

Projektbericht
Research Report

März 2024

Internistische Versorgung in Österreich Eine GAP-Analyse

Monika Riedel
Clemens Zech

Studie im Auftrag
der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM)



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

Autor:innen

Monika Riedel, Clemens Zech

Begutachter

Thomas Cypionka

Titel

Internistische Versorgung in Österreich
Eine GAP-Analyse

Kontakt

T +43 1 59991-229

E riedel@ihs.ac.at

Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS)

Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien

T +43 1 59991-0

F +43 1 59991-555

www.ihs.ac.at

ZVR: 066207973

Die Publikation wurde sorgfältig erstellt und kontrolliert. Dennoch erfolgen alle Inhalte ohne Gewähr. Jegliche Haftung der Mitwirkenden oder des IHS aus dem Inhalt dieses Werks ist ausgeschlossen.

Abstract

In Austria, there is no capacity planning for human resources on the macro level of the health system. Also, the main planning tool, the *Österreichische Strukturplan Gesundheit* (ÖSG), plans future hospital stays and visits, indicators for quality and several physical resources like beds and large equipment, but not for human resources including physicians.

Due to the broad spectrum of included diseases, internal care is of high importance for population health. The two largest chapters of the ICD-10 (Neoplasms C00–D48, diseases of the circulatory system I00–I99) together account for about 24 percent of overall hospital discharges in Austria. Furthermore, the importance of internal medicine in terms of caseload and scope is emphasized by the recent update of the regulation for medical education, which has split the field of internal medicine into eleven separate fields. These new fields, however, are still too new to be implemented into the relevant statistical databases and therefore could not be used for this report.

This report presents forecasts on the number of specialists for internal medicine and contrasts these with the presumably necessary capacity. Several scenarios are presented in order to account for some of the key drivers whose magnitude cannot yet be assessed, but whose potential effect needs to be demonstrated. Gaps are measured compared to provision levels in the base year. Thus, if gaps exist already at the outset, the calculations extend these into the future without labelling them as gaps. In that case, calculated gaps will be accordingly smaller than “real” future gaps.

The forecasts cover public provision of health care until the year 2035, thus including acute care hospitals funded by the public remuneration system (which includes the large majority of acute hospital care in Austria) and outpatient care provided by “Vertragsärzt:innen” for internal medicine. These are specialists who are under contract with one or more of the three large social health insurance organizations (ÖGK, BVAEB, SVS), thus covering about 95 percent of the total population.

The following table summarizes results for the year 2035 and shows the parameters along which scenarios were built. It was found that the specific age of retirement does not change the overall picture very much, cf. table below. More specifically, two variants were modelled: First, all physicians were assumed to enter retirement at the statutory retirement age (65 years) or reduce their caseload to a negligible amount. Secondly, it was assumed that the same percentage of physicians as observed in the base year continues work at the age of 65, reduce their workload by half in each consecutive year, and drop out of the labor force at the age of 70. There are, however, two parameters that

were calculated to be of higher importance: In which settings of care and how much do new specialists in internal medicine work?

Two scenarios were modeled with regard to workload: in one scenario, new entrants manage the same caseload as current specialists, while in the second scenario, new entrants manage 90 percent of a current specialist’s caseload and do not raise their workload over time. In recent years, about 230 new entrants started to work as specialists in internal medicine. This makes their choice of working hours a relevant topic. If new entrants work only at 90 percent of the comparable capacity of their colleagues, this loss of manpower is equivalent to almost one cohort of graduates, cf. the table below.

Gap-Analysis: Gap between demand and supply of specialists for internal medicine, public hospitals and outpatient care provided by social health insurance, 2035

Assumptions for inflow and outflow	Workload of new entrants	
	100 %	90 %
		<i>persons</i>
Inflow like stock 2023, retirement at 65 y.	-35	-251
Inflow like stock 2023, gradual retirement	-78	-294
Inflow halved, retirement at 65 y.	-95	-311
Inflow halved, gradual retirement	-139	-354
		<i>per cent</i>
Inflow like stock 2023, retirement at 65 y.	-0.7 %	-5.2 %
Inflow like stock 2023, gradual retirement	-1.6 %	-5.9 %
Inflow halved, retirement at 65 y.	-2.0 %	-6.9 %
Inflow halved, gradual retirement	-2.9 %	-7.7 %

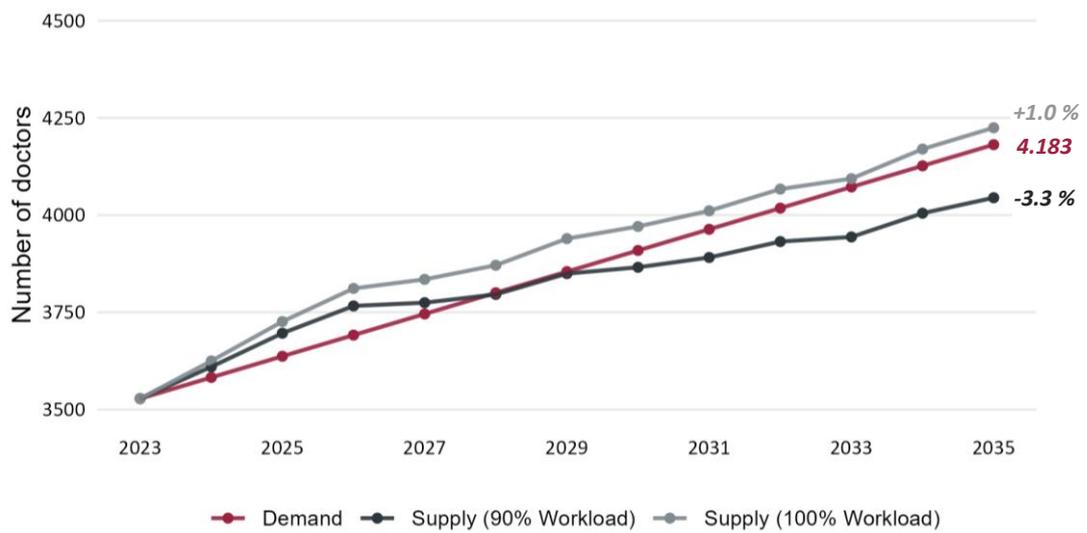
Source: IHS.

Far more physicians work in hospitals, compared to contract holders in the outpatient sector. That is why a reduced workload of new entrants in hospitals opens a larger gap (in terms of persons) than in the outpatient sector, if we assume that current providers already work at their preferred capacity. It is of far greater importance for sufficient provision of outpatient care how many new entrants will be willing to work under social health insurance (SHI) contracts. We model two versions: First, the number of new contract holders will correspond to the share of contract doctors in all doctors in the base year. Second, the number of new contract holders will correspond only to half the share of contract doctors in all doctors in the base year. We rationalize this approach with the observed preference of doctors to work in the outpatient sector, but without an SHI contract (that is, as “Wahlarzt”, i. e. a private doctor whose fees may be partly reimbursed by SHI, with the – sometimes large – remainder being paid by the patient). In

these scenarios, the gap in the year 2035 will be five or nine percent of the required number of specialists, respectively, depending on the workload chosen by new contract holders (100 % or 90 %).

Separate models were calculated for two settings of care, public hospitals and SHI-financed provision of outpatient care. The following graphs display scenario results for these two settings of care separately.

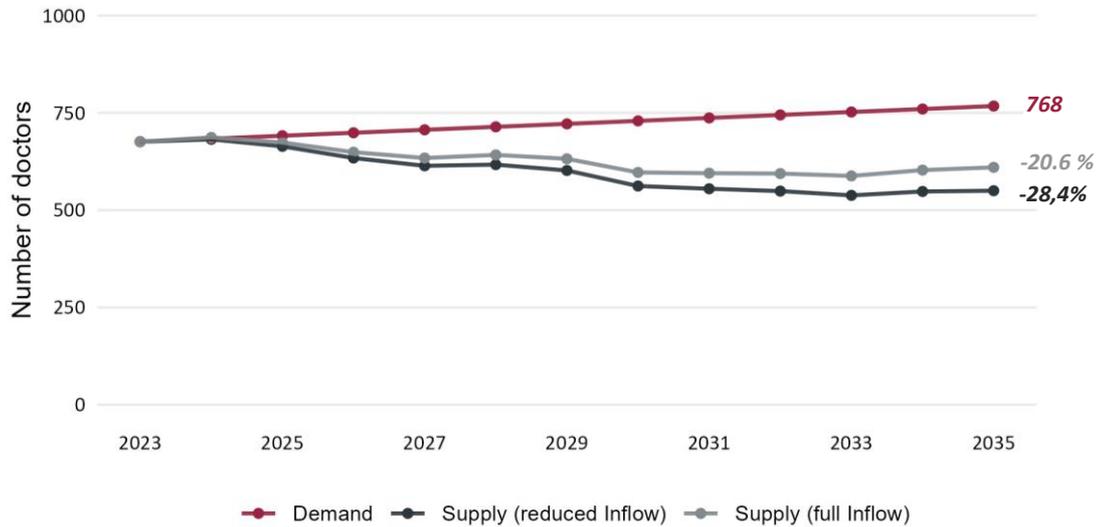
Gap-Analysis: Gap between supply and demand for specialists for internal medicine, public hospital sector, 2023 to 2035



Source: IHS.

Note: Y-Axis starts at 3.500 doctors. Percentages refer to percentage of demand in 2035.

Gap-Analysis: Gap between supply and demand for specialists for internal medicine, SHI-financed outpatient care, 2023 to 2035



Source: IHS.

Note: Percentages refer to percentage of demand in 2035.

Taken together, the gaps in public hospital and outpatient care equal up to almost two cohorts of graduates, if the number of graduates per year remains comparable to that of recent years. To remain constant, specialist training in internal medicine needs to satisfy two crucial conditions: First, a sufficient number of training positions is needed in teaching hospitals, including the corresponding funding. And second, a sufficient number of internal specialists is needed as trainers. These conditions clarify that availability of medical schools is not a sufficient condition to guarantee future provision of care and cure, unless the necessary practical training facilities for specialists are also available.

Key words: internal medicine, forecast, number of physicians, supply gap

Zusammenfassung

Im österreichischen Gesundheitswesen wird Personalbedarfsplanung auf der Makro-Ebene nicht durchgeführt. Auch der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG), der Planwerte für die nähere Zukunft enthält, bezieht sich auf Besuche und Aufenthalte in der intramuralen Versorgung, Qualitätskriterien und einige strukturelle Indikatoren wie Betten oder Großgeräte, aber nicht auf ärztliches Personal.

Der internistischen Versorgung kommt aufgrund des breiten Spektrums der Krankheitslast große Bedeutung zu. Beispielsweise entfallen allein auf die beiden größten ICD-10 Kapitel, „Neubildungen (C00–D48)“ und „Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)“, zusammen genommen rund 24 Prozent aller Spitalsentlassungen. Auf die quantitative Bedeutung und inhaltliche Breite der Inneren Medizin weist auch der Umstand hin, dass das frühere Fach Innere Medizin durch die Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 in elf verschiedene Zweige aufgespalten wurde. Diese Aufgliederung ist allerdings noch zu neu, um bereits in den statistischen Datenbasen umgesetzt zu sein, und konnte daher im vorliegenden Bericht nicht berücksichtigt werden.

Mit diesem Bericht wird eine Projektionsrechnung über die voraussichtliche quantitative Entwicklung der ärztlichen Kapazität in der Inneren Medizin vorgelegt und der Nachfrage nach ihren Leistungen gegenübergestellt. Da Voraussagen über die Zukunft notgedrungen mit Unsicherheiten behaftet sind, werden mehrere Szenarien gerechnet, um die Wirkung aufzuzeigen, die bei der Beeinflussung einzelner „Stellschrauben“ der ärztlichen Versorgung zu erwarten ist.

Die Projektionsrechnungen beschränken sich auf die öffentliche Gesundheitsversorgung bis zum Jahr 2035, konkret auf die Versorgung durch Fondsspitäler und Fachärzt:innen (FÄ) mit Vertrag bei einem oder mehreren der großen Versicherungsträger ÖGK, BVAEB und SVS. Die Ergebnisse für das Jahr 2035 sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst, die auch aufzeigt, welche Parameter in den Szenarien variiert wurden: Es zeigt sich, dass die Frage des Pensionseintritts das Gesamtbild nur wenig ändert. Konkret wurden zwei Varianten modelliert, erstens Pensionseintritt mit Erreichen des gesetzlichen Pensionsantrittsalters, und zweitens eine längere Beschäftigung bei so vielen FÄ, wie sie jetzt auch schon von einigen älteren FÄ betrieben wird. Zwei andere Faktoren beeinflussen das Bild gravierender: In welchem Ausmaß und in welchem Versorgungsbereich arbeiten neu eintretende FÄ?

