

Projektbericht
Research Report

ÄrztInneneinkünfte in Österreich

Eine Analyse anhand von Lohn- und
Einkommensdaten

Thomas Czypionka
Markus Pock
Miriam Reiss

unter Mitarbeit von Eva Six



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

Projektbericht
Research Report

ÄrztInneneinkünfte in Österreich

Eine Analyse anhand von
Lohn- und Einkommensdaten

Thomas Czypionka
Markus Pock
Miriam Reiss
unter Mitarbeit von Eva Six

Endbericht

Studie im Auftrag
des Hauptverbandes der österreichischen
Sozialversicherungsträger
und der Stadt Wien

Juli 2018

Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Institute for Advanced Studies, Vienna

Kontakt:

Dr. Thomas Czypionka

☎: +43/1/599 91-127

E-Mail: thomas.czypionka@ihs.ac.at

Inhalt

1. Einleitung	1
2. Daten	3
2.1. Datenquellen	3
2.2. Datenschutz	4
2.3. Datenaufbereitung.....	5
2.3.1. Daten des BMF.....	5
2.3.2. Daten des HV	9
2.3.3. Daten des KAV Wien	12
2.4. Datenzusammenführung	18
2.5. Selektion der relevanten ärztlichen Einkünfte	19
2.5.1. Kriterium Branchenkennzahl nach ÖNACE	20
2.5.2. Steuer- und Nullfälle	30
2.5.3. Auswahl der Einkunftsvariablen	30
2.5.4. Deskriptive Analyse zu den relevanten NACE-Klassen.....	31
2.5.5. Fazit.....	34
3. Ergebnisse	35
3.1. Allgemeine deskriptive Analyse des Datensatzes.....	35
3.1.1. Gesamter Datensatz.....	35
3.1.2. KAV-SpitalsärztInnen.....	40
3.1.3. Vertrags-/WahlärztInnen.....	45
3.2. Deskriptive Analyse der Einkünfte und des Beschäftigungsausmaßes der KAV-SpitalsärztInnen	51
3.2.1. KAV-Bruttogehälter	51
3.2.2. Beschäftigungsausmaß der KAV-SpitalsärztInnen	65
3.2.3. Mehrfachbezüge aus unselbständiger Arbeit	74
3.2.4. Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen auf Basis der BMF-Daten	75
3.3. Deskriptive Analyse der Einkünfte der niedergelassenen Vertrags- und WahlärztInnen.....	90
3.3.1. Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen – gesamt.....	91
3.3.2. Einkünfte der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag	94
3.3.3. Einkünfte der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen	110
3.3.4. Einkünfte der WahlärztInnen	117
3.3.5. Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen	131
3.4. Einordnung der Ergebnisse in den österreichischen Kontext	143
3.5. Einordnung der Ergebnisse in den internationalen Kontext	147
3.5.1. ÄrztInneneinkünfte in <i>OECD Health Statistics</i>	148

3.5.2. ÄrztInneneinkünfte in ausgewählten Ländern im Detail.....	155
3.6. Regressionsanalyse der ÄrztInneneinkünfte.....	159
3.6.1. KAV-Bruttogehälter	159
3.6.2. Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen – gesamt	163
3.6.3. Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen – gesamt	166
3.6.4. Einkünfte der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag	169
3.6.5. Einkünfte der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen	172
3.6.6. Einkünfte der WahlärztInnen	174
3.6.7. Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen	176
4. Fazit	179
Literaturverzeichnis	186
Anhang	188
A.1. Erklärung zu Boxplots	188

Abkürzungsverzeichnis

AMDB	Arbeitsmarktdatenbank
AMS	Arbeitsmarktservice
BKK	Betriebskrankenkasse
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
ESt	Einkommensteuer
GKK	Gebietskrankenkasse
GW	Gewerbebetrieb
HV	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IHS	Institut für Höhere Studien
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
LF	Land- und Forstwirtschaft
MLV	Material- und Leistungsverzeichnis
NACE/ÖNACE	Statistische Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft
RH	Rechnungshof
SA	Selbständige Arbeit
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
UA	Unselbständige Arbeit
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VU	Vorsorgeuntersuchung
VV	Vermietung und Verpachtung
VZÄ	Vollzeitäquivalente

Tabellen

Tabelle 1: Einkommensteuererklärung Formular E1, oberer Teil der Seite 3, Version 2013....	7
Tabelle 2: Verteilung der Einkunftsarten im fusionierten Datensatz, 2014	8
Tabelle 3: Vom Hauptverband übermittelte relevante Variablen und ihre Ausprägungen	10
Tabelle 4: Von der KAV-IT übermittelte Variablen und ihre Ausprägungen	14
Tabelle 5: Detailauflistung der ÖNACE-Klasse Q86 (Gesundheitswesen)	28
Tabelle 6: „Enge“ bzw. „breite“ Auswahl der ÖNACE-Klassen für ärztliche Einkünfte	29
Tabelle 7: Häufigkeit der Einkünfteveranlagungen nach Einzelunternehmerschaft (E1a) und Personengesellschaften (E106) für die engere NACE-Auswahl, 2012-2015.....	32
Tabelle 8: Anzahl der ÄrztInnen im finalen Datensatz pro ÄrztInnengruppe und Jahr.....	37
Tabelle 9: Mediane Bruttojahresbezüge nach Gehaltsbestandteil und Wachstum in % der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach Berufsgruppen und Jahr.....	54
Tabelle 10: Medianes und durchschnittliches Jahresbeschäftigungsausmaß in % und Wachstum in % aller KAV-SpitalsärztInnen nach KAV-Berufsgruppen und Jahr	67
Tabelle 11: Medianes und durchschnittliches Jahresbeschäftigungsausmaß in % und Wachstum in % der (unter- und ganzjährig) teilzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach Berufsgruppen und Jahr	67
Tabelle 12: Medianes und durchschnittliches Jahresbeschäftigungsausmaß in % sowie Anzahl und Wachstum in % der (unter- und ganzjährig) teilzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach extramuraler Nebentätigkeit und Jahr	69
Tabelle 13: Anzahl und Wachstum in % der (unter- und ganzjährig) vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach extramuraler Nebentätigkeit und Jahr	69
Tabelle 14: Anzahl und Wachstum in % der (unter- und ganzjährig) vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach Geschlecht und Jahr.....	70
Tabelle 15: Medianes und durchschnittliches Jahresbeschäftigungsausmaß in % sowie Anzahl und Wachstum in % der (unter- und ganzjährig) teilzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach Geschlecht und Jahr.....	71
Tabelle 16: Anzahl und Wachstum in % der (unter- und ganzjährig) vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach Dienstalter und Jahr.....	73
Tabelle 17: Medianes und durchschnittliches Jahresbeschäftigungsausmaß in % sowie Anzahl und Wachstum in % der (unter- und ganzjährig) teilzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach Dienstalter und Jahr.....	73
Tabelle 18: Dezile der Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der KAV-SpitalsärztInnen, 2015.....	77

Tabelle 19: Dezile der Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag, 2015	95
Tabelle 20: Dezile der Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen, 2015	111
Tabelle 21: Dezile der Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der WahlärztInnen, 2015	118
Tabelle 22: Zusammensetzung der medianen relevanten ärztlichen Einkünfte (Gesamt, SA/GW und UA) der WahlärztInnen nach Geschlecht und KAV-Tätigkeit, 2015	120
Tabelle 23: Durchschnittliches Beschäftigungsausmaß in Prozent der WahlärztInnen mit KAV-Tätigkeit nach Altersgruppen und Geschlecht, 2015	121
Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung der WahlärztInnen unter 50 Jahre nach Geschlecht und deklarerter Kinderanzahl, 2015	123
Tabelle 25: Durchschnittliches Beschäftigungsausmaß der KAV-SpitalsärztInnen mit wahlärztlicher Tätigkeit unter 50 Jahre nach Geschlecht und deklarerter Kinderanzahl, 2015	123
Tabelle 26: Durchschnittliches Beschäftigungsausmaß der KAV-SpitalsärztInnen ohne wahlärztliche Tätigkeit unter 50 Jahre nach Geschlecht und deklarerter Kinderanzahl, 2015	124
Tabelle 27: Mediane relevante ärztliche Gesamteinkünfte, SA/GW-Einkünfte und Bruttojahresgehälter der WahlärztInnen mit KAV-Spitalstätigkeit unter 50 Jahre nach Geschlecht und Kinderanzahl, 2015	124
Tabelle 28: Dezile der Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen, 2015	132
Tabelle 29: Median der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) verschiedener ÄrztInnengruppen nach Geschlecht, 2013	146
Tabelle 30: Median der Jahreseinkünfte bzw. des adaptierten Bruttojahreseinkommens in Österreich nach Schwerpunkttaätigkeit (ÖNACE-Klassifikation) und Geschlecht, 2013	147
Tabelle 31: Durchschnittlicher Reinertrag von Arztpraxen in Deutschland nach Fachgebieten, 2015	156
Tabelle 32: Durchschnittliche Einkünfte von selbständig tätigen VertragsärztInnen in Frankreich nach Fachgebieten, 2011	158
Tabelle 31: Ergebnisse der Regressionsanalyse des KAV-Bruttojahresgehalts der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen	162
Tabelle 32: Ergebnisse der Regressionsanalyse der relevanten ärztl. E1- und L16-Einkünfte aus SA/GW und UA (enge NACE-Auswahl) der KAV-SpitalsärztInnen	165
Tabelle 33: Ergebnisse der Regressionsanalyse der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus SA/GW u. UA (enge NACE-Auswahl) der Vertrags-/WahlärztInnen	168

Tabelle 34: Ergebnisse der Regressionsanalyse der relevanten ärztl. E1- und L16-Einkünfte aus SA/GW und UA (enge NACE-Auswahl) der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag	171
Tabelle 35: Ergebnisse der Regressionsanalyse der relevanten ärztl. E1- und L16-Einkünfte aus SA/GW und UA (enge NACE-Auswahl) der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen	173
Tabelle 36: Ergebnisse der Regressionsanalyse der relevanten ärztl. E1- und L16-Einkünfte aus SA/GW und UA (enge NACE-Auswahl) der WahlärztInnen	176
Tabelle 37: Ergebnisse der Regressionsanalyse der relevanten ärztl. E1- und L16-Einkünfte aus SA/GW und UA (enge NACE-Auswahl) der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen	178

Abbildungen

Abbildung 1: Schematische Darstellung der selektierten ÄrztInnengruppen im vorliegenden Datensatz	23
Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung der im Jahr 2014 deklarierten E1a-Beilagen über die Einkunftsarten Gewerbebetrieb (GW), Land- und Forstwirtschaft (LF) und selbständige Arbeit (SA) der ÄrztInnen im Datensatz	27
Abbildung 3: Verteilung der E1a-Gewinne („engere Auswahl“) nach Vorhandensein von § 2-Kassenvertrag (gkk), 2015	32
Abbildung 4: Verteilung der E106-Gewinne („engere Auswahl“) nach Vorhandensein von § 2-Kassenvertrag (gkk), 2015	33
Abbildung 5: Geschlechterverteilung innerhalb der ÄrztInnengruppen, 2012-2015	39
Abbildung 6: Altersverteilung innerhalb der ÄrztInnengruppen, 2012-2015	40
Abbildung 7: Anzahl der KAV-SpitalsärztInnen im Datensatz nach Geschlecht und Jahr	41
Abbildung 8: Anzahl der KAV-SpitalsärztInnen im Datensatz nach Altersgruppen und Jahr	41
Abbildung 9: Altersverteilung der KAV-SpitalsärztInnen nach Geschlecht, 2012-2015	42
Abbildung 10: Verteilung von Berufsgruppen und Fachbereichen der KAV-SpitalsärztInnen, 2012-2015	43
Abbildung 11: Verteilung von Berufsgruppen und Geschlecht der KAV-SpitalsärztInnen, 2012-2015	44
Abbildung 12: Geschlechterverteilung innerhalb der KAV- Fachbereiche, 2012-2015	45
Abbildung 13: Anzahl der Vertrags-/WahlärztInnen im Datensatz nach Geschlecht und Jahr	46
Abbildung 14: Anzahl der Vertrags-/WahlärztInnen im Datensatz nach Altersgruppen und Jahr	47
Abbildung 15: Altersverteilung der Vertrags-/WahlärztInnen nach Geschlecht, 2012-2015 ..	47
Abbildung 16: Verteilung von Vertragsstatus und Geschlecht der Vertrags-/WahlärztInnen, 2012-2015	48
Abbildung 17: Altersverteilung der Vertrags-/WahlärztInnen nach Vertragsstatus, 2012-2015	48
Abbildung 18: Verteilung des Urbanisierungsgrades des Praxissitzes (Bezirk) der Vertrags-/WahlärztInnen nach Vertragsstatus, 2012-2015	49
Abbildung 19: Verteilung von Fachgruppe und Vertragsstatus der Vertrags-/WahlärztInnen, 2012-2015	50
Abbildung 20: Geschlechterverteilung innerhalb der HV-Fachgruppen, 2012-2015	51
Abbildung 21: Verteilung des KAV-Bruttojahresgehalts (Summe aus Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen, unbereinigt), 2012-2015	52
Abbildung 22: Zusammensetzung der durchschnittlichen Bruttojahresbezüge der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen, 2012-2015	53
Abbildung 23: Bruttojahresgehalt (Summe aus Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen) der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach Jahr	55

Abbildung 24: Verteilung des Bruttojahresgehalts (Summe aus Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen) der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen, 2015.....	56
Abbildung 25: Bruttojahresgehalt (Summe aus Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen) der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach Geschlecht, 2015.....	57
Abbildung 26: Schemagehalt der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach Geschlecht, 2015.....	58
Abbildung 27: Zulagen der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach Geschlecht, 2015.....	58
Abbildung 28: Mehrdienstleistungen der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach Geschlecht, 2015.....	59
Abbildung 29: Bruttojahresgehalt (Summe aus Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen) der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach Altersgruppen, 2015	60
Abbildung 30: Bruttojahresgehalt (Summe aus Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen) der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach Dienstaltersgruppen, 2015	61
Abbildung 31: Bruttojahresgehalt (Summe aus Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen) der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach KAV-Berufsgruppe, 2015	62
Abbildung 32: Schemagehalt der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach KAV-Berufsgruppe, 2015	63
Abbildung 33: Zulagen der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach KAV-Berufsgruppe, 2015	63
Abbildung 34: Mehrdienstleistungen der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach KAV-Berufsgruppe, 2015	64
Abbildung 35: Bruttojahresgehalt (Summe aus Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen) der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach KAV-Fachbereich (nur KAV-Berufsgruppe FachärztIn), 2015	65
Abbildung 36: Verteilung des Beschäftigungsausmaßes der KAV-SpitalsärztInnen, 2015....	66
Abbildung 37: Anteil der Teilzeitbeschäftigten in % nach Berufsgruppen und Jahr	68
Abbildung 38: Anteil der (unter- und ganzjährig) teilzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach Dienstalter, 2015.....	72
Abbildung 39: Anteil der KAV-SpitalsärztInnen mit Mehrfachbezügen aus unselbständiger Arbeit nach KAV-Berufsgruppe, 2015.....	74
Abbildung 40: Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der KAV-SpitalsärztInnen, 2015.....	76
Abbildung 41: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-SpitalsärztInnen nach Geschlecht, 2015.....	78

Abbildung 42: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-SpitalsärztlInnen nach Geschlecht, 2015	79
Abbildung 43: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-SpitalsärztlInnen nach Altersgruppen, 2015	80
Abbildung 44: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-SpitalsärztlInnen nach Altersgruppen, 2015	81
Abbildung 45: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-SpitalsärztlInnen nach Dienstaltersgruppen, 2015	82
Abbildung 46: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-SpitalsärztlInnen nach Dienstaltersgruppen, 2015	82
Abbildung 47: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-SpitalsärztlInnen nach KAV-Berufsgruppe, 2015	83
Abbildung 48: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-SpitalsärztlInnen nach KAV-Berufsgruppe, 2015	84
Abbildung 49: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-SpitalsärztlInnen nach KAV-Fachbereich (nur KAV-Berufsgruppe FachärztIn), 2015	85
Abbildung 50: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-SpitalsärztlInnen nach KAV-Fachbereich (nur KAV-Berufsgruppe FachärztIn), 2015	86
Abbildung 51: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-SpitalsärztlInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach KAV-Vollzeitbeschäftigung, 2015	87
Abbildung 52: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-SpitalsärztlInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach KAV-Vollzeitbeschäftigung, 2015	88
Abbildung 53: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-SpitalsärztlInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach beim HV erfasster extramuraler Tätigkeit, 2015	89
Abbildung 54: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-SpitalsärztlInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach beim HV erfasster extramuraler Tätigkeit, 2015	90
Abbildung 55: Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der Vertrags-/WahlärztInnen, 2015	92
Abbildung 56: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der Vertrags-/WahlärztInnen nach Vertragsstatus, 2015	93

Abbildung 57: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen nach Vertragsstatus, 2015	94
Abbildung 58: Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag, 2015	95
Abbildung 59: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag nach Geschlecht, 2015	97
Abbildung 60: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag nach Altersgruppen, 2015	98
Abbildung 61: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag nach Altersgruppen, 2015.....	98
Abbildung 62: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag nach Bundesland, 2015	99
Abbildung 63: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag nach Urbanisierungsgrad, 2015.....	101
Abbildung 64: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag nach Fachgruppe, 2015	103
Abbildung 65: Durchschnittliche relevante ärztliche E1-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl), durchschnittliche Einnahmen laut E1a und durchschnittliche Ausgaben laut E1a der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag nach Fachgruppe, 2015.....	105
Abbildung 66: Anteil der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag und relevanten ärztl. Einkünften aus SA/GW nach enger NACE-Auswahl, die einen Vorsorgeuntersuchungsvertrag besitzen, nach Fachgruppe, 2015 (nur Fachgruppen mit Anteil >50%)	106
Abbildung 67: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag mit bzw. ohne Vorsorgeuntersuchungsvertrag, 2015 (ausgewählte Fachgruppen)	107
Abbildung 68: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag nach Gruppenpraxis, 2015	108
Abbildung 69: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der AllgemeinmedizinerInnen mit § 2-Kassenvertrag nach Gruppenpraxis, 2015	109
Abbildung 70: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der	

AllgemeinmedizinerInnen mit § 2-Kassenvertrag in ländlichen und intermediären Gebieten mit bzw. ohne Hausapotheke, 2015	110
Abbildung 71: Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen, 2015	111
Abbildung 72: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen nach Geschlecht, 2015	112
Abbildung 73: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen nach Geschlecht, 2015	113
Abbildung 74: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen nach Altersgruppen, 2015	114
Abbildung 75: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen nach Altersgruppen, 2015	115
Abbildung 76: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen nach Urbanisierungsgrad, 2015	116
Abbildung 77: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen nach Urbanisierungsgrad, 2015	117
Abbildung 78: Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der WahlärztInnen, 2015	118
Abbildung 79: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Geschlecht, 2015	119
Abbildung 80: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der WahlärztInnen nach Geschlecht, 2015	120
Abbildung 81: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Altersgruppen, 2015	126
Abbildung 82: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der WahlärztInnen nach Altersgruppen, 2015	126
Abbildung 83: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Bundesland, 2015	127
Abbildung 84: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der WahlärztInnen nach Bundesland, 2015	128
Abbildung 85: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Urbanisierungsgrad, 2015	129

Abbildung 86: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen mit bzw. ohne Vorsorgeuntersuchungsvertrag, 2015	130
Abbildung 87: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der WahlärztInnen mit bzw. ohne Vorsorgeuntersuchungsvertrag, 2015.....	131
Abbildung 88: Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen, 2015.....	132
Abbildung 89: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach Vertragsstatus, 2015	134
Abbildung 90: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach Vertragsstatus, 2015.....	134
Abbildung 91: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach Geschlecht, 2015.....	135
Abbildung 92: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach Geschlecht, 2015	136
Abbildung 93: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach Altersgruppen, 2015	137
Abbildung 94: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach Altersgruppen, 2015.....	137
Abbildung 95: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach Dienstaltersgruppen, 2015	138
Abbildung 96: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach Dienstaltersgruppen, 2015.....	139
Abbildung 97: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach KAV-Berufsgruppe, 2015	140
Abbildung 98: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach KAV-Berufsgruppe, 2015	140
Abbildung 99: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach KAV-Fachbereich (nur KAV-Berufsgruppe FachärztIn), 2015	142
Abbildung 100: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach KAV- Fachbereich (nur KAV-Berufsgruppe FachärztIn), 2015	143
Abbildung 101: Einkünfte von ÄrztInnen, Verhältnis zu durchschnittlichen E des jeweiligen Landes, 2015 oder aktuellstes verfügbares Jahr	155
Abbildung 102: Beispieldarstellung eines Boxplots und Erklärung der Bestandteile	188

1. Einleitung

Die Frage leistungsadäquater Entlohnung spielt eine große Rolle für die Gerechtigkeit in einer arbeitsteiligen Wirtschaft, insbesondere bei der Festlegung von jenen Tarifen, die sich nicht nach Marktmechanismen bilden können. Da in Österreich kaum Transparenz bzgl. der Einkommensverhältnisse herrscht, ist es für die Gesundheitspolitik in besonderem Maße schwierig, die Einkommensverhältnisse der Leistungserbringer in ihr Kalkül miteinzubeziehen. Es bestehen im Detail viele Probleme bei der Ermittlung der tatsächlichen Einkommensverhältnisse, da das Einkommen von ÄrztInnen sehr heterogen ist und aus mehreren Bestandteilen besteht. Bei den selbständigen ÄrztInnen besteht zudem auch Unklarheit über die Kosten, die den Tarifen gegenüberstehen, ebenso über private Honorare, sowie über den rein wahlärztlichen Bereich. Doch auch im Spitalswesen ist durch die routinemäßig erbrachten Dienste, aber auch durch die Zusatzversicherungsentgelte sowie diverse Verwendungs- bzw. Senioritätsgruppen keine klare Übersicht möglich.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV) beauftragte das Institut für Höhere Studien (IHS) Ende 2014, eine Machbarkeitsstudie zur Erhebung der ärztlichen Einkünfte durchzuführen. Das Ergebnis der Studie zeigte die für diese Forschungsfrage unbefriedigende Datenlage sowie den eingeschränkten Erkenntnisgewinn aus Veröffentlichungen von Institutionen wie Statistik Austria und Rechnungshof auf. Beispielsweise stellte der Einkommensbericht des RH nur auf die Haupteinkunftsarten der jeweiligen Berufe und nicht auf die Nebentätigkeiten ab, die gerade im extramuralen Bereich jedoch sehr heterogen und für eine Abbildung der tatsächlichen Einkünfte von niedergelassen ÄrztInnen von hoher Relevanz sind.

Die am IHS implementierte Arbeitsmarktdatenbank (AMDB) diente im Rahmen der Machbarkeitsstudie zur Untersuchung von vorhandenen Primärdaten aller Lohn- und Einkommensteuerepflichtigen in Österreich. Die AMDB wurde im Jahr 2014 mit Einkommensdaten des BMF verknüpft. Im Rahmen der Machbarkeitsstudie zeigte sich, dass die zur Identifizierung von intra- und extramuralen Einkommensgruppen notwendigen Variablen in der Datenbank einerseits an der mangelhaften Datenbefüllung relevanter Variablen im Lohnzettel und andererseits an der damals eingeschränkten Einkommensdatenlieferung des BMF scheiterte.

In weiterer Folge beauftragten der HV und der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) das IHS mit der Konzeption und Durchführung einer pseudonymisierten Datenerhebung bzgl. diverser ärztlicher Einkunftsarten aus den Datenquellen von HV, KAV, Bundesministerium für Finanzen (BMF) und aus der am IHS verfügbaren Arbeitsmarktdatenbank (AMDB), sowie mit der Durchführung der Datenzusammenführung und Datenauswertung. Eine vorgelagerte Pseudonymisierung der Primärdaten durch eine unabhängige Pseudonymisierungsstelle gewährleistete den Datenschutz. Für die Ergebnisdarstellung in dieser Studie wählten wir

eine k-Anonymität von 6, d.h. mindestens sechs Individuen besitzen dieselben sensiblen Attribute im dargestellten Datensatz, wodurch sie nicht unterscheidbar sind und nicht identifiziert werden können. Bei geringerer Zellenbesetzung werden die Ergebnisse dieser speziellen Attributkombination im Bericht nicht dargestellt.

Ziel dieser Studie ist es, die ärztlichen Einkünfte aus Haupt- und Nebentätigkeit von selbst- und unselbständigen Erwerbstätigen deskriptiv darzustellen und die relevanten Faktoren (wie Fachrichtung, Alter oder Geschlecht) für etwaige Unterschiede in den Einkünften zu bestimmen. Hauptaugenmerk wird dabei auf die relevanten ärztlichen Einkünfte gelegt.

Die Ergebnisse können als Basis für Vergleiche sowohl zwischen den verschiedenen ÄrztInnengruppen als auch im Vergleich mit anderen Berufsgruppen herangezogen werden. Dabei sollte beachtet werden, dass die deskriptive Analyse auf Median-, Quartil- und durchschnittliche Einkünfte der Verteilung einer bestimmten Subpopulation abstellt und nicht auf die Einkünfte bestimmter Individuen.

Weiters ist zu bedenken, dass die in der Studie präsentierten Ergebnisse eine Querschnittsbetrachtung bestimmter Jahre darstellen. Bei einem Vergleich mit anderen Berufsgruppen sollten die ärztlichen Einkünfte zusätzlich über den Lebenszyklus bewertet werden, da der ärztliche Beruf eine lange Ausbildungszeit voraussetzt und ein dementsprechend spätes Eintreten der ÄrztInnen in die Berufslaufbahn vorliegt. Ebenso sind bei Einkommensvergleichen von Berufsgruppen deren unterschiedliche Arbeitszeiten zu berücksichtigen.

Der Studientext gliedert sich folgendermaßen: Kapitel 2 beschreibt die Primärdaten der jeweiligen Datenquelle sowie die durchgeführte Datenaufbereitung und erläutert darüber hinaus die Selektion der relevanten ärztlichen Einkünfte. Kapitel 3 zeigt die wichtigsten Ergebnisse für die relevanten ÄrztInnengruppen – zuerst in Form einer deskriptiven Untersuchung, und anschließend in Form von Regressionsanalysen. Kapitel 4 schließt mit Schlussfolgerungen.

2. Daten

2.1. Datenquellen

Zur Durchführung der vorliegenden Studie stellten folgende Institutionen dankenswerterweise jeweils eine einmalige, pseudonymisierte Datenlieferung auf Einzeldatensatzbasis zur Verfügung:

- **BMF** – Bundesministerium für Finanzen (Lieferung durch Bundesrechenzentrum)
- **HV** – Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
- **KAV** – Krankenanstaltenverbund der Stadt Wien

Als vierte Datenquelle stand uns die am hiesigen Institut installierte und laufend aktualisierte Arbeitsmarktdatenbank **AMDB** des Arbeitsmarktservice Österreich (AMS) und des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) zur Verfügung. Diese Datenbank beinhaltet anonymisierte, personen- und betriebsbezogene Informationen zum österreichischen Arbeitsmarktgeschehen (Einzeldatensatzbasis). Die Datengrundlage besteht aus den Rohdaten der Beitragsgrundlagennachweise vom HV und den Rohdaten vom AMS. Aufgrund stichprobenartig überprüfter Abweichungen der AMDB-Einträge, bspw. bei der Variablen Alter, verwendeten wir die AMDB-Daten nur zur Ergänzung bei fehlenden Einträgen in den Datensätzen von HV, KAV und BMF.

Die eindeutige Identifizierung des Individuums erfolgte anhand der pseudonymisierten Sozialversicherungsnummer, die in jedem Datensatz als Primärschlüssel diente. Der AMS-Dienstleister fungierte als Pseudonymisierungsstelle für alle eingesetzten Datensätze. Beim datenschutztechnischen Begriff der Pseudonymisierung wird die individuelle Sozialversicherungsnummer verschlüsselt und durch eine mehrstellige Zahlen- oder Buchstabenkombination (*Pseudonym*) ersetzt, sodass eine Rückführung und Zuordnung der Daten auf eine bestimmte Person nicht oder nur mit erheblichem technischen und zeitlichen Aufwand möglich ist.

Die im Herbst 2016 vom BMF erhaltenen Rohdatensätze zur Lohn- und Einkommensteuer (Formulare L1, L16, E1, E1a, E1c, E106; vgl. Kapitel 2.3.1) umfassten die Jahre 2010-2014, die vom KAV und HV übermittelten Datensätzen die Jahre 2012-2015. Die am IHS vorhandene AMDB beinhaltet Daten bis zum Jahr 2016. Im April 2017 lieferte das BMF Daten für das Jahr 2015 nach, sodass der **Zeitraum** des fusionierten Datensatzes somit die Jahre **2012 bis 2015** umfasst. Aufgrund fehlender NACE-Einträge für die Personengesellschaften in den Daten des Formulars E106 erhielten wir in weiterer Folge Ende Juni 2017 zudem verknüpfte Daten zum Formular E6a, das die Branchenkennzahl der Personengesellschaft enthält. Diese zusätzliche Datenlieferung beinhaltete ebenfalls eine Aktualisierung der Daten zur Einkommensteuer (E1, E1a, E1c, E106, E6a).

2.2. Datenschutz

Die übermittelten pseudonymisierten Daten unterliegen grundsätzlich dem Datenschutzgesetz (§46 (1) DSG). Das Ziel der Untersuchung sind keine personenbezogenen Erkenntnisse. Pseudonymisierte Daten sind als indirekt personenbezogen zu werten und daher für wissenschaftliche Zwecke verwendbar. Eine Genehmigungsvorlage vor der Datenschutzbehörde war daher gemäß DSG nicht zwingend.

Der übermittelte Datenkörper enthält Informationen zu Altersgruppen, Geschlecht, geografische Einheit (Bezirk), Fachgruppe, etc. Dadurch ist eine Identifizierung von einzelnen Individuen durch Verkreuzung dieser Merkmale zwar grundsätzlich möglich, aber nur mit Zusatzinformationen und technischem Mitteleinsatz erfolgreich. Der Auftragnehmer verpflichtete sich, Versuche einer Identifizierung von Personen zu unterlassen. Im Rahmen des vorliegenden Studienberichts und in zukünftigen Veröffentlichungen der Forschungsergebnisse werden keine Daten veröffentlicht, die eine Identifizierung von Individualdaten zulässt. Dies bedeutet konkret, dass keine Auswertungen zu Gruppen unter sechs Personen ausgewiesen werden.

Das IHS traf ausreichende Sicherheitsmaßnahmen (gemäß §14 DSG 2000), um zu verhindern, dass Daten ordnungswidrig verwendet oder Dritten unbefugt zugänglich gemacht wurden. Der Datenkörper wurde mit der Datenbank AMDB, welche physisch auf datenrechtlich geschützten Servern des Auftragnehmers liegt, verknüpft. Eine Erlaubnis für den Datenbankzugriff hatten nur diejenigen IHS-MitarbeiterInnen, die konkret und direkt im gegenständlichen Forschungsprojekt eingebunden waren. Alle Datenbankzugriffe wurden protokolliert. Dadurch ist die Nichtöffentlichkeit der Daten gewährleistet. Die an dem Projekt arbeitenden MitarbeiterInnen des HV, BMF, KAV und IHS unterliegen den internen Verschwiegenheitsrichtlinien und sind vertragstechnisch daran gebunden. Weiters obliegen sie dem Datengeheimnis nach §15 DSG. Diese Verschwiegenheitsverpflichtung der mit dem Datenverkehr beauftragten Personen ist auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit für das gegenständliche Projekt aufrecht.

Das IHS führte alle Auswertungs- und Darstellungsarbeiten für das gegenständliche Projekt selbst durch und beauftragte dazu keine Dritten. Eine Verwendung und Weitergabe der Daten vom HV und vom KAV durch das IHS für andere Zwecke als dieses vorliegende Projekt ist vertraglich ausgeschlossen, ebenso wie die Weitergabe von Daten innerhalb der beteiligten Datenlieferanten.

Der jeweilige Datenkörperlieferant, der seitens des IHS bekannt gegeben wurde, stellte bei dem Dienstleister des BMASK und des AMS einen Antrag auf Pseudonymisierung der Primärschlüssel des Datenkörpers. Dies betrifft die Variablen *Versicherungsnummer* und *Dienstgeberkontonummer*. Die sich ergebenden pseudonymisierten Variablen *PENR* und *BENR* dürfen keine Identifizierung der zugrunde liegenden Versicherungsnummer und

Dienstgeberkontonummer zulassen. Dies wird durch den standardisierten Verschlüsselungsalgorithmus des Dienstleister des BMASK und des AMS bzw. des HV für die BENR gewährleistet.

Der Dienstleister (im Sinne des §4 (4) DSG) von BMASK und AMS, der die Datenpseudonymisierung für die AMBD routinemäßig unternahm, wurde beauftragt, die mit der AMDB kompatible Umwandlung von Sozialversicherungsnummern in die PENR der AMDB vorzunehmen, um die Kompatibilität mit den auf gleiche Weise pseudonymisierten Daten der AMDB zu erreichen. Dazu wurden ausschließlich (d.h. ohne die dazugehörigen personenbezogenen Daten) die Sozialversicherungsnummern von den Datenlieferanten an den AMS-Dienstleister in jener Reihenfolge übermittelt, wie sie auch im jeweiligen Datenkörper vorliegt. Die Datenlieferanten übermittelten den jeweiligen Datenkörper inklusive personenbezogenen Daten, jedoch ohne Sozialversicherungsnummern, an das IHS. Der AMS-Dienstleister übermittelte seinerseits die nun pseudonymisierten Sozialversicherungsnummern (PENR) an das IHS. Danach fusionierte das IHS im letzten Schritt der Datenpseudonymisierung den jeweiligen Rumpfdatenkörper mit den Pseudonymen. Dieses mehrstufige Datenschutzverfahren gewährleistete, dass keiner der beteiligten Vertragsparteien unpseudonymisierte Daten des finalen Datenkörpers erhielt.

2.3. Datenaufbereitung

2.3.1. Daten des BMF

Die im Auftrag des BMF erfolgte Datenlieferung des Bundesrechenzentrum (BRZ) umfasste die Daten folgender Formulare über den Zeitraum 2010 - 2015:

- L16 – vom Arbeitgeber übermittelte monatliche Lohnzettel
- L1 – Arbeitnehmerveranlagungen
- E1 – Einkommensteuererklärung: Summe aus Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft (LF), selbständiger Arbeit (SA), Gewerbebetrieb (GW) sowie Vermietung und Verpachtung (VV)
 - E1a – Beilage zur Einkommensteuererklärung E1 aus Einzelunternehmerschaft für Einkünfte aus LF, SA und GW
 - E1c – Beilage zur Einkommensteuererklärung E1 aus Einzelunternehmerschaft für pauschalierte Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft

- E106 – Beilage zur Erklärung der Einkünfte aus Personengesellschaften¹
- E6a – Beilage zur Feststellungserklärung E6 für betriebliche Einkünfte von Personengesellschaften aus Land- und Forstwirtschaft, selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb

Während bei L16, L1, E1 und E1a ein Großteil der jeweiligen Formular-Variablen geliefert wurde, beinhaltet E1c, E106 und E6a nur die Einkunftsart (Land- und Forstwirtschaft, selbständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb), Gewinn/Verlust, gegebenenfalls die Branchenkennzahl (die sich an die ÖNACE-Klassifizierung anlehnt) sowie die Schlüsselvariablen für das eindeutige Zuordnen der jeweiligen Beilagen zum individuellen Einkommenssteuer-Bescheid.

Die BMF-Einkommensdaten sind Einkommensteuerbescheid-bezogene Daten, d.h. ESt-Erklärungen (E1), die nachträglich durch den finalen ESt-Bescheid evtl. korrigiert wurden.

Die vom BMF übermittelten Daten enthielten **keine** Detaildaten zu Einkünften aus **Kapitalvermögen** (E1kv und K1). In der E1-Variable „Gesamtbeträge der Einkünfte“ sind jedoch Einkünfte aus Kapitalvermögen enthalten, welche bspw. Zuflüsse aus Besitz (Aktiendividenden, Ausschüttungen, Darlehenszinsen, etc.) oder Veräußerungsgewinne (Spekulationsgewinne, Realisierung von Wertsteigerung einer Beteiligung, etc.) von Kapitalvermögen umfassen, **sofern sie nicht** durch die Kapitalertragsteuer (KESt) oder andere Fixsteuersätze auf Kapitaleinkünfte bereits endbesteuert sind. Dementsprechend stellen die E1-veranlagten Einkünfte aus Kapitalvermögen eine sehr geringe Größe dar (s. Einkommensteuerstatistik 2014, Statistik Austria).

Die Gewinne einer Kapitalgesellschaft (GmbH, AG) – unabhängig, ob sie als Gewinnausschüttungen an Gesellschafter zugeflossen sind oder im Unternehmen reinvestiert wurden – werden im Rahmen einer Körperschaftssteuer-Erklärung (Formular K1) erfasst. Da diese Kapitalgesellschaften durch die Körperschaftssteuer (KöSt) endbesteuert sind, fällt für deren Gesellschafter im Regelfall keine weitere Einkommensteuer an. Eine direkte Zuordnung der K1-Gewinnzuflüsse (bspw. Ärzte-GmbH) zu Individuen ist daher anhand von K1- und E1-Daten nicht möglich. Diese Art von Gewinnzuflüssen können nur anhand der NACE-Kennzahl im Formular K1 identifiziert werden. Diese Daten lagen uns jedoch für das gegenständliche Projekt nicht vor.

Eine wichtige Information zur Identifizierung von ÄrztInnen stellt die Variable *Branchenkennzahl* dar. Diese ist jedoch nicht in E1 (Einzelunternehmerschaft) oder E6 (Personengesellschaften) enthalten, sondern in den entsprechenden Beilagen E1a bzw. E6a. Anhand der Schlüsselvariablen für den individuellen ESt-Bescheid und der

¹ Das tatsächliche Formular dazu ist derzeit E11. Jedoch wurde BMF-intern die Bezeichnung E106 für diesen Datenstamm beibehalten.

Beilagennummer konnten die E1a, E1c, E106 und E6a-Beilagen eindeutig einem Individuum zugeordnet werden.

Ein weiterer Grund für die notwendige Datenlieferung der Beilagen E1a und E6a war der Umstand, dass die übermittelten E1-Daten die Summe der jeweiligen Einkunftsarten (E1-Felder 310, 320 und 330) enthielten, jedoch weder getrennt nach Einzelunternehmerschaft (Zeile „a“) bzw. Unternehmensbeteiligungen (Zeile „b“) noch nach Einkunftsarten (LF, SA und GW) vorlagen. Tabelle 1 zeigt den relevanten Teil des E1-Formulars bzgl. Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb.

Tabelle 1: Einkommensteuererklärung Formular E1, oberer Teil der Seite 3, Version 2013

9. - 11. Betriebliche Einkünfte aus (Beträge in Euro)	9. Land- und Forst- wirtschaft ^[6]	10. selbständiger Arbeit ^[7]	11. Gewerbe- betrieb ^[8]
a) Als Einzelunternehmer/in - Ergebnis aus der/den Beilage(n) E 1a, bei land- und forstwirtschaftlicher Pauschalierung aus E 1c ⁴⁾			
b) Als Beteiligte/r (Mitunternehmer/in) - Ergebnis aus der Beilage E 11 ⁴⁾			
c) Davon auszuschneiden wegen Verteilung der Einkünfte auf 3 Jahre ^[9]	311	321	327
auf 5 Jahre ^[10]	312	322	328
d) ☐ Ich beantrage gemäß § 37 Abs. 9 unwiderruflich, meine positiven Einkünfte aus künstlerischer und/oder schriftstellerischer Tätigkeit auf das Erklärungsjahr und die beiden Vorjahre gleichmäßig zu verteilen. In Kennzahl 325 sind daher 2/3 auszuschneiden. ⁵⁾		325	
e) Anzusetzende Teilbeträge aus einer Einkünfteverteilung eines anderen Jahres ^[12]	314	324	326
f) Bei Ausübung der Regelbesteuerungsoption gemäß Punkt 8.1: In Punkt a) und/oder b) nicht enthaltene betriebliche Kapitalerträge (Früchte und Substanz), soweit sie nicht in den Kennzahlen 917/918/919 zu erfassen sind ^[13]	780	782	784
g) Bei Ausübung der Regelbesteuerungsoption gemäß Punkt 8.1: In den Kennzahlen 780/782/784 nicht enthaltene betriebliche Kapitalerträge (Früchte und Substanz), auf die ausländische Quellensteuer oder EU-Quellensteuer anzurechnen ist ^[14]	917	918	919
h) Bei Ausübung der Regelbesteuerungsoption gemäß Punkt 8.2: In Punkt a) und/oder b) nicht enthaltene Substanzgewinne betreffend Betriebsgrundstücke ^[15]	500	501	502
Summe aus a) bis h)	310	320	330

Quelle: BMF

Nicht alle ÄrztInnen veranlagten nach E1. Sobald jedoch neben den Einkünften aus unselbständiger Erwerbstätigkeit auch Einkünfte aus selbständiger Arbeit, Gewerbebetrieb, etc. vorliegen, ist ab einem jährlichen selbständigen Einkommen von 730 EUR eine Veranlagung nach E1 für das Steuersubjekt zwingend. Liegen nur Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit vor, so ist ab der Einkommensgrenze von 11.000 EUR („steuerliches Existenzminimum“) ebenfalls zwingend nach E1 zu veranlagern. Die E1a-Beilagen zum E1-Formular dienen zur Konkretisierung der Einkunftsarten aus Land- und Forstwirtschaft (LF), Vermietung und Verpachtung (VV), selbständiger Arbeit (SA) sowie aus Gewerbebetrieb (GW).

Für den fusionierten Datensatz (vgl. Kapitel 2.4) ergibt sich bspw. für das Jahr 2014 die in Tabelle 2 angeführte **Verteilung der Einkunftsarten** `e1a_art` (nicht der Individuen; pro E1-Veranlagung können mehrere Einkunftsarten mittels E1a-Formular deklariert werden; auch von derselben Einkunftsart wenn unterschiedliche Einkunftsquellen vorliegen).

Tabelle 2: Verteilung der Einkunftsarten im fusionierten Datensatz, 2014

Einkunftsart	Häufigkeit	Anteil in %
E1 ohne E1a	1.777	7,0%
E1 mit GW	828	3,3%
E1 mit LF	65	0,3%
E1 mit SA	22.812	89,5%
Gesamt	25.482	100,0%

Quelle: IHS (2017)

Der Hauptanteil der veranlagten Einkunftsarten von ÄrztInnen, welche eine E1-Veranlagung im Jahr 2014 durchführten, ist demnach durch selbständige Arbeit (SA) mit knapp 90% gegeben. 1.777 ÄrztInnen² veranlagten im Jahr 2014 mittels E1 ohne E1a-Beilage bzw. fehlt eine entsprechende E1a-Beilage im übermittelten Datensatz. Ein Grund für den relativ hohen Anteil dieser Fälle ist u.a., dass Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie aus Kapitalvermögen nicht mittels Formular E1a erfasst werden und die Einkünfte aus unselbständiger Arbeit automatisch, also ohne Beilage, bei Veranlagung mittels E1 erfasst werden.

Mithilfe der gelieferten Beilagedaten ließ sich für jede in E1 deklarierten Einkünfte sowohl die Einkunftsart (LF, SA, GW, VV) als auch die Branchenkenzahl sowie Unternehmerschaft (Einzelunternehmen vs. Personengesellschaft) bestimmen, sofern die jeweiligen Einträge vorhanden waren. Der Befüllungsgrad der Felder Einkunftsart und Branchenkenzahl war nahezu 100%.

Das Studienziel ist der deskriptive Vergleich der **jährlichen** Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit. Dazu war es notwendig, bei Vorliegen von mehreren E1-Beilagen mit differierenden Einkunftsarten oder Branchenkenzahlen die Summe aller **ärztlich relevanten Einkünfte** (d.h. Einkünfte aus LF, VV und bestimmte Branchenkenzahlen wurden ausgeschieden, vgl. Kapitel 2.5.1) eines Jahres einer eindeutigen Einkunftsart und Branchenkenzahl zuzuordnen. Wir gingen nach dem Schwerpunktprinzip vor, d.h. diejenige ärztlich relevante Beilage mit dem höchsten Gewinn bestimmte die Einkunftsart und Branchenkenzahl für die gesamte Gewinnsumme aller ärztlich relevanten E1a-Beilagen.

² Beilagenanzahl entspricht hier der Individuenanzahl, da keine (Mehrfach-)Beilagen in diesem Fall vorhanden sind.

Die Einkunftsart spielte nach Ausscheiden von LF- und VV-Beilagen in weiterer Folge keine Rolle mehr, da wir im Unterschied zum Rechnungshofbericht (RH 2014) nicht zwischen den Einkünften aus selbständiger Arbeit (SA) und Gewerbebetrieb (GW) unterschieden haben.

2.3.2. Daten des HV

Der vom Hauptverband im Oktober 2016 übermittelte Datensatz umfasst alle freiberuflichen ÄrztInnen, die in den Jahren 2012 bis 2015 beim HV als Vertrags- oder WahlärztInnen erfasst sind. Darunter fallen auch ÄrztInnen ohne kurative und Vorsorgeuntersuchungsverträge (= rein wahlärztlich Tätige). Nicht im Datensatz erfasst sind hingegen im jeweiligen Kalenderjahr verstorbene ÄrztInnen oder BetreiberInnen eines Witwenfortbetriebs.

In Tabelle 3 sind die relevanten Variablen des HV-Datensatzes aufgelistet. Zusätzlich zu den Variablen *Geburtsjahr* und *Geschlecht* der ÄrztInnen wurden Informationen zum jeweiligen *Bundesland* des Ordinationssitzes, zum *Urbanisierungsgrad*³ des jeweiligen Bezirkes bzw. Versorgungsregion, zum *fachärztlichen Bereich* und zur *Vertragsdauer*⁴ sowie Dummy-Variablen⁵ für das Vorhandensein von kurativen Verträgen mit der jeweiligen *Gebietskrankenkasse* (inkl. Betriebskrankenkassen) bzw. mit sogenannten *kleinen Kassen* (SVA, SVB, BVA, VAEB), von *Vorsorgeuntersuchungsverträgen* sowie von *Gruppenpraxis-* und *Hausapothekenverträgen* übermittelt.

³ Eine Methodenbeschreibung für den Urbanisierungsgrad findet sich unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.601737&version=1409552998>.

⁴ Falls ein kurativer Vertrag mit einer GKK besteht, bezieht sich die Dauer auf diesen Vertrag. Falls ein kurativer Vertrag ausschließlich mit kleinen Kassen besteht, bezieht sich die Dauer auf diesen Vertrag. Falls ein/e ÄrztIn keine kurativen Verträge hat, bezieht sich die Dauer auf die VU-Verträge. Bei TeilnehmerInnen einer Gruppenpraxis bezieht sich diese Variable auf die Zeit, in der der/die ÄrztIn TeilnehmerIn der GP war.

⁵ Eine Dummy-Variable ist eine binäre Variable, die nur die Ausprägungen 1 („ja“ bzw. „zutreffend“) oder 0 („nein“ bzw. „nicht zutreffend“) annehmen kann.

Tabelle 3: Vom Hauptverband übermittelte relevante Variablen und ihre Ausprägungen

Variable	Ausprägung	Variablenname im aufbereiteten Datensatz	Anmerkung
Auswertungsjahr	2012, 2013, 2014, 2015	jahr	
Geschlecht	1 = Männer, 0 = Frauen	male	Dummy-Variable
Geburtsjahr	numerisch	age	berechnet anhand Auswertungs- und Geburtsjahr
Bundesland	1 = Burgenland 2 = Kärnten 3 = Niederösterreich 4 = Oberösterreich 5 = Salzburg 6 = Steiermark 7 = Tirol 8 = Vorarlberg 9 = Wien	b1	
Urbanisierungsgrad	1 = überwiegend städtisch 2 = intermediär 3 = überwiegend ländlich	urban	Urbanisierungsgrad des Bezirks/Versorgungseinheit
Fachgruppe	• Allgemeinmedizin • Anästhesiologie und Intensivmedizin, Nuklearmedizin, Immunologie, andere Vertragspartner • Augenheilkunde und Optometrie • Chirurgie (Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Plastische Chirurgie, Kinderchirurgie) • Haut- und Geschlechtskrankheiten • Frauenheilkunde und Geburtshilfe • Innere Medizin • Kinder- und Jugendheilkunde • Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde • Lungenkrankheiten • Neurologie (Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie) • Orthopädie • Physikalische Medizin • Radiologie • Urologie • Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Dr. med. dent., Dentist • Labordiagnostik, Pathologie, Hygiene und Mikrobiologie	fg_hv	Fachgruppen wurden tlw. zusammengefasst übermittelt
Vertragsdauer	numerisch in Tagen	vertrag_dauer	Rund 94% sind ganzjährige Vertragspartner
§2-Kassen	1 = wenn kurativer Vertrag mit GKK	gkk	Dummy-Variable Wenn kurativer GKK-Vertrag vorhanden, dann gem. §2-Gesamtvertrag auch Vertrag mit den jeweiligen Betriebskrankenkassen (BKK) und der SVB. Die Variable gkk wurde als proxy-Variable für §2-Kassen herangezogen.
kleine Kassen	1 = wenn kurativer Vertrag mit kleiner Kasse (SVA, SVB, BVA, VAEB)	klein	Dummy-Variable Info im Datensatz nicht vorhanden, ob Verträge mit Träger außerhalb des Hauptverbandes (KFA-Wien, KFA-Graz, etc.) bestehen. Üblicherweise sind diese Träger jedoch beim Status "kleine Kassen" vorhanden.
nur kleine Kassen	1 = wenn kurativer Vertrag ausschließlich mit kleiner Kasse (SVA, SVB, BVA, VAEB)	nurklein	Dummy-Variable
Hausapotheke	1 = wenn Hausapothekenvertrag	hapo	Dummy-Variable
Gruppenpraxis	1 = wenn Gruppenpraxis-TeilnehmerIn mit kurativem Vertrag	gp	Dummy-Variable Dummy identifiziert sowohl Teilnehmer einer "echten" Gruppenpraxis (mehrere Planstellen), als auch z.T. Teilnehmer von Job-Sharing-Gruppenpraxen (1 Stelle wird geteilt) oder Nachfolge-/Übergabegruppenpraxen (1 Stelle). Bei WahlärztInnen keine Info zu GP-Status, jedoch sehr selten, da positive Bedarfsprüfung durch Landeshauptmann/-frau erforderlich ist.
Vorsorgeuntersuchung	1 = wenn Vertrag für Vorsorge(Gesunden-)untersuchung	vu	Dummy-Variable

Quelle: HV, eigene Darstellung

Bezüglich der **Vertragsdauer** ist der überwiegende Teil der niedergelassenen ÄrztInnen ganzjährig tätig. Nur 6 bis 7% der VertragsärztInnen (Gruppenpraxen, § 2-VertragsärztInnen, kleine Kassen und sonstige WahlärztInnen mit diversen Verträgen) weisen eine kürzere Vertragsdauer als 365 Tage im Kalenderjahr auf. Bei WahlärztInnen ohne Verträge liegt klarerweise keine Information zur Vertragsdauer vor. Wir unterscheiden daher bei den Auswertungen nicht zwischen unter- und ganzjährigen Vertrags- bzw. WahlärztInnen.

Im übermittelten Datensatz weisen rund 0,44% der Einträge mehrfache Vertragsarten auf. Dies ist auf einen unterjährigen Wechsel des Vertragsstatus zurückzuführen. Um Mehrfacheinträge für ein Individuum innerhalb eines Kalenderjahres zu vermeiden, ordneten wir denjenigen Vertragsstatus – und die dazugehörigen restlichen Variablen – dem Individuum zu, der die längste Vertragsdauer innerhalb eines Kalenderjahres aufweist.

Die Dummy-Variable `gkk` identifiziert diejenigen ÄrztInnen (bzw. die TeilnehmerInnen einer Gruppenpraxis) mit einem kurativen Vertrag mit der jeweiligen Gebietskrankenkasse (GKK) des Bundeslandes. Diese Variable zogen wir als proxy-Variable (d.h. als Annäherung) für § 2-Kassen heran, die gem. § 2-Gesamtvertrag die GKK, Betriebskrankenkassen (BKK) sowie die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) umfasst. Im Folgenden benutzen wir dafür den Terminus „§ 2-Kassen“.

Entsprechend identifiziert die Dummy-Variable `klein` jene VertragsärztInnen mit einem kurativen Vertrag mit zumindest einem der Träger der sogenannten „kleinen Kassen“ (SVA, SVB, BVA, VAEB)⁶. Auch wenn für die Krankenversicherungsträger, die nicht innerhalb des Hauptverbandes organisiert sind (Krankenfürsorgeanstalten etc.), keine direkte Identifizierungsinformation vorliegt, so kann davon ausgegangen werden, dass diese Träger im Regelfall Verträge mit jenen ÄrztInnen abschließen, die Verträge mit den kleinen Kassen halten. Lediglich ÄrztInnen, die ausschließlich Verträge mit Kassen außerhalb des HV besitzen, sind nicht in der Analyse enthalten.

Weiters besitzen im Regelfall ÄrztInnen mit einem GKK-Vertrag gleichzeitig Verträge mit zumindest einem Träger der kleinen Kassen. Rund 0,42% der Fälle im Beobachtungszeitraum weisen jedoch `gkk=1` UND `klein=0` auf. Diese Fälle sind bzgl. selbständige und unselbständige Einkünfte heterogen und lassen sich keinen ÄrztInnen direkt zuordnen. Diese Fälle dürften daher Datenfehler repräsentieren und wurden daher nach Rücksprache mit dem HV aus dem Datensatz gelöscht.

Tabelle 8 (s. Kapitel 3.1.1) zeigt die Anzahl der niedergelassenen ÄrztInnen des finalen Datensatzes für den Beobachtungszeitraum 2012 bis 2015. Die Anzahl der Vertrags-/WahlärztInnen nimmt über den Zeitraum zu (2012: 19.807 bzw. 2014: 20.298). Ausgenommen davon ist das Jahr 2015. Der Grund dafür ist der niedrigere Veranlagungsgrad im Vergleich zu den Vorjahren.⁷ Für die in Kapitel 3 folgenden

⁶ Bei Vorliegen eines Vertrages gem. § 2-Gesamtvertrag ist die SVB automatisch eingeschlossen. Umgekehrt gilt jedoch nicht, dass bei Vorliegen eines Vertrages mit der SVB zwangsläufig GKK- und BKK-Verträge vorliegen.

⁷ Erklärungsfristen (s. www.bmf.gv.at): Die Einkommensteuererklärung ist bis 30. April des Folgejahres bzw. bei elektronischer Übermittlung bis 30. Juni des Folgejahres einzureichen. Im Einzelfall kann auf begründeten Antrag die Frist zur Abgabe der Steuererklärung (mehrfach) verlängert werden. Für Steuerpflichtige, die durch SteuerberaterInnen vertreten werden, gilt grundsätzlich eine generelle Fristverlängerung (für das Veranlagungsjahr 2015 maximal bis 31.3.2017 bzw. 30.4.2017).

Die im Mai 2017 erfolgte ESt-Datennachlieferung seitens des BMF umfasste daher weitaus mehr Veranlagungen für das Jahr 2015 als die ursprüngliche Datenlieferung im Oktober 2016.

Auswertungen zogen wir dennoch aufgrund der Aktualität und der Vollständigkeit der KAV-Daten das Jahr 2015 heran.

Für das Jahr 2015 befinden sich 19.015 Vertrags-/WahlärztInnen im Datensatz. Davon halten rund 50% (9.371 ÄrztInnen) einen § 2-Kassenvertrag und nur 4,3% (824 ÄrztInnen) ausschließlich einen Vertrag mit mindestens einem Träger der sogenannten kleinen Kassen, während 8.818 WahlärztInnen rein wahlärztlich und ohne Kassenverträge tätig sind.

Wie in Kapitel 2.5 beschrieben, selektierten wir die vermuteten Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit anhand relevanter Branchenkennziffern („NACE-Auswahl“). Vertrags-/WahlärztInnen ohne Einkünfte in den relevanten NACE-Klassen wurden bei den Auswertungen daher nicht berücksichtigt. Die Anzahl dieser Individuen ist jedoch gering, da bspw. 99% der § 2-VertragsärztInnen (9.269 ÄrztInnen) Einkünfte aus relevanter ärztlicher Tätigkeit deklarierten („enge NACE-Auswahl“, s. weiter unten).

2.3.3. Daten des KAV Wien

Der von der IT-Abteilung des KAV Wien im Dezember 2016 übermittelte Datensatz umfasst das im Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) angestellte ärztliche Personal für die Jahre 2012 bis 2016 (419.373 Datenzeilen), wobei jede Datenzeile ein Monat repräsentiert. Die Daten für das Jahr 2016 wurden gelöscht, da nur der Jänner 2016 vorhanden war und die Datensätze von HV und BMF das Jahr 2016 ebenfalls nicht abbilden. Dabei ist anzumerken, dass das ärztliche Personal des AKH Wien über den Bund sowie die Medizinische Universität Wien besoldet wird und demnach nicht in der Datenlieferung enthalten ist.

Laut Information des KAV wurden 166 KAV-SpitalsärztInnen aus datenschutzrechtlichen Gründen vor Übermittlung aus dem Datensatz gelöscht. Davon sind 14 Individuen bei den FachärztInnen, 61 bei den PrimärärztInnen, 7 bei den Ärztlichen DirektorInnen und 84 bei den Berufsgruppen 0 bis 3 (d.h. Basisausbildung, Ausbildung zum/zur AllgemeinmedizinerIn, Ausbildung zum/zur FachärztIn, AllgemeinmedizinerInnen) betroffen. Der erhaltene Datensatz führt bspw. 81 PrimärärztInnen und 3 Ärztliche DirektorInnen im Jahr 2015. Von der Datenlöschung sind demnach nicht unerhebliche 43% aller PrimärärztInnen und 70% aller Ärztlichen DirektorInnen betroffen. Aufgrund der niedrigen Besetzungszahl der DirektorInnen nehmen wir von einer Auswertung dieser Berufsgruppe Abstand. Die verbleibende Anzahl an PrimärärztInnen ist genügend groß. Wir können jedoch keine Aussage dazu treffen, inwieweit die Datenselektion bei den PrimärärztInnen Einfluss auf die Auswertungsergebnisse haben wird.

Die vom KAV gelieferten Daten zu den Bruttogehältern umfassen die folgenden drei Gehaltsbestandteile:

1. Schemagehalt

2. Zulagen
3. Mehrdienstleistungen

Das **Schemagehalt** macht den Hauptbestandteil der Gesamtbezüge aus. Es wird nach Verwendungsgruppe und Einstufung geregelt und 14mal jährlich ausbezahlt. Die gelieferte Variable beinhaltet dabei auch Sonderzahlungen, Abfertigungen, Jubiläumsgelder u.Ä. Der Punkt **Zulagen** umfasst diverse Arten von Zulagen, wie bspw. Nebengebühren für Nacht- und Feiertagsdienste. Auch Zulagen, die nur bestimmte Abteilungen betreffen, wie bspw. Gefahrenzulagen, Psychiatrie-Zulagen oder Zulagen für die zentrale Notaufnahme, zählen zu diesem Punkt. Je nach Art der Zulage kann die Zuerkennung monatlich erfolgen oder pro in der entsprechenden Abteilung gearbeiteten Stunde. Der Punkt **Mehrdienstleistungen** betrifft die Vergütung von über die Sollarbeitszeit hinaus angefallenen Leistungen.

Tabelle 4: Von der KAV-IT übermittelte Variablen und ihre Ausprägungen

Variable	Ausprägung	Variablenname im aufbereiteten Datensatz	Anmerkung
Gehaltsbestandteil	Schemagehalt	gehalt1	monatl. Bruttogehalt in EUR inkl. Sonderzahlungen, Abfertigungen, Jubiläumsgelder, etc.
	Zulagen	gehalt2	
	Mehrdienstleistungen	gehalt3	
Geschlecht	1 = Männer, 0 = Frauen	male	Dummy-Variable
Dienstalter	<1 Jahre	dienstalter	
	<5 Jahre		
	<10 Jahre		
	<20 Jahre		
Berufsgruppe	>20 Jahre	mlv	Turnusausbildung nach neuem System (ab 2015)
	0 = ÄrztInnen in Basisausbildung		
	1 = ÄrztInnen i. Ausbildung z. AllgemeinmedizinerIn		Turnusausbildung nach altem System
	2 = ÄrztInnen i. Ausbildung z. FachärztIn		
	3 = AllgemeinmedizinerIn		Die übermittelte MLV-Variable stellt eine Zusammenfassung der Original-MLV-Daten dar ("Material- und Leistungsverzeichnis"). Bspw. wurden folgende MLV- Gruppen zu mlv=3 seitens der KAV-IT zusammengefasst: 111312 ALM - Ärzte/-innen d.KAV (lt.DPPL) VG A1 (P) 111316 Allgemeinmediziner/-innen (P) 121314 ALM - Ärzte/-innen d.KAV (lt.DPPL) VG A2 (V) 121316 Allgemeinmediziner/-innen (V)
	4 = FachärztIn		
	5 = PrimärärztInnen		
	6 = Ärztliche DirektorInnen		Eine Unterscheidung in Pragmatisierte und Vertragsbedienstete ist demnach nicht möglich.
Fachbereich	7 = ArbeitsmedizinerInnen	fg	lt. Info ArbeitsmedizinerInnen im KAV nicht mehr vorhanden
	Anästhesie Augenheilkunde Chirurgie Frauenheilkunde u. Geburtshilfe Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten Haut- und Geschlechtskrankheiten Herz-/Thoraxchirurgie Innere Medizin (inkl. Pulmologie) Interdisziplinärer Bereich Kinderchirurgie Kinderheilkunde Kinder-Jugendpsychiatrie Med.-chem. Labordiagnostik Neurochirurgie Neurologie Nuklearmedizin Ohne permanente Zuordnung Orthopädie u. orthopädische Chirurgie Pathologie Physikalische Medizin Plastische Chirurgie Psychiatrie Radiologie Strahlentherapie-Radioonkologie Unfallchirurgie Urologie Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde		
Beschäftigungsausmaß		ausmass	in % von maximalem monatlichen Dienstaussaß

Quelle: KAV, eigene Darstellung

Mit 1. Juni 2015 wurde die ÄrztInnenausbildung österreichweit reformiert. Seither müssen alle ÄrztInnen zu Beginn ihrer Ausbildung eine 9-monatige Basisausbildung (MLV⁸=0) absolvieren (Rotation durch zumindest zwei Fachabteilungen), egal ob sie anschließend die Ausbildung für Allgemeinmedizin („Turnus“) oder eine Ausbildung zum/zur FachärztIn

⁸ Die Abkürzung „MLV“ steht für das Material- und Leistungsverzeichnis für Krankenanstalten, das kostenrelevanten Vorgängen in den Krankenanstalten entsprechende Kostenartengruppen zuordnet.

durchführen. Davon sind gemäß KAV-Datensatz 50 ÄrztInnen im Jahr 2015 betroffen. Die MLV-Gruppe 1 repräsentiert demnach die ÄrztInnen in Ausbildung zur Allgemeinmedizin, die sich entweder noch in der alten Ausbildungsordnung befinden (und daher keine Basisausbildung absolvieren mussten) oder diese Basisausbildung bereits abschlossen und sich für Allgemeinmedizin entschieden haben.

Beim *KAV-Fachbereich* handelt es sich um den Bereich, in dem eine Spitalsärztin bzw. ein Spitalsarzt tätig ist. Dieser muss nicht der jeweiligen Facharztausbildung entsprechen. Die Gruppen „Interdisziplinär“ und „ohne permanente Zuordnung“ nehmen dabei eine Sonderstellung ein. Die Berufsgruppen 0 und 1 (= ÄrztInnen in Ausbildung) sind überwiegend dem Fachbereich „ohne permanente Zuordnung“ zugeordnet, da im Rahmen der Basisausbildung eine regelmäßige Fächerrotation vorgesehen ist. AllgemeinmedizinerInnen, die als SekundärärztInnen tätig sind, finden sich v.a. in der Fachbereichsgruppe „Interdisziplinär“.

Eine geringe Anzahl an Individuen weisen mehrere Datenzeilen pro Gehaltstyp innerhalb eines Monats auf, die z.B. im Rahmen einer Nachverrechnung oder eines tatsächlichen MLV- oder FG-Wechsels entstehen können. Zur Lösung des Zuordnungsproblems bei einem möglichen **untermonatigem Wechsel** des Fachbereichs oder der Berufsgruppe addierten wir die Gehaltseinträge pro Monat und ordneten der Person willkürlich diejenige FG und MLV zu, die nach einer alphanumerischen Sortierung an erster Stelle kam. So hat bspw. MLV=0 Vorrang gegenüber MLV=1 und FG=„anaesth“ hat Vorrang gegenüber „augen“.⁹ Das Beschäftigungsmaß änderte sich bei untermonatigem Wechsel bei keiner Person, sodass diese Fehlerquelle ausgeschlossen ist. Im nächsten Schritt priorisierten wir die MLV- und FG-Einträge des Schemagehaltes gegenüber abweichenden Einträgen bei den Zulagen bzw. Mehrdienstleistungen. Dieser Dateneingriff betraf bei den Fachbereichen 38 und bei den MLV-Gruppen nur 4 Datenzeilen.

Ein weiteres Ziel der Studie ist die deskriptive Analyse der **jährlichen** Bruttogehälter der KAV-SpitalsärztInnen. Dazu summieren wir die monatlichen Gehälter nach Gehaltsbestandteil, Berufsgruppe und Fachbereich über das jeweilige Kalenderjahr auf. Zur Vergleichbarkeit der Gehälter derjenigen ÄrztInnen mit **unterjährigem Wechsel** der

⁹ Dieser willkürliche Algorithmus wurde aus programmierungstechnischen Gründen gewählt, da im Datensatz nur 14 Doppelzeilen (bzw. 7 betroffene Individuen) ohne MLV- oder FG-Wechsel, keine Doppelzeilen mit MLV-Wechsel und 26 Doppelzeilen (bzw. 21 betroffene Individuen) mit FG-Wechsel vorhanden waren. Tatsächlich sind also nur die untermonatigen FG-Zuordnungen von einer Falschzuordnung betroffen. Ein untermonatiger FG-Wechsel bzw. eine Nachverrechnung einer anderen FG betraf in allen Fällen den ohnehin heterogenen Fachbereich „ohne permanente Zuordnung“. Außerdem sind von einer FG-Falschzuordnung tatsächlich nur 12 Individuen durch den gewählten Algorithmus betroffen, da bei den restlichen Individuen nur die Zulagen und Mehrdienstleistungen betroffen sind und deren FG-Zuordnung ohnehin im nächsten Schritt der Datenaufbereitung vom FG-Eintrag des Schemagehaltes bei Abweichung überschrieben wird. Der übernächste Schritt in der Datenaufbereitung entschied über unterjährige FG-Wechsel, sodass sich die Anzahl der möglicherweise betroffenen untermonatigen FG-Falschzuordnungen noch weiter reduzierte. Wir erachten daher die durch diesen Algorithmus induzierte Verzerrung als vernachlässigbar.

Berufsgruppe, Fachbereichs oder Beschäftigungsausmaßes bzw. unterjährigem Ein- oder Austritt mussten **folgende Hochrechnungen** durchgeführt werden:

Erstens, da wir eine Duplizierung der Individuen im Datensatz durch Aufteilung dieser ÄrztInnen zu den jeweiligen Perioden als nicht zielführend erachten, ordnen wir bei unterjährigem Wechsel diesen Individuen die hochgerechneten Jahresgehälter der zeitlich früheren Berufsgruppe bzw. Fachbereichs zu. Ein unterjähriger Wechsel der Berufsgruppe bzw. Fachbereichs betrifft ca. 6% bzw. 17% der Fälle in den Jahren 2012 bis 2015. Davon sind v.a. die ÄrztInnen der MLV-Gruppe 0 und 1 (Basisausbildung bzw. Ausbildung zur AllgemeinmedizinerIn) sowie des Fachbereichs „ohne permanente Zuordnung“ betroffen, also ÄrztInnen in Ausbildung. Dies führt zu einer systematischen Unterschätzung der Bezüge v.a. der MLV-Gruppen 0 und 1. Die systematische Verzerrung erachten wir jedoch als vernachlässigbar.

Zweitens rechneten wir diejenigen Monatsgehälter aus **Teilzeit** anhand des **Beschäftigungsausmaßes** für den jeweiligen Monat auf 100% hoch. Danach summierten wir über alle vorhandenen Monate des jeweiligen Kalenderjahres und rechneten gegebenenfalls auf 12 Monate hoch. Negativbeträge aufgrund von Nachverrechnungen oder Korrekturen von Fehlbuchungen wurden berücksichtigt.

Bei der Hochrechnung von unter- auf ganzjährige Gehälter mussten die **Sonderzahlungen** (Urlaubs- und Weihnachtsremunerationen) bei den unterjährigen Ein- und Austritten rechnerisch berücksichtigt werden, da diese Information nicht im übermittelten Datensatz hinterlegt war. Bestand ein KAV-Beschäftigungsverhältnis bspw. für drei Monate zwischen Jänner und März, so war ein anderer Hochrechnungsfaktor zu verwenden, als ein 3-monatiges Beschäftigungsverhältnis zwischen September und November. Die Verteilung der Bruttogehälter nach Kalendermonaten zeigte nämlich ein bestimmtes Muster für Sonderzahlungen, demnach Pragmatisierte ihre Sonderzahlungen vermutlich in den Monaten Mai und November und Vertragsbedienstete in den Monaten Juni und Dezember erhielten.¹⁰ Wir wiesen diese unterschiedlich ausbezahlten Remunerationen anhand des empirischen Verteilungsmusters der monatlichen Höhe des Schemagehalts mittels einer willkürlich gewählten Gehaltsschwelle¹¹ den jeweiligen Individuen zu und rechneten anhand dieser Zuordnung unterjährige Bezüge aufs Jahr hoch. Diese getroffene Zuordnung hat für die Auswertungen im weiteren Verlauf der Studie keine Bedeutung. Sie diente nur zur Hochrechnung von unterjährigen Bezügen unter Berücksichtigung von Sonderzahlungen, die je nach Vertragsart in den Monaten Mai/November bzw. Juni/Dezember ausbezahlt werden.

¹⁰ Rund 72% der KAV-SpitalsärztInnen konnten dem Muster folgend der Kategorie der pragmatisierten Bediensteten und ca. 25% jener der Vertragsbediensteten zugeordnet werden.

¹¹ Wenn das Schemagehalt des Monats Mai oder November über 80% des Vormonats betrug und kein entsprechender Anstieg der Schemagehälter in den Monaten Juni oder Dezember zu beobachten war, klassifizierten wir dieses Individuum als pragmatisiert, andernfalls als vertragsbedienstet.

Da die Variable *Beschäftigungsausmaß* der Datenlieferung im Dezember 2016 aufgrund implausibler minimaler Beschäftigungsausmaße enorme Ausreißer nach oben hin produzierte, erfolgte im April 2017 eine Lieferung mit korrigierten Daten zum Beschäftigungsausmaß (durchschnittliches bzw. maximales monatliches Ausmaß). Wir wählten zur weiteren Hochrechnung diejenige Variable, die laut KAV-IT das maximale Beschäftigungsausmaß innerhalb eines Monats des Schemagehalts abbildet. Die Ausreißerproblematik wurde dadurch gemildert, jedoch nicht behoben, denn eine Hochrechnung der monatlichen Schemagehälter, eingeschränkt auf die 50%-Teilzeitbeschäftigten und nur für die Monate Jänner bis April sowie August bis Oktober (um etwaige Fehler bei der Berücksichtigung der Sonderzahlungen auszublenden), ergibt eine deutliche Abweichung getrennt nach MLV und Dienstalter im Vergleich zu den durchschnittlichen Vollzeit-Beschäftigten. Bei den <20%-Teilzeitbeschäftigten fällt diese Differenz noch größer aus. Wir vermuten daher eine systematische Verzerrung der Variable Beschäftigungsausmaß bei den Teilzeitbeschäftigten im übermittelten Datensatz.

Für die Auswertungen im weiteren Verlauf der Studie hat diese Zuordnung der Vertragsart keine Bedeutung. Sie diente nur zur Hochrechnung von unterjährigen Bezügen unter Berücksichtigung von Sonderzahlungen, die je nach Vertragsart in den Monaten Mai/November bzw. Juni/Dezember ausbezahlt werden.

Für die Ergebnisdarstellung in Kapitel 3.2.1 schränken wir daher im weiteren Verlauf auf die ganzjährig Vollzeitbeschäftigten ein. Ein Vergleich der hochgerechneten KAV-Gesamtbezüge (Schemagehalt + Zulagen + Mehrdienstleistungen) ist nicht zielführend, da v.a. Mehrdienstleistungen unregelmäßig ausbezahlt werden.

Die Variable Beschäftigungsausmaß und deren zeitlicher Verlauf sind jedoch an sich untersuchungswürdig. Dazu verwenden wir das durchschnittliche Beschäftigungsausmaß im jeweiligen Kalenderjahr der ÄrztIn (vgl. Ergebniskapitel 3.2.2).

Die KAV-Daten werden in weiterer Folge mit den Datensätzen des BMF, HV und AMDB vereinigt. Da die Lohnsteuerdaten der Unselbständigen für den Studienzweck essenziell sind, bereinigten wir den finalen Datensatz um diejenigen Datenzeilen, welche keine Einträge der Bruttobezüge im L16-Formular bei ausschließlich unselbständiger Tätigkeit aufwiesen. Im Zeitraum 2012 bis 2015 sind davon lediglich 21 Einträge des KAV-Datensatzes betroffen.

Einen Abgleich der unselbständigen Einkünfte zwischen L16- und E1-Formular führten wir nicht durch, sondern priorisierten die E1-Daten, sodass bspw. im Datensatz 161 Vertrags-/WahlärztInnen für das Jahr 2015 enthalten sind, die zwar keine L16-Einträge, jedoch sehr wohl Einträge unter unselbständige Einkünfte in der E1-Veranlagung aufweisen.

