufgerufen am 21.08.2024).

Peter Hajek (2024a): Präsentation der großen Wiener Wartezeitenstudie. In: https://www.aekwien.at/documents/263869/2558270/240516_Pr%C3%A4sentation+der+gro%C3%9Fen+Wiener+Wartezeitenstudie.pdf/710708e2-949c-e67f-0911-7692e1ec90e2 (zuletzt aufgerufen am 21.08.2024).

Peter Hajek (2024b): Gesundheitsbarometer. Befragung PatientInnen September 2024. In: <https://www.aekwien.at/documents/d/wien/prasentation-gesundheitsbarometer-befragung-patientinnen-september-2024> (zuletzt aufgerufen am 11.11.2024).

Michael Hummer, Gunter Maier, Andreas Stoppacher (2021): Studie zur Abklärung von Fragen zur Quotenregelung für Medizinstudienplätze. Aktualisierung 2021. Hrsg: Gesundheit Österreich GmbH. In: https://pubshop.bmbwf.gv.at/index.php?rex_media_type=pubshop_download&rex_media_file=humanmedizin_ergebnisbericht_21.pdf (zuletzt aufgerufen am 16.10.2024).

Eja Kapeller, Ashwien Sankholkar, Florian Skrabal (2022): Prima, Primär! In: Dossier 6, 23.05.2022. In: <https://www.dossier.at/dossiers/gesundheit/prima-primaer/> (zuletzt aufgerufen am 15.10.2024).

Kurier (2024): Medizinstudium. Nur 49 der 85 geförderten Plätze vergeben. In: Kurier, 19.08.2024. In: <https://kurier.at/politik/inland/medizinstudium-gesundheit-martin-polaschek-bundesheer/402937762> (zuletzt aufgerufen am 15.10.2024).

Theres Mathä (2021): Ärztemangel? Eine Systematisierung. In: <https://epub.jku.at/download/pdf/6235192.pdf> (zuletzt aufgerufen am 21.08.2024).

OECD/European Union (2020): “Availability of doctors”, in Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. In: <https://doi.org/10.1787/1d767767-en> (zuletzt aufgerufen am 08.10.2024).

OECD (2023a): Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. In: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> (zuletzt aufgerufen am 29.10.2024).

OECD (2023b): Österreich. Länderprofil Gesundheit 2023. In: <https://doi.org/10.1787/89c72ba6-de> (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

OECD (2023c): Revenue Statistics 2023. Tax Revenue Buoyancy in OECD Countries. OECD Publishing, Paris. In: <https://doi.org/10.1787/9d0453d5-en> (zuletzt aufgerufen am 18.11.2024).

OECD/ European Commission (2024): Health at a Glance. Europe 2024. State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris. In: <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en> (zuletzt aufgerufen am 19.11.2024).

Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) (2020): Ärztestatistik 2019. In: <https://www.aerztekammer.at/statistik-2019> (zuletzt aufgerufen am 01.11.2024).

Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) (2021): Ärztestatistik 2020. In: <https://www.aerztekammer.at/statistik-2020> (zuletzt aufgerufen am 01.11.2024).

Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) (2022): Ärztestatistik 2021. In: <https://www.aerztekammer.at/statistik-2021> (zuletzt aufgerufen am 01.11.2024).

Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) (2023): Ärztestatistik 2022. In: <https://www.aerztekammer.at/statistik-2022> (zuletzt aufgerufen am 08.10.2024).

Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) (2024): Ärztestatistik 2023. In: <https://www.aerztekammer.at/documents/d/content-pool/oak-arztestatistik-2023> (zuletzt aufgerufen am 04.12.2024).

Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) (2024a): Primärversorgungseinheiten (PVE) in Österreich. In: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.879327> (zuletzt aufgerufen am 08.11.2024).

Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) (2024b): Gebarungsvorschau November 2024. In: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.900636&portal=oegkportal> (zuletzt aufgerufen am 18.11.2024).

Ernest Pichlbauer (2024a): Der Ärztemangel ist ein Mythos. In: Der Pragmaticus (4.7.2024). In: <https://www.derpragmaticus.com/r/aerztemangel> (zuletzt aufgerufen am 9.11.2024).

Ernest Pichlbauer (2024 b): Schließt diese Spitäler! In: Falter 43, 2024 (23.10.2024).

Otto Pjeta (2020): Konzepte gegen den Ärztemangel in Österreich. In: Gesundheits- Und Sozialpolitik, 74(2), 45–49. In: [doi:10.5771/1611-5821-2020-2-45](https://doi.org/10.5771/1611-5821-2020-2-45) (Paywall) (zuletzt aufgerufen am 27.01.2025).

Rechnungshof Österreich (2017): Mittelflüsse im Gesundheitswesen. In: https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Bund_Mittelfluesse_im_Gesundheitswesen_2017_10_1.pdf (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Rechnungshof Österreich (2021a): Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich. In: https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/004.840_A_rztliche_Versorgung.pdf (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Rechnungshof Österreich (2021b): Ärzteausbildung. In: <https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/A-rzteausbildung.pdf> (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Rechnungshof Österreich (2024): Elektronische Gesundheitsakte ELGA und ELGA GmbH. In: https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/2024_32_ELGA.pdf (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Simon Rosner (2023): Gesundheitssystem mit „schlampigen Verhältnissen“. In: Wiener Zeitung, 17.01.2023. In: <https://www.wienerzeitung.at/h/gesundheitsystem-mit-schlampigen-verhaeltnissen> (zuletzt aufgerufen am 27.10.2024).

Simon Rosner (2024): ÖGK-Chef Huss: „Spitalslandschaft muss überdacht werden“. In: Kleine Zeitung 27.10.2024. In: <https://www.kleinezeitung.at/politik/innenpolitik/19010978/oegk-chef-huss-spitalslandschaft-muss-ueberdacht-werden> (zuletzt aufgerufen am 27.10.2024).

Conrad Seidl (2022): Kassenzusammenlegung. Eine Milliardenenttäuschung. In: Der Standard, 04.07.2022. In: <https://www.derstandard.at/story/2000137154914/kassenzusammenlegung-eine-milliardenenttaeuschung> (zuletzt aufgerufen am 31.10.2024).

Statistik Austria (2022): Ausgaben. In: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/ausgaben-und-ausstattung-privater-haushalte/ausgaben> (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Statistik Austria (2023a): Bevölkerungsprognose für Österreich und die Bundesländer. In: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-prognosen/bevoelkerungsprognosen-fuer-oesterreich-und-die-bundeslaender> (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Statistik Austria (2023b): Monatseinkommen. In: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/einkommen-und-soziale-lage/monatseinkommen> (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Statistik Austria (2024a): Einrichtungen und Personal im Gesundheitswesen. In: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/einrichtungen-und-personal-im-gesundheitswesen> (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Statistik Austria (2024b): Bevölkerung nach Alter/Geschlecht. In: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-nach-alter/geschlecht> (zuletzt aufgerufen am 09.11.2024).

Statistik Austria (2024c): Öffentlicher Schuldenstand. In: <https://www.statistik.at/statistiken/volkswirtschaft-und-oeffentliche-finanzen/oeffentliche-finanzen/maastricht-indikatoren/oeffentlicher-schuldenstand> (zuletzt aufgerufen am 18.11.2024).

IMPRESSUM:

NEOS Lab – Das liberale Forum

Am Heumarkt 7/2/1

1030 Wien

Österreich

Druck: Printpool, Stiftgasse 27, 1070 Wien