Modelliert wurden zwei Varianten des Arbeitsausmaßes: Entweder neue FÄ erbringen eine gleich hohe Versorgungsleistung wie die derzeit Beschäftigten oder 90 Prozent dieser Versorgungsleistung. Da pro Jahr rund 230 Personen die Ausbildung abschließen und die Berufstätigkeit aufnehmen, spielt die Frage ihrer praktizierten Work-Life-Balance

durchaus eine Rolle für die Versorgung. Bis zum Jahr 2035 summiert sich die „verlorene“ Versorgungsleistung, wenn im Durchschnitt nur 90 Prozent der Versorgungsleistung der aktuell beschäftigten FÄ erbracht wird, auf fast einen Jahrgang der Fachausbildung Innere Medizin, wie die Tabelle veranschaulicht.

Gap-Analyse: Differenz zwischen Angebot und Nachfrage an FÄ für Innere Medizin, Fondskrankenanstalten und kassenärztlicher Bereich, 2035

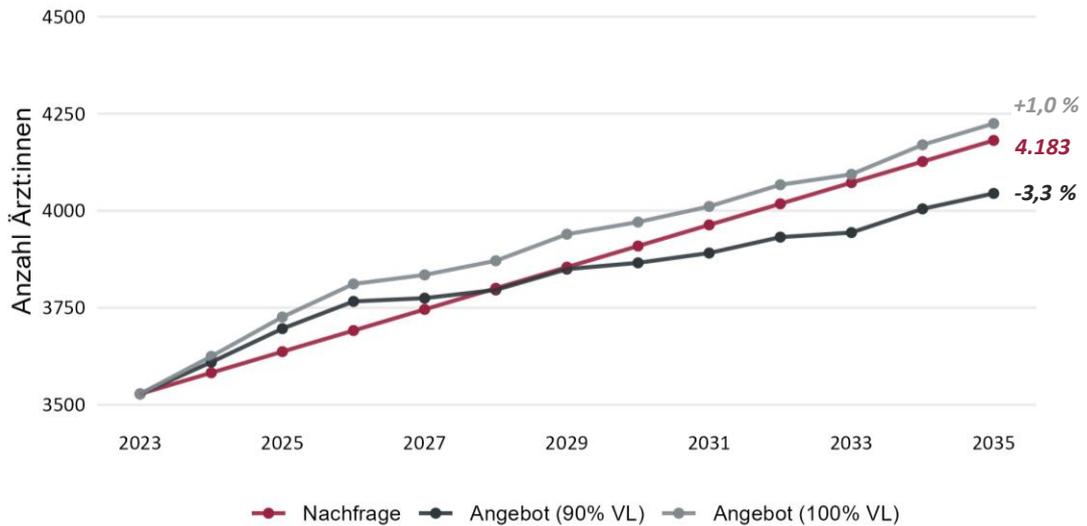
Annahmen über Inflow und Outflow	Stundenausmaß neuer FÄ	
	100 %	90 %
	<i>In Personen</i>	
Inflow wie Bestand 2023, Pensionsantritt mit 65 J.	-35	-251
Inflow wie Bestand 2023, Pensionsantritt einschleifend	-78	-294
Reduzierter Inflow, Pensionsantritt mit 65 J.	-95	-311
Reduzierter Inflow, Pensionsantritt einschleifend	-139	-354
	<i>In Prozent</i>	
Inflow wie Bestand 2023, Pensionsantritt mit 65 J.	-0,7 %	-5,2 %
Inflow wie Bestand 2023, Pensionsantritt einschleifend	-1,6 %	-5,9 %
Reduzierter Inflow, Pensionsantritt mit 65 J.	-2,0 %	-6,9 %
Reduzierter Inflow, Pensionsantritt einschleifend	-2,9 %	-7,7 %

Quelle: IHS.

Da weit mehr FÄ im intramuralen als im kassenärztlichen Bereich arbeiten, wirkt sich die Frage der Versorgungsleistung pro Arzt oder Ärztin in letzterem Bereich auch nicht sehr gravierend aus (die Annahme der Berechnungen ist, dass die aktuellen Kassenärzt:innen bereits in jenem Stundenausmaß arbeiten, das sie mittelfristig beibehalten werden). Die größere Frage ist hier, ob ausreichend viele junge FÄ sich dazu entschließen, eine Kassenstelle zu übernehmen. Die zwei modellierten Varianten gehen davon aus, dass entweder ein so hoher Anteil der Absolvent:innen eine Kassenstelle übernimmt, wie es der aktuellen Verteilung nach Versorgungssetting entspricht, oder – angesichts der häufig geäußerten Präferenz für wahlärztliche Tätigkeit – nur vier Fünftel der aktuellen Anzahl. Je nach Versorgungsleistung pro neuem FA führt dies zu einer Versorgungslücke, die sich auf fünf bzw. neun Prozent (bei 100 bzw. 90 Prozent Versorgungsleistung) der berechneten Nachfrage beläuft. Auch hier wurde als Messlatte für die „Lücke“ das Versorgungsniveau im Basisjahr gewählt, allfällig bereits bestehende Versorgungslücken werden damit implizit fortgeschrieben und vergrößern die in der Tabelle ausgewiesenen Lücken. Die beiden berücksichtigten Versorgungsbereiche, Fondsspitäler und kassenärztlicher Bereich, wurden getrennt voneinander berechnet. Um die – ceteris paribus –

unterschiedliche Entwicklung aufzuzeigen, stellen die beiden Abbildungen ausgewählte Szenarien für beide Versorgungsbereiche voneinander getrennt dar.

Gap-Analyse: Differenz zwischen Angebot und Nachfrage an FÄ für Innere Medizin, Fondskrankenanstalten, 2023 bis 2035

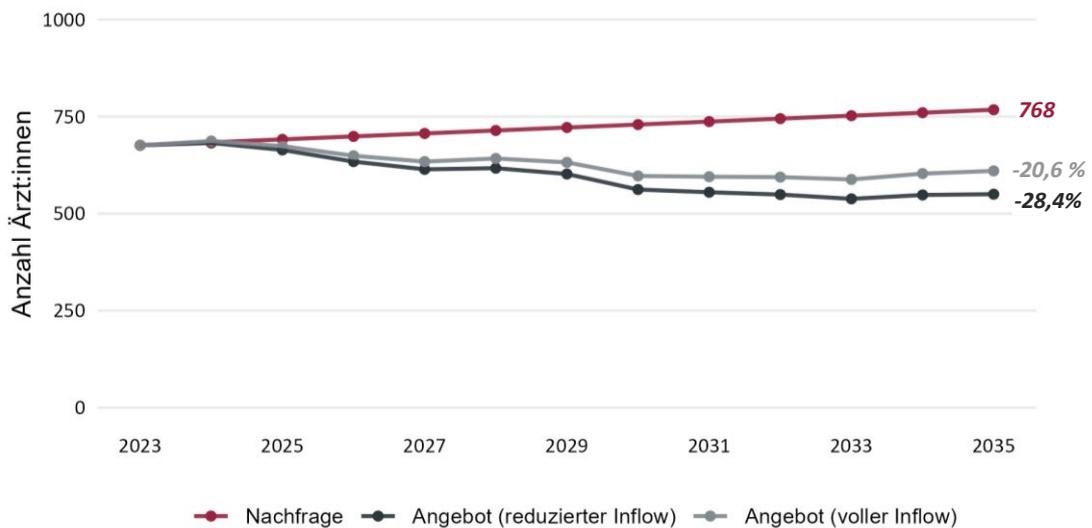


Quelle: IHS.

Anmerkungen: Y-Achse beginnt bei 3.500 FÄ. Prozentzahlen: Prozent der Nachfrage im Jahr 2035.

VL: Versorgungsleistung, gemessen an der durchschnittlichen Versorgungsleistung je FA im Basisjahr.

Gap-Analyse: Differenz zwischen Angebot und Nachfrage an FÄ für Innere Medizin, kassenärztlicher Bereich, 2023 bis 2035



Quelle: IHS.

Anmerkung: Prozentzahlen: Prozent der Nachfrage im Jahr 2035.

Der berechnete Fehlbedarf für 2035 aus dem gesamten öffentlichen Bereich entspricht bis zu knapp zwei Ausbildungsjahrgängen, wenn die derzeitige Absolvent:innenzahl der **fachärztlichen Ausbildung** gehalten werden kann. Ob dies der Fall sein wird, ist aus mehreren Gründen nicht sicher. Hierzu sind insbesondere zwei kritische Engpassfaktoren zu berücksichtigen: Erstens, sind ausreichend viele Ausbildungsplätze in der Personalplanung der ausbildenden Spitäler vorgesehen und damit auch finanziert, und zweitens, gibt es dort auch ausreichend viele als Lehrende qualifizierte Personen. Die Fragen verdeutlichen, dass die ausreichende Verfügbarkeit von FÄ in der Zukunft durch den Ausbau der Studienplätze für Medizin keineswegs gewährleistet ist, solange nicht auch Kapazitäten für die praktische Ausbildung vorgehalten werden.

Schlagwörter: Innere Medizin, Projektionsrechnung, Anzahl Fachärzt:innen, Versorgungslücke

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Status quo der Versorgung	2
2.1	Angebot an Innerer Medizin: vorhandene ärztliche Kapazität	2
2.1.1	Gesamtüberblick	2
2.1.2	Fonds-Krankenanstalten	4
2.1.3	Kassenärztliche Versorgung	6
2.1.4	Ausbildungsabschlüsse und Anerkennungen	7
2.1.5	Status quo des Angebots nach Bundesländern	12
2.2	Nachfrage nach bzw. Inanspruchnahme von Leistungen der Inneren Medizin	15
2.2.1	Intramuraler Bereich	16
2.2.2	Kassenärztliche Versorgung	19
2.2.3	Status quo der Inanspruchnahme nach Bundesländern	22
3	Gap-Analyse	24
3.1	Modellannahmen	24
3.1.1	Modellierung des Angebots	24
3.1.2	Modellierung der Nachfrage bzw. Inanspruchnahme	28
3.2	Modell 1: Fondskrankenanstalten	31
3.2.1	Angebot	31
3.2.2	Nachfrage bzw. Inanspruchnahme	33
3.2.3	Zusammenführung von Angebot und Nachfrage	34
3.3	Modell 2: Kassenärztliche Versorgung	36
3.3.1	Angebot	36
3.3.2	Nachfrage bzw. Inanspruchnahme	38
3.3.3	Zusammenführung von Angebot und Nachfrage	39
3.4	Modell 3: Öffentliches Gesundheitswesen	41
3.5	Limitationen	43
4	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	45
5	Anhang	49
5.1	Zuordnungsregeln bei Mehrfachbeschäftigung	49
5.2	Abgrenzung Innere Medizin für Fonds-Krankenanstalten	50
6	Verzeichnisse	53
6.1	Abbildungsverzeichnis	53
6.2	Tabellenverzeichnis	55
6.3	Literaturverzeichnis	56

1 Einleitung

Der internistischen Versorgung kommt im österreichischen Gesundheitswesen aufgrund des breiten Spektrums der Krankheitslast große Bedeutung zu. Gemessen an der Zahl der Spitalsentlassungen zählen mit „Neubildungen (C00–D48)“ und „Krankheiten des Kreislaufsystems (I00–I99)“ die beiden größten ICD-10-Kapitel zu diesem Bereich und machen jeweils rund zwölf Prozent aller Spitalsentlassungen in Österreich aus (Statistik Austria, 2023). Dennoch wurde die internistische Versorgung in Österreich bisher recht wenig untersucht und es gibt keine Personalbedarfsplanung. Das Fach „Innere Medizin“ wird im ÖSG zwar geplant, bezieht sich in der stationären Planung aber generell auf Betten, Aufenthalte und ähnliche Größen, ohne Auskunft über aktuelle Personalkapazitäten oder zukünftige Personalbedarfe zu geben.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, dazu beizutragen, diese Forschungslücke zu schließen. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass die vorgelegten Projektionsrechnungen aufzeigen, ein wie hoher positiver oder negativer „Gap“ unter bestimmten Annahmen zu erwarten ist. Damit dürfen die Berechnungen nicht als exakte Prognose missverstanden werden, sondern sollen als Tool dienen, um einschätzen zu können, in welchem Ausmaß das verfügbare ärztliche Angebot an Innerer Medizin bei Änderungen wesentlicher Faktoren wie Arbeitszeit oder Pensionsantritt reagiert.