2.4. Datenzusammenführung

Im Folgenden werden die Schritte der vorgenommenen Datenaufbereitung und Datenzusammenführung beschrieben.

Im **ersten Schritt** selektierten wir aus den AMDB und BMF-Daten die Subgruppe der ÄrztInnen anhand der eindeutigen Schlüsselvariablen *pseudo*, welche wir aus dem KAV- und HV-Datensatz extrahierten. Demnach verwendeten wir zur Selektion der ÄrztInnen im Unterschied zum Rechnungshofbericht (RH 2014) nicht die Branchenkennzahl, sondern konnten diese Subgruppe der Steuersubjekte direkt identifizieren. Etwaige Fehlklassifizierungen der Variable Branchenkennzahl konnten demnach die Individuenauswahl nicht verfälschen. Gerade bei den ausschließlich unselbständig tätigen ÄrztInnen liegt nur die Information der Branchenkennzahl des Arbeitgebers in der AMDB vor und diese Variable ist von unbefriedigender Datenqualität. Im Unterschied dazu gehen wir bei der KAV- und HV-Datenlieferung davon aus, dass nahezu alle ÄrztInnen mit einer KAV-Anstellung und/oder mittels einer Erfassung als Vertrags- bzw. als WahlärztIn beim HV identifiziert sind.

Diese Herangehensweise klammert zwar bestimmte ÄrztInnen (z.B. jene mit ausschließlich unselbständiger Tätigkeit außerhalb des KAV, reine PrivatärztInnen¹² ohne Wahlarzt- und Spitalstätigkeit, WahlärztInnen mit ausschließlich nicht dem HV zugehörigen Kassen) aus, jedoch deckt der HV-Datensatz theoretisch alle beim HV erfassten österreichischen Vertrags- und WahlärztInnen ab, und der KAV-Datensatz alle KAV-SpitalsärztInnen (s. Abbildung 1). Der Vorteil dieser Trennschärfe überwiegt unserer Meinung nach den Nachteil einer Nichtberücksichtigung von bspw. ausschließlichen SpitalsärztInnen außerhalb des KAV Wien. Aufgrund der hohen Individuenzahl des KAV-Datensatzes ist ein Vergleich der Einkünfte von ÄrztInnen mit ausschließlicher KAV-Spitalstätigkeit, ÄrztInnen mit ausschließlicher extramuraler ärztlicher Tätigkeit sowie ÄrztInnen mit intra- und extramuraler Tätigkeit repräsentativ. Weiters werden nicht im KAV tätige SpitalsärztInnen, die zusätzlich extramural als Vertrags- oder WahlärztIn tätig sind, durch den HV-Datensatz ohnehin selektiert. Deren unselbständige Einkünfte sind in den E1- bzw. L16-Daten enthalten, ebenso die Sonderklassenzulagen, die mittels E1a-Beilage als Einkünfte aus selbständiger Arbeit deklariert werden sollten, sofern sie nicht im Lohnzettel berücksichtigt wurden.

Im **zweiten Schritt** fusionierten wir die Datensätze AMDB, L1, L16 und alle E-Datensätze anhand der Schlüsselvariablen, wobei wir den Datensatz E1a und E6a zuvor auf die **NACE-relevanten, ärztlichen Einkünfte** einschränkten (vgl. Kapitel 2.5.1), um die für die gegenständliche Untersuchung relevante Haupteinkunftsvariable zu konstruieren. Wir

¹² Im Gegensatz zu Behandlungen bei WahlärztInnen haben PrivatarztpatientInnen kein Recht, sich die Kosten von den Trägern rückerstatten zu lassen. Es kommt daher zu keinen Einreichungen der ärztlichen Honorarnoten bei den Trägern und daher zu keinen Einträgen in den HV-Datenbanken.

behielten solche Einträge mit negativen E1a-Einkünften, löschten jedoch E1a-Datenzeilen, welche Null-Einträge in den Variablen `E1a_Gewinn` UND `E1a_Einnahmen` aufwiesen (und damit notwendigerweise auch `E1a_Ausgaben=0`). Diese E1a-Beilagen erachten wir als Datenfehler oder irrelevante E1a-Veranlagungen, die demgemäß keinen Informationsgehalt haben.¹³

Negative E1a-Einkünfte fallen bspw. durch hohe Anfangsinvestitionen bei Ordinationseröffnung an. Sie sind ein Bestandteil der repräsentativen Darstellung der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit. Wir betrachten demnach sowohl die Steuer- als auch die Negativfälle (das sind Veranlagungen mit Negativsteuer).

Die Information bzgl. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Land- und Forstwirtschaft sowie in E1 angeführte unselbständige Einkünfte, blieb in den E1-Daten erhalten. Ebenso blieben diejenigen Individuen erhalten, die keine E1-Einkünfte aus selbständiger Arbeit SA oder gewerbliche Tätigkeit GW, sondern nur Vermietung und Verpachtung (VV), etc. erzielen. E1-Veranlagungen mit leeren Einträgen in den Schlüsselvariablen E1-Gesamteinkünfte und E1-Einkommensteuer wurden gelöscht, unabhängig davon, ob Einträge bspw. in E1-Lohnzettelsumme oder E1-VV existierten.

Im **dritten Schritt** fusionierten wir die KAV- und HV-Datensätze mit dem in Schritt 2 generierten Einkommensdatensatz. Diejenigen Datenzeilen mit leeren oder Null-Einträgen sowohl in E1 als auch L16, d.h. jene ohne Angaben zu unselbständigen oder selbständigen Einkünften, wurden gelöscht (nicht jedes Individuum erzielte Einkünfte in allen Jahren des Beobachtungszeitraums 2012 bis 2015).

Weiters führten wir diverse Bereinigungen und Abstimmungen der Datensatz-übergreifenden Variablen durch (Alter, Geschlecht, Anzahl und Dauer der Arbeitsverhältnisse, Wohnsitzregion). Dabei wiesen v.a. die Daten der AMDB zahlreiche Abweichungen zu den BMF-Daten auf. Wir gaben bei der Abstimmung den BMF-Daten den Vorrang. Bei den Abweichungen zwischen den BMF- und HV-/KAV-Daten, gaben wir den HV-/KAV-Daten den Vorrang. Nur bei fehlenden Einträgen im BMF-, HV- und KAV-Datensatz übernahmen wir die AMDB-Einträge.

2.5. Selektion der relevanten ärztlichen Einkünfte

Der vorliegende Datensatz identifiziert vorab diejenigen ÄrztInnen, die direkt als VertragspartnerIn oder indirekt als WahlärztIn beim HV gelistet sind und/oder beim KAV

¹³ Im Datensatz verblieben hingegen jene E1a-Beilagen mit `E1a-Gewinn=0` UND `E1a-Einnahmen = E1a-Ausgaben >0`.

Wien als angestellte ÄrztInnen tätig sind und Einkünfte aus selbständiger oder unselbständiger Arbeit im Beobachtungszeitraum bezogen. Darüber hinaus sind weitere Selektionskriterien zur Identifizierung der **Einkünfte aus relevanter ärztlicher Tätigkeit** zu definieren. Die folgenden Unterkapitel beschreiben diese Kriterien sowie jene Einkunftsvariablen, die für die deskriptiven Auswertungen herangezogen wurden.

2.5.1. Kriterium Branchenkenzahl nach ÖNACE

Allen in Österreich tätigen Unternehmen wird von der Statistik Austria gemäß § 21 Bundesstatistikgesetz (BStatG 2000) eine wirtschaftliche **Haupttätigkeit** in Form der **Branchenkenzahl** nach dem Klassifikationsschema der ÖNACE zugeordnet. Bei Vorliegen mehrerer Aktivitäten erfolgt dies durch eine schwerpunktmäßige Zuordnung. Die Klassifikation erfolgt gemäß der österreichischen Version der NACE-Systematik (*Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne*).

Die Identifizierung von Spitälern, angestellten ÄrztInnen und selbständigen ÄrztInnen ist anhand der ÖNACE-Codes daher naheliegend. Da für die vorliegende Studie die HV- und KAV-ÄrztInnen durch den HV- und KAV-Datensatz bereits identifiziert sind, benötigen wir die ÖNACE-Codes bzw. die Branchenkenzahl nur zur Selektion der **Einkünfte aus relevanter ärztlicher Tätigkeit** (im Unterschied zu den Einkünften der ÄrztInnen als solche). Für diese Studie lagen uns drei Datenquellen für ÖNACE-Codes vor:

1) SpitalsärztInnen und sonstige angestellte ÄrztInnen:

Im Rahmen der Lohnzettelübermittlung an den zuständigen Träger wird zwar nicht direkt der ÖNACE-Code übermittelt, sondern u.a. Adresse und Dienstgeber-Beitragskontonummer. Der HV führt die Informationen zusammen und übermittelt diese Daten mit dem ÖNACE-Code des Dienstgebers an die Betreiber der AMDB. Diese Informationen sind in der AMDB-Tabelle *hv_dg_konto* zu finden. Im Rahmen der vom IHS durchgeführten Machbarkeitsstudie (Czypionka et al. 2015) wurde untersucht, inwieweit anhand der AMDB-Daten Spitäler und ÄrztInnen identifiziert werden können. Die Machbarkeitsstudie zeigte, dass die Datengüte u.a. der Variablen *NACE* in der AMDB für diesen Zweck ungenügend ist. Wir verwenden daher im Rahmen der vorliegenden Studie diese Datenquelle nicht.

2) Selbständige ÄrztInnen als EinzelunternehmerInnen:

Die Beilage E1a zum Einkommenssteuererklärungsformular E1 enthält die Variable *Branchenkenzahl* (BKZ; diese entspricht den ersten drei Ziffern der ÖNACE) sowie die Einkunftsart (selbständige Arbeit SA, gewerbliche Tätigkeit GW, Land- und Forstwirtschaft LF). Das E1a-Formular sieht die Selbstauskunft für die Branchenkenzahl durch die E1a-

Veranlager vor. Gemäß Formular E2 (Ausfüllhilfe bzw. Erklärungen zu E1) ist dazu die NACE-Mitteilung der Statistik Austria an die UnternehmerInnen heranzuziehen¹⁴. Diese Datenquelle war für die damalige IHS-Machbarkeitsstudie nicht verfügbar, liegt uns aber im Rahmen dieser Studie aufgrund einer BMF-Datenlieferung vor. Die Datengüte der Variable NACE in den E1a-Daten ist im Vergleich zur AMDB deutlich besser.

3) Selbständige ÄrztInnen als PersonengesellschafterInnen:

Die Beilage E6a zur Feststellungserklärung für betriebliche Einkünfte enthält ebenfalls eine Branchenkenzahl. Diese Datenquelle war für die damalige IHS-Machbarkeitsstudie (Cypionka et al. 2015) ebenfalls nicht verfügbar, liegt uns aber im Rahmen dieser Studie aufgrund der BMF-Datennachlieferung vor, welche die E6a-NACE Daten mit den Daten der Einkunftsart der E1-Beilage E106 (bzw. neue Bezeichnung E11) „Einkünfte aus Beteiligungen an Personengesellschaften“ verknüpft.

Die Daten zu den Personengesellschaften sind insofern für die Durchführung der vorliegenden Studie wichtig, da ein nicht unerheblicher Teil der Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit aus betrieblichen Einkünften von Personengesellschaften generiert wird. Analog zur E1a-Beilage ist vom Steuersubjekt pro Einkunftsart und -quelle eine Beilage mit Deklaration der Einkunftsart inklusive NACE abzugeben. Dadurch wird eine **Trennung** von ÄrztInnen-Einkünften in nicht-ärztliche und ärztliche Tätigkeit ermöglicht.

Die Daten zu den Einkünften aus Personengesellschaften E106 und zu den korrespondierenden NACE-Einträgen in E6a wurden separat geliefert und mit dem bestehenden Datensatz fusioniert. Die Datengüte der Variablen NACE in den E6a-Daten ist hoch, jedoch sind in dem an uns übermittelten Datensatz nur ca. 41% der E106-Beilagen mit dem Formular E6a verknüpft. Da nicht alle E6a-Einträge der Branchenkenzahl befüllt sind, weisen effektiv nur rund 32% aller E106-Einträge von 2010 - 2015 einen entsprechenden E6a-NACE-Eintrag auf. Bei den Einkunftsarten SA bzw. GW liegt die Vollständigkeitsquote jedoch bei 91% bzw. 66%.

Im Folgenden werden die Selektionskriterien für die relevanten ärztlichen Einkünfte des verwendeten aufbereiteten E1-, E1a-, E106- und E6a-Datensatzes beschrieben.

Selektionskriterien des RH-Berichts

Das **Studienziel** ist die Darstellung der **Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit** und nicht der gesamten Einkünfte von ÄrztInnen an sich. Letzteres ist die Vorgehensweise im

¹⁴ Der Einkommensbericht des Rechnungshofs 2014 (RH 2014, S. 329) erwähnt, dass im Rahmen des RH-Berichts die NACE-Daten aus den Einkommensteuererklärungen zusätzlich durch einen Abgleich mit dem Unternehmensregister der Statistik Austria korrigiert bzw. ergänzt wurden, sodass für den RH-Einkommensbericht die 4-stelligen NACE-Codes vorlagen. Diese Datenaufbereitung stand uns nicht zu Verfügung.

Rechnungshofbericht (RH 2014, S. 129): „.....fließen nur Einkünfte aus dem jeweiligen Schwerpunkt in die Berechnung ein, unabhängig davon, ob zusätzlich noch andere Einkommen aus selbständiger oder unselbständiger Tätigkeit bzw. aus Pensionsbezügen erzielt werden. [...] Durch die Schwerpunktsetzung werden jedoch per se bestimmte Personengruppen nicht berücksichtigt, etwa jene, die neben den selbständigen Einkünften höhere Einkommen aus einer unselbständigen Erwerbstätigkeit beziehen. Dadurch sind beispielsweise ÄrztInnen, die nicht nur in ihrer eigenen Praxis tätig sind, sondern auch in einer Klinik angestellt sind und deren unselbständiges Einkommen aus dieser Tätigkeit die zur Einkommensteuer veranlagten selbständigen Einkünfte übersteigt, nicht repräsentiert. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, da das Ziel dieses Kapitels in erster Linie darin besteht, die Selbständigen-Einkünfte nach Berufen darzustellen. Personen, deren Haupteinkommensquelle eine unselbständige Erwerbstätigkeit ist und die nur nebenbei selbständig tätig sind, werden daher bewusst nicht dargestellt.“

Der Einkommensbericht des Rechnungshofes, der von der Statistik Austria erstellt wurde und sich methodisch an der regelmäßig veröffentlichten Einkommenssteuerstatistik orientiert, identifiziert demnach die **schwerpunktmäßigen Jahreseinkünfte** vor Steuern, bspw. der extramural tätigen ÄrztInnen, anhand der Schnittmenge folgender Selektionskriterien:

- ÖNACE (Q 862.x: „Arzt- und Zahnarztpraxen“, s. Tabelle 5) aus den E1a- und E6a-Beilagen¹⁵,
- Einkünfte aus selbständiger Arbeit (SA), entnommen aus den E1a- und E6a-Beilagen (Einkunftsart=„SA“)
- sofern betragsmäßig größer als etwaige Einkünfte aus unselbständiger Arbeit.

Im RH-Einkommensbericht 2014 sind die schwerpunktmäßigen Einkünfte aus Gewerbebetrieb („GW“) und Vermietung und Verpachtung („VV“) ebenfalls angeführt, jedoch ohne NACE-Klassifizierung für die Gruppe Q (Gesundheits- und Sozialwesen). Wir interpretieren dies dahingehend, dass solche ärztlichen Einkünfte, zu denen bspw. NACE=862 UND E1a-Art=„GW“ (Arztpraxen-Einkünfte nicht aus selbständiger Arbeit, sondern aus Gewerbebetrieb) oder NACE=477 UND E1a-Art=„SA“ (Verkauf von Arzneimitteln, Medizinprodukten, etc.) zählen, im RH-Einkommensbericht 2014 nicht erfasst wurden.

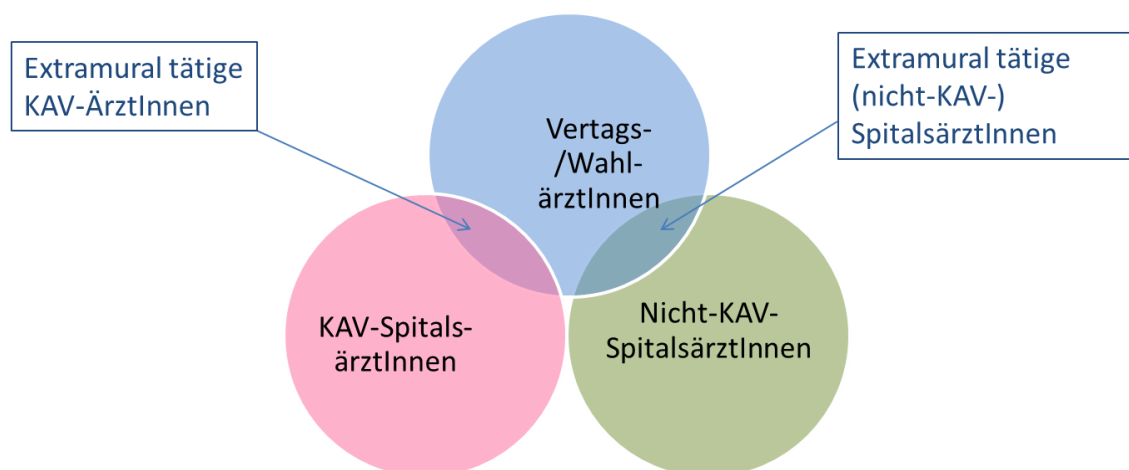
Der RH-Bericht (RH 2014: 253) berechnete nun für die schwerpunktmäßigen Jahreseinkünfte (vor Steuern) der selbständig Erwerbstätigen der NACE 862 für das **Jahr 2011** (Steuer- und Nullfälle; Erklärung siehe nächstes Unterkapitel) einen Medianwert von 98.699 EUR (N= 15.114).

¹⁵ ... mit Abstimmung des Unternehmensregisters, sodass die ÖNACE als 4-Steller vorliegt und eine Untergliederung in Allgemein-, Facharzt- und Zahnarztpraxen zulässt. Auch wenn der RH-Bericht die Methodik nicht explizit ausführt, gehen wir davon aus, dass die ÖNACE aus E1a und E6a extrahiert wurden.

Zum Vergleich mit dem RH-Bericht: Schränkt man die E1-Veranlagungen des **aufbereiteten Datensatzes** auf [E1-SA > E1-LZ UND NACE= 862 UND E1a-Art= SA] ein, erhält man für das **Jahr 2011** einen Medianwert von über 103.980 EUR (N= 12.546). Der Unterschied zu den RH-Berichtsergebnissen liegt vermutlich darin, dass der vorliegende Datensatz auf KAV- und Vertrags-/WahlärztInnen einschränkt. D.h. 2.568 ÄrztInnen (= Differenz zum RH-Bericht), die durch den HV-/KAV-Datensatz (cave: Zeitraum 2012-2014) nicht erfasst sind, waren 2011 schwerpunktmäßig extramural tätig, jedoch im Vergleich zu den HV-und KAV-ÄrztInnen mit unterdurchschnittlichen Einkünften.

Abbildung 1 zeigt eine schematische Darstellung der Schnittmengen derjenigen ärztlichen Gruppen, die anhand des HV- und KAV-Datensatzes direkt in den BMF-Daten identifiziert werden können. Dies sind die ausschließlich im KAV tätigen ÄrztInnen (hellrosa) und die ausschließlich extramural tätigen Vertrags-/WahlärztInnen (hellblau). Zusätzlich lassen sich die Vertrags-/WahlärztInnen, die extra- und intramural tätig sind, identifizieren (s. die beiden Schnittmengen in der Abbildung, dunkelrosa und dunkelblau). SpitalsärztInnen, die nicht in KAV-Spitälern arbeiten und ausschließlich intramural tätig sind, werden im vorliegenden Datensatz nicht erfasst („Nicht-KAV-SpitalsärztInnen“, hellgrün). Ebenso werden ÄrztInnen nicht identifiziert, die nicht im HV-Datensatz gelistet sind, aber dennoch einer extramuralen ärztlichen Tätigkeit nachgehen (in der Abbildung nicht dargestellt). Somit unterscheiden sich die Selektionskriterien des vorliegenden Datensatzes erheblich von denen des RH-Berichtes. Die Ergebnisse der beiden Berichte sind daher nur eingeschränkt vergleichbar.

Abbildung 1: Schematische Darstellung der selektierten ÄrztInnengruppen im vorliegenden Datensatz



Quelle: IHS (2017)

Die beschriebene Vorgehensweise im RH-Bericht bezieht sich auf dessen Hauptteil und damit auf den Großteil der Analysen. Zur umfassenderen Darstellung der Einkünfte aus selbständiger und unselbständiger Arbeit enthält der RH-Bericht ein zusätzliches Kapitel

(„Synopsis“), das jedoch nur eine grobe Branchengliederung enthält. Auf dieses Kapitel und die darin verwendete Einkünfte-Definition wird in Kapitel 3.4 näher eingegangen.

Vom RH-Bericht abweichende Selektionskriterien

Wir vermuten, dass relevante ärztliche Einkünfte nicht nur als selbständige Arbeit (SA), sondern auch als Einkünfte aus Gewerbebetrieb (GW) definiert sind. Aus diesem Grund inkludieren wir GW-Einkünfte im Unterschied zum RH-Bericht in unsere Selektionskriterien.

Da Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft sowie Vermietung und Verpachtung keine arzt-spezifischen Einkünfte darstellen, klammern wir diese Einkunftsarten aus. Diese Dateneinschränkung wird im Prinzip auch im Procedere des RH-Berichts 2014 vollzogen, jedoch indirekt mittels Einschränkung auf NACE-Klasse 862, die in der Regel keine Einkünfte aus LF und VV listet.

Weiters folgen wir nicht dem Schwerpunktprinzip des RH-Berichts, sondern erfassen alle relevanten ärztlichen Einkünfte und nicht nur diejenigen, die betragsmäßig größer als die Einkünfte aus unselbständiger Arbeit (UA) sind. Damit betrachten wir im Unterschied zum RH-Bericht auch extramural tätige ÄrztInnen mit Haupteinkünften aus deren Spitalstätigkeit. Der Nachteil bei dieser Vorgehensweise besteht darin, dass heterogene Subgruppen entstehen, die große Unterschiede in ihren medianen Einkünften aus SA und GW aufweisen. Aufgrund der Struktur des vorliegenden Datensatzes sind wir jedoch in der Lage, diese Subgruppen zu identifizieren und im Rahmen der deskriptiven Analyse getrennt darzustellen.

Das Hauptidentifikationskriterium für ÄrztInnen des RH-Berichts ist NACE=862. Für die vorliegende Studie sind im Unterschied zum RH-Bericht aufgrund der HV- und KAV-Datenlieferung die Steuerpflichtigen bereits als ÄrztInnen identifiziert, sodass wir bei der Isolierung der ärztlichen Tätigkeiten nicht ausschließlich auf NACE 862 angewiesen sind und die Streuung der relevanten ärztlichen Einkünfte über die NACE-Klassen hinweg untersuchen können (vgl. Abbildung 2). Tatsächlich sind rund 20% der von den ÄrztInnen des vorliegenden Datensatzes eingereichten E1a-Beilagen außerhalb NACE 862 gelistet. Im Folgenden gehen wir näher auf die von uns vorgenommene NACE-Selektion ein.

Wir definieren **arztspezifische Einkünfte** (unselbständig und selbständig) folgendermaßen:

- Erstattungsbeträge der Träger für ärztliche Leistungen und Heilmittel (im Falle der ärztlichen Hausapotheken)
- Privatumsätze mit dem Handel von Medizinprodukten, Nahrungsergänzungsmitteln, Diätetika, etc.
- Honorare für die Behandlung von SpitalsklassepatientInnen (je nach Bundesland Auszahlung über Lohnzettel oder Einkünfte aus selbständiger Arbeit)
- Honorare für die extramurale Behandlung von PrivatpatientInnen
- Honorare für Ordinationsvertretungen

- Diverse Einkünfte aus Lehre, Forschung, gutachterlichen Tätigkeiten, klinischen Studien, etc.

Der Handel mit Waren und sonstigen Gütern (Arzneimittel, Medizinprodukte, Nahrungsergänzungsmittel, etc.) ist vermutlich in den E1a- und E6a-Beilagen unter Gewerbe-Einkünfte („GW“) geführt, während wir die Erstattungsbeiträge für ärztliche Leistungen unter selbständiger Arbeit („SA“) erwarten. Die unterschiedlichen Arten von Einkünften sollten sich ebenso in der NACE-Kodierung des Datensatzes widerspiegeln, wobei ÄrztInnen mit Ordinationssitz NACE 862 aufweisen sollten.

Ärztliche Honorare für SpitalsklassepatientInnen („Sonderklassegebühren“) stellen einen Spezialfall bei der Versteuerung dar¹⁶: ÄrztInnen, die in einem Dienstverhältnis zu einer Krankenanstalt stehen, erhalten in der Regel für die Behandlung von PatientInnen, die in einer höheren als der allgemeinen Klasse untergebracht sind, eine Sondergebühr. Derartige Gebühren stellen nur dann selbständige Einkünfte gemäß § 22 Z 1 lit. b EStG 1988 dar, wenn sie nicht von der Krankenanstalt im eigenen Namen vereinnahmt werden. Werden Sonderklassegebühren nach dem zur Anwendung gelangenden Krankenanstaltengesetz vom Träger des Krankenhauses im eigenen Namen eingehoben und an den/die ÄrztIn weitergeleitet, liegen nichtselbständige Einkünfte vor, die im Rahmen des laufenden Monatsbezugs der Lohnsteuer unterworfen werden. In den Bundesländern Kärnten und Steiermark sind Sonderklassegebühren nach dem zur Anwendung gelangenden Krankenanstaltengesetz vom Träger des Krankenhauses im eigenen Namen einzuheben und an den/die ÄrztIn weiterzuleiten und sind daher bei dem/der ÄrztIn zwingend Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit.

In den übrigen Bundesländern lassen die anzuwendenden Landesgesetze es zu, dass der Spitalsträger im Namen der berechtigten ÄrztInnen die Sonderklassegebühren vorschreibt, einhebt und an die berechtigten ÄrztInnen auszahlt. Dies ist bspw. in Wien und Niederösterreich durch die jeweiligen Landes-Krankenanstaltengesetze geregelt. Die Sonderklassegebühren stellen keine Entgelte aus dem Dienstverhältnis dar (s. §45a (8) Wr. KAG). Sie sind daher Einkünfte aus selbständiger Arbeit und gem. §22 Z1 EStG zu versteuern. Dazu müssen diese Einkünfte in der Einkommensteuererklärung (Formular E1a ergänzend zum Formular E1) deklariert werden, wenn die Summe aller selbstständigen Nebeneinkünfte 730 EUR jährlich übersteigt. Die dafür vorgesehene ÖNACE lautet 861. Bei Selbsteinreichungen der ESt-Erklärung wird vermutlich eine korrekte Zuordnung nicht immer gegeben sein.

Die Verteilung der Variable *Branchenkennzahl* in E1a (3-Steller ÖNACE) in dem mit KAV-SpitalsärztInnen und Vertrags-/WahlärztInnen fusionierten Datensatz über die Einkunftsarten im Jahr 2014 ist in Abbildung 2 dargestellt.

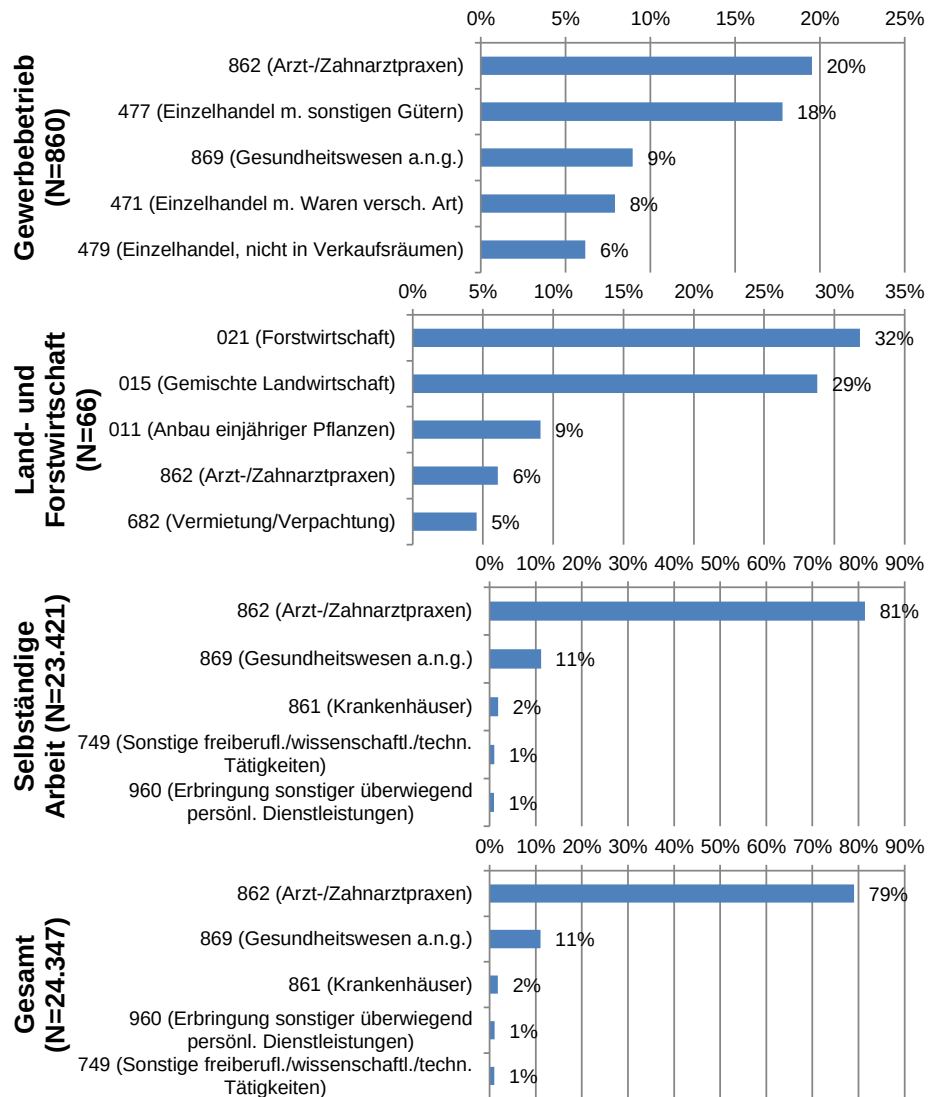
¹⁶ Gemäß Lohnsteuerrichtlinie 2000 (RZ970ff LStR2000).

Der Großteil der SA-Einkünfte im Zeitraum 2012-2015 (18.601 aus 22.812 = 81,5%) stammen nicht unerwartet aus der NACE-Kategorie 862 (= „Arzt- und Zahnarztpraxen“). Bei den Gewerbeeinkünften beinhaltet diese NACE-Kategorie nur 20,4% (169 aus 828).

Die zweithäufigste Klasse NACE 869 (= „Gesundheitswesen a.n.g.“) ist mit ca. 11% für SA- bzw. 9% für GW-Einkünfte deutlich vertreten. Wie in Tabelle 5 ersichtlich, enthält diese NACE-Klasse neben ärztlichen Rettungsdiensten und ärztlichen Tätigkeiten außerhalb von Krankenhäusern auch nicht-ärztliche Berufsgruppen wie etwa HauskrankenpflegerInnen, PsychotherapeutInnen und PsychologInnen.

Die zweithäufigste Klasse im Bereich der GW-Einkünfte ist NACE 477, welche den Einzelhandel mit sonstigen Gütern bezeichnet. Unter dieser Kategorie dürften sich die Einkünfte aus Hausapotheken finden.

Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung der im Jahr 2014 deklarierten E1a-Beilagen über die Einkunftsarten Gewerbebetrieb (GW), Land- und Forstwirtschaft (LF) und selbständige Arbeit (SA) der ÄrztInnen im Datensatz



Quelle: IHS (2017)

Tabelle 5: Detailauflistung der ÖNACE-Klasse Q86 (Gesundheitswesen)

Q	ABSCHNITT Q – GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN
86	Gesundheitswesen
86.1	Krankenhäuser
86.2	Arzt- und Zahnarztpraxen
86.21	Arztpraxen für Allgemeinmedizin
86.22	Facharztpraxen
86.23	Zahnarztpraxen
86.9	Gesundheitswesen anderweitig nicht genannt
86.90-1	Krankentransporte und Rettungsdienste
86.90-2	Hauskrankenpflege
86.90-3	Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Klinische und Gesundheitspsychologinnen und -psychologen
86.90-9	Sonstiges Gesundheitswesen a.n.g.

Quelle: WKO (2008)

Eine Detailprüfung der E1a-Formulare der Hausapotheke (HAPO) ergab außerdem, dass die E1a-Beilage für die Erstattungsbeiträge der Arzneimittel teilweise unter NACE 862, teilweise unter 47x angeführt sind, und teilweise in einer einzigen E1a-Erklärung (gemeinsam mit den Erstattungsbeiträgen der ärztlichen Leistungstarifen) unter SA zusammengefasst oder zwar getrennt, aber beide Einkunftsarten unter SA deklariert wurden. Wir schließen daraus, dass die Differenzierung zwischen selbständiger Arbeit und Gewerbeeinkünften großteils vorhanden ist, jedoch nicht bei allen Veranlagungen eingehalten wird.

Weiters ist zu beobachten, dass sich vermutlich die diversen Einkünfte aus gutachterlichen Tätigkeiten, Forschung, Lehre, etc. über die Hauptkategorien „M“ (Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen), „N“ (Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen), „P“ (Erziehung und Unterricht) und der Kategorie „960“ (Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen, wie etwa Nagel-, Kosmetik-, Fitnessstudios, Heil-, Kur- und Thermalbäder) verteilen. Die unspezifischen Einkunftsarten der Hauptkategorie „I“ (Beherbergung und Gastronomie), „D“ (Energieversorgung), etc. erachten wir für unser Studienziel in jedem Fall als unerheblich.

Aufgrund der beobachteten Häufigkeiten der ÖNACE-Verteilung der Einkünfte der identifizierten ÄrztInnen, die über die NACE-Klasse Q862 hinausgehen, wendeten wir folgende zwei Selektionskriterien anhand der NACE-Klassen zur Identifizierung von **relevanten ärztlichen Tätigkeiten** an. Die Auswahl dieser ÖNACE-Klassen trafen wir anhand der beobachteten Häufigkeiten und inhaltlichen Kriterien der jeweiligen Klasse:

1. Ärztliche Kerntätigkeiten („enge Auswahl“):

- 477 (Hausapotheken)
- 861 (v.a. Sonderklassenhonorare)
- 862 (Ordinationstätigkeiten)
- 869 (vermutl. Sammelklasse für viele ärztliche Tätigkeiten)

2. Weiterführende Tätigkeiten („breite Auswahl“):

Zusätzlich folgende ÖNACE-Klassen für bspw. Begutachtung, Unterricht, Forschung, etc.:

479, 721, 749, 854 - 856, 871 - 873, 879, 881, 889, 960

Tabelle 6: „Enge“ bzw. „breite“ Auswahl der ÖNACE-Klassen für ärztliche Einkünfte

ÖNACE-Klasse	Bezeichnung
G477	Einzelhandel mit sonstigen Gütern (in Verkaufsräumen)
G479	Einzelhandel, nicht in Verkaufsräumen, an Verkaufsständen oder auf Märkten
M721	Forschung und Entwicklung im Bereich Natur-, Ingenieur-, Agrarwissenschaften und Medizin
M749	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten a. n. g.
P854	Tertiärer und post-sekundärer, nicht tertiärer Unterricht
P855	Sonstiger Unterricht
P856	Erbringung von Dienstleistungen für den Unterricht
Q861	Krankenhäuser
Q862	Arzt- und Zahnarztpraxen
Q869	Gesundheitswesen a. n. g.
Q871	Pflegeheime
Q872	Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung, Suchtbekämpfung u. Ä.
Q873	Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime
Q879	Sonstige Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)
Q881	Soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter
Q889	Sonstiges Sozialwesen (ohne Heime)
S960	Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen

	„enge“ Auswahl
	„breite“ Auswahl

Quelle: IHS (2017)

Da sowohl die E1a- als auch E6a-Beilage die Branchenkennzahl führen und rund 80% der ÄrztInnen beide Beilagen deklarierten, existieren vier mögliche Fälle:

- E1a = „enge Auswahl“, E6a = „enge Auswahl“ (3% der Fälle)
- E1a = „enge Auswahl“, E6a = „breite Auswahl“ (75% der Fälle)
- E1a = „breite Auswahl“, E6a = „enge Auswahl“ (2% der Fälle)
- E1a = „breite Auswahl“, E6a = „breite Auswahl“ (20% der Fälle)

Wir wählten als Zuordnungskriterium diejenige NACE-Klasse, die auf der gewinnstärksten Beilage innerhalb aller E1a- und E6a-Beilagen angegeben wurde. Dieses Kriterium liefert im vorliegenden Fall dieselbe Zuordnungshäufigkeit wie das Kriterium „enge Auswahl, wenn E1a ODER E6a enge Auswahl“, nämlich rund 80% der ÄrztInnen mit E1a- und E6a-Beilage.

Um die Fülle an dargestellten Auswertungen nicht überhandnehmen zu lassen, konzentrieren wir uns im Hauptteil der Studie auf die **enge Auswahl**.

2.5.2. Steuer- und Nullfälle

Der RH-Bericht (RH 2014: 131) unterscheidet analog zu den Einkommenssteuerberichten der Statistik Austria zwischen **Null- und Steuerfällen**: „Nullfälle sind zur Einkommensteuer veranlagte Personen, die zwar grundsätzlich steuerpflichtig sind, bei denen sich aber entweder durch zu geringe Einkünfte oder durch Verluste oder Abzug von Sonderausgaben kein oder nur ein geringes zu versteuerndes Einkommen ergibt. Damit fällt auch keine Einkommensteuer an.“ Demnach ist ein Steuerfall definiert als $E1 - Est > 0$ und ein Nullfall als $E1 - Est \leq 0$.

Negativgewinne entstehen, wenn die Betriebsausgaben die -einnahmen übersteigen. Verantwortlich dafür sind hohe Investitionskosten bei einer Ordinationsneueröffnung oder -übernahme, Verlustvorträge aus den Vorjahren, das Überwiegen von Absetzbeträgen im Fall von geringen Einnahmen, etc.

Da wir diese Null- und Negativgewinne als Bestandteil der repräsentativen Einkünfte aus selbständiger Arbeit sehen, ziehen wir für die in Kapitel 3 folgende Analyse die **Gesamtsteuerfälle** heran, also Steuer- und Nullfälle. Zusätzlich führten wir auch Auswertungen ausschließlich für die Steuerfälle durch. Um die Vielzahl an Kombinationsmöglichkeiten der Selektionskriterien nicht überhandnehmen zu lassen, werden die Ergebnisse daraus jedoch im vorliegenden Bericht nicht beschrieben.

2.5.3. Auswahl der Einkunftsvariablen

In der vorliegenden Studie werten wir folgende **Arten der Jahreseinkünfte** aus und schränken **nicht** auf positive Einkünfte der E1a- bzw. E106-Beilage ein:

1. Summe der **relevanten ärztlichen** Einkünfte (enge bzw. breite NACE-Auswahl) aus **selbständiger Arbeit** und **Gewerbebetrieb** (EinzelunternehmerInnen und Personengesellschaften), exkl. Einkünfte aus Kapitalgesellschaften (Quelle: E1a, E106, E6a)
2. Einkünfte aus **unselbständiger Arbeit** (Quelle: E1, L16)
3. Summe aus Punkt 1. und 2.
4. **Bruttogehälter** (Quelle: KAV) der KAV-SpitalsärztInnen

Die zentrale Einkunftsvariable in dieser Studie stellt Punkt 3 dar, d.h. die **relevanten ärztlichen Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (SA/GW) und unselbständiger Arbeit (UA)**

Bei den Einkünften aus SA/GW handelt es sich um die Gewinne vor Steuern, d.h. die Einnahmen abzüglich der Ausgaben. Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit sind gemäß §25 EStG Löhne, Gehälter, Pensionen, etc. Um die Einkünfte aus UA mit jenen aus SA/GW vergleich- und summierbar zu machen, wurde statt der Netto- oder Bruttoeinkünfte die Lohnsteuerbemessungsgrundlage herangezogen. Dabei handelt es sich um die Bruttoeinkünfte abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge sowie einiger weiterer Posten.¹⁷ Ärztekammerumlage bzw. Beiträge für den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer sind sowohl bei den Einkünften aus UA als auch bei den Einkünften aus SA/GW bereits abgezogen.

Wir wählen als zusätzliche Darstellung die Bruttogehälter der KAV-SpitalsärztInnen (Punkt 4) aufgrund der geläufigeren Verwendung und Vergleichbarkeit mit unselbständig Erwerbstätigen anderer Branchen.

2.5.4. Deskriptive Analyse zu den relevanten NACE-Klassen

Tabelle 7 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Einkünfteveranlagungen nach Einzelunternehmerschaft (E1a) und Personengesellschaften (E106) aus relevanter ärztlicher Tätigkeit (engere NACE-Auswahl).

Von den 21.815 Einträgen für KAV-SpitalsärztInnen oder Vertrags-/WahlärztInnen im finalen Datensatz für 2012-2015 (s. Tabelle 8, S. 37) finden sich 20.580 Einträge (rund 94%) mit einer E1-Veranlagung (inkl. Nullfälle). Davon waren bei 91,7% (18.866) korrespondierende E1a-Beilagen und bei 89,8% (18.475) E1a-Beilagen in den relevanten NACE-Klassen („enge Auswahl“) der Einkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb vorhanden.

Im Unterschied dazu waren nur bei 5% (1.029 von 20.580) der Einträge mit E1-Veranlagung relevante ärztliche Einkünfte aus Personengesellschaften (E106-Formular) zu verzeichnen. E1-Veranlagungen mit sowohl E1a- als auch E106-Veranlagungen finden sich nur zu 3% (627) im finalen Datensatz (s. Tabelle 7). Relevante ärztliche Einkünfte werden demnach vorwiegend über Einzelunternehmerschaft erwirtschaftet.

¹⁷ Um die Lohnsteuerbemessungsgrundlage zu erhalten, werden von den Bruttobezügen neben den Sozialversicherungsbeiträgen auch steuerfreie Zulagen und Zuschläge, steuerfreie Reisekosten, Pendlerpauschale, Freibetrag laut Freibetragsbescheid, Gewerkschaftsbeitrag und E-Card-Gebühr abgezogen sowie Sachbezüge hinzugerechnet.

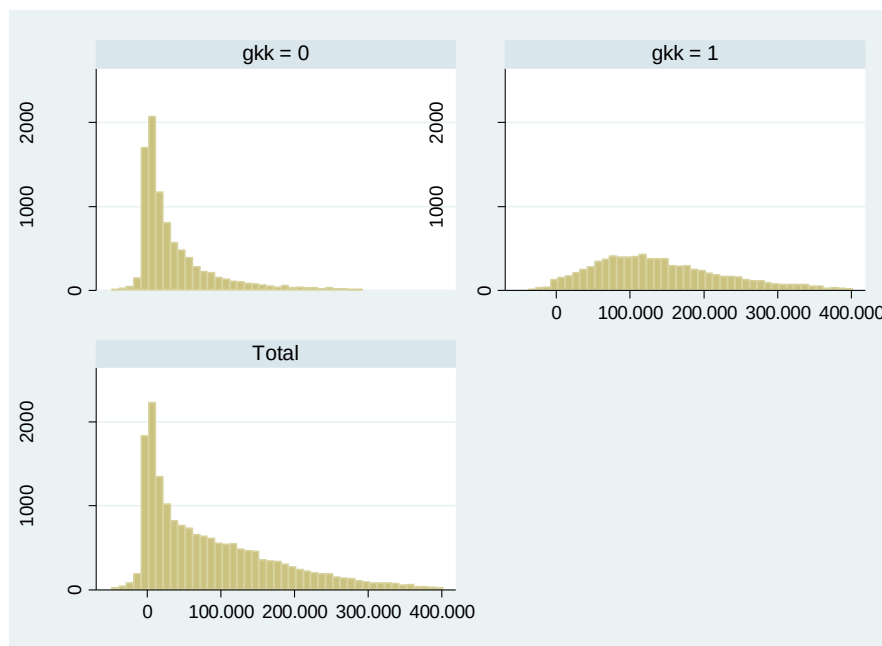
Tabelle 7: Häufigkeit der Einkünfteveranlagungen nach Einzelunternehmerschaft (E1a) und Personengesellschaften (E106) für die engere NACE-Auswahl, 2012-2015

		E106 engere Auswahl		Gesamt
		nein	ja	
E1a engere Auswahl	nein	2.938	402	3.340
	ja	17.848	627	18.475
Gesamt		20.786	1.029	21.815

Quelle: IHS (2017)

Abbildung 3 zeigt die Verteilung der E1a-Gewinne aus relevanter ärztlicher Tätigkeit (enge Auswahl) bei vorhandener E1a-Beilage ($e1a_eng = 1$) für ÄrztInnen mit bzw. ohne § 2-Kassenvertrag ($gkk = 1$ bzw. $gkk = 0$) sowie insgesamt für das Jahr 2015. Die korrespondierenden Verteilungen unterscheiden sich deutlich. Während sich die jährlichen Gewinne der § 2-VertragsärztInnen nahezu symmetrisch um den Medianwert von rund 132.000 EUR gruppieren, ist die Gewinnverteilung der ÄrztInnen ohne § 2-Kassenvertrag stark asymmetrisch mit einem deutlich niedrigeren Medianwert von rund 18.000 EUR.

Abbildung 3: Verteilung der E1a-Gewinne („engere Auswahl“) nach Vorhandensein von § 2-Kassenvertrag (gkk), 2015



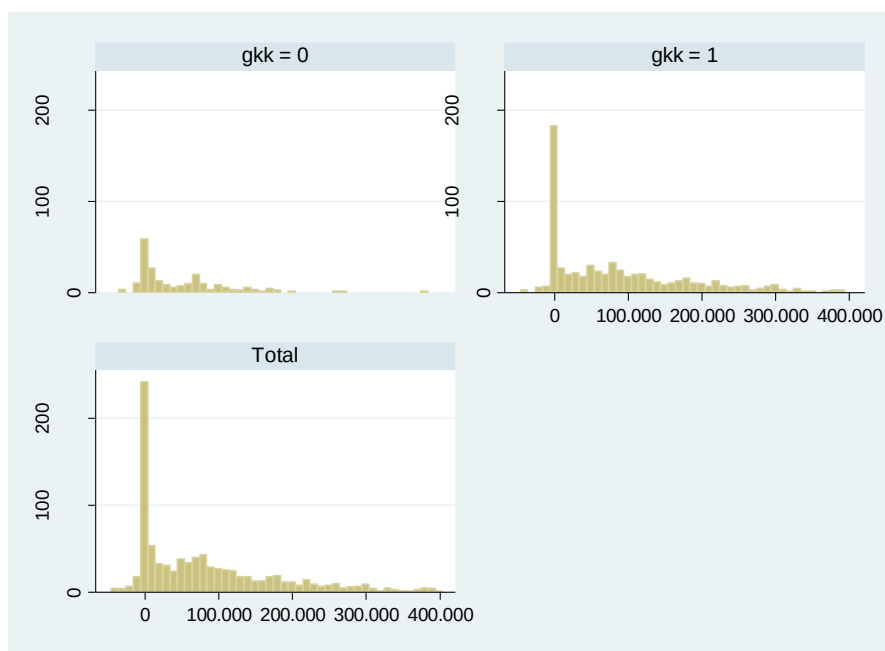
Anmerkung: Skalierung der x-Achse der Teilgrafik „Total“ ist auch auf Teilgrafik „gkk=0“ anzuwenden.

Quelle: IHS (2017)

Abbildung 4 zeigt dieselbe Darstellung wie Abbildung 3, jedoch nun für die Gewinnverteilung der **Personengesellschaften** aus relevanter ärztlicher Tätigkeit (enge Auswahl) bei vorhandener E106-Beilage ($e106_eng = 1$) für ÄrztInnen mit bzw. ohne § 2-Kassenvertrag ($gkk = 1$ bzw. $gkk = 0$) sowie insgesamt für das Jahr 2015. Die Verteilung der Gewinne

aus Besitz oder Beteiligung von Personengesellschaften unterscheidet sich deutlich von den E1a-Gewinnen, da ein höherer Anteil der Personengesellschaftsgewinne negativ oder im niedrigen positiven Bereich liegt. Die jährlichen Mediengewinne der § 2-VertragsärztInnen in Personengesellschaften liegen weit unter jenen aus Einzelunternehmerschaft, nämlich bei rund 80.000 EUR. Dafür beträgt der Mediengewinn der ÄrztInnen in Personengesellschaften ohne § 2-Kassenvertrag rund 31.500 EUR, liegt also deutlich höher als bei Einzelunternehmerschaft.

Abbildung 4: Verteilung der E106-Gewinne („engere Auswahl“) nach Vorhandensein von § 2-Kassenvertrag (gkk), 2015



Anmerkung: Skalierung der x-Achse der Teilgrafik „Total“ ist auch auf Teilgrafik „gkk=0“ anzuwenden.

Quelle: IHS (2017)

Eine Auflistung der E106-Gewinne nach NACE zeigt, dass sich diese niedrigen Gewinne bzw. Verlustbeteiligungen über mehrere NACE-Klassen verteilen (nicht dargestellt). Die Einkünfte aus Arztpraxen (NACE-Klasse 862) erwiesen sich im Vergleich zu den restlichen relevanten NACE-Klassen als am höchsten, sowohl bei den E1a- als auch bei den E106-Beilagen. Das Einbeziehen von weiteren NACE-Gruppen, die wir als ärztliche Tätigkeiten einstufen (enge und breite NACE-Auswahl), senkt somit den Median- und durchschnittlichen Gewinn. Dies erklärt die wesentlich höheren Einkünfte der ÄrztInnen im Rechnungshofbericht 2014. Ein weiterer Grund für die beobachtete Differenz ist, dass wir auch KAV-SpitalsärztInnen einbezogen, deren Schwerpunktseinkünfte nicht die Einkünfte aus selbständiger Erwerbstätigkeit sind.

So ist bspw. ist davon auszugehen, dass ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag schwerpunktmäßig Einkünfte aus SA aufweisen werden und daher das Schwerpunktprinzip

des RH-Berichts erfüllen. Bei WahlärztInnen mit unselbständigen und selbständigen Einkünften ist es hingegen nicht vorab klar, welche Einkunftsart dominiert. Vielmehr können beide Einkunftsarten mit ähnlichen Beträgen vorliegen, sodass das Schwerpunktprinzip in diesen Fällen nicht geeignet erscheint, die Charakteristika der ÄrztInnen zu trennen.

2.5.5. Fazit

Im Unterschied zum RH-Bericht unterscheiden wir im aufbereiteten Datensatz nicht mehr zwischen SA- und GW-Einkünften und addieren die beiden Gewinnpositionen aus E1a und E106-Beilagen (wobei sich der zugeordnete NACE-Code nach der betraglich größeren Gewinnposition richtet). Wir verwenden somit für die Identifizierung der **relevanten ärztlichen Tätigkeiten** obige Einschränkung und nicht das im RH-Bericht (RH 2014) gewählte Einkünfte-Schwerpunktprinzip, demgemäß einem Individuum nur seine Einkünfte aus der Schwerpunkterwerbstätigkeit aus SA oder GW zugeordnet werden, sondern konnten aufgrund der durch die gelieferten Informationen der HV- und KAV-Datensätze die ÄrztInnen direkt identifizieren.

Wir beschränken uns, aus den in den vorigen Kapiteln diskutierten Gründen zur Identifizierung von Einkünften aus relevanten **ärztlichen Tätigkeiten** (die mit den HV- und KAV-Datensatz anhand der Schlüsselvariable `pseudo` fusionierten **E1a-** und **E106/E6a-Datensätze**), auf die **NACE-Klassen** 477, 861, 862 und 869 ein („enge Auswahl“), sowie zusätzlich auf 479, 721, 749, 854, 855, 856, 871, 872, 873, 879, 881, 889 und 960 („breite Auswahl“, nicht im Bericht dargestellt).

Bzgl. Steuerfälle des BMF-Datensatzes (E1-Veranlagungen und Lohnzettel) untersuchen wir den Datensatz anhand der **Steuer- und Nullfällen** einerseits, und ausschließlich der **Steuerfälle** andererseits.

Um die Anzahl an möglichen Kombinationen übersichtlich zu halten, werden im vorliegenden Bericht jedoch nur die Ergebnisse der **Gesamtfälle** und der **engen NACE-Auswahl** beschrieben.

3. Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden ausgewählte Ergebnisse der Analyse präsentiert. Dabei wird zuerst auf die allgemeine Struktur des Datensatzes eingegangen, bevor anschließend die Einkünfte der im Datensatz erfassten ÄrztInnen deskriptiv sowie anhand von Regressionsanalysen untersucht werden.

Die folgenden ÄrztInnengruppen werden dabei im Speziellen betrachtet:

- **„KAV-SpitalsärztInnen“:** beim Wiener KAV angestellte SpitalsärztInnen (inkl. ÄrztInnen in Ausbildung)
 - **„KAV-Vertrags-/WahlärztInnen“:** KAV-SpitalsärztInnen, die zusätzlich beim HV als niedergelassene Vertrags- oder WahlärztInnen erfasst sind und laut Einkommensdaten des BMF im betrachteten Jahr relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW aufweisen
- **„Vertrags-/WahlärztInnen“:** freiberuflich tätige ÄrztInnen, die beim HV als niedergelassene Vertrags- oder WahlärztInnen erfasst sind und laut Einkommensdaten des BMF im betrachteten Jahr relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW aufweisen
 - **„§ 2-VertragsärztInnen“:** freiberuflich tätige ÄrztInnen mit kurativem Einzelvertrag mit einer GKK (und nach § 2 der Gesamtverträge der GKKen folglich auch mit den im jeweiligen Bundesland vertretenen BKK und der SVB), die laut Einkommensdaten des BMF im betrachteten Jahr relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW aufweisen
 - **„ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen“:** freiberuflich tätige ÄrztInnen ausschließlich mit kurativem Vertrag mit einer oder mehreren „kleinen Kassen“ (BVA, VAEB, SVA, SVB), die laut Einkommensdaten des BMF im betrachteten Jahr relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW aufweisen
 - **„WahlärztInnen“:** freiberuflich tätige ÄrztInnen, die keinen kurativen Vertrag mit einem gesetzlichen Krankenversicherungsträger besitzen, aber beim HV als WahlärztInnen erfasst sind (inkl. WahlärztInnen mit VU-Vertrag) und laut Einkommensdaten des BMF im betrachteten Jahr relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW aufweisen

3.1. Allgemeine deskriptive Analyse des Datensatzes

3.1.1. Gesamter Datensatz

Tabelle 8 zeigt die Anzahl der ÄrztInnen, die im aus den Daten des BMF, des HV und des KAV erstellten finalen Datensatz enthalten sind. Als ergänzende Information sind darin für die Vertrags-/WahlärztInnen auch die Individuenzahlen bei Einschränkung auf ÄrztInnen mit

Einkünften nach enger NACE-Auswahl (s. Kapitel 2.5.1) angeführt, da die deskriptive Analyse in Kapitel 3.3 nur für diese ÄrztInnen durchgeführt wird. Die nachfolgende Beschreibung des Datensatzes bezieht sich jedoch auf die gesamten im Datensatz enthaltenen Individuen.

Der Datensatz umfasst insgesamt 90.062 Beobachtungen aus vier Kalenderjahren (2012 bis 2015) zu 25.743 ÄrztInnen. Für die Jahre 2012, 2013, 2014 und 2015 beinhaltet der finale Datensatz 22.431, 22.761, 23.055 und 21.815 ÄrztInnen (FachärztInnen, ÄrztInnen für Allgemeinmedizin sowie ÄrztInnen in Ausbildung). Dabei ist zu beachten, dass es sich nicht um eine Stichtagsbetrachtung handelt, sondern um die Gesamtanzahl der gelisteten ÄrztInnen über das Kalenderjahr hinweg. Weiters ist zu beachten, dass es sich bei den Vertrags-/WahlärztInnen im Datensatz um jene handelt, für die für das jeweilige Jahr zum Zeitpunkt der Datenlieferung bereits eine Einkommensteuererklärung vorlag.

Zum Vergleich: In den Jahren 2012, 2013, 2014 und 2015 waren laut Statistik Austria (2015) 41.268, 42.302, 43.126 und 44.002 berufsausübende ÄrztInnen (inkl. ÄrztInnen in Ausbildung) in Österreich tätig. Demnach deckt der uns zu Verfügung stehende Datensatz rund die Hälfte aller berufsausübenden ÄrztInnen ab. Während der finale Datensatz den niedergelassenen Bereich nahezu vollständig abdeckt, sind die ÄrztInnen in Krankenanstalten hingegen aufgrund des alleinigen Vorliegens des KAV-Datensatzes nur zu ca. 15% erfasst.

In Tabelle 8 ist für jede ÄrztInnengruppe die Anzahl der jeweils vertretenen ÄrztInnen pro Jahr aufgelistet. Dabei wird bei den KAV-SpitalsärztInnen zwischen jenen mit bzw. ohne Einkünfte aus selbständiger Arbeit unterschieden, bei den Vertrags-/WahlärztInnen zwischen jenen mit bzw. ohne Einkünfte aus unselbständiger Arbeit.

Für das Jahr 2015 umfasst der HV-Datensatz 19.015 ÄrztInnen (im Folgenden als „Vertrags-/WahlärztInnen“ bezeichnet), jener des KAV 3.605 ÄrztInnen (im Folgenden als „KAV-SpitalsärztInnen“ bezeichnet). 805 ÄrztInnen scheinen in beiden Datensätzen auf. 2.370 KAV-SpitalsärztInnen – das entspricht 76% – wiesen Einkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb auf bzw. haben diese für das Jahr 2015 bereits veranlagt. Davon wiederum ist in etwa ein Drittel auch als Vertrags- oder WahlärztIn tätig.

49% der für das Jahr 2015 im HV-Datensatz erfassten ÄrztInnen hatten einen § 2-Kassenvertrag, weitere 4% einen Vertrag ausschließlich mit kleinen Kassen und 10% hatten einen Vertrag ausschließlich für Vorsorgeuntersuchungen (VU). 46% waren WahlärztInnen, wobei jene ausschließlich mit VU-Vertrag eingeschlossen sind. Von den Vertrags-/WahlärztInnen insgesamt wiesen 10.692 oder 56% Einkünfte aus unselbständiger Arbeit auf. Besonders hoch ist dieser Anteil mit 80% erwartungsgemäß bei den WahlärztInnen, besonders niedrig mit 34% bei den ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag.

748 ÄrztInnen betrieben im Jahr 2015 eine Hausapotheke. Lediglich 9 von diesen ÄrztInnen hatten ausschließlich Verträge mit kleinen Kassen, die übrigen hatten einen § 2-Kassenvertrag. Zudem dürfen Hausapotheken ausschließlich von AllgemeinmedizinerInnen betrieben werden. Über den Beobachtungszeitraum ist ein leichter Rückgang in der Anzahl von ÄrztInnen mit Hausapotheke zu verzeichnen – im Jahr 2012 betrieben noch 824 ÄrztInnen eine Hausapotheke.

Eine gegenteilige Entwicklung ist bei den Gruppenpraxen zu beobachten: Die Anzahl der in Gruppenpraxen tätigen ÄrztInnen stieg von 322 im Jahr 2012 auf 531 im Jahr 2015 an. 38% der ÄrztInnen in Gruppenpraxen gehörten im Jahr 2015 der Fachgruppe Allgemeinmedizin an, 23% der Fachgruppe Radiologie, der Rest verteilt sich auf die weiteren Fachgruppen.

Tabelle 8: Anzahl der ÄrztInnen im finalen Datensatz pro ÄrztInnengruppe und Jahr

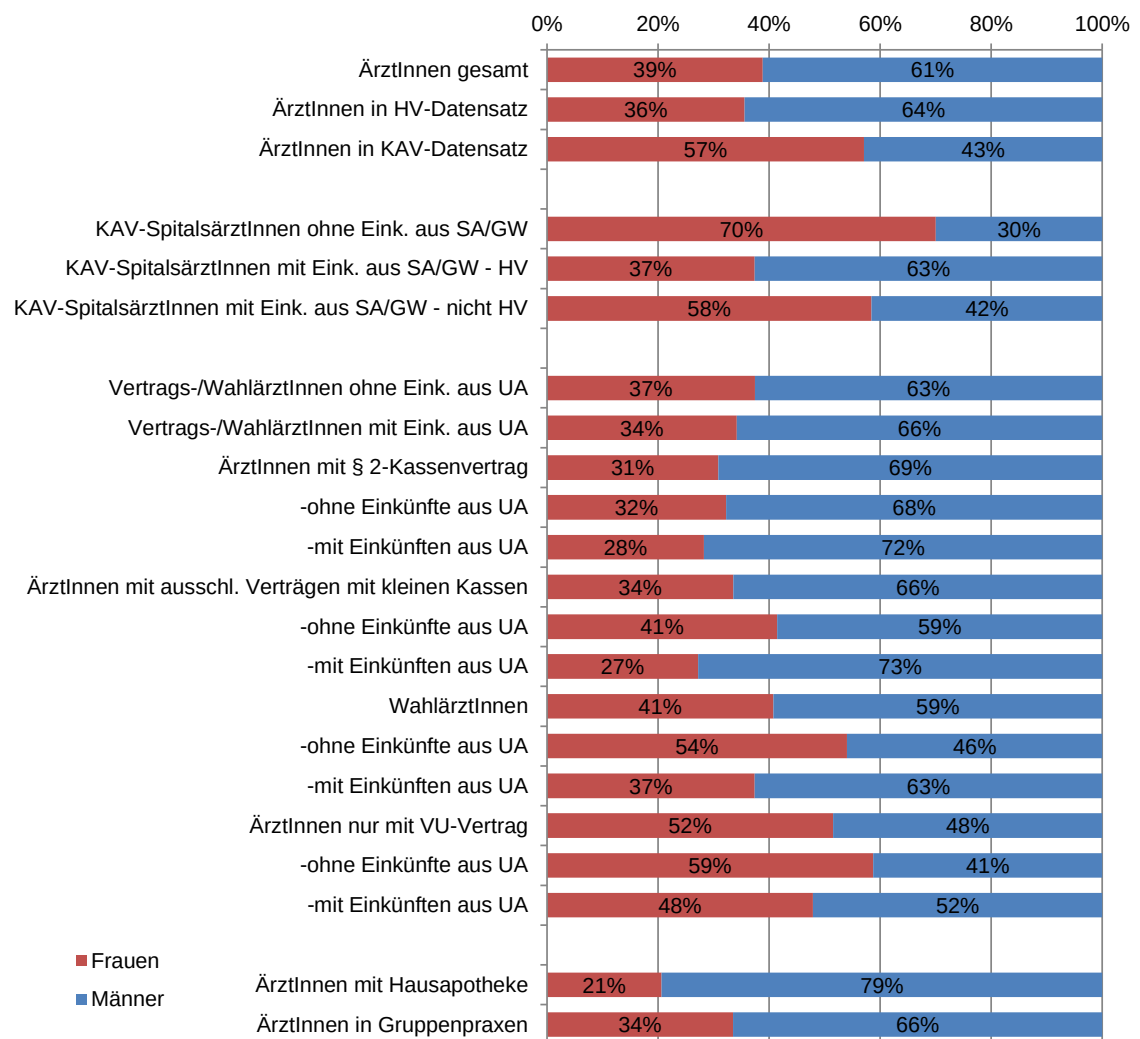
ÄrztInnengruppe	Variablen- spezifikation	Anzahl ÄrztInnen im Datensatz nach Jahr							
		2012		2013		2014		2015	
		gesamt	enge NACE- Aus- wahl	gesamt	enge NACE- Aus- wahl	gesamt	enge NACE- Aus- wahl	gesamt	enge NACE- Aus- wahl
Gesamt									
ÄrztInnen gesamt		22.431	19.749	22.761	20.035	23.055	20.206	21.815	18.877
ÄrztInnen in HV-Datensatz	hv=1	19.807	18.303	20.100	18.591	20.298	18.746	19.015	17.501
ÄrztInnen in KAV-Datensatz	kav=1	3.444		3.483		3.585		3.605	
ÄrztInnen in HV- und KAV-Datensatz	hv=1 AND kav=1	820		822		828		805	
KAV-SpitalsärztInnen									
KAV-SpitalsärztInnen ohne Einkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb	kav=1 AND e1=0	880		913		1.016		1.235	
KAV-SpitalsärztInnen mit Einkünften aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb - nicht beim HV erfasst	kav=1 AND e1=1 AND hv=0	1.764	1.446	1.765	1.444	1.765	1.460	1.652	1.376
KAV-SpitalsärztInnen mit Einkünften aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb - beim HV erfasst	kav=1 AND e1=1 AND hv=1	800	761	805	765	804	767	718	687
Vertrags-/WahlärztInnen									
Vertrags-/WahlärztInnen ohne Einkünfte aus unselbständiger Arbeit	hv=1 AND l16=0	8.620	8.476	8.601	8.463	8.718	8.579	8.323	8.190
Vertrags-/WahlärztInnen mit Einkünften aus unselbständiger Arbeit	hv=1 AND l16=1	11.187	9.827	11.499	10.128	11.580	10.167	10.692	9.311
ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag	gkk=1	9.716	9.615	9.823	9.720	9.888	9.780	9.371	9.269
ohne Einkünfte aus unselbständiger Arbeit	gkk=1 AND l16=0	6.355	6.296	6.326	6.260	6.359	6.298	6.146	6.091
mit Einkünften aus unselbständiger Arbeit	gkk=1 AND l16=1	3.361	3.319	3.497	3.460	3.529	3.482	3.225	3.178
ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen	nurklein=1	972	935	930	896	891	861	824	785
ohne Einkünfte aus unselbständiger Arbeit	nurklein=1 AND l16=0	427	418	412	405	405	400	373	363
mit Einkünften aus unselbständiger Arbeit	nurklein=1 AND l16=1	545	517	518	491	486	461	451	422
WahlärztInnen	wahlarzt=1 (gkk=0 AND klein=0)	9.118	7.752	9.347	7.975	9.519	8.105	8.818	7.445
ohne Einkünfte aus unselbständiger Arbeit	wahlarzt=1 AND l16=0	1.838	1.762	1.863	1.798	1.954	1.881	1.803	1.735
mit Einkünften aus unselbständiger Arbeit	wahlarzt=1 AND l16=1	7.280	5.990	7.484	6.177	7.565	6.224	7.015	5.710
ÄrztInnen nur mit VU-Vertrag (=WahlärztInnen mit VU-Vertrag)	vu=1 AND gkk=0 AND klein=0 (vu=1 AND wahlarzt=1)	2.034	1.915	2.093	1.970	2.148	2.016	1.992	1.859
ohne Einkünfte aus unselbständiger Arbeit	vu=1 AND gkk=0 AND klein=0 AND l16=0	688	671	685	672	714	693	694	676
mit Einkünften aus unselbständiger Arbeit	vu=1 AND gkk=0 AND klein=0 AND l16=1	1.346	1.244	1.408	1.298	1.434	1.323	1.298	1.183
Sonstiges									
ÄrztInnen mit Hausapotheke	hapo=1	824	818	818	812	808	805	748	743
ÄrztInnen in Gruppenpraxen	gp=1	322	315	400	397	493	488	531	516

Quelle: IHS (2017)

Abbildung 5 zeigt die **Geschlechterverteilung** innerhalb der oben angeführten ÄrztInnengruppen für den gesamten Beobachtungszeitraum (d.h. einzelne ÄrztInnen gehen z.T. mit mehreren Beobachtungen in die Betrachtung ein). Unter den KAV-SpitalsärztInnen ist der Frauenanteil mit 57% deutlich höher als unter den Vertrags-/WahlärztInnen mit 36%. Während von den KAV-SpitalsärztInnen mit Einkünften aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb, die auch als Vertrags-/WahlärztInnen tätig sind, 37% weiblich sind, sind es bei jenen, die solche Einkünfte erzielen, aber nicht als Vertrags-/WahlärztInnen tätig sind, 58%. Insgesamt weisen weibliche KAV-Spitalsärztinnen zu einem geringeren Anteil Einkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb auf als ihre männlichen Kollegen.

Unter den Vertrags-/WahlärztInnen ist der Frauenanteil am höchsten bei den WahlärztInnen (41%), speziell bei jenen mit VU-Vertrag (52%). Am niedrigsten ist er bei den ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag (31%) sowie bei jenen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen (34%). Bei jedem Vertragsstatus ist der Frauenanteil unter jenen, die Einkünfte aus unselbständiger Arbeit zu verzeichnen haben, geringer als unter jenen, die keine entsprechenden Einkünfte erzielen.

Von den ÄrztInnen, die eine Hausapotheke betreiben, ist nur etwa ein Fünftel weiblich. Bei den ÄrztInnen, die in Gruppenpraxen tätig sind, liegt der Frauenanteil bei einem Drittel und damit ebenfalls leicht unter dem Durchschnitt der Vertrags-/WahlärztInnen.

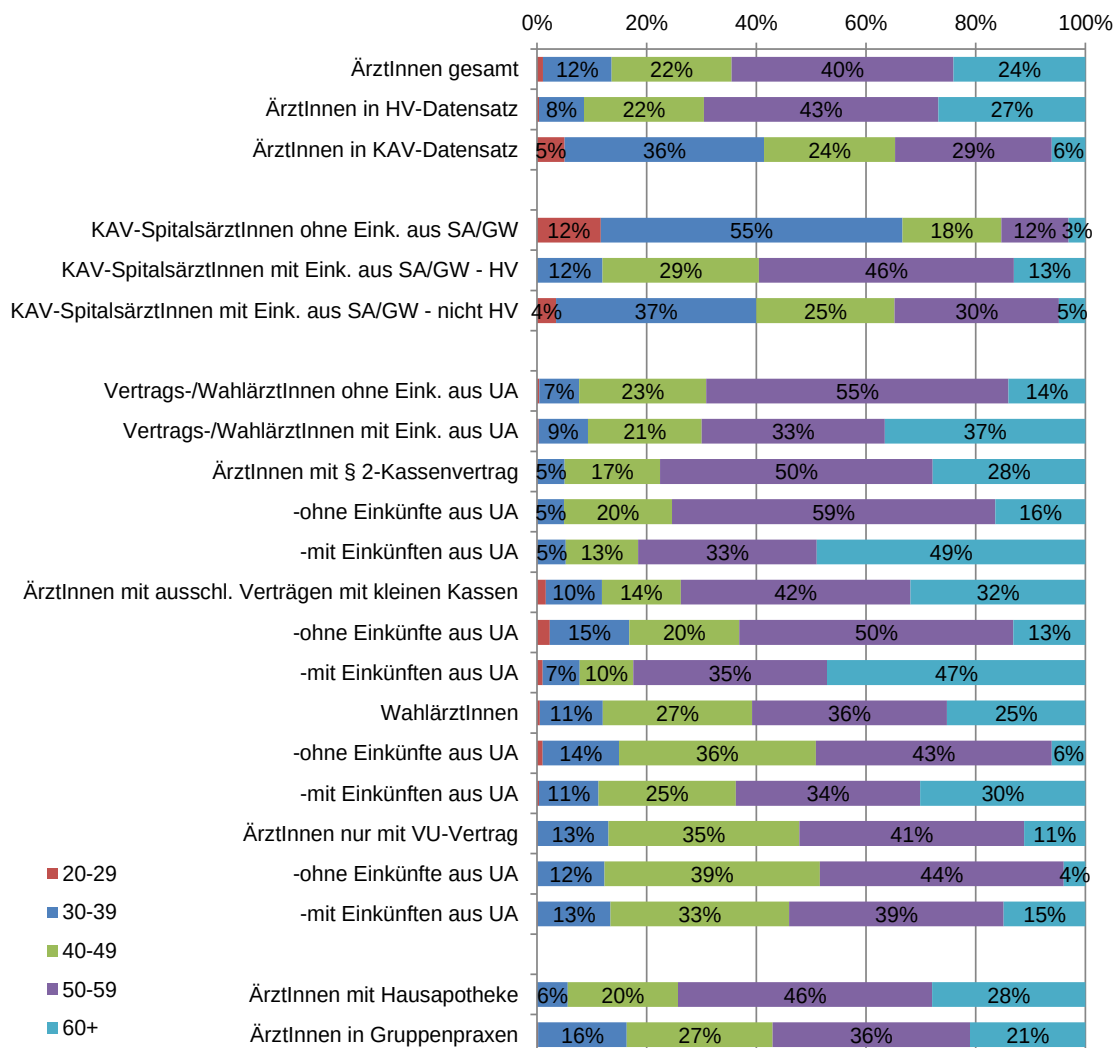
Abbildung 5: Geschlechterverteilung innerhalb der ÄrztInnengruppen, 2012-2015

Quelle: IHS (2017)

In Abbildung 6 ist weiters die **Altersverteilung** innerhalb der ÄrztInnengruppen über den gesamten Beobachtungszeitraum dargestellt. Im Schnitt sind KAV-SpitalsärztInnen deutlich jünger als Vertrags-/WahlärztInnen. Zu den Gründen dafür zählt, dass die Ausbildung von ÄrztInnen im intramuralen Bereich stattfindet und ebendiese ÄrztInnen in Ausbildung im KAV-Datensatz enthalten sind. 41% der KAV-SpitalsärztInnen sind 39 Jahre oder jünger, während es bei den Vertrags-/WahlärztInnen 8% sind. Zudem sind viele ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich auch nach Überschreiten des gesetzlichen Pensionsantrittsalters noch tätig.. Die Altersgruppe der mind. 60-Jährigen macht bei den KAV-SpitalsärztInnen daher nur 6% aus, während es bei den Vertrags-/WahlärztInnen 27% sind. Sowohl bei den KAV-SpitalsärztInnen als auch bei den Vertrags-/WahlärztInnen ist der Altersschnitt bei jenen mit zusätzlichen Einkünften deutlich höher als bei jenen ohne zusätzliche Einkünfte.