In Kapitel 2 wird die Struktur des Bestands an Fachärzt:innen für Innere Medizin dargestellt: In welchen Bereichen des Gesundheitswesens sind sie beschäftigt, wie stellt sich ihre Altersstruktur dar, und wie verteilen sie sich über die Bundesländer. Der fachärztlichen Ausbildung sowie der Nachfrage nach Leistungen der Inneren Medizin sind eigene Abschnitte gewidmet.

Kapitel 3 skizziert im ersten Abschnitt das Modell, mit dem die zukünftige Kapazität an Innerer Medizin sowie die zu erwartende Nachfrage nach Leistungen abgeschätzt werden. Im öffentlichen Bereich nachgefragte Leistungen werden in zwei getrennten Modellen in die Zukunft fortgeschrieben und mit der voraussichtlichen Angebotskapazität abgeglichen, also ein allfälliger Gap abgeleitet. Hierbei widmet sich ein Modell den Fondsspitalern und eines dem vertragsärztlichen Bereich der Sozialversicherung; für die bessere Übersicht werden beide Modelle zu einem Modell „Öffentlicher Bereich“ zusammengeführt. Ausgewählte Modellparameter werden variiert, und somit jeweils mehrere Szenarien dargestellt. Auf die Limitationen, die sich aus den (zum Teil nicht) vorhandenen Informationen oder methodisch ergeben, wird in einem eigenen Abschnitt hingewiesen.

Im vierten und letzten Kapitel werden die Ergebnisse zusammengefasst und einige Schlussfolgerungen gezogen.

2 Status quo der Versorgung

Die Vorschriften über die medizinische (Fach-)Ausbildung wurden im Lauf der Jahre mehrfach geändert. Derzeit wird die Ausbildung durch die Ärzteausbildungsordnung 2015 (ÄAO 2015) geregelt, die das zuvor umfassende Sonderfach Innere Medizin nunmehr in ein Sonderfach „Innere Medizin“ und zehn Sonderfächer „Innere Medizin und ...“ gliedert, wobei eines der neuen Sonderfächer (Innere Medizin und Pneumologie) das bisherige Sonderfach Lungenheilkunde ablöst. Der vorliegende Bericht bezieht sich generell auf die Gesamtheit der nunmehr elf Sonderfächer für Innere Medizin, allein die Pulmologie wurde in manchen Teilen separat dargestellt. Zum jetzigen Zeitpunkt lassen sich die einzelnen Fächer innerhalb des vorherigen einheitlichen Fachs Innere Medizin auch noch nicht getrennt darstellen, und es wurde die neuere Gliederung auch noch nicht in allen offiziellen Datenquellen übernommen. Beispielsweise werden in den Statistiken der Sozialversicherung die neuen Sonderfächer noch unter der Bezeichnung „Innere Medizin“ zusammengefasst.

2.1 Angebot an Innerer Medizin: vorhandene ärztliche Kapazität

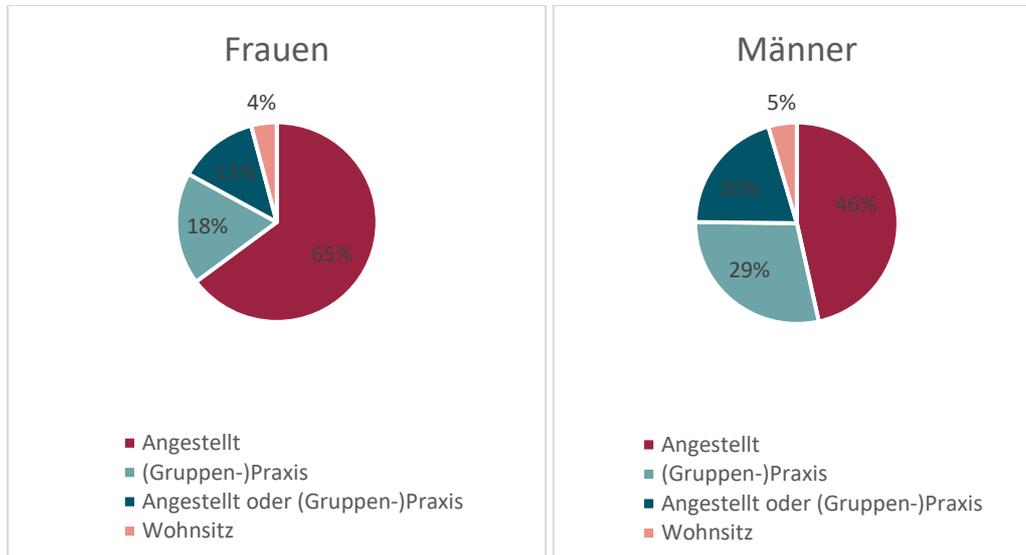
2.1.1 Gesamtüberblick

Zum Stand 31.12.2022 waren in der österreichischen Ärzteliste 5.232 Personen mit fachärztlicher Qualifikation für Innere Medizin (mit oder ohne Zusatz- oder Sonderfach) verzeichnet. Zwölf Prozent dieser Personen hatten zu diesem Zeitpunkt bereits das 65. Lebensjahr erreicht oder überschritten. Von den 4.597 Personen unter 65 Jahren waren 55 Prozent Männer, 45 Prozent Frauen. Personen in Fachausbildung sind hier nicht inkludiert, da sie die Berufsberechtigung in diesem Fach noch nicht erworben haben.

Werden Personen mit fachärztlicher Qualifikation für Pulmologie nach alter Ausbildungsordnung miteingeschlossen, erhöht sich die Anzahl auf genau 5.600 Personen, wovon 13 Prozent bereits das 65. Lebensjahr erreicht oder überschritten hatten. Von den 4.892 Personen unter 65 Jahren waren ebenfalls 55 Prozent Männer, 45 Prozent Frauen.

Nach Tätigkeitsart unterscheidet die Ärztestatistik nach ausschließlich angestellt (A), niedergelassen (N), sowohl angestellt als auch niedergelassen tätig (NA) und als Wohnsitzarzt/ärztin tätig (W). Nach dieser Unterscheidung sind zwei Drittel der Frauen, aber weniger als die Hälfte der Männer mit einschlägiger Facharzt-Qualifikation ausschließlich angestellt tätig. Von den verbleibenden Personen arbeitet jeweils der größte Anteil ausschließlich niedergelassen, wobei dies im Rahmen einer vertrags- oder wahlärztlichen Gruppen- oder Einzelpraxis sein kann, vgl. Abbildung 1.

Abbildung 1: Fachärztinnen und Fachärzte für Sonderfächer der Inneren Medizin nach Tätigkeit, Stichtag 31.12.2022



Quelle: Österreichische Ärztekammer (2023).

In Summe weist die ÖÄK zum Stichtag 31.12.2022 für den Fachbereich Internistische Sonderfächer 2.590 ausschließlich angestellte Personen, 1.161 ausschließlich niedergelassen tätige Personen, 822 Personen in beiden Settings tätige und 207 vom Wohnsitz aus tätige Personen aus.¹ Die Registrierung gibt jedoch keine Auskunft über das Ausmaß der Arbeitszeit in der jeweiligen Tätigkeitsart. Insbesondere für niedergelassen und angestellt Tätige ist somit unbekannt, in welchem der beiden Bereiche die Haupttätigkeit liegt: Ein Internist mit Vollanstellung in einem Spital plus kleiner Privatordination ist statistisch nicht unterscheidbar von einem voll ausgelasteten Wahlarzt mit einer Anstellung für wenige Stunden, beispielsweise als Betriebsarzt oder über einen Lehrauftrag. Es wird jedoch vermutet, dass Angestellte mit Privat- oder wahlärztlicher Ordination die deutliche Mehrheit der Gruppe „NA“ bilden. Um diesen Anteil zu quantifizieren, wird in Anlehnung an die Ärztestatistik der ÖÄK (2018) angenommen, dass rund 75 Prozent der „NA“-Kapazität den Fondskrankenanstalten zuzurechnen sind.

Die Anzahl der in die österreichische Ärzteliste eingetragenen Personen wächst kontinuierlich und unterliegt einer je nach Fachbereich unterschiedlich ausgeprägten Dynamik. Seit 2016 ist beispielsweise die mit inzwischen 24.605 Personen größte Gruppe, jene der Allgemeinmedizin, um 1,2 Prozent gewachsen, die internistischen Sonderfächer legten im gleichen Zeitraum um 22,5 Prozent zu. Ein stärkeres Wachstum als die internistischen Fächer verzeichneten die Fächer Strahlentherapie – Radioonkologie (+30,1 %), Kinder-

¹ Die ÖÄK weist diese Zahlen bereinigt um mehrfache Fächer aus, sodass Abweichungen zu den in den Modellrechnungen verwendeten Zahlen auftreten können.

und Jugendheilkunde (+24,7 %), neurologisch-psychiatrische Fächer (+24,0 %), Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (+23,5 %) sowie die Fächer Neurobiologie und medizinische Genetik mit einem geringen absoluten Zuwachs, die aber aufgrund der Kleinheit der Fächer mehr als 30 Prozent entsprechen. Alle anderen medizinischen Fächer wuchsen entweder schwächer als die internistischen Sonderfächer oder verzeichneten einen Rückgang (Österreichische Ärztekammer 2023).

2.1.2 Fonds-Krankenanstalten

In der intramuralen Versorgung wird der Bereich der fondsfinanzierten Krankenanstalten im Rahmen dieses Berichts näherungsweise modelliert, für weitere Bereiche (Unfallkrankenhäuser, stationäre Rehabilitationseinrichtungen und andere nicht-fondsfinanzierte Krankenanstalten) liegen keine ausreichenden Daten vor.

Eine konkrete Information, wie viele Personen mit fachärztlicher Qualifikation in Innerer Medizin in den Fondskrankenanstalten beschäftigt sind, liegt nicht vor. In der Gap-Analyse werden 3.676 Personen als Ausgangswert für den Stichtag 31.12.2022 herangezogen; die hierzu verwendeten Abgrenzungen werden im Folgenden erläutert.

Abgrenzung nach Sonder- und Zusatzfächern

Im vorliegenden Bericht beziehen sich Auswertungen für die intramurale Versorgung auf die Innere Medizin als Ganzes, ohne weitere Unterteilung in Sonderfächer, und inkludieren – sofern nicht anders angegeben – das Fach Lungenheilkunde/Pulmologie.

Derzeit ist eine genauere Fächerunterteilung noch nicht sinnvoll, und aus den Daten der Krankenanstaltenstatistik auch nicht möglich. Für Fondskrankenanstalten liegen nur Beschäftigtenzahlen nach drei Kategorien (statt nach bestehenden Fächern gemäß ÄAO) vor: Allgemeinmedizin, Sonderfächer, in Ausbildung. Eine näherungsweise Bestimmung der Beschäftigtenzahl mit (irgendeiner abgeschlossenen) ärztlichen Qualifikation in Innerer Medizin wäre prinzipiell über Funktionscodes denkbar, die bereits die Fächer gemäß ÄAO 2015 abbilden.

Eine Unterteilung in diese Funktionscodes ist jedoch zurzeit (2023/24) erst in wenigen Krankenanstalten tatsächlich umgesetzt. Eine Auswertung nach diesen Funktionscodes liefert damit keinerlei Aussagen, die sich als Näherung für die Aufteilung der „internistischen Arbeitslast“ nach den seit ÄAO 2015 bestehenden elf Sonderfächern der Inneren Medizin interpretieren ließe. Damit bleibt als sinnvolle Einheit für eine Auswertung allein die Summe aller elf Sonderfächer. So bestanden 2022, gemessen an registrierten tatsächlichen Betten, überhaupt erst sieben der elf (bzw. inklusive Lungenheilkunde zwölf) möglichen Sonderfächer, wobei allein die Bettenkapazität in „Allgemeiner Innerer Medizin“ knapp 89 Prozent und jene in „Lungenheilkunde“ weitere knapp sieben Prozent ausmachten, die verbleibenden 4,7 Prozent verteilten sich auf fünf Sonderfächer.

Dementsprechend kann eine Aufteilung der Inanspruchnahme intramuraler Leistungen auch nicht als Näherung für die Nachfrage oder das Angebot in dieser Gliederung herangezogen werden – zu viel spezialisiertes Leistungsvolumen wird noch unter Allgemeiner Innerer Medizin verbucht. Beispielsweise verbuchten 2022 erst vier (4!) Einrichtungen in Österreich in Summe 195 tatsächliche Betten unter Funktionscode „1-07 Innere Medizin und Kardiologie“.

Dementsprechend können auch nur wenige Personen bereits eine Qualifikation nach ÄAO 2015 verzeichnen – schließlich kann zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Berichts (2023/24) erst ein Jahrgang „regulär“ seine Ausbildung gemäß ÄAO 2015 abgeschlossen haben.