Die Altersgruppenverteilung unter den ÄrztInnen mit Hausapotheke ist jener der Vertrags-/WahlärztInnen gesamt ähnlich. ÄrztInnen, die in Gruppenpraxen tätig sind, sind im Schnitt etwas jünger als andere Vertrags-/WahlärztInnen.

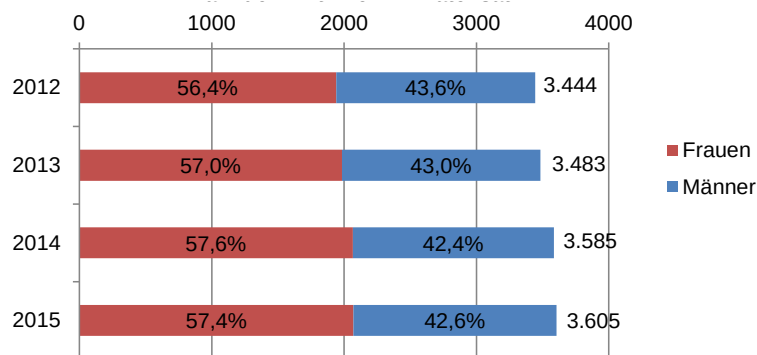
Abbildung 6: Altersverteilung innerhalb der ÄrztInnengruppen, 2012-2015



Quelle: IHS (2017)

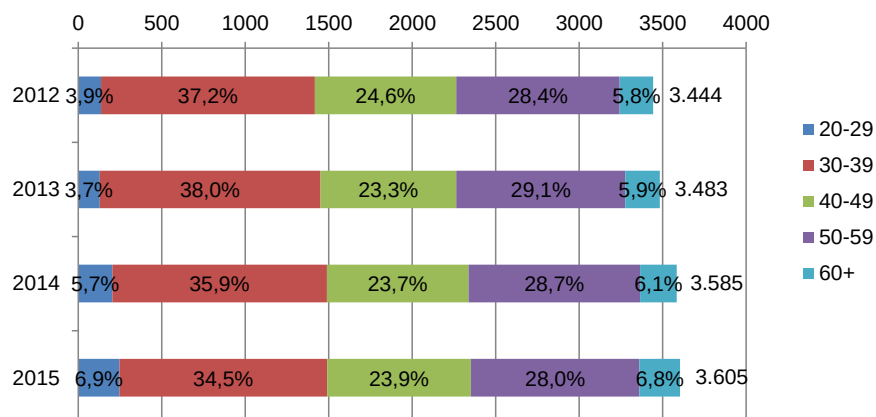
3.1.2. KAV-SpitalsärztInnen

Die Anzahl der KAV-SpitalsärztInnen im Datensatz steigt über den Beobachtungszeitraum leicht an – von 3.444 im Jahr 2012 auf 3.605 im Jahr 2015 (vgl. Abbildung 7). Der **Frauenanteil** liegt jeweils um 57% und steigt tendenziell ebenfalls leicht an.

Abbildung 7: Anzahl der KAV-SpitalsärztInnen im Datensatz nach Geschlecht und Jahr

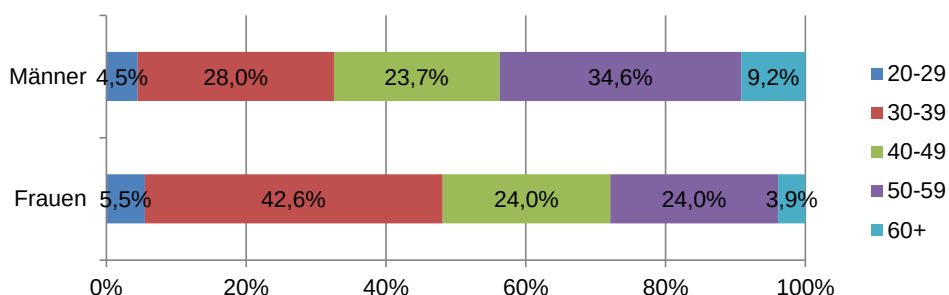
Quelle: IHS (2017)

In Bezug auf die **Altersverteilung** fällt auf, dass der Anteil der 20-29-Jährigen von 3,9% im Jahr 2012 auf 6,9% im Jahr 2015 zunimmt (vgl. Abbildung 8). Insgesamt macht die Altersgruppe der 30-39-Jährigen mit etwas mehr als einem Drittel den größten Anteil aus.

Abbildung 8: Anzahl der KAV-SpitalsärztInnen im Datensatz nach Altersgruppen und Jahr

Quelle: IHS (2017)

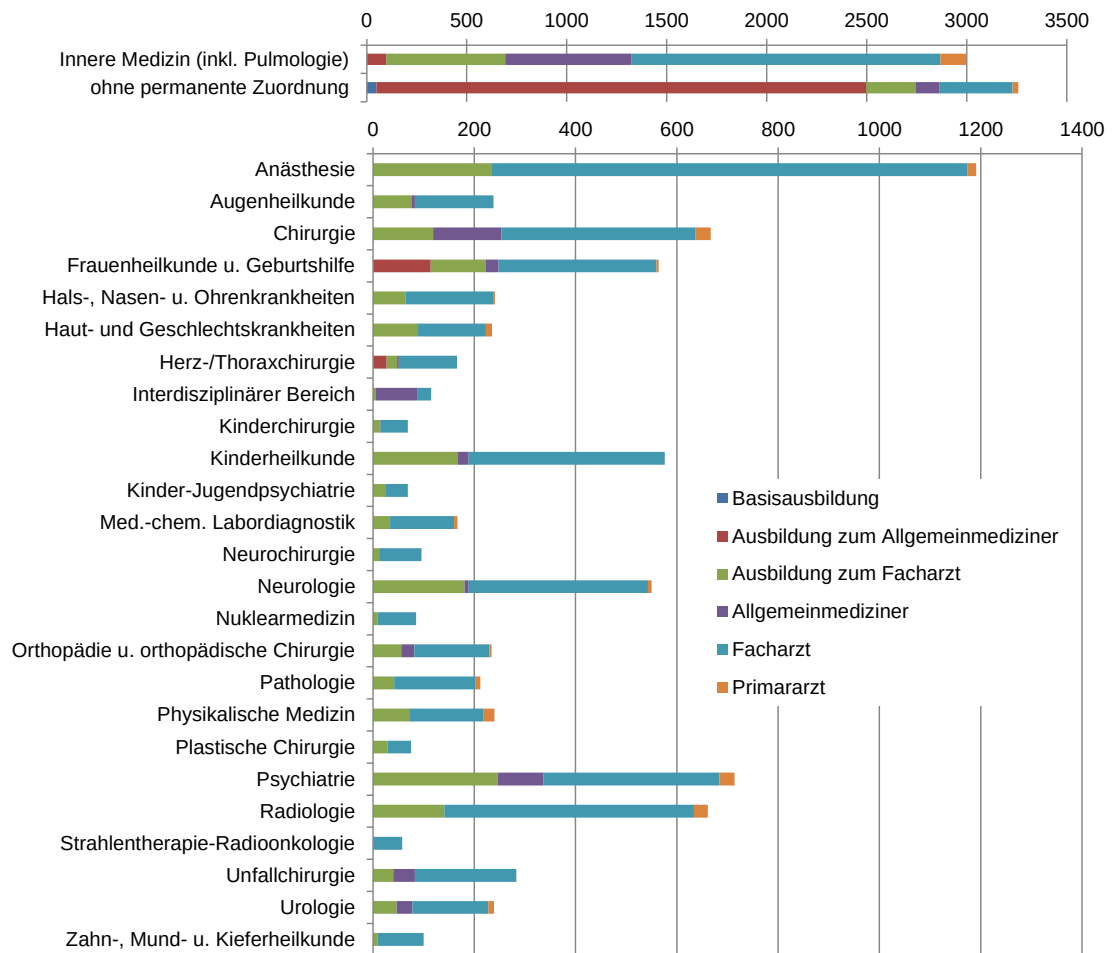
In Abbildung 9 ist zusätzlich die **Altersverteilung** der KAV-SpitalsärztInnen **nach Geschlecht** für alle Beobachtungen im Zeitraum 2012-2015 dargestellt. Die Grafik zeigt, dass unter den weiblichen KAV-Spitalsärztinnen die jüngeren Altersgruppen vergleichsweise stärker vertreten sind. Während insgesamt 48,1% der Frauen unter 40 Jahre alt sind, sind es bei den Männern nur 32,5%. Umgekehrt sind nur 27,9% der Frauen mind. 50 Jahre alt, aber 43,8% der Männer. Weibliche KAV-Spitalsärztinnen sind also im Schnitt jünger als ihre männlichen Kollegen.

Abbildung 9: Altersverteilung der KAV-SpitalsärztInnen nach Geschlecht, 2012-2015

Quelle: IHS (2017)

Bei Betrachtung der **Fachbereichsverteilung** unter den KAV-SpitalsärztInnen zeigt sich, dass jene ohne permanente Zuordnung mit 23% über den gesamten Beobachtungszeitraum die größte Gruppe bilden (vgl. Abbildung 10). Dabei handelt es sich in erster Linie um Personen in Ausbildung zur/zum AllgemeinmedizinerIn. Der nächstgrößere Fachbereich ist mit 21% die Innere Medizin (inkl. Pulmologie). Neben FachärztInnen bzw. Personen in Ausbildung zur/zum FachärztIn sind dieser Gruppe auch AllgemeinmedizinerInnen bzw. Personen in Ausbildung zur/zum AllgemeinmedizinerIn zugeordnet. Mit großem Abstand folgen die Fachbereiche Anästhesie (8%), Psychiatrie, Chirurgie und Radiologie (je ca. 5%).

Abbildung 10: Verteilung von Berufsgruppen und Fachbereichen der KAV-SpitalsärztInnen, 2012-2015



Anmerkung: Zur besseren Übersichtlichkeit sind die Kategorien „Innere Medizin“ und „ohne permanente Zuordnung“ mit einer abweichenden Skalierung separat dargestellt.

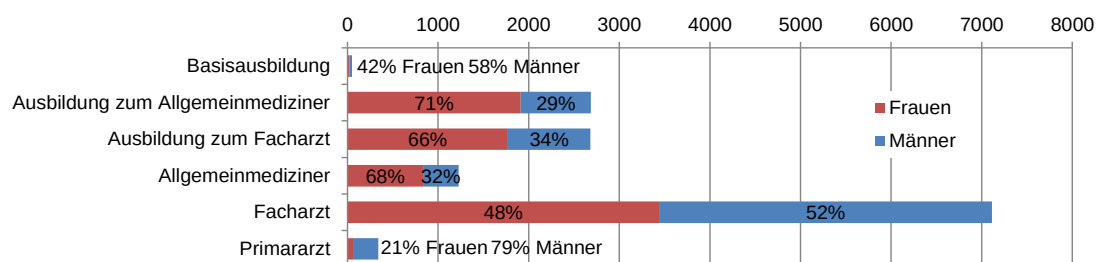
Quelle: IHS (2017)

Die größte **Berufsgruppe** bilden die FachärztInnen mit 50% über den gesamten Beobachtungszeitraum (vgl. Abbildung 11). ÄrztInnen in Ausbildung zur/zum FachärztIn bzw. AllgemeinmedizinerIn machen jeweils 19% der gesamten KAV-SpitalsärztInnen im Datensatz aus, AllgemeinmedizinerInnen ca. 9% und PrimarärztInnen 2%. Die Gruppe der ÄrztInnen in Basisausbildung existiert aufgrund der neu eingeführten Regelung nur für das Jahr 2015 und umfasst 50 Personen. Wie bereits in Kapitel 2.3.3 erwähnt, ist die Gruppe der Ärztlichen DirektorInnen, u.a. aufgrund von Datenlöschungen seitens des KAV, sehr gering besetzt: Über den gesamten Beobachtungszeitraum beinhaltet der Datensatz 17 Beobachtungen zu 5 Individuen.

Unter den FachärztInnen ist die Geschlechterverteilung beinahe ausgeglichen (48% vs. 52%). AllgemeinmedizinerInnen sind mit 68% überwiegend weiblich. Bei den ÄrztInnen in

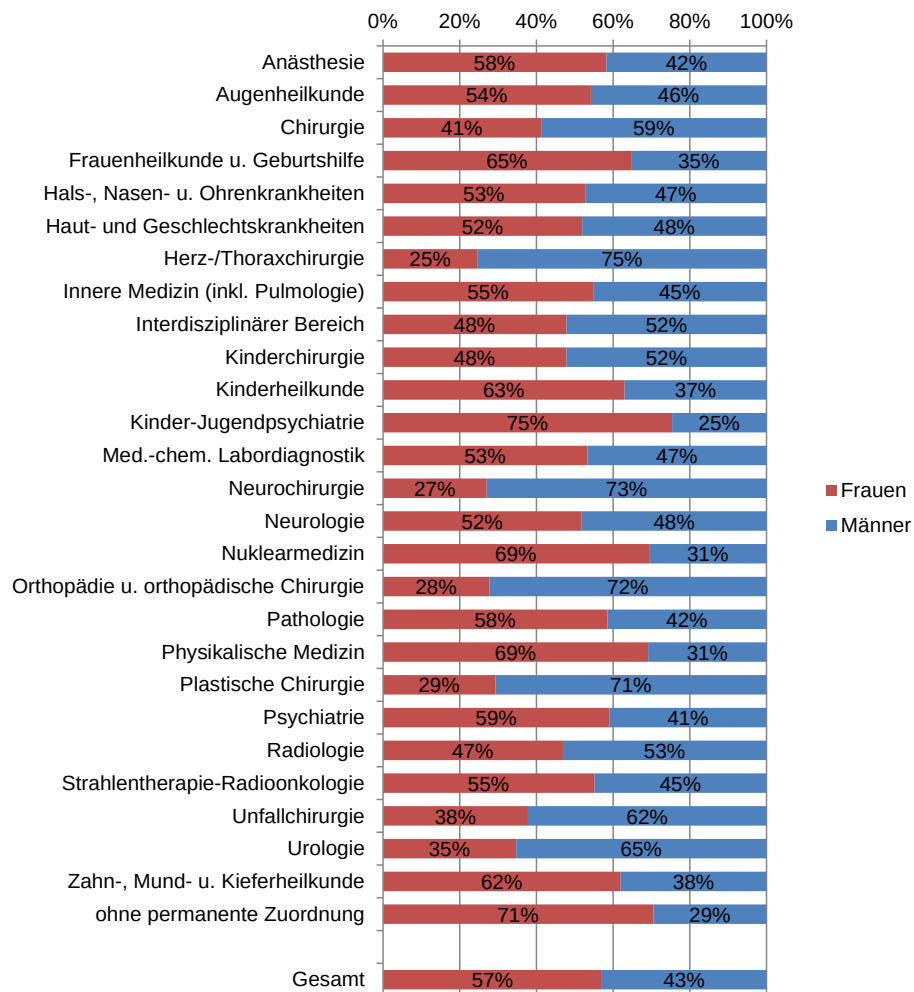
Ausbildung fällt auf, dass der Frauenanteil unter jenen in Ausbildung zur/zum AllgemeinmedizinerIn bzw. FachärztIn mit 71% bzw. 66% relativ hoch liegt, während Frauen bei den 2015 neu hinzugekommenen ÄrztInnen in Basisausbildung mit 42% in der Minderheit sind. Die einzige KAV-Berufsgruppe, in der Männer deutlich in der Mehrheit sind, ist jene der PrimärärztInnen (21% Frauen).

Abbildung 11: Verteilung von Berufsgruppen und Geschlecht der KAV-SpitalsärztInnen, 2012-2015



Quelle: IHS (2017)

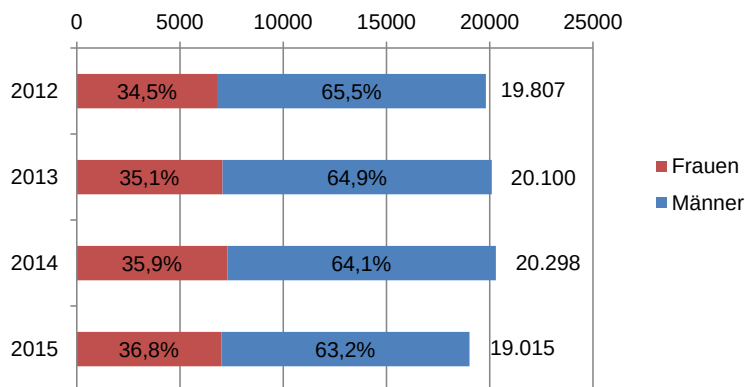
Wie in Abbildung 12 ersichtlich ist, variiert die **Geschlechterverteilung** auch stark zwischen den verschiedenen **Fachbereichen**. Die Fachbereiche mit dem höchsten Frauenanteil sind Kinder- und Jugendpsychiatrie (75%), jene ohne permanente Zuordnung (71%), Nuklearmedizin und Physikalische Medizin (je 69%). Am niedrigsten ist der Frauenanteil in den Fachbereichen Herz-/Thoraxchirurgie (25%), Neurochirurgie (27%), Orthopädie/Orthopädische Chirurgie (28%) und Plastische Chirurgie (29%).

Abbildung 12: Geschlechterverteilung innerhalb der KAV- Fachbereiche, 2012-2015

Quelle: IHS (2017)

3.1.3. Vertrags-/WahlärztInnen

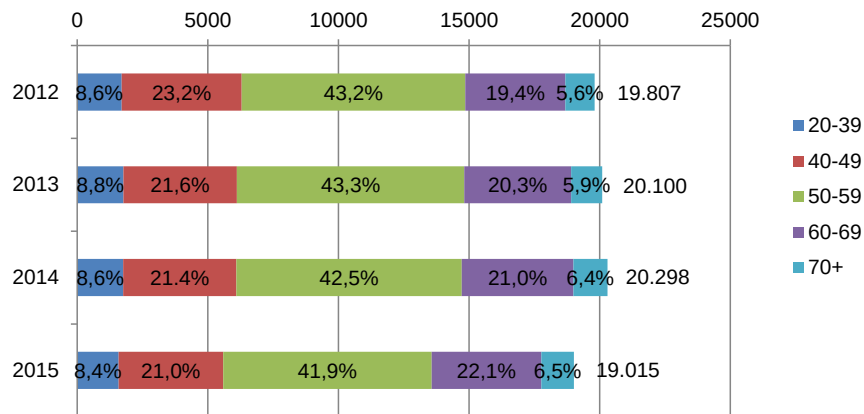
Die Anzahl der Vertrags-/WahlärztInnen im Datensatz stieg zwischen 2012 und 2014 leicht an und ging im Jahr 2015 wieder leicht zurück – im Jahr 2015 waren es 19.015 ÄrztInnen (vgl. Abbildung 13). Der **Frauenanteil** unter den Vertrags-/WahlärztInnen ist, wie bereits erwähnt, deutlich geringer als unter den KAV-SpitalsärztInnen. Im Beobachtungszeitraum stieg er jedoch von 34,5% im Jahr 2012 auf 36,8% im Jahr 2015 an.

Abbildung 13: Anzahl der Vertrags-/WahlärztInnen im Datensatz nach Geschlecht und Jahr

Quelle: IHS (2017)

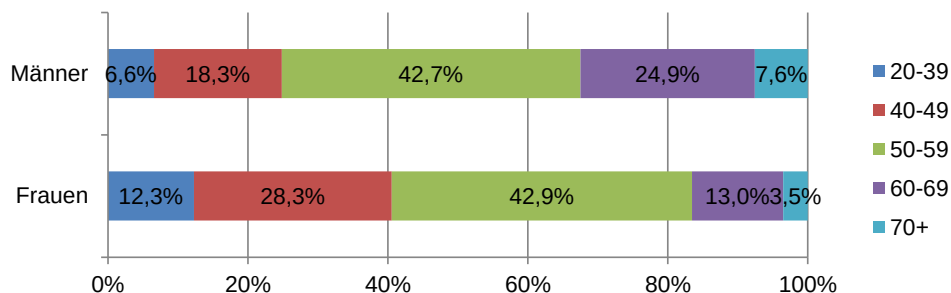
Zu den betrachteten **Altersgruppen** ist anzumerken, dass sich die Einteilung der Altersgruppen in den Detailauswertungen zwischen KAV-SpitalsärztInnen und Vertrags-/WahlärztInnen unterscheidet. Wie bereits in Kapitel 3.1.1 erwähnt, sind KAV-SpitalsärztInnen u.a. aufgrund von Ausbildungs- und Pensionsregelungen im Schnitt jünger als Vertrags-/WahlärztInnen. Auf Anregung seitens des HV wurden daher für die Detailauswertungen der Vertrags-/WahlärztInnen die Altersgruppen 20-29 und 30-39 zu einer Gruppe zusammengefasst und die Altersgruppe der mind. 60-Jährigen aufgeteilt in 60-69 sowie mind. 70-Jährige. Aufgrund einer gesetzlichen Regelung, die vorsieht, dass ab dem Jahr 2019 mit Vollenden des 70. Lebensjahres alle Kassenverträge automatisch enden, erhält die Altersgrenze von 70 Jahren zusätzliche Relevanz.

In Abbildung 14 ist die Altersverteilung unter den Vertrags-/WahlärztInnen für die Jahre 2012-2015 dargestellt. Darin zeigt sich, dass die älteren Altersgruppen (60-69 und 70+) über den Beobachtungsraum relativ zu den jüngeren Altersgruppen geringfügig zulegen.

Abbildung 14: Anzahl der Vertrags-/WahlärztInnen im Datensatz nach Altersgruppen und Jahr

Quelle: IHS (2017)

Ergänzend zeigt Abbildung 15 wiederum die Altersverteilung der Vertrags-/WahlärztInnen nach Geschlecht für den gesamten Beobachtungszeitraum. Ähnlich wie bei den KAV-SpitalsärztInnen ist auch bei den Vertrags-/WahlärztInnen zu erkennen, dass die weiblichen ÄrztInnen im Schnitt jünger sind als ihre männlichen Kollegen. Während insgesamt 40,6% der weiblichen Vertrags-/WahlärztInnen im Datensatz jünger als 50 Jahre sind, sind es bei den Männern nur 24,9%. Umgekehrt sind nur 16,5% der Frauen mind. 60 Jahre alt, aber 32,5% der Männer.

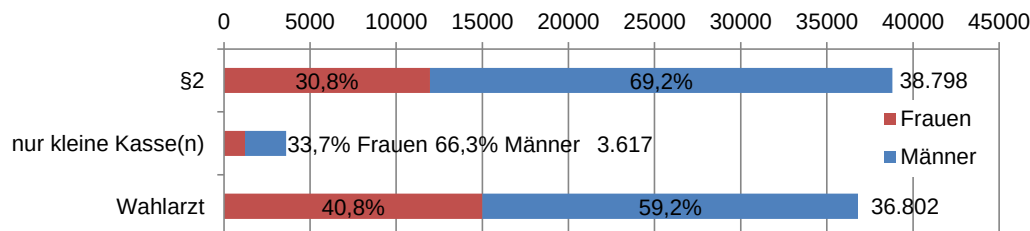
Abbildung 15: Altersverteilung der Vertrags-/WahlärztInnen nach Geschlecht, 2012-2015

Quelle: IHS (2017)

Abbildung 16 zeigt die Geschlechterverteilung nach **Vertragsstatus**. Dabei ist zu beachten, dass die Absolutzahlen sich auf den gesamten Beobachtungszeitraum beziehen und daher einzelne ÄrztInnen mehrmals gezählt werden. Über den Beobachtungszeitraum haben 49% der ÄrztInnen im HV-Datensatz einen § 2-Kassenvertrag, weitere 46% haben den Status eines Wahlarztes und 5% ausschließlich Verträge mit kleinen Kassen. Unter den

WahlärztInnen ist der Frauenanteil mit 41% am höchsten, unter den ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen beträgt er 34% und unter den ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag 31%.

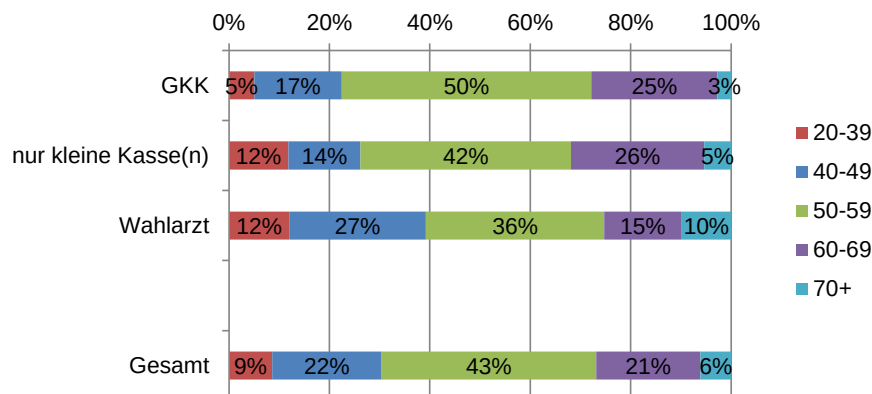
Abbildung 16: Verteilung von Vertragsstatus und Geschlecht der Vertrags-/WahlärztInnen, 2012-2015



Quelle: IHS (2017)

Wie in Abbildung 17 ersichtlich ist, unterscheidet sich auch die Altersverteilung nach Vertragsstatus. Unter WahlärztInnen und ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen ist der Anteil der 20-39-Jährigen mit jeweils 12% deutlich höher als bei den ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag mit 5%. ÄrztInnen, die mind. 70 Jahre alt sind, finden sich v.a. unter den WahlärztInnen – während sie dort 10% ausmachen, sind es bei den ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag bzw. den ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen 3% bzw. 5%.

Abbildung 17: Altersverteilung der Vertrags-/WahlärztInnen nach Vertragsstatus, 2012-2015

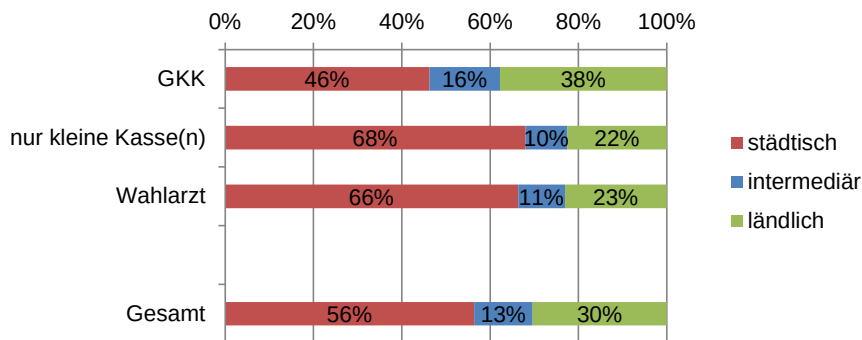


Quelle: IHS (2017)

Abbildung 18 zeigt darüber hinaus die Verteilung des **Urbanisierungsgrades** des Praxissitzes der Vertrags-/WahlärztInnen nach deren Vertragsstatus. Während nur je 22% bzw. 23% der ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen bzw. der WahlärztInnen ihren Praxissitz in einem überwiegend ländlichen Bezirk haben, sind es unter den ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag 38%. Umgekehrt haben weniger als die Hälfte der ÄrztInnen mit § 2-

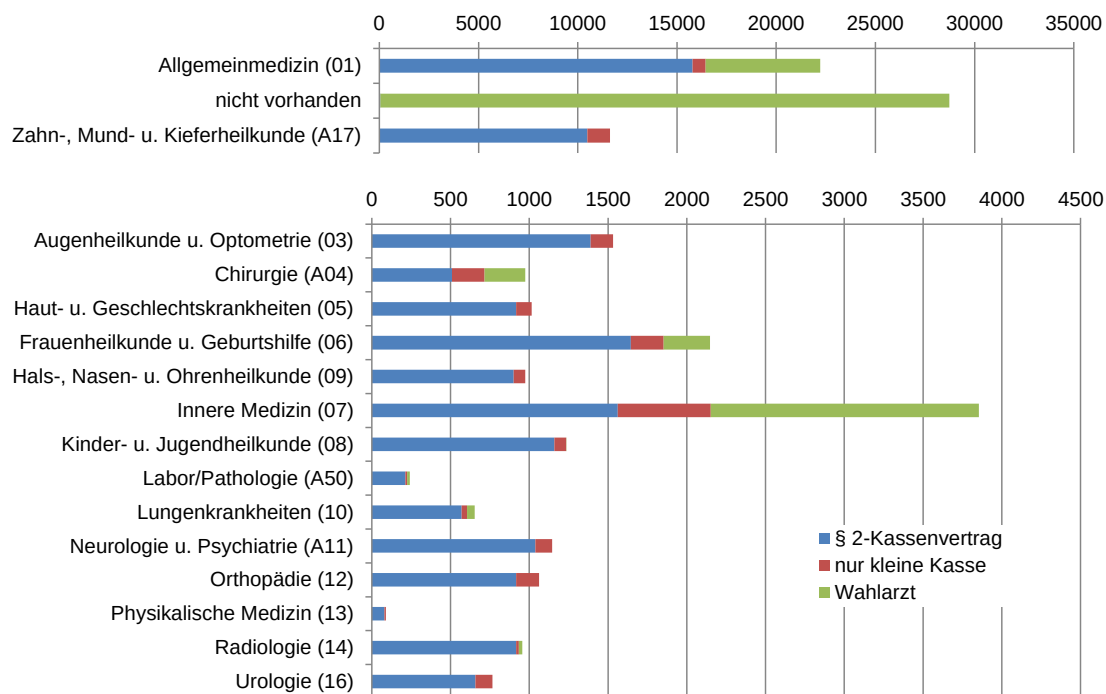
Kassenvertrag ihren Praxissitz in einem überwiegend städtischen Bezirk, bei den ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen bzw. bei den WahlärztInnen sind es je ca. zwei Drittel.

Abbildung 18: Verteilung des Urbanisierungsgrades des Praxissitzes (Bezirk) der Vertrags-/WahlärztInnen nach Vertragsstatus, 2012-2015



Quelle: IHS (2017)

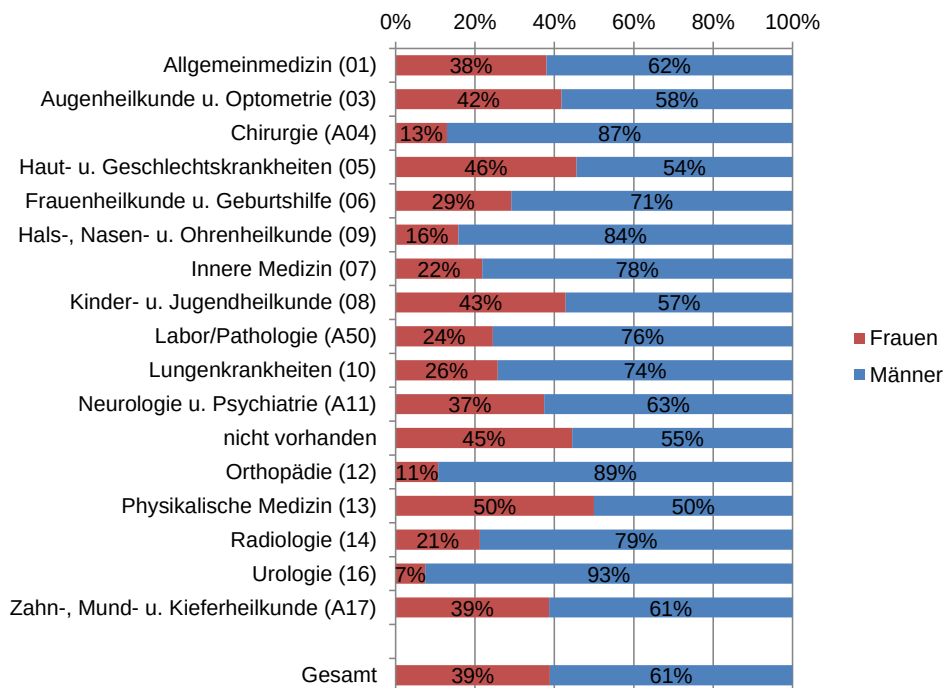
Abbildung 19 zeigt die **Fachgruppenverteilung** der Vertrags-/WahlärztInnen im Datensatz nach **Vertragsstatus**. Dabei ist zu beachten, dass die Fachgruppenklassifikation der niedergelassenen ÄrztInnen sich von jener des KAV unterscheidet. Die größte Gruppe machen mit 36% jene Vertrags-/WahlärztInnen aus, bei denen die Fachgruppenzuordnung unbekannt ist („nicht vorhanden“). Dabei handelt es sich beinahe ausschließlich um WahlärztInnen. AllgemeinmedizinerInnen machen mit 28% die zweitgrößte Fachgruppe aus, gefolgt von Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit 15% und Innerer Medizin mit 5%. Die kleinsten Fachgruppen sind Physikalische Medizin mit nur 90 Beobachtungen im Zeitraum 2012-2015 sowie Labor/Pathologie mit 241 Beobachtungen. Unter den WahlärztInnen liegt für 78% der Beobachtungen im Zeitraum 2012-2015 in den Daten keine Fachgruppenzuordnung vor („nicht vorhanden“). Jene WahlärztInnen, bei denen die Zuordnung bekannt ist, finden sich v.a. in den Fachgruppen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Die Begründung dafür dürfte darin liegen, dass in diesen Fachgruppen vermehrt VU-Verträge bzw. Rezepturbefugnisse vergeben werden, weshalb eine Fachgruppenzuordnung in den HV-Daten erfasst ist. ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen sind v.a. in den Fachgruppen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie Innere Medizin vertreten. Außer im Bereich Innere Medizin bilden ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag in allen Fachgruppen die überwiegende Mehrheit.

Abbildung 19: Verteilung von Fachgruppe und Vertragsstatus der Vertrags-/WahlärztInnen, 2012-2015

Anmerkung: Zur besseren Übersichtlichkeit sind die Kategorien „Allgemeinmedizin“, „nicht vorhanden“ sowie „Zahn-/Mund-/Kieferheilkunde“ mit einer abweichenden Skalierung separat dargestellt. Kategorie „sonstige“ wegen zu geringer Fallzahl (n=2) nicht dargestellt.

Quelle: IHS (2017)

Ähnlich wie bei den KAV-SpitalsärztInnen variiert die **Geschlechterverteilung** innerhalb der **Fachgruppen** auch bei den Vertrags-/WahlärztInnen stark. Relativ hohe Frauenanteile finden sich in den Fachgruppen Physikalische Medizin (50%), Haut- und Geschlechtskrankheiten (46%), Kinder- und Jugendheilkunde (43%) sowie Augenheilkunde und Optometrie (42%). Vergleichsweise gering ist der Frauenanteil in den Fachgruppen Urologie (7%), Orthopädie (11%) und Chirurgie (13%).

Abbildung 20: Geschlechterverteilung innerhalb der HV-Fachgruppen, 2012-2015

Anmerkung: Kategorie „sonstige“ wegen zu geringer Fallzahl (n=2) nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

3.2. Deskriptive Analyse der Einkünfte und des Beschäftigungsmaßes der KAV-SpitalsärztInnen

Nachfolgend werden die vom KAV übermittelten Daten zu den Gehältern der dort beschäftigten ÄrztInnen sowie deren Beschäftigungsmaß deskriptiv analysiert. Auch auf Mehrfachbezüge aus unselbständiger Arbeit wird kurz eingegangen.

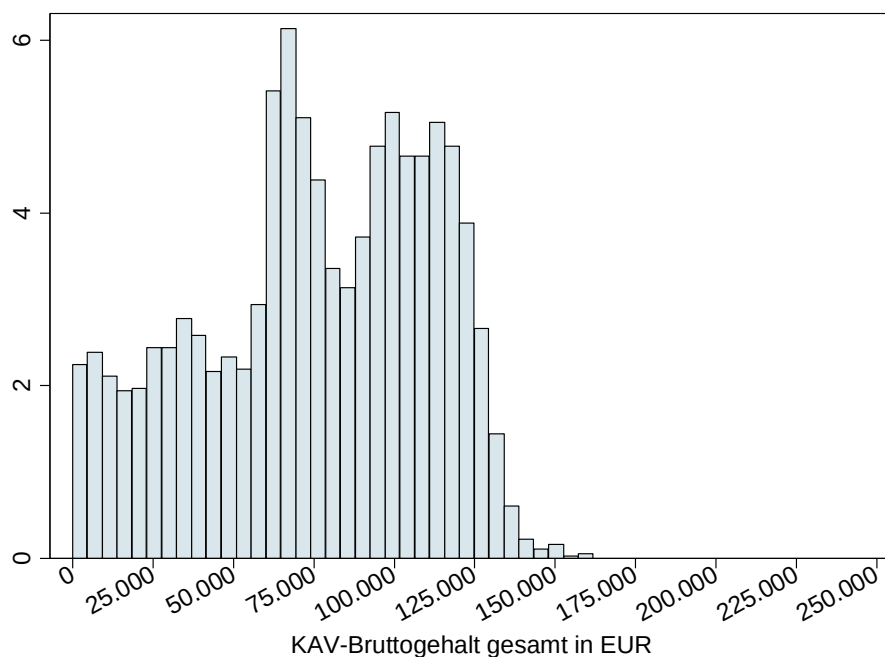
Neben den unten beschriebenen **KAV-Gehältern der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen** wurden auch separate Auswertungen zu den Gehältern der KAV-SpitalsärztInnen gesamt, der vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen (inkl. unterjährige Beschäftigte) sowie der teilzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen (inkl. unterjährige Beschäftigte) durchgeführt. Diese sind im vorliegenden Bericht jedoch nicht dargestellt.

3.2.1. KAV-Bruttogehälter

In Abbildung 21 ist die Verteilung des Bruttojahresgehalts der KAV-SpitalsärztInnen über den gesamten Beobachtungszeitraum abgebildet. Der Median dieser Verteilung liegt bei EUR 73.993, der Mittelwert etwas niedriger bei EUR 71.209. Zur Beschreibung der mittleren

Einkünfte wird im Folgenden bevorzugt der Median verwendet (also jener Wert, unterhalb dessen sich 50% der Beobachtungen befinden), da dieser robuster gegenüber Ausreißern ist.

Abbildung 21: Verteilung des KAV-Bruttojahresgehalts (Summe aus Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen, unbereinigt), 2012-2015



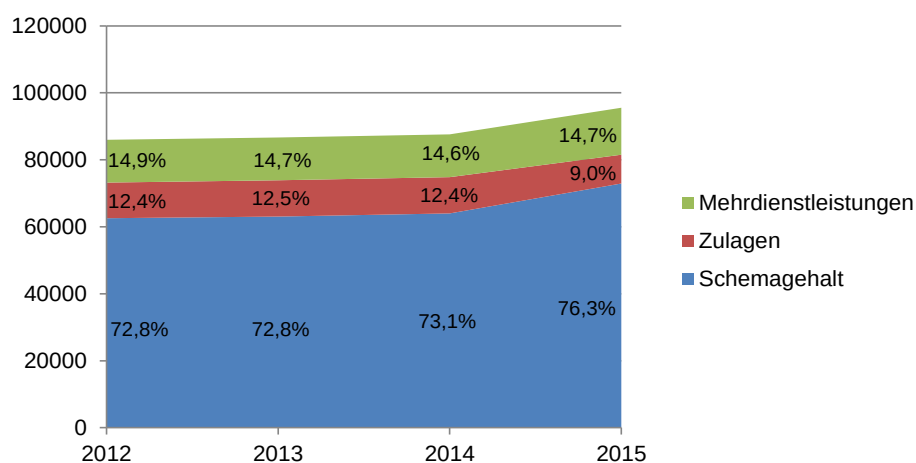
Quelle: IHS (2017)

Die Betrachtung des unbereinigten Bruttojahresgehalts über alle ÄrztInnen hinweg hat jedoch nur eingeschränkte Aussagekraft, da dabei auch die niedrigeren Gehälter von Teilzeitbeschäftigten miteingerechnet werden. Eine Hochrechnung der Teilzeitgehälter auf Vollzeitgehälter würde eine bessere Vergleichbarkeit aller KAV-Gehälter gewährleisten. Wie in Kapitel 2.3.3 erläutert, dürfte die mitgelieferte Variable zum Beschäftigungsmaß fehlerhaft sein und erlaubt daher keine plausible Hochrechnung der Teilzeitgehälter. Aus diesem Grund werden für die nachfolgenden Analysen ausschließlich die Gehälter der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen herangezogen. Die durch diese Einschränkung verursachten Verzerrungen dürften gering sein, da nur etwa ein Zehntel der KAV-SpitalsärztInnen ein Beschäftigungsausmaß von unter 100% aufweist. Eine detaillierte Analyse des Beschäftigungsausmaßes nach verschiedenen Einflussfaktoren folgt in Kapitel 3.2.2.

Das Gehalt, das vom KAV an die dort beschäftigten ÄrztInnen ausbezahlt wird, setzt sich zusammen aus Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen. In Abbildung 22 ist die Zusammensetzung der durchschnittlichen Bruttojahresbezüge der ganzjährig Vollzeitbeschäftigten für die Jahre 2012-2015 dargestellt. Die Grafik zeigt, dass das

Gesamtgehalt über den Beobachtungszeitraum im Schnitt anstieg; speziell ist ein relativ deutlicher Sprung von 2014 auf 2015 zu erkennen. Dieser ist auf einen Anstieg im Schemagehalt zurückzuführen. Während der Anteil der Zulagen an den Gesamtbezügen von 12,4% im Jahr 2014 auf 9,0% im Jahr 2015 zurückging, stieg jener des Schemagehalts von 73,1% auf 76,3% an. Der Anstieg des Schemagehalts überkompensierte den Rückgang der Zulagen, sodass es insgesamt zu einem Anstieg der Gesamtbezüge kam. Auch bei separater Betrachtung einzelner Dienstaltersgruppen zeigt sich dieses Muster.

Abbildung 22: Zusammensetzung der durchschnittlichen Bruttojahresbezüge der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen, 2012-2015



Quelle: IHS (2017)

Ergänzend zeigt Tabelle 9 die Bruttojahresbezüge nach Gehaltsbestandteil der ganzjährig Vollzeitbeschäftigten nach Berufsgruppen und Jahren. Da die Berufsgruppe Basisausbildung (MLV=0) erst im Jahr 2015 eingeführt wurde bzw. die Basisausbildung nur eine Dauer von 9 Monaten aufweist, gibt es keine Individuen mit MLV=0 und ganzjähriger Vollzeitbeschäftigung – die Gruppe ist daher nicht dargestellt. Eine relativ hohe Steigerungsrate der Schemagehälter vom Jahr 2014 auf 2015 ist dabei für alle Berufsgruppen zu beobachten. Gleichzeitig sanken tendenziell die Bezüge für Zulagen und Mehrdienstleistungen, ausgenommen die Mehrdienstleistungen v.a. der Fach- und PrimärärztInnen. Die Gesamtbezüge stiegen im Schnitt bei allen Berufsgruppen an.

Tabelle 9: Mediane Bruttojahresbezüge nach Gehaltsbestandteil und Wachstum in % der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach Berufsgruppen und Jahr

		2012	Wachstum 2012-2013	2013	Wachstum 2013-2014	2014	Wachstum 2014-2015	2015	Wachstum 2012-2015
Allg. Medizin. Ausbildung	Schemagehalt	34.612	0,9%	34.929	2,3%	35.733	23,8%	44.254	27,9%
	Zulagen	11.396	1,4%	11.556	0,5%	11.618	-22,2%	9.044	-20,6%
	Mehrdienstleistungen	13.902	3,0%	14.316	-1,4%	14.121	-11,8%	12.452	-10,4%
	Summe	60.751	0,8%	61.250	0,4%	61.469	7,0%	65.801	8,3%
Facharzt- ausbildung	Schemagehalt	39.080	-0,1%	39.030	2,3%	39.933	20,8%	48.225	23,4%
	Zulagen	11.534	0,5%	11.586	1,2%	11.728	-21,7%	9.184	-20,4%
	Mehrdienstleistungen	13.535	-0,2%	13.510	2,6%	13.867	-0,6%	13.777	1,8%
	Summe	64.892	0,4%	65.165	2,3%	66.690	6,8%	71.255	9,8%
Allgemein- mediziner	Schemagehalt	70.388	0,5%	70.769	1,5%	71.847	13,2%	81.311	15,5%
	Zulagen	10.745	0,7%	10.821	0,1%	10.828	-22,6%	8.378	-22,0%
	Mehrdienstleistungen	12.792	-7,1%	11.885	10,0%	13.071	2,2%	13.355	4,4%
	Summe	92.962	0,7%	93.568	1,9%	95.331	6,4%	101.385	9,1%
Facharzt	Schemagehalt	73.460	1,0%	74.221	1,3%	75.211	14,3%	85.960	17,0%
	Zulagen	11.357	-0,4%	11.314	0,3%	11.347	-19,2%	9.168	-19,3%
	Mehrdienstleistungen	12.173	0,9%	12.281	-2,1%	12.021	28,5%	15.452	26,9%
	Summe	96.294	0,3%	96.575	0,2%	96.778	11,1%	107.488	11,6%
Primararzt	Schemagehalt	102.345	-4,0%	98.266	1,0%	99.256	3,2%	102.421	0,1%
	Zulagen	180	124,4%	404	58,9%	642	54,8%	994	452,2%
	Mehrdienstleistungen	1.597	-8,4%	1.463	7,4%	1.571	30,0%	2.043	27,9%
	Summe	107.439	-0,8%	106.537	0,7%	107.254	5,7%	113.339	5,5%

Quelle: IHS (2017)

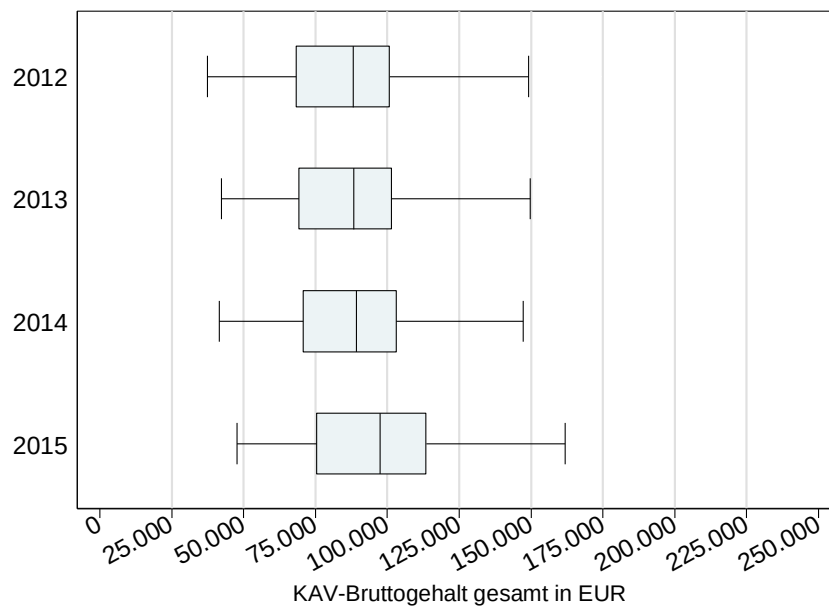
In den nachfolgenden Detailauswertungen wird in erster Linie auf die Summe der einzelnen Bestandteile, also das gesamte Bruttojahresgehalt, eingegangen.

In Abbildung 23 ist das gesamte Bruttojahresgehalt der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen für die Jahre 2012-2015 in Form eines Boxplots¹⁸ dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass Ausreißer oberhalb bzw. unterhalb des „Whiskers“, die für gewöhnlich als Punkte abgebildet werden, in allen nachfolgenden Boxplots nicht dargestellt sind. Dies soll verhindern, dass v.a. auf Basis verkreuzter Variablen Rückschlüsse auf die Identität einzelner ÄrztInnen gezogen werden können. Weiters ist zu beachten, dass in allen nachfolgenden Detailauswertungen die Gruppe der ÄrztInnen in Basisausbildung nicht enthalten ist, da – wie bereits oben erwähnt – für diese Berufsgruppe keine ganzjährige Vollzeitbeschäftigung gegeben ist.

Der Anstieg der Gesamtbezüge zeigt sich auch in dieser Darstellung: Der Median des Bruttojahresgehalts stieg von EUR 88.044 im Jahr 2012 auf EUR 97.508 im Jahr 2015. In den nachfolgenden Gruppenvergleichen wird beispielhaft das Jahr 2015 herangezogen.

¹⁸ Eine Erklärung zu Boxplots findet sich in Anhang A.1.

Abbildung 23: Bruttojahresgehalt (Summe aus Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen) der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach Jahr¹⁹



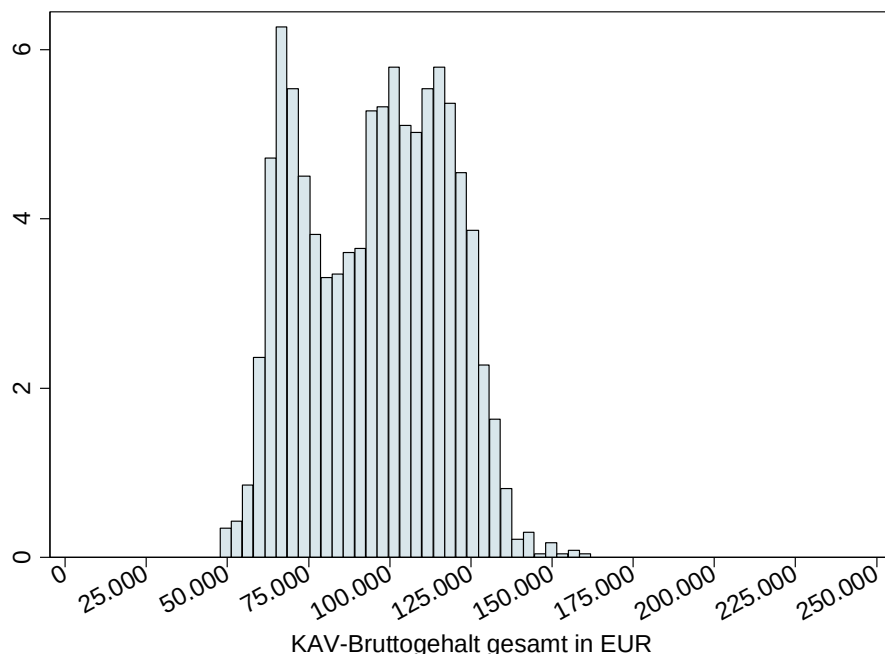
Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Abbildung 24 zeigt die Verteilung des Bruttojahresgehalts für das Jahr 2015 in Form eines Histogramms. Die Gesamtbezüge bewegen sich zwischen EUR 50.000 und EUR 150.000, wobei Häufungen in den Bereichen um EUR 70.000 sowie zwischen EUR 100.000 und EUR 125.000 zu sehen sind.

¹⁹ Bei Betrachtung der Boxplots in diesem und den folgenden Kapiteln ist darauf zu achten, dass die horizontalen Achsen teilweise unterschiedlich skaliert sind. Dies ist den teils stark variierenden Größenordnungen der Einkommensvariablen geschuldet und im Sinne der Lesbarkeit der Grafiken unvermeidbar.

Abbildung 24: Verteilung des Bruttojahresgehalts (Summe aus Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen) der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen, 2015



Quelle: IHS (2017)

KAV-Gehälter nach Geschlecht

57,4% der KAV-SpitalsärztInnen waren im Jahr 2015 weiblich. Bei Betrachtung des KAV-Bruttojahresgehalts nach Geschlecht (vgl. Abbildung 25) zeigt sich ein Unterschied zwischen Männern und Frauen. Bei den Frauen lag der Median 2015 bei EUR 91.937, bei den Männern war er mit EUR 102.426 um mehr als 10% höher.

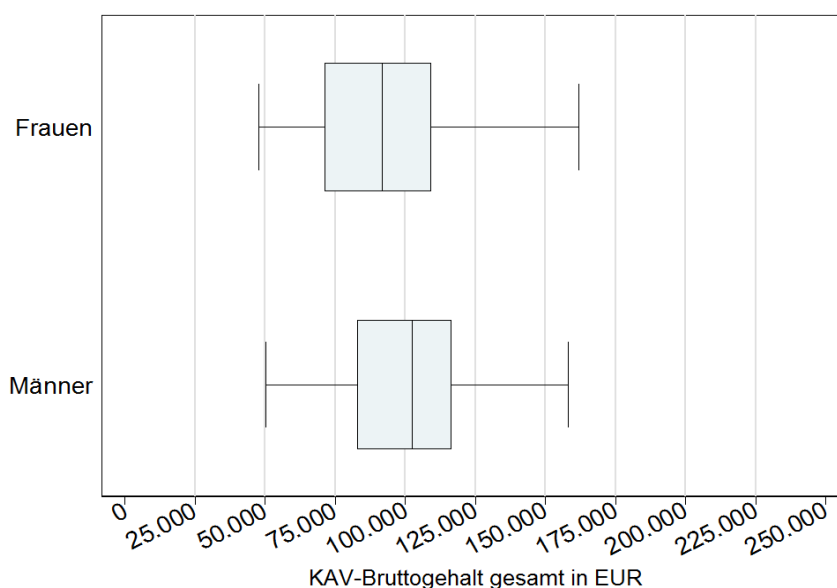
Um genauer zu betrachten, inwiefern die Differenz auf die unterschiedlichen Gehaltsbestandteile zurückzuführen ist, sind in Abbildung 26, Abbildung 27 und Abbildung 28 das Schemagehalt, die Zulagen bzw. die Mehrdienstleistungen nach Geschlecht abgebildet.

Bei den Schemagehältern (vgl. Abbildung 26) betrug der Median für die männlichen KAV-Spitalsärzte im Jahr 2015 EUR 79.250, für ihre weiblichen Kolleginnen EUR 70.343. Teilweise kann diese Differenz durch das im Schnitt höhere Alter bzw. Dienstalter der männlichen KAV-Spitalsärzte erklärt werden, da höheres Alter bzw. Dienstalter mit höheren Gehältern einhergehen (s. unten). Das Medianalter liegt bei den Männern bei 47, bei den Frauen bei 44 Jahren. Beim Dienstalter liegt der Median der Männer in der Gruppe 11-20 Jahre, bei den Frauen in der Gruppe 5-10 Jahre. U.a. aufgrund des höheren Dienstalters weisen Männer im Schnitt auch eine höhere Qualifikation auf. Eine Darstellung der

Altersverteilung der KAV-SpitalsärztInnen nach Geschlecht findet sich in Abbildung 9 in Kapitel 3.1.2.

Die Zulagen (vgl. Abbildung 27) betrugen im Jahr 2015 im Median bei den Männern EUR 9.159, bei den Frauen EUR 8.919. In Bezug auf die Zulagen gibt es also keinen nennenswerten Unterschied zwischen weiblichen und männlichen KAV-SpitalsärztInnen. Bei den Mehrdienstleistungen (vgl. Abbildung 28) fällt die Differenz hingegen wieder etwas größer aus: Der Median lag hier bei den Männern bei EUR 15.136, bei den Frauen bei EUR 13.585.

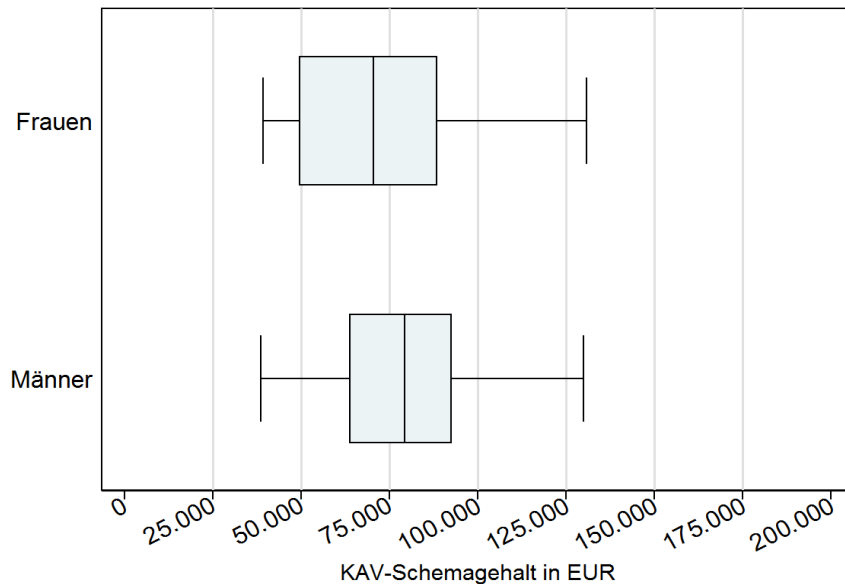
Abbildung 25: Bruttojahresgehalt (Summe aus Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen) der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach Geschlecht, 2015



Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

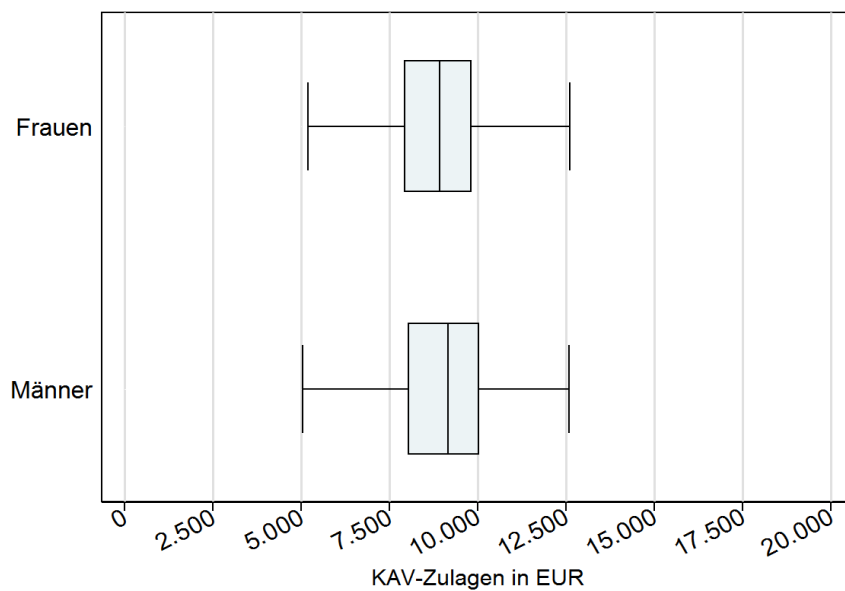
Abbildung 26: Schemagehalt der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach Geschlecht, 2015



Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

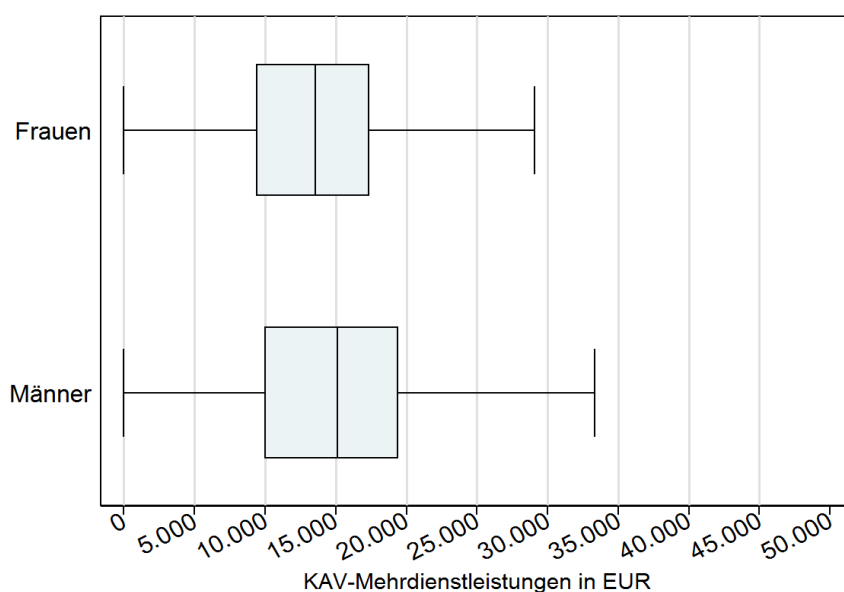
Abbildung 27: Zulagen der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach Geschlecht, 2015



Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Abbildung 28: Mehrdienstleistungen der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach Geschlecht, 2015



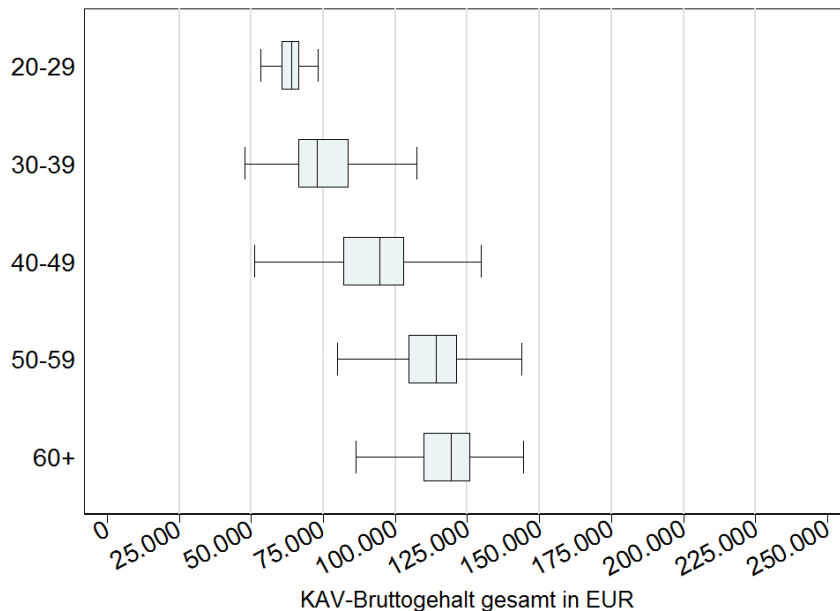
Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

KAV-Gehälter nach Alter

Noch deutlicher fallen die Unterschiede nach Altersgruppen aus (vgl. Abbildung 29). Im Schnitt steigt das Bruttojahresgehalt stark mit dem Alter an. Während der Median bei den 20-29-Jährigen bei EUR 64.028 liegt, beträgt er bei den mind. 60-Jährigen EUR 119.267 (30-39 EUR 64.028, 40-49 EUR 94.440, 50-59 EUR 114.161).

Abbildung 29: Bruttojahresgehalt (Summe aus Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen) der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach Altersgruppen, 2015



Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

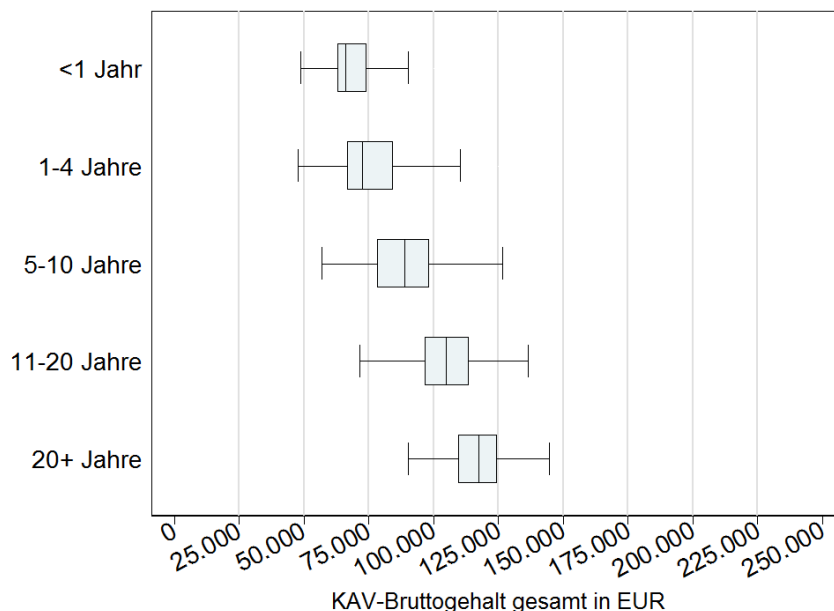
Quelle: IHS (2017)

KAV-Gehälter nach Dienstalter

Ähnlich verhält es sich wenig überraschend mit den Dienstaltersgruppen (vgl. Abbildung 30), wobei die dienstaltersbedingten Vorrückungen im Gehaltsschema hier ausschlaggebend sind. Bei jenen, die seit weniger als einem Jahr beim KAV beschäftigt sind, liegt der Median des Bruttojahresgehalts bei EUR 66.062. Bei jenen, die bereits seit 20 Jahren oder mehr beim KAV beschäftigt sind, liegt er hingegen bei EUR 117.421 (1-4 Jahre EUR 72.509, 5-10 Jahre EUR 88.805, 11-20 Jahre EUR 104.669). Darüber hinaus zeigt die Grafik, dass die Streuung (gemessen am Interquartilsabstand²⁰) in den mittleren Dienstaltersgruppen tendenziell am größten ist.

²⁰ Der Interquartilsabstand bezeichnet die Differenz zwischen dem 3. und dem 1. Quartil. In einem Boxplot kann er an der Länge der Box abgelesen werden.

Abbildung 30: Bruttojahresgehalt (Summe aus Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen) der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach Dienstaltersgruppen, 2015



Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

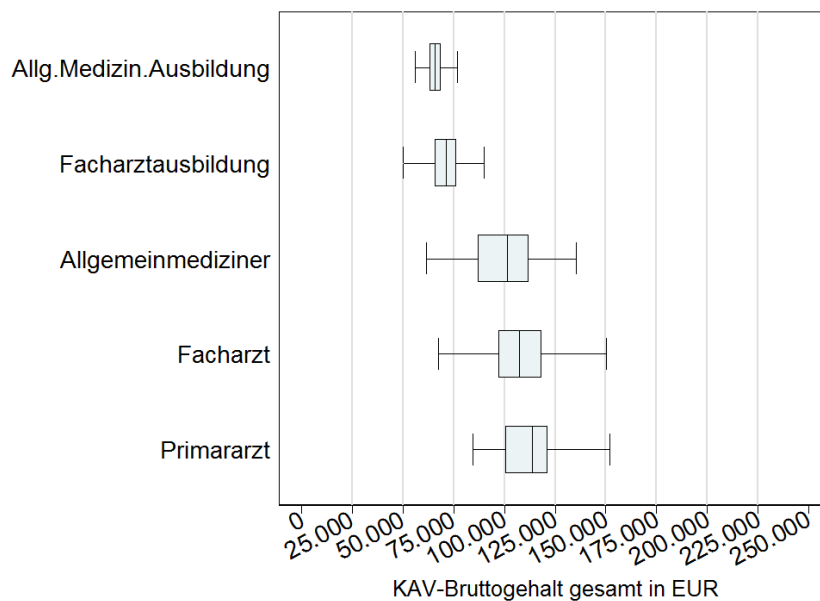
KAV-Gehälter nach KAV-Berufsgruppe

Ein Vergleich des Bruttojahresgehalts nach KAV-Berufsgruppe ist in Abbildung 31 dargestellt. Die Bezüge der ÄrztInnen in Ausbildung (Median EUR 65.780 bei Ausbildung zum/zur AllgemeinmedizinerIn, EUR 71.346 bei Ausbildung zum/zur FachärztIn) liegen erwartungsgemäß deutlich niedriger als jene der anderen Berufsgruppen. Bei PrimärärztInnen beträgt der Median EUR 113.806, bei FachärztInnen EUR 107.488 und bei AllgemeinmedizinerInnen EUR 101.557. Da davon auszugehen ist, dass die Berufsgruppe insbesondere von Relevanz für die Höhe der einzelnen Gehaltsbestandteile ist, zeigen Abbildung 32, Abbildung 33 und Abbildung 34 nachfolgend jeweils den Vergleich nach Berufsgruppe für Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen.

Bei den Schemagehältern ist das Muster jenem der gesamten Bruttojahresgehälter relativ ähnlich, wobei die Sprünge zwischen den ÄrztInnen in Ausbildung und den AllgemeinmedizinerInnen sowie zwischen den FachärztInnen und den PrimärärztInnen noch etwas deutlicher ausfallen. Zulagen und Mehrdienstleistungen hingegen fallen bei allen Berufsgruppen außer den PrimärärztInnen im Schnitt ähnlich hoch aus – die Zulagen bewegen sich im Median um EUR 9.000, die Mehrdienstleistungen zwischen EUR 12.000 und EUR 16.000. Bei den PrimärärztInnen liegen beide Gehaltsbestandteile deutlich

niedriger als bei den anderen Gruppen (Median Zulagen EUR 1.248, Median Mehrdienstleistungen EUR 2.217).

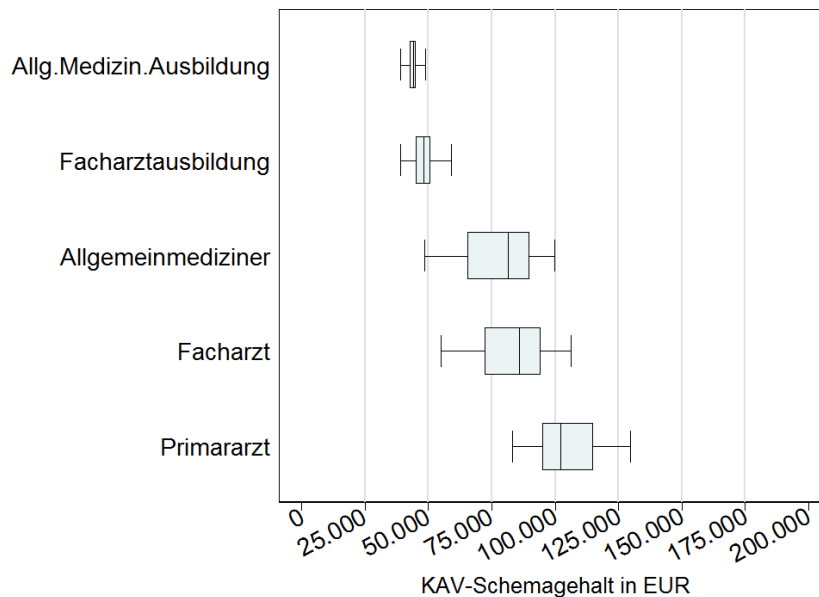
Abbildung 31: Bruttojahresgehalt (Summe aus Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen) der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach KAV-Berufsgruppe, 2015



Anmerkung: Berufsgruppe „Ärztl. Direktor“ wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt; Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

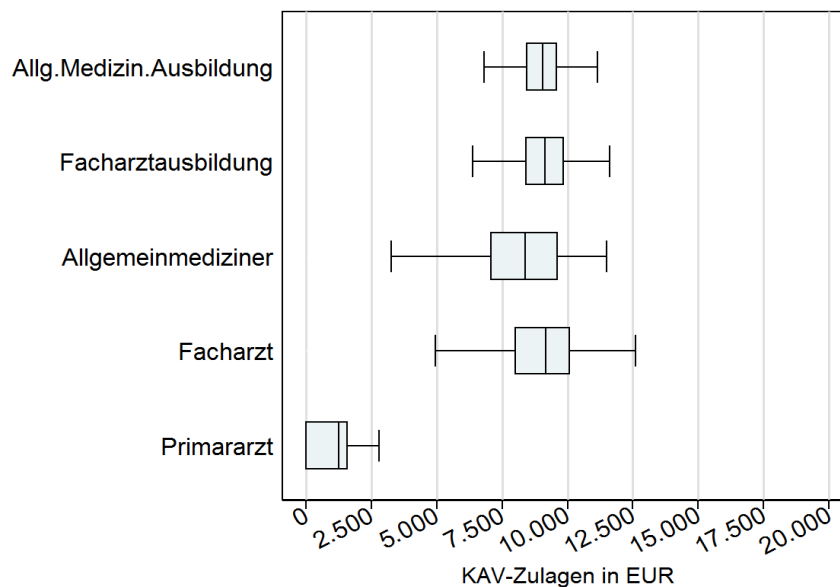
Abbildung 32: Schemagehalt der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach KAV-Berufsgruppe, 2015



Anmerkung: Berufsgruppe „Ärztl. Direktor“ wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt; Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

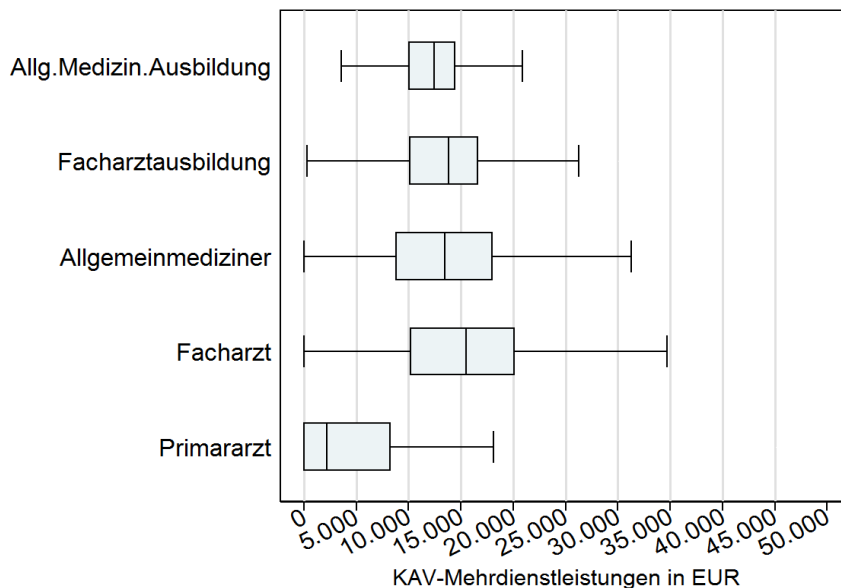
Abbildung 33: Zulagen der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach KAV-Berufsgruppe, 2015



Anmerkung: Berufsgruppe „Ärztl. Direktor“ wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt; Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Abbildung 34: Mehrdienstleistungen der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach KAV-Berufsgruppe, 2015



Anmerkung: Berufsgruppe „Ärztl. Direktor“ wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt; Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

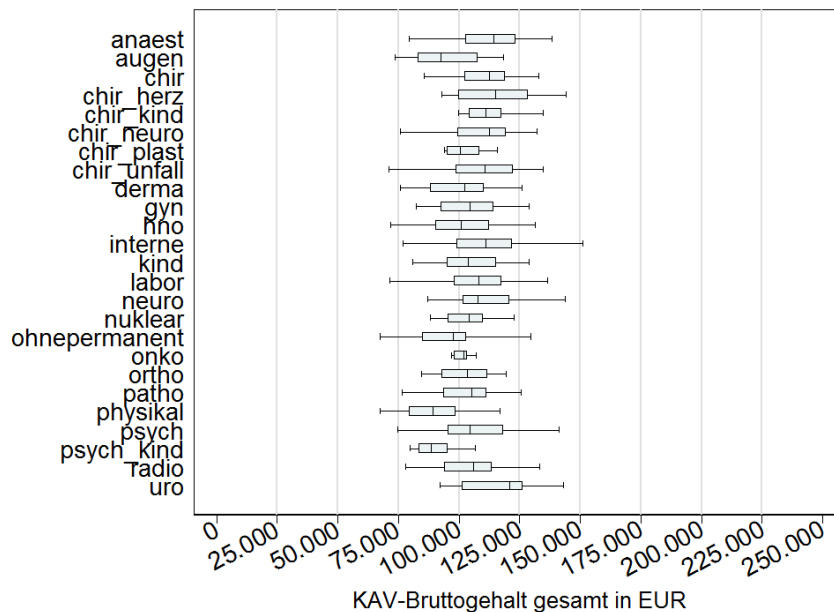
KAV-Gehälter nach KAV-Fachbereich

Bei Betrachtung des Bruttojahresgehalts nach KAV-Fachbereichen zeigt sich, dass jene ÄrztInnen ohne permanente Fachbereichszuordnung mit einem Median von EUR 67.245 die geringsten Bezüge aufweisen. Dabei handelt es sich in erster Linie um ÄrztInnen in Ausbildung, speziell in Ausbildung zum/zur AllgemeinmedizinerIn. Nachfolgend schränken wir die Betrachtung daher auf die Berufsgruppe der FachärztInnen (MLV=4) ein.

Unter den KAV-FachärztInnen erzielen jene im Fachbereich Urologie mit einem Median von EUR 120.732 das höchste Bruttojahresgehalt, gefolgt von den Fachbereichen Herz-/Thoraxchirurgie (EUR 115.119) und Anästhesie (EUR 114.458). Am niedrigsten fällt das Bruttojahresgehalt bei den FachärztInnen der Fachbereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie (EUR 88.678), Physikalische Medizin (EUR 89.286) sowie Augenheilkunde (EUR 92.419) aus (Chirurgie EUR 112.334, Kinderchirurgie EUR 111.220, Neurochirurgie EUR 112.602, Plastische Chirurgie EUR 100.359, Unfallchirurgie EUR 110.785, Haut-/Geschlechtskrankheiten EUR 102.437, Frauenheilkunde/Geburtshilfe EUR 104.359, HNO EUR 100.928, Innere Medizin EUR 110.989, Kinderheilkunde EUR 103.697, Labordiagnostik EUR 107.988, Neurologie EUR 107.960, Nuklearmedizin EUR 104.128, ohne permanente Zuordnung EUR 97.652, Strahlentherapie/Radioonkologie EUR 102.130, Orthopädie/orthopäd. Chirurgie EUR 103.324, Pathologie EUR 105.206, Psychiatrie EUR 104.462, Radiologie EUR 105.860). Die Unterschiede zwischen den Fachbereichen sind

dabei zu einem bedeutenden Anteil auf Unterschiede bei Zulagen bzw. Mehrdienstleistungen zurückzuführen.

Abbildung 35: Bruttojahresgehalt (Summe aus Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen) der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach KAV-Fachbereich (nur KAV-Berufsgruppe FachärztIn), 2015



Anmerkung: Fachbereiche „Interdisziplinär“ und „Zahn-/Mund-/Kieferheilkunde“ wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt; Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

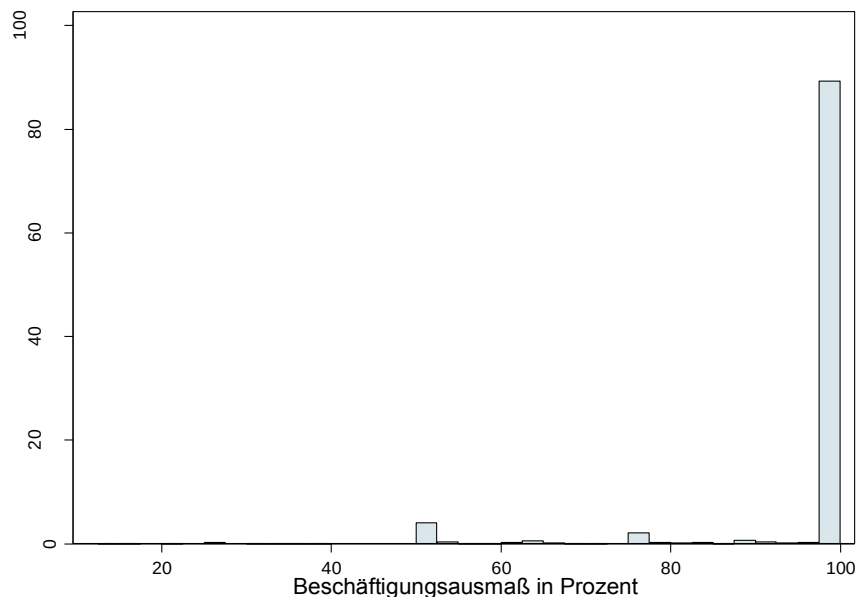
Quelle: IHS (2017)

3.2.2. Beschäftigungsausmaß der KAV-SpitalsärztInnen

Wie in Kapitel 2.3.3 beschrieben, vermuten wir für die Variable *Beschäftigungsausmaß* einen systematischen Fehler bei den Teilzeitbeschäftigten des KAV. Unter der Annahme, dass sich die Systematik des Fehlers über den betrachteten Zeitraum und innerhalb der Alters-, Geschlechter- und Berufsgruppen sowie der Fachbereiche nicht substantiell ändert, können wir dennoch eine Analyse mit qualitativen Aussagen treffen, da sich die Verzerrungen annahmegemäß bei relativer Betrachtung herausmitteln.

Mit 89,2% war im Jahr 2015 die überwiegende Mehrheit der KAV-SpitalsärztInnen vollzeitbeschäftigt (vgl. Abbildung 36). Weitere 4,0% bzw. 2,0% wiesen ein Beschäftigungsausmaß von 50% bzw. 75% auf. Der Mittelwert des Beschäftigungsausmaßes lag im Jahr 2015 bei 96,1%.

Abbildung 36: Verteilung des Beschäftigungsausmaßes der KAV-SpitalsärztInnen, 2015



Quelle: IHS (2017)

Im vorhergehenden Kapitel 3.2.1 wurde ausgeführt, dass es zwischen 2014 und 2015 zu einem deutlichen Anstieg der Schemagehälter der KAV-SpitalsärztInnen kam. Es stellt sich daher die Frage, ob dieser Anstieg zu einer Erhöhung des Beschäftigungsausmaßes führte.

Tabelle 10 zeigt zunächst das durchschnittliche und mediane Beschäftigungsausmaß nach Jahr und Berufsgruppen für Voll- und Teilzeitbeschäftigte. **Trotz Erhöhung** der Bruttojahresbezüge, vor allem im Jahr 2015, **nimmt** das durchschnittliche **Beschäftigungsausmaß tendenziell ab**. Aufgrund des hohen Anteils an Vollzeitbeschäftigten – ersichtlich anhand des medianen Ausmaßes von durchgehend 100% – könnte diese Statistik jedoch durch etwaige Ausreißer verzerrt sein.

Tabelle 10: Medianes und durchschnittliches Jahresbeschäftigungsausmaß in % und Wachstum in % aller KAV-SpitalsärztInnen nach KAV-Berufsgruppen und Jahr

		2012	Wachstum 2012-2013	2013	Wachstum 2013-2014	2014	Wachstum 2014-2015	2015	Wachstum 2012-2015
Basis- ausbildung	Median							100,0	
	Mittelwert							100,0	
Allg.Medizin. Ausbildung	Median	100,0	0,0%	100,0	0,0%	100,0	0,0%	100,0	0,0%
	Mittelwert	99,0	-0,3%	98,7	-0,2%	98,5	-0,2%	98,3	-0,7%
Facharzt- ausbildung	Median	100,0	0,0%	100,0	0,0%	100,0	0,0%	100,0	0,0%
	Mittelwert	99,4	-0,1%	99,3	-0,5%	98,8	-0,6%	98,2	-1,2%
Allgemein- mediziner	Median	100,0	0,0%	100,0	0,0%	100,0	0,0%	100,0	0,0%
	Mittelwert	93,5	-0,1%	93,4	-0,4%	93,0	0,5%	93,5	0,0%
Facharzt	Median	100,0	0,0%	100,0	0,0%	100,0	0,0%	100,0	0,0%
	Mittelwert	95,0	0,1%	95,1	0,0%	95,1	-0,4%	94,7	-0,3%
Primararzt	Median	100,0	0,0%	100,0	0,0%	100,0	0,0%	100,0	0,0%
	Mittelwert	99,5	-0,1%	99,4	0,0%	99,4	0,0%	99,4	-0,1%

Quelle: IHS (2017)

Wir betrachten daher in Tabelle 11 nur das Beschäftigungsausmaß der Teilzeitbeschäftigten. Demnach verzeichneten die ÄrztInnen in Ausbildung insgesamt (MLV=1 bzw. 2) eine ausgeprägte **Zunahme** des medianen Beschäftigungsausmaßes im Jahr 2015; es erreicht jedoch bei den zur FachärztIn Auszubildenden (MLV=2) nicht wieder das Niveau von 2012. Bei den AllgemeinmedizinerInnen (MLV=3) bleibt das mediane Beschäftigungsausmaß während der betrachteten Zeitperiode konstant; hingegen nimmt das durchschnittliche Beschäftigungsausmaß ausgehend von 58,1% seit 2012 ab und steigt im Jahr 2015 wieder auf 60,4% an. Bei den FachärztInnen (MLV=4) steigt das durchschnittliche Ausmaß kontinuierlich von 59,7% im Jahr 2012 auf 62,7% im Jahr 2015 an.

Tabelle 11: Medianes und durchschnittliches Jahresbeschäftigungsausmaß in % und Wachstum in % der (unter- und ganzjährig) teilzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen nach Berufsgruppen und Jahr

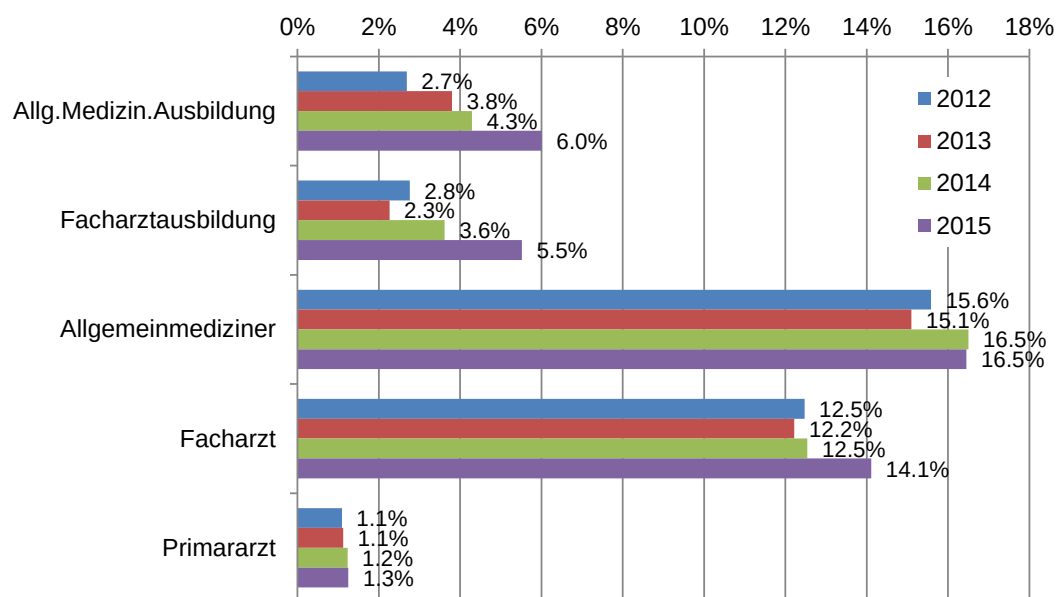
		2012	Wachstum 2012-2013	2013	Wachstum 2013-2014	2014	Wachstum 2014-2015	2015	Wachstum 2012-2015
Allg.Medizin. Ausbildung	Median	62,5	3,4%	64,6	-3,3%	62,5	20,0%	75,0	20,0%
	Mittelwert	64,5	2,2%	65,9	-2,0%	64,6	11,1%	71,8	11,3%
Facharzt- ausbildung	Median	81,5	-18,2%	66,7	-11,4%	59,1	20,3%	71,1	-12,8%
	Mittelwert	76,4	-10,5%	68,4	-1,3%	67,5	1,0%	68,2	-10,7%
Allgemein- mediziner	Median	50,0	0,0%	50,0	0,0%	50,0	0,0%	50,0	0,0%
	Mittelwert	58,1	-3,6%	56,0	3,0%	57,7	4,7%	60,4	4,0%
Facharzt	Median	50,0	0,0%	50,0	8,4%	54,2	10,7%	60,0	20,0%
	Mittelwert	59,7	0,5%	60,0	2,0%	61,2	2,5%	62,7	5,0%
Primararzt	Median	50,0	0,0%	50,0	0,0%	50,0	0,0%	50,0	0,0%
	Mittelwert	50,0	0,0%	50,0	0,0%	50,0	0,0%	50,0	0,0%

Quelle: IHS (2017)

Abbildung 37 zeigt den Anteil der Teilzeitbeschäftigten nach Berufsgruppen im Zeitverlauf. Der zu beobachtende **Anstieg des Teilzeitanteils** in fast allen Berufsgruppen

(ausgenommen AllgemeinmedizinerInnen) erklärt den Anstieg des Beschäftigungsausmaßes der Teilzeitbeschäftigten bei gleichzeitig abnehmenden durchschnittlichen Beschäftigungsausmaßen der gesamten KAV-SpitalsärztInnenschaft; denn im Beobachtungszeitraum nahm die absolute Zahl der Teilzeitbeschäftigten in fast allen Berufsgruppen stärker zu als die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten. Offensichtlich erhöhten die bereits im KAV tätigen Teilzeitbeschäftigten deren Beschäftigungsausmaß und/oder trat das neue, teilzeitbeschäftigte ärztliche Personal bereits mit überdurchschnittlichem Beschäftigungsausmaß ein. So nahm bspw. die Zahl der teilzeitbeschäftigten FachärztInnen im Jahr 2015 um 14,5% auf 260 Personen zu, während die der Vollzeitbeschäftigten nur um 1,7% auf 1.841 Personen anwuchs. Der relative Zuwachs bei den teilzeitbeschäftigten ÄrztInnen in Ausbildung zum/zur AllgemeinmedizinerIn (MLV=1) fiel deswegen so hoch aus, weil im Jahr 2015 auszubildende ÄrztInnen zu Beginn in eine neu geschaffene Berufsgruppe aufgenommen wurden (Basisausbildung, MLV=0) und somit nicht mehr der Berufsgruppe MLV=1 zugerechnet wurden.

Abbildung 37: Anteil der Teilzeitbeschäftigten in % nach Berufsgruppen und Jahr



Anmerkung: Berufsgruppe „Ärztl. Direktor“ wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Im Folgenden beschränken wir die deskriptive Analyse des Beschäftigungsausmaßes auf AllgemeinmedizinerInnen AM, FachärztInnen FA und PrimärärztInnen PA (MLV= 3, 4 bzw. 5), da diese Berufsgruppen für extramurale Nebentätigkeiten in Frage kommen. Wir vermuten, dass bspw. das Führen einer Wahlarztordination einen signifikanten Effekt auf das Beschäftigungsausmaß von KAV-SpitalsärztInnen ausübt.

Tabelle 12 zeigt das Beschäftigungsausmaß der (unter- und ganzjährig) **teilzeitbeschäftigten** KAV-SpitalsärztInnen (AM, FA, PA) nach **extramuraler Nebentätigkeit** im Zeitverlauf. Extramurale Tätigkeit ist dabei definiert als Erfassung als Vertrags- oder WahlärztIn in den HV-Daten bei gleichzeitigem Vorliegen von relevanten ärztl. Einkünften aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb nach enger NACE-Auswahl (vgl. Kapitel 2.5). Während das mediane Beschäftigungsausmaß im Beobachtungszeitraum 2012 bis 2015 bei den extramural tätigen Teilzeit-KAV-SpitalsärztInnen konstant 50% betrug und deren Anzahl stagnierte, stieg im gleichen Zeitraum das mediane Beschäftigungsausmaß der **nicht** extramural tätigen Teilzeit-KAV-SpitalsärztInnen um 18,0% auf 70,8% und die Anzahl um 35,0% auf 193 an.

Tabelle 12: Medianes und durchschnittliches Jahresbeschäftigungsausmaß in % sowie Anzahl und Wachstum in % der (unter- und ganzjährig) teilzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach extramuraler Nebentätigkeit und Jahr

		2012	Wachstum 2012-2013	2013	Wachstum 2013-2014	2014	Wachstum 2014-2015	2015	Wachstum 2012-2015
nicht extramural tätig	Median	60,0	-9,7%	54,2	15,3%	62,5	13,3%	70,8	18,0%
	Mittelwert	64,1	-0,9%	63,5	1,1%	64,2	3,3%	66,3	3,4%
	n	143	1,4%	145	5,5%	153	26,1%	193	35,0%
extramural tätig	Median	50,0	0,0%	50,0	0,0%	50,0	0,0%	50,0	0,0%
	Mittelwert	53,7	0,4%	53,9	3,9%	56,0	-0,4%	55,8	3,9%
	n	120	-5,0%	114	0,0%	114	4,4%	119	-0,8%

Quelle: IHS (2017)

Erwähnenswert ist, dass die Anzahl der extramural tätigen **Vollzeit**-KAV-SpitalsärztInnen im Jahr 2015 mit 549 Personen nach einem zwischenzeitlichen Anstieg unter das Niveau des Jahres 2012 fiel (vgl. Tabelle 13) und dass im Jahr 2015 rund 80% (= 549 von 687) der extramural tätigen KAV-SpitalsärztInnen ein Beschäftigungsausmaß von 100% aufweisen.

Tabelle 13: Anzahl und Wachstum in % der (unter- und ganzjährig) vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach extramuraler Nebentätigkeit und Jahr

		2012	Wachstum 2012-2013	2013	Wachstum 2013-2014	2014	Wachstum 2014-2015	2015	Wachstum 2012-2015
nicht extramural tätig	n	1.248	1,1%	1.262	3,2%	1.303	5,3%	1.372	9,9%
extramural tätig	n	605	0,7%	609	0,3%	611	-10,1%	549	-9,3%

Quelle: IHS (2017)

Wir schließen daraus, dass die in Tabelle 11 zu beobachtende Steigerung des durchschnittlichen Beschäftigungsausmaßes der Teilzeitbeschäftigten durch die Zunahme der nicht extramural tätigen Teilzeit-KAV-SpitalsärztInnen verursacht wird. Ob diese vor allem

für das Jahr 2015 feststellbare Entwicklung auf die Erhöhung der Schemagehälter oder auf andere exogene Faktoren zurückzuführen ist, ist anhand der deskriptiven Analyse nicht identifizierbar. Im Folgenden beschreiben wir weitere mögliche Einflussfaktoren auf das Beschäftigungsausmaß.

Beschäftigungsausmaß nach Geschlecht

Generell sind weibliche KAV-Spitalsärztinnen deutlich häufiger teilzeitbeschäftigt als ihre männlichen Kollegen. Im Jahr 2015 betrug der Anteil der (unter- und ganzjährig) Teilzeitbeschäftigten in den Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn und PrimärärztIn unter den Frauen 18,4%, während er unter den Männern 9,2% betrug.

Während die Zahl der männlichen vollzeitbeschäftigten KAV-Spitalsärzte der Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn und PrimärärztIn im Beobachtungszeitraum von 994 auf 977 Personen leicht zurückging, stieg die Anzahl der weiblichen vollzeitbeschäftigten KAV-Spitalsärztinnen im selben Zeitraum um 10% auf 944 an. Damit erhöhte sich der weibliche Anteil unter den vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen von 46,4% im Jahr 2012 auf 49,1% im Jahr 2015.

Tabelle 14: Anzahl und Wachstum in % der (unter- und ganzjährig) vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach Geschlecht und Jahr

	2012	Wachstum 2012-2013	2013	Wachstum 2013-2014	2014	Wachstum 2014-2015	2015	Wachstum 2012-2015
Frauen	859	1,3%	870	6,9%	930	1,5%	944	9,9%
Männer	994	0,7%	1.001	-1,7%	984	-0,7%	977	-1,7%

Quelle: IHS (2017)

Bei den teilzeitbeschäftigten KAV-Spitalsärztinnen der Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn und PrimärärztIn fiel die Steigerung noch höher aus: von 61,6% Anteil (162 Personen) im Jahr 2012 auf 68,3% (213 Personen) im Jahr 2015. Im selben Zeitraum stagnierte die Zahl der männlichen teilzeitbeschäftigten KAV-Spitalsärzte in etwa.

Tabelle 15: Medianes und durchschnittliches Jahresbeschäftigungsausmaß in % sowie Anzahl und Wachstum in % der (unter- und ganzjährig) teilzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach Geschlecht und Jahr

		2012	Wachstum 2012-2013	2013	Wachstum 2013-2014	2014	Wachstum 2014-2015	2015	Wachstum 2012-2015
Frauen	Median	50,0	0,0%	50,0	0,0%	50,0	20,0%	60,0	20,0%
	Mittelwert	60,3	1,7%	61,3	0,8%	61,8	3,7%	64,1	6,3%
	n	162	6,2%	172	8,1%	186	14,5%	213	31,5%
Männer	Median	50,0	0,0%	50,0	0,0%	50,0	0,0%	50,0	0,0%
	Mittelwert	57,8	-4,5%	55,2	4,7%	57,8	0,7%	58,2	0,7%
	n	101	-13,9%	87	5,7%	92	7,6%	99	-2,0%

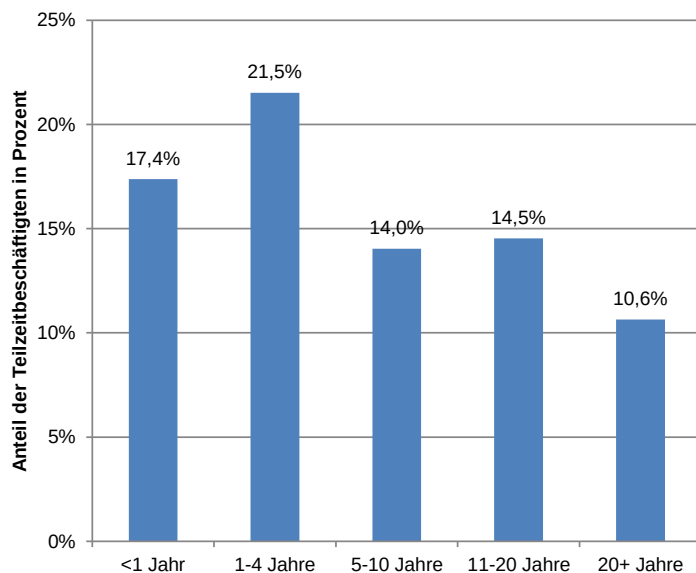
Quelle: IHS (2017)

Das Beschäftigungsausmaß der weiblichen teilzeitbeschäftigten Ärztinnen der Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn und PrimärärztIn liegt tendenziell über dem der männlichen Ärzte dieser Berufsgruppen. Auffallend ist der Anstieg des medianen und durchschnittlichen Beschäftigungsausmaßes im Jahr 2015 v.a. bei den Ärztinnen.

Beschäftigungsausmaß und Dienstalter

Am höchsten ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigten unter den KAV-SpitalsärztInnen der Dienstaltersgruppe 1-4 Jahre (eingeschränkt auf Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) – im Jahr 2015 betrug er 21,5% (vgl. Abbildung 38). Vergleichsweise gering ist er mit 10,6% bei den ÄrztInnen mit einem Dienstalter von mind. 20 Jahren.

Abbildung 38: Anteil der (unter- und ganzjährig) teilzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach Dienstalter, 2015



Anmerkung: Berufsgruppe „ÄrztIn. DirektorIn“ wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Wie aus Tabelle 16 sowie Tabelle 17 hervorgeht, verteilen sich sowohl die Teil- als auch Vollzeitbeschäftigten nicht gleichmäßig über die Dienstaltersklassen. Die höchste Anzahl an Vollzeit-KAV-SpitalsärztInnen der Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn und PrimärärztIn ist in der höchsten Dienstaltersklasse (20+) zu finden, während dies für die Teilzeit-KAV-SpitalsärztInnen die Dienstaltersklasse 11-20 Jahre betrifft.

Über den Zeitverlauf betrachtet steigen die Personenzahlen in den jeweiligen Dienstaltersklassen tendenziell, ausgenommen die der 11-20 Dienstjahre bei den Vollzeit-KAV-SpitalsärztInnen sowie der unter 1 Dienstjahren bei den Teilzeit-KAV-SpitalsärztInnen.

Die medianen und durchschnittlichen Beschäftigungsausmaße für Teilzeitbeschäftigte der diversen Dienstaltersklassen ähneln sich und liegen großteils zwischen 50% und 60%. Eine Zunahme größeren Ausmaßes ist nur im Jahr 2015 in der Dienstaltersklasse 20+ zu beobachten, in der das mediane Beschäftigungsausmaß um rund 21 Prozentpunkte auf 75% stieg.

Tabelle 16: Anzahl und Wachstum in % der (unter- und ganzjährig) vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach Dienstalter und Jahr

	2012	Wachstum 2012-2013	2013	Wachstum 2013-2014	2014	Wachstum 2014-2015	2015	Wachstum 2012-2015
<1 Jahr	99	-3,0%	96	14,6%	110	25,5%	138	39,4%
1-4 Jahre	168	7,7%	181	2,2%	185	0,5%	186	10,7%
5-10 Jahre	286	5,6%	302	13,9%	344	-2,0%	337	17,8%
11-20 Jahre	628	-8,8%	573	-4,2%	549	-3,6%	529	-15,8%
20+ Jahre	672	7,0%	719	1,0%	726	0,7%	731	8,8%

Quelle: IHS (2017)

Tabelle 17: Medianes und durchschnittliches Jahresbeschäftigungsausmaß in % sowie Anzahl und Wachstum in % der (unter- und ganzjährig) teilzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach Dienstalter und Jahr

		2012	Wachstum 2012-2013	2013	Wachstum 2013-2014	2014	Wachstum 2014-2015	2015	Wachstum 2012-2015
<1 Jahr	Median	50,0	0,0%	50,0	2,6%	51,3	23,8%	63,5	27,0%
	Mittelwert	55,7	6,5%	59,3	0,7%	59,7	4,0%	62,1	11,5%
	n	36	-25,0%	27	-3,7%	26	11,5%	29	-19,4%
1-4 Jahre	Median	50,0	0,0%	50,0	0,0%	50,0	8,4%	54,2	8,4%
	Mittelwert	62,5	-5,1%	59,3	2,5%	60,8	0,7%	61,2	-2,1%
	n	35	11,4%	39	7,7%	42	21,4%	51	45,7%
5-10 Jahre	Median	50,0	0,0%	50,0	0,0%	50,0	0,0%	50,0	0,0%
	Mittelwert	62,0	-3,5%	59,8	0,7%	60,2	3,7%	62,4	0,6%
	n	41	0,0%	41	9,8%	45	22,2%	55	34,1%
11-20 Jahre	Median	50,0	0,0%	50,0	0,0%	50,0	8,4%	54,2	8,4%
	Mittelwert	57,7	0,3%	57,9	6,0%	61,4	1,6%	62,4	8,1%
	n	86	-1,2%	85	-1,2%	84	7,1%	90	4,7%
20+ Jahre	Median	61,5	-2,4%	60,0	-9,7%	54,2	38,4%	75,0	22,0%
	Mittelwert	60,2	0,8%	60,7	-1,3%	59,9	4,8%	62,8	4,3%
	n	65	3,1%	67	20,9%	81	7,4%	87	33,8%

Quelle: IHS (2017)

Beschäftigungsausmaß und Fachbereich

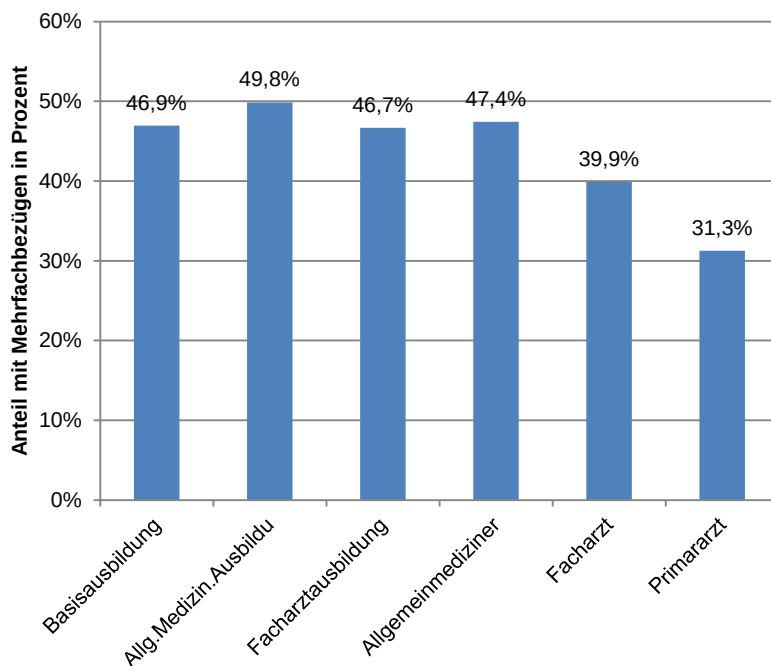
Aufgrund der zahlreichen Fachbereiche sinkt die Zellenbesetzung stark ab und eine detaillierte Darstellung ist nicht sinnvoll. Erwähnenswert ist der Zuwachs an teilzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen der Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn und PrimärärztIn um rund 38% sowie die Zunahme des Beschäftigungsausmaßes (Median um 25, Durchschnitt um 12,3 Prozentpunkte) in den Abteilungen der Inneren Medizin. Bei den vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen der betrachteten Berufsgruppen legte die Kategorie „ohne permanente Zuordnung“ überproportional stark zu.

3.2.3. Mehrfachbezüge aus unselbständiger Arbeit

Wie eine separate Betrachtung der L16-Bruttobezüge der KAV-SpitalsärztInnen zeigt (nicht dargestellt), liegen die KAV-Gehälter im Schnitt unter den L16-Bruttobezügen. Diese Tatsache deutet darauf hin, dass ein gewisser Anteil der KAV-SpitalsärztInnen neben der Tätigkeit beim KAV weitere unselbständige Tätigkeiten ausübt. Daher unterscheiden wir im Folgenden die Individuen zwischen solchen mit alleiniger KAV-Beschäftigung und solchen mit Mehrfachbezügen, wobei letztere auch Pensionsbezüge umfassen. Eine entsprechende Information zur Anzahl der lohnauszahlenden Stellen ist den BMF-Daten zu entnehmen.

Abbildung 39 zeigt den Anteil der KAV-SpitalsärztInnen mit Mehrfachbezügen aus unselbständiger Arbeit nach Berufsgruppe für das Jahr 2015. Bei den ÄrztInnen in Ausbildung sowie den AllgemeinmedizinerInnen liegt dieser Anteil jeweils knapp unter 50%. Von den FachärztInnen weisen ca. 40% Mehrfachbezüge auf, bei den PrimärärztInnen sind es ca. 31%.

Abbildung 39: Anteil der KAV-SpitalsärztInnen mit Mehrfachbezügen aus unselbständiger Arbeit nach KAV-Berufsgruppe, 2015



Anmerkung: Berufsgruppe „Ärztl. Direktor“ wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Bei den ganzjährig beim KAV beschäftigten ÄrztInnen mit Mehrfachbezügen beträgt die Differenz zwischen den L16-Bruttobezügen und dem KAV-Bruttojahresgehalt im Median EUR 1.625; der Mittelwert der Differenz liegt bei EUR 4.695. Bei den meisten KAV-SpitalsärztInnen mit Mehrfachbezügen fallen diese demnach relativ gering aus.

3.2.4. Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen auf Basis der BMF-Daten

Nachdem in Kapitel 3.2.1 die vom KAV ausbezahlten Gehälter der KAV-SpitalsärztInnen analysiert wurden, werden im folgenden Kapitel die Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen auf Basis der vom BMF zur Verfügung gestellten Lohn- und Einkommensdaten untersucht. Neben den KAV-Gehältern sind darin auch die anderen relevanten Einkünfte aus ärztl. Tätigkeit (vgl. Kapitel 2.5.3) enthalten. Bei den KAV-SpitalsärztInnen sind diesbezüglich neben Einkünften aus Praxistätigkeit u.a. auch Sonderklasseentgelte relevant.

Dabei ist zu beachten, dass die Einkünfte aus unselbständiger Arbeit (UA) in der Analyse der BMF-Daten bereits abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge angeführt sind, um sie mit den Einkünften aus SA/GW vergleichbar zu machen (vgl. Kapitel 2.5.3). Sie fallen daher deutlich niedriger aus als die KAV-Bruttojahresgehälter (der ganzjährig Vollzeitbeschäftigten), die in Kapitel 3.2.1 beschrieben wurden.

Während von uns zwar Auswertungen zu diversen Einkunftsarten durchgeführt wurden, liegt der Fokus der Auswertungen in diesem Kapitel auf den **relevanten ärztlichen Einkünften aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb** (EinzelunternehmerInnen und Personengesellschaften) und den **Einkünften aus unselbständiger Arbeit** bzw. im Speziellen auf der **Summe** aus diesen beiden Einkunftsarten. Zudem wird ausschließlich auf die Einkünfte nach **enger NACE-Auswahl** eingegangen (vgl. Kapitel 2.5.1 zur Erklärung der NACE-Auswahl) – die Einkünfte nach breiter NACE-Auswahl wurden ebenfalls ausgewertet, sind jedoch im vorliegenden Bericht nicht dargestellt. Die Unterschiede zwischen den Auswertungen nach enger bzw. breiter NACE-Auswahl sind jedoch weitgehend gering. So war die Anzahl der KAV-SpitalsärztInnen mit relevanten ärztl. Einkünften nach breiter NACE-Auswahl im Jahr 2015 um 4,9% höher als jene nach enger Auswahl, und die Medianeinkünfte der KAV-SpitalsärztInnen gesamt waren bei Betrachtung der Einkünfte nach breiter NACE-Auswahl beinahe ident (+0,03%) mit jenen nach enger NACE-Auswahl.

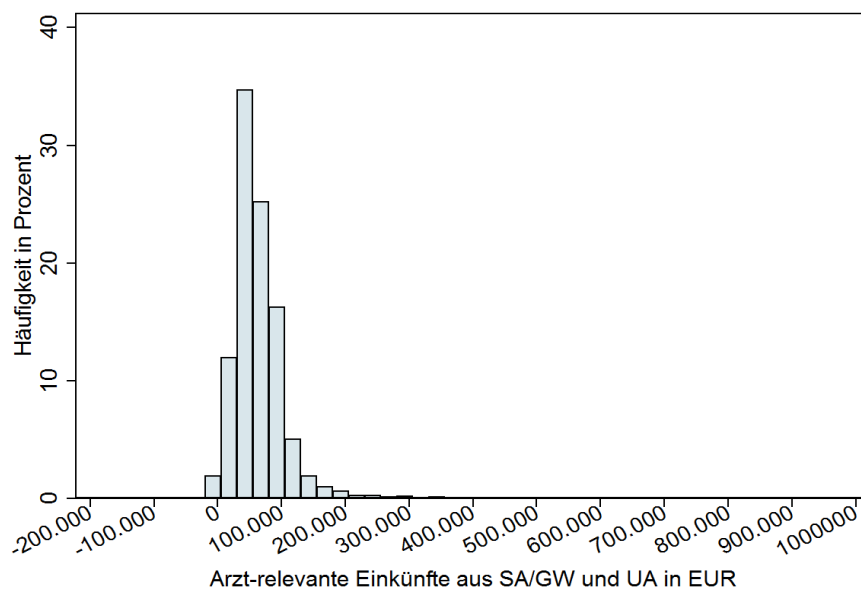
Die Summe der relevanten ärztlichen Einkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb nach enger NACE-Auswahl und der Einkünfte aus unselbständiger Arbeit wird nachfolgend kurz als *relevante ärztliche Einkünfte aus SA/GW und UA* bezeichnet.

Neben den im Folgenden dargestellten **Gesamtfällen** (Steuer- und Nullfälle) wurden auch separate Auswertungen für ausschließlich Steuerfälle bzw. ausschließlich Nullfälle durchgeführt. Diese sind im vorliegenden Bericht jedoch nicht dargestellt.

Insgesamt enthält der Datensatz für das Jahr 2015 3.605 KAV-SpitalsärztInnen. In Abbildung 40 ist ein Histogramm der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der KAV-SpitalsärztInnen für das Jahr 2015 dargestellt. Im Median erzielten die KAV-SpitalsärztInnen Einkünfte von EUR 57.287, das arithmetische Mittel lag etwas höher bei EUR 65.438. Zu berücksichtigen ist dabei, dass in dieser Betrachtung auch die ÄrztInnen in Ausbildung

enthalten sind, welche vergleichsweise niedrige Gehälter und somit auch niedrigere Gesamteinkünfte zu verzeichnen haben. Ebenso sind jene ÄrztInnen enthalten, die ausschließlich teilzeitbeschäftigt sind und darüber hinaus keine Nebeneinkünfte aufweisen, sowie jene, die nur unterjährig beim KAV beschäftigt waren.

Abbildung 40: Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der KAV-SpitalsärztInnen, 2015



Anmerkung: Histogramm bei EUR 1.000.000 abgeschnitten

Quelle: IHS (2017)

Die Verteilung der Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen ist deutlich gestauchter (d.h. weist eine geringere Streuung auf) als jene der weiter unten in Kapitel 3.3 betrachteten Vertrags-/WahlärztInnen, wie auch an den Dezilen der Verteilung zu sehen ist (vgl. Tabelle 18). Das „untere“ Fünftel der KAV-SpitalsärztInnen kam auf relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA von höchstens EUR 37.834, das „obere“ Fünftel erzielte Einkünfte von mind. EUR 86.754.

Tabelle 18: Dezile der Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der KAV-SpitalsärztInnen, 2015

	Einkünfte in EUR
1. Dezil	25.469
2. Dezil	37.834
3. Dezil	43.218
4. Dezil	48.522
5. Dezil (Median)	57.287
6. Dezil	67.485
7. Dezil	76.965
8. Dezil	86.754
9. Dezil	105.645

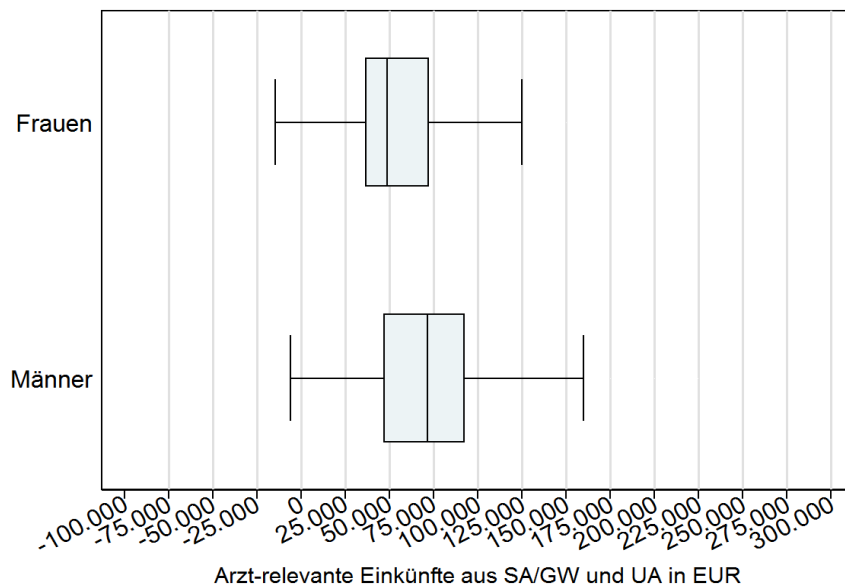
Quelle: IHS (2017)

Die Medianeinkünfte aus UA der KAV-SpitalsärztInnen betrugen im Jahr 2015 EUR 52.609. Insgesamt hatten 57,2% der KAV-SpitalsärztInnen relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW nach enger NACE-Auswahl zu verzeichnen. Der Median dieser Einkünfte lag innerhalb dieser Gruppe bei EUR 5.586. Bei Betrachtung der Gesamtheit der KAV-SpitalsärztInnen spielten Einkünfte aus SA/GW somit nur eine untergeordnete Rolle. Der Mittelwert der Einkünfte aus SA/GW jener, die solche Einkünfte zu verzeichnen hatten, lag jedoch mit EUR 19.382 deutlich höher als der Median, was darauf hindeutet, dass es bzgl. der Einkünfte aus SA/GW unter den KAV-SpitalsärztInnen Ausreißer nach oben gibt.

Einkünfte nach Geschlecht

Im Jahr 2015 waren 57,4% der KAV-SpitalsärztInnen weiblich, jedoch erzielten Männer im Schnitt deutlich höhere relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA als Frauen. Die Medianeinkünfte der männlichen KAV-Spitalsärzte betrugen im Jahr 2015 EUR 71.676, jene der weiblichen KAV-Spitalsärztinnen EUR 48.494 (vgl. Abbildung 41). Die Streuung war dabei bei den Männern etwas höher als bei den Frauen. Teilweise spielt dabei wieder das im Schnitt niedrigere Alter bzw. Dienstalter der weiblichen KAV-Spitalsärztinnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen eine Rolle (vgl. Kapitel 3.2.1).

Abbildung 41: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-SpitalsärztInnen nach Geschlecht, 2015



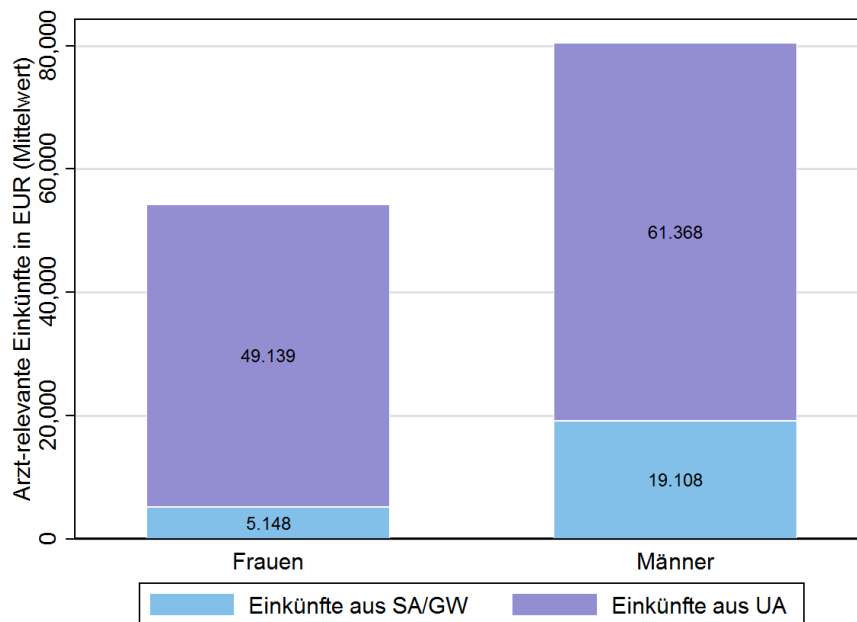
Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Da der Unterschied zwischen Männern und Frauen bei den KAV-Gehältern deutlich weniger ausgeprägt war (vgl. Kapitel 3.2.1), ist es naheliegend, dass die Differenz zu einem großen Teil auf Einkünfte aus SA/GW zurückzuführen ist. Abbildung 42 zeigt daher ergänzend die Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztl. Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen nach Geschlecht. Zu beachten ist dabei, dass es sich hier jeweils um **Mittelwerte** handelt, da die Summierung von Mittelwerten den Gesamtmittelwert ergibt, während dies beim Median nicht der Fall ist. Eine solche Zerlegung kann daher in sinnvoller Weise nur anhand des Mittelwerts erfolgen. Weiters ist zu beachten, dass die durchschnittlichen Einkünfte aus SA/GW dem **unbedingten Mittelwert** entsprechen – d.h. bei der Berechnung des Mittelwerts gehen jene Individuen, die keine Einkünfte aus SA/GW erzielten, mit einem Wert von 0 in die Berechnung ein. Im Text geben wir in Zusammenhang mit Einkünften aus SA/GW jedoch häufig auch **bedingte Maßzahlen** (v.a. Median) an – d.h. Maßzahlen bezogen nur auf jene Individuen, die auch Einkünfte aus SA/GW erzielten.

Frauen erzielten im Schnitt nur 9,5% ihrer Einkünfte aus SA/GW, bei den Männern waren es hingegen 23,7%. Insgesamt verzeichnete außerdem nur etwa die Hälfte (50,3%) der KAV-Spitalsärztinnen überhaupt relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW, aber etwa zwei Drittel (66,5%) der KAV-Spitalsärzte. Bei Betrachtung nur jener ÄrztInnen mit Einkünften aus SA/GW lagen die Medianeinkünfte aus SA/GW bei EUR 9.061 für die Männer und EUR 3.904 für die Frauen.

Abbildung 42: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen nach Geschlecht, 2015



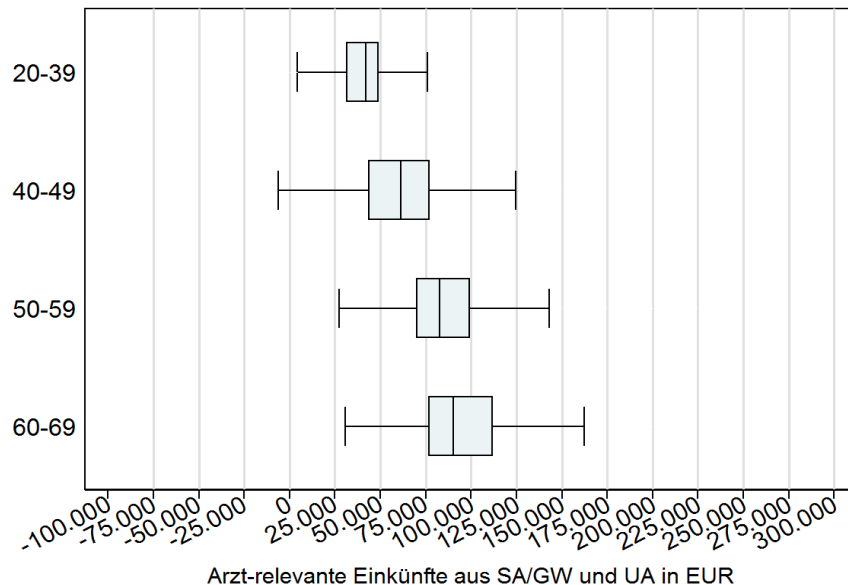
Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach Alter

Für die Betrachtung der Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen nach Alter wird die bei den Vertrags-/WahlärztInnen verwendete Altersgruppeneinteilung herangezogen. So soll eine höhere Vergleichbarkeit mit den Einkünften der Vertrags-/WahlärztInnen gewährleistet werden. Da alle im Datensatz enthaltenen KAV-SpitalsärztInnen jünger als 70 Jahre sind, entfällt diese Altersgruppe in den nachfolgenden Analysen.

Wie schon bei den KAV-Gehältern setzt sich auch bei den gesamten relevanten ärztl. Einkünften aus SA/GW und UA das Muster der mit dem Alter steigenden Einkünfte fort. Von EUR 42.123 in der Gruppe der 20-39-Jährigen stieg der Median mit den Altersgruppen auf EUR 92.022 bei den 60-69-Jährigen.

Abbildung 43: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-SpitalsärztInnen nach Altersgruppen, 2015

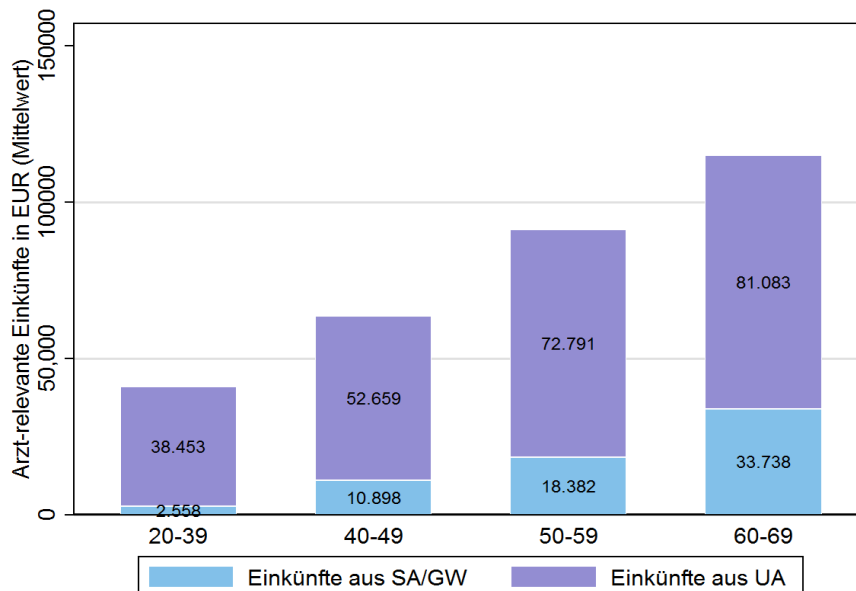


Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Ein Anstieg mit dem Alter ist dabei sowohl bei den Einkünften aus UA als auch bei den Einkünften aus SA/GW zu erkennen (vgl. Abbildung 44). Die Einkünfte aus SA/GW steigen jedoch überproportional, wodurch auch ihr Anteil an den Gesamteinkünften mit dem Alter zunimmt (von 6,2% bei den 20-39-Jährigen auf 29,4% bei den 60-69-Jährigen). Auch der Anteil jener, die überhaupt Einkünfte aus SA/GW zu verzeichnen hatten, steigt tendenziell mit dem Alter (40,4% bei den 20-39-Jährigen, 64,0% bei den 40-49-Jährigen, 72,8% bei den 50-59-Jährigen, 72,1% bei den 60-69-Jährigen). Ebenso stiegen innerhalb dieser Subgruppen die Medianeinkünfte aus SA/GW mit dem Alter an (EUR 2.717 bei den 20-39-Jährigen, EUR 6.617 bei den 40-49-Jährigen, EUR 8.607 bei den 50-59-Jährigen, EUR 12.074 bei den 60-69-Jährigen). Die Bedeutung von Einkünften aus SA/GW nimmt somit bei den KAV-SpitalsärztInnen mit dem Alter zu.

Abbildung 44: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen nach Altersgruppen, 2015



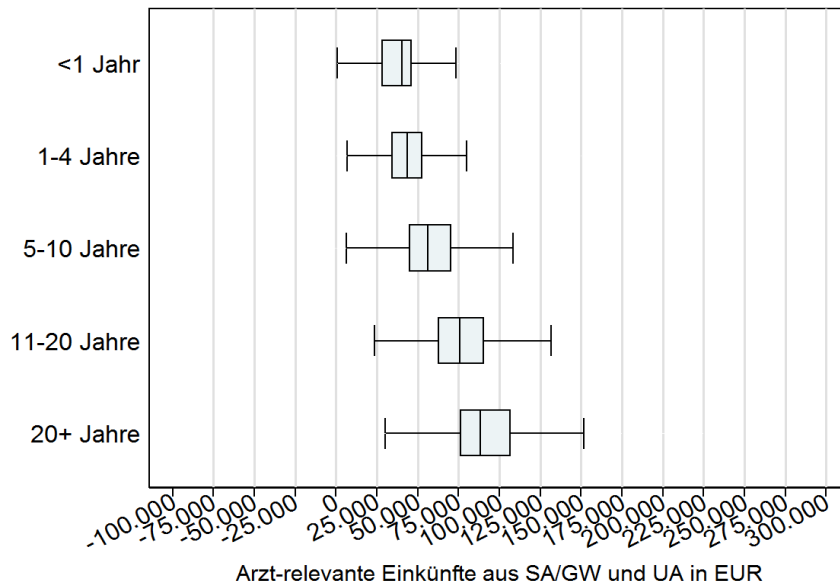
Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach Dienstalter

Die Entwicklung der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der KAV-SpitalsärztInnen nach Dienstalter ist jener nach Altersgruppen erwartungsgemäß sehr ähnlich. Die Medianeinkünfte reichten im Jahr 2015 von EUR 40.211 bei jenen, die seit weniger als einem Jahr beim KAV beschäftigt sind, bis EUR 88.524 bei jenen, die bereits mehr als 20 Jahre beim KAV beschäftigt sind (vgl. Abbildung 45).

Ebenso nimmt das relative Ausmaß der Einkünfte aus SA/GW mit dem Dienstalter der KAV-SpitalsärztInnen zu (vgl. Abbildung 46). Der Anteil der Einkünfte aus SA/GW an den durchschnittlichen relevanten ärztl. Gesamteinkünften bewegte sich von 6,9% bei einem Dienstalter von weniger als einem Jahr bis 22,5% bei einem Dienstalter von 11-20 Jahren bzw. 22,1% bei mehr als 20 Jahren. Der Anteil jener mit Einkünften aus SA/GW stieg ebenfalls mit dem Dienstalter: Bei jenen mit Dienstalter unter einem Jahr lag er bei 29,9% mit Medianeinkünften von EUR 2.045, bei jenen mit einem Dienstalter von mind. 20 Jahren lag er bei 76,1% mit Medianeinkünften von EUR 9.220.

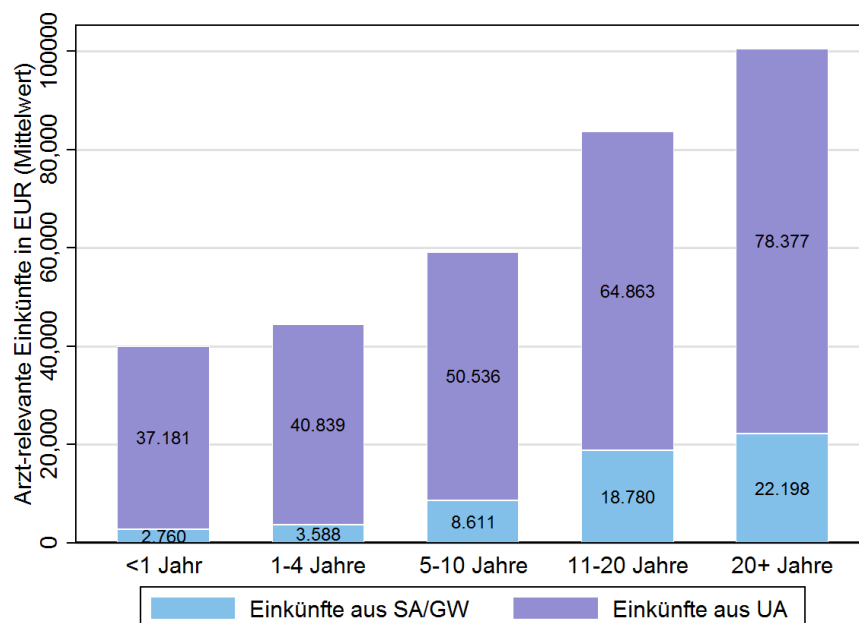
Abbildung 45: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-SpitalsärztInnen nach Dienstaltersgruppen, 2015



Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Abbildung 46: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen nach Dienstaltersgruppen, 2015

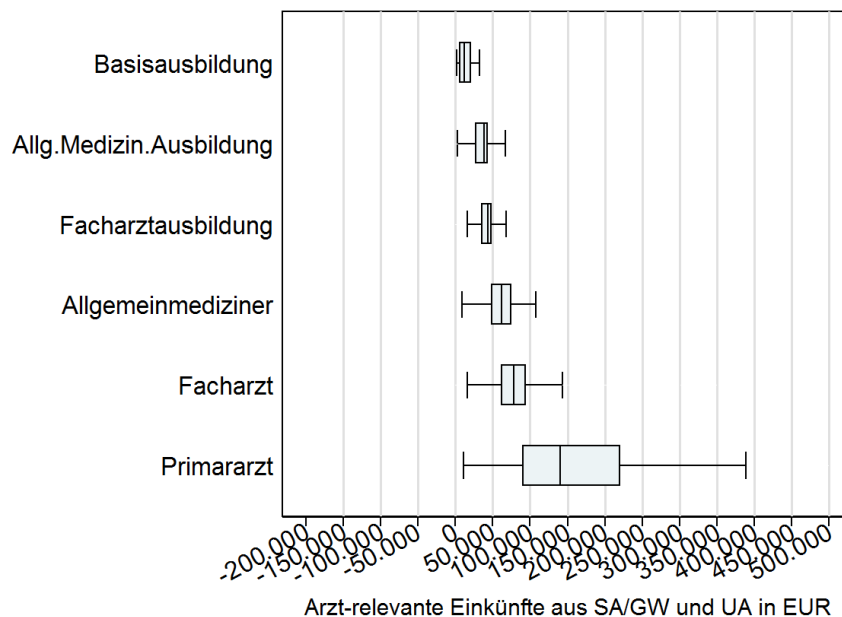


Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach KAV-Berufsgruppe

Bei Betrachtung der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA nach KAV-Berufsgruppe fällt in erster Linie auf, dass die PrimärärztInnen deutlich höhere Einkünfte erzielten als ihre KollegInnen aus anderen Berufsgruppen (vgl. Abbildung 47). Der Median ihrer Einkünfte lag 2015 bei EUR 143.414, die Medianeinkünfte der anderen Gruppen bewegten sich zwischen EUR 12.036 (Basisausbildung) und 77.693 (FachärztInnen). Die Einkünfte der ÄrztInnen in Basisausbildung sind deshalb so auffällig niedrig, weil in dieser Berufsgruppe keine ganzjährige Beschäftigung vorliegt. Auch die Streuung der Einkünfte war bei den PrimärärztInnen weitaus größer als bei den anderen Berufsgruppen, wie der Interquartilsabstand zeigt. Der Mittelwert der Einkünfte der PrimärärztInnen lag mit EUR 185.286 noch deutlich höher als der Median, was auf starke Ausreißer nach oben hindeutet.

Abbildung 47: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-SpitalsärztInnen nach KAV-Berufsgruppe, 2015



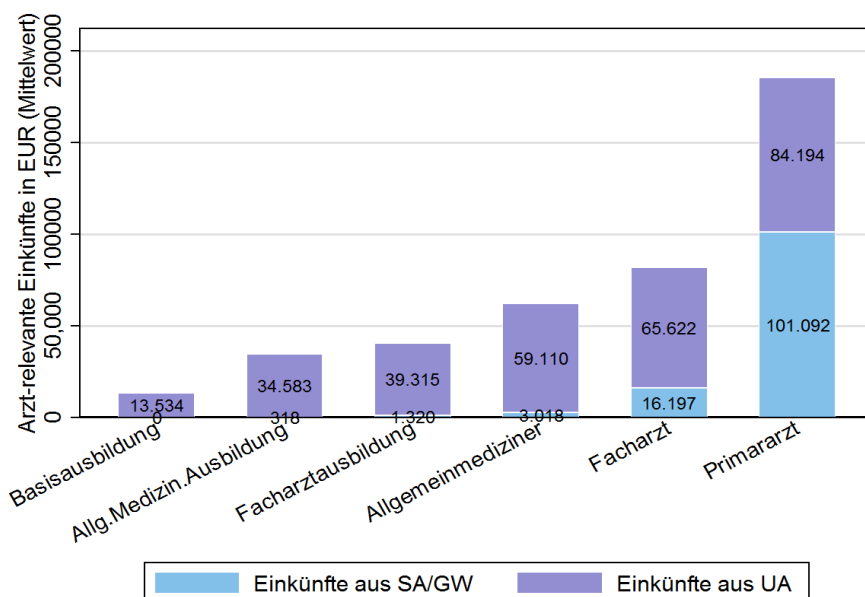
Anmerkung: Berufsgruppe „Ärztl. Direktor“ wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt; Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Wie die Zerlegung der durchschnittlichen Einkünfte in Abbildung 48 zeigt, sind die hohen Einkünfte der PrimärärztInnen zu einem großen Teil auf hohe Einkünfte aus SA/GW zurückzuführen. Diese machten mit 54,6% sogar mehr als die Hälfte der durchschnittlichen relevanten ärztl. Einkünfte der PrimärärztInnen aus. Bei den FachärztInnen betrug dieser Anteil 19,8%, bei allen anderen Berufsgruppen war er deutlich geringer bzw. hatten die ÄrztInnen in Basisausbildung im Median überhaupt keine relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW zu verzeichnen. Der Anteil jener mit relevanten ärztl. Einkünften aus SA/GW war bei

den FachärztInnen zwar mit 78,6% höher als bei den PrimärärztInnen mit 72,5% – die Medianeinkünfte aus SA/GW bei jenen, die solche zu verzeichnen hatten, lagen bei den PrimärärztInnen mit EUR 98.455 jedoch um ein Vielfaches höher als bei den FachärztInnen mit EUR 8.553. Die dominante (d.h. auf der gewinnstärksten Beilage angeführte) Branchenkennzahl war bei den PrimärärztInnen dabei in ca. 90% der Fälle ÖNACE=862 („Arzt- und Zahnarztpraxen“). Es ist jedoch zu vermuten, dass Sonderklasseentgelte, die eigentlich der ÖNACE 861 („Krankenhäuser“) zuzurechnen wären, in vielen Fällen ebenfalls unter 862 zugeordnet werden.

Abbildung 48: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen nach KAV-Berufsgruppe, 2015



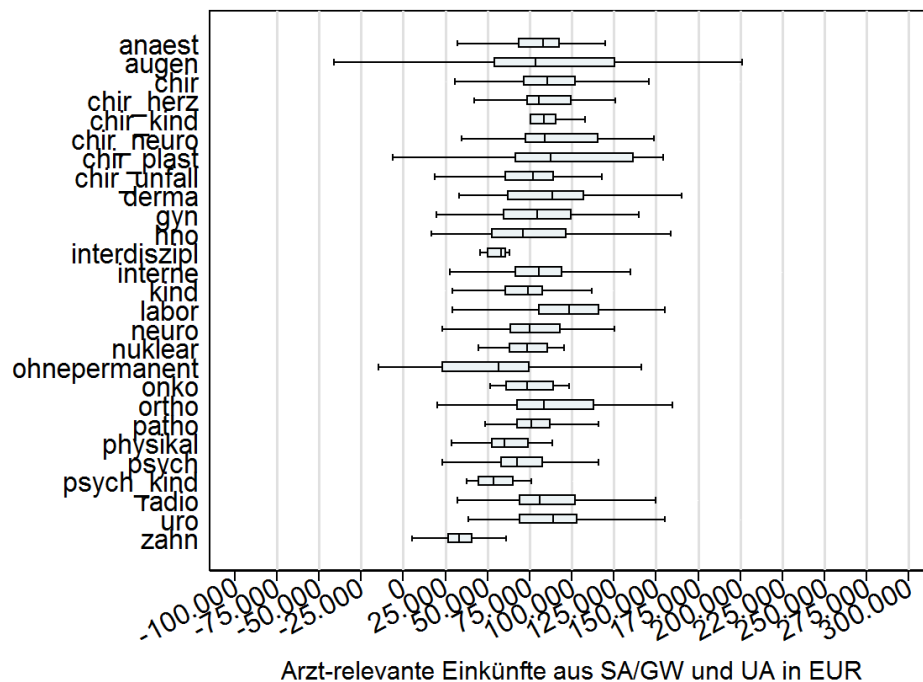
Anmerkung: Berufsgruppe „Ärztl. Direktor“ wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach KAV-Fachbereich

Im Sinne einer besseren Vergleichbarkeit schränken wir die Betrachtung nach Fachbereichen wie schon bei den KAV-Gehältern auf die Berufsgruppe der KAV-FachärztInnen (MLV=4) ein. Die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der KAV-FachärztInnen sind in Abbildung 49 nach KAV-Fachbereich für das Jahr 2015 dargestellt. Die höchsten Medianeinkünfte verzeichneten die KAV-FachärztInnen der Fachbereiche med.-techn. Labordiagnostik sowie Urologie mit EUR 98.247 bzw. EUR 88.880. Am niedrigsten waren die Medianeinkünfte in den Fachbereichen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie Kinder-/Jugendpsychiatrie mit EUR 33.346 bzw. EUR 53.750.

Abbildung 49: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-SpitalsärztInnen nach KAV-Fachbereich (nur KAV-Berufsgruppe FachärztIn), 2015



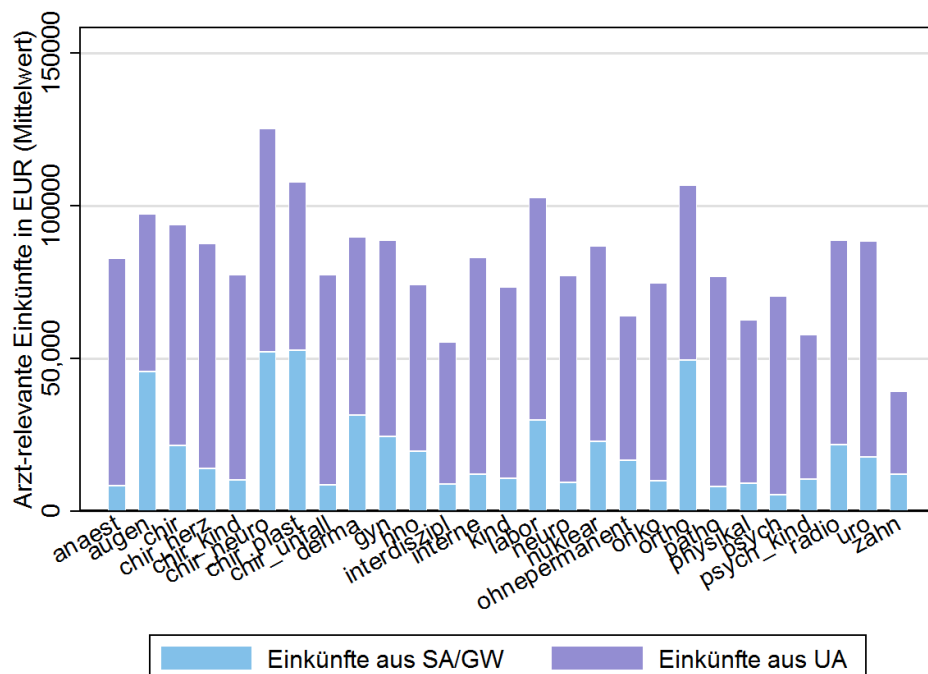
Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Die Zusammensetzung der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA, die in Abbildung 50 dargestellt ist, variiert dabei sehr deutlich zwischen den Fachbereichen. Der Anteil der Einkünfte aus SA/GW an den durchschnittlichen Gesamteinkünften reichte von 12,3% bzw. 14,4% bei den FachärztInnen der Fachbereiche Anästhesie bzw. Psychiatrie bis 59,0% bzw. 56,4% bei den FachärztInnen der Fachbereiche Kinder-/Jugendpsychiatrie bzw. Zahn-/Mund-/Kieferheilkunde. Die höchsten Medianeinkünfte aus SA/GW erzielten die KAV-FachärztInnen der Fachbereiche Plastische Chirurgie (EUR 58.376) und Augenheilkunde (EUR 41.049).

Aufgrund des je nach Fachbereich sehr unterschiedlichen Ausmaßes der zusätzlichen Einkünfte fällt die Rangordnung der Fachbereiche nach relevanten ärztl. Einkünften demnach deutlich anders aus als jene nach KAV-Gehältern.

Abbildung 50: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen nach KAV-Fachbereich (nur KAV-Berufsgruppe FachärztIn), 2015



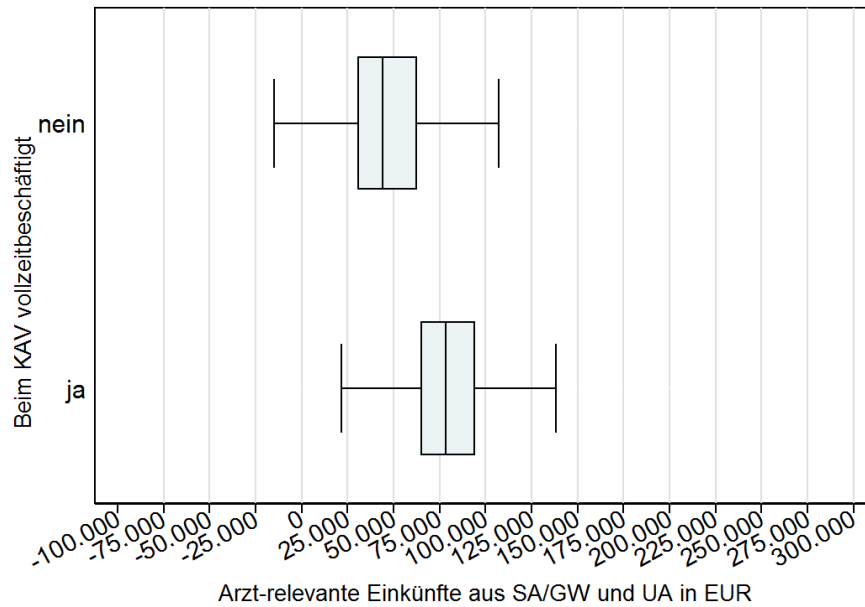
Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach KAV-Beschäftigungsausmaß

Es ist anzunehmen, dass sich sowohl die Höhe als auch die Zusammensetzung der Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen nach ihrem Beschäftigungsausmaß unterscheiden. Wir untersuchen daher die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA getrennt für vollzeitbeschäftigte und teilzeitbeschäftigte (d.h. Beschäftigungsausmaß <100%) KAV-SpitalsärztInnen. Um nur jene ÄrztInnen in die Analyse mit einzuschließen, für die extramurale Tätigkeiten in relevantem Ausmaß in Frage kommen, schränken wir die Betrachtung ähnlich wie in Kapitel 3.2.2 auf die KAV-Berufsgruppen 3 (AllgemeinmedizinerInnen), 4 (FachärztInnen) und 5 (PrimärärztInnen) ein. So soll eine höhere Vergleichbarkeit gewährleistet werden.

Die relevanten ärztl. Medianeinkünfte der Vollzeit beim KAV beschäftigten ÄrztInnen lagen mit EUR 78.707 im Jahr 2015 deutlich höher als jene der Teilzeitbeschäftigten mit EUR 44.390 (vgl. Abbildung 51).

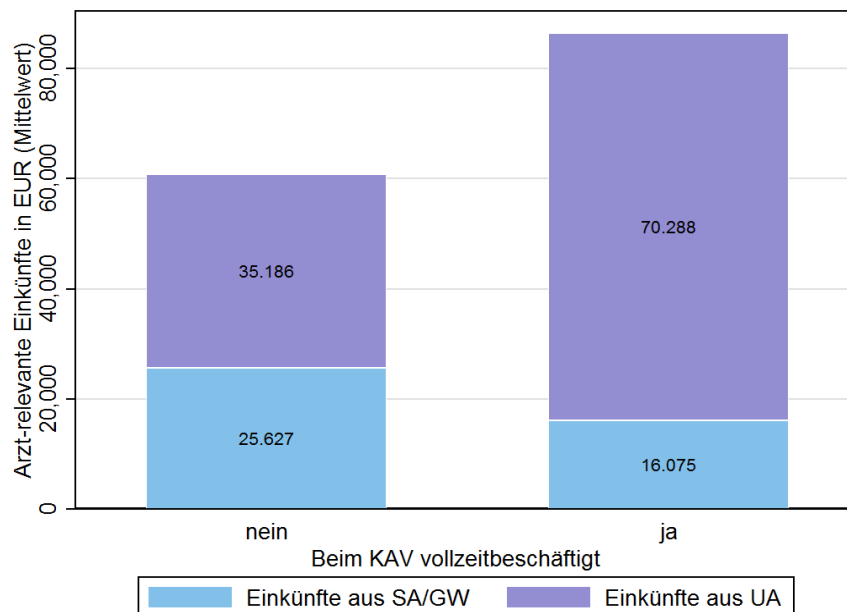
Abbildung 51: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-SpitalsärztInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach KAV-Vollzeitbeschäftigung, 2015



Arzt-relevante Einkünfte aus SA/GW und UA in EUR
 Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt
 Quelle: IHS (2017)

Bei den teilzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen kamen dabei Einkünfte aus SA/GW stärker zum Tragen (vgl. Abbildung 52). Bei ihnen machten Einkünfte aus SA/GW 42,1% der durchschnittlichen relevanten ärztl. Gesamteinkünfte aus, bei den vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen waren es hingegen nur 18,6%. Von den teilzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen hatten 68,3% Einkünfte aus SA/GW zu verzeichnen und erzielten dabei Medianeinkünfte von EUR 11.456. Von den vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen hatten 55,9% Einkünfte aus SA/GW zu verzeichnen, und kamen dabei auf Medianeinkünfte von EUR 7.715. Erwartungsgemäß spielen Einkünfte aus SA/GW demnach für beim KAV teilzeitbeschäftigte ÄrztInnen eine größere Rolle als für jene mit Vollzeitbeschäftigung beim KAV.