Abgrenzung der Tätigkeitsart

Da die Erfassung der intramural tätigen FÄ über die Krankenanstaltenstatistik keine Auskunft über das konkrete ärztliche Fach gibt, ziehen wir Daten der Österreichischen Ärztekammer heran, die – wie beschrieben – auch nach Tätigkeitsart gegliedert sind. Im Rahmen dieses Projekts umfasst die Modellierung des intramuralen Bereichs (Modell 1) zwei Personengruppen: Jene, die ausschließlich als angestellt registriert sind, ohne jegliche niedergelassene Tätigkeit. Die Annahme ist hier, dass diese Personen vollständig in Fondskrankenanstalten versorgungsrelevant tätig sind, andere Anstellungsorte als Spitäler werden in den betroffenen Fächern als nicht quantitativ bedeutsam angesehen. Die zweite Gruppe wird von 75 Prozent der als „NA“ registrierten Personen gebildet. Dies ergibt zum Stichtag 31.12.2022 3.676 Personen (2.889 „A“, 787 – 75 % der „NA“). In dieser Anzahl sind auch Personen enthalten, die bereits das Pensionsalter erreicht haben. Unter der Annahme, dass nach Erreichen des Pensionsalters ärztliche Tätigkeit nicht mehr in nennenswertem Ausmaß stattfindet, reduziert sich die Anzahl der berücksichtigten Personen auf 3.528 Personen.

Ausgenommen sind in beiden Gruppen jene 69 Personen, deren Arbeitgeber ein Sozialversicherungsträger ist, also etwa Personen im chefärztlichen Dienst der ÖGK. Es wird angenommen, dass die Tätigkeit in der Sozialversicherung den Hauptberuf darstellt und andere Tätigkeiten von vernachlässigbarer Bedeutung sind.

Eine Anstellung durch einen anderen Arbeitgeber – z. B. eine ärztliche Praxis oder ein Ambulatorium – ist nicht aus den vorhandenen Daten identifizierbar. Die Annahme für Modell 1 ist somit, dass als „A“ registrierte Personen vollständig im Setting Fonds-Krankenanstalt versorgungsrelevant tätig sind, andere Anstellungsorte als Spitäler werden als nicht quantitativ bedeutsam angesehen.

2.1.3 Kassenärztliche Versorgung

Die niedergelassene Versorgung wird in Österreich vorwiegend über zwei Schienen bestritten, einerseits über Vertragsärzt:innen – die einen Vertrag mit SVS, BVAEB und/oder ÖGK abgeschlossen haben – und andererseits über Wahlärzt:innen. Letztere verfügen über keinen derartigen Vertrag. Wenn die Versicherten die Honorarnoten der Wahlärzt:innen bei ihrer Krankenkasse einreichen, können deren Leistungen aber teilweise von den zuständigen Krankenkassen finanziert werden.

Mit den 5.600 Personen mit fachärztlicher Qualifikation in Innerer Medizin, die zum Stichtag 31.12.2022 in einer österreichischen Ärzteliste eingetragen sind, wurden 769 ÖGK-Verträge (sowie meist auch Verträge mit SVS und BVAEB) abgeschlossen, und weitere 80 Einträge verzeichnen Verträge ausschließlich mit den „kleinen Kassen“ SVS und BVAEB. Allerdings lauten 133 der ÖGK-Verträge auf ein anderes Fach als Innere Medizin oder Pulmologie – in der Regel Allgemeinmedizin –, sodass diese Personen wohl nur teilweise als versorgungsrelevant im Fach IM anzusehen sind.

Das Ausmaß an kassenärztlicher Versorgung unterscheidet sich signifikant zwischen den Bundesländern, wie die rechte Spalte in Tabelle 1 verdeutlicht: Bezogen auf „Kassenärzt:innen“ ist die Ärztedichte in Kärnten mit einem Wert von 14,2 FÄ / 100.000 EW gut doppelt so hoch wie in Oberösterreich (6,6), die Werte der anderen Bundesländer liegen dazwischen. Als mittlerer Wert ergibt sich für Österreich der Wert von 9,3 FÄ / 100.000 EW.²

² Die so berechneten Ärztedichten sind insofern zu niedrig, als die Berechnung pro Bevölkerung und nicht pro Versichertem/r erfolgt. Ein Herausrechnen von Unversicherten sowie bei anderen als den drei genannten Trägern versicherten Personen – z. B. bei KFA – würde eine geringfügig höhere Ärztedichte ergeben.

Tabelle 1: Anzahl an Fachärzt:innen für Innere Medizin gesamt sowie nach Vertragsstatus und Bundesländern, Stand 31.12.2022

	Ärzt:innen (A, NA, N, W)	ÖGK-Vertrag	Nur kl. Kassen- Vertrag	Anteil der N ohne Kasse (ÖGK, SVS, BVAEB)	Kassen-Ä (ÖGK, SVS, BVAEB) je 100.000 EW
B	162	24	1	53 %	8,3
K	357	76	5	25 %	14,2
NÖ	938	141	0	51 %	8,2
OÖ	661	100	0	36 %	6,6
S	402	46	11	33 %	10,0
St	867	109	12	31 %	9,6
T	458	61	16	39 %	10,0
V	215	48	1	28 %	12,1
W	1761	161	33	55 %	9,8

Quelle: Daten ÖÄK, Darstellung IHS.

Anmerkung: Personen mit Eintragungen in mehreren Bundesländern werden dementsprechend mehrfach gezählt.

Die Datenlage über die Inanspruchnahme von Leistungen in beiden Versorgungsschienen (vertrags- bzw. wahlärztlicher Bereich) unterscheidet sich grundsätzlich. Während für den vertragsärztlichen Bereich Leistungen entsprechend der abgerechneten Honorare bzw. Honorarpositionen innerhalb der einzelnen Kassen statistisch erfasst werden, liegen solche Statistiken für den wahlärztlichen Bereich nicht vor. Eine verpflichtende Kodierung von Diagnosen besteht derzeit (2023) in keinem der beiden Bereiche, sondern lediglich im Teilbereich der Primärversorgungseinheiten (PVE).

2.1.4 Ausbildungsabschlüsse und Anerkennungen³

Inländische Ausbildungsabschlüsse

Wie viele Personen in Österreich seit 2016 jeweils (irgend)eine internistische Fachausbildung abgeschlossen haben, ist in Tabelle 2 aufgelistet. Von den 1.656 insgesamt im Zeitraum 2016 bis 2022 in Österreich erworbenen internistischen Fachqualifikationen entfielen 54 Prozent auf Frauen. Auch bei bereits fortgeschrittener Berufslaufbahn werden vereinzelt noch Erstregistrierungen eines inländischen Fachdiploms vermerkt; so wurden 53 Registrierungen (3 % aller Abschlüsse) in einem Lebensalter von 50 Jahren

³ Die Daten für diesen Abschnitt wurden dankenswerterweise von der Österreichischen Ärztekammer zur Verfügung gestellt.

oder älter durchgeführt. Im Median wurden pro Jahr 240 neue inländische Abschlüsse (bzw. 233 in einem Lebensalter ab 50 Jahren) vermerkt.

Personen, die ab 2016 die Fachausbildung begonnen haben, erhalten automatisch die Fachbezeichnung gemäß ÄAO 2015, Personen, die die Ausbildung bereits früher begonnen, aber noch nicht abgeschlossen hatten, konnten in die neue ÄAO umsteigen. Ob Teile der Ausbildung im Ausland absolviert wurden, ist im Rahmen dieser Statistik unerheblich, sofern der Ausbildungsabschluss in Österreich erfolgte. Personen, die ihren Abschluss nach ÄAO 2005 erworben haben, und sich diese dann nach ÄAO 2015 anerkennen ließen, sind in dieser Statistik nicht erfasst: Die Statistik zielt auf die Ersterfassung einer Berechtigung ab, und vermeidet somit Doppelzählungen.

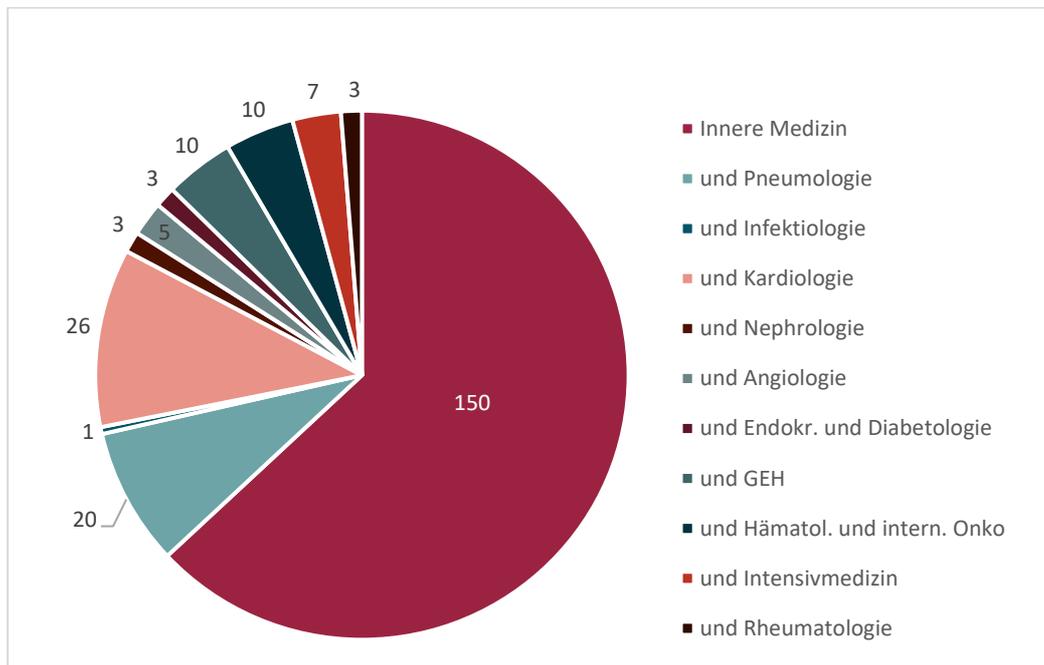
Tabelle 2: Neu registrierte österreichische Diplome für Innere Medizin, Innere Medizin und X (IM) sowie Pulmologie (PU), 2016 bis 2022

	Frauen		Männer		Gesamt		Gesamt
	IM	PU	IM	PU	IM	PU	(IM+PU)
2016	91	8	109	4	200	12	212
2017	142	12	98	11	240	23	263
2018	143	10	97	8	240	18	258
2019	147	10	108	6	255	16	271
2020	124	6	118	8	242	14	256
2021	133	7	108	2	241	9	250
2022	113	2	125	1	238	3	241
Gesamt	893	55	763	40	1.656	95	1751
Median	133	8	108	6	240	14	256

Quelle: IHS-Zusammenstellung aus Daten der Österreichischen Ärztekammer.

Auch wenn seit 2016 zwischen insgesamt elf Sonderfächern im Rahmen der Inneren Medizin unterschieden wird, entfällt mit 63 Prozent (2022) nach wie vor der größte Teil der Abschlüsse auf die Allgemeine Innere Medizin (Abbildung 2). Die anderen Sonderfächer (Innere Medizin und ein Zusatzfach) nehmen aber langsam zu. Die größten Anteile entfallen im Jahr 2022 auf Kardiologie (11 %) und Pneumologie (8 %). Abschlüsse in Pneumologie gemäß ÄAO 2005 laufen langsam aus, wie die Tabelle darlegt: Im Zeitraum 2016 bis 2022 war 2017 das Jahr mit den meisten Abschlüssen (23), im Jahr 2022 wurden nur noch drei Abschlüsse verzeichnet.

Abbildung 2: Inländische Abschlüsse nach Sonderfächern der Inneren Medizin, 2022



Quelle: IHS-Zusammenstellung aus Daten der Österreichischen Ärztekammer.

Mit Stichtag 31.12.2022 waren 1.620 Personen in einer Ausbildung in Innerer Medizin nach ÄAO 2015 (1.254) oder 2005 (366) gemeldet. 171 hiervon waren in Ausbildung zu einem Additivfach nach ÄAO 2005, verfügten also bereits über einen Abschluss in Innerer Medizin. 195 Personen waren noch in Facharzt-Ausbildung für Innere Medizin nach ÄAO 2005. Der hohe Frauenanteil in diesen Gruppen – 149 Frauen gegenüber 46 Männern in Allgemeiner Innerer Medizin, 97 Frauen gegenüber 74 Männern in Zusatzfächern – legt nahe, dass hier familiäre Unterbrechungen zu einer längeren Ausbildungsdauer beigetragen haben könnten.