Abbildung 52: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach KAV-Vollzeitbeschäftigung, 2015



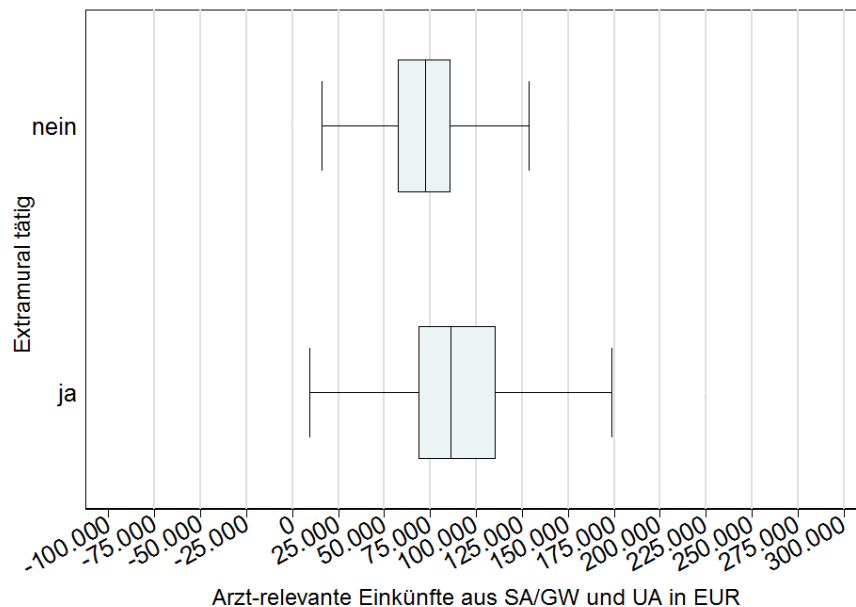
Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach beim HV erfasster extramuraler Tätigkeit

Im Jahr 2015 waren 19,1% der KAV-SpitalsärztInnen auch beim HV als Vertrags- oder WahlärztInnen erfasst und hatten relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW zu verzeichnen. Unter den KAV-SpitalsärztInnen der Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn und PrimärärztIn lag dieser Anteil bei 29,9%. Wie schon in der Betrachtung nach Beschäftigungsausmaß schränken wir auch die folgende Analyse auf diese Berufsgruppen ein, da sie im Gegensatz zu den anderen Berufsgruppen für extramurale Tätigkeit in relevantem Ausmaß in Frage kommen und somit eine höhere Vergleichbarkeit gewährleistet ist.

Innerhalb der betrachteten Berufsgruppen erzielten KAV-SpitalsärztInnen mit Vertrags- oder Wahlarztpraxis höhere relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA als die nicht als Vertrags-/WahlärztInnen tätigen KAV-SpitalsärztInnen: Die Medianeinkünfte von ersteren lagen 2015 bei EUR 87.132, jene von letzteren bei EUR 72.388 (vgl. Abbildung 53).

Abbildung 53: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-SpitalsärztInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach beim HV erfasster extramuraler Tätigkeit, 2015

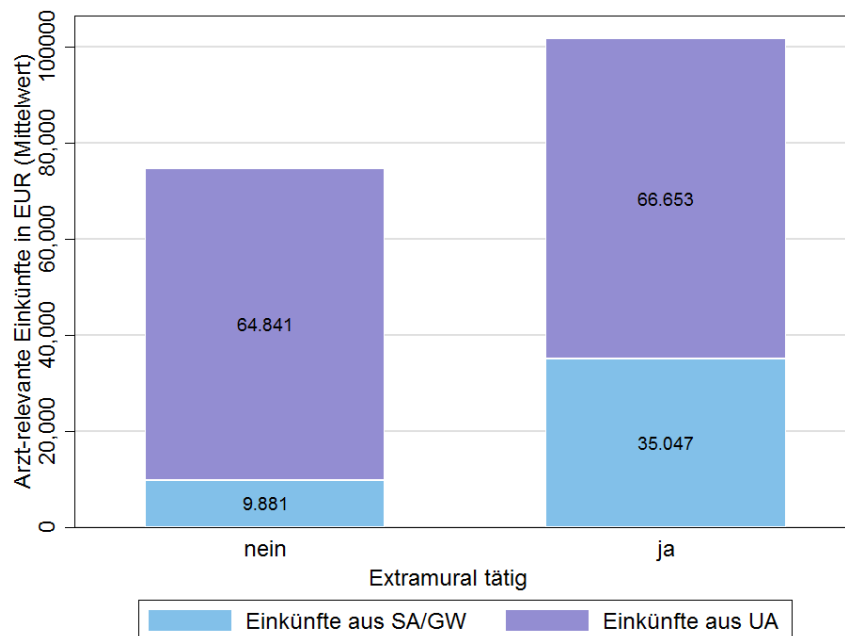


Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Die KAV-Vertrags-/WahlärztInnen erzielten außerdem wenig überraschend einen vergleichsweise größeren Teil ihrer durchschnittlichen relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW (vgl. Abbildung 54). Konkret waren es im Jahr 2015 34,5%, während es bei den nicht als Vertrags-/WahlärztInnen tätigen KAV-SpitalsärztInnen nur 13,2% waren. Bei den KAV-Vertrags-/WahlärztInnen lagen die Medianeinkünfte aus SA/GW bei EUR 14.744, bei den nicht als Vertrags-/WahlärztInnen tätigen KAV-SpitalsärztInnen mit Einkünften aus SA/GW lagen sie bei EUR 6.185. Bei jenen KAV-SpitalsärztInnen, die keiner beim HV erfassten extramuralen Tätigkeit nachgehen, nahmen Einkünfte aus SA/GW somit im Schnitt nur ein vergleichsweise geringes Ausmaß an.

Abbildung 54: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen (nur KAV-Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn, PrimärärztIn) nach beim HV erfasster extramuraler Tätigkeit, 2015



Quelle: IHS (2017)

Die Einkünfte der Subgruppe der KAV-SpitalsärztInnen, die auch als Vertrags- oder WahlärztInnen tätig sind, werden in Kapitel 3.3.5 näher untersucht.

3.3. Deskriptive Analyse der Einkünfte der niedergelassenen Vertrags- und WahlärztInnen

Im nachfolgenden Kapitel werden die Einkünfte österreichischer Vertrags- und WahlärztInnen auf Basis der vom BMF zur Verfügung gestellten Lohn- und Einkommensdaten analysiert. Während von uns zwar wiederum Auswertungen zu diversen Einkunftsarten durchgeführt wurden, liegt der Fokus der Auswertungen auch in diesem Kapitel auf den **relevanten ärztlichen Einkünften aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb** (Einzelunternehmer und Personengesellschaften) und den **Einkünften aus unselbständiger Arbeit** bzw. im Speziellen auf der **Summe** aus diesen beiden Einkunftsarten. Zudem wird auch bei den Vertrags- und WahlärztInnen ausschließlich auf die Einkünfte nach **enger NACE-Auswahl** eingegangen (vgl. Kapitel 2.5.1 zur Erklärung der NACE-Auswahl). Die Unterschiede zwischen den Auswertungen nach enger bzw. breiter NACE-Auswahl sind auch hier weitgehend gering. So war die Anzahl der Vertrags-/WahlärztInnen mit relevanten ärztl. Einkünften nach breiter NACE-Auswahl im Jahr 2015

um 1,6% höher als jene nach enger Auswahl, und ihre Medianeinkünfte lagen um 0,6% unter jenen der Vertrags-/WahlärztInnen mit Einkünften nach enger Auswahl.

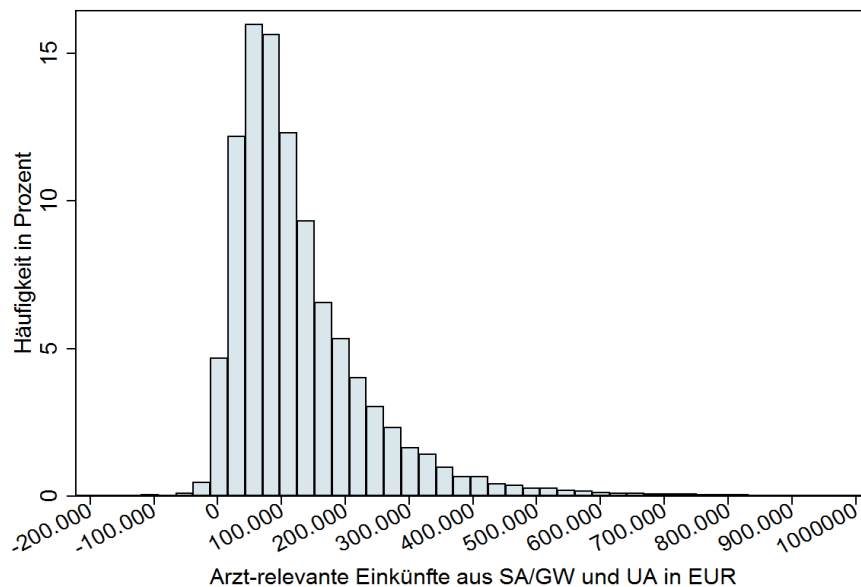
Die Auswertungen der Einkünfte der Vertrags- und WahlärztInnen schließen nur jene Individuen ein, die im jeweiligen Jahr relevante ärztl. Einkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb nach enger NACE-Auswahl erzielten bzw. eine Einkommensteuererklärung mit der entsprechenden Branchenkennzahl einreichten. Die Gesamtanzahl an ÄrztInnen pro Gruppe unterscheidet sich daher nach enger bzw. breiter NACE-Auswahl.

Neben den im Folgenden dargestellten **Gesamtfällen** (Steuer- und Nullfälle) wurden auch bei den Vertrags-/WahlärztInnen separate Auswertungen für ausschließlich Steuerfälle bzw. ausschließlich Nullfälle durchgeführt. Diese sind im vorliegenden Bericht jedoch nicht dargestellt. Der Fokus der Auswertungen liegt wiederum auf dem **Jahr 2015**.

3.3.1. Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen – gesamt

Der Median der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der Vertrags-/WahlärztInnen lag 2015 bei EUR 106.294, der Mittelwert bei EUR 139.937. Im Jahr 2012 lag der Median noch bei EUR 95.176 – über den Beobachtungszeitraum ist somit ein kontinuierlicher Anstieg der Medianeinkünfte zu verzeichnen. Wie in Abbildung 55 ersichtlich ist, handelt es sich bei der Verteilung der Einkünfte um eine rechtsschiefe Verteilung mit Häufungen zwischen EUR 50.000 und EUR 100.000 und geringen Häufigkeiten über EUR 500.000.

Abbildung 55: Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbstständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbstständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der Vertrags-/WahlärztInnen, 2015



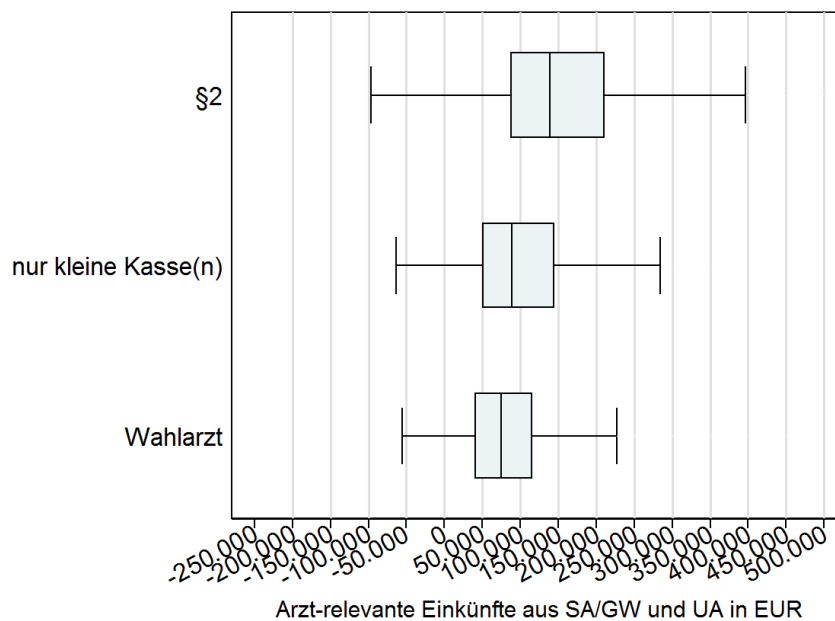
Anmerkung: Histogramm bei EUR 1.000.000 abgeschnitten

Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach Vertragsstatus

Bezüglich des Vertragsstatus sind bei den relevanten ärztl. Einkünften deutliche Unterschiede zu erkennen. Abbildung 56 zeigt Boxplots der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA nach Vertragsstatus. Der Median lag 2015 bei ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag (im Folgenden als „§ 2-VertragsärztInnen“ bezeichnet) mit EUR 142.772 am höchsten. Für ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen (im Folgenden als „ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen“ bezeichnet) betrug er mit EUR 90.513 um mehr als EUR 50.000 weniger als bei den § 2-VertragsärztInnen. Die geringsten Medianeinkünfte erzielten WahlärztInnen mit EUR 75.524. Wie in der Grafik am Interquartilsabstand abzulesen ist, war auch die Streuung der Einkünfte bei den § 2-VertragsärztInnen am höchsten.

Abbildung 56: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der Vertrags-/WahlärztInnen nach Vertragsstatus, 2015



Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

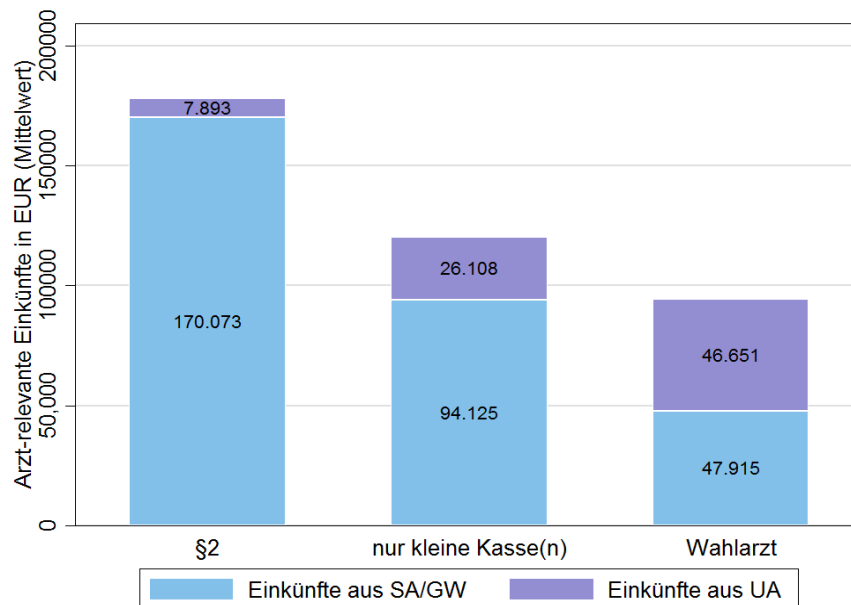
Quelle: IHS (2017)

Ergänzend zeigt Abbildung 57 eine Zerlegung der Einkünfte in solche aus SA/GW und solche aus UA, wiederum nach Vertragsstatus für das Jahr 2015. Analog zu den Einkünften aus SA/GW bei den KAV-SpitalsärztInnen ist hier wiederum zu beachten, dass die durchschnittlichen Einkünfte aus UA dem **unbedingten Mittelwert** entsprechen – d.h. bei der Berechnung des Mittelwerts gehen jene Individuen, die keine Einkünfte aus UA erzielten, mit einem Wert von 0 in die Berechnung ein. Im Text geben wir in Zusammenhang mit Einkünften aus UA jedoch häufig auch **bedingte Maßzahlen** (v.a. Median) an – d.h. Maßzahlen bezogen nur auf jene Individuen, die auch Einkünfte aus UA erzielten. Zudem ist wiederum darauf zu achten, dass in den Balkendiagrammen im Gegensatz zu den Boxplots das arithmetische Mittel anstatt des Medianes abgebildet ist, um die zusammengesetzten Einkünfte sinnvoll darstellen zu können.

Bei der Zusammensetzung der durchschnittlichen Einkünfte gibt es erwartungsgemäß ebenfalls große Unterschiede nach Vertragsstatus. § 2- ÄrztInnen erzielten im Schnitt 95,6% ihrer Einkünfte aus SA/GW. Insgesamt hatten nur etwas mehr als ein Drittel der § 2- VertragsärztInnen überhaupt Einkünfte aus UA zu verzeichnen (nicht dargestellt). Auch ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen erzielten mit 78,3% den überwiegenden Anteil ihrer durchschnittlichen Einkünfte aus SA/GW. Ca. 54% der ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen bezogen dabei Einkünfte aus UA. Bei den WahlärztInnen hingegen hielten sich Einkünfte

aus SA/GW und UA im Schnitt in etwa die Waage. Mit 77% hatte der Großteil der WahlärztInnen 2015 Einkünfte aus UA zu verzeichnen.

Abbildung 57: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen nach Vertragsstatus, 2015



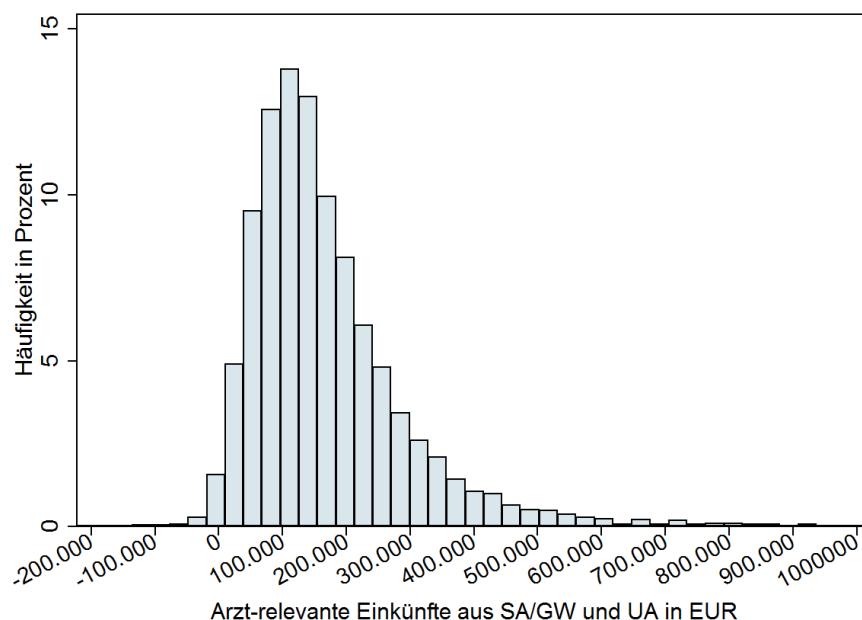
Quelle: IHS (2017)

Aufgrund dieser äußerst heterogenen Konstellation sollten die Einkünfte dieser drei durch den Vertragsstatus definierten Gruppen separat analysiert werden. Im Folgenden ist daher jeder dieser Gruppen ein Unterkapitel mit detailreicheren Auswertungen gewidmet. Der Fokus liegt dabei auf Anregung von Seiten des HV auf den § 2-VertragsärztInnen.

3.3.2. Einkünfte der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag

Von den betrachteten ÄrztInnen hatten im Jahr 2015 insgesamt 9.269 ÄrztInnen einen § 2-Kassenvertrag. Die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der § 2-VertragsärztInnen folgen ebenfalls einer rechtsschiefen Verteilung, wobei die größten Häufungen zwischen EUR 100.000 und EUR 130.000 zu finden sind. Die Medianeinkünfte der § 2-VertragsärztInnen betrugen im Jahr 2015 EUR 142.772, der Mittelwert lag mit EUR 177.966 entsprechend der rechtsschiefen Verteilung höher.

Abbildung 58: Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag, 2015



Anmerkung: Histogramm bei EUR 1.000.000 abgeschnitten

Quelle: IHS (2017)

Um die Verteilung aus einem anderen Blickwinkel darzustellen, sind in Tabelle 19 die Dezile der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der § 2-VertragsärztInnen angeführt. Wie bereits der Boxplot im vorhergehenden Kapitel vermuten ließ, ist die Verteilung von einer relativ großen Streuung gekennzeichnet. So erzielte bspw. das „untere“ Fünftel der § 2-VertragsärztInnen Einkünfte von EUR 77.377 oder weniger, während das „obere“ Fünftel Einkünfte von mind. EUR 244.348 aufwies.

Tabelle 19: Dezile der Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag, 2015

	Einkünfte in EUR
1. Dezil	51.552
2. Dezil	77.377
3. Dezil	100.091
4. Dezil	120.753
5. Dezil (Median)	142.772
6. Dezil	168.595
7. Dezil	200.114
8. Dezil	244.348
9. Dezil	324.467

Quelle: IHS (2017)

Wie ebenfalls im vorhergehenden Kapitel erwähnt, erzielten die § 2-VertragsärztInnen im Jahr 2015 im Durchschnitt 95,6% ihrer Einkünfte aus SA/GW. Der Median der Einkünfte aus SA/GW betrug bei den § 2-VertragsärztInnen gesamt EUR 135.315. 35,6% verzeichneten 2015 zusätzlich Einkünfte aus UA. Schränkt man die Betrachtung auf diese ÄrztInnen ein, so lag der Median ihrer Einkünfte aus UA bei EUR 17.933 und der Mittelwert bei EUR 22.190.²¹ Auch bei jenen § 2-VertragsärztInnen, die Einkünfte aus UA bezogen, fielen die zusätzlichen Einkünfte somit vergleichsweise gering aus.

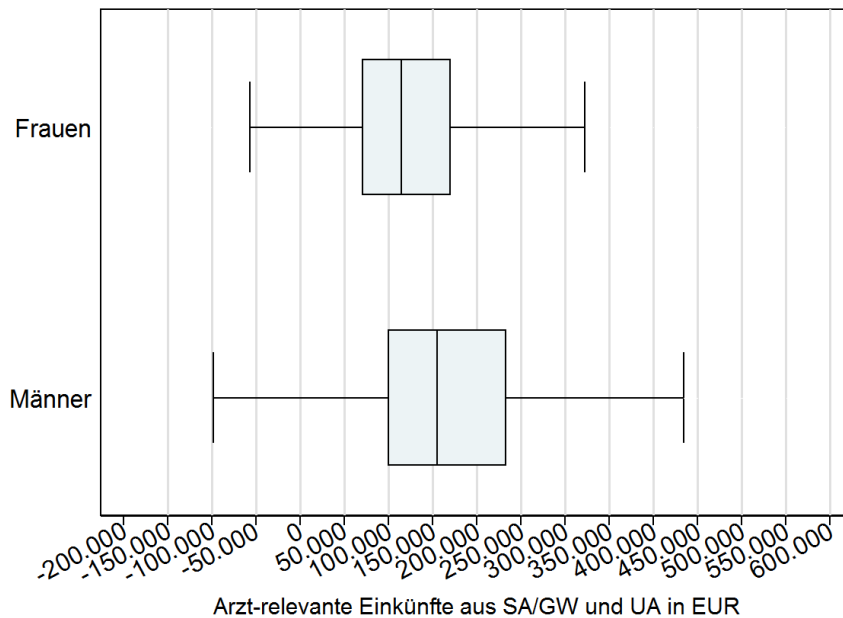
Einkünfte nach Geschlecht

Insgesamt waren im Jahr 2015 32,8% der betrachteten § 2-VertragsärztInnen weiblich. Bei Betrachtung der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der § 2-VertragsärztInnen nach Geschlecht ist ein relativ großer Unterschied festzustellen (vgl. Abbildung 59). Bei den Frauen lag der Median im Jahr 2015 bei EUR 115.863, bei den Männern hingegen bei EUR 158.789. Die Streuung der Einkünfte ist bei den Männern jedoch höher.

Dieser Unterschied ist beinahe ausschließlich auf die Einkünfte aus SA/GW zurückzuführen: Während sich die Medianeinkünfte aus UA derer, die solche Einkünfte bezogen, zwischen Männern und Frauen kaum unterschieden (EUR 18.405 vs. 17.441), war die Differenz bei den Einkünften aus SA/GW relativ groß (EUR 150.559 vs. 109.216). Zudem war der Anteil jener, die Einkünfte aus UA verzeichneten, bei den Männern mit 36,5% nicht viel höher als bei den Frauen mit 33,7%. Die Unterschiede in den Einkünften aus SA/GW zwischen Männern und Frauen hängen u.a. mit der unterschiedlichen Geschlechterverteilung innerhalb der Fachgruppen bzw. den Unterschieden in den Einkünften zwischen diesen Gruppen zusammen. Auf die Unterschiede in den Einkünften nach HV-Fachgruppe wird unten noch im Detail eingegangen.

²¹ Bei einer geringen Anzahl an ÄrztInnen im Datensatz nimmt die Dummy-Variable für das Vorliegen eines vom Arbeitgeber eingereichten Lohnzettels zwar den Wert 0 an, jedoch war in den E1-Daten zu Einkünften aus UA statt einem fehlenden Wert ein Wert=0 eingetragen. Einen Abgleich der unselbständigen Einkünfte zwischen L16- und E1-Formular führten wir nicht durch, sondern priorisierten die E1-Daten, sodass im finalen Datensatz Vertrags-/WahlärztInnen für das Jahr 2015 vorhanden sind, die zwar keine L16-Einträge, jedoch sehr wohl Einträge unter unselbständige Einkünfte in der E1-Veranlagung aufweisen, auch wenn diese Dateneinträge null darstellen.

Abbildung 59: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag nach Geschlecht, 2015



Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

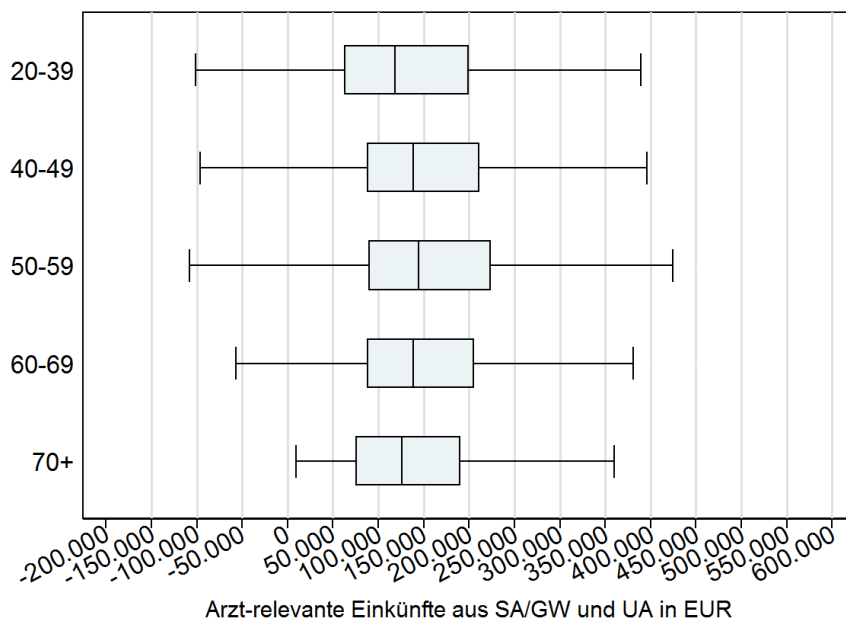
Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach Alter

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Altersgruppen fielen bei den § 2-VertragsärztInnen vergleichsweise gering aus: Der Median der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA bewegte sich im Jahr 2015 in allen Altersgruppen zwischen EUR 120.000 und EUR 150.000 (vgl. Abbildung 60). Am vergleichsweise höchsten lagen die Medianeinkünfte mit EUR 146.925 bei der Gruppe der 50-59-Jährigen, am niedrigsten mit EUR 121.688 bei der Gruppe der 20-39-Jährigen (40-49 EUR 140.448, 60-69 EUR 141.642, 70+ EUR 127.834).

Bei einem Blick auf Abbildung 61, die eine Zerlegung der durchschnittlichen Einkünfte in Einkünfte aus SA/GW und Einkünfte aus UA zeigt, wird jedoch deutlich, dass in den höheren Altersgruppen Einkünfte aus UA vergleichsweise an Bedeutung gewinnen: Bei den 60-69-Jährigen machten sie 9% der gesamten relevanten ärztl. Einkünfte aus, bei den mind. 70-Jährigen waren es 24%. Dies ist v.a. darauf zurückzuführen, dass die Kategorie der Einkünfte aus UA auch Pensionen beinhaltet. Die Einkünfte aus Praxistätigkeit gehen somit in den höheren Altersgruppen zurück.

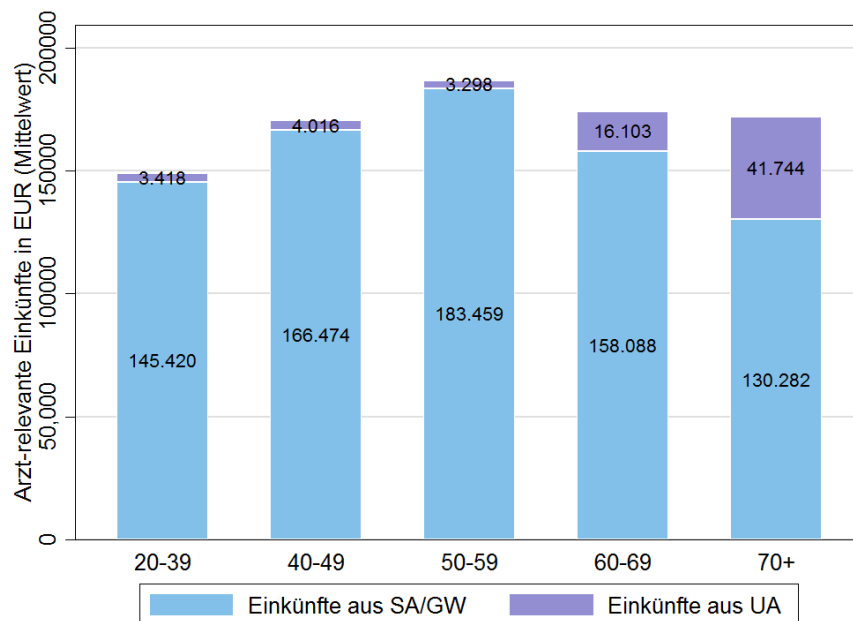
Abbildung 60: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag nach Altersgruppen, 2015



Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Abbildung 61: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag nach Altersgruppen, 2015



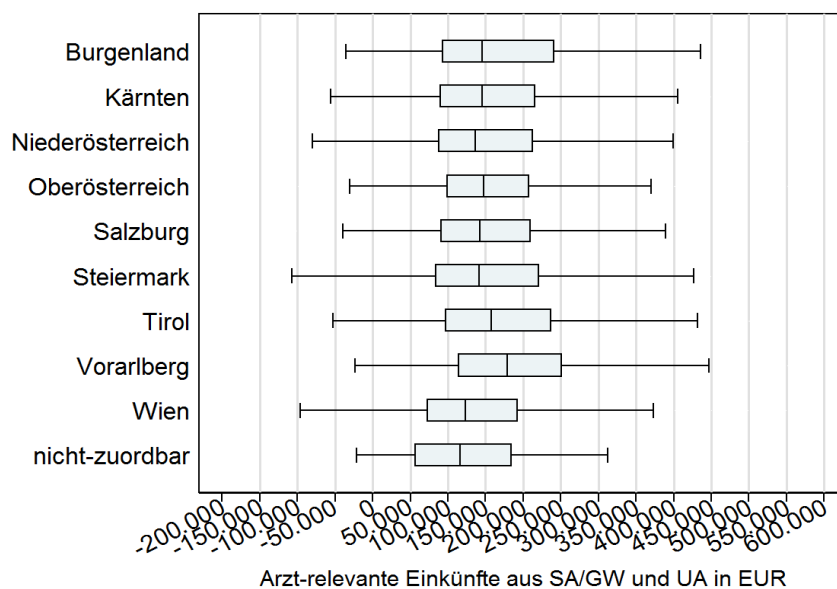
Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach Bundesland

In Abbildung 62 sind die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der § 2-VertragsärztInnen nach Bundesland dargestellt. Die höchsten Einkünfte erzielten die § 2-VertragsärztInnen in Vorarlberg mit einem Median von EUR 180.557, gefolgt von den ÄrztInnen in Tirol mit EUR 162.616. Der Mittelwert ist mit EUR 206.006 in Tirol jedoch höher als in Vorarlberg mit EUR 194.997, was darauf hindeutet, dass es in Tirol hinsichtlich der Einkünfte einige Ausreißer nach oben gibt. Am niedrigsten fallen die Medianeinkünfte in Wien mit EUR 126.362 sowie in Niederösterreich mit EUR 137.734 aus (Burgenland EUR 146.804, Kärnten EUR 148.274, Oberösterreich EUR 149.523, Salzburg EUR 144.213, Steiermark EUR 145.210). Noch niedrigere Einkünfte erzielten die ÄrztInnen, denen in den Daten kein Bundesland zugeordnet ist (Median EUR 116.373) – jedoch handelt es sich dabei um nur 32 Individuen.

Auch bei Betrachtung ausschließlich der Einkünfte aus SA/GW bestätigt sich dieses Bild. Sie fielen in Vorarlberg und Tirol mit Medianwerten von EUR 176.121 bzw. EUR 155.186 am höchsten, und in Wien und Niederösterreich mit EUR 115.774 bzw. EUR 130.910 am geringsten aus.

Abbildung 62: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag nach Bundesland, 2015



Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Der Anteil der § 2-VertragsärztInnen mit Einkünften aus UA variiert relativ stark zwischen den Bundesländern. Im Burgenland waren es 2015 bspw. 47,1%, in Oberösterreich 41,1% und in

Niederösterreich 40,9%. In Tirol hingegen hatten nur 24,0% und in Kärnten 27,2% Einkünfte aus UA zu verzeichnen. Auch die Höhe der Einkünfte aus UA fiel unter den ÄrztInnen, die solche Einkünfte erzielten, je nach Bundesland sehr unterschiedlich aus (von einem Median von EUR 3.343 im Burgenland bis EUR 33.871 in Kärnten). Insgesamt lässt sich jedoch festhalten, dass die quantitative Bedeutung der Einkünfte aus UA in Relation zu den Einkünften aus SA/GW für § 2-VertragsärztInnen in allen Bundesländern gering ausfällt.

Wie weiter unten noch näher beleuchtet wird, kann das Betreiben einer Hausapotheke eine bedeutende Einnahmequelle für § 2-VertragsärztInnen darstellen. Diese Einnahmequelle steht jedoch nur ÄrztInnen in ländlichen Gebieten offen. Um etwaige Verzerrungen durch diesen Aspekt auszuschließen, führten wir den Bundesländervergleich noch einmal ohne jene § 2-ÄrztInnen, die eine Hausapotheke betreiben, durch. Während die Medianeinkünfte der Wiener ÄrztInnen erwartungsgemäß unverändert bleiben, sinken sie in einigen Bundesländern ab (nicht dargestellt). Am stärksten wirkt sich dies in der Steiermark mit einem Rückgang von ca. EUR 7.800 sowie im Burgenland mit einem Rückgang von ca. EUR 6.200 in den Medianeinkünften aus. In Vorarlberg bleiben die Medianeinkünfte aufgrund der geringen Anzahl von ÄrztInnen mit Hausapotheke (n=18) hingegen beinahe unverändert und somit nach wie vor im Vergleich am höchsten. In Wien und Niederösterreich sind die Medianeinkünfte der § 2-VertragsärztInnen auch bei Ausschluss der ÄrztInnen mit Hausapotheke am niedrigsten.

Einkünfte nach Urbanisierungsgrad

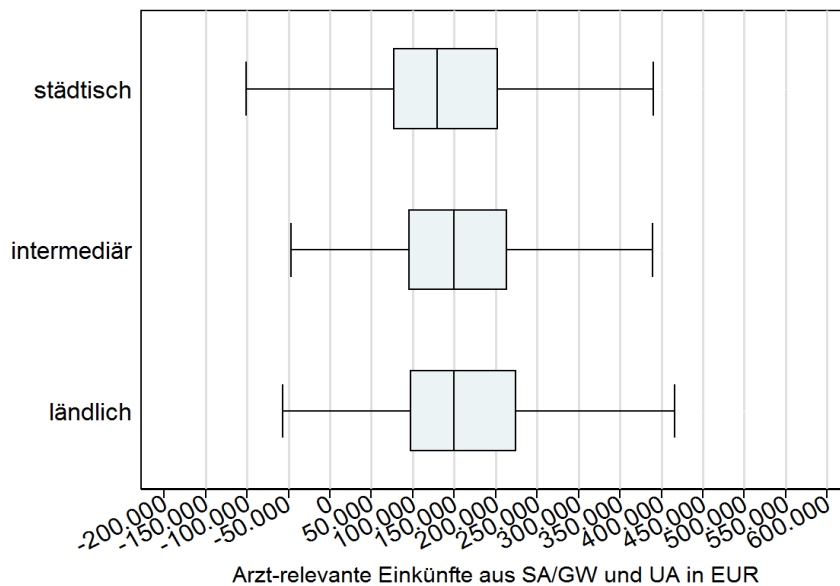
Von den betrachteten § 2-VertragsärztInnen hatten im Jahr 2015 45,5% ihren Praxissitz in vorwiegend städtischen Bezirken, 16,2% in vorwiegend intermediären Bezirken und 37,4% in vorwiegend ländlichen Bezirken. In Einklang mit der Beobachtung, dass § 2-VertragsärztInnen aus Wien die niedrigsten Einkünfte verzeichneten, steht auch die Betrachtung der Einkünfte nach Urbanisierungsgrad. § 2-VertragsärztInnen mit Praxissitz in einem vorwiegend städtischen Bezirk (Median EUR 132.535) erzielten 2015 geringere Einkünfte aus SA/GW und UA als ihre KollegInnen in vorwiegend intermediären (EUR 151.328) bzw. ländlichen (EUR 150.689) Bezirken. Insgesamt hatten 52% der in städtischen Gebieten tätigen § 2-VertragsärztInnen ihren Praxissitz in Wien.

Bei Betrachtung des arithmetischen Mittels anstatt des Medianes verschwindet der Unterschied nach Urbanisierungsgrad jedoch beinahe vollständig – für alle drei Kategorien lag der Mittelwert zwischen EUR 177.000 und EUR 179.000. Dies deutet darauf hin, dass es unter den in städtischen Gebieten tätigen § 2-VertragsärztInnen mehr bzw. höhere Ausreißer nach oben gab.

Schränkt man die Betrachtung auf Einkünfte aus SA/GW ein, so erzielten § 2-VertragsärztInnen in vorwiegend städtischen Bezirken ebenfalls die niedrigsten

Medianeinkünfte (EUR 124.095 vs. EUR 146.984 intermediär bzw. EUR 145.258 ländlich). Bei Mittelwertbetrachtung fällt der Unterschied wiederum geringer aus.

Abbildung 63: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag nach Urbanisierungsgrad, 2015



Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Im Gegensatz zu den Einkünften aus SA/GW fielen die Einkünfte aus UA bei den § 2-VertragsärztInnen, die solche Einkünfte bezogen, in städtischen Gebieten am höchsten aus: Der Median lag hier bei EUR 28.635, während er für die ÄrztInnen in vorwiegend intermediären bzw. ländlichen Gebieten bei 7.499 bzw. 9.439 lag. Der Anteil der § 2-VertragsärztInnen mit Einkünften aus UA betrug dabei in städtischen Gebieten 33,8%, in intermediären Gebieten 32,8% und in ländlichen Gebieten 38,7%.

Analog zum Bundesländervergleich führten wir auch die Analyse nach Urbanisierungsgrad zusätzlich unter Ausschluss der § 2-VertragsärztInnen mit Hausapotheke durch (nicht dargestellt). Während die Medianeinkünfte der ÄrztInnen in städtischen Gebieten erwartungsgemäß auf dem gleichen Niveau bleiben, sinken jene der ÄrztInnen in intermediären Gebieten um ca. EUR 2.500 und jene der ÄrztInnen in ländlichen Gebieten um ca. EUR 6.700. Eine Differenz zu den Medianeinkünften der ÄrztInnen in städtischen Gebieten bleibt allerdings bestehen.

Einkünfte nach Fachgruppe

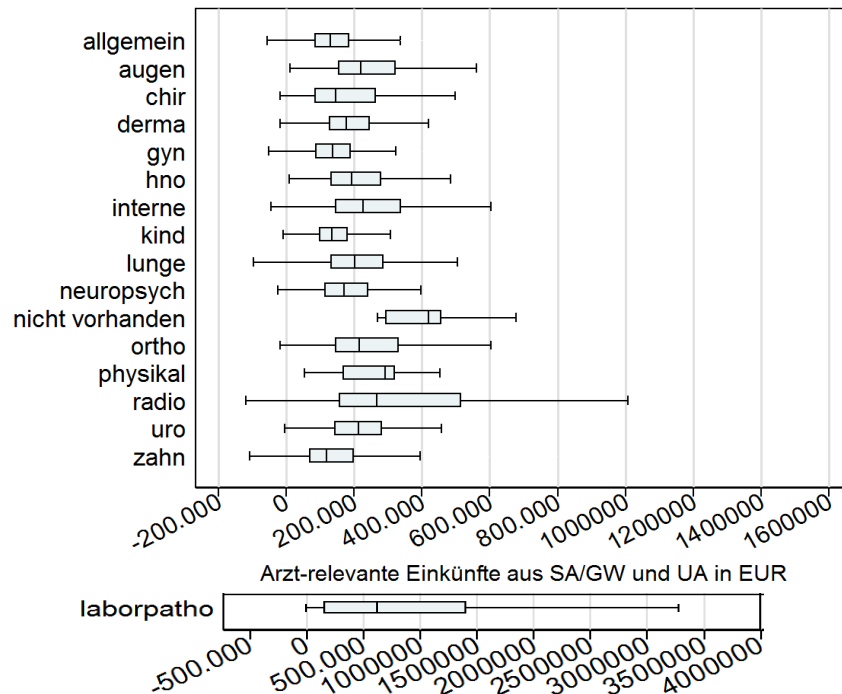
Zwischen den einzelnen HV-Fachgruppen existieren bzgl. der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA teilweise sehr deutliche Unterschiede (vgl. Abbildung 64). Die mit Abstand höchsten Einkünfte erzielten § 2-VertragsärztInnen der Fachgruppe Labor/Pathologie. Der Median lag 2015 für diese Gruppe bei EUR 687.231, der Mittelwert gar bei EUR 1.135.069. Das 3. Quartil betrug 1.408.814, d.h. ein Viertel der § 2-VertragsärztInnen der Fachgruppe Labor/Pathologie hatte Einkünfte über diesem Wert zu verzeichnen – Extremwerte fallen teilweise noch deutlich höher aus. Aufgrund der Notwendigkeit einer erweiterten Skalierung sind die Einkünfte dieser Fachgruppe in einem separaten Boxplot am unteren Ende der Abbildung dargestellt. Es handelt sich bei der betreffenden Gruppe um 46 ÄrztInnen, von denen 27 ihren Praxissitz in Wien haben. Es ist davon auszugehen, dass diese ÄrztInnen teils große medizinische Laboratorien betreiben, in denen hohe Umsätze erzielt werden. Von detaillierteren Analysen zu dieser Gruppe sehen wir aus Anonymitätsgründen ab.

Die im Schnitt zweit- bzw. dritthöchsten Einkünfte erzielten § 2-VertragsärztInnen mit unbekannter Fachgruppenzuordnung („nicht vorhanden“; Median EUR 419.161) bzw. die § 2-FachärztInnen für Physikalische Medizin (EUR 293.155) – diese Kategorien zählen jedoch nur 9 bzw. 17 Individuen und werden daher nicht eingehender analysiert. Ebenfalls vergleichsweise hohe Einkünfte wurden von den RadiologInnen erzielt. Im Median betrugen ihre relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA EUR 278.462. Wie in der Grafik ersichtlich ist, streuten die Einkünfte dieser Fachgruppe relativ stark. Das 1. Quartil lag bei EUR 259.149, das 3. bei EUR 534.523 und sowohl nach oben als auch nach unten gab es starke Ausreißer.

Vor allem bei den Fachgruppen Labor/Pathologie, physikalische Medizin und Radiologie ist zu beachten, dass in den Einkunftsdaten keine Einkünfte aus Kapitalgesellschaften enthalten sind (vgl. Erklärung in Kapitel 2.3.1). Es ist davon auszugehen, dass eine Berücksichtigung der Einkünfte, die ÄrztInnen als Gesellschafter von Instituten erzielen, noch zu einer Erhöhung der oben genannten Kennzahlen führen würde.

Die geringsten Medianeinkünfte unter den § 2-VertragsärztInnen verzeichneten die FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit EUR 118.627. Im Vergleich ebenfalls niedrige Einkünfte erzielten AllgemeinmedizinerInnen mit einem Median von EUR 129.941 sowie FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde mit einem Median von EUR 134.733 (Augenheilkunde EUR 219.639, Chirurgie EUR 147.705, Haut-/Geschlechtskrankheiten EUR 178.595, Frauenheilkunde/Geburtshilfe EUR 138.628, HNO EUR 193.334, Innere Medizin EUR 229.037, Lungenkrankheiten EUR 202.464, Neurologie/Psychiatrie EUR 171.046, Orthopädie EUR 214.881, Physikalische Medizin EUR 293.155, Urologie EUR 212.298).

Abbildung 64: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag nach Fachgruppe, 2015



Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

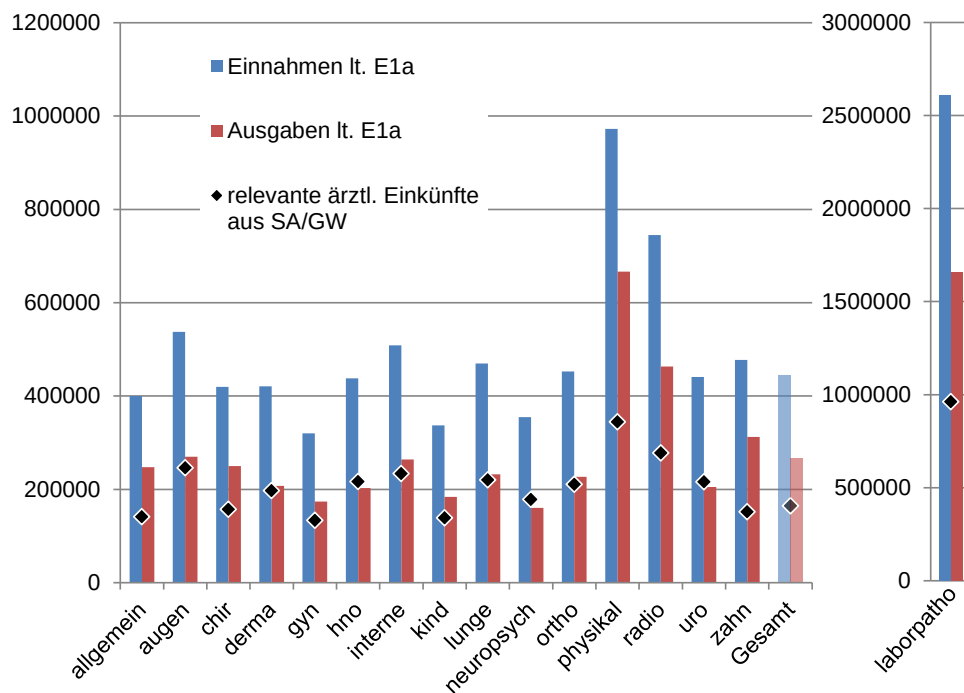
Aufgrund der in allen Fachgruppen relativ niedrigen Einkünfte aus UA folgten die Einkünfte aus SA/GW dem beinahe gleichen Muster wie die relevanten ärztl. Gesamteinkünfte und fielen dabei nur etwas geringer aus. Der Anteil jener, die Einkünfte aus UA bezogen, lag besonders hoch bei den ChirurgInnen mit 49,6% sowie bei den FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde mit 46,4%. Besonders niedrig war er bei den FachärztInnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit 22,0% sowie bei der Fachgruppe Labor/Pathologie mit 28,3%. Letztere erzielten dabei jedoch die höchsten Medianeinkünfte aus UA mit EUR 41.160. Am niedrigsten lagen die Medianeinkünfte der § 2-VertragsärztInnen mit Einkünften aus UA bei den AllgemeinmedizinerInnen mit EUR 8.388.

Im Rahmen der Betrachtung der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA nach Geschlecht stellten wir die Vermutung an, dass die Unterschiede zwischen Frauen und Männern teilweise mit der unterschiedlichen Geschlechterverteilung innerhalb der bzw. den Einkünfteunterschieden zwischen den Fachgruppen zusammenhängen. Tatsächlich wiesen jene Fachgruppen unter den § 2-VertragsärztInnen mit besonders hohen Einkünften einen vergleichsweise geringen Frauenanteil auf. In den Fachgruppen Labor/Pathologie, Radiologie und Innere Medizin, die hohe Einkünfte zu verzeichnen hatten, lag er bspw. bei 26%, 22% und 16%. In den Fachgruppen mit vergleichsweise niedrigen Einkünften Zahn-

/Mund-/Kieferheilkunde, Allgemeinmedizin und Kinder-/Jugendheilkunde betrug er hingegen 39%, 33% und 43%.

Um genauer zu analysieren, wie die Einkünfteunterschiede zwischen den Fachgruppen zustande kommen, sind in Abbildung 65 die durchschnittlichen Einnahmen und Ausgaben laut E1a-Formular der § 2-VertragsärztInnen dargestellt. Die Daten für die Fachgruppe Labor/Pathologie sind wiederum mit einer anderen Skalierung separat dargestellt. Die Fachgruppen mit den höchsten Medianeinkünften (Labor/Pathologie, Physikalische Medizin, Radiologie) wiesen sowohl überdurchschnittliche Einnahmen als auch überdurchschnittliche Ausgaben auf. Die Einnahmen lagen dabei jedoch so deutlich über dem Durchschnitt, dass der verbleibende Gewinn bzw. folglich die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW jene der anderen Fachgruppen im Schnitt übertrafen. Bei den FachärztInnen für Zahn-/Mund-/Kieferheilkunde, welche die niedrigsten Medianeinkünfte verzeichneten, lagen ebenfalls sowohl Einnahmen als auch Ausgaben über dem Durchschnitt. Die Ausgaben waren jedoch in Relation zu den Einnahmen stärker erhöht, woraus ein im Schnitt niedrigerer Gewinn resultierte. Bei den Fachgruppen Allgemeinmedizin, Gynäkologie sowie Kinder-/Jugendheilkunde, deren Medianeinkünfte ebenfalls vergleichsweise niedrig waren, lagen hingegen unterdurchschnittliche Ein- und Ausgaben vor. Vor allem bei den GynäkologInnen und KinderärztInnen befinden sich die Einnahmen auf niedrigem Niveau.

Abbildung 65: Durchschnittliche relevante ärztliche E1-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl), durchschnittliche Einnahmen laut E1a und durchschnittliche Ausgaben laut E1a der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag nach Fachgruppe, 2015

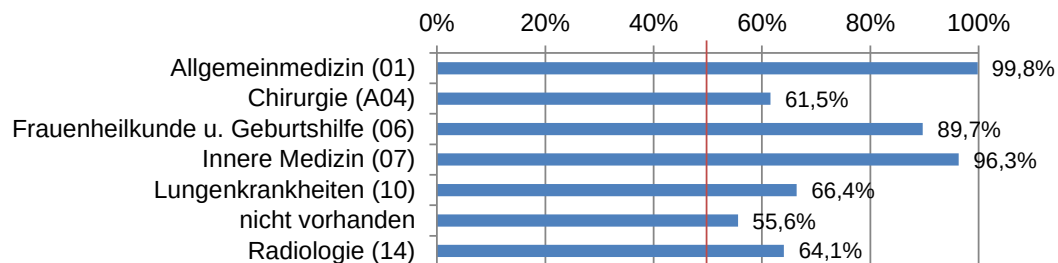


Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach Vorsorgeuntersuchungsvertrag

Insgesamt hatten 51,9% der betrachteten § 2-VertragsärztInnen im Jahr 2015 einen Vertrag für Vorsorgeuntersuchungen. In Abbildung 66 ist der Anteil der § 2-VertragsärztInnen mit VU-Vertrag für jene Fachgruppen dargestellt, in denen dieser mehr als 50% beträgt. Um Verzerrungen durch jene Fachgruppen zu vermeiden, für die VU-Verträge geringe oder keine Relevanz haben, schränken wir die Analyse im Folgenden auf diese Fachgruppen ein. Dabei handelt es sich um die Gruppen Allgemeinmedizin, Chirurgie, Frauenheilkunde/Geburtshilfe, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, „nicht vorhanden“ sowie Radiologie.

Abbildung 66: Anteil der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag und relevanten ärztl. Einkünften aus SA/GW nach enger NACE-Auswahl, die einen Vorsorgeuntersuchungsvertrag besitzen, nach Fachgruppe, 2015 (nur Fachgruppen mit Anteil >50%)

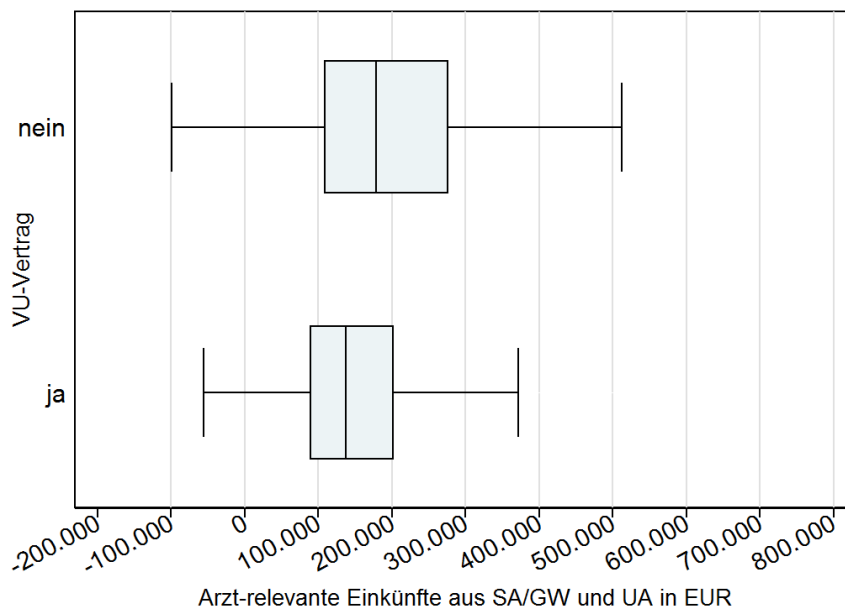


Quelle: IHS (2017)

In Abbildung 67 sind die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der § 2-VertragsärztInnen der oben genannten Fachgruppen nach Vorliegen eines VU-Vertrags dargestellt. Die Medianeinkünfte der ÄrztInnen mit VU-Vertrag lagen im Jahr 2015 bei EUR 137.806, jene der ÄrztInnen ohne VU-Vertrag hingegen deutlich höher bei EUR 186.557. Dieses Resultat wirkt auf den ersten Blick überraschend. Da es sich jedoch nicht um eine *ceteris-paribus*-Betrachtung²² handelt, ist es wahrscheinlich, dass weitere intervenierende Effekte eine Rolle spielen. So ist es bspw. möglich, dass Einkünfteunterschiede zwischen den Fachgruppen mit höheren und vergleichsweise niedrigeren VU-Anteilen den Effekt des VU-Vertrags auf die Einkünfte dominieren. Zur Beantwortung der Frage des isolierten Effekts eines VU-Vertrags sei auf die Regressionsanalyse in Kapitel 3.6.4 verwiesen.

²² Unter einer *ceteris-paribus*-Betrachtung ist ein solcher Vergleich zu verstehen, bei dem alle Bedingungen außer der Vergleichsvariable konstant gehalten werden, um den Effekt der Vergleichsvariable zu isolieren.

Abbildung 67: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag mit bzw. ohne Vorsorgeuntersuchungsvertrag, 2015 (ausgewählte Fachgruppen)



Anmerkung: Darstellung eingeschränkt auf die Fachgruppen Allgemeinmedizin, Chirurgie, Frauenheilkunde/Geburtshilfe, Innere Medizin, Lungenkrankheiten, „nicht vorhanden“, Radiologie; Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

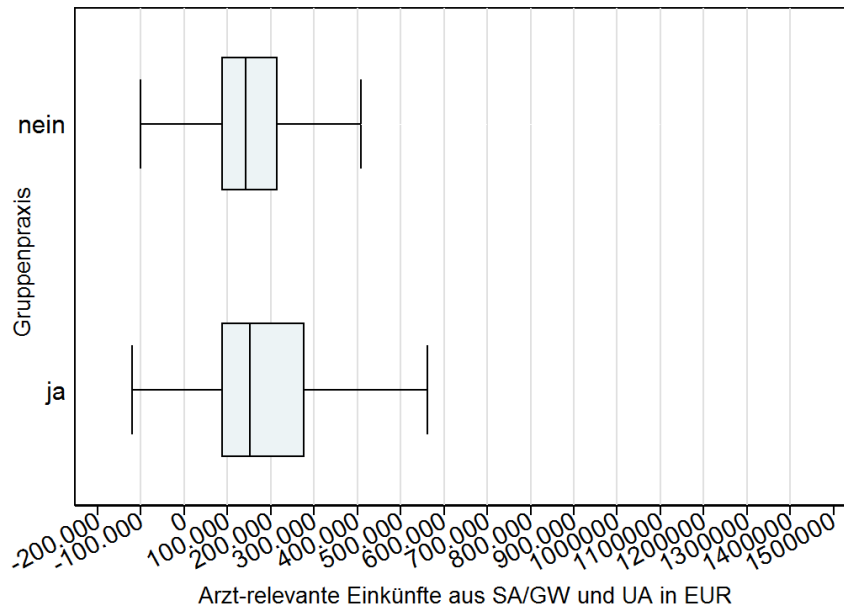
Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach Gruppenpraxis

5,8% der betrachteten § 2-VertragsärztInnen waren im Jahr 2015 in einer Gruppenpraxis tätig. Davon waren 38,4% AllgemeinmedizinerInnen, 22,6% RadiologInnen und 8,6% InternistInnen – die übrigen teilen sich zu geringen Anteilen auf weitere Fachgruppen auf. Auch im Zusammenhang mit Gruppenpraxen sollte beachtet werden, dass Einkünfte aus Kapitalgesellschaften mangels entsprechender Daten nicht in die Analyse einfließen konnten.

In Abbildung 68 sind die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der § 2-VertragsärztInnen in Gruppenpraxen im Vergleich zu jenen der anderen § 2-VertragsärztInnen dargestellt. Im Median lagen die Einkünfte der in Gruppenpraxen tätigen § 2-VertragsärztInnen bei EUR 157.916, jene der übrigen § 2-VertragsärztInnen bei EUR 142.160. Zieht man den Mittelwert heran, so ist der Unterschied deutlich größer mit EUR 274.124 vs. EUR 172.332. Im Schnitt erzielten in Gruppenpraxen tätige § 2-VertragsärztInnen somit höhere Einkünfte als jene in Einzelpraxen, speziell gibt es bei den ÄrztInnen in Gruppenpraxen stärkere Ausreißer nach oben. Außerdem streuen die Einkünfte der in Gruppenpraxen tätigen ÄrztInnen etwas stärker.

Abbildung 68: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag nach Gruppenpraxis, 2015



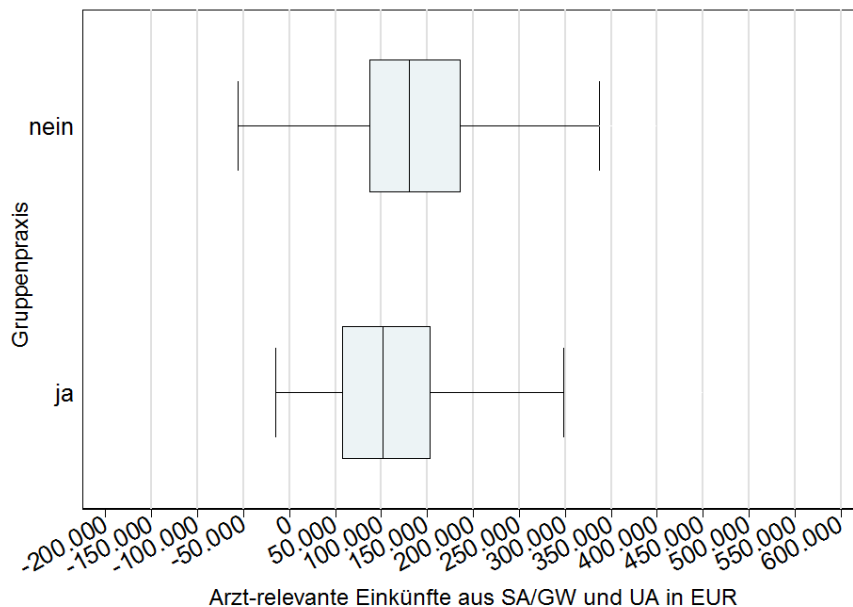
Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Betrachtet man ausschließlich die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW, so sind die Medianeinkünfte der ÄrztInnen in Gruppenpraxen und jener in Einzelpraxen beinahe identisch (EUR 135.432 vs. EUR 135.297). Der Unterschied in Bezug auf den Median rührt also daher, dass ÄrztInnen, die in Gruppenpraxen tätig sind, häufiger zusätzlich unselbständig beschäftigt sind (Anteil 50,1% vs. 34,7%) und im Falle einer unselbständigen Beschäftigung höhere Medianeinkünfte aus UA erzielen (EUR 21.604 vs. EUR 17.481).

Ergänzend führten wir die obige Analyse mit Einschränkung auf die Gruppe der AllgemeinmedizinerInnen mit § 2-Kassenvertrag durch, da innerhalb dieser Gruppe eine höhere Vergleichbarkeit gegeben ist. Die Ergebnisse dieser Analyse sind in Abbildung 69 dargestellt. Unter dieser Einschränkung dreht sich die Aussage um: Die Medianeinkünfte der AllgemeinmedizinerInnen mit § 2-Kassenvertrag, die in Gruppenpraxen tätig sind, lagen 2015 bei EUR 103.099, jene der übrigen AllgemeinmedizinerInnen mit § 2-Kassenvertrag relativ deutlich darüber bei EUR 131.538. Bei Betrachtung des Mittelwerts fällt der Unterschied ähnlich aus (EUR 120.781 vs. EUR 147.786). Unter den AllgemeinmedizinerInnen mit § 2-Kassenvertrag erzielen jene, die an einer Gruppenpraxis teilnehmen, somit im Schnitt geringere Einkünfte.

Abbildung 69: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der AllgemeinmedizinerInnen mit § 2-Kassenvertrag nach Gruppenpraxis, 2015



Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

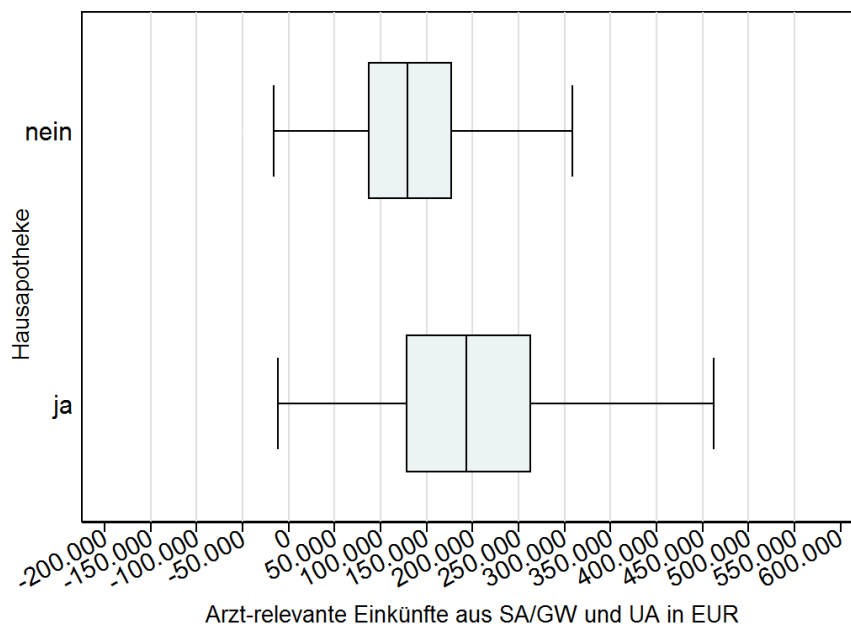
Einkünfte nach Hausapotheke

Hausapotheken dürfen ausschließlich von AllgemeinmedizinerInnen betrieben werden, daher schränken wir die Analyse im Folgenden auf diese Subgruppe der § 2-VertragsärztInnen ein. Weiters sind Hausapotheken nur im ländlichen bzw. intermediären Bereich von Relevanz. Um etwaige Verzerrungen der Ergebnisse durch das oben beschriebene Land-Stadt-Gefälle zu vermeiden, schränken wir daher zusätzlich auf AllgemeinmedizinerInnen mit Praxissitz in vorwiegend ländlichen oder intermediären Bezirken ein. Von diesen betrieben im Jahr 2015 30,4% eine Hausapotheke.

In Abbildung 70 sind die relevanten ärztl. Einkünfte der AllgemeinmedizinerInnen mit § 2-Kassenvertrag in ländlichen und intermediären Gebieten mit bzw. ohne Hausapotheke dargestellt. Die Medianeinkünfte jener, die eine Hausapotheke betrieben, lagen 2015 bei EUR 195.533. Jene AllgemeinmedizinerInnen, die keine Hausapotheke betrieben, erzielten deutlich niedrigere Medianeinkünfte von EUR 129.253. Bei Betrachtung des Mittelwerts fällt die Differenz ähnlich aus. Da Einkünfte aus dem Betreiben einer Hausapotheke in der Regel als Einkünfte aus Gewerbetätigkeit geführt werden (sollten), entstammt die Einkünfte Differenz den relevanten ärztl. Einkünften aus SA/GW (Median EUR 191.348 mit Hausapotheke vs. EUR 124.383 ohne Hausapotheke). In diesem Zusammenhang ist jedoch anzumerken, dass die Differenz in den Einkünften nicht notwendigerweise vollständig auf die

Gewinne der Hausapotheke zurückzuführen sein muss. Es könnten darüber hinaus noch andere intervenierende Effekte vorliegen, wie z.B. andere Öffnungszeiten bei ÄrztInnen mit Hausapotheken.

Abbildung 70: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der AllgemeinmedizinerInnen mit § 2-Kassenvertrag in ländlichen und intermediären Gebieten mit bzw. ohne Hausapotheke, 2015



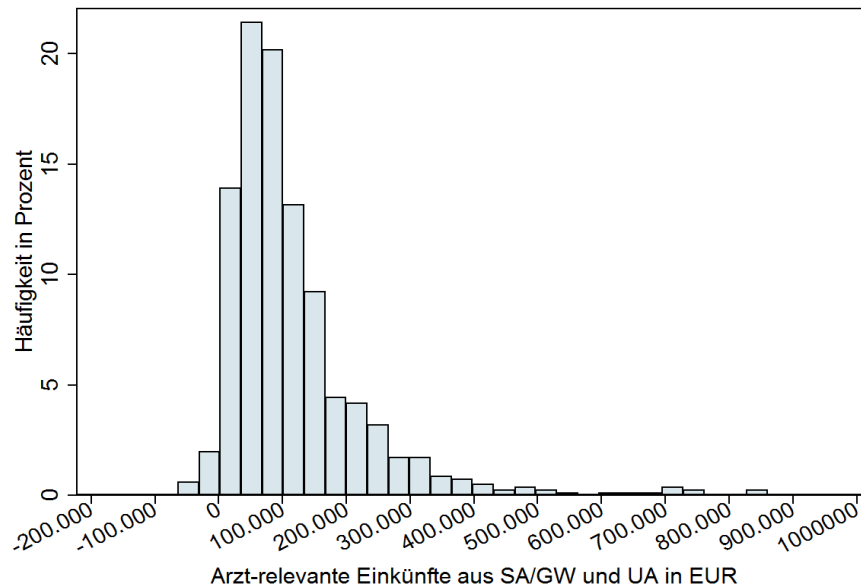
Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

3.3.3. Einkünfte der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen

Von den im Rahmen der Analyse betrachteten ÄrztInnen hatten im Jahr 2015 insgesamt 785 ausschließlich Verträge mit kleinen Kassen. Auch ihre relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA folgten einer rechtsschiefen Verteilung mit einem Median von EUR 90.513 und einem Mittelwert von EUR 120.232 (vgl. Abbildung 71).

Abbildung 71: Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen, 2015



Anmerkung: Histogramm bei EUR 1.000.000 abgeschnitten

Quelle: IHS (2017)

In Tabelle 20 sind die Dezile der Einkünfteverteilung der ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen dargestellt. Auch in dieser Gruppe fällt die Streuung vergleichsweise groß aus. So erzielte das „untere“ Fünftel der ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen im Jahr 2015 relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA von EUR 41.829 oder weniger, während das „obere“ Fünftel auf EUR 175.878 oder mehr kam.

Tabelle 20: Dezile der Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen, 2015

	Einkünfte in EUR
1. Dezil	21.794
2. Dezil	41.829
3. Dezil	58.931
4. Dezil	73.514
5. Dezil (Median)	90.513
6. Dezil	109.112
7. Dezil	133.001
8. Dezil	175.878
9. Dezil	251.983

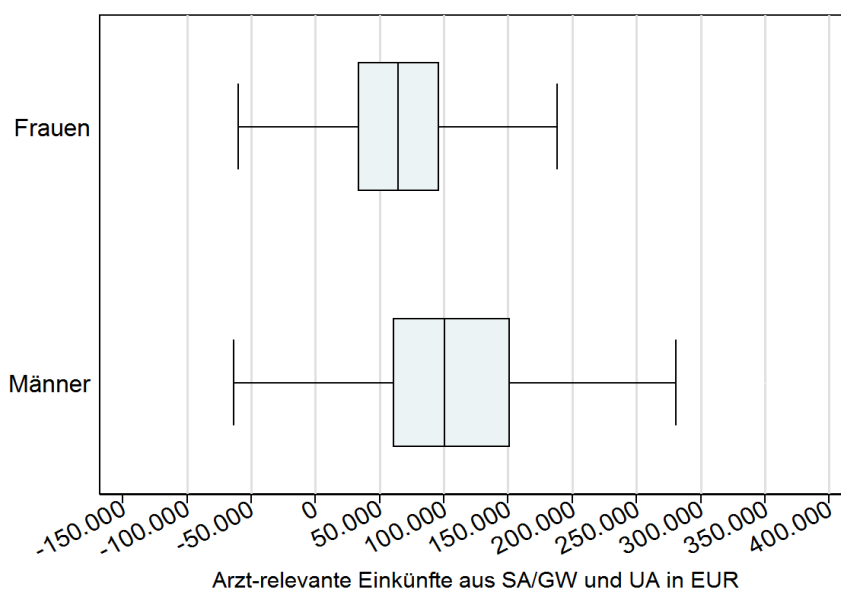
Quelle: IHS (2017)

Wie bereits im Rahmen des Vergleichs nach Vertragsstatus in Kapitel 3.3.1 erwähnt, erzielten ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen 78,3% ihrer durchschnittlichen relevanten ärztl. Einkünfte im Jahr 2015 aus SA/GW. Der Median dieser Einkünfte betrug EUR 58.269. 54,0% der ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen bezogen Einkünfte aus UA. Bei Einschränkung auf diese Subgruppe betrug der Median ihrer Einkünfte aus UA EUR 43.140, der Mittelwert lag nur etwas höher mit EUR 48.337.

Einkünfte nach Geschlecht

Von den betrachteten ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen waren im Jahr 2015 35,7% weiblich. Auch unter den ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen erzielten Männer deutlich höhere Einkünfte als Frauen. Der Median der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA lag 2015 bei den Männern bei EUR 108.827, bei den Frauen hingegen um mehr als EUR 40.000 niedriger bei EUR 64.950.

Abbildung 72: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen nach Geschlecht, 2015



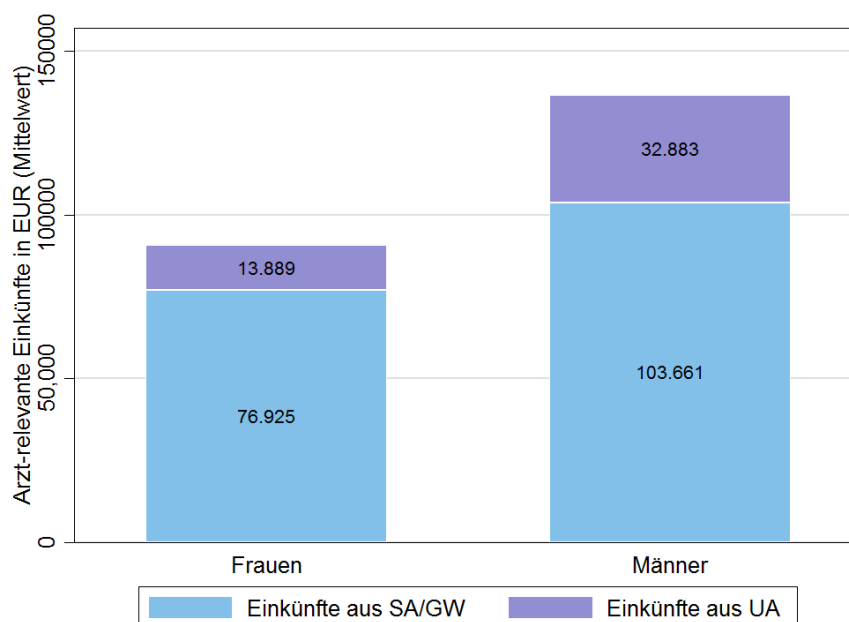
Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Neben der Gesamthöhe der Einkünfte unterscheidet sich auch deren Zusammensetzung deutlich zwischen den Geschlechtern. Eine Zerlegung der in relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW und Einkünfte aus UA nach Geschlecht ist in Abbildung 73 dargestellt. Bei Betrachtung aller ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen machen Einkünfte aus SA/GW bei den Frauen 84,7% der durchschnittlichen relevanten ärztl. Einkünfte aus, bei den Männern

75,9%. Die Medianeinkünfte aus SA/GW betrugen EUR 65.941 bei den Männern und EUR 48.285 bei den Frauen. Einkünfte aus UA hatten im Vergleich bei Männern eine höhere relative Bedeutung. Von den weiblichen Ärztinnen mit nur kleinen Kassen waren im Jahr 2015 46,1% unselbständig beschäftigt, bei den männlichen Ärzten waren es 58,4%. Auch bei Einschränkung auf nur jene ÄrztInnen, die Einkünfte aus UA zu verzeichnen hatten, erzielten Männer mit EUR 56.861 deutlich höhere Medianeinkünfte aus UA als Frauen mit EUR 28.563.