Personen in Ausbildung gemäß ÄAO 2015 teilen sich in jene in Grundausbildung (325 Frauen und 316 Männer) und 613 Personen (256 Frauen und 357 Männer) im zweiten und damit bereits spezialisierten Ausbildungsteil. In Anbetracht einer Ausbildungslänge von 36 Monaten im jeweiligen Sonderfach-Schwerpunkt (gemäß ÄAO 2015, Anlage 12), erscheint ein jährlicher Zustrom (oder Inflow) von etwas über 200 Absolvent:innen der Inneren Medizin nach ÄAO 2015 in den nächsten sechs Jahren realistisch. In den ersten Jahren dürfte der gesamte inländische Zustrom noch deutlicher überschritten werden, je nachdem, wie weit fortgeschritten die Ausbildung nach ÄAO 2005 bei den entsprechenden Personen bereits ist. Wir unterstellen daher, dass sich der Inflow aus heimischer Ausbildung laut ÄAO 2015 auf 213 pro Jahr absenkt. Dies wird damit begründet, dass mit Stichtag 31.12.2022 641 Personen in der (mindestens 27-monatigen)

Grundausbildung für internistische Sonderfächer registriert waren, also im Mittel 213 pro Ausbildungsjahr. Da sich zum Stichtag 31.12.2022 noch 204 Personen in Ausbildung gemäß ÄAO 2005 befanden (195 IM, 9 PU, ohne Additivfächer), werden pro Jahr weitere 17 Abschlüsse aus dieser Personengruppe angenommen. Daraus ergibt sich für die Gap-Analyse die Annahme von 230 (213+17) Abschlüssen pro Jahr. Damit liegen die Abschlüsse pro Jahr etwas unter dem Median der Abschlüsse im Zeitraum 2016 bis 2022, der bei 240 lag.

Während die hier dargestellten Daten darlegen, wie viele Personen eine Fachausbildung in Österreich abschließen, liegt keine Information darüber vor, wo diese Personen dann ihre Tätigkeit aufnehmen. Die Annahme, dass alle diese Personen unmittelbar nach Ausbildungsabschluss der Versorgung in Österreich zur Verfügung stehen, kann daher zu optimistisch sein.

Ausländische Ausbildungsabschlüsse

Eine weitere Quelle für Fachpersonal ist die Zuwanderung von Personen, die eine entsprechende ausländische Qualifikation bereits mitbringen. Im Zeitraum 2016 bis 2022 wurden 342 solche Personen bei der Ärztekammer registriert (Tabelle 3), darunter 281 Personen im Alter unter 50 Jahren. Im betrachteten Zeitraum ist kein Trend erkennbar; im Median wurde für 51 Personen pro Jahr ein ausländisches Diplom registriert (Median unter 50 Jahren: 41 pro Jahr). Ähnlich wie auch in der Medizin-Ausbildung zeigt sich ein schwacher weiblicher Überhang.

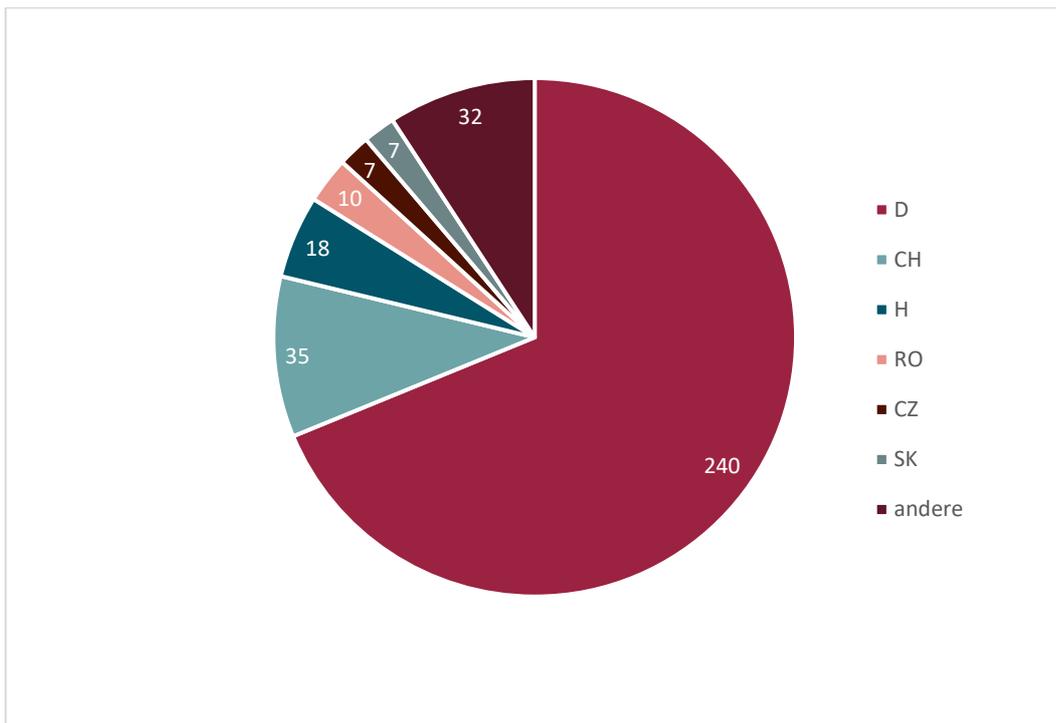
Tabelle 3: Neu registrierte ausländische Diplome für Innere Medizin oder Pulmologie, alle Herkunftsländer, 2016 bis 2022

	Frauen	Männer	Gesamt	Gesamt	Gesamt
	IM	IM	IM	PU	(IM+PU)
2016	30	26	56	2	58
2017	25	17	42	2	44
2018	16	19	35	2	37
2019	22	30	52	1	53
2020	25	26	51	-	51
2021	32	25	57	-	57
2022	31	18	49	-	49
Gesamt	181	161	342	7	349
Median	25	25	51		51

Quelle: IHS-Zusammenstellung aus Daten der Österreichischen Ärztekammer.

Das stärkste Herkunftsland (bezogen auf den Erwerb der Qualifikation, nicht notwendigerweise die Staatsbürgerschaft) ist mit großem Abstand Deutschland, gefolgt von der Schweiz und Ungarn. Alle Abschlüsse stammen aus der EU oder der Schweiz, inklusive einem aus Großbritannien, kurz vor Inkrafttreten des Brexit (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Neu registrierte ausländische Diplome für Innere Medizin sowie Innere Medizin und X (N=342) oder Pulmologie (N=7) nach Land des Abschlusses, 2016 bis 2022



Quelle: IHS-Zusammenstellung aus Daten der Österreichischen Ärztekammer.

77 oder 22 Prozent aller Personen mit neu registriertem, ausländischem Diplom für Innere Medizin waren bereits zuvor in der österreichischen Ärztekammer registriert, und waren dementsprechend auch schon zuvor in Österreich ärztlich tätig, z. B. in der Allgemeinmedizin. Diese Rückkehrenden sind mit einem Durchschnittsalter von 37 Jahren bei Eintragung in Österreich jünger als andere Personen mit ausländischem Diplom (Durchschnittsalter 43 Jahre), die dementsprechend bereits mehr praktische Arbeitserfahrung mitbringen dürften.

In der Modellierung des zukünftigen Angebots werden Migrationsbewegungen fertig ausgebildeter FÄ nicht berücksichtigt, da keine Information darüber vorliegt, wie hoch der Saldo zwischen zu- und abgewanderten FÄ ausfällt.

2.1.5 Status quo des Angebots nach Bundesländern

Wird die Zahl der in die Ärzteliste eingetragenen Fachärzt:innen nach Bundesländern ausgewertet, kommt es zu Mehrfachzählungen und die Summe aller Eintragungen übersteigt die Zahl der in Österreich tatsächlich vorhandenen Personen. Dies liegt daran, dass bundesländerübergreifend tätige Personen in allen Bundesländern, wo sie ihren Beruf ausüben, auch in die entsprechende Ärzteliste eingetragen sein müssen. Dies ist in den folgenden Auswertungen, die eben auf Auswertungen der neun Ärztelisten beruhen, zu berücksichtigen.

Tabelle 4: Anzahl von FÄ für Innere Medizin nach Bundesländern und Tätigkeit, inkl. Mehrfachberechtigungen, Stand 31.12.2022

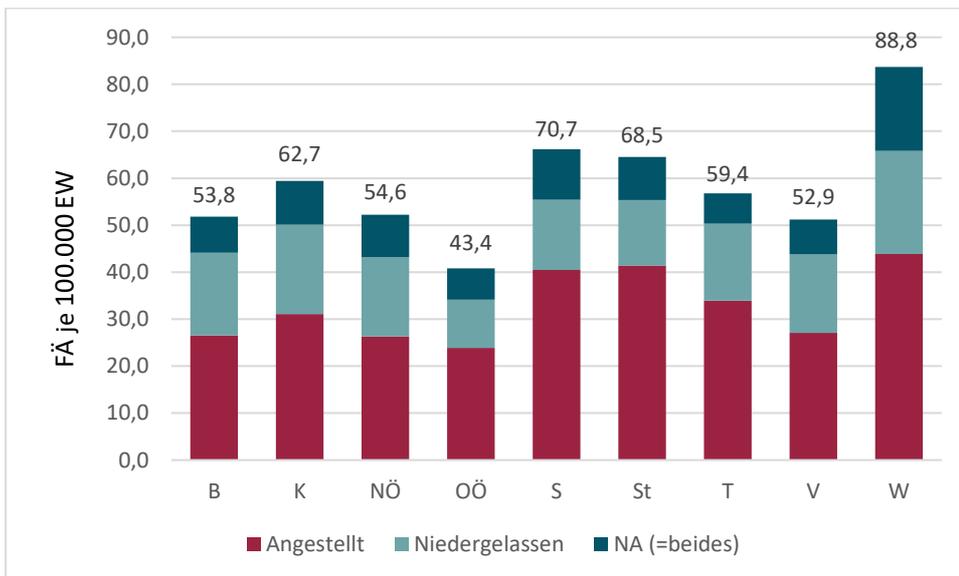
	gesamt	% Frauen	Angestellt	Nieder- gelassen	NA (=beides)	mit ÖGK- Vertrag
B	162	38,9	80	53	23	24
K	357	47,1	177	108	53	76
NÖ	938	40,8	453	289	155	141
OÖ	661	35,6	364	156	101	100
S	402	41,0	230	85	61	46
St	867	41,6	524	176	116	109
T	458	34,9	262	126	50	61
V	215	34,0	110	68	30	48
W	1761	46,7	869	435	355	161
pro 100.000 EW	(Ärztedichte)					
	gesamt		Angestellt	Nieder- gelassen	NA (=beides)	mit ÖGK- Vertrag
B	53,8		26,6	17,6	7,6	8,0
K	62,7		31,1	19,0	9,3	13,4
NÖ	54,6		26,4	16,8	9,0	8,2
OÖ	43,4		23,9	10,2	6,6	6,6
S	70,7		40,5	15,0	10,7	8,1
St	68,5		41,4	13,9	9,2	8,6
T	59,4		34,0	16,3	6,5	7,9
V	52,9		27,1	16,7	7,4	11,8
W	88,8		43,8	21,9	17,9	8,1

Quelle: Daten der Österreichischen Ärztekammer, Darstellung IHS.

Anmerkungen: FÄ = Fachärzt:innen, ÖGK = Österreichische Gesundheitskasse, EW = Einwohner:innen (Stand 1.1.2023).