Abbildung 73: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen nach Geschlecht, 2015

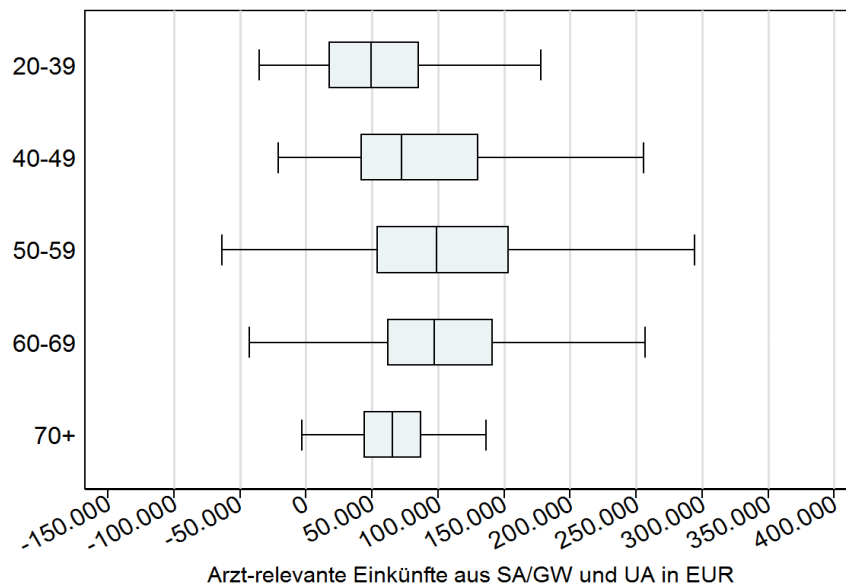


Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach Alter

Bei den ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen fielen die Unterschiede zwischen den Altersgruppen etwas deutlicher aus als bei den § 2-VertragsärztInnen. Die niedrigsten relevanten ärztl. Medianeinkünfte aus SA/GW und UA im Jahr 2015 verzeichneten die 20-39-Jährigen mit EUR 50.232, die höchsten die 50-59-Jährigen mit EUR 103.774 (vgl. Abbildung 74; 40-49 EUR 72.684, 60-69 EUR 99.881, 70+ EUR 69.792). In den mittleren Altersgruppen ist die Streuung der Einkünfte vergleichsweise am größten.

Abbildung 74: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen nach Altersgruppen, 2015

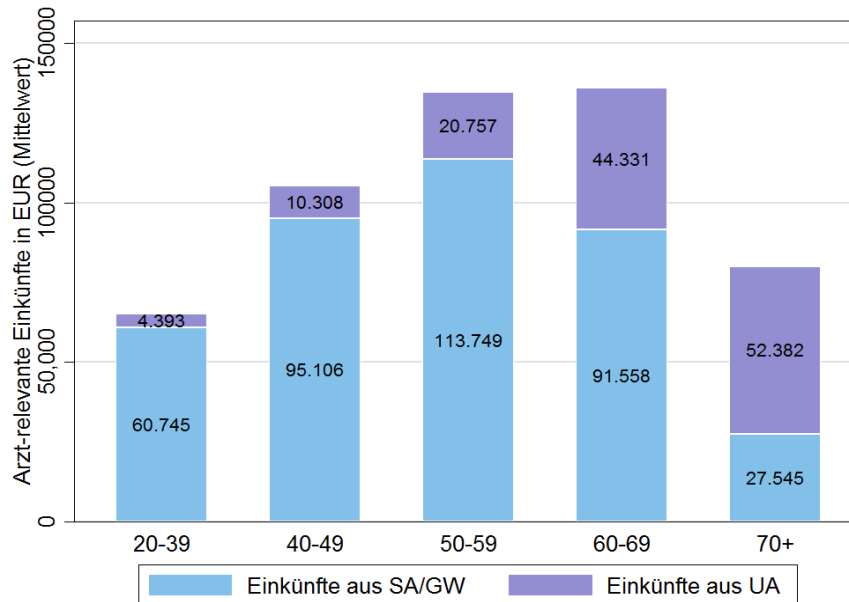


Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Auch in diesem Fall ist eine Zerlegung der Einkünfte in solche aus SA/GW und solche aus UA aufschlussreich (vgl. Abbildung 75). Diese zeigt nämlich, dass der Anteil der Einkünfte aus SA/GW mit dem Alter stark sinkt. Er betrug 93,3% bei den 20-39-Jährigen, 90,2% bei den 40-49-Jährigen, 84,6% bei den 50-59-Jährigen, 67,4% bei den 60-69-Jährigen und machte bei den mind. 70-Jährigen mit 34,5% nur mehr etwas mehr als ein Drittel aus. In den jüngeren Altersgruppen unter den ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen dürfte also die Bedeutung unselbständiger Tätigkeit mit dem Alter zunehmen. In den Altersgruppen 60-69 sowie v.a. 70+ sind diesbezüglich in erster Linie die Pensionen relevant. Speziell bei den mind. 70-Jährigen nimmt die Praxistätigkeit, d.h. die selbständige Tätigkeit, somit nur mehr ein geringes Ausmaß an.

Abbildung 75: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen nach Altersgruppen, 2015



Quelle: IHS (2017)

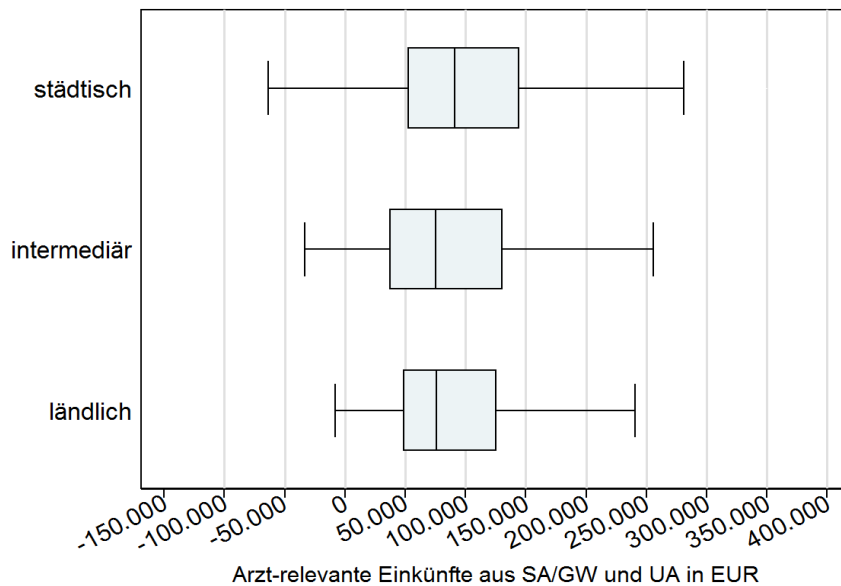
Einkünfte nach Bundesland

Aufgrund der vergleichsweise geringen Besetzung in mehreren Bundesländern und der daraus resultierenden eingeschränkten Aussagekraft nehmen wir hier keine ausführliche vergleichende Beschreibung der Einkünfte nach Bundesland vor. Um dennoch die Relevanz des Praxissitzes der ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen abzubilden, nehmen wir nachfolgend einen Vergleich nach Urbanisierungsgrad vor.

Einkünfte nach Urbanisierungsgrad

Von den betrachteten ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen hatten im Jahr 2015 68,9% ihren Praxissitz in einem vorwiegend städtischen Bezirk, 9,4% in einem vorwiegend intermediären Bezirk und die übrigen 20,9% in einem vorwiegend ländlichen Bezirk. Anders als bei den § 2-VertragsärztInnen verzeichneten bei den ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen die in städtischen Gebieten tätigen ÄrztInnen die höchsten Einkünfte (vgl. Abbildung 76). Bei ihnen betrug der Median der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA im Jahr 2015 EUR 92.243. Bei den ÄrztInnen mit Praxissitz in vorwiegend intermediären Bezirken betrugen die Medianeinkünfte EUR 76.224, bei jenen mit Praxissitz in vorwiegend ländlichen Bezirken EUR 79.180.

Abbildung 76: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen nach Urbanisierungsgrad, 2015

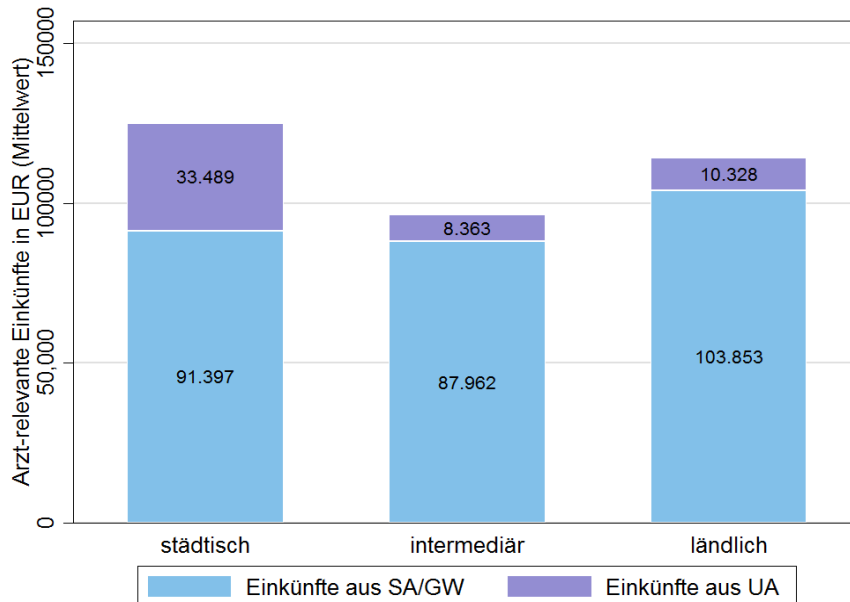


Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Wie Abbildung 77, die die Zusammensetzung der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA zeigt, veranschaulicht, sind die höheren Gesamteinkünfte der ÄrztInnen in städtischen Gebieten auf deren Einkünfte aus UA zurückzuführen. Sie erzielten 26,8% ihrer durchschnittlichen Einkünfte aus UA, während es bei den ÄrztInnen in intermediären bzw. ländlichen Gebieten nur 8,7% bzw. 9,0% waren. Zudem hatten 61,6% der in städtischen Gebieten tätigen ÄrztInnen überhaupt Einkünfte aus UA zu verzeichnen – bei den ÄrztInnen in intermediären bzw. ländlichen Gebieten betrug dieser Anteil nur 32,4% bzw. 39,6%. Schränkt man die Betrachtung auf diese ÄrztInnen ein, so erzielten die ÄrztInnen in städtischen Gebieten mit EUR 54.040 auch die höchsten Medianeinkünfte aus UA. Bei den ÄrztInnen in intermediären Gebieten betrugen diese EUR 22.873, bei jenen in ländlichen Gebieten EUR 24.235. Unter den ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen waren somit sowohl der Anteil derjenigen, die Einkünfte aus UA bezogen, als auch die Höhe dieser Einkünfte am höchsten.

Abbildung 77: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen nach Urbanisierungsgrad, 2015



Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach Fachgruppe

Aufgrund der relativ niedrigen Individuenzahl in den meisten Fachgruppen nehmen wir auch diesbezüglich keine detaillierte Beschreibung der Einkünfteunterschiede vor.

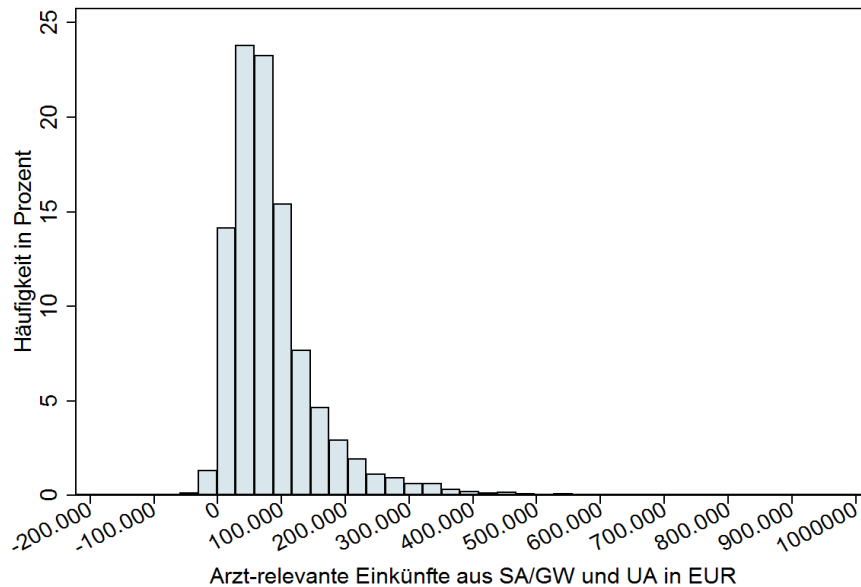
Einkünfte nach Vorsorgeuntersuchungsvertrag

Im Jahr 2015 hatten 31,8% der betrachteten ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen einen VU-Vertrag. Die relevanten ärztl. Medianeinkünfte aus SA/GW und UA unterschieden sich zwischen jenen mit und ohne VU-Vertrag nicht (EUR 90.552 mit VU-Vertrag vs. EUR 90.513 ohne VU-Vertrag).

3.3.4. Einkünfte der WahlärztInnen

Insgesamt waren im Jahr 2015 7.445 der betrachteten ÄrztInnen als WahlärztInnen tätig. Die Verteilung ihrer relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA ist in Abbildung 78 dargestellt. Es handelt sich wiederum um eine rechtsschiefe Verteilung. Der Median der Verteilung lag bei EUR 75.524, der Mittelwert bei EUR 94.566.

Abbildung 78: Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der WahlärztInnen, 2015



Anmerkung: Histogramm bei EUR 1.000.000 abgeschnitten

Quelle: IHS (2017)

Tabelle 21 führt die Dezile der Verteilung der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der WahlärztInnen für das Jahr 2015 an. Insgesamt fallen die Einkünfte, wie bereits erwähnt, im Schnitt niedriger als bei den § 2-VertragsärztInnen bzw. den ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen aus. Zudem ist die Streuung der Einkünfte geringer als bei diesen beiden Gruppen. Das „untere“ Fünftel der WahlärztInnen erzielte Einkünfte von EUR 34.027 oder weniger, die Einkünfte des „oberen“ Fünftels lagen bei mind. EUR 131.347.

Tabelle 21: Dezile der Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der WahlärztInnen, 2015

	Einkünfte in EUR
1. Dezil	19.927
2. Dezil	34.027
3. Dezil	48.553
4. Dezil	62.564
5. Dezil (Median)	75.524
6. Dezil	89.351
7. Dezil	105.782
8. Dezil	131.347
9. Dezil	183.738

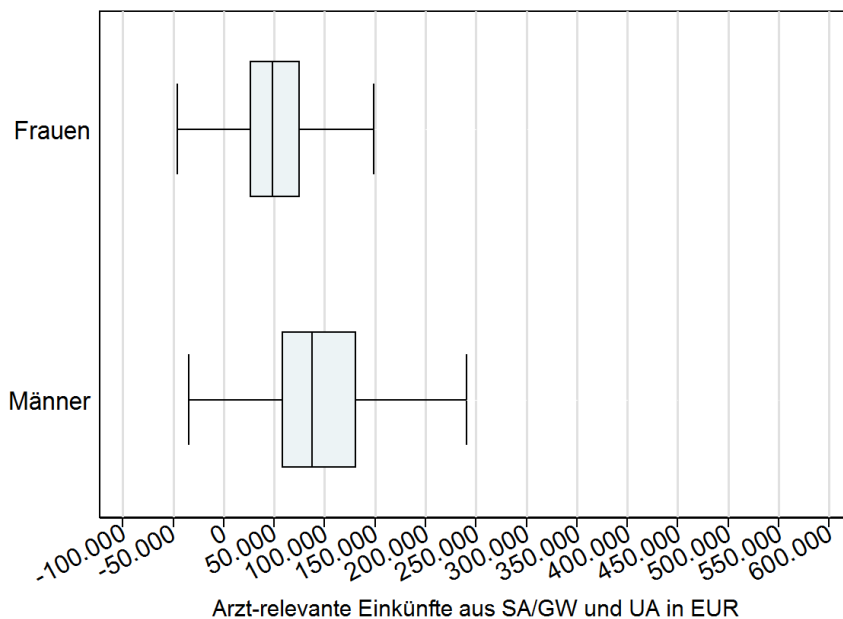
Quelle: IHS (2017)

Für WahlärztInnen sind Einkünfte aus UA im Vergleich zu den VertragsärztInnen von deutlich höherer quantitativer Bedeutung. Im Jahr 2015 entfiel mit 50,7% nur die Hälfte der durchschnittlichen relevanten ärztl. Einkünfte auf Einkünfte aus SA/GW. Insgesamt bezogen 77,2% der WahlärztInnen Einkünfte aus UA. In dieser Subgruppe betrug der Median der Einkünfte aus UA EUR 60.561, der Mittelwert nahm mit EUR 60.423 beinahe exakt denselben Wert an. Die Medianeinkünfte aus SA/GW betrugen EUR 21.542.

Einkünfte nach Geschlecht

Im Jahr 2015 waren 42,3% der betrachteten WahlärztInnen weiblich. Auch bei den WahlärztInnen gibt es bzgl. der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA einen relativ deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Der Median der Einkünfte der weiblichen Ärztinnen lag 2015 bei lediglich EUR 48.505, jener der männlichen Ärzte war mit EUR 95.949 beinahe doppelt so hoch.

Abbildung 79: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Geschlecht, 2015



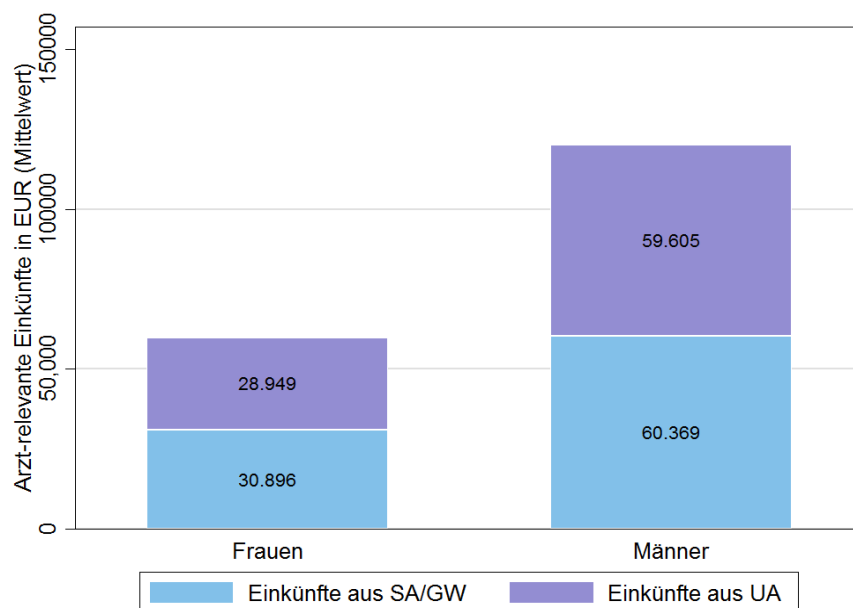
Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Wie Abbildung 80 zeigt, gestaltete sich die relative Zusammensetzung der Einkünfte dabei bei Männern und Frauen ähnlich. Frauen erzielten 51,6% ihrer durchschnittlichen relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW, bei den Männern waren es 50,3%. Der Median der Einkünfte aus SA/GW betrug bei den Männern EUR 28.359 und bei den Frauen EUR 15.148 (-46,6%). Unter den weiblichen Wahlärztinnen war der Anteil jener mit Einkünften aus UA mit 70,1%

etwas geringer als bei den männlichen Wahlärzten mit 82,1%. In diesen Subgruppen hatten Frauen Medianeinkünfte aus UA von EUR 35.626 (-50,5%) zu verzeichnen, und Männer Medianeinkünfte aus UA von EUR 71.949. Somit zeigt sich, dass männliche Wahlärzte in beiden Einkünftekategorien deutlich höhere Einkünfte erzielten als ihre weiblichen Kolleginnen.

Abbildung 80: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der WahlärztInnen nach Geschlecht, 2015



Quelle: IHS (2017)

In der Untergruppe der WahlärztInnen **mit gleichzeitiger KAV-Tätigkeit** fallen die geschlechterspezifischen Einkommensunterscheide nicht so extrem aus (vgl. Tabelle 22). Die medianen Einkünfte aus SA/GW und UA dieser Gruppe betrugen bei den Männern EUR 91.371 und bei den Frauen EUR 74.908 (-18,0%), bei den relevanten ärztlichen selbstständigen SA/GW-Einkünften EUR 16.915 bzw. EUR 7.165 (-57,6%) und bei den unselbstständigen lohnsteuerpflichtigen UA-Einkünften EUR 72.883 bzw. EUR 64.061 (-12,1%).

Tabelle 22: Zusammensetzung der medianen relevanten ärztlichen Einkünfte (Gesamt, SA/GW und UA) der WahlärztInnen nach Geschlecht und KAV-Tätigkeit, 2015

		Median relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA	Median relevant ärztl. Einkünfte aus SA/GW	Median Einkünfte aus UA
Nicht bei KAV beschäftigt	Frauen	45.963	16.359	32.841
	Männer	96.627	29.919	71.762
Bei KAV beschäftigt	Frauen	74.908	7.165	64.061
	Männer	91.371	16.915	72.883

Quelle: IHS (2017)

Bemerkenswert ist weiters, dass im direkten Vergleich zwischen WahlärztInnen mit und ohne KAV-Tätigkeit die relevanten Gesamteinkünfte bei den weiblichen Wahlärztinnen ohne KAV-Tätigkeit – im Unterschied zu den Männern – deutlich niedriger sind (-38,6%) als die der KAV-Wahlärztinnen. Die medianen SA/GW-Einkünfte der weiblichen Wahlärztinnen ohne KAV-Tätigkeit betragen zwar mit EUR 16.359 mehr als das Doppelte derjenigen mit KAV-Tätigkeit (EUR 7.165). Der Abschlag bei den medianen UA-Einkünften von EUR 64.061 auf EUR 32.841 (-48,7%) überwiegt jedoch diesen Effekt. Bei den männlichen Wahlärzten ohne KAV-Tätigkeit ist die Reduktion bei den medianen UA-Einkünften hingegen unbedeutend. An dieser Stelle ist anzumerken, dass aufgrund von Abgrenzungsproblemen (vgl. Abbildung 1) die Subgruppe der „WahlärztInnen ohne KAV-Tätigkeit“ WahlärztInnen sowohl mit als auch ohne intramurale Spitalstätigkeit umfasst, ausgenommen eben KAV-SpitalsärztInnen.

Welche Faktoren bedingen nun den beobachteten geschlechterspezifischen Einkommensunterschied? Ein wichtiger Faktor ist naheliegenderweise das Arbeitsausmaß. Zunächst untersuchen wir die Variable **Beschäftigungsausmaß** der KAV-SpitalsärztInnen. Tabelle 23 zeigt das durchschnittliche Beschäftigungsausmaß der WahlärztInnen mit KAV-Tätigkeit für das Jahr 2015 nach Altersgruppen und Geschlecht. Frauen weisen ab dem Alter von 35 Jahren ein deutlich niedrigeres Beschäftigungsausmaß im Vergleich zu den Männern auf. Der Altersverlauf ist U-förmig, denn ab der Altersgruppe 50-54 steigt das KAV-Beschäftigungsausmaß der weiblichen Wahlärztinnen wieder an.²³

Tabelle 23: Durchschnittliches Beschäftigungsausmaß in Prozent der WahlärztInnen mit KAV-Tätigkeit nach Altersgruppen und Geschlecht, 2015

	Durchschnittl. Beschäftigungsausmaß in %	
	Frauen	Männer
20-29 Jahre	100,0	
30-34 Jahre	100,0	100,0
35-39 Jahre	90,6	96,2
40-44 Jahre	83,5	95,0
45-49 Jahre	84,1	95,3
50-54 Jahre	89,3	97,1
55-59 Jahre	94,0	96,4
60+ Jahre	94,5	91,7

Quelle: IHS (2017)

Um die unterschiedlichen Einkünfte aus unselbständiger Tätigkeit der KAV-WahlärztInnen vergleichbar zu machen, rechneten wir die KAV-Bruttogehälter anhand des individuellen Beschäftigungsausmaßes auf Vollzeitäquivalente hoch (Details dazu s. Kapitel 2.3.3). Das mediane Bruttojahresgehalt der weiblichen KAV-Wahlärztinnen liegt auch nach dieser

²³ Aufgrund des hohen Vollzeitanteils bei den KAV-WahlärztInnen beträgt das mediane Dienstaussmaß in allen Geschlechter- und Altersgruppen 100%.

Bereinigung unter dem Gehaltsniveau der männlichen KAV-WahlarztKollegen. Die Differenz ist jedoch deutlich niedriger: Über alle Altersgruppen gerechnet beträgt das mediane Jahres-Bruttogehalt der männlichen KAV-Wahlarzte EUR 106.217 und das der weiblichen Kolleginnen EUR 98.893 (-6,9%) für das Jahr 2015. Dieser geschlechterspezifische Gehaltsunterschied ist sowohl beim Schemagehalt als auch bei den Zulagen und Mehrdienstleistungen zu beobachten.

Einschränkenderweise ist zu bemerken, dass die Variable *Beschäftigungsausmaß* in den niedrigen Wertebereichen einen systematischen Fehler aufweist (s. Kapitel 2.3.3) und daher die Hochrechnung der Teilzeitgehälter einer gewisse Unsicherheit unterliegt. Der geschlechterspezifische Gehaltsunterschied ist jedoch auch innerhalb der Untergruppe der vollzeit- und ganzjährigen KAV-Beschäftigten mit wahlärztlicher Tätigkeit zu beobachten, wenn auch deutlich geringer, denn das mediane Jahres-Bruttogehalt der Männer im Jahr 2015 betrug EUR 110.581 und das der Frauen EUR 109.106 (-1,3%).

Das im Vergleich zu den Männern geringere Beschäftigungsausmaß der Frauen in den mittleren Altersgruppen (vgl. Tabelle 23) legt als mögliche Ursache den höheren Zeiteinsatz der Frauen für Familie und Haushalt nahe. Als Näherungsvariable für diese „Familienintensität“ extrahierten wir für jedes Individuum aus dem vom BMF übermittelten Datensatz die **Anzahl der Kinder** mit Berechtigung zum Abzug des Kinderfreibetrags²⁴, sofern vorhanden. Da auch die jeweiligen PartnerInnen den Kinderfreibetrag pro anspruchsberechtigtem Kind steuerlich nutzen können und sich Freibeträge bei niedrigen Einkommenssteuersätzen steuerlich geringer auswirken, ist mit keiner ausgeprägten Verzerrung der Inanspruchnahme des Kinderfreibetrags zuungunsten der Männer zu rechnen, d.h. Männer sollten bzgl. Kinder nicht unterrepräsentiert sein. Tabelle 24 bestätigt diese Einschätzung. Im Gegenteil: Mit zunehmender Kinderanzahl dominieren die Männer bei der Inanspruchnahme der Kinderfreibeträge.

²⁴ „Für jedes Kind, für das mehr als sechs Monate im Kalenderjahr Familienbeihilfe bezogen wird, kann jährlich ein Freibetrag von 440 Euro bei der Arbeitnehmerveranlagung beantragt werden. Durch Abzug vom steuerpflichtigen Einkommen vermindert der Kinderfreibetrag die zu zahlende Lohnsteuer in Höhe des jeweiligen Steuersatzes. Machen beide Elternteile den Kinderfreibetrag bei ihrer Arbeitnehmerveranlagung geltend, beträgt er pro Elternteil 300 Euro jährlich.“ (Quelle: www.bmf.gv.at)
Familienbeihilfe:

„Für unter 18-jährige Kinder besteht ohne die Erfüllung weiterer zusätzlicher Erfordernisse Anspruch auf Familienbeihilfe. Ab 18 Jahren wird die Auszahlung von Familienbeihilfe nur unter bestimmten Voraussetzungen gewährt...“ (Quelle: www.bmf.gv.at)

Tabelle 24: Häufigkeitsverteilung der WahlärztInnen unter 50 Jahre nach Geschlecht und deklarerter Kinderanzahl, 2015

	Frauen	Männer	Gesamt
kein Kind	343	371	714
1 Kind	229	188	417
2 Kinder	348	376	724
3 Kinder	103	148	251
mind. 4 Kinder	17	41	58
Gesamt	1.040	1.124	2.164

Quelle: IHS (2017)

Wie wirkt sich nun die Kinderanzahl auf das KAV-Beschäftigungsausmaß aus? In Tabelle 25 ist zu sehen, dass das durchschnittliche Beschäftigungsausmaß der weiblichen KAV-SpitalsärztInnen mit wahlärztlicher Tätigkeit grundsätzlich niedriger ist und dass ab zwei Kindern das Beschäftigungsausmaß bei den Frauen merklich abfällt. Dieser Trend ist bei den weiblichen KAV-Spitalsärztinnen ohne wahlärztliche Tätigkeit ebenfalls zu sehen, jedoch deutlich abgeschwächt (vgl. Tabelle 26). Dementsprechend fallen die Bruttojahresgehälter dieser Subgruppe mit zunehmender Kinderanzahl nur moderat (nicht dargestellt).

Tabelle 25: Durchschnittliches Beschäftigungsausmaß der KAV-SpitalsärztInnen mit wahlärztlicher Tätigkeit unter 50 Jahre nach Geschlecht und deklarerter Kinderanzahl, 2015

	Durchschnittl. Beschäftigungsausmaß in %	
	Frauen	Männer
kein Kind	90,6	97,2
1 Kind	90,4	94,4
2 Kinder	76,3	95,0
3 Kinder	70,0	84,6
mind. 4 Kinder		100,0

Quelle: IHS (2017)

Tabelle 26: Durchschnittliches Beschäftigungsausmaß der KAV-SpitalsärztInnen ohne wahlärztliche Tätigkeit unter 50 Jahre nach Geschlecht und deklarerter Kinderanzahl, 2015

	Durchschnittl. Beschäftigungsausmaß in %	
	Frauen	Männer
kein Kind	96,2	97,4
1 Kind	94,1	100,0
2 Kinder	92,7	94,4
3 Kinder	92,2	97,6
mind. 4 Kinder	100,0	100,0

Quelle: IHS (2017)

Im Unterschied dazu sinken die Bruttojahresgehälter der weiblichen Wahlärztinnen mit KAV-Spitalstätigkeit mit der Kinderanzahl, ab zwei Kindern sogar deutlich (vgl. Tabelle 27). Gleichzeitig verzeichnen die medianen Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit (SA/GW-Einkünfte) Zuwächse. Weibliche Wahlärztinnen mit Kindern scheinen demnach ihre Erwerbskraft teilweise weg vom Spital und hin zur extramuralen Tätigkeit zu verlagern. Die daraus resultierende Zunahme der SA/GW-Einkünfte kann jedoch die Abnahme der UA-Einkünfte nicht kompensieren, denn die Gesamteinkünfte sinken bei den Frauen ebenfalls deutlich mit der Kinderanzahl ab (vgl. Tabelle 27).

Tabelle 27: Mediane relevante ärztliche Gesamteinkünfte, SA/GW-Einkünfte und Bruttojahresgehälter der WahlärztInnen mit KAV-Spitalstätigkeit unter 50 Jahre nach Geschlecht und Kinderanzahl, 2015

	Frauen				Männer			
	relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA (Median)	relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW (Median)	KAV- Bruttojahresg ehalt (Median)	n	relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA (Median)	relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW (Median)	KAV- Bruttojahresg ehalt (Median)	n
kein Kind	71.976	5.955	87.826	34	74.767	15.324	91.956	43
1 Kind	66.582	7.080	85.576	23	74.145	12.979	98.733	18
2 Kinder	51.827	10.612	36.966	25	83.833	20.715	95.612	37
3 Kinder	50.396	11.446	38.896	10	85.963	34.264	82.854	13

Quelle: IHS (2017)

Bei den männlichen Wahlärzten mit KAV-Spitalstätigkeit ist ebenfalls eine Zunahme der selbständigen Einkünfte mit der Kinderanzahl zu beobachten. Im Unterschied zu deren weiblichen Kolleginnen reduzieren sich ihre medianen Einkünfte aus unselbständiger Erwerbstätigkeit nur unwesentlich und deren Gesamteinkünfte steigen tendenziell mit zunehmender Kinderanzahl. Dieser Umstand kann auf die finanzielle Notwendigkeit zu mehr Erwerbsleistung bei höherer Kinderanzahl zurückgeführt werden oder umgekehrt gesehen

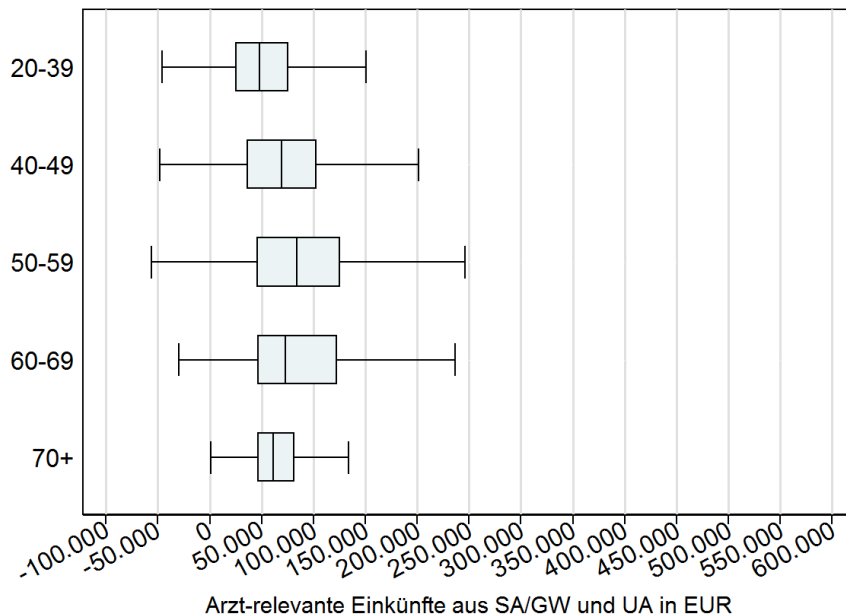
Männer mit höherem Einkommen können sich finanziell mehr Kinder leisten. Zusätzlich wird noch ein Alterseffekt – zumindest bei den Männern – zum Tragen kommen, denn eine höhere Kinderanzahl impliziert tendenziell höhere Altersstufen und damit höhere Einkommen. In Kapitel 3.6.6 berücksichtigen wir die Variable Kinderanzahl im Rahmen einer Regressionsanalyse.

Einkünfte nach Alter

Die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA nach Altersgruppen folgen bei den WahlärztInnen einem ähnlichen Muster wie bei den VertragsärztInnen. Sie steigen bei den jüngeren Altersgruppen mit dem Alter an und gehen bei den älteren Altersgruppen wieder zurück. Die geringsten Medianeinkünfte erzielten wiederum die 20-39-Jährigen mit EUR 48.660, die höchsten die 50-59-Jährigen mit EUR 86.730 (40-49 EUR 70.839, 60-69 EUR 85.867, 70+ EUR 75.596).

Abbildung 82 zeigt ergänzend die Zusammensetzung der durchschnittlichen Einkünfte der WahlärztInnen nach Altersgruppen. Auch hier zeigt sich, dass Einkünfte aus SA/GW gegenüber Einkünften aus UA mit steigendem Alter an Bedeutung verlieren. Bei den 20-39-Jährigen machten die Einkünfte aus SA/GW noch 54,2% der gesamten relevanten ärztl. Einkünfte aus, bei den 40-49-Jährigen 57,0%, bei den 50-59-Jährigen 51,3%, bei den 60-69-Jährigen 44,6% und bei den mind. 70-Jährigen nur mehr 26,6%. Dabei ist wiederum zu beachten, dass die Einkünfte aus UA auch Pensionen beinhalten.

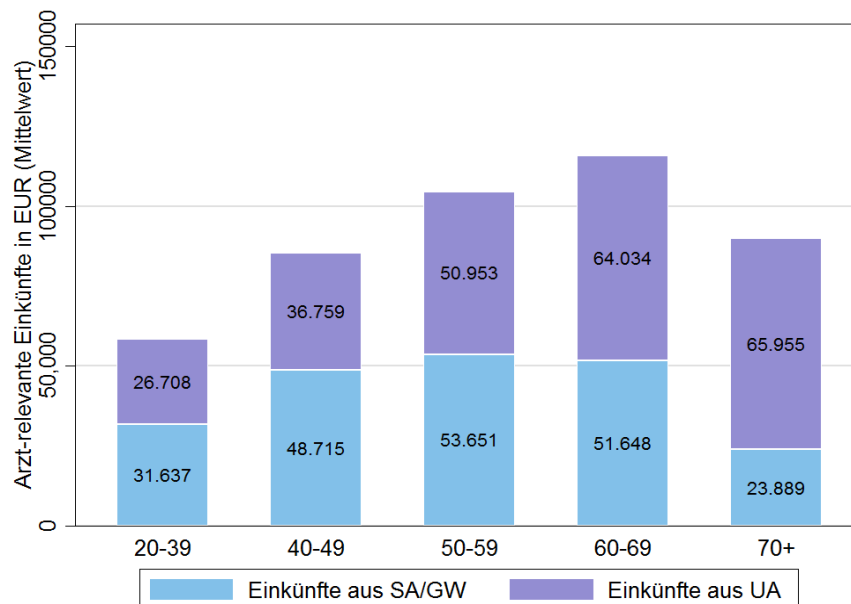
Abbildung 81: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Altersgruppen, 2015



Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Abbildung 82: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der WahlärztInnen nach Altersgruppen, 2015

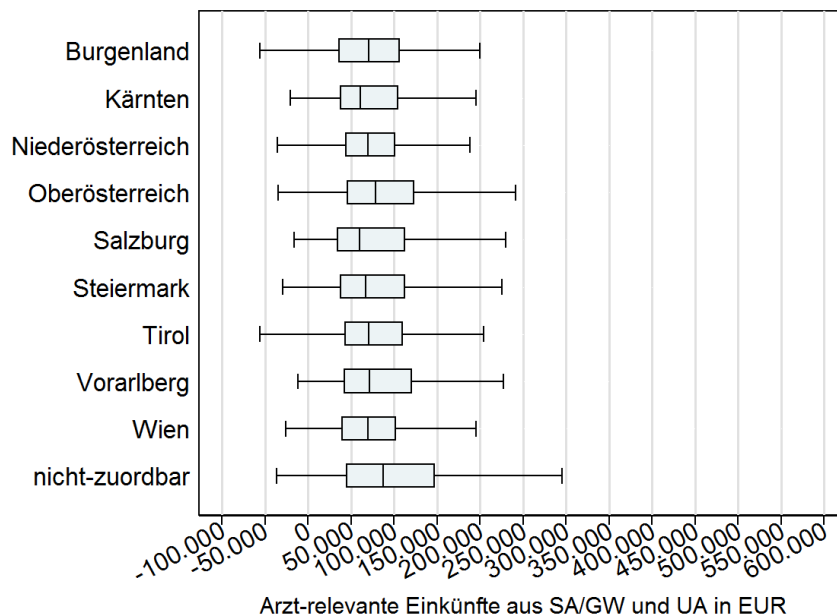


Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach Bundesland

Die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der WahlärztInnen im Vergleich der Bundesländer ist in Abbildung 83 dargestellt. Generell fallen die Unterschiede zwischen den Bundesländern dabei nicht übermäßig groß aus. Vergleichsweise hohe Medianeinkünfte erzielten die WahlärztInnen in Oberösterreich mit EUR 88.021 und in Vorarlberg mit EUR 83.062. Noch höher war der Wert jener ohne Bundeslandzuordnung mit EUR 92.552. Die niedrigsten Einkünfte hatten die WahlärztInnen in Kärnten mit EUR 63.899 und in Salzburg mit EUR 66.971 zu verzeichnen (Burgenland EUR 78.300, Niederösterreich EUR 72.124, Steiermark EUR 69.729, Tirol EUR 77.032, Wien EUR 74.399).

Abbildung 83: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Bundesland, 2015



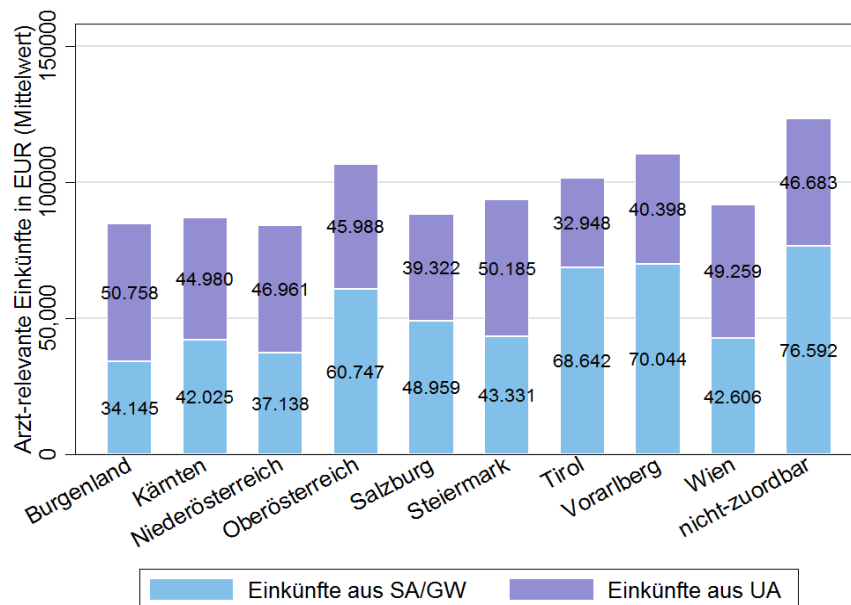
Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Relativ große Unterschiede gibt es jedoch bzgl. der Anteile der WahlärztInnen, die Einkünfte aus UA beziehen. In Wien und Niederösterreich betrug er 2015 82,3% bzw. 82,2%, in Tirol und Vorarlberg hingegen nur 58,8% bzw. 64,3%. WahlärztInnen in Wien und Niederösterreich erzielten auch höhere Anteile ihrer Einkünfte aus UA (53,6% bzw. 55,8%) als WahlärztInnen in Tirol und Vorarlberg (32,4% bzw. 36,6%) (vgl. Abbildung 84). Die Medianeinkünfte aus SA/GW der WahlärztInnen waren, abgesehen von jenen ohne Bundeslandzuordnung, am höchsten in Tirol (EUR 36.528) und Oberösterreich (EUR 35.597) und am niedrigsten in Wien (EUR 16.679) und Niederösterreich (EUR 17.580). Bei der Interpretation dieser Anteile ist zu beachten, dass Sonderklassegebühren je nach

landesspezifischem Krankenanstaltengesetz in einigen Bundesländern als Einkünfte aus SA geführt werden, in anderen jedoch als Einkünfte aus UA (vgl. Kapitel 2.5.1).

Abbildung 84: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der WahlärztInnen nach Bundesland, 2015



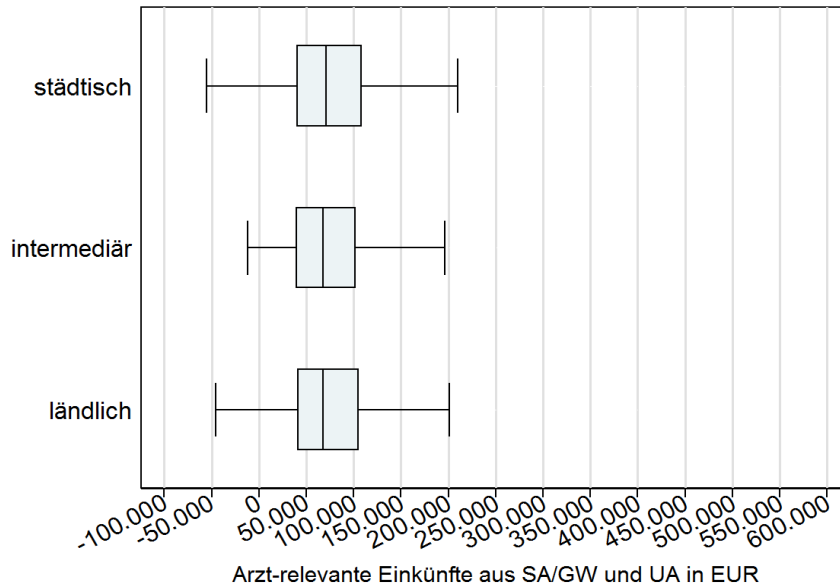
Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach Urbanisierungsgrad

Im Jahr 2015 hatten 64,2% der WahlärztInnen ihren Praxissitz in einem vorwiegend städtischen Bezirk, 10,2% in einem vorwiegend intermediären Bezirk und die verbleibenden 21,3% in einem ländlichen Bezirk. Abbildung 85 zeigt die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der WahlärztInnen nach Urbanisierungsgrad. Dabei sind kaum Unterschiede zu erkennen: Die Medianeinkünfte der WahlärztInnen in städtischen Gebieten betrugen EUR 76.695, jene der WahlärztInnen in intermediären Gebieten 71.401 und jene der WahlärztInnen in ländlichen Gebieten EUR 72.854.

Auch bzgl. der beiden Einkünftekategorien (Einkünfte aus SA/GW und Einkünfte aus UA) sind die Unterschiede gering, weshalb die Zusammensetzung der Einkünfte hier nicht separat abgebildet ist und auf den Vergleich nach Urbanisierungsgrad nicht weiter eingegangen wird.

Abbildung 85: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Urbanisierungsgrad, 2015



Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach Fachgruppe

Eine Analyse der Einkünfte der WahlärztInnen nach Fachgruppenzugehörigkeit wäre zwar interessant, ist jedoch mit den uns vorliegenden Daten wenig aussagekräftig. Die Begründung dafür liegt darin, dass für drei Viertel (75,4%) der betrachteten WahlärztInnen im Jahr 2015 die Fachgruppenzuordnung unbekannt war („nicht vorhanden“). Die vorhandenen Fachgruppen sind teilweise nur gering besetzt. Wir sehen daher an dieser Stelle von einer ausführlicheren Analyse der Einkünfte nach Fachgruppe ab.

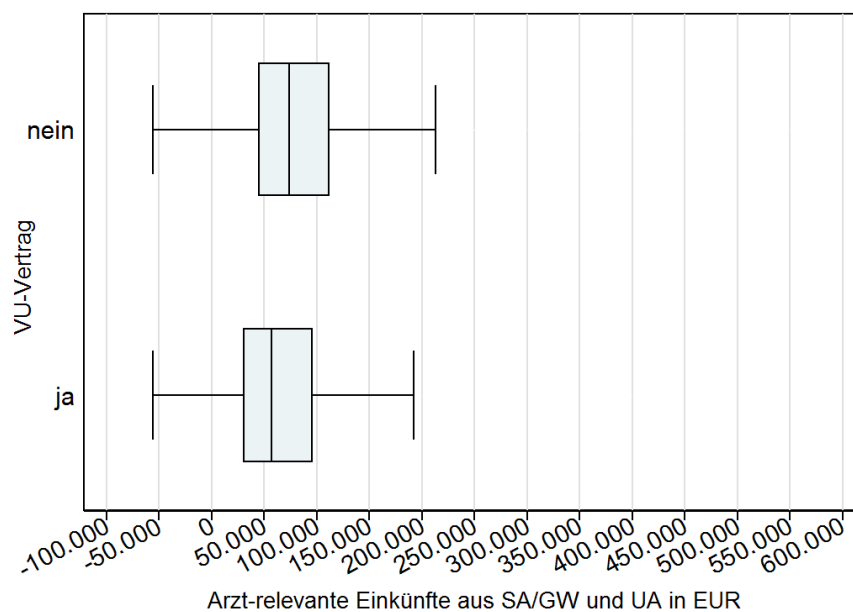
Einkünfte nach VU-Vertrag

Bei der Analyse der Einkünfte der § 2-VertragsärztInnen nach Vorliegen eines VU-Vertrags schränken wir die Betrachtung auf jene Fachgruppen ein, für die VU-Verträge von Relevanz sind. Eine solche Einschränkung wäre auch bei den WahlärztInnen sinnvoll. Da jedoch, wie erwähnt, bei der überwiegenden Mehrheit der WahlärztInnen keine Fachgruppenzuordnung in den Daten erfasst ist, konnten wir eine solche Einschränkung nicht vornehmen.

Im Jahr 2015 hatten 25,0% der betrachteten WahlärztInnen einen VU-Vertrag. In Abbildung 86 sind die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der WahlärztInnen mit bzw. ohne VU-Vertrag dargestellt. Wie schon bei den § 2-VertragsärztInnen fielen die Einkünfte im Jahr 2015 bei jenen mit VU-Vertrag niedriger aus als bei jenen ohne VU-Vertrag. Bei ersteren

betragen die Medianeinkünfte EUR 57.346, bei letzteren EUR 80.998. Erneut können intervenierende Effekte durch bspw. die Fachgruppenzugehörigkeit jedoch nicht ausgeschlossen werden (s. Erklärung bei § 2-VertragsärztInnen in Kapitel 3.3.2). Da keine Einschränkung auf VU-Vertrags-relevante Fachgruppen vorgenommen wurde, ist vielmehr davon auszugehen, dass solche Effekte hier besonders stark zum Tragen kommen. Der Einkünftevergleich sollte daher mit Vorsicht interpretiert werden.

Abbildung 86: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen mit bzw. ohne Vorsorgeuntersuchungsvertrag, 2015



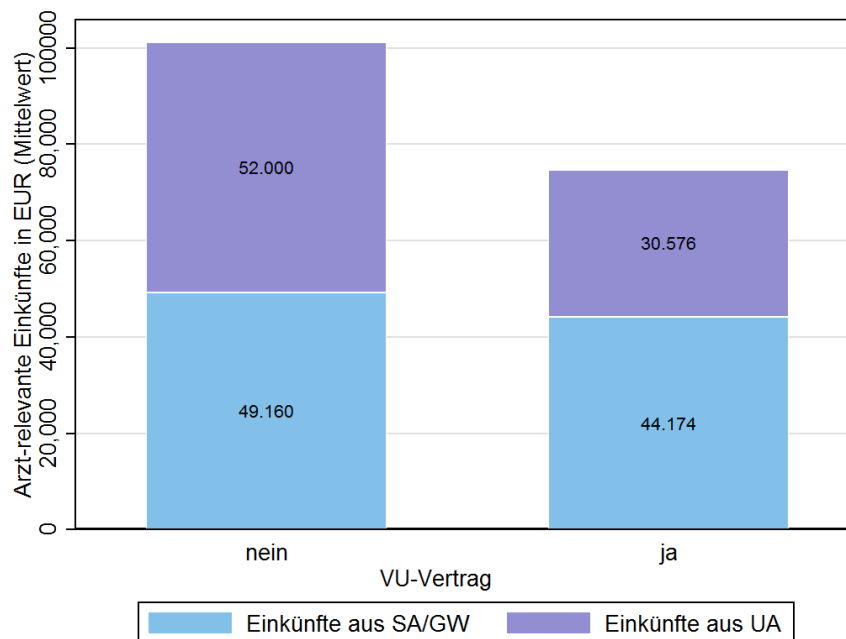
Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt
Quelle: IHS (2017)

Bei Betrachtung ausschließlich der Einkünfte aus SA/GW ändert sich das Bild teilweise. Der Median der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW lag bei jenen mit VU-Vertrag im Jahr 2015 bei EUR 25.702, bei jenen ohne VU-Vertrag bei EUR 19.918. Tatsächlich erzielten WahlärztInnen mit VU-Vertrag somit bei Medianbetrachtung höhere Einkünfte aus SA/GW als jene ohne VU-Vertrag. Der Mittelwert der Einkünfte aus SA/GW lag jedoch wiederum bei den WahlärztInnen ohne VU-Vertrag höher (EUR 49.160 vs. EUR 44.174). Bei den WahlärztInnen ohne VU-Vertrag dürften somit stärkere bzw. mehr Ausreißer nach oben vorhanden sein.

Die Zusammensetzung der Einkünfte unterscheidet sich dementsprechend zwischen den WahlärztInnen mit und ohne VU-Vertrag (vgl. Abbildung 87). WahlärztInnen ohne VU-Vertrag erzielten 51,4% ihrer durchschnittlichen relevanten ärztl. Einkünfte aus UA, bei den WahlärztInnen mit VU-Vertrag lag dieser Anteil hingegen bei nur 40,9%. Insgesamt hatten 81,5% der WahlärztInnen ohne VU-Vertrag Einkünfte aus UA zu verzeichnen, während es

bei den WahlärztInnen mit VU-Vertrag nur 64,2% waren. Bei jeweiliger Einschränkung auf diejenigen mit Einkünften aus UA lagen die Medianeinkünfte bei den WahlärztInnen ohne VU-Vertrag bei EUR 64.624, bei jenen mit VU-Vertrag bei EUR 37.635. Es bleibt somit festzuhalten, dass WahlärztInnen in einem vergleichsweise geringeren Ausmaß Einkünfte aus UA beziehen, wenn sie einen VU-Vertrag haben.

Abbildung 87: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der WahlärztInnen mit bzw. ohne Vorsorgeuntersuchungsvertrag, 2015

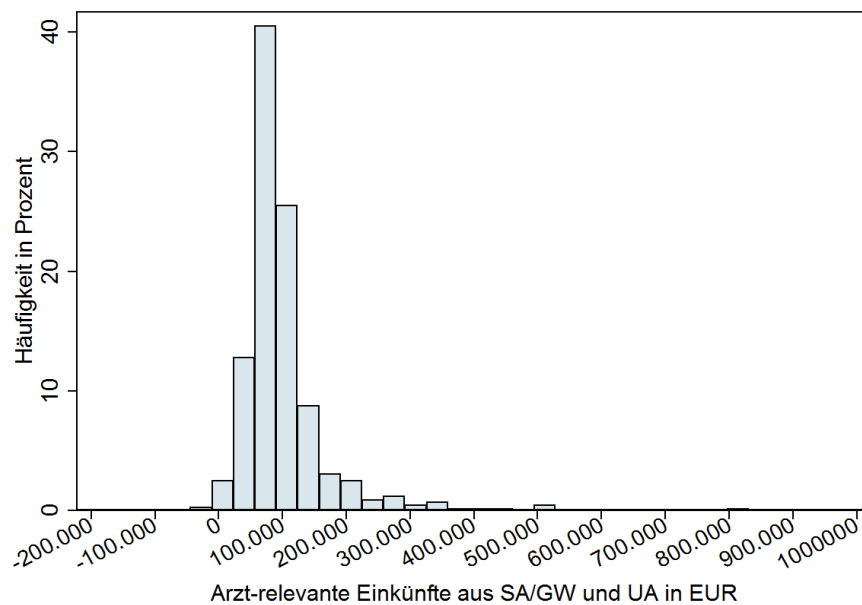


Quelle: IHS (2017)

3.3.5. Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen

Wir betrachten im nachfolgenden Kapitel jene KAV-SpitalsärztInnen, die im Jahr 2015 als Vertrags- oder WahlärztInnen beim HV erfasst waren und darüber hinaus in diesem Jahr auch relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW zu verzeichnen hatten (bzw. diese zum Zeitpunkt der Datenlieferung bereits veranlagt haben). Es handelte sich dabei um 19,1% der KAV-SpitalsärztInnen. Die Verteilung der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen ist in Abbildung 88 für das Jahr 2015 dargestellt. Der Median der Verteilung beträgt EUR 85.839, das arithmetische Mittel EUR 100.273.

Abbildung 88: Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen, 2015



Anmerkung: Histogramm bei EUR 1.000.000 abgeschnitten

Quelle: IHS (2017)

Die Dezile der Verteilung sind in Tabelle 28 angeführt. Vor allem im unteren Bereich ist dabei die Streuung relativ gering – das „untere“ Fünftel der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen erzielte Einkünfte von mind. EUR 63.347 und ist damit vergleichsweise nah am Median. Das „obere“ Fünftel erreichte Einkünfte von mind. EUR 119.843, die obersten 10% lagen mit mind. EUR 156.891 jedoch bereits weiter vom Rest der Verteilung entfernt.

Tabelle 28: Dezile der Verteilung der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen, 2015

	Einkünfte in EUR
1. Dezil	47.330
2. Dezil	63.347
3. Dezil	72.159
4. Dezil	80.350
5. Dezil (Median)	85.839
6. Dezil	94.642
7. Dezil	105.878
8. Dezil	119.843
9. Dezil	156.891

Quelle: IHS (2017)

Im Jahr 2015 entfielen 34,2% der durchschnittlichen relevanten ärztl. Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen auf Einkünfte aus SA/GW. Die KAV-Vertrags-/WahlärztInnen erzielten dabei Medianeinkünfte aus SA/GW von EUR 14.057. Da ausschließlich jene KAV-Vertrags-/WahlärztInnen in die Analyse einfließen, die auch relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW zu verzeichnen hatten, handelt es sich hier um den unbedingten Median.

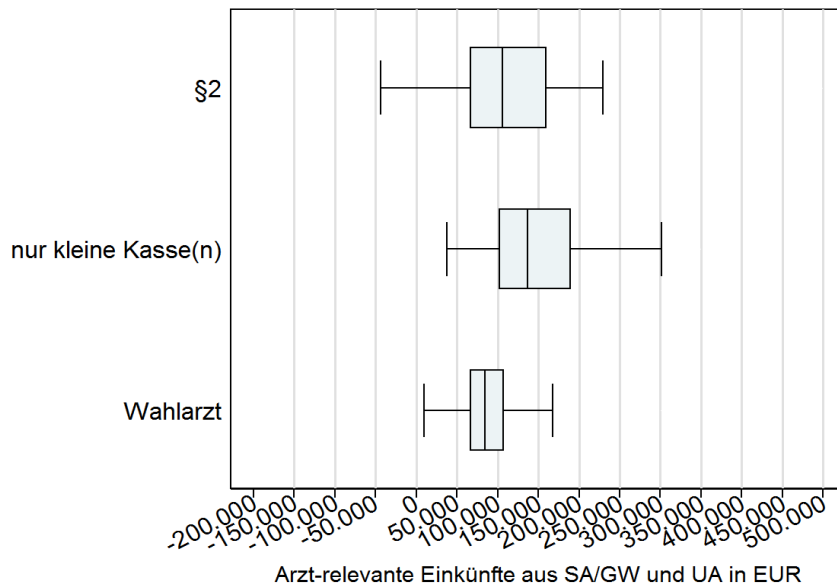
Einkünfte nach Vertragsstatus

Von den KAV-Vertrags-/WahlärztInnen hatten im Jahr 2015 2,2% (n=15) einen § 2-Kassenvertrag, 6,0% (n=41) ausschließlich Verträge mit kleinen Kassen und die überwiegende Mehrheit von 91,8% (n=631) war als WahlärztIn tätig. Von Seiten des KAV ist es den dort angestellten ÄrztInnen untersagt, kurative Verträge mit Gebietskrankenkassen abzuschließen. Von den 15 KAV-SpitalsärztInnen, die einen § 2-Kassenvertrag aufwiesen, waren 9 nur unterjährig beim KAV beschäftigt – wir gehen daher von einem unterjährigen Wechsel aus. Die übrigen 6 ÄrztInnen waren jedoch ganzjährig beim KAV beschäftigt. Es dürfte sich dabei laut Auskunft des KAV um Altfälle handeln, bei denen aufgrund von Ausnahmeregelungen neben der Beschäftigung beim KAV ein Vertrag mit einer GKK genehmigt wurde. Regelungen dieser Art werden jedoch zukünftig nicht mehr umgesetzt.

Die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der drei Vertragsgruppen sind in Abbildung 89 dargestellt. Die Medianeinkünfte der KAV-SpitalsärztInnen mit nur kleinen Kassen lagen mit EUR 138.869 am höchsten. Jene der KAV-SpitalsärztInnen mit § 2-Kassenvertrag betrugen EUR 106.046, jene der WahlärztInnen waren mit EUR 84.615 am geringsten.

Einkünfte aus SA/GW machten bei den KAV-SpitalsärztInnen mit § 2-Kassenvertrag sowie bei den KAV-SpitalsärztInnen mit nur kleinen Kassen mit 72,3% bzw. 57,7% jeweils die Mehrheit der durchschnittlichen relevanten ärztl. Gesamteinkünfte aus (vgl. Abbildung 90). Bei den KAV-WahlärztInnen entfielen 30,0% auf Einkünfte aus SA/GW. Die KAV-SpitalsärztInnen mit § 2-Kassenvertrag erzielten mit EUR 80.545 die höchsten Medianeinkünfte aus SA/GW, gefolgt von den KAV-SpitalsärztInnen mit nur kleinen Kassen mit EUR 54.594 und den WahlärztInnen mit EUR 12.327. Der Einkünftevergleich hat in diesem Fall jedoch nur beschränkte Aussagekraft, da die KAV-SpitalsärztInnen mit § 2-Kassenvertrag – wie oben erwähnt – eine Ausnahme darstellen bzw. unterjährig den Status wechselten.

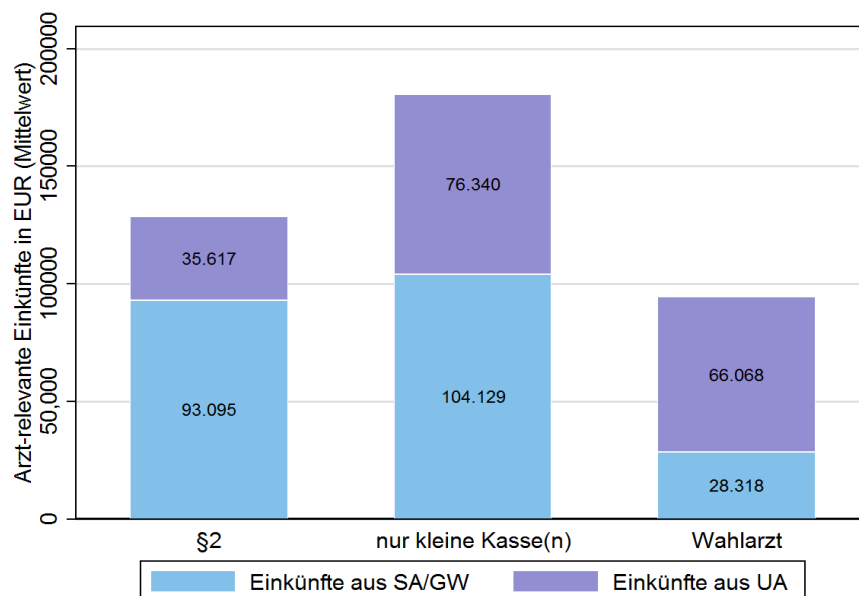
Abbildung 89: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach Vertragsstatus, 2015



Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Abbildung 90: Zusammenetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach Vertragsstatus, 2015

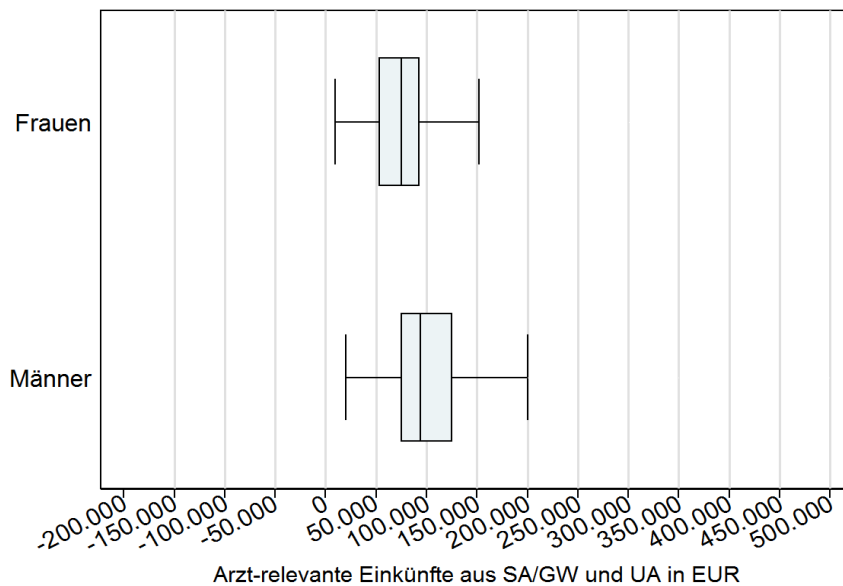


Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach Geschlecht

Während Frauen unter den KAV-SpitalsärztInnen insgesamt mit 57,4% im Jahr 2015 in der Mehrheit waren, waren sie unter den KAV-Vertrags-/WahlärztInnen mit 38,4% deutlich in der Minderheit. Der Median ihrer relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA lag mit EUR 74.917 außerdem unter jenem der männlichen KAV-Vertrags-/Wahlärzte mit EUR 94.433 (vgl. Abbildung 91).

Abbildung 91: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach Geschlecht, 2015

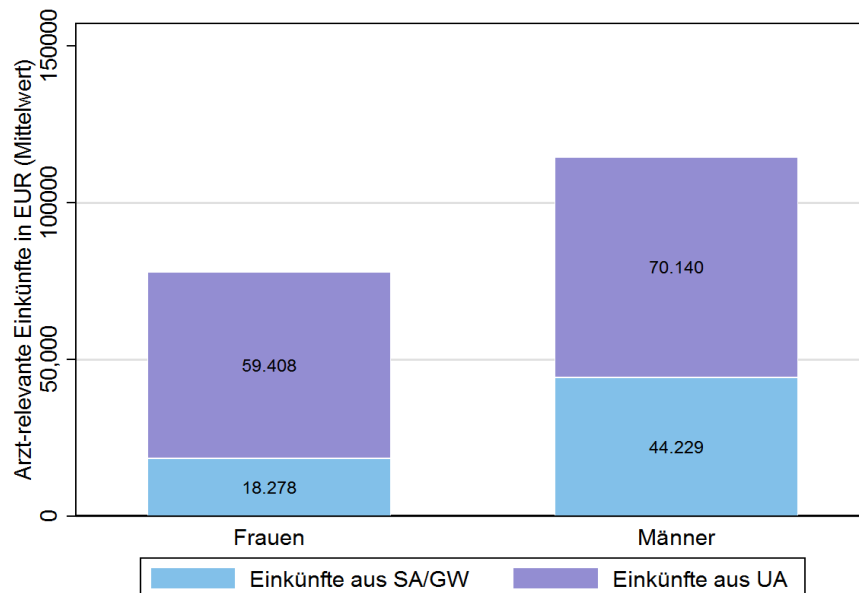


Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Zudem war auch der Anteil der Einkünfte aus SA/GW an den durchschnittlichen relevanten ärztl. Gesamteinkünften bei den Frauen mit 23,5% geringer als bei den Männern mit 38,7% (vgl. Abbildung 92). Frauen erzielten dabei Medianeinkünfte aus SA/GW von EUR 7.345, Männer hingegen EUR 19.723. Männliche KAV-Vertrags-/Wahlärzte bezogen somit höhere Einkünfte aus ihren relevanten ärztl. selbständigen bzw. Gewerbetätigkeiten als ihre weiblichen Kolleginnen.

Abbildung 92: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach Geschlecht, 2015



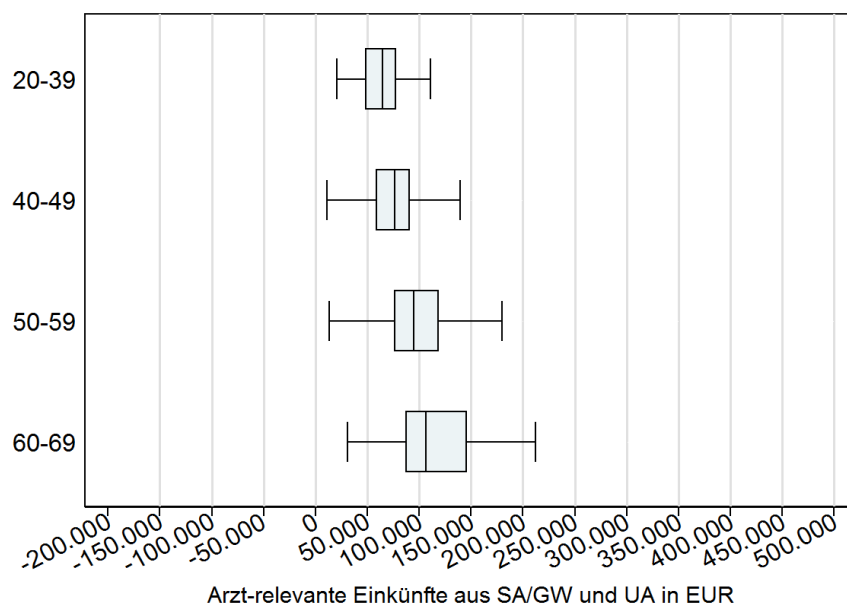
Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach Alter

Anders als bei den Vertrags-/WahlärztInnen gesamt, aber ähnlich wie bei den KAV-SpitalsärztInnen gesamt ist bei den KAV-Vertrags-/WahlärztInnen ein mit dem Alter steigendes Muster der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA zu erkennen (vgl. Abbildung 93). Bei den 20-39-Jährigen lag der Median im Jahr 2015 mit EUR 64.990 am niedrigsten, bei den 60-69-Jährigen erreichte er mit EUR 106.391 den höchsten Wert (40-49 EUR 76.208, 50-59 EUR 94.878).

Auch der mit dem Alter steigende Anteil der Einkünfte aus SA/GW an den relevanten ärztl. Gesamteinkünften findet sich unter den KAV-Vertrags-/WahlärztInnen wieder (vgl. Abbildung 94). Unter den 20-39-Jährigen betrug er nur 25,8%, während er bei den 60-69-Jährigen 43,0% erreichte. Ebenso nahmen die Medianeinkünfte aus SA/GW mit dem Alter zu (von EUR 9.804 bei den 20-39-Jährigen auf EUR 22.201 bei den 60-69-Jährigen).

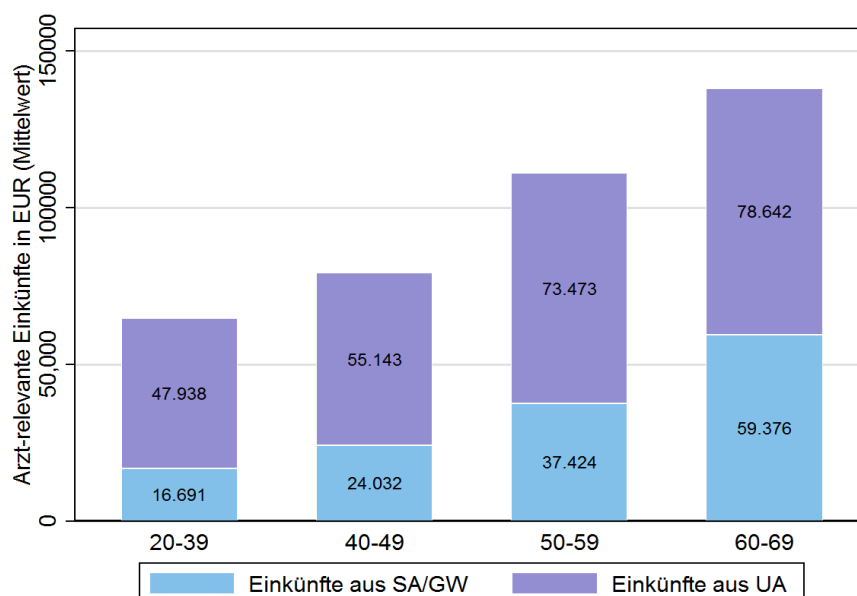
Abbildung 93: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach Altersgruppen, 2015



Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Abbildung 94: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach Altersgruppen, 2015

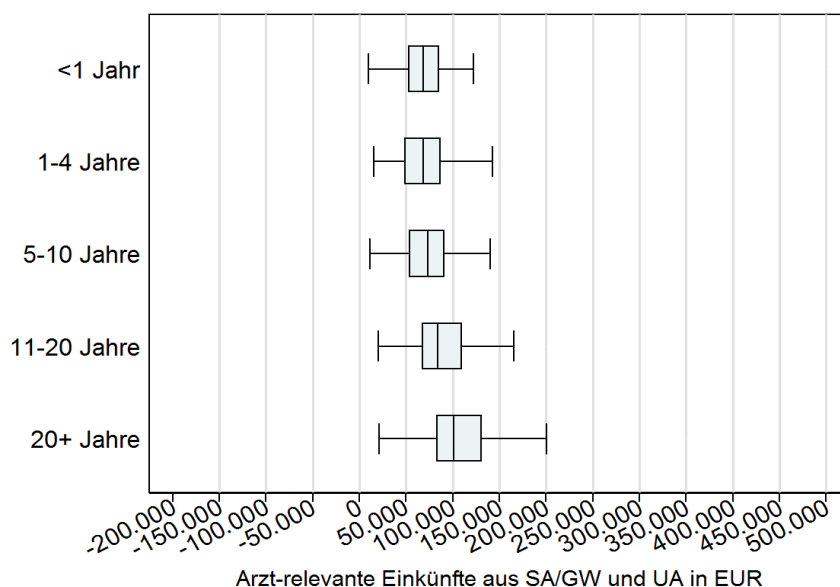


Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach Dienstalter

Mit den Einkünften nach Dienstalter der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen verhält es sich auf den ersten Blick ähnlich wie mit den Einkünften nach Alter. Der Median der relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA reichte 2015 von EUR 68.030 bei den KAV-SpitalsärztInnen mit einem Dienstalter von weniger als einem Jahr bis EUR 101.097 bei den KAV-SpitalsärztInnen mit einem Dienstalter von mind. 20 Jahren (vgl. Abbildung 95; 1-4 Jahre EUR 68.784, 5-10 Jahre EUR 73.134, 11-20 Jahre EUR 83.729). Bei Betrachtung des Mittelwerts liegen die Einkünfte jener ÄrztInnen mit einem Dienstalter von weniger als einem Jahr mit EUR 86.658 jedoch über den Einkünften der ÄrztInnen, die bereits 1-4 Jahre bzw. 5-10 Jahre beim KAV beschäftigt sind (EUR 73.300 bzw. 75.083). In der niedrigsten Dienstaltersgruppe gibt es somit stärkere Ausreißer nach oben – vermutlich handelt es sich dabei um Personen, die vor ihrem Eintritt in den KAV bereits in einer Praxis tätig waren.