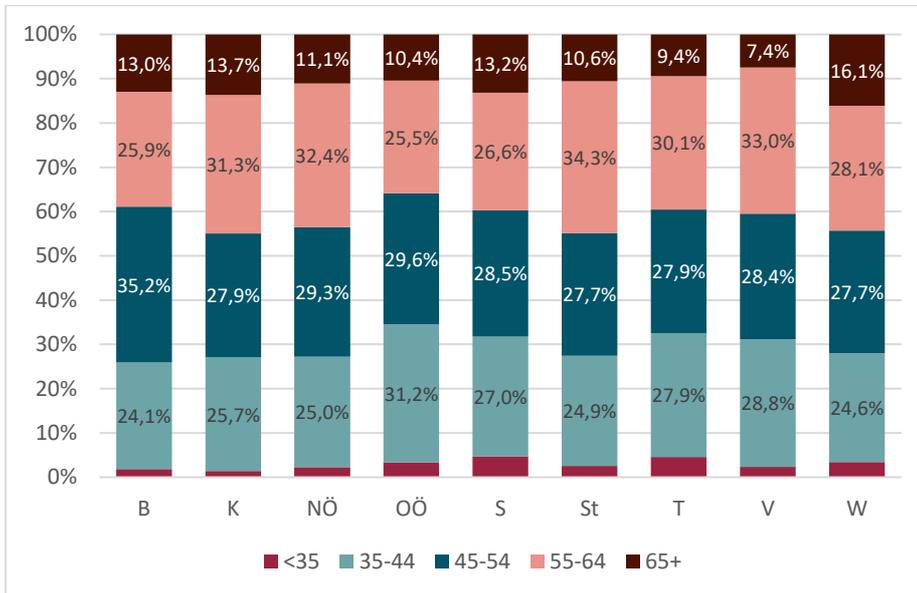
Tabelle 4 fasst die Anzahl der berufsausübenden Personen mit fachärztlicher Qualifikation in Innerer Medizin oder Pulmologie nach Bundesländern zusammen. Der obere Teil der Tabelle bezieht sich auf Personen (nicht Vollzeitäquivalente), der untere Teil bezieht sich auf die „Ärztedichte“ im Sinne von Ärzt:innen pro 100.000 Bevölkerung; diese Ärztedichte ist auch in Abbildung 4 dargestellt. Wenig überraschend zeigt sich, dass nicht nur die Anzahl der in Wien berufsausübenden Personen am höchsten ist, sondern auch die Ärztedichte. Im Bundesländervergleich mit Oberösterreich – dem Bundesland mit der niedrigsten Ärztedichte – weist Wien sogar eine gut doppelt so hohe Ärztedichte auf, mit 88,8 versus 43,4 FÄ je 100.000 EW. Diese beiden Bundesländer halten die extremen Positionen in allen verglichenen Unterkategorien, also bei angestellten, niedergelassenen und in beiden Bereichen tätigen Ärzt:innen.

Abbildung 4: Fachärzt:innen für Innere Medizin je 100.000 Einwohner:innen, nach Bundesländern, inkl. Mehrfacheintragungen, Stichtag 31.12.2022



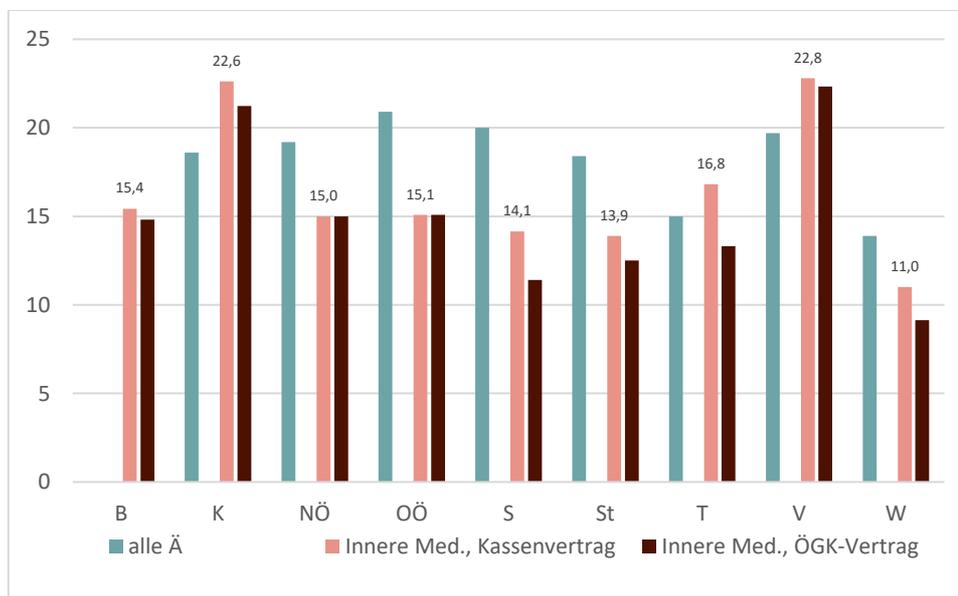
Quelle: Daten der Österreichischen Ärztekammer, Darstellung IHS.

Abbildung 5: Fachärzt:innen für Innere Medizin nach breiten Altersgruppen und Bundesländern, inkl. Mehrfacheintragungen, Stichtag 31.12.2022



Quelle: Daten der Österreichischen Ärztekammer, Darstellung IHS.

Abbildung 6: Anteil Kassenärzt:innen an allen Ärzt:innen nach Bundesländern, Stichtag 31.12.2022



Quelle: Daten der Österreichischen Ärztekammer, Darstellung IHS.

Anmerkung: „Kassenvertrag“ inkludiert sowohl ÖGK-Vertrag als auch ausschließlich Vertrag mit „kleinen“ Kassen.

2.2 Nachfrage nach bzw. Inanspruchnahme von Leistungen der Inneren Medizin

Streng genommen liegen keine Informationen über die Nachfrage nach Leistungen im Bereich Innere Medizin in Österreich vor. Sämtliche vorhandenen Daten beziehen sich auf die **Inanspruchnahme** von Leistungen, die im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems verrechnet wurden, entweder im niedergelassenen oder im intramuralen Bereich. Die Nachfrage müsste einerseits auch jene Leistungen beinhalten, die gewünscht wurden, aber beispielsweise aufgrund zu langer Wartezeiten nicht in Anspruch genommen wurden oder werden konnten. Andererseits müssten für ein Abbild der gesamten Nachfrage auch jene Leistungen inkludiert werden, die zwar in Anspruch genommen, aber nicht im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens verrechnet wurden. Hierzu zählen jene Leistungen, die von privat finanzierten Anbietern erbracht wurden, also Wahl- und Privatärzt:innen sowie im intramuralen Bereich von Privatspitälern.

Im intramuralen Bereich könnten daher zwei Indikatoren als näherungsweise Nachfrageindikatoren herangezogen werden: Erstens Informationen über die Zahl der Aufenthalte bzw. Besuche in Fonds-Krankenanstalten, wobei diese Kennzahl Leistungen beider Bereiche, stationäre und ambulante Krankenhausversorgung, zusammenfasst. Da die Zahl der Aufenthalte/Besuche nur unzureichend den Leistungsumfang (in Sinne der notwendigen ärztlichen Arbeitszeit) abbildet, könnte alternativ die Zahl der im Rahmen dieser Aufenthalte/Besuche verrechneten LKF-Punkte herangezogen werden. Die LKF-Bepunktung wurde allerdings konstruiert, um sämtliche Kostenfaktoren abzubilden, also auch Sachkosten sowie den Aufwand anderer Gesundheitsberufe. Sie dürfte daher ebenfalls nur eingeschränkt geeignet sein, um ein näherungsweise Bild des Leistungsumfangs zu zeichnen. Da das LKF-System darüber hinaus jährlich in geringerem Umfang und auch regelmäßig in größerem Umfang adaptiert wird, bauen die Berechnungen dieses Berichts auf dem stabileren Indikator der Aufenthalte/Besuche auf.

Für den niedergelassenen Bereich können Verrechnungsdaten als Näherungsindikator für die Inanspruchnahme herangezogen werden, konkret jene der Sozialversicherungsträger. Mangels Kodierung von Diagnosen kann allerdings allein die Zahl der Konsultationen oder „Fälle“ herangezogen werden, ohne weitere Spezifizierung nach Diagnosen oder Aufwand. Diese „Fallzahlen“ liegen für alle drei Sozialversicherungsträger vor, ÖGK, BVAEB und SVS. Fallzahlen sind zusammenfassende Indikatoren für alle Konsultationen eines Patienten oder einer Patientin pro Quartal bei einer bestimmten Ärztin bzw. einem bestimmten Arzt. Alternativ könnten auch die e-card-Steckungen verwendet werden, die für mehrere Konsultationen innerhalb eines Quartals auch die entsprechende Anzahl von Kontakten verzeichnen. Diese Kennzahl liegt uns für ausgewählte Jahre im Bereich

der ÖGK vor, nicht aber für andere Träger, sodass die Berechnungen im vorliegenden Bericht auf den breiter verfügbaren Fallzahlen aufbauen.

2.2.1 Intramuraler Bereich

Für die intramurale Versorgung werden Informationen zur Inanspruchnahme von Fonds-Krankenanstellen ausgewertet, konkret der Indikator „Aufenthalte/Besuche“ gemäß der Versorgungsmatrix des ÖSG.

Die Abgrenzung des „Arbeitsbereichs“ der Inneren Medizin lässt sich nicht unmittelbar aus den administrativen Abgrenzungen – wie Stationen für Innere Medizin – ableiten, da FÄ für Innere Medizin häufig bei Fällen in anderen als internistischen Stationen beigezogen werden. Zur Abgrenzung wurde daher folgender Weg gewählt:

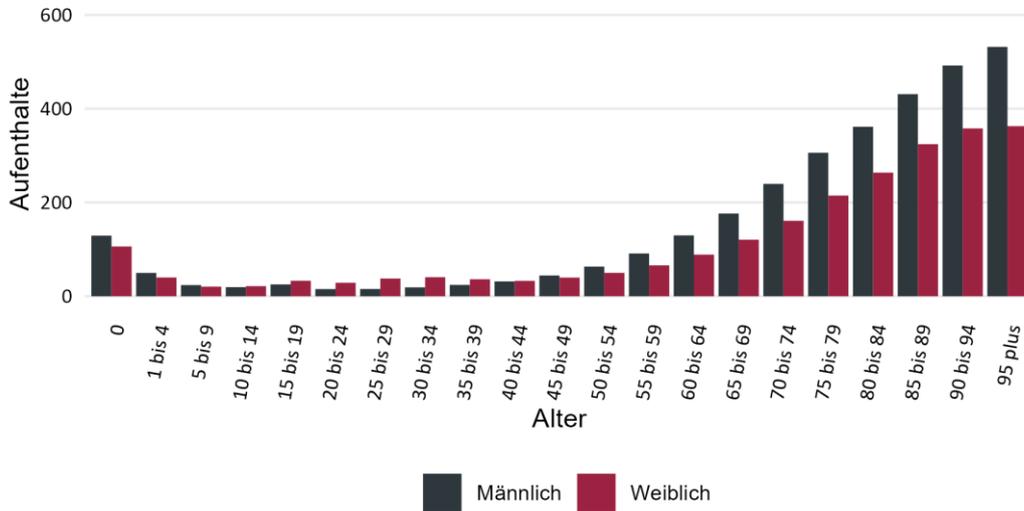
Vonseiten der Auftraggeber wurde eine Auswahl getroffen, bei welcher VMMHG⁴ eine Beteiligung von FÄ für Innere Medizin möglich oder erwartbar ist (Tabelle 13 im Anhang). Diese Liste umfasst im Basisjahr des zur Zeit der Berechnungen aktuellsten ÖSG – 2019 – 42,4 Prozent aller Aufenthalte/Besuche, und steigt gemäß ÖSG weiter auf 42,9 Prozent (2021) und 42,8 Prozent (2030). Eine Schätzung bzw. ein Planwert für 2035 lag zum Zeitpunkt der Berichtslegung (Januar 2024) im Rahmen des ÖSG noch nicht vor.

Anhand der somit ausgewählten Hauptdiagnosegruppen wird in Abbildung 7 bis Abbildung 10 die Altersstruktur der Inanspruchnahme in Fondskrankenanstellen für die Jahre 2019 und 2022 gezeigt. Der Vergleich zwischen ambulanter und stationärer Inanspruchnahme weist aus, dass die ältesten Bevölkerungsgruppen zwar am häufigsten stationäre Aufenthalte verzeichnen, dass Ambulanzbesuche aber im Alter von etwa 70 bis 85 Jahren am häufigsten sind. Die Ambulanzhäufigkeit im Alter ab 90 Jahren ist in etwa vergleichbar jener der Altersgruppe 50–54.

Der Vergleich der beiden Jahre belegt den Anstieg der ambulanten gegenüber der stationären Inanspruchnahme im Zeitablauf. Auch wenn das Jahr 2022 noch von den Wirkungen der Pandemie beeinflusst ist, gehen wir davon aus, dass die Inanspruchnahme in diesem Jahr eine solidere Basis für Abschätzungen der zukünftigen Entwicklung bietet als die Inanspruchnahme im Jahr 2019.

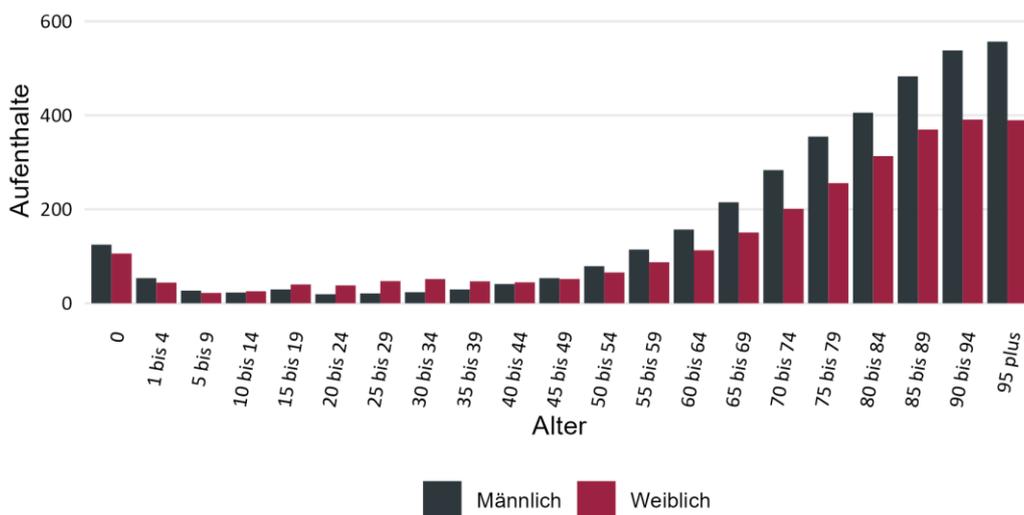
⁴ Medizinische Hauptdiagnosegruppen im Rahmen der Versorgungsmatrix des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG).

Abbildung 7: Stationäre Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht: Durchschnittliche Aufenthalte je 1.000 Personen, Fondskrankenanstalten, 2022



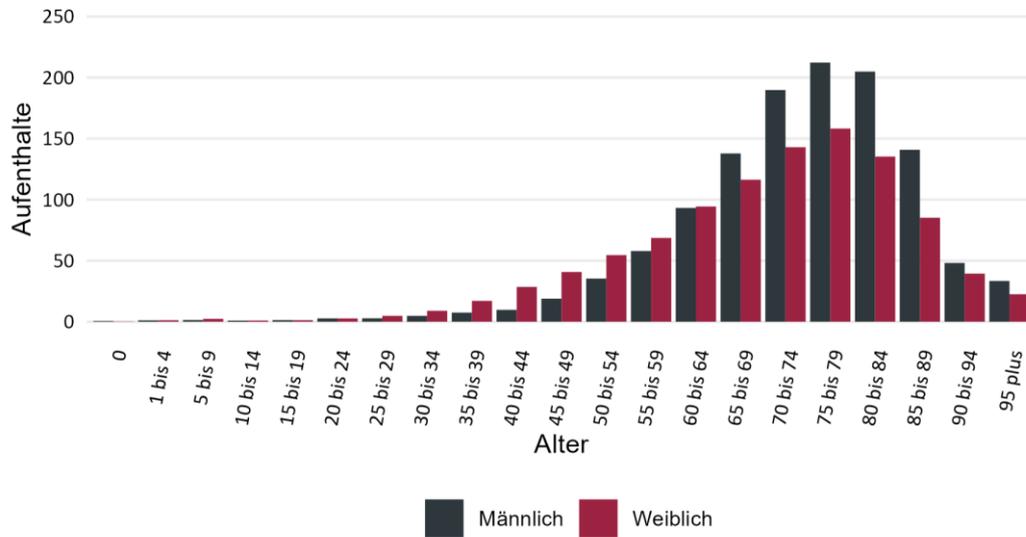
Quelle: Daten BMSGPuK, Darstellung IHS.

Abbildung 8: Stationäre Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht: Durchschnittliche Aufenthalte je 1.000 Personen, Fondskrankenanstalten, 2019



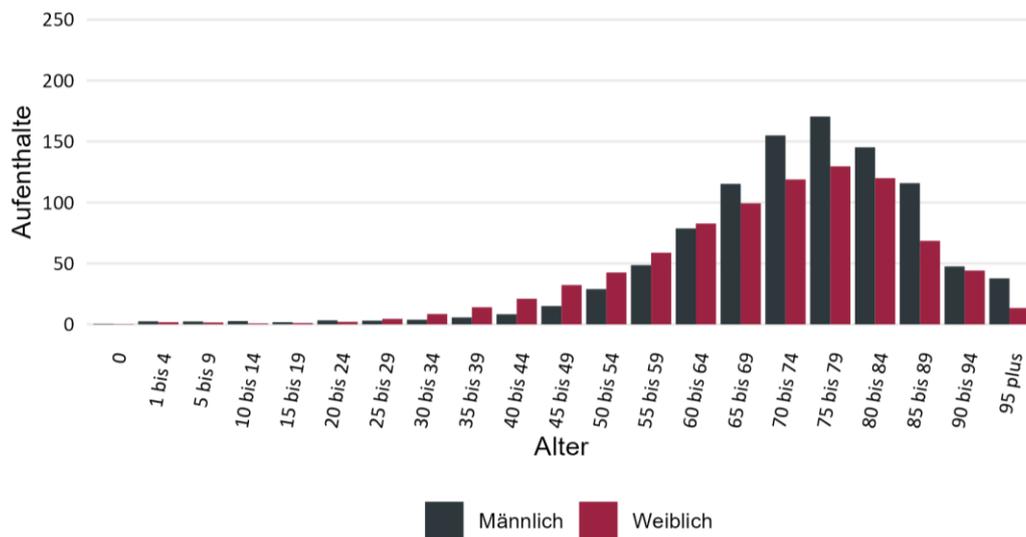
Quelle: Daten BMSGPuK, Darstellung IHS.

Abbildung 9: Ambulante Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht: Durchschnittliche Besuche je 1.000 Personen, Fondskrankenanstalten, 2022



Quelle: Daten BMSGPuK, Darstellung IHS.

Abbildung 10: Ambulante Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht: Durchschnittliche Besuche je 1.000 Personen, Fondskrankenanstalten, 2019



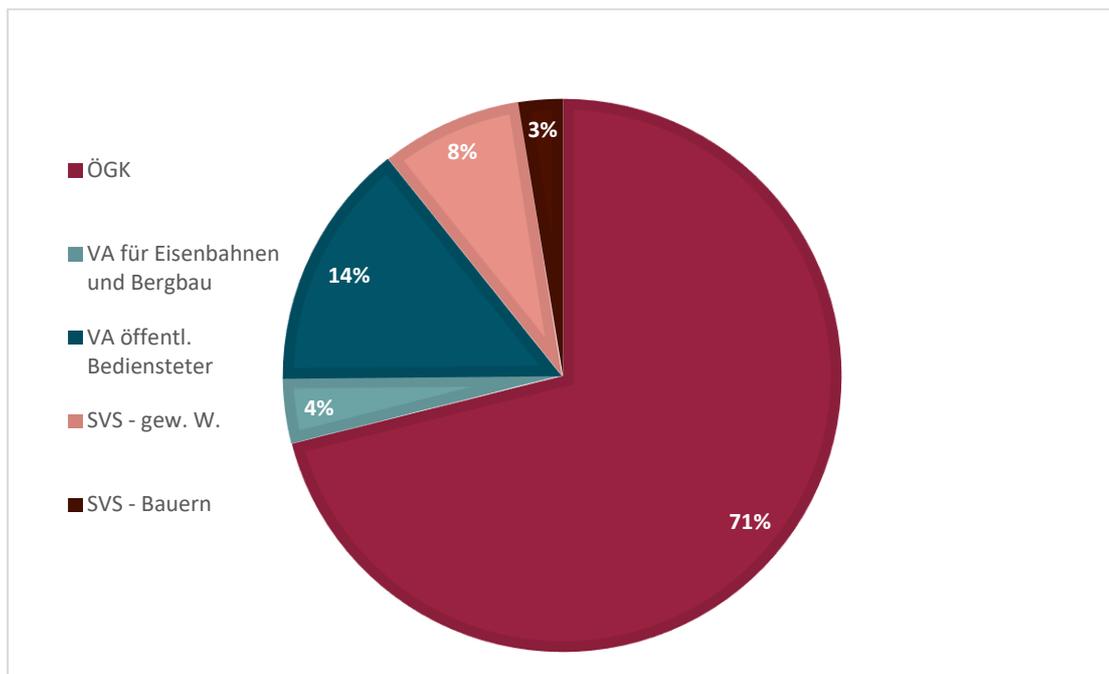
Quelle: Daten BMSGPuK, Darstellung IHS.

2.2.2 Kassenärztliche Versorgung

Als Indikator für die Inanspruchnahme werden die Fallzahlen herangezogen. Gezählt werden alle abgerechneten Erstkonsultationen – ausgenommen Vertretungsfälle (Urlaubsfälle) und Vorsorgeuntersuchungsfälle ohne Grundvergütung – wobei pro Versicherten nur ein Fall im Abrechnungsquartal gezählt wird. Je nach Träger unterscheiden sich die Definitionen leicht; die größte Abweichung dürfte bei der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen vorliegen, wo ab dem Berichtsjahr 2011 von Quartals- auf Monatsabrechnung umgestellt wurde. Alle anderen Träger rechnen nach wie vor per Quartal ab.

Die ÖGK stellt mit 71 Prozent aller abgerechneten Fälle den mit Abstand größten Krankenversicherungsträger dar, wie beispielhaft für das Jahr 2022 in Abbildung 11 dargestellt.

Abbildung 11: Abgerechnete Fälle nach Krankenversicherungsträgern, Innere Medizin inklusive Sonder- und Zusatzfächern sowie Pulmologie, in Prozent, 2022

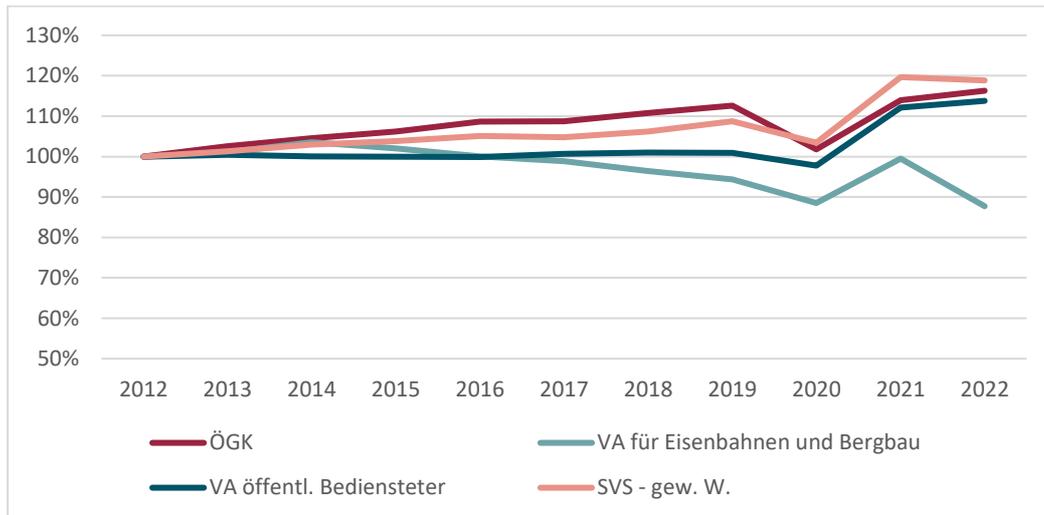


Quelle: Daten Dachverband der Sozialversicherungsträger (2023), Darstellung IHS.

Die abgerechneten Fallzahlen im Bereich IM stiegen im vergangenen Jahrzehnt in drei der (Teil-)Kassen, für die in diesem Zeitraum Daten vorliegen (im SVS-Zweig der Bauern weist die Ärztekostenstatistik des Dachverbands erst ab 2021 Zahlen aus). Abbildung 12 zeigt, dass im Zeitraum 2012–2019 die Fallzahlen der ÖGK um 13 Prozent und damit am stärksten gestiegen waren. Lediglich im Bereich Bergbau und Eisenbahn kam es zu einem

Rückgang der Fallzahlen um sechs Prozent, was mit einem Rückgang der Versichertenzahl⁵ zu erklären ist. Im Verlauf der Pandemie (ab dem Jahr 2020) haben sich die Fallzahlen unterschiedlich entwickelt, allerdings haben sich die Werte für 2022 bereits wieder jenen Trendlinien angenähert, die sich aus der Entwicklung 2012 bis 2019 ergeben.

Abbildung 12: Entwicklung der abgerechneten Fälle nach Träger, Innere Medizin inklusive Sonder- und Zusatzfächern sowie Pulmologie, Index 2012=100, 2012–2022



Quelle: Daten Dachverband der Sozialversicherungsträger (2023), Darstellung IHS.