Abbildung 95: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach Dienstaltersgruppen, 2015

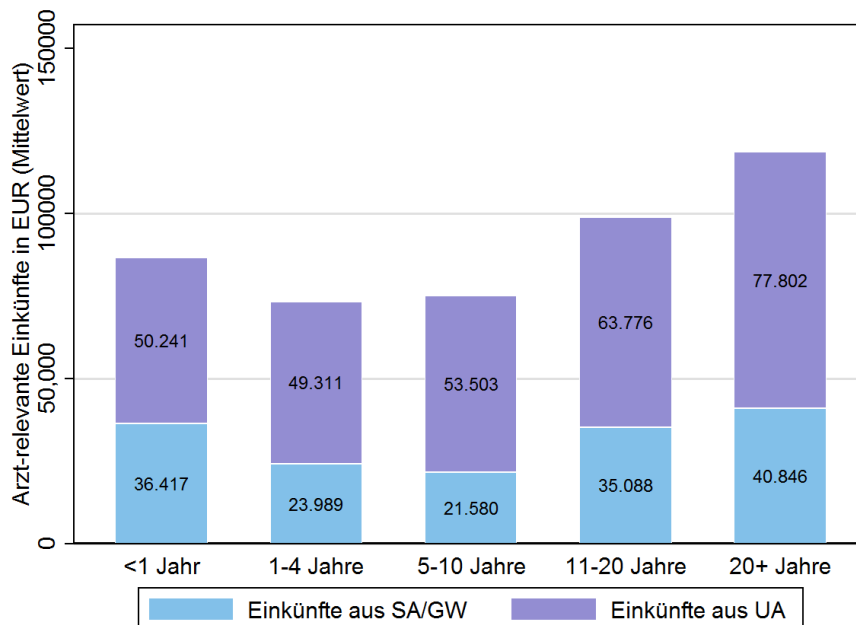


Anmerkung: Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Auch die Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztl. Einkünfte nach Dienstalter unterscheidet sich von jener nach Altersgruppen (vgl. Abbildung 96). Mit 42,0% war der Anteil der Einkünfte aus SA/GW an den Gesamteinkünften am höchsten in der Gruppe der KAV-SpitalsärztInnen, die seit weniger als einem Jahr beim KAV beschäftigt sind. In den anderen Dienstaltersgruppen lag er zwischen 28% und 36%. Die relevanten ärztl. Medianeinkünfte aus SA/GW bewegten sich zwischen EUR 6.311 (Dienstaltersgruppe 1-4 Jahre) und EUR 16.141 (Dienstaltersgruppe 20+ Jahre).

Abbildung 96: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach Dienstaltersgruppen, 2015



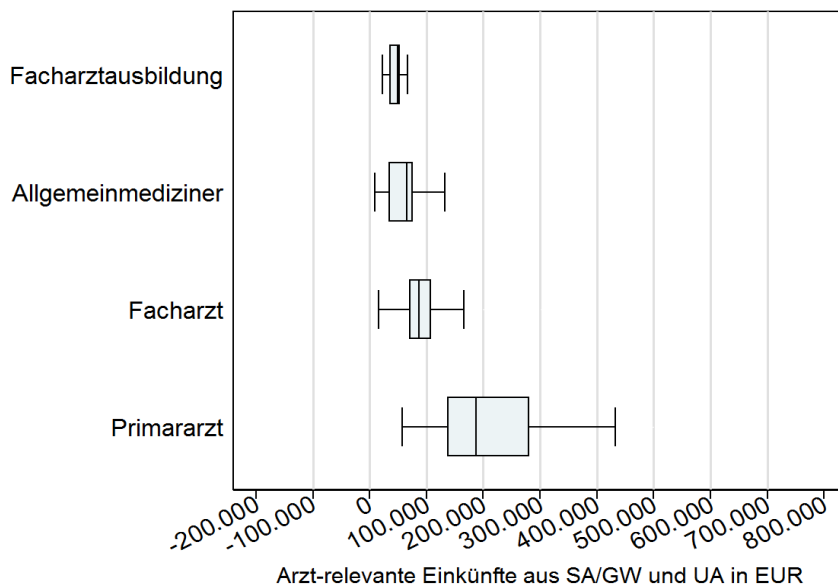
Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach KAV-Berufsgruppe

Bei den relevanten ärztl. Einkünften aus SA/GW und UA der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach KAV-Berufsgruppe stechen wiederum die PrimärärztInnen mit vergleichsweise hohen Einkünften bei vergleichsweise großer Streuung hervor (vgl. Abbildung 97). Ihre Medianeinkünfte lagen im Jahr 2015 bei EUR 190.874. Jene der ÄrztInnen in Facharztausbildung lagen bei EUR 49.032, jene der AllgemeinmedizinerInnen bei EUR 65.927 und jene der FachärztInnen bei EUR 86.541. Die Berufsgruppe der ÄrztInnen in AllgemeinmedizinerAusbildung ist aufgrund der zu geringen Fallzahl nicht abgebildet.

Wie aus Abbildung 98 ersichtlich ist, bezogen die als Vertrags-/WahlärztInnen tätigen PrimärärztInnen mit 63,1% die Mehrheit ihrer durchschnittlichen relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW. Bei den FachärztInnen betrug dieser Anteil 30,2%, bei den anderen Berufsgruppen war er deutlich niedriger. Der Median der Einkünfte aus SA/GW betrug bei den PrimärärztInnen EUR 98.455, bei den FachärztInnen EUR 14.276.

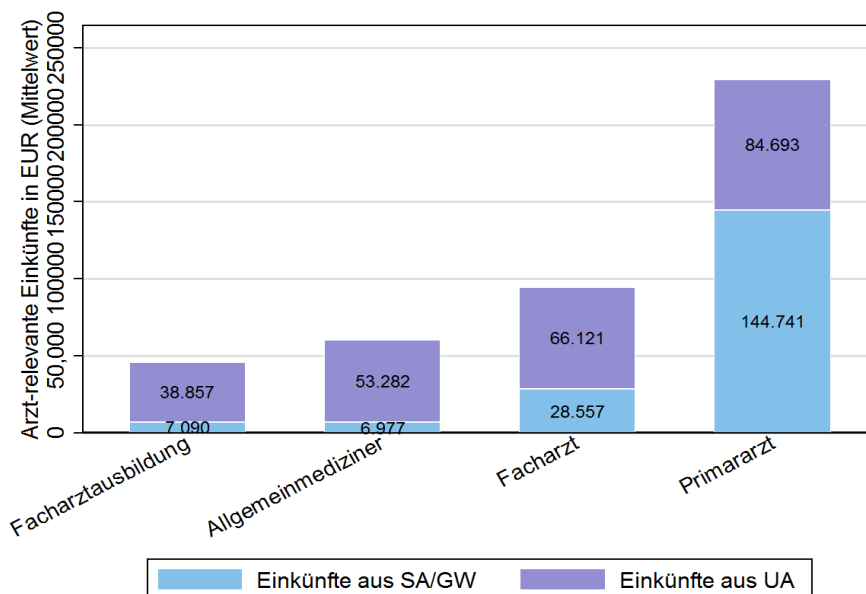
Abbildung 97: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach KAV-Berufsgruppe, 2015



Anmerkung: Berufsgruppen „Allg.Med. Ausbildung“ und „Ärztl. Direktor“ wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt; Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Abbildung 98: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach KAV-Berufsgruppe, 2015



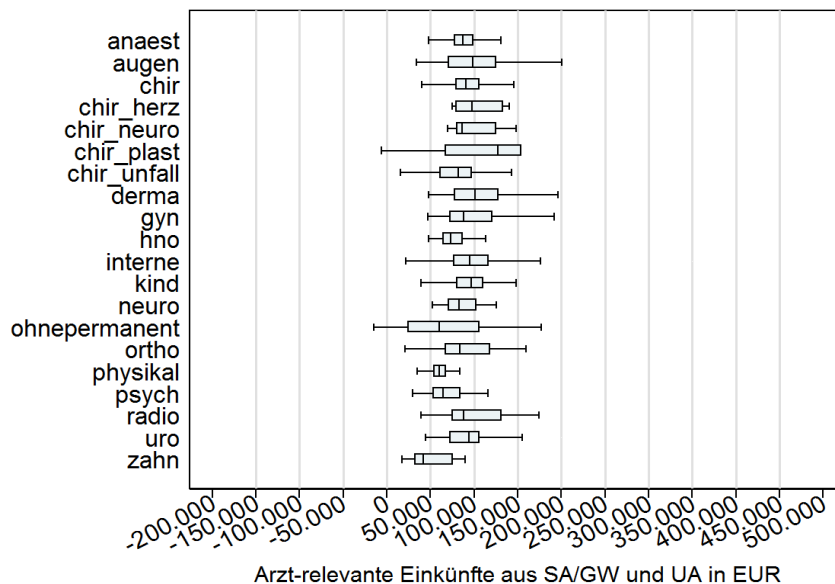
Anmerkung: Berufsgruppen „Allg.Med. Ausbildung“ und „Ärztl. Direktor“ wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Einkünfte nach KAV-Fachbereich

Wie schon bei den KAV-Gehältern (vgl. Kapitel 3.2.1) sowie bei den Einkünften der KAV-SpitalsärztInnen gesamt (vgl. Kapitel 3.2.4) schränken wir die Betrachtung nach Fachbereichen im Sinne einer besseren Vergleichbarkeit auf die Berufsgruppe der FachärztInnen (MLV=4) ein. Die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der KAV-FachärztInnen, die auch als Vertrags- oder WahlärztInnen tätig sind, nach KAV-Fachbereich sind in Abbildung 99 dargestellt. Vergleichsweise hohe Medianeinkünfte wurden im Jahr 2015 von den KAV-FachärztInnen der Fachbereiche Plastische Chirurgie mit EUR 126.965 sowie Haut-/Geschlechtskrankheiten mit EUR 101.092 erzielt, vergleichsweise niedrig waren die Medianeinkünfte in den Fachbereichen Zahn-/Mund-/Kieferheilkunde mit EUR 41.414 sowie bei den KAV-FachärztInnen ohne permanente Fachbereichszuordnung mit EUR 60.005 (Anästhesie EUR 87.156, Augenheilkunde EUR 98.784 Chirurgie EUR 90.872, Herz-/Thoraxchirurgie EUR 97.550, Neurochirurgie EUR 85.853, Unfallchirurgie EUR 81.570, Frauenheilkunde/Geburtshilfe EUR 87.941, HNO EUR 73.071, Innere Medizin EUR 94.769, Kinderheilkunde EUR 96.449, Neurologie EUR 82.355, Orthopädie/orthopäd. Chirurgie EUR 83.374, Physikalische Medizin EUR 60.312, Psychiatrie EUR 64.520, Radiologie EUR 88.185, Urologie EUR 93.746). Mehrere Fachbereiche fehlen in der Darstellung aufgrund der zu geringen Fallzahl. Auch bei den verbleibenden Fachbereichen sind die Fallzahlen größtenteils vergleichsweise niedrig – die Ergebnisse sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden.

Abbildung 99: Relevante ärztliche E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach KAV-Fachbereich (nur KAV-Berufsgruppe FachärztIn), 2015

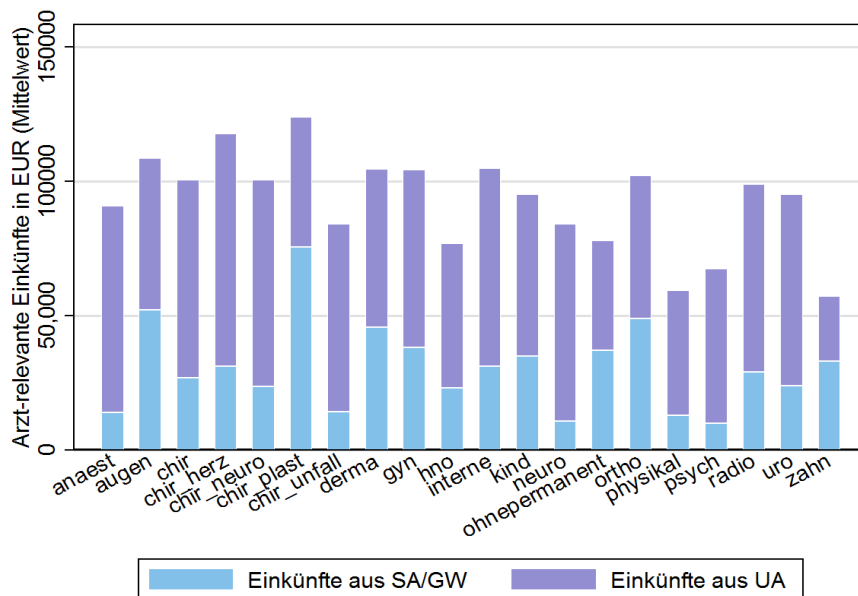


Anmerkung: Fachbereiche „Kinderchirurgie“, „Interdisziplinär“, „Med.-chem. Labordiagnostik“, „Nuklearmedizin“, „Strahlentherapie/Radioonkologie“, „Pathologie“ und „Kinder-/Jugendpsychiatrie“ wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt; Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

Ergänzend zeigt Abbildung 100 die Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztl. Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach KAV-Fachbereich. Am höchsten war der Anteil von Einkünften aus SA/GW an den gesamten relevanten ärztl. Einkünften bei den KAV-SpitalsärztInnen der Fachbereiche Plastische Chirurgie (60,9%) sowie Zahn-/Mund-/Kieferheilkunde (57,6%), am niedrigsten bei den Fachbereichen Neurologie (12,8%) und Psychiatrie (15,0%). Die Medianeinkünfte aus SA/GW waren am höchsten in den Fachbereichen Plastische Chirurgie (EUR 62.257) sowie Augenheilkunde (EUR 42.930). Auch hier gilt jedoch, dass die Ergebnisse aufgrund der niedrigen Fallzahlen innerhalb der einzelnen Fachbereiche nur eingeschränkte Aussagekraft aufweisen.

Abbildung 100: Zusammensetzung der durchschnittlichen relevanten ärztlichen Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nach KAV- Fachbereich (nur KAV-Berufsgruppe FachärztIn), 2015



Anmerkung: Fachbereiche „Kinderchirurgie“, „Interdisziplinär“, „Med.-chem. Labordiagnostik“, „Nuklearmedizin“, „Strahlentherapie/Radioonkologie“, „Pathologie“ und „Kinder-/Jugendpsychiatrie“ wegen zu geringer Fallzahl nicht dargestellt

Quelle: IHS (2017)

3.4. Einordnung der Ergebnisse in den österreichischen Kontext

Wie bereits eingangs erwähnt, sind die Einkünfte von ÄrztInnen mit den Einkünften anderer Berufsgruppen nur bedingt vergleichbar. Dies ist u.a. dadurch begründet, dass dem Arztberuf eine vergleichsweise lange Ausbildungszeit vorangeht sowie dass es zwischen verschiedenen Berufsgruppen (sowie auch innerhalb der Gruppe der ÄrztInnen) teils große Unterschiede bzgl. der Arbeitszeit gibt. Nichtsdestotrotz sollen hier Vergleichswerte angeführt werden, um eine grobe Einordnung der Ergebnisse dieser Studie in einen österreichischen Kontext zu ermöglichen.

Im **Einkommensbericht des Rechnungshofes** ist der Großteil der detaillierten Ergebnisse für die (schwerpunktmäßig) unselbständig Erwerbstätigen in Form des Bruttojahreseinkommens dargestellt, während für die (schwerpunktmäßig) selbständig Erwerbstätigen die Einkünfte vor Steuern angeführt sind (RH 2014 bzw. RH 2016, vgl. Kapitel 2.5). Um die Einkünfte der unselbständig und selbständig Beschäftigten vergleichbar zu machen und pro Individuum summieren zu können, beinhaltet der RH-Bericht einen Abschnitt („Synopsis“), in dem die „adaptierten Bruttojahreseinkommen“ der unselbständig Beschäftigten den Jahreseinkünften der selbständig Beschäftigten gegenübergestellt

werden. So können auch die Gesamteinkünfte von Mischfällen, d.h. von sowohl selbständig als auch unselbständig tätigen Personen, dargestellt werden.

Mit dem „adaptierten Bruttojahreseinkommen“ wird das Bruttojahreseinkommen der unselbständig Erwerbstätigen abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge bezeichnet. In der Lohnsteuerbemessungsgrundlage sind im Unterschied dazu zusätzlich einige weitere Posten wie z.B. steuerfreie Zulagen, Freibeträge und Pendlerpauschale abgezogen bzw. Sachbezüge hinzugerechnet. Die Definitionen sind also nicht vollständig deckungsgleich, weichen aber in der Regel nicht sehr weit voneinander ab. Im speziellen Fall der ÄrztInnen sind die Abweichungen größer, da bei der Lohnsteuerbemessungsgrundlage Ärztekammerumlage und Wohlfahrtsfondsbeitrag bereits abgezogen sind, während dies beim adaptierten Bruttoeinkommen nicht der Fall ist. Für den Vergleich der Einkünfte von unselbständig tätigen ÄrztInnen mit jenen anderer Berufsgruppen, in denen es kein Äquivalent zu diesen Pflichtbeiträgen gibt, ist die Lohnsteuerbemessungsgrundlage der ÄrztInnen daher besser geeignet.

Bei der Interpretation der Einkünfte Daten aus dem Einkommensbericht müssen noch weitere Aspekte berücksichtigt werden. Die Kategorisierung erfolgt nach der Branche (klassifiziert nach ÖNACE), in welcher der größte Teil der Einkünfte eines Individuums erzielt wurde. Dabei wird nicht nach Berufsgruppen bzw. Positionen innerhalb dieser Branchen unterschieden. Zu beachten ist außerdem, dass in unserer Studie lediglich die Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit Berücksichtigung finden, während in der Synopse im Einkommensbericht die gesamten Einkünfte (d.h. bspw. auch etwaige Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung oder Land-/Forstwirtschaft) betrachtet werden. Die Einkünfte Daten aus dem Einkommensbericht bilden daher nicht zwingend ausschließlich die in der jeweiligen Branche erzielten Einkünfte ab. Im Einkommensbericht wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Einkünfte der Selbständigen aufgrund steuerlicher Besonderheiten schwerer erfassbar seien und dadurch relativ zu den Einkommen der Unselbständigen systematisch unterschätzt werden (vgl. RH 2016: 53). All diese Aspekte machen deutlich, dass der untenstehende Vergleich mit Vorsicht interpretiert werden sollte.

Im RH-Bericht 2016 bezieht sich die Synopse auf die Einkünfte aus dem Jahr 2013, daher ziehen wir zum Vergleich auch die Einkünfte der ÄrztInnen im Datensatz aus dem Jahr 2013 heran. In dem Bericht sind die entsprechenden Auswertungen nur nach einer groben Branchenkategorisierung angeführt – Statistik Austria stellte daher dem IHS Sonderauswertungen mit einer detaillierteren Kategorisierung zur Verfügung (Statistik Austria 2017). Die Medianeinkünfte der verschiedenen ÄrztInnengruppen sind in Tabelle 29 nach Geschlecht aufgelistet, die Vergleichswerte für Österreich nach Schwerpunkt Tätigkeit und Geschlecht in Tabelle 30. Die Auswahl der Vergleichsbranchen erfolgte dabei bewusst nicht nur für direkt mit dem Arztberuf vergleichbare Tätigkeiten, sondern sollte einen Querschnitt durch die Gesamtbevölkerung darstellen.

Die Medianeinkünfte der ausschließlich unselbständig Tätigen lagen in Österreich im Jahr 2013 bei EUR 20.116 (Frauen EUR 15.540, Männer EUR 25.133), jene der schwerpunktmäßig unselbständig Tätigen bei EUR 32.534 (Frauen EUR 24.242, Männer EUR 40.611). Bei den ausschließlich selbständig tätigen ÖsterreicherInnen lagen die Medianeinkünfte im Jahr 2013 bei EUR 11.388 (Frauen EUR 7.837, Männer EUR 15.015), bei den schwerpunktmäßig selbständig Tätigen bei EUR 24.168 (Frauen EUR 19.116, Männer EUR 29.644).

Ein Vergleich der branchenübergreifenden Einkünftekenzzahlen mit den Ergebnissen dieser Studie zu den relevanten ärztl. Einkünften von ÄrztInnen macht zuallererst deutlich, dass ÄrztInnen wenig überraschend vergleichsweise hohe Einkünfte erzielen. Im Speziellen gilt dies für niedergelassene ÄrztInnen. So betrugen bspw. die relevanten ärztl. Medianeinkünfte aus SA/GW und UA der § 2-VertragsärztInnen im Jahr 2013 mehr als das 5-Fache bzw. 11-Fache der Medianeinkünfte der Gesamtheit der schwerpunktmäßig bzw. ausschließlich selbständig tätigen ÖsterreicherInnen. Vergleicht man die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der KAV-SpitalsärztInnen mit den Bruttojahreseinkommen der (schwerpunktmäßig) unselbständig Beschäftigten, so ist die Diskrepanz deutlich geringer: Der Median der relevanten ärztl. Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen war etwa 2,5-mal bzw. 1,5-mal so hoch wie der Median des Bruttojahreseinkommens der ausschließlich bzw. schwerpunktmäßig unselbständig beschäftigten ÖsterreicherInnen.

Zur Veranschaulichung sind in Tabelle 30 außerdem Einkünfte Daten für einige ausgewählte Branchen dargestellt. Unter den ausschließlich unselbständig Tätigen erzielten dabei bspw. jene in den Branchen Maschinenbau oder öffentliche Verwaltung überdurchschnittliche adaptierte Bruttojahreseinkommen (EUR 32.620 bzw. EUR 28.009). Es handelt sich dabei jedoch um einen Querschnitt über die Branchen – es ist davon auszugehen, dass Beschäftigte in höheren Positionen bzw. mit höherer Ausbildung in diesen Branchen Einkommen deutlich über dem Median erzielen. Besonders niedrig fielen die Mediane der adaptierten Bruttojahreseinkommen von Beschäftigten in der Gastronomie²⁵ bzw. von Lehrlingen aus (EUR 7.188 bzw. EUR 7.468). Ebenfalls exemplarisch angeführt sind die medianen adaptierten Bruttojahreseinkommen der Branchen Hochbau (EUR 22.159), Einzelhandel (EUR 14.535) sowie Sozialwesen (EUR 15.826).

Bei den ausschließlich selbständig Tätigen fielen die Medianeinkünfte der Branche Rechtsberatung, in der selbständige RechtsanwältInnen zu finden sind, mit EUR 63.482

²⁵ In Bezug auf Beschäftigte im Gastgewerbe wird im Einkommensbericht darauf hingewiesen, dass in dieser Branche saisonale Beschäftigung eine bedeutende Rolle spielt sowie dass Teile des im Gastgewerbe erzielten Einkommens auf den Jahreslohnzetteln nicht aufscheint (v.a. Trinkgelder bzw. nicht (voll) angemeldete Beschäftigungen) (vgl. RH 2016: 68).

vergleichsweise hoch aus.²⁶ Dieser Wert reiht sich unter den Vergleichswerten der niedergelassenen ÄrztInnen ein. Ebenfalls vergleichsweise hoch, aber deutlich unter den Einkünften der Branche Rechtsberatung, lagen die Medianeinkünfte der Branche Wirtschaftsprüfung/Steuerberatung/Buchführung (EUR 31.824). Die freiberuflich tätigen Personen in Architektur- und Ingenieurbüros erzielten Medianeinkünfte von EUR 22.833. Am niedrigsten unter den ausgewählten Branchen fielen die Medianeinkünfte in der Branche Landwirtschaft/Jagd mit EUR 8.415 aus. Im Sinne der Vollständigkeit enthält die Tabelle auch die medianen Jahreseinkünfte der Branche Arzt-/Zahnarztpraxen gemäß Einkommensbericht. Dabei ist einerseits zu beachten, dass diese Kategorie alle ausschließlich selbständig tätigen ÄrztInnen beinhaltet und somit nicht zwischen Vertrags- und WahlärztInnen unterscheidet, und dass die gelisteten Einkünfte sich nicht auf ärztlich relevante Tätigkeiten beschränken.

Die oben erläuterte eingeschränkte Vergleichbarkeit sollte bei Interpretation der Vergleichsdaten stets berücksichtigt werden. Bei den dargestellten Branchen handelt es sich um ein sehr breites Spektrum an Wirtschaftszweigen, die sich nicht nur in Hinblick auf erforderliche Qualifikationen und Arbeitszeit stark voneinander unterscheiden.

Tabelle 29: Median der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) verschiedener ÄrztInnengruppen nach Geschlecht, 2013

	Median der relevanten ärztl. Einkünfte 2013 in EUR		
	Frauen	Männer	Gesamt
KAV-SpitalsärztInnen	44.865	66.221	53.689
Vertrags-/WahlärztInnen	66.812	116.140	97.425
§ 2-VertragsärztInnen	105.609	145.617	132.079
ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen	59.922	99.260	83.447
WahlärztInnen	44.878	88.841	70.170
KAV-Vertrags-/WahlärztInnen	66.751	85.136	78.566

Quelle: IHS (2017)

²⁶ Da es sich hier um die Jahreseinkünfte von ausschließlich selbständig Tätigen handelt (im Gegensatz zu adaptierten Bruttoeinkommen aus unselbständiger Tätigkeit), ist die Rechtsanwaltskammerumlage bereits abgezogen.

Tabelle 30: Median der Jahreseinkünfte bzw. des adaptierten Bruttojahreseinkommens in Österreich nach Schwerpunkttätigkeit (ÖNACE-Klassifikation) und Geschlecht, 2013

	Median Jahreseinkünfte/adaptiertes Bruttojahreseinkommen 2013 in EUR			
	Frauen	Männer	Gesamt	Anzahl
Ausschließlich unselbständig (exkl. PensionistInnen)	15.540	25.133	20.116	3.868.063
C28: Maschinenbau	23.457	34.422	32.620	77.926
F41: Hochbau	16.784	22.468	22.159	74.804
G47: Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)	13.769	18.744	14.535	329.948
I561: Restaurants, Gaststätten, Imbissstuben, Cafés, Eissalons u.Ä.	6.264	8.285	7.188	151.308
O841: Öffentliche Verwaltung	25.282	33.173	28.009	390.869
Q88: Sozialwesen (ohne Heime)	15.968	14.867	15.826	96.384
Lehrlinge	6.556	7.875	7.468	124.660
Ausschließlich selbständig	7.837	15.015	11.388	333.115
A01: Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten	6.450	9.551	8.415	11.892
M691: Rechtsberatung	41.339	71.868	63.482	4.360
M692: Wirtschaftsprüfung und Steuerberatung; Buchführung	21.733	44.786	31.824	3.338
M711: Architektur- und Ingenieurbüros	13.626	25.126	22.833	8.945
Q862: Arzt- und Zahnarztpraxen*	60.091	120.156	94.000	10.353
Schwerpunkt unselbständig	24.242	40.611	32.534	266.962
Schwerpunkt selbständig	19.116	29.644	24.168	72.257
PensionistInnen	11.967	20.656	15.346	2.088.762

*beinhaltet alle ausschließlich selbständig tätigen ÄrztInnen, d.h. sowohl VertragsärztInnen als auch WahlärztInnen ohne zusätzliche unselbständige Tätigkeit

Quelle: Statistik Austria (2017)

3.5. Einordnung der Ergebnisse in den internationalen Kontext

In diesem Kapitel sollen die Ergebnisse kurz in den internationalen Kontext eingeordnet werden. Ein direkter Vergleich mit den Einkommensverhältnissen in anderen Ländern gestaltet sich jedoch aufgrund mehrerer Unterschiede schwierig. Zunächst kann die **Arbeitszeit** von ÄrztInnen sowohl innerhalb als auch zwischen den Ländern stark variieren und oftmals sind keine Informationen über die genaue Arbeitszeit verfügbar. Des Weiteren kann auch die Arbeitszeit über den gesamten Lebenszyklus (etwa durch unterschiedlich lange Ausbildungszeiten) zwischen verschiedenen Ländern, aber auch zwischen Berufsgruppen, variieren. Die Unterschiede in der (Lebens-)Arbeitszeit erschweren einen

exakten Vergleich der Einkünfte jedoch erheblich. Im Zusammenhang mit der Ausbildung ist es außerdem von Relevanz, ob diese öffentlich finanziert wird oder die (mitunter sehr hohen) Kosten privat zu tragen sind. Ein weiterer wichtiger Faktor betrifft Unterschiede in der **Kaufkraft** – ein sinnvoller Vergleich von Einkommensverhältnissen über mehrere Länder hinweg ist nur möglich, wenn die Einkommensdaten in Kaufkraftparitäten angegeben werden. Ein weiterer Unterschied betrifft die genaue **Definition** von „Einkommen“: So werden beispielsweise in manchen Ländern Sozialversicherungsbeiträge hinzugezählt, in anderen Ländern jedoch nicht.

Im Folgenden werden die österreichischen Ergebnisse in den internationalen Kontext eingeordnet und es wird ein Überblick über die eingeschränkte Vergleichbarkeit von Einkommensverhältnissen zwischen ausgewählten europäischen Ländern gegeben.

3.5.1. **ÄrztInneneinkünfte in *OECD Health Statistics***

Die OECD versucht im Rahmen der *OECD Health Statistics*²⁷ die Einkünfte von AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen international zu vergleichen und unterscheidet dabei zwischen angestellten und selbständigen ÄrztInnen. Eine trennscharfe Unterscheidung ist jedoch oftmals nicht möglich, da etwa beispielsweise angestellte ÄrztInnen auch nebenbei eine Privatordination besitzen oder selbständige ÄrztInnen auch Einkünfte aus unselbständigen Tätigkeiten beziehen können.

Im Rahmen der *OECD Health Statistics* wird das durchschnittliche Bruttojahreseinkommen, inklusive der ArbeitnehmerInnenanteile des Sozialversicherungsbeitrags und der Einkommenssteuer, analysiert. Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten, sollten primär vollzeitbeschäftigte ÄrztInnen und alle Sonder- und Bonuszahlungen sowie Überstundenabgeltungen berücksichtigt werden. Grundsätzlich wird im Rahmen der Analyse das Einkommen je nach Haupterwerbsart zugeordnet – dennoch sollten auch alle zusätzlichen Einkünfte, wie etwa Einkommen aus einer Privatordination oder aus einer zusätzlichen Anstellung inkludiert werden. Ebenfalls im Sinne der Vergleichbarkeit bietet die Datenbank die Möglichkeit die Daten in Kaufkraftparitäten auszuwerten.

Als angestellte ÄrztInnen gelten jene, die ihr Einkommen primär durch Lohneinkünfte beziehen (ArbeitgeberInnenanteile der Sozialversicherungsbeiträge werden exkludiert). Als selbständige ÄrztInnen werden jene bezeichnet, die primär ihre Einkünfte aus Nicht-Lohneinkommen beziehen. Die Vergütung erfolgt hierbei oftmals durch Kopfpauschalen oder Einzelleistungsvergütungen. Praxiskosten sollten dabei abgezogen werden, sodass als Resultat der Gewinn betrachtet wird.

²⁷ Vgl. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.

Weiters erfolgt eine Unterscheidung zwischen AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen. Als FachärztInnen gelten jene ÄrztInnen, welche sich auf eine Fachrichtung spezialisiert haben und primär in einem anderen Fachgebiet als der Allgemeinmedizin arbeiten. ÄrztInnen in Ausbildung sollen nicht berücksichtigt werden.

Österreich in den Daten der OECD

In den *OECD Health Statistics* stehen für Österreich keine Daten zu angestellten ÄrztInnen zur Verfügung. Die Daten über die Einkünfte der selbständigen FachärztInnen und AllgemeinmedizinerInnen stammen aus dem Einkommensbericht des Rechnungshofes, auf dessen Vorgangsweise u.a. in Kapitel 3.4 eingegangen wurde. Der bedeutendste Unterschied zur Definition der OECD besteht darin, dass es sich bei den österreichischen Daten nicht um Bruttoeinkünfte handelt, da die Sozialversicherungsbeiträge abgezogen sind. Dies führt im Vergleich zu den Einkunftsdaten aus anderen Ländern zu einer deutlichen Unterschätzung der Einkünfte österreichischer ÄrztInnen. Darüber hinaus sind die Einkünfte aufgrund mangelnder Informationen zur Arbeitszeit der niedergelassenen ÄrztInnen nicht in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) angegeben.

Abweichungen von der Einkommensdefinition der OECD

Der internationale Vergleich von ÄrztInneneinkommen gestaltet sich weitgehend schwierig, da in vielen Ländern die verfügbaren Einkommensdaten von der Definition der OECD abweichen und so die Vergleichbarkeit gravierend eingeschränkt ist. Im folgenden Kapitel sollen nun die Unterschiede zur OECD-Definition aufgezeigt werden.

In **Belgien** werden die Daten über das Einkommen der selbständigen FachärztInnen und AllgemeinmedizinerInnen von der Administrativeinheit des belgischen Sozialministeriums, welches für die Krankenversicherung zuständig ist (*Institut national d'assurance maladie-invalidité*, INAMI) zur Verfügung gestellt. Als Einkommen werden die durchschnittlichen Einzelleistungsvergütungen pro ÄrztIn, welche von der Krankenversicherung erstattet werden, angegeben. Zusätzliche Einkünfte (wie etwa Einkünfte aus privaten Zahlungen) werden jedoch nicht berücksichtigt. Darüber hinaus werden Praxisausgaben nicht exkludiert, was zu einer deutlichen Überschätzung des Einkommens führt. (OECD 2017a, 2017b)

Eine Studie von Swartenbroekx et al. (2012) analysierte daher das Einkommen von selbständigen FachärztInnen in 13 belgischen Spitälern und verglich dieses mit dem Einkommen selbständiger FachärztInnen in Praxen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass durchschnittlich 36,6% des Bruttoeinkommens von FachärztInnen auf Praxiskosten entfällt (Swartenbroekx et al. 2012).

Über angestellte ÄrztInnen in Belgien sind keine gesonderten Daten verfügbar. FachärztInnen, die etwa in Universitätskliniken arbeiten, werden über die durchschnittliche

Einzelleistungsvergütung im Rahmen der selbständigen FachärztInnen berücksichtigt, da keine Informationen über die Verträge zwischen Kliniken und einzelnen ÄrztInnen verfügbar sind (OECD 2017b).

In **Dänemark** werden die Daten über das Einkommen der unselbständig tätigen ÄrztInnen von der Lohnsteuerstatistik (*Det Fælleskommunale Løndatakontor*, FLD) herangezogen. Jedoch kann nicht zwischen AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen unterschieden werden und darüber hinaus werden nur öffentlich angestellte ÄrztInnen berücksichtigt. Das durchschnittliche Jahresbruttoeinkommen wird zu VZÄ bewertet.

Die Informationen über selbständige ÄrztInnen in Dänemark (mit der Ausnahme von Privatordinationen) werden von Seiten des dänischen ÄrztInnenverbandes für FachärztInnen (*Foreningen af Praktiserende Speciallæger*, FAPS) und des ÄrztInnenverbandes für AllgemeinmedizinerInnen (*Praktiserende Lægers Organisation*, PLO) zur Verfügung gestellt. Diese Daten wurden durch Umfragen erhoben und werden pro Kopf angegeben (OECD 2017a, OECD 2017b).

In **Deutschland** basieren die Daten über angestellte ÄrztInnen auf der Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes (2016). Zusätzlich wurde auch noch eine Studie von Kienbaum Management Consulting (2016), welche auf einer Umfrage über die Vergütung in Krankenhäusern basiert, berücksichtigt. Da 93% der angestellten ÄrztInnen in Deutschland FachärztInnen sind, fallen unselbständig tätige AllgemeinmedizinerInnen in den Bereich der angestellten FachärztInnen. Die Einkommensdaten von unselbständig tätigen ÄrztInnen beinhalten das Bruttojahreseinkommen inklusive Sozialversicherungsbeiträge, variabler Zahlungen (wie etwa Bonuszahlungen) und Einkommen, welches im Rahmen des „Liquidationsrechtes“ von ChefärztInnen²⁸ akquiriert wird (OECD 2017a, OECD 2017b).

Um das Einkommen von selbständigen ÄrztInnen in Deutschland zu bewerten, wurde die vierjährige Kostenstrukturerhebung von Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen PsychotherapeutInnen, welche vom Statistischen Bundesamt erstellt wird, herangezogen. Diese Erhebung umfasst Daten über die Einnahmen, Aufwendungen und den Reinertrag von Arztpraxen (Statistisches Bundesamt 2015). Aufwendungen (inklusive der Ausgaben für die Praxisübernahme) werden von den Einnahmen abgezogen – dies gilt auch für private Aufwendungen für Versicherungen der PraxisinhaberInnen. Sozialversicherungsbeiträge der PraxisinhaberInnen werden dabei jedoch nicht abgezogen. Das Einkommen wird pro PraxisinhaberIn und nicht pro VZÄ angegeben und zusätzliches Einkommen aus unselbständiger Beschäftigung wird nicht berücksichtigt (Statistisches Bundesamt 2015). Darüber hinaus wurden Praxen von ZahnärztInnen exkludiert (OECD 2017b).

²⁸ Das Liquidationsrecht bezeichnet den Umstand, wenn ein Krankenhaussträger einem/einer ChefärztIn das Recht einräumt, Leistungen unmittelbar mit dem/der PatientIn abzurechnen.

In **Finnland** werden die Einkommensdaten durch das finnländische Statistikinstitut (*Tilastokeskus*) zur Verfügung gestellt. Da es im staatlichen Sektor de facto keine niedergelassenen ÄrztInnen gibt, sind nur Einkommensdaten über angestellte ÄrztInnen verfügbar. Des Weiteren werden nur jene ÄrztInnen berücksichtigt, die zumindest 90% der kollektivvertraglich vereinbarten Arbeitszeit (welche bei FachärztInnen 38,25 Wochenstunden und bei AllgemeinmedizinerInnen zwischen 37 und 38,25 Wochenstunden beträgt) leisten. Die Daten umfassen das jährliche Lohneinkommen inklusive zusätzlicher Einkünfte, wie etwa leistungsbezogene Bonuszahlungen, Urlaubsgeld, Prämienzahlungen aufgrund des Senioritätsprinzips, Überstundenzulagen, freiwillige betriebliche Zusatzleistungen oder Schichtzulagen.

In Finnland werden jene ÄrztInnen als AllgemeinmedizinerInnen definiert, die als AssistenzärztInnen arbeiten (etwa in sogenannten Gesundheitszentren). Alle ÄrztInnen, die sich in einem bestimmten Fachgebiet (wozu auch die Allgemeinmedizin gezählt wird) spezialisiert haben (und jene ÄrztInnen, die ein Spital oder ein Gesundheitszentrum leiten), gelten als FachärztInnen. Diese Definition weicht somit von der OECD-Definition von AllgemeinmedizinerInnen ab (OECD 2017a, OECD 2017b).

In **Frankreich** werden Informationen über das Einkommen von unselbständigen ÄrztInnen des privaten und öffentlichen Sektors vom nationalen Institut für Statistik und Wirtschaftsstudien (*Institut national de la statistique et des études économiques*, INSEE) zur Verfügung gestellt. Somit werden 95% der unselbständig tätigen FachärztInnen berücksichtigt. Da die meisten angestellten ÄrztInnen in Frankreich FachärztInnen sind, fallen unselbständig tätige AllgemeinmedizinerInnen in den Bereich der angestellten FachärztInnen²⁹. Es werden sowohl Einkünfte aus selbständiger als auch aus unselbständiger Tätigkeit berücksichtigt (OECD 2017a, OECD 2017b).

Daten über das Einkommen von selbständigen ÄrztInnen in Frankreich werden von der Direktion für Forschung, Studien, Evaluationen und Statistik (*Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, DREES) des französischen Sozialministeriums zur Verfügung gestellt. Um das Bruttoeinkommen (inklusive Sozialversicherungsbeiträgen) von selbständigen ÄrztInnen in Frankreich zu schätzen, wird das Einkommen um die durchschnittliche Sozialversicherungsbeitragsrate von 24% korrigiert. Es werden sowohl Einkünfte aus selbständiger als auch aus unselbständiger Tätigkeit berücksichtigt (auch wenn Lohneinkommen den Großteil der Einkünfte ausmachen) (OECD 2017a, OECD 2017b).

In **Irland** werden Daten über das Einkommen von angestellten FachärztInnen durch das Gesundheitsministerium (*Department of Health*) zur Verfügung gestellt. Es werden nur jene FachärztInnen berücksichtigt, die in staatlich finanzierten Spitälern arbeiten und das

²⁹ Mehr als 80% der unselbständig tätigen ÄrztInnen sind FachärztInnen (OECD 2017b).

durchschnittliche Bruttojahreseinkommen wird zu VZÄ³⁰ bewertet. Zuschläge für Notrufe oder Bereitschaftsdienste werden nicht berücksichtigt – diese zusätzlichen Einkünfte können jedoch pro Jahr zwischen EUR 2.430 und EUR 22.303 (pro Kopf) betragen (OECD 2017b). Es existieren keine Daten über selbständige FachärztInnen, da der Großteil der FachärztInnen in Irland angestellt ist (McDaid et al. 2009).

Informationen über die Einkünfte von selbständigen AllgemeinmedizinerInnen in Irland stammen von Einkommenssteuerdaten der irischen Steuerbehörde (*Revenue Commissioners*). Die Daten umfassen den Reingewinn (abzüglich etwaiger Abschreibungen) vor Steuern und teilzeitbeschäftigte AllgemeinmedizinerInnen wurden exkludiert. Es sind keine Daten über unselbständig tätige AllgemeinmedizinerInnen verfügbar, da diese in Irland mehrheitlich selbständig sind (McDaid et al. 2009).

In **Luxemburg** werden die Einkünfte auf Basis von Sozialversicherungsdaten (*Fichiers de la sécurité sociale*) berechnet. Diesbezügliche Daten sind jedoch nur von 2003 bis 2007 verfügbar. Daher wurde das Einkommen für die Jahre 2008 bis 2015 auf Basis von Administrativdaten der luxemburgischen Sozialversicherung geschätzt. ÄrztInnen, deren monatliches Bruttoeinkommen niedriger als die Sozialhilfe in Luxemburg ist, werden nicht berücksichtigt, um ÄrztInnen, welche ihre Tätigkeit im Laufe des Jahres abgebrochen haben, zu exkludieren (OECD 2017a, OECD 2017b).

In den **Niederlanden** sind alle im Gesundheitsbereich beschäftigten Personen im sogenannten „BIG-Register“ registriert. Diese Daten werden im Rahmen der *OECD Health Statistics* mit jenen der Sozialstatistik (Steuer-, Sozialversicherungs- und Kommunaldaten) des niederländischen Statistikamtes (*Centraal Bureau voor de Statistiek*, CBS) verknüpft. Für das Einkommen von unselbständig tätigen ÄrztInnen wird die Bemessungsgrundlage für den Sozialversicherungsbeitrag (inklusive etwaiger Sonder- und Bonuszahlungen) herangezogen und das durchschnittliche Einkommen wird in VZÄ angegeben. Für die Schätzung des Einkommens von selbständigen ÄrztInnen wird der steuerpflichtige Gewinn (unter Berücksichtigung der Absetzbeträge) herangezogen und die Einkünfte werden pro Kopf angegeben, da keine Informationen über die geleisteten Arbeitsstunden verfügbar sind (OECD 2017a, OECD 2017b). Bei der Analyse des Einkommens von FachärztInnen werden nur ÄrztInnen der Fachgebiete Kinderheilkunde, Geburtshilfe, Gynäkologie, Psychiatrie und Chirurgie berücksichtigt (OECD 2017b). Für die Niederlande werden im Rahmen der *OECD Health Statistics* nur jene unselbständigen ÄrztInnen berücksichtigt, die kein Einkommen aus einer selbständigen Tätigkeit aufweisen, und bei selbständigen ÄrztInnen nur jene, die kein Einkommen aus einer Anstellung beziehen (OECD 2017a, OECD 2017b).

Einkommensdaten über angestellte ÄrztInnen in **Norwegen** werden vom norwegischen Statistikinstitut (*Statistisk sentralbyrå*, SSB) zur Verfügung gestellt. Die Daten umfassen das

³⁰ „Vollzeit“ bezeichnet eine 37-Stunden-Woche.

zu VZÄ bewertete durchschnittliche Bruttojahreseinkommen, inklusive fixer und variabler Zuschläge, wie etwa Schichtzulagen oder Bonus- und Überstundenzahlungen (Urlaubsgeld ist jedoch nicht inkludiert). Eine Trennung zwischen angestellten FachärztInnen und AllgemeinmedizinerInnen ist nicht möglich. Da es jedoch nur wenige angestellte AllgemeinmedizinerInnen gibt, werden diese den Einkünften der FachärztInnen zugerechnet (OECD 2017b). In Norwegen wird der Großteil der Primärversorgung von selbständigen AllgemeinmedizinerInnen getragen, über diese sind jedoch keine Daten verfügbar (Ringard et al. 2013, OECD 2017a).

In **Schweden** werden im Rahmen der *OECD Health Statistics* Informationen über das Einkommen von ÄrztInnen³¹ von der schwedischen ÄrztInnenvereinigung (*Sveriges läkarförbund*) und von den Regionen bezogen. Der Datensatz umfasst jedoch nur Einkünfte von ÄrztInnen, welche direkt bei den Regionen angestellt sind bzw. in Spitälern arbeiten, welche von den Regionen betrieben werden (OECD 2017b). Das Einkommen wird in VZÄ angegeben und beinhaltet zusätzlich Zahlungen für Bereitschaftsdienste für FachärztInnen (nicht jedoch von AllgemeinmedizinerInnen). Es sind keine Daten verfügbar über Einkünfte aus Überstunden oder selbständiger Tätigkeit (OECD 2017a, 2017b).

In **Tschechien** werden die Einkommensdaten von ÄrztInnen durch das Institut für Gesundheitsinformation und -statistik der Tschechischen Republik (*Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ÚZIS ČR*) bereitgestellt. Angestellte AllgemeinmedizinerInnen (ca. 15% aller AllgemeinmedizinerInnen) sind in diesem Datensatz von 2000 bis 2013 Teil der Einkommensdaten von angestellten FachärztInnen. Seit 2014 sind Einkommensdaten über unselbständig tätige AllgemeinmedizinerInnen und über ÄrztInnen in Ausbildung exkludiert. Das durchschnittliche Bruttojahreseinkommen von angestellten FachärztInnen wird in VZÄ angegeben. Zusätzliche Einkünfte, wie etwa Überstundenabgeltungen, sind inkludiert, jedoch sind keine Daten über zusätzliche Einkommensquellen verfügbar (wie etwa aus einer selbständigen Tätigkeit in einer Privatordination) (OECD 2017a, OECD 2017b).

Die Daten über das Einkommen von selbständigen FachärztInnen und AllgemeinmedizinerInnen in Tschechien basieren auf Umfragen, welche in Einrichtungen des extramuralen Bereichs durchgeführt wurden. Das Bruttojahreseinkommen enthält keinen Sozialversicherungsbeitrag, da dieser im Rahmen der Praxisausgaben exkludiert wird (es wurden jedoch diesbezügliche Schätzungen durchgeführt). In Tschechien haben ca. 14% der FachärztInnen auch eine zusätzliche Anstellung in einer Klinik – dieses Einkommen wird jedoch nicht berücksichtigt (OECD 2017a, OECD 2017b).

³¹ In Schweden kann nicht zwischen AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen differenziert werden.

Im **Vereinigten Königreich** stellt *NHS Digital* einen jährlichen Bericht über die Einkünfte und Ausgaben von AllgemeinmedizinerInnen zur Verfügung. Die Schätzungen³² in diesem Bericht basieren auf der anonymisierten Steuerstatistik des *HMRC*³³ (*Her Majesty's Revenue and Customs*). Diese umfasst sowohl Einkommen, welches von Seiten des *NHS* bezogen wird, als auch private Einkünfte (*NHS Digital 2017*). Es werden jedoch nur jene selbständigen und unselbständigen AllgemeinmedizinerInnen berücksichtigt, die eine Steuererklärung vollständig durchgeführt haben. Im Vereinigten Königreich erfolgt die Unterteilung in selbständige und unselbständige ÄrztInnen je nach Entlohnungssystem und ist unabhängig davon, wieviel des Einkommens aus selbständiger oder unselbständiger Beschäftigung bezogen wird. Es werden sowohl vollzeit- als auch teilzeitbeschäftigte AllgemeinmedizinerInnen berücksichtigt und die Angaben erfolgen in VZÄ, mit der Ausnahme von England (Angaben pro Person) (*NHS Digital 2017*).

Daten über angestellte FachärztInnen sind nur für **England** im Rahmen des *Electronic Staff Record (ESR)* von *NHS Digital* verfügbar. Jene für Wales, Schottland und Nordirland wurden im Rahmen der *OECD Health Statistics*, basierend auf den englischen Daten, geschätzt (*OECD 2017b*). Seit 2015 beinhaltet dieser Datensatz auch Informationen über variables Einkommen wie etwa Bonuszahlungen, 13. Gehalt oder Überstundenzuschläge. Die Angaben der Daten erfolgen pro Person und es werden nur FachärztInnen mit einer Vollzeitanstellung berücksichtigt (*OECD 2017b*). Über selbständige FachärztInnen gibt es für das Vereinigte Königreich keine Informationen, da die Sekundärversorgung (größtenteils) durch angestellte FachärztInnen erfolgt (*Cylus et al. 2015*).

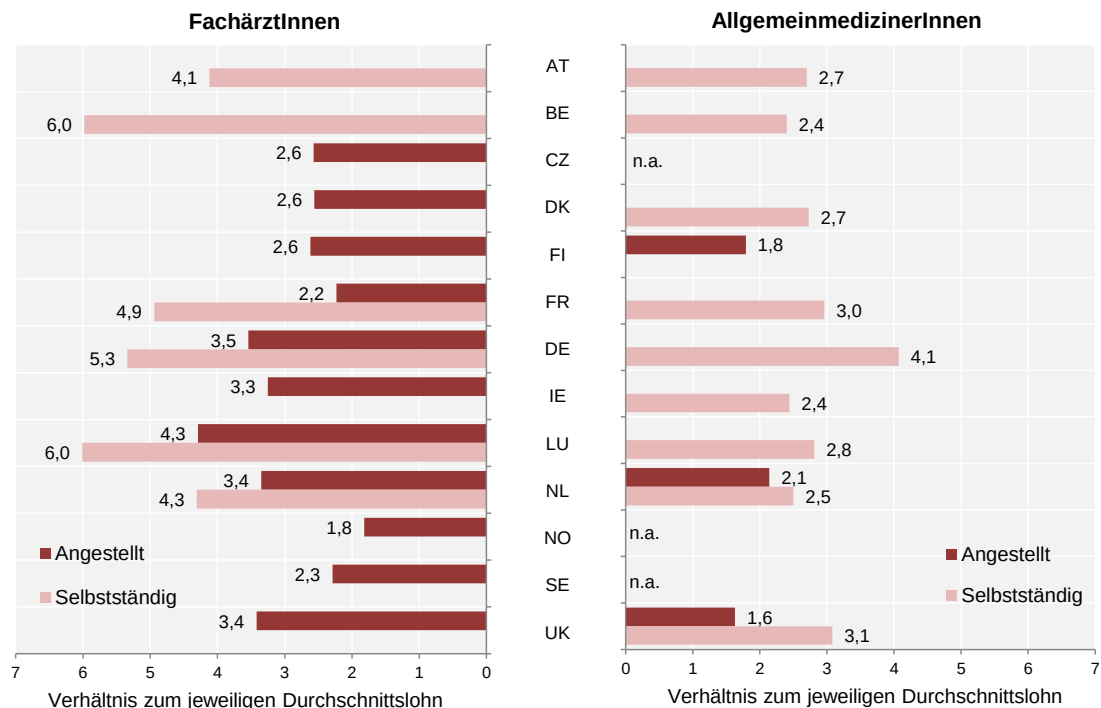
In Abbildung 101 sind die Einkünfte von ÄrztInnen im Verhältnis zum Durchschnittslohn des jeweiligen Landes dargestellt, um die unterschiedlichen Lohnniveaus der Länder zu berücksichtigen. Trotzdem verhindern die vielen Abweichungen von der OECD-Definition einen genauen Vergleich des Einkommens zwischen den verschiedenen Ländern. So führt beispielsweise die Inklusion der Praxisausgaben in Belgien zu einer deutlichen Überschätzung des Einkommens von ÄrztInnen. Darüber hinaus werden oftmals nicht alle zusätzlichen Einkünfte, wie etwa aus anderen Einkommensquellen oder Sonderzahlungen, berücksichtigt. Auch die Unterscheidung zwischen unselbständig tätigen FachärztInnen und AllgemeinmedizinerInnen ist oftmals nicht möglich, wie etwa in Dänemark, Frankreich, Deutschland, Norwegen und Finnland. Dieser Umstand resultiert jedoch oftmals aus der unterschiedlichen Organisation der Gesundheitssysteme. Des Weiteren wird in einigen Ländern, wie etwa Dänemark, Deutschland und den Niederlanden, das Einkommen von selbständigen ÄrztInnen pro Kopf (und nicht in VZÄ) angegeben, da keine Informationen über die Arbeitszeit zur Verfügung stehen. Auch die Exklusion von bestimmten Fachgebieten

³² Die Daten werden basierend auf einer Stichprobe von AllgemeinmedizinerInnen des Vereinigten Königreiches ermittelt.

³³ Nicht-ministerielle Abteilung der Regierung, welche u.a. für die Steuererhebung zuständig ist.

wie etwa Zahnmedizin (beispielsweise in Deutschland und den Niederlanden) kann die Ergebnisse verzerren.

Abbildung 101: Einkünfte von ÄrztInnen, Verhältnis zu durchschnittlichen E des jeweiligen Landes, 2015 oder aktuellstes verfügbares Jahr



Quelle: OECD (2017c), eigene Darstellung

3.5.2. ÄrztInneneinkünfte in ausgewählten Ländern im Detail

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, dass ein direkter Vergleich der Größenordnung der Einkünfte österreichischer ÄrztInnen mit jenen anderer Länder problematisch ist. Um jedoch insbesondere die Relationen zwischen verschiedenen Fachgruppen mit der Situation in Österreich zu vergleichen, werden im Folgenden Daten aus Deutschland bzw. aus Frankreich genauer dargestellt.

ÄrztInneneinkünfte in Deutschland

In Deutschland kann durch die Kostenstrukturhebung von Arzt- und Zahnarztpraxen auf den Reinertrag (Erträge abzüglich Aufwendungen) von selbständigen ÄrztInnen geschlossen werden (Statistisches Bundesamt 2015). Dieser Reinertrag ist jedoch nicht direkt mit der Einkommensdefinition, welche im Rahmen dieses Berichtes für österreichische ÄrztInnen verwendet wird, vergleichbar, da etwaige Einkünfte aus unselbständiger Arbeit nicht inkludiert und Sozialversicherungsbeiträge im Rahmen des Reinertrages nicht exkludiert wurden.

Dennoch ermöglicht die Kostenstrukturerhebung einen qualitativen Vergleich zwischen Deutschland und Österreich bezüglich der Unterschiede in den durchschnittlichen Einkünften der verschiedenen Fachgruppen. Tabelle 31 zeigt den durchschnittlichen Reinertrag pro PraxisinhaberIn von Arztpraxen in Deutschland nach Fachgebieten für das Jahr 2015. Bei Betrachtung dieser Tabelle ist darauf zu achten, dass das arithmetische Mittel (im Gegensatz zum Median) herangezogen wird. Die Zahlen sind zudem nicht in Kaufkraftparitäten, sondern zu aktuellen Preisen des Jahres 2015 angegeben.

Tabelle 31: Durchschnittlicher Reinertrag von Arztpraxen in Deutschland nach Fachgebieten, 2015

Fachgebiet	Reinertrag je PraxisinhaberIn (in EUR)
Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie	373.000
Augenheilkunde	256.000
Haut- und Geschlechtskrankheiten	225.000
Orthopädie	214.000
Urologie	210.000
Chirurgie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie	209.000
Innere Medizin	206.000
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	183.000
Sonstige Fachgebiete*	182.000
Zahnmedizin	175.000
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	173.000
Allgemeinmedizin	167.000
Kinder- und Jugendmedizin	166.000
Neurologie (inkl. Psychiatrie, Psychotherapie)	161.000

*Sonstige Fachgebiete: Anästhesiologie, Arbeitsmedizin, Humangenetik, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, Pathologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin.

Quelle: Statistisches Bundesamt (2015)

Sowohl in Deutschland als auch in Österreich (Vergleichsgruppe § 2-VertragsärztInnen bei Betrachtung des arithmetischen Mittels) gehören die Fachgebiete Radiologie, Augenheilkunde, Orthopädie und Urologie zu den Gruppen mit den höchsten Einkünften und die Fachgebiete Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde/Geburtshilfe und Kinder- und Jugendmedizin zu jenen mit den geringsten Einkünften. Die Fachgebiete Zahnmedizin, Chirurgie und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde befinden sich im Mittelfeld.

Es kann jedoch beobachtet werden, dass die Unterschiede im Einkommen zwischen den Fachgruppen in Österreich ausgeprägter sind. So verdient etwa in Deutschland ein/e FachärztIn des Fachgebietes Radiologie durchschnittlich 2,3-mal so viel wie ein/e AllgemeinmedizinerIn und in Österreich durchschnittlich 2,7-mal so viel. Das Fachgebiet der Radiologie stellt in Deutschland die Gruppe mit den durchschnittlich höchsten Einkünften

dar, in Österreich verdienen jedoch FachärztInnen des Fachgebietes Labor/Pathologie durchschnittlich am meisten³⁴. Das Einkommen eines Facharztes bzw. einer Fachärztin der Richtung Labor/Pathologie ist in Österreich durchschnittlich 7,8-mal so hoch wie jenes eines Allgemeinmediziners bzw. einer AllgemeinmedizinerIn.

Die Neurologie stellt in Deutschland jenes Fachgebiet mit den geringsten Einkünften dar, in Österreich befindet sich diese Fachgruppe jedoch eher im Mittelfeld (das Fachgebiet mit den durchschnittlich niedrigsten Einkünften ist in Österreich jenes der Frauenheilkunde/Geburtshilfe).

ÄrztInneneinkünfte in Frankreich

Wie bereits oben erwähnt, werden die von der Direktion für Forschung, Studien, Evaluationen und Statistik zur Verfügung gestellten Daten zu Einkünften von selbständigen ÄrztInnen für *OECD Health Statistics* um einen einheitlichen Faktor von 24% nach oben korrigiert, um gemäß der OECD-Definition Sozialversicherungsbeiträge miteinzurechnen. Ohne diese Korrektur dürfte die französische Einkünftedefinition der in diesem Bericht für Österreich verwendeten relativ ähnlich sein. In Tabelle 32 sind die durchschnittlichen Einkünfte (arithmetisches Mittel) der selbständig tätigen VertragsärztInnen nach Fachgruppe aufgelistet. Dabei ist allerdings darauf zu achten, dass es sich um Daten aus dem Jahr 2011 handelt – dieses Jahr ist in den in der vorliegenden Studie verwendeten österreichischen Daten nicht abgedeckt. Weiters sind die Daten wiederum nicht in Kaufkraftparitäten, sondern zu Preisen des Jahres 2011 angegeben. Ein direkter Vergleich der Höhe der Einkünfte soll somit ebenfalls nicht stattfinden – stattdessen wird auch hier auf Relationen zwischen den Fachgruppen eingegangen.

³⁴ Für Deutschland sind keine separaten Werte für das Fachgebiet „Labor/Pathologie“ verfügbar.

Tabelle 32: Durchschnittliche Einkünfte von selbständig tätigen VertragsärztInnen in Frankreich nach Fachgebieten, 2011

Fachgebiet	Durchschnittliche Einkünfte (in EUR)
Radiologie	190.000
Anästhesie	190.000
Chirurgie	177.000
Augenheilkunde	160.000
Kardiologie	144.000
Zahnmedizin	142.000
Gastroenterologie	126.000
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	119.000
Sonstige	113.000
Pneumologie	110.000
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	105.000
Rheumatologie	95.000
Haut- und Geschlechtskrankheiten	86.000
Kinder- und Jugendmedizin	86.000
Neurologie (inkl. Psychiatrie, Psychotherapie)	84.000
Allgemeinmedizin	82.000

Anmerkung: beinhaltet nur ÄrztInnen unter 70 Jahren, die vor 2011 zu praktizieren begannen
 Quelle: DREES (2011)

Sowohl in Frankreich als auch in Österreich (Vergleichsgruppe § 2-VertragsärztInnen bei Betrachtung des arithmetischen Mittels) gehören die Fachgebiete Radiologie und Augenheilkunde zu jenen mit den höchsten Einkünften, während Kinder- und Jugendmedizin und Allgemeinmedizin zu jenen mit den geringsten Einkünften zählen. Das Fachgebiet der Neurologie, welches sich in Österreich im Mittelfeld befindet, gehört in Frankreich zu einem der Fachgebiete mit den niedrigsten Einkünften - nur in der Allgemeinmedizin sind die durchschnittlichen Einkünfte noch geringer. In Österreich weist das Fachgebiet Frauenheilkunde/Geburtshilfe bei Betrachtung des arithmetischen Mittels die geringsten Einkünfte auf.

Des Weiteren sind die Unterschiede zwischen den Fachgebieten nicht so stark ausgeprägt wie in Österreich. Die Situation ist ähnlich wie in Deutschland: Ein/e FachärztIn des Fachgebietes Radiologie verdient in Frankreich durchschnittlich 2,3-mal so viel wie ein/e AllgemeinmedizinerIn und in Österreich durchschnittlich 2,7-mal so viel. (Im Fachgebiet Labor/Pathologie sind die Einkünfte in Österreich durchschnittlich 7,8-mal so hoch wie in der Allgemeinmedizin).

3.6. Regressionsanalyse der ÄrztInneneinkünfte

Um belastbarere Informationen über die Effekte der einzelnen Einflussfaktoren auf die relevanten ärztl. Einkünfte der verschiedenen ÄrztInnengruppen zu erhalten, führten wir zusätzlich zu den deskriptiven Analysen Regressionsanalysen durch. Es handelt sich dabei jeweils um ein lineares Regressionsmodell der folgenden Form:

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 x_{i1} + \beta_2 x_{i2} + \dots + \beta_k x_{ik} + \varepsilon_i \quad i = 1, \dots, n$$

y_i bezeichnet dabei die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA (bzw. in Kapitel 3.6.1 das KAV-Gehalt) des Individuums i , x_{im} den Wert der erklärenden Variable m für Individuum i , β_m den Koeffizienten der erklärenden Variable m (β_0 bezeichnet die Konstante des Modells) und ε_i den Fehlerterm für Individuum i . Die kategorialen Variablen mit mehr als zwei Ausprägungen wurden in Dummy-Variablen für jede einzelne Ausprägung umgewandelt. Die Menge der erklärenden Variablen besteht somit nur aus binären Variablen, während die abhängige Variable eine stetige Variable darstellt.

Wir verwendeten für die Regressionen den gesamten Zeitraum von 2012 bis 2015. Da die einzelnen Beobachtungen der Zeitperiode nicht unabhängig sind (wiederholte Beobachtungen der jeweiligen Individuen), verwendeten wir eine robuste Schätzmethode, welche die Korrelation der Störterme innerhalb eines Individuums berücksichtigt.³⁵

3.6.1. KAV-Bruttogehälter

Die Ergebnisse des Regressionsmodells für das gesamte KAV-Bruttojahresgehalt (Summe aus Schemagehalt, Zulagen und Mehrdienstleistungen) der KAV-SpitalsärztInnen sind in Tabelle 33 dargestellt. Ebenso wie im Rahmen der deskriptiven Analyse in Kapitel 3.2.1 schränkten wir auf die ganzzährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen ein.

Das Bestimmtheitsmaß (R^2) des Modells beträgt 0,80 – etwa 80% der Variation in den Bruttojahresgehältern kann somit durch das Modell erklärt werden. Dieser Wert ist vergleichsweise hoch, was v.a. darauf zurückzuführen ist, dass die KAV-Gehälter größtenteils reglementiert sind und damit in hohem Maße vom Dienstalder, der Berufsgruppenzugehörigkeit sowie der Fachbereichszugehörigkeit abhängig sind.

Vom Jahr 2012 auf das Jahr 2013 ist kein signifikanter Anstieg des Bruttojahresgehalts zu beobachten. Im Jahr 2014 sind die Einkünfte jedoch signifikant höher als im Jahr 2012, und ein noch deutlicherer Anstieg ist für das Jahr 2015 zu verzeichnen. Der relativ deutliche Anstieg des Bruttojahresgehalts zwischen den Jahren 2014 und 2015 wurde bereits im Rahmen der deskriptiven Analyse thematisiert (vgl. Kapitel 3.2.1).

³⁵ In Stata umgesetzt mittels der Option `vce(cluster pennr)`.

Das Modell ergibt, dass männliche KAV-Spitalsärzte trotz Berücksichtigung der weiteren erklärenden Variablen ein im Schnitt um ca. EUR 1.800 höheres Bruttojahresgehalt aufweisen als weibliche KAV-Spitalsärztinnen. In einer separaten Regressionsanalyse für die Schemagehälter (nicht dargestellt) beträgt diese Differenz nur ca. EUR 500. Weitere Analysen für die anderen beiden Gehaltsbestandteile deuten darauf hin, dass die Differenz in den gesamten Bruttojahresgehältern zu einem großen Anteil auf geschlechtsspezifische Unterschiede in den Mehrdienstleistungen zurückzuführen ist (Koeffizient von ca. EUR 1.000). Männer erbringen also – unter Berücksichtigung aller anderen erklärenden Variablen – in einem höheren Ausmaß Mehrdienstleistungen als Frauen.

Das Alter ist als erklärende Variable nicht in dem Modell enthalten, da es eine hohe Korrelation mit dem Dienstalter aufweist und letzteres besser geeignet ist, um Variation in den KAV-Gehältern zu erklären. Als Referenzkategorie in Bezug auf das Dienstalter dient die Gruppe der KAV-SpitalsärztInnen mit einem Dienstalter von 5-10 Jahren.³⁶ Die mit dem Dienstalter zunehmenden Koeffizienten zeigen erwartungsgemäß, dass das Bruttojahresgehalt mit dem Dienstalter ansteigt. KAV-SpitalsärztInnen mit einem Dienstalter von weniger als einem Jahr bzw. 1-4 Jahren verzeichnen im Schnitt um ca. EUR 6.300 bzw. EUR 3.100 niedrigere Gehälter als jene mit einem Dienstalter von 5-10 Jahren. Bei einem Dienstalter von 11-20 Jahren bzw. mind. 20 Jahren liegen die Gehälter im Schnitt um ca. EUR 8.500 bzw. EUR 18.800 höher als bei einem Dienstalter von 5-10 Jahren.

Bei den KAV-Berufsgruppen dienen die FachärztInnen als Referenzkategorie. Die Gehälter der ÄrztInnen in Ausbildung liegen im Schnitt um ca. EUR 17.900 (AllgemeinmedizinerAusbildung) bzw. EUR 19.600 (FacharztAusbildung) unter jenen der FachärztInnen. AllgemeinmedizinerInnen beziehen im Schnitt um ca. EUR 7.100 geringere Gehälter als FachärztInnen, PrimärärztInnen um ca. EUR 8.500 höhere.³⁷ Wie bereits im Zuge der deskriptiven Analyse erwähnt, sind diese Unterschiede auf die unterschiedlichen Schemagehälter zurückzuführen. Separate Regressionsanalysen für die einzelnen Gehaltsbestandteile zeigen, dass die Zulagen und Mehrdienstleistungen der einzelnen Berufsgruppen sich im Schnitt nur geringfügig voneinander unterscheiden bzw. jene der PrimärärztInnen tendenziell unter jenen der anderen Berufsgruppen liegen.

Bei den KAV-Fachbereichen wurde der Fachbereich Innere Medizin als Referenzkategorie herangezogen. Hohe positive (signifikante) Koeffizienten finden sich bei den Fachbereichen Kinderchirurgie und Herz-/Thoraxchirurgie – dort fallen die Gehälter im Schnitt um ca. EUR 7.200 bzw. EUR 4.400 höher aus als im Bereich Innere Medizin. In der Mehrheit der Fachbereiche sind signifikant niedrigere Gehälter zu verzeichnen als im Bereich Innere Medizin; besonders groß ist die Differenz bei den Fachbereichen Zahn-/Mund-

³⁶ Als Referenzkategorien bei Variablen mit einer höheren Zahl an Ausprägungen wurden in allen Regressionen jeweils quantitativ bedeutende bzw. vergleichsweise nah am Median gelegene Kategorien ausgewählt.

³⁷ Die Berufsgruppe der Ärztl. DirektorInnen interpretieren wir aufgrund der niedrigen Fallzahl und der daraus resultierenden geringen Aussagekraft nicht gesondert.

/Kieferheilkunde (ca. EUR -20.200) sowie Physikalische Medizin (ca. EUR -16.600). Diese Ergebnisse entsprechen in etwa den Beobachtungen aus der deskriptiven Analyse. Separate Regressionsanalysen für die einzelnen Gehaltsbestandteile zeigen, dass die Differenzen in den Schemagehältern deutlich geringer ausfallen. Vergleichsweise groß sind die Differenzen hingegen wiederum bei den Mehrdienstleistungen.

Tabelle 33: Ergebnisse der Regressionsanalyse des KAV-Bruttojahresgehalts der ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen

		Koeffizient	robuste Standard-abweichung	p-Wert
	Konstante	88.239,1 **	531,7	0,000
Jahr (Referenzkategorie: 2012)	2013	223,8	145,2	0,123
	2014	1.180,6 **	167,1	0,000
	2015	9.137,8 **	198,3	0,000
Geschlecht	männlich	1.843,9 **	336,9	0,000
Dienstalter (Referenzkategorie: 5-10 Jahre)	<1 Jahr	-6.347,5 **	430,3	0,000
	1-4 Jahre	-3.114,4 **	395,1	0,000
	11-20 Jahre	8.473,3 **	535,6	0,000
	20+ Jahre	18.814,9 **	510,9	0,000
KAV-Berufsgruppe (Referenzkategorie: Facharzt)	Allg.Medizin.Ausbildu	-17.871,5 **	1.036,8	0,000
	Facharztausbildung	-19.641,7 **	437,7	0,000
	Allgemeinmediziner	-7.123,8 **	677,6	0,000
	Primararzt	8.517,7 **	1.736,9	0,000
	Ärztl. Direktor	49.013,0 **	11.394,2	0,000
KAV-Fachbereich (Referenzkategorie: Innere Medizin (inkl. Pulmologie))	Anästhesie	1.162,5 *	605,0	0,055
	Augenheilkunde	-10.433,2 **	1.393,4	0,000
	Chirurgie	1.017,5	857,4	0,235
	Herz-/Thoraxchirurgie	4.391,9 **	1.826,7	0,016
	Kinderchirurgie	7.227,3 **	2.324,3	0,002
	Neurochirurgie	-1.712,1	1.457,7	0,240
	Plastische Chirurgie	-3.029,7 *	1.789,9	0,091
	Unfallchirurgie	191,1	1.147,4	0,868
	Haut- und Geschlechtskrankheiten	-4.913,3 **	1.153,7	0,000
	Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	-2.817,8 **	735,7	0,000
	Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten	-1.984,1	1.755,4	0,258
	Interdisziplinärer Bereich	-1.542,5	1.602,6	0,336
	Kinderheilkunde	-1.292,5 *	737,7	0,080
	Med.-chem. Labordiagnostik	-5.902,2 **	1.659,0	0,000
	Neurologie	-1.526,8 *	864,8	0,078
	Nuklearmedizin	-10.187,3 **	2.181,8	0,000
	ohne permanente Zuordnung	-6.544,0 **	1.058,7	0,000
	Strahlentherapie-Radioonkologie	-7.180,3 **	3.197,4	0,025
	Orthopädie u. orthopädische Chirurgie	-5.173,1 **	989,3	0,000
	Pathologie	-9.012,2 **	1.208,8	0,000
	Physikalische Medizin	-16.608,5 **	1.168,1	0,000
	Psychiatrie	-1.875,3 **	835,0	0,025
	Kinder-Jugendpsychiatrie	-7.651,7 **	1.976,5	0,000
	Radiologie	-6.232,7 **	758,4	0,000
	Urologie	1.169,1	1.232,2	0,343
	Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde	-20.186,9 **	1.103,5	0,000

Anmerkung: ** bedeutet $p \leq 0,05$, * bedeutet $p \leq 0,10$; $R^2 = 0,80$

Quelle: IHS (2017)

3.6.2. Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen – gesamt

Die Ergebnisse des Regressionsmodells für die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der KAV-SpitalsärztInnen gesamt sind in Tabelle 34 dargestellt. Anders als bei der Regressionsanalyse der KAV-Gehälter, in welche ausschließlich die ganzjährig vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen einbezogen wurden, sind in dieser Analyse alle KAV-SpitalsärztInnen enthalten.

Das R^2 des Modells liegt bei 0,46. Es fällt damit höher aus als bei den Vertrags-/WahlärztInnen (siehe Kapitel 3.6.3 unten), aber niedriger als bei alleiniger Betrachtung der KAV-Gehälter – dies ist einleuchtend, da sich die gesamten relevanten ärztl. Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen aus den KAV-Gehältern sowie etwaigen zusätzlichen Einkünften aus selbständiger Arbeit, Gewerbebetrieb oder anderweitiger unselbständiger Arbeit zusammensetzen.

Zwischen den Jahren 2012, 2013 und 2014 unterscheiden sich die Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen nicht signifikant. Für das Jahr 2015 ist jedoch ein signifikanter Anstieg zu verzeichnen, der in erster Linie auf die in Kapitel 3.2.1 beschriebene Zunahme der KAV-Gehälter zurückzuführen sein dürfte.

Die Einkünfte Differenz zwischen Männern und Frauen besteht auch bei den relevanten ärztl. Einkünften der KAV-SpitalsärztInnen: Männliche KAV-Spitalsärzte erzielen im Schnitt um ca. EUR 11.700 höhere Einkünfte als weibliche KAV-Spitalsärztinnen.

Die Betrachtung der Koeffizienten bei den einzelnen Dienstaltersgruppen zeigt einen Anstieg der Einkünfte mit dem Dienstalter. Während KAV-SpitalsärztInnen mit einem Dienstalter von weniger als einem Jahr im Schnitt um ca. EUR 5.000 niedrigere Einkünfte zu verzeichnen haben als jene mit einem Dienstalter von 5-10 Jahren, sind die Einkünfte bei den KAV-SpitalsärztInnen mit mind. 20 Jahren Dienstalter um ca. EUR 29.000 höher als bei dieser Gruppe. Dies ist im Einklang mit den Beobachtungen im Zuge der deskriptiven Analyse (vgl. Kapitel 3.2.4).

Teilzeitbeschäftigung beim KAV hat, wie schon die deskriptive Analyse vermuten ließ, einen signifikant negativen Einfluss auf die Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen: Bei Teilzeitbeschäftigung fallen die Einkünfte im Schnitt um ca. EUR 11.200 geringer aus als bei vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen. Schließt man aus der Regressionsanalyse jedoch jene teilzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen aus, die keiner beim HV erfassten extramuralen Tätigkeit nachgehen (nicht dargestellt), so fällt die Differenz mit ca. EUR 5.600 geringer aus. Bei den teilzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen ist also zu unterscheiden zwischen jenen, die zusätzlich als niedergelassene (beim HV erfasste) ÄrztInnen tätig sind, und jenen, die keiner oder einer anderweitigen zusätzlichen Tätigkeit nachgehen.

Gehen KAV-SpitalsärztInnen zusätzlich einer beim HV erfassten extramuralen Tätigkeit nach und erzielen relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW, so erhöht dies ihre Einkünfte im Schnitt um ca. EUR 13.800.

Bei den KAV-Berufsgruppen dienen wiederum die FachärztInnen als Referenzkategorie. Nur die Einkünfte der PrimärärztInnen fallen höher aus als jene der FachärztInnen – die Differenz ist dabei mit im Schnitt ca. EUR 106.100 jedoch erheblich.³⁸ Die Beobachtung der im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen deutlich erhöhten relevanten ärztl. Einkünfte der PrimärärztInnen konnte bereits der deskriptiven Analyse entnommen werden. Die Einkünfte aller anderen Berufsgruppen fallen signifikant niedriger aus als jene der FachärztInnen. Am größten ist die Differenz mit im Schnitt ca. EUR 34.900 zu den ÄrztInnen in Basisausbildung. Bei den ÄrztInnen in Allgemeinmediziner Ausbildung und Facharztausbildung sowie bei den AllgemeinmedizinerInnen liegen die Koeffizienten zwischen ca. EUR -10.800 und EUR -16.500. (vgl. Kapitel 3.2.4).

Bei den Fachbereichen dient wiederum der Fachbereich Innere Medizin als Referenzkategorie. Signifikante Differenzen zu den durchschnittlichen Einkünften der KAV-SpitalsärztInnen des Fachbereichs Innere Medizin gibt es dabei nur für etwa die Hälfte der Fachbereiche. Vergleichsweise hohe positive (und signifikante) Koeffizienten finden sich bei den Fachbereichen Med.-techn. Labordiagnostik (ca. EUR 17.800) sowie Orthopädie/Orthopädische Chirurgie (ca. EUR 13.400). Ausgeprägte negative (und signifikante) Koeffizienten weisen der Fachbereich Physikalische Medizin (ca. EUR -19.600) sowie die KAV-SpitalsärztInnen ohne permanente Fachbereichszuordnung (ca. EUR -12.400) auf. Die Effekte der Fachbereiche decken sich dabei im Wesentlichen mit den Beobachtungen aus der deskriptiven Analyse.

³⁸ Die Berufsgruppe der Ärztl. DirektorInnen interpretieren wir aufgrund der niedrigen Fallzahl und der daraus resultierenden geringen Aussagekraft nicht gesondert.

Tabelle 34: Ergebnisse der Regressionsanalyse der relevanten ärztl. E1- und L16-Einkünfte aus SA/GW und UA (enge NACE-Auswahl) der KAV-SpitalsärztInnen

		Koeffizient	robuste Standard-abweichung	p-Wert
	Konstante	53.620,6 **	1.598,0	0,000
Jahr (Referenzkategorie: 2012)	2013	-386,9	382,7	0,312
	2014	182,5	458,5	0,691
	2015	5.002,5 **	598,1	0,000
Geschlecht	männlich	11.737,1 **	970,5	0,000
Dienstalter (Referenzkategorie: 5-10 Jahre)	<1 Jahr	-5.037,2 **	994,2	0,000
	1-4 Jahre	-679,4	983,6	0,490
	11-20 Jahre	14.725,2 **	1.591,5	0,000
	20+ Jahre	28.996,9 **	1.768,1	0,000
KAV-Teilzeit	ja	-11.228,9 **	2.529,1	0,000
Extramural tätig	ja	13.846,6 **	1.950,5	0,000
KAV-Berufsgruppe (Referenzkategorie: Facharzt)	Basisausbildung	-34.880,4 **	2.656,4	0,000
	Allg.Medizin.Ausbildung	-10.842,7 **	2.124,2	0,000
	Facharztausbildung	-16.529,2 **	1.204,1	0,000
	Allgemeinmediziner	-13.229,0 **	1.457,9	0,000
	Primararzt	106.096,3 **	13.459,8	0,000
	Ärztl. Direktor	43.829,0 **	13.838,1	0,002
KAV-Fachbereich (Referenzkategorie: Innere Medizin (inkl. Pulmologie))	Anästhesie	-4.077,5 **	1.637,1	0,013
	Augenheilkunde	10.583,0 **	5.334,3	0,047
	Chirurgie	2.454,4	3.496,1	0,483
	Herz-/Thoraxchirurgie	554,1	3.093,8	0,858
	Kinderchirurgie	4.626,5	3.000,9	0,123
	Neurochirurgie	31.832,8	25.106,4	0,205
	Plastische Chirurgie	12.986,7	12.334,3	0,292
	Unfallchirurgie	-8.609,5 **	2.207,7	0,000
	Haut- und Geschlechtskrankheiten	5.463,4	5.946,7	0,358
	Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	3.291,9	2.815,5	0,242
	Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten	-640,7	3.242,0	0,843
	Interdisziplinärer Bereich	-576,7	4.005,9	0,886
	Kinderheilkunde	-4.571,0 **	1.747,7	0,009
	Med.-chem. Labordiagnostik	17.764,8 **	6.269,8	0,005
	Neurologie	-4.334,6 **	2.059,6	0,035
	Nuklearmedizin	-5.469,8	6.861,1	0,425
	ohne permanente Zuordnung	-12.370,7 **	2.059,2	0,000
	Strahlentherapie-Radioonkologie	-9.911,2 **	3.845,9	0,010
	Orthopädie u. orthopädische Chirurgie	13.426,1 **	6.423,0	0,037
	Pathologie	-3.227,4	3.107,5	0,299
	Physikalische Medizin	-19.608,7 **	3.258,2	0,000
	Psychiatrie	-10.686,0 **	2.228,8	0,000
	Kinder-Jugendpsychiatrie	-7.215,9 **	3.181,3	0,023
	Radiologie	4.850,4	4.236,3	0,252
	Urologie	1.815,7	3.392,1	0,592
	Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde	1.252,4	16.114,7	0,938

Anmerkung: ** bedeutet $p \leq 0,05$, * bedeutet $p \leq 0,10$; $R^2 = 0,46$

Quelle: IHS (2017)

3.6.3. Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen – gesamt

Die Ergebnisse des Regressionsmodells für die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der Vertrags-/WahlärztInnen gesamt sind in Tabelle 35 dargestellt.

Das R^2 des Modells beträgt 0,26 – etwa ein Viertel der Variation in den Einkünften der Vertrags-/WahlärztInnen kann somit durch das Modell erklärt werden. Dieser Wert ist deutlich niedriger als bei den KAV-Gehältern, weil die Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen stärker variieren als die KAV-Gehälter und zudem einer Vielzahl an Einflussfaktoren unterworfen sind, die teilweise nicht im Modell abgebildet werden können.

Die Einkünfte steigen mit jedem Kalenderjahr signifikant an, wie die signifikant positiven Koeffizienten für die Kalenderjahre 2013, 2014 und 2015 zeigen.

Männliche Vertrags-/Wahlärzte erzielen auch bei Berücksichtigung aller anderen erklärenden Variablen im Schnitt um ca. EUR 43.600 höhere Einkünfte als ihre weiblichen Kolleginnen – die Einkünfteunterschiede zwischen Männern und Frauen können somit nicht (vollständig) durch die anderen im Modell enthaltenen Einflussfaktoren erklärt werden.

Zwischen dem Alter der Vertrags-/WahlärztInnen und ihren Einkünften besteht keine lineare Beziehung. Zwischen den Altersgruppen 20-39 und 40-49 sowie zwischen den Altersgruppen 40-49 und 50-59 nehmen die Einkünfte zwar signifikant zu, bei den 60-69-Jährigen liegen sie jedoch wieder niedriger und unterscheiden sich nicht signifikant von jenen der 40-49-Jährigen. Die Einkünfte der mind. 70-Jährigen liegen im Schnitt jedoch wieder deutlich niedriger als jene der Referenzgruppe der 40-49-Jährigen. Es handelt sich also in etwa um eine umgekehrt U-förmige Beziehung zwischen den Altersgruppen und den Einkünften.

Ist ein/e Vertrags-/WahlärztIn zusätzlich beim KAV beschäftigt, so impliziert dies im Schnitt um ca. EUR 7.200 geringere Einkünfte als bei jenen Vertrags-/WahlärztInnen, die nicht beim KAV beschäftigt sind. ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen erzielen im Schnitt um ca. EUR 56.800, WahlärztInnen um ca. EUR 71.800 niedrigere Einkünfte als § 2-VertragsärztInnen. Diese Ergebnisse decken sich mit den Beobachtungen im Rahmen der deskriptiven Analyse.

Betreibt ein/e Vertrags-/WahlärztIn eine Hausapotheke, so erhöht dies seine/ihre Einkünfte im Schnitt um ca. EUR 67.000. Jedoch haben weder die Tätigkeit in einer Gruppenpraxis noch das Vorliegen eines VU-Vertrages einen signifikanten Einfluss auf die Einkünfte.

Weiters besagt das Modell, dass Vertrags-/WahlärztInnen mit Praxissitz in vorwiegend intermediären Bezirken im Schnitt um ca. EUR 6.400 geringere Einkünfte als jene in vorwiegend städtischen Bezirken erzielen, während sich die Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen in ländlichen Bezirken nicht signifikant von jenen in städtischen Bezirken

unterscheiden. Es ist davon auszugehen, dass die regionalen Effekte von den ebenfalls im Modell enthaltenen Bundesländern aufgefangen werden – bspw. hatten im Jahr 2015 54% der betrachteten Vertrags-/WahlärztInnen in städtischen Gebieten ihren Praxissitz in Wien. Tatsächlich werden die Vorzeichen der Koeffizienten eines intermediären bzw. ländlichen Praxissitzes positiv, wenn das Bundesland als erklärende Variable aus dem Modell entfernt wird (nicht dargestellt) – beide Koeffizienten sind in diesem Fall jedoch nicht signifikant. Zudem dürften auch die Fachgruppen einen Teil des Effekts des Urbanisierungsgrades auffangen, da sich die Fachgruppenzusammensetzung zwischen den verschiedenen Regionen unterscheidet.

Bei den Bundesländern dient Niederösterreich als Referenzkategorie. Vertrags-/WahlärztInnen in Tirol bzw. Vorarlberg erzielen im Schnitt um ca. EUR 24.700 bzw. EUR 23.100 höhere Einkünfte als ihre KollegInnen mit Praxissitz in Niederösterreich und weisen damit die höchsten positiven Koeffizienten auf. Lediglich bei den Vertrags-/WahlärztInnen in Wien liegen die Einkünfte niedriger als bei jenen in Niederösterreich, und zwar im Schnitt um ca. EUR 5.400.

Großteils signifikante und teilweise sehr ausgeprägte Effekte sind bei den Fachgruppen zu erkennen. Als Referenzkategorie dienen die AllgemeinmedizinerInnen. Lediglich in den Bereichen Kinder-/Jugendheilkunde sowie Zahn-/Mund-/Kieferheilkunde unterscheiden sich die Einkünfte nicht signifikant von jenen der AllgemeinmedizinerInnen. Bei allen anderen Fachgruppen sind die Einkünfte signifikant höher als bei den AllgemeinmedizinerInnen. Besonders auffällig ist dabei der hohe Koeffizient von ca. EUR 975.500 bei der Fachgruppe Labor/Pathologie – wie bereits oben erwähnt, weist diese Fachgruppe einerseits hohe Medianeinkünfte und andererseits starke Ausreißer nach oben auf. Vergleichsweise hohe Koeffizienten finden sich außerdem bei den Fachgruppen Radiologie, Physikalische Medizin sowie Augenheilkunde/Optomietrie, deren Einkünfte im Schnitt um ca. EUR 249.400, EUR 134.000 bzw. EUR 105.500 höher sind als jene der AllgemeinmedizinerInnen.³⁹

³⁹ Die Kategorie „sonstige“ interpretieren wir aufgrund der niedrigen Fallzahl und der daraus resultierenden geringen Aussagekraft nicht gesondert.

Tabelle 35: Ergebnisse der Regressionsanalyse der relevanten ärztlichen E1- und L16-Einkünfte aus SA/GW u. UA (enge NACE-Auswahl) der Vertrags-/WahlärztInnen

		Koeffizient	robuste Standard-abweichung	p-Wert
	Konstante	89.063,7	11.491,9	0,526
Jahr (Referenzkategorie: 2012)	2013	4.985,4 **	518,8	0,000
	2014	10.919,6 **	641,0	0,000
	2015	14.931,5 **	964,4	0,000
Geschlecht	männlich	43.560,2 **	1.944,7	0,000
Alter (Referenzkategorie: 40-49 Jahre)	20-39 Jahre	-19.227,2 **	2.124,6	0,000
	50-59 Jahre	11.561,3 **	2.067,9	0,000
	60-69 Jahre	-426,5	2.520,3	0,866
	70+ Jahre	-23.308,7 **	4.636,7	0,000
KAV	ja	-7.195,3 **	2.903,8	0,013
Vertragsstatus (Referenzkategorie: § 2-Kassenvertrag)	nur kleine Kassen	-56.828,7 **	3.901,8	0,000
	Wahlarzt	-71.758,4 **	2.605,5	0,000
Hausapotheke	ja	67.056,7 **	3.988,6	0,000
Gruppenpraxis	ja	20.373,0	17.746,6	0,251
VU-Vertrag	ja	-6.387,6	11.285,6	0,571
Urbanisierungsgrad (Referenzkategorie: städtisch)	intermediär	-6.356,1 **	3.199,9	0,047
	ländlich	-2.959,3	2.356,5	0,209
Bundesland (Referenzkategorie: Niederösterreich)	Burgenland	7.786,2 *	4.017,7	0,053
	Kärnten	10.922,3 **	4.060,7	0,007
	Oberösterreich	9.217,8 **	2.498,9	0,000
	Salzburg	8.437,7 *	4.613,1	0,067
	Steiermark	10.076,6 **	2.769,8	0,000
	Tirol	24.716,7 **	5.322,3	0,000
	Vorarlberg	23.139,4 **	4.949,7	0,000
	Wien	-5.391,4 *	2.988,9	0,071
	nicht zuordenbar	11.263,4 *	6.459,9	0,081
HV-Fachgruppe (Referenzkategorie: Allgemeinmedizin)	Augenheilkunde/Optomietrie	105.519,2 **	13.087,2	0,000
	Chirurgie	55.511,0 **	9.195,6	0,000
	Haut-/Geschlechtskrankheiten	57.886,2 **	13.161,7	0,000
	Frauenheilkunde/Geburtshilfe	10.849,0 **	3.484,3	0,002
	Hals-/Nasen-/Ohrenheilkunde	59.876,5 **	14.076,7	0,000
	Innere Medizin	81.962,9 **	4.378,7	0,000
	Kinder-/Jugendheilkunde	4.792,6	11.592,5	0,679
	Labor/Pathologie	975.541,5 **	181.922,0	0,000
	Lungenkrankheiten	73.030,8 **	11.099,3	0,000
	Neurologie/Psychiatrie	46.711,9 **	12.498,0	0,000
	nicht vorhanden	43.942,9 **	11.145,1	0,000
	Orthopädie	101.888,6 **	14.177,9	0,000
	Physikalische Medizin	133.975,8 **	36.846,0	0,000
	Radiologie	249.402,8 **	20.585,2	0,000
	sonstige	381.371,3 **	14.599,5	0,000
	Urologie	67.338,9 **	13.106,1	0,000
	Zahn-/Mund-/Kieferheilkunde	14.548,6	11.447,3	0,204

Anmerkung: ** bedeutet $p \leq 0,05$; $R^2 = 0,26$

Quelle: IHS (2017)

3.6.4. Einkünfte der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag

Die Ergebnisse des Regressionsmodells für die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag sind in Tabelle 36 dargestellt.

Das R^2 ist mit 0,25 in etwa so hoch wie bei den Vertrags-/WahlärztInnen insgesamt – es kann also auch bei § 2-VertragsärztInnen etwa ein Viertel der Variation in den Einkünften durch das Modell erklärt werden. Die Koeffizienten für die Kalenderjahre zeigen wiederum, dass die Einkünfte über den Beobachtungszeitraum in jedem Jahr signifikant zunahmen.

Auch bei Einschränkung auf die § 2-VertragsärztInnen bleibt trotz Berücksichtigung der weiteren erklärenden Variablen ein relativ deutlicher Einkünfteunterschied zwischen Männern und Frauen bestehen: Die Einkünfte der männlichen § 2-Vertragsärzte liegen im Schnitt um ca. EUR 43.000 höher als jene der weiblichen § 2-Vertragsärztinnen.

Wie bereits die deskriptive Analyse in Kapitel 3.3.2 vermuten ließ, kann auch bei den § 2-VertragsärztInnen keine lineare Beziehung zwischen dem Alter der ÄrztInnen und ihren Einkünften festgestellt werden. Die Einkünfte der 20-39-Jährigen sowie der 50-59-Jährigen unterscheiden sich nicht signifikant von jenen der 40-49-Jährigen. Jene der 60-69-Jährigen sowie der mind. 70-Jährigen sind signifikant niedriger.

Eine Beschäftigung beim KAV hat keinen signifikanten Effekt auf die Einkünfte von § 2-VertragsärztInnen – es handelt sich hierbei jedoch um nur 100 Beobachtungen über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg. Auch die Tätigkeit in einer Gruppenpraxis sowie das Vorliegen eines VU-Vertrages wirken sich nicht signifikant auf die Einkünfte der § 2-VertragsärztInnen aus.

Einen relativ deutlichen Effekt hat jedoch das Betreiben einer Hausapotheke: Die Einkünfte liegen in diesem Fall im Schnitt um ca. EUR 69.700 höher als bei jenen § 2-VertragsärztInnen, die keine Hausapotheke betreiben.

Der Urbanisierungsgrad weist bei den § 2-VertragsärztInnen keinen signifikanten Effekt auf die Einkünfte auf. Werden die Bundesländer aus dem Modell ausgeschlossen, sind die Koeffizienten jedoch positiv und (schwach) signifikant, implizieren also höhere Einkünfte bei den ÄrztInnen in intermediären bzw. ländlichen Gebieten. Die regionalen Effekte werden also wiederum von den Bundesländern bzw. vermutlich auch teilweise von den Fachgruppen aufgefangen.

Bei den Bundesländern dient erneut Niederösterreich als Referenzkategorie. In Tirol sowie in Vorarlberg sind die Einkünfte der § 2-VertragsärztInnen signifikant höher (im Schnitt um ca. EUR 25.000 bzw. EUR 17.900) als in Niederösterreich. In den anderen Bundesländern

unterscheiden sich die Einkünfte der § 2-VertragsärztInnen nicht signifikant von jenen in Niederösterreich.

Wie auch bei den Vertrags-/WahlärztInnen gesamt haben die Fachgruppen bei den § 2-VertragsärztInnen einen ausgeprägten Einfluss auf die Höhe der Einkünfte. Die Einkünfte der § 2-VertragsärztInnen im Bereich Kinder-/Jugendheilkunde unterscheiden sich nicht signifikant von jenen der § 2-AllgemeinmedizinerInnen; in allen anderen Fachgruppen sind die Einkünfte signifikant höher. Besonders hoch ist der Koeffizient dabei wieder für die Fachgruppe Labor/Pathologie mit ca. EUR 1.083.900. Wie bereits erwähnt, ist diese Fachgruppe durch vergleichsweise hohe Medianeinkünfte sowie deutliche Ausreißer nach oben gekennzeichnet. Weitere Fachgruppen mit vergleichsweise hohen Koeffizienten sind Radiologie, Physikalische Medizin sowie Augenheilkunde/Optomietrie – in diesen Fachgruppen sind die Einkünfte der § 2-ÄrztInnen im Schnitt um ca. EUR 269.300, EUR 161.600 bzw. EUR 126.100 höher als bei den § 2-AllgemeinmedizinerInnen.⁴⁰

⁴⁰ Die Kategorien „sonstige“ und „nicht vorhanden“ interpretieren wir aufgrund der niedrigen Fallzahl und der daraus resultierenden geringen Aussagekraft nicht gesondert.

Tabelle 36: Ergebnisse der Regressionsanalyse der relevanten ärztl. E1- und L16-Einkünfte aus SA/GW und UA (enge NACE-Auswahl) der ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag

		Koeffizient	robuste Standard-abweichung	p-Wert
	Konstante	72.627,2 **	15.935,7	0,000
Jahr (Referenzkategorie: 2012)	2013	7.323,7 **	855,3	0,000
	2014	16.437,4 **	1.050,2	0,000
	2015	20.895,3 **	1.610,8	0,000
Geschlecht	männlich	42.959,0 **	3.532,6	0,000
Alter (Referenzkategorie: 40-49 Jahre)	20-39 Jahre	-5.496,2	5.185,2	0,289
	50-59 Jahre	6.051,7	3.896,1	0,120
	60-69 Jahre	-10.777,5 **	4.039,8	0,008
	70+ Jahre	-32.883,6 **	10.084,5	0,001
KAV	ja	-57.545,6	37.688,0	0,127
Hausapotheke	ja	69.654,5 **	4.079,2	0,000
Gruppenpraxis	ja	4.478,4	18.020,9	0,804
VU-Vertrag	ja	7.167,5	15.850,5	0,651
Urbanisierungsgrad (Referenzkategorie: städtisch)	intermediär	851,8	5.239,2	0,871
	ländlich	1.746,3	4.048,6	0,666
Bundesland (Referenzkategorie: Niederösterreich)	Burgenland	9.016,8	5.964,4	0,131
	Kärnten	9.163,1	6.076,7	0,132
	Oberösterreich	498,5	3.838,8	0,897
	Salzburg	2.479,5	6.865,0	0,718
	Steiermark	6.398,6	3.968,5	0,107
	Tirol	25.046,9 **	7.802,9	0,001
	Vorarlberg	17.850,0 **	6.369,5	0,005
	Wien	-4.876,0	5.537,2	0,379
	nicht zuordenbar	-22.534,8	32.023,2	0,482
HV-Fachgruppe (Referenzkategorie: Allgemeinmedizin)	Augenheilkunde/Optomietrie	126.112,2 **	17.286,6	0,000
	Chirurgie	56.703,6 **	14.614,9	0,000
	Haut-/Geschlechtskrankheiten	76.078,9 **	17.432,0	0,000
	Frauenheilkunde/Geburtshilfe	10.358,0 **	3.947,9	0,009
	Hals-/Nasen-/Ohrenheilkunde	80.674,1 **	18.215,3	0,000
	Innere Medizin	119.679,0 **	7.648,1	0,000
	Kinder-/Jugendheilkunde	24.207,4	15.848,3	0,127
	Labor/Pathologie	1.083.923,0 **	199.100,8	0,000
	Lungenkrankheiten	91.985,3 **	12.769,4	0,000
	Neurologie/Psychiatrie	65.669,1 **	16.604,2	0,000
	nicht vorhanden	191.244,0 **	42.542,4	0,000
	Orthopädie	118.554,0 **	18.125,0	0,000
	Physikalische Medizin	161.592,0 **	40.449,2	0,000
	Radiologie	269.309,4 **	21.546,0	0,000
	sonstige	403.725,7 **	21.628,0	0,000
	Urologie	93.173,7 **	17.372,4	0,000
	Zahn-/Mund-/Kieferheilkunde	31.894,2 **	16.113,0	0,048

Anmerkung: ** bedeutet $p \leq 0,05$; $R^2 = 0,25$

Quelle: IHS (2017)

3.6.5. Einkünfte der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen

Die Ergebnisse des Regressionsmodells für die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen sind in Tabelle 37 dargestellt.

Das R^2 liegt mit 0,23 geringfügig niedriger als bei den Vertrags-/WahlärztInnen gesamt bzw. den ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag. Auch bei den ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen ist ein signifikanter Anstieg der Einkünfte über die einzelnen Kalenderjahre zu beobachten.

Ebenso bleibt auch bei den ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen trotz Berücksichtigung mehrerer weiterer erklärender Variablen ein signifikanter Unterschied zwischen den Einkünften von Männern und Frauen. Männliche Ärzte mit nur kleinen Kassen erzielen im Schnitt um ca. EUR 24.200 höhere Einkünfte als ihre weiblichen Kolleginnen.

Auch bei den ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen findet sich tendenziell eine umgekehrt U-förmige Beziehung zwischen den Altersgruppen und den Einkünften wieder. Von der Gruppe der 20-39-Jährigen auf die Gruppe der 40-49-Jährigen ist ein signifikanter Anstieg zu beobachten; bei den mind. 70-Jährigen gehen die Einkünfte dann wieder signifikant zurück. Die Einkünfte der 50-59-Jährigen sowie der 60-69-Jährigen unterscheiden sich nicht signifikant von jenen der 40-49-Jährigen.

Die Beschäftigung als KAV-SpitalsärztIn sowie das Vorliegen eines VU-Vertrags haben keinen signifikanten Einfluss auf die Einkünfte der ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen.

Bei Betrachtung des Urbanisierungsgrades ist der Koeffizient für ÄrztInnen in intermediären Gebieten signifikant negativ (EUR -21.200), jener für ÄrztInnen in ländlichen Gebieten insignifikant. Der negative Effekt eines intermediären Urbanisierungsgrades ist in etwa im Einklang mit den Beobachtungen im Rahmen der deskriptiven Analyse in Kapitel 3.3.3. Jedoch ist auch hier davon auszugehen, dass die Bundesländer und die Fachgruppen einen Teil der regionalen Effekte auffangen.

Als Referenzkategorie bei den Bundesländern dient auch diesmal Niederösterreich. Signifikante Koeffizienten sind hier bei keinem der Bundesländer zu finden.⁴¹ In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass die Fallzahl in den meisten Bundesländern relativ gering ist.

Abschließend beinhaltet das Modell auch die Fachgruppen der ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen. Vergleichsweise hohe signifikante Koeffizienten sind bei den Fachgruppen

⁴¹ Die Kategorie „nicht zuordenbar“ interpretieren wir aufgrund der niedrigen Fallzahl und der daraus resultierenden geringen Aussagekraft nicht gesondert.

Labor/Pathologie, Radiologie und Orthopädie zu finden. Die exakten Ergebnisse haben aufgrund der niedrigen Fallzahl in den meisten Fachgruppen jedoch ebenfalls nur eine beschränkte Aussagekraft und werden daher nicht näher beschrieben.

Tabelle 37: Ergebnisse der Regressionsanalyse der relevanten ärztl. E1- und L16-Einkünfte aus SA/GW und UA (enge NACE-Auswahl) der ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen

		Koeffizient	robuste Standard-abweichung	p-Wert
	Konstante	43.016,6 **	17.715,9	0,015
Jahr (Referenzkategorie: 2012)	2013	5.896,8 **	1.734,3	0,001
	2014	13.900,9 **	2.300,3	0,000
	2015	16.667,5 **	3.057,4	0,000
Geschlecht	männlich	24.225,0 **	7.083,0	0,001
Alter (Referenzkategorie: 40-49 Jahre)	20-39 Jahre	-23.109,1 **	10.309,5	0,025
	50-59 Jahre	9.702,6	8.872,2	0,274
	60-69 Jahre	-1.893,9	10.102,2	0,851
	70+ Jahre	-50.350,4 **	12.263,7	0,000
KAV	ja	15.196,9	12.912,6	0,239
VU-Vertrag	ja	-35,6	12.046,6	0,998
Urbanisierungsgrad (Referenzkategorie: städtisch)	intermediär	-21.158,2 **	9.093,2	0,020
	ländlich	3.864,4	9.599,4	0,687
Bundesland (Referenzkategorie: Niederösterreich)	Burgenland	11.153,4	17.540,1	0,525
	Kärnten	8.998,5	15.919,6	0,572
	Oberösterreich	26.459,3	17.178,2	0,124
	Salzburg	26.599,1	21.093,7	0,208
	Steiermark	14.862,4	14.162,7	0,294
	Tirol	13.959,7	16.445,5	0,396
	Vorarlberg	16.124,1	20.145,6	0,424
	Wien	-8.130,1	15.598,2	0,602
	nicht zuordenbar	-49.969,3 **	18.064,4	0,006
HV-Fachgruppe (Referenzkategorie: Allgemeinmedizin)	Augenheilkunde/Optometrie	90.701,9 **	26.406,0	0,001
	Chirurgie	90.444,0 **	21.536,6	0,000
	Haut-/Geschlechtskrankheiten	58.337,1 **	23.409,6	0,013
	Frauenheilkunde/Geburtshilfe	33.674,3 **	11.696,6	0,004
	Hals-/Nasen-/Ohrenheilkunde	51.696,9 **	17.244,7	0,003
	Innere Medizin	81.054,0 **	9.827,1	0,000
	Kinder-/Jugendheilkunde	-1.833,2	14.283,5	0,898
	Labor/Pathologie	424.900,4 **	70.016,8	0,000
	Lungenkrankheiten	32.214,0	31.691,8	0,310
	Neurologie/Psychiatrie	47.713,0 *	27.697,6	0,085
	Orthopädie	137.437,5 **	30.677,8	0,000
	Physikalische Medizin	32.384,5	26.371,4	0,220
	Radiologie	305.600,6 **	114.873,5	0,008
	Urologie	31.071,4 *	16.034,9	0,053
	Zahn-/Mund-/Kieferheilkunde	13.258,5	12.701,6	0,297

Anmerkung: ** bedeutet $p \leq 0,05$, * bedeutet $p \leq 0,10$; $R^2 = 0,23$

Quelle: IHS (2017)

3.6.6. Einkünfte der WahlärztInnen

Die Ergebnisse des Regressionsmodells für die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der WahlärztInnen sind in Tabelle 38 dargestellt.

Das R^2 des dargestellten Modells beträgt 0,14 und liegt damit deutlich unter den Werten der Modelle für die anderen ÄrztInnengruppen. Dies dürfte u.a. darauf zurückzuführen sein, dass im Modell für die WahlärztInnen keine Variablen für die Fachgruppen enthalten sind. Wie in Kapitel 3.3.4 erwähnt, ist für die Mehrheit der WahlärztInnen (2015: 75,4%) die Fachgruppenzuordnung unbekannt. Durch Hinzunahme der Fachgruppenvariablen würde das R^2 daher nur geringfügig auf 0,15 steigen. Eine Interpretation der fachgruppenspezifischen Effekte wäre aufgrund der mangelhaften Zuordnung nicht sinnvoll – daher stellen wir nur das Modell ohne Fachgruppen dar.

Wie schon bei den Modellen für die anderen ÄrztInnengruppen steigen die Einkünfte im Schnitt mit jedem Jahr an. Des Weiteren findet sich der Einkünfteunterschied zwischen den Geschlechtern auch bei den WahlärztInnen wieder und fällt dabei relativ deutlich aus: Männliche Wahlärzte erzielen im Schnitt um ca. EUR 50.800 höhere Einkünfte als weibliche Wahlärztinnen. Da die Fachgruppen in diesem Modell nicht enthalten sind, ist jedoch davon auszugehen, dass ein gewisser Teil dieses Effektes durch Geschlechterunterschiede in der Fachgruppenzugehörigkeit zu erklären ist.

Da WahlärztInnen – im Gegensatz zu VertragsärztInnen – das Ausmaß ihrer Ordinationszeiten vergleichsweise flexibel gestalten können, liegt die Vermutung nahe, dass sich die Betreuung von Kindern auf das Arbeitsvolumen und damit auf die Einkünfte auswirkt. Die Information bzgl. der in der Einkommensteuererklärung deklarierten Anzahl der Kinder kann den BMF-Daten entnommen werden (s. dazu auch Erklärung im Rahmen der deskriptiven Analyse in Kapitel 3.3.4). Wir führten daher zusätzlich Regressionen für Männer und Frauen getrennt durch, in denen zusätzlich zu den in Tabelle 38 angeführten Variablen auch die deklarierte Anzahl der Kinder berücksichtigt ist (nicht dargestellt). Wir schränkten die Regressionsanalysen dabei auf WahlärztInnen ein, die höchstens 50 Jahre alt sind.

Bei den weiblichen Wahlärztinnen ist zu beobachten, dass die Einkünfte mit steigender Kinderanzahl tendenziell fallen. Dieser Effekt verstärkt sich überproportional mit der Kinderanzahl – während bei einem Kind kein signifikanter Koeffizient zu verzeichnen ist, liegen die Einkünfte von Wahlärztinnen mit vier oder mehr Kindern im Schnitt um ca. EUR 26.100 niedriger als bei den Wahlärztinnen ohne Kinder (bzw. die keine Kinder in der Einkommensteuererklärung deklarierten). Umgekehrt ist das Bild jedoch bei den männlichen Wahlärzten – bei diesen liegt eine positive Korrelation zwischen den Einkünften und der Kinderanzahl vor. Bei einem Kind ist zwar noch kein signifikanter Effekt zu verzeichnen, jedoch erzielen männliche Wahlärzte mit zwei bzw. drei Kindern im Schnitt um rund EUR 15.000 höhere Einkünfte als Wahlärzte ohne Kinder. Bei vier oder mehr Kindern ist der

Koeffizient wiederum insignifikant. Diese Ergebnisse legen nahe, dass weibliche Wahlärztinnen ihre berufliche Tätigkeit zugunsten der Kinderbetreuung einschränken, während es bei ihren männlichen Kollegen umgekehrt ist. Bei letzteren könnte die Kausalität auch in die Richtung gehen, dass die erhöhten Einkünfte es erlauben sich die mit weiteren Kindern verbundenen steigenden Ausgaben zu leisten. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse decken sich auch mit der deskriptiven Analyse in Kapitel 3.3.4.

Die Beziehung zwischen den Altersgruppen und den Einkünften nimmt auch bei den WahlärztInnen in etwa einen umgekehrt U-förmigen Verlauf. Die Einkünfte steigen bei den jüngeren Altersgruppen mit dem Alter an, nehmen dann bei den 50-59-Jährigen bzw. den 60-69-Jährigen ein ähnlich hohes Niveau an und gehen bei den mind. 70-Jährigen wieder deutlich zurück.

Eine Beschäftigung als KAV-SpitalsärztIn wirkt sich in diesem Modell nicht signifikant auf die Einkünfte der WahlärztInnen aus. Da KAV-WahlärztInnen ihren Praxissitz jedoch fast ausschließlich in Wien bzw. Niederösterreich haben (76% bzw. 18% über den Zeitraum 2012-2015), ist davon auszugehen, dass die Variable für das Bundesland den Effekt einer Beschäftigung beim KAV abfängt. Wir führten daher eine separate Regressionsanalyse ohne die Variable für das Bundesland durch (nicht dargestellt). In diesem Modell bedingt eine Beschäftigung beim KAV im Schnitt um ca. EUR 8.800 niedrigere Einkünfte.

Ein VU-Vertrag bedingt signifikant niedrigere Einkünfte (EUR -23.000). Der im Zuge der deskriptiven Analyse in Kapitel 3.3.4 festgestellte negative Effekt des VU-Vertrags bleibt somit auch im Regressionsmodell bestehen. Da die Fachgruppen in der Regression nicht berücksichtigt sind, dürften hier jedoch nach wie vor intervenierende Effekte durch die Fachgruppenzugehörigkeit vorliegen.

WahlärztInnen mit Praxissitz in intermediären Bezirken weisen laut diesem Modell im Schnitt um ca. EUR 12.400, jene in ländlichen Bezirken um ca. EUR 6.800 geringere Einkünfte als die WahlärztInnen in städtischen Bezirken auf.

In den meisten Bundesländern sind die Einkünfte der WahlärztInnen (schwach) signifikant höher als jene der niederösterreichischen WahlärztInnen (Vorarlberg, Tirol, Oberösterreich, Steiermark, Salzburg).⁴² Am höchsten fallen die Koeffizienten dabei in Vorarlberg (ca. EUR +28.700) und Tirol (ca. EUR +21.200) aus. In den übrigen Bundesländern unterscheiden sich die Einkünfte nicht signifikant von jenen in Niederösterreich.

Dass die Ergebnisse bzgl. des Urbanisierungsgrades und der Bundesländer bei den WahlärztInnen im Vergleich zu den anderen ÄrztInnengruppen in erhöhtem Maße signifikant

⁴² Die Kategorie „nicht zuordenbar“ interpretieren wir aufgrund der niedrigen Fallzahl und der daraus resultierenden geringen Aussagekraft nicht gesondert.

sind, dürfte aufgrund der regional unterschiedlichen Fachgruppenzusammensetzung wiederum teilweise auf die fehlenden Fachgruppenvariablen zurückzuführen sein.

Tabelle 38: Ergebnisse der Regressionsanalyse der relevanten ärztl. E1- und L16-Einkünfte aus SA/GW und UA (enge NACE-Auswahl) der WahlärztInnen

		Koeffizient	robuste Standard-abweichung	p-Wert
	Konstante	56.203,1 **	2.565,9	0,000
Jahr (Referenzkategorie: 2012)	2013	1.807,3 **	594,4	0,002
	2014	3.699,5 **	717,7	0,000
	2015	7.073,0 **	974,5	0,000
Geschlecht	männlich	50.799,4 **	1.647,1	0,000
Alter (Referenzkategorie: 40-49 Jahre)	20-39 Jahre	-25.119,1 **	1.705,6	0,000
	50-59 Jahre	16.395,3 **	1.823,7	0,000
	60-69 Jahre	16.870,8 **	3.112,9	0,000
	70+ Jahre	-15.159,5 **	4.000,4	0,000
KAV	ja	-2.480,4	2.282,5	0,277
VU-Vertrag	ja	-23.001,4 **	2.052,7	0,000
Urbanisierungsgrad (Referenzkategorie: städtisch)	intermediär	-12.438,0 **	2.997,9	0,000
	ländlich	-6.838,4 **	2.457,9	0,005
Bundesland (Referenzkategorie: Niederösterreich)	Burgenland	1.323,9	4.275,7	0,757
	Kärnten	10.250,6	4.141,8	0,013
	Oberösterreich	17.399,2 **	3.120,7	0,000
	Salzburg	8.024,2 *	4.220,3	0,057
	Steiermark	9.198,3 **	3.619,3	0,011
	Tirol	21.210,4 **	4.839,5	0,000
	Vorarlberg	28.718,3 **	8.566,5	0,001
	Wien	-3.990,8	2.841,5	0,160
	nicht zuordenbar	15.299,8 **	6.403,2	0,017

Anmerkung: ** bedeutet $p \leq 0,05$; $R^2 = 0,14$

Quelle: IHS (2017)

3.6.7. Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen

Die Ergebnisse des Regressionsmodells für die relevanten ärztl. Einkünfte aus SA/GW und UA der Subgruppe der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen sind in Tabelle 39 dargestellt. Analog zur deskriptiven Analyse in Kapitel 3.2.4 sind jene KAV-SpitalsärztInnen in der Analyse enthalten, die im jeweiligen Jahr beim HV als Vertrags- oder WahlärztInnen erfasst waren und relevante ärztl. Einkünfte aus SA/GW zu verzeichnen hatten.

Das R^2 des Modells beträgt 0,41. Der Erklärungsgehalt des Modells ist damit etwas geringer als beim vorhergehenden Modell für die Gesamtheit der KAV-SpitalsärztInnen, aber immer noch deutlich höher als bei den Modellen für die Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen.

Zwischen den Kalenderjahren 2012, 2013 und 2014 unterscheiden sich die Einkünfte der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen nicht signifikant. Der Anstieg der KAV-Gehälter im Jahr 2015

schlägt sich jedoch auch hier mit einem signifikant positiven Koeffizienten für dieses Jahr nieder.

Bei Betrachtung ausschließlich der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen fällt der geschlechterspezifische Einkünfteunterschied noch deutlicher aus als bei der Gesamtheit der KAV-SpitalsärztInnen (sowohl absolut als auch relativ zu den Durchschnittseinkünften): Die Einkünfte der männlichen KAV-Vertrags-/Wahlärzte sind im Schnitt um ca. EUR 23.500 höher als jene der weiblichen KAV-Vertrags-/Wahlärztinnen.

Wie schon die deskriptive Analyse in Kapitel 3.2.4 vermuten ließ, kann zwischen dem KAV-Dienstalter und den relevanten ärztl. Einkünften der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen keine lineare Beziehung festgestellt werden. Die Einkünfte der ÄrztInnen mit einem Dienstalter von weniger als einem Jahr bzw. 1-4 Jahren unterscheiden sich nicht signifikant von jenen der ÄrztInnen mit einem Dienstalter von 5-10 Jahren. Erst bei der Dienstaltersgruppe 11-20 Jahre gibt es einen Anstieg von im Schnitt ca. EUR 22.100 im Vergleich zu den ÄrztInnen mit einem Dienstalter von 5-10 Jahren. Bei einem Dienstalter von mind. 20 Jahren beträgt die Differenz dann im Schnitt ca. EUR 31.900.

Die Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen mit § 2-Kassenvertrag liegen laut dem Modell im Schnitt um ca. EUR 67.700, jene der KAV-SpitalsärztInnen mit nur kleinen Kassen um ca. EUR 50.100 über jenen der KAV-WahlärztInnen. In diesem Zusammenhang ist jedoch auf die niedrige Fallzahl der KAV-SpitalsärztInnen mit § 2-Kassenvertrag hinzuweisen.

Bei Betrachtung der Effekte in Bezug auf die KAV-Berufsgruppen zeigt sich erneut, dass die PrimärärztInnen deutlich höhere relevante ärztl. Einkünfte erzielen als die anderen Berufsgruppen – ihre Einkünfte liegen im Schnitt um ca. EUR 120.000 höher als jene der FachärztInnen, welche die Referenzkategorie darstellen. Die Einkünfte der anderen Berufsgruppen fallen im Schnitt zwischen EUR 5.600 und EUR 15.700 niedriger aus jene der FachärztInnen.⁴³

Nur eine geringe Anzahl der Fachbereiche weist signifikante Koeffizienten auf. Zudem sind in mehreren Fachbereichen nur relativ niedrige Fallzahlen zu verzeichnen. Auf die fachbereichsspezifischen Effekte wird daher hier nicht näher eingegangen.

⁴³ Die Berufsgruppe der Ärztl. DirektorInnen interpretieren wir aufgrund der niedrigen Fallzahl und der daraus resultierenden geringen Aussagekraft nicht gesondert.

Tabelle 39: Ergebnisse der Regressionsanalyse der relevanten ärztl. E1- und L16-Einkünfte aus SA/GW und UA (enge NACE-Auswahl) der KAV-Vertrags-/WahlärztInnen

		Koeffizient	robuste Standard-abweichung	p-Wert
	Konstante	46.760,9 **	5.435,9	0,000
Jahr (Referenzkategorie: 2012)	2013	-209,0	1.383,2	0,880
	2014	1.644,3	1.553,3	0,290
	2015	10.146,3 **	2.070,1	0,000
Geschlecht	männlich	23.467,7 **	3.150,5	0,000
Dienstalter (Referenzkategorie: 5-10 Jahre)	<1 Jahr	-3.171,2	4.712,4	0,501
	1-4 Jahre	4.175,6	4.896,0	0,394
	11-20 Jahre	22.058,6 **	3.612,0	0,000
	20+ Jahre	31.899,8 **	3.780,0	0,000
Vertragsstatus (Referenzkategorie: Wahlarzt)	§ 2	67.701,1 **	28.009,7	0,016
	nur kleine Kassen	50.051,1 **	13.295,8	0,000
KAV-Berufsgruppe (Referenzkategorie: Facharzt)	Allg.Medizin.Ausbildung	-5.565,1	10.767,0	0,605
	Facharztausbildung	-15.109,7 **	4.732,9	0,001
	Allgemeinmediziner	-15.748,9 **	5.154,0	0,002
	Primararzt	120.030,9 **	15.537,5	0,000
	Ärztl. Direktor	69.124,1 **	26.383,9	0,009
KAV-Fachbereich (Referenzkategorie: Innere Medizin (inkl. Pulmologie))	Anästhesie	-5.204,1	5.263,5	0,323
	Augenheilkunde	12.194,3	10.735,2	0,256
	Chirurgie	-111,2	8.106,9	0,989
	Herz-/Thoraxchirurgie	188,3	8.626,7	0,983
	Kinderchirurgie	14.855,7	16.038,5	0,355
	Neurochirurgie	8.842,3	11.181,5	0,429
	Plastische Chirurgie	34.384,5	22.522,2	0,127
	Unfallchirurgie	-8.924,0	5.747,5	0,121
	Haut- und Geschlechtskrankheiten	20.825,4	14.664,6	0,156
	Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	15.786,5 *	8.820,3	0,074
	Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten	1.298,7	9.910,3	0,896
	Interdisziplinärer Bereich	3.200,7	16.649,3	0,848
	Kinderheilkunde	-11.766,7	7.332,3	0,109
	Med.-chem. Labordiagnostik	62.945,6	52.311,7	0,229
	Neurologie	-13.000,8 *	7.541,6	0,085
	Nuklearmedizin	7.543,1	22.014,5	0,732
	ohne permanente Zuordnung	-20.713,7 **	9.446,8	0,029
	Strahlentherapie-Radioonkologie	-2.837,7	8.862,3	0,749
	Orthopädie u. orthopädische Chirurgie	12.593,6	9.220,4	0,172
	Pathologie	22.549,6	57.465,0	0,695
	Physikalische Medizin	-34.021,0 **	10.131,5	0,001
	Psychiatrie	-29.916,0 **	8.198,2	0,000
	Kinder-Jugendpsychiatrie	-26.637,1 **	7.561,0	0,000
	Radiologie	24.818,7	25.364,5	0,328
	Urologie	-11.635,3	7.508,4	0,122
	Zahn-, Mund- u. Kieferheilkunde	10.652,8	34.049,3	0,754

Anmerkung: ** bedeutet $p \leq 0,05$, * bedeutet $p \leq 0,10$; $R^2 = 0,41$

Quelle: IHS (2017)

4. Fazit

Die vorliegende Studie analysierte die steuerlichen **Einkünfte** der **intramural tätigen KAV-SpitalsärztInnen** und der **extramural tätigen Vertrags-/WahlärztInnen** für die **Jahre 2012 bis 2015**. Die zugrunde liegenden Einkünfte-Datenquellen stammten vom Krankenanstaltenverbund Wien (KAV Wien) und vom Bundesministerium für Finanzen (BMF). Dabei wurden nur die für die ärztliche Tätigkeit relevanten Einkünfte herangezogen, d.h. Einkünfte bspw. aus Vermietung und Verpachtung oder Land- und Forstwirtschaft wurden ausgeklammert. Wir untersuchten einerseits die vom KAV Wien übermittelten Bruttojahresbezüge der – zur besseren Vergleichbarkeit nur der ganzjährig und Vollzeit-Beschäftigten – angestellten KAV-SpitalsärztInnen und andererseits die selbständigen und unselbständigen relevanten Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen und KAV-SpitalsärztInnen, welche anhand der vom HV, KAV und BMF übermittelten Daten identifiziert werden konnten.

Die im Folgenden zusammengefassten Ergebnisse basieren sowohl auf der deskriptiven Untersuchung der Einkünfte als auch auf den durchgeführten Regressionsanalysen.

KAV-Bruttogehälter

Die **KAV-Bruttogehälter** setzen sich aus drei Gehaltsbestandteilen zusammen: Schemagehalt, Zulagen (bspw. Nachtdienste) und Mehrdienstleistungen (bspw. Überstunden). Im **Jahr 2015** ist ein deutlicher Anstieg der durchschnittlichen Schemagehälter zu beobachten, was sich ebenfalls in einer Steigerung der Bruttogehälter niederschlug.

Die Höhe der Bruttobezüge ist nicht unerwartet vom **Dienstalter** bzw. **Altersgruppe** abhängig.

Im Schnitt weisen männliche KAV-Spitalsärzte laut Regressionsanalyse ein um rund EUR 1.800 höheres Bruttojahresgehalt auf als weibliche KAV-Spitalsärztinnen. Dieser **gender pay gap** ist vor allem auf höhere Mehrdienstleistungen zurückzuführen.

Die Bruttobezüge der **KAV-Berufsgruppen** differieren im Schnitt nicht unerwartet beträchtlich. PrimärärztInnen weisen die höchsten Bezüge auf, gefolgt von FachärztInnen, AllgemeinmedizinerInnen und ÄrztInnen in Ausbildung. Die Unterschiede sind ausschließlich auf die Schemagehälter zurückzuführen, denn die Höhe der Zulagen und Mehrdienstleistungen variieren nur zu einem geringeren Teil (ausgenommen PrimärärztInnen, die einen niedrigeren Anteil an Mehrdienstleistungen aufweisen).

Der **Fachbereich** hat ebenfalls Einfluss auf die durchschnittliche Bezugshöhe. Die höchsten Bezüge finden sich bei den Fachbereichen Kinderchirurgie, Herz-/Thoraxchirurgie, Anästhesie, Chirurgie, Unfallchirurgie und Urologie; die niedrigsten bei Zahn-/Mund-/Kieferheilkunde und Physikalische Medizin. Die Unterschiede sind zu einem großen Teil durch die Höhe der Mehrdienstleistungen bedingt.

Beschäftigungsausmaß der KAV-SpitalsärztInnen

Insgesamt stiegen im Zeitraum tendenziell die Anzahl der angestellten KAV-SpitalsärztInnen. Die absolute Zahl der Teilzeitbeschäftigten nahm in fast allen Berufsgruppen stärker zu als die Anzahl der Vollzeitbeschäftigten. Der Anteil der **KAV-Teilzeitbeschäftigten** stieg somit im Laufe der Beobachtungsperiode in fast allen Berufsgruppen (ausgenommen AllgemeinmedizinerInnen) an. Bei den FachärztInnen fiel der Anstieg von 2014 auf 2015 (12,5% auf 14,1%) besonders hoch aus. Während das durchschnittliche Beschäftigungsausmaß aller KAV-SpitalsärztInnen im Zeitablauf zurückging, nahm es in der Subgruppe der teilzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen zu. Offensichtlich erhöhten die bereits im KAV tätigen Teilzeitbeschäftigten deren Beschäftigungsausmaß und/oder trat das neue, vorwiegend teilzeitbeschäftigte ärztliche Personal bereits mit überdurchschnittlichem Beschäftigungsausmaß ein.

Während das mediane **Beschäftigungsausmaß** im Beobachtungszeitraum 2012 bis 2015 bei den extramural tätigen Teilzeit-KAV-SpitalsärztInnen konstant 50% betrug und deren Anzahl stagnierte, stieg im gleichen Zeitraum das Beschäftigungsausmaß der **nicht-extramural** tätigen Teilzeit-KAV-SpitalsärztInnen um 18,0% auf 70,8% und die Anzahl um 35,0% auf 193. Wir schließen daraus, dass die zu beobachtende Steigerung des durchschnittlichen Beschäftigungsausmaßes der Teilzeitbeschäftigten durch die Zunahme der **nicht-extramural** tätigen Teilzeit-KAV-SpitalsärztInnen verursacht wird. Ob diese vor allem für das Jahr 2015 feststellbare Entwicklung auf die Erhöhung der Schemagehälter oder auf andere exogene Faktoren zurückzuführen ist, ist anhand der vorhandenen Daten nicht abschließend feststellbar.

Generell sind **weibliche** KAV-Spitalsärztinnen deutlich **häufiger teilzeitbeschäftigt** als ihre männlichen Kollegen. Im Jahr 2015 betrug der Anteil der (unter- und ganzjährig) Teilzeitbeschäftigten in den Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn und PrimärärztInnen unter den Frauen 18,4%, während er unter den Männern nur 9,2% betrug.

Während die Zahl der vollzeitbeschäftigten männlichen KAV-Spitalsärzte der Berufsgruppen AllgemeinmedizinerIn, FachärztIn und PrimärärztIn im Beobachtungszeitraum leicht zurückging, stieg die Anzahl der vollzeitbeschäftigten weiblichen KAV-Spitalsärztinnen im selben Zeitraum um 10% an. Damit erhöhte sich der weibliche Anteil unter den vollzeitbeschäftigten KAV-SpitalsärztInnen von 46,4% im Jahr 2012 auf 49,1% im Jahr 2015.

Erwähnenswert ist außerdem, dass die Anzahl der **extramural** tätigen **Vollzeit-KAV-SpitalsärztInnen** im Jahr 2015 mit 649 Personen nach einem zwischenzeitlichen Anstieg wieder das Niveau des Jahres 2012 erreichte und dass im Jahr 2015 rund 81% der extramural tätigen KAV-SpitalsärztInnen ein Beschäftigungsausmaß von 100% aufwiesen.

Einkünfte aus Steuerdaten des BMF

Die steuerlichen Einkünfte der Einkommenssteuererklärungen umfassen Einkünfte sowohl aus unselbständiger als auch selbständiger Tätigkeit. Die Analyse der **relevanten ärztl. Einkünfte auf Basis der Steuerdaten des BMF** erfolgte separat für die wichtigsten ÄrztInnengruppen:

- KAV-SpitalsärztInnen gesamt
 - KAV-SpitalsärztInnen, die auch als Vertrags-/WahlärztInnen tätig sind
- Vertrags-/WahlärztInnen gesamt
 - ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag
 - ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit einer oder mehreren „kleinen“ Kassen
 - WahlärztInnen

Insgesamt lagen die jährlichen Medianeinkünfte aus relevanter ärztl. Tätigkeit der Vertrags-/WahlärztInnen im Jahr 2015 bei EUR 106.294, jene der KAV-SpitalsärztInnen bei EUR 57.287. **KAV-SpitalsärztInnen** erzielen also **um 46% niedrigere Medianeinkünfte als Vertrags-/WahlärztInnen**. Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, dass einerseits bei den KAV-SpitalsärztInnen auch ÄrztInnen in **Ausbildung** sowie **teilzeit-** und/oder **unterjährig beschäftigte** ÄrztInnen enthalten sind und es andererseits bei den Vertrags-/WahlärztInnen eine große **Streuung** u.a. aufgrund der Fachgruppen gibt. Des Weiteren konnte die **Arbeitszeit der Vertrags-/WahlärztInnen** mangels entsprechender Informationen nicht in die Analyse mit einbezogen werden. In den meisten Gesamtverträgen sind Mindestöffnungszeiten von 20 Stunden pro Woche vorgesehen – viele ÄrztInnen arbeiten jedoch deutlich mehr als diese 20 Stunden. WahlärztInnen können über ihre Arbeitszeiten zudem frei verfügen und befinden sich in vielen Fällen zusätzlich zu ihrer freiberuflichen Tätigkeit in einem Angestelltenverhältnis. Die Einkünfte Daten haben somit keinen Aussagewert bzgl. der Vergütung pro Stunde.

Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen

Wie bei den KAV-Gehältern gibt es auch bei Betrachtung der gesamten **relevanten ärztl. Einkünfte der KAV-SpitalsärztInnen** einen **gender pay gap** zugunsten der Männer. Mit laut Regressionsanalyse im Schnitt ca. EUR 11.700 bei den KAV-SpitalsärztInnen gesamt bzw. EUR 23.500 bei den KAV-Vertrags-/WahlärztInnen fällt er deutlich höher aus als bei den KAV-Bruttogehältern. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass männliche KAV-Spitalsärzte

zu einem deutlich höheren Anteil sowie in höherem Ausmaß Einkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb zu verzeichnen haben als ihre weiblichen Kolleginnen. Bei den Männern betrug der Anteil dieser Einkünfte an den gesamten relevanten ärztl. Einkünften im Jahr 2015 im Schnitt 24%, bei den Frauen hingegen nur 10%.

Bei den KAV-SpitalsärztInnen ist ein in etwa linearer Anstieg der Einkünfte mit den **Altersgruppen** zu beobachten. Neben den KAV-Gehältern steigen auch die Einkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb im Schnitt mit dem Alter. Bei Betrachtung der KAV-SpitalsärztInnen gesamt gilt dies auch für das Dienstalter.

Im Jahr 2015 waren 19,1% der KAV-SpitalsärztInnen **auch als Vertrags-/WahlärztInnen tätig**. Die überwiegende Mehrheit davon, nämlich 91,8%, war als WahlärztIn tätig. Insgesamt erhöht eine beim HV erfasste extramurale Tätigkeit die Einkünfte eines/einer KAV-SpitalsärztIn laut Regression im Schnitt um ca. EUR 13.800.

Die mit relativ großem Abstand höchsten relevanten ärztl. Einkünfte unter den betrachteten **KAV-Berufsgruppen** erzielen die **PrimarärztInnen**. Diese beziehen nämlich in vergleichsweise hohem Ausmaß zusätzlich Einkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb. Der Anteil dieser Einkünfte an den gesamten relevanten ärztl. Einkünften betrug bei den PrimarärztInnen im Jahr 2015 55%, während er bei den FachärztInnen 20% ausmachte und bei allen anderen Berufsgruppen deutlich niedriger lag.

Da sich die Zusammensetzung der Einkünfte bzw. der Anteil der Einkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb zwischen den **KAV-Fachbereichen** stark unterscheidet, ist die Rangfolge der Fachbereiche bei Betrachtung der gesamten relevanten ärztl. Einkünfte eine andere als bei Betrachtung der KAV-Gehälter. KAV-Fachbereiche mit vergleichsweise hohen relevanten ärztl. Einkünften sind u.a. Med.-techn. Labordiagnostik, Orthopädie/Orthopädische Chirurgie und Neurochirurgie. Vergleichsweise niedrig sind die Einkünfte in den Fachbereichen Physikalische Medizin, Zahn-/Mund-/Kieferheilkunde sowie bei den KAV-SpitalsärztInnen ohne permanente Zuordnung, bei denen es sich v.a. um ÄrztInnen in Ausbildung handelt.

Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen

Bei den **Vertrags-/WahlärztInnen** ist zu beobachten, dass § 2-VertragsärztInnen im Schnitt deutlich höhere Einkünfte erzielen als ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen und diese wiederum höhere Einkünfte als WahlärztInnen. Laut Regressionsanalyse liegen die Einkünfte von ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen im Schnitt um ca. EUR 56.800 und jene von WahlärztInnen um ca. EUR 71.800 niedriger als jene der § 2-VertragsärztInnen. § 2-VertragsärztInnen erzielten dabei im Jahr 2015 mit 96% den überwiegenden Großteil ihrer Einkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb. Bei den ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen betrug

dieser Anteil 78%. WahlärztInnen bezogen hingegen nur in etwa die Hälfte ihrer Einkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb.

Bei allen drei Untergruppen der Vertrags-/WahlärztInnen ist eine umgekehrt U-förmige Beziehung zwischen den **Altersgruppen** und den Durchschnittseinkünften zu beobachten. Bis zur Altersgruppe 50-59 nehmen die Einkünfte tendenziell zu, bei den älteren Altersgruppen hingegen nehmen sie wieder ab. Mit steigendem Alter steigt dabei der Anteil der Einkünfte aus unselbständiger Arbeit an den gesamten Einkünften, was v.a. durch den Bezug von Pensionszahlungen erklärt werden kann.

Zudem gibt es in allen drei Untergruppen bzgl. der relevanten ärztl. Einkünfte einen **gender pay gap** zugunsten der Männer: Bei den § 2-VertragsärztInnen beträgt er laut Regressionsanalyse im Schnitt ca. EUR 43.000, bei den ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen ca. EUR 24.200 und bei den WahlärztInnen ca. EUR 50.800. Die Einkünfteunterschiede zwischen Männern und Frauen können somit nicht vollständig durch die anderen in den Modellen enthaltenen Einflussfaktoren erklärt werden. Da WahlärztInnen im Vergleich zu VertragsärztInnen freier über ihr Arbeitsausmaß verfügen können und wir vermuteten, dass daher die Kinderbetreuung zu den Einkünfteunterschieden beitragen könnte, betrachteten wir für diese Gruppe zusätzlich die in der Einkommensteuererklärung deklarierte Kinderanzahl. Die Ergebnisse der Regression zeigen, dass bei weiblichen Wahlärztinnen die Einkünfte mit der Kinderanzahl tendenziell abnehmen, während es sich bei den männlichen Wahlärzten umgekehrt verhält.

Die **Fachgruppenzugehörigkeit** hat ebenfalls einen ausgeprägten Einfluss auf die Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen. Aussagen können hier jedoch vorwiegend über die VertragsärztInnen getroffen werden, da bei den WahlärztInnen in den Daten größtenteils keine Fachgruppenzuordnung vorliegt. Fachgruppen mit vergleichsweise hohen Einkünften sind Labor/Pathologie, Radiologie, Physikalische Medizin sowie Augenheilkunde/Optomietrie. Vergleichsweise niedrige Einkünfte finden sich in den Fachgruppen Zahn-/Mund-/Kieferheilkunde, Allgemeinmedizin sowie Kinder-/ Jugendheilkunde. Wie eine ergänzende Analyse zeigte, kommt in diesem Zusammenhang die je nach Fachgruppe unterschiedliche Struktur von Einnahmen und Ausgaben zum Tragen.

§ 2-VertragsärztInnen erzielen im Schnitt deutlich höhere Einkünfte, wenn sie eine **Hausapotheke** führen (um ca. EUR 69.700 laut Regressionsanalyse). Die Tätigkeit in einer Gruppenpraxis sowie das Vorliegen eines Vertrages für Vorsorgeuntersuchungen haben hingegen wenig Einfluss auf die Einkünfte der § 2-VertragsärztInnen. Bei **regionaler** Betrachtung der Einkünfte der § 2-VertragsärztInnen fällt auf, dass ÄrztInnen mit Praxissitz in Wien und Niederösterreich vergleichsweise niedrige Einkünfte aufweisen, jene in Vorarlberg und Tirol vergleichsweise hohe.

Bei den **ÄrztInnen mit ausschließlich Verträgen mit kleinen Kassen** wirkt sich das Vorliegen eines Vertrages für Vorsorgeuntersuchungen ebenfalls nicht auf die Durchschnittseinkünfte aus.

Bei **WahlärztInnen** ist zwar ein negativer Effekt bei Vorliegen eines Vertrages für Vorsorgeuntersuchungen festzustellen (laut Regression um ca. EUR 23.000), jedoch ist dieser mangels Information zur Fachgruppenzugehörigkeit wenig aussagekräftig.

Eine **Einordnung** der Ergebnisse zu den Einkünften von ÄrztInnen in einen **gesamtosterreichischen Kontext** zeigt, dass ÄrztInnen – speziell niedergelassene ÄrztInnen – teilweise ein Vielfaches der Einkünfte von Beschäftigten in anderen Berufsgruppen bzw. Branchen erzielen. Ein direkter Vergleich der Einkünfte von ÄrztInnen mit jenen von anderen Berufsgruppen ist jedoch schwierig, da dabei auch Unterschiede in der Ausbildungs- bzw. Arbeitszeit berücksichtigt werden sollten. Zudem unterscheidet sich die Abgrenzung der Einkünfte in der vorliegenden Studie von jener im Einkommensbericht des Rechnungshofes.

Limitationen der Studie

Einige durch die Datenverfügbarkeit bedingte Limitationen sollten bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Im Bereich der KAV-SpitalsärztInnen ist diesbezüglich zu erwähnen, dass seitens des KAV eine nicht zu vernachlässigende Anzahl an **ÄrztInnen** vor Übermittlung der Daten **aus dem Datensatz gelöscht** wurde. Diese Löschung erfolgte aus datenschutzrechtlichen Gründen. Davon sind bspw. 43% der PrimärärztInnen und 70% der Ärztlichen DirektorInnen betroffen. Wir können keine Aussage dazu treffen, in welchem Ausmaß die Datenselektion Einfluss auf die Auswertungsergebnisse hatte.

Des Weiteren ist zu beachten, dass die Analyse lediglich **beim KAV angestellte SpitalsärztInnen** beinhaltet – SpitalsärztInnen, die bei anderen Trägern beschäftigt sind, sind nur dann enthalten, wenn sie außerdem beim HV als Vertrags- oder WahlärztIn erfasst sind. Letztere können jedoch nicht anhand des HV-Datensatzes als SpitalsärztInnen identifiziert werden.⁴⁴ Die Analyse der Einkünfte der SpitalsärztInnen ist somit nicht repräsentativ für die Gesamtheit der österreichischen SpitalsärztInnen.

⁴⁴ Mithilfe der AMDB-Datenbank konnte zwar eine Häufung von bestimmten Arbeitgebern bei den zusätzlich unselbstständig tätigen HV-ÄrztInnen festgestellt werden, jedoch wäre eine Identifizierung nur für große Spitäler anhand der Häufung gelungen. Weiters konnten die in der AMDB dem Spital zugeordneten Daten wie bspw. Bundesland und ÖNACE nicht validiert werden, sodass Unsicherheit bzgl. geografische Lage und Typ der gesundheitlichen Versorgungseinrichtung bestanden hätte.

In Bezug auf die Vertrags-/WahlärztInnen besteht eine Einschränkung darin, dass körperschaftsbesteuerte **Gewinne aus Kapitalgesellschaften nicht** in den BMF-Daten zur Einkommensteuererklärung **enthalten** sind. Die entsprechenden Daten standen uns daher nicht zur Verfügung. Gewinne aus Kapitalgesellschaften sind v.a. in Zusammenhang mit als Kapitalgesellschaften organisierten Gruppenpraxen sowie Instituten (z.B. in den Bereichen Labordiagnostik, Radiologie, Physikalische Medizin), an denen ÄrztInnen als GesellschafterInnen beteiligt sind, von Relevanz.

Weiters erlaubte die **fehlende Information zur Fachgruppenzuordnung** bei einem Großteil der **WahlärztInnen** keine detaillierten Analysen in dieser Hinsicht.

Ausblick

Die vorliegende Studie kann als Anknüpfungspunkt für verschiedene weitere Untersuchungen dienen. So könnten auch die Einkünfte von **anderen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich** einer Analyse unterzogen werden – bspw. jene des Pflegepersonals. Des Weiteren könnten im Falle einer Bereitstellung der notwendigen Daten auch die Einkünfte von **SpitalsärztInnen** untersucht werden, die **bei anderen Trägern als dem KAV angestellt** sind. So könnten Vergleiche zwischen den Bundesländern bzw. nach Urbanisierungsgrad auch für die SpitalsärztInnen vorgenommen werden.

Ein weiterer Aspekt, der erst in Zukunft untersucht werden kann, ist jener der **Auswirkungen der Novelle des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes (KA-AZG)** und damit einhergehender neuer Gehaltsmodelle. Diese Novelle trat mit 1. Jänner 2015 in Kraft und beinhaltet neue Regelungen zur täglichen Ruhezeit bzw. zur durchschnittlichen Wochenarbeitszeit der in österreichischen Krankenanstalten beschäftigten ÄrztInnen. In Verbindung mit dieser Novelle führten Spitalsträger auch neue Gehaltsregelungen ein. In diesem Zusammenhang kann untersucht werden, wie sich die Novelle auf das Beschäftigungsausmaß und in Folge auf die Einkünfte sowie auch das Ausmaß von Nebentätigkeiten der SpitalsärztInnen auswirkt. Eine solche Analyse kann allerdings erst durchgeführt werden, wenn ausreichende Daten vorliegen, um einen Vergleich über die Zeit zu ermöglichen.

Literaturverzeichnis

- Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C., Steel, D. (2015): United Kingdom: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 17(5).
- Czypionka, T., Pock, M., Reiss, M. (2015): Machbarkeitsstudie zur Erhebung der Ärztteeinkommen. Studie im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Institut für Höhere Studien.
- DREES (2011): Les revenus des professionnels de santé libéraux en 2011.
- Kienbaum Management Consulting (2016): Ärzte, Führungskräfte und Spezialisten in Krankenhäusern 2016. Vergütungsreport.
- McDaid, D., Wiley, M., Maresso, A., Mossialos, E. (2009): Ireland: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 11(4).
- NHS Digital (2017): GP Earnings and Expenses Estimates – 2015/16.
- OECD (2017a): Remuneration of general practitioners. *OECD Health Statistics 2017: Definitions, Sources and Methods*.
- OECD (2017b): Remuneration of specialists. *OECD Health Statistics 2017: Definitions, Sources and Methods*.
- OECD (2017c): *OECD Health Statistics 2017*.
- RH (2014): Bericht des Rechnungshofes. Reihe Einkommen 2014/1. GZ 105.500/679-5F1/14.
- RH (2016): Bericht des Rechnungshofes. Reihe Einkommen 2016/1. GZ 105.500/690-5F1/16.
- Ringard, Å., Sagan, A., Sperre Saunes, I., Lindahl, A. K. (2013): Norway: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 15(8).
- Statistik Austria (2015): Personal im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html. Abgerufen am 23.07.2017.

Statistik Austria (2017): Sonderauswertung zu Synopse des Allgemeinen Einkommensberichts 2016.

Statistisches Bundesamt (2015): Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten - Fachserie 2, Reihe 1.6.1.

Statistisches Bundesamt (2016): Krankenhausstatistik. Fachserie 12, Reihe 6.1.1.

Swartenbroekx, N., Obyn, C., Guillaume, L. M., Cleemput, I. (2012): Manual for cost-based pricing of hospital interventions. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 178C.

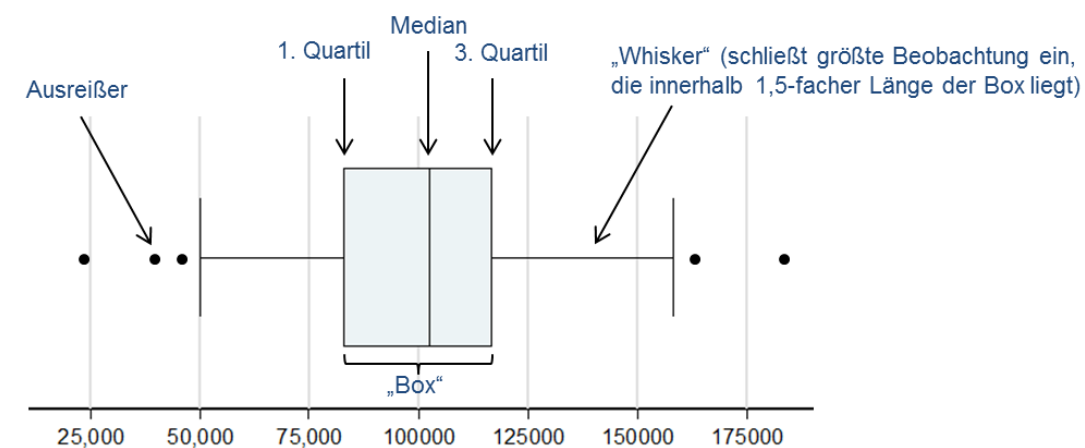
WKO (2008): Struktur ÖNACE 2008. Online verfügbar unter <http://wko.at/statistik/oenace/oenace2008.pdf>. Abgerufen am 19.07.2017.

Anhang

A.1. Erklärung zu Boxplots

In Abbildung 102 ist beispielhaft ein Boxplot dargestellt. Die „Box“ wird unten bzw. oben vom 1. bzw. 3. Quartil begrenzt, der Median ist als zusätzliche Linie in der Mitte der Box dargestellt. Das 1. Quartil bezeichnet jenen Wert, unterhalb dessen sich 25% der Beobachtungen befindet – analog dazu sind es beim Median 50% und beim 3. Quartil 75%. Die „Whisker“ schließen an die Box an. Ihre Länge ist so definiert, dass sie die letzte Beobachtung einschließen, die noch innerhalb der 1,5-fachen Länge der Box liegt. Außerhalb der Whisker sind die Ausreißer – also alle Beobachtungen, die außerhalb der 1,5fachen Länge der Box liegen – als Punkte dargestellt.

Abbildung 102: Beispieldarstellung eines Boxplots und Erklärung der Bestandteile



Quelle: IHS (2017)

Autoren: Thomas Czypionka, Markus Pock, Miriam Reiss

Titel: ÄrztInneneinkünfte in Österreich – Eine Analyse anhand von Lohn- und Einkommensdaten

Projektbericht/Research Report

© 2018 Institute for Advanced Studies (IHS),
Josefstädter Straße 39, A-1080 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 •
<http://www.ihs.ac.at>