Im Gegensatz zu Fallzahlen sind die Zahlen der e-card-Steckungen erst seit 2014 und, wie erwähnt, nur für die ÖGK-Versicherten verfügbar. Ein Vergleich beider Indikatoren zeigt, dass im Zeitraum 2014 bis 2019 zwar die Zahl der jährlichen Fallzahlen stärker gestiegen ist, im gesamten verfügbaren Zeitraum 2014 bis 2022 aber die e-card-Steckungen (Tabelle 5). Dieses Muster wäre vereinbar mit einem je nach Chronizität unterschiedlichen Verhalten der Versicherten im Laufe der Pandemie: Vor allem Versicherte mit einer geringen Anzahl von Besuchen verzichteten auf die Inanspruchnahme z. B. für eine Vorsorgeuntersuchung – während bereits chronisch Erkrankte ihre regelmäßigen Termine tendenziell wahrnahmen. Trifft diese Erklärung zu, wäre eine Rückkehr zum vor-pandemischen Muster der Inanspruchnahme nicht unwahrscheinlich.

Die Demografie lässt einen weiteren Anstieg der Fallzahlen erwarten, da die Inanspruchnahme eine ausgeprägte Alterskomponente aufweist. Auswertungen nach Alter der Versicherten liegen uns allein in Form der e-card-Steckungen bei Versicherten der ÖGK vor und sind beispielhaft in Abbildung 13 für die Jahre 2019 und 2022 dargestellt. In der

⁵ 2014: 226.964 Anspruchsberechtigte, 2019: 217.448 Anspruchsberechtigte, also ein Rückgang von insgesamt 4,2 %.

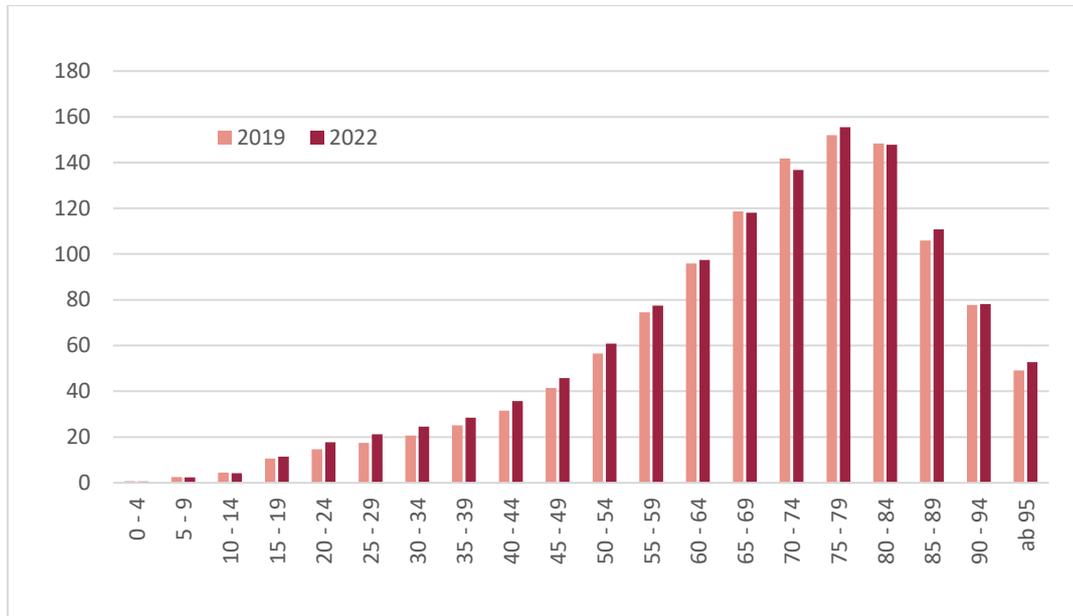
Altersstruktur der Konsultationen zeichnen sich keine auffälligen Verschiebungen in diesem Zeitraum ab.

Tabelle 5: Fallzahlen und e-card-Steckungen, ÖGK bzw. GKK, 2014, 2019, 2022, in 1.000 bzw. Veränderung in %

	2014	2019	2022	Anstieg 2014–2022		Anstieg 2014–2019	
				gesamt	p. a.	gesamt	p. a.
e-card-Steckungen							
Innere Medizin	2.658	2.711	2.946	10,8 %	1,3 %	2,0 %	0,4 %
Pulmologie	723	799	879	21,6 %	2,5 %	10,6 %	2,0 %
IM + PU	3.381	3.511	3.825	13,1 %	1,6 %	3,8 %	0,8 %
Fallzahlen							
Innere Medizin	1.315	1.402	1.432	8,9 %	1,1 %	6,6 %	1,3 %
Pulmologie	529	584	618	16,9 %	2,0 %	10,4 %	2,0 %
IM + PU	1.844	1.987	2.051	11,2 %	1,3 %	7,7 %	1,5 %

Quelle: Daten Fallzahlen: Dachverband der Sozialversicherungsträger (2023), e-card-Steckungen: ÖGK-Auswertung, Darstellung IHS.

Abbildung 13: e-card-Steckungen nach Altersgruppen, Innere Medizin inklusive Sonder- und Zusatzfächern sowie Pulmologie, Männer und Frauen, 2019 und 2022



Quelle: Daten Dachverband der Sozialversicherungsträger (2023), Darstellung IHS.

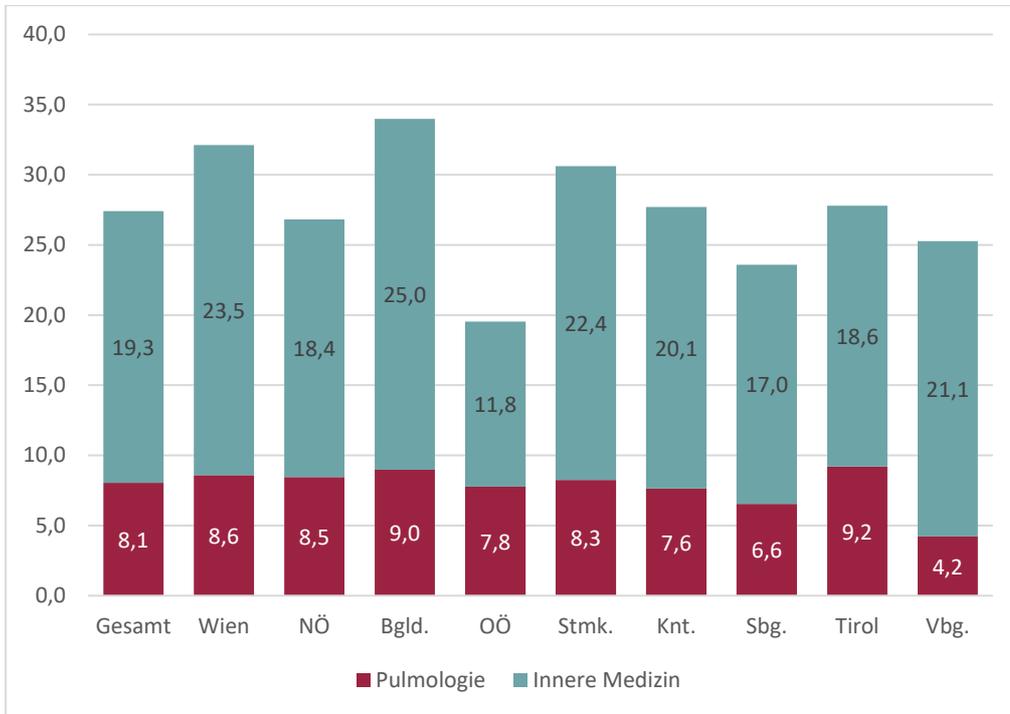
2.2.3 Status quo der Inanspruchnahme nach Bundesländern

Eine Bundesländerauswertung ist im Rahmen dieses Projekts für Anspruchsberechtigte der ÖGK möglich, wobei darauf hinzuweisen ist, dass lediglich auf Anspruchsberechtigungen – nicht auf Personen – abgestellt wird. Eine in mehreren Bundesländern ÖGK-versicherte Person wird demnach mehrfach gezählt.

Bezogen auf die gesamte Innere Medizin (inklusive Pulmologie) ist die Fallzahl je 100 Anspruchsberechtigungen in Wien (2022) und dem Burgenland (2019) am höchsten, und in Oberösterreich nur etwa halb so hoch (Abbildung 14, Abbildung 15). Dieser Unterschied überrascht angesichts der jeweiligen „Dichte“ an Kassenärzt:innen nicht (vgl. Tabelle 4 in Kapitel 2.1.5). Wird Pulmologie isoliert betrachtet, fällt Vorarlberg mit einer nur halb so hohen Inanspruchnahme wie in den meisten anderen Bundesländern auf.

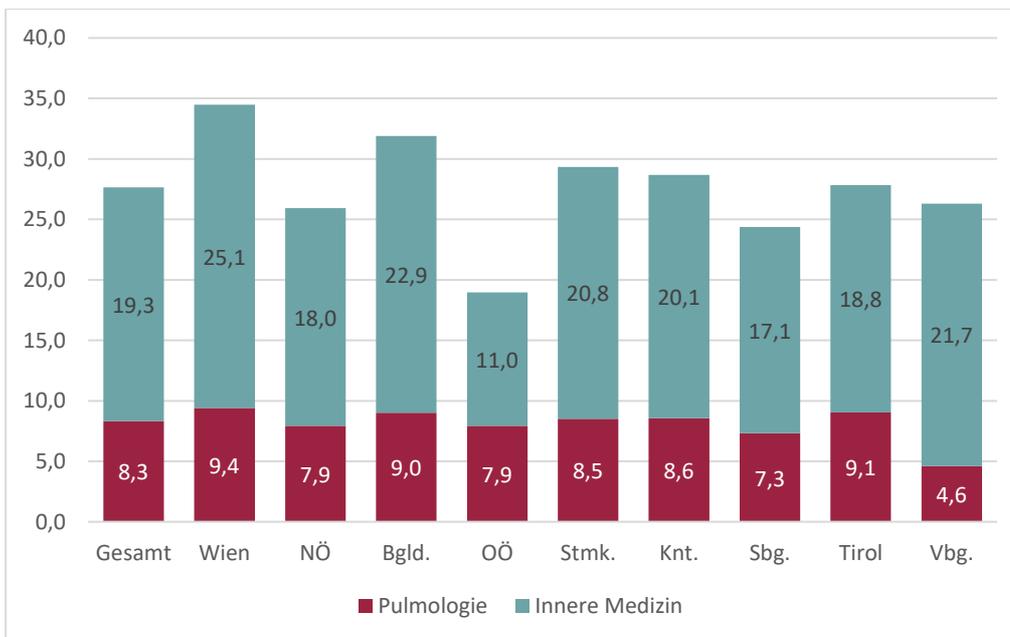
Gemessen am Variationskoeffizienten hat sich die Fallzahl in Pulmologie im dargestellten Zeitraum zwischen den Bundesländern etwas angeglichen (2019: 2,1; 2022: 1,9), in der Inneren Medizin hingegen streut sie inzwischen noch etwas weiter (2019: 13,9; 2022: 14,4).

Abbildung 14: Fallzahlen je 100 Anspruchsberechtigungen, ÖGK nach Bundesländern, 2019



Quelle: Daten Dachverband der Sozialversicherung (2022), Darstellung IHS.

Abbildung 15: Fallzahlen je 100 Anspruchsberechtigungen, ÖGK nach Bundesländern, 2022



Quelle: Daten Dachverband der Sozialversicherung (2022), Darstellung IHS.

3 Gap-Analyse

Für die Gap-Analyse wird die gleiche Grundstruktur gewählt, die bereits in früheren Arbeiten des IHS angewandt wurde (Riedel et al. 2014, Riedel et al. 2020, Riedel et al. 2023).

Die Angebotsseite wird aufbauend auf Registrierungen in der Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer modelliert, wo auch Angaben über Alter, Geschlecht und Tätigkeitssetting (insbesondere auch angestellt und „mit Kassenvertrag“) sowie Beginn der ärztlichen Tätigkeit in Österreich vorhanden sind. Die sich daraus ergebende Kapazität wird durch Inflows (aus der Facharztausbildung) und Outflows (in Pension) angepasst und somit bis ins Jahr 2035 fortgeschrieben. Die Nachfrage wird aus Administrativdaten für die beiden umfangreichsten Tätigkeitsbereiche – Fondskrankenanstalten und niedergelassene Versorgung im Rahmen eines Vertrags mit der Sozialversicherung – in die Zukunft extrapoliert. Aus der Gegenüberstellung beider Projektionsrechnungen ergibt sich der „Gap“ an Personen mit fachärztlicher Ausbildung in Innerer Medizin. Diese Berechnungen erfolgen getrennt für die beiden Settings „Fondskrankenanstalten“ (Modell 1) und „Kassenärztliche Versorgung“ (Modell 2) und werden in einer dritten Variante zu Modell 3 zusammengeführt.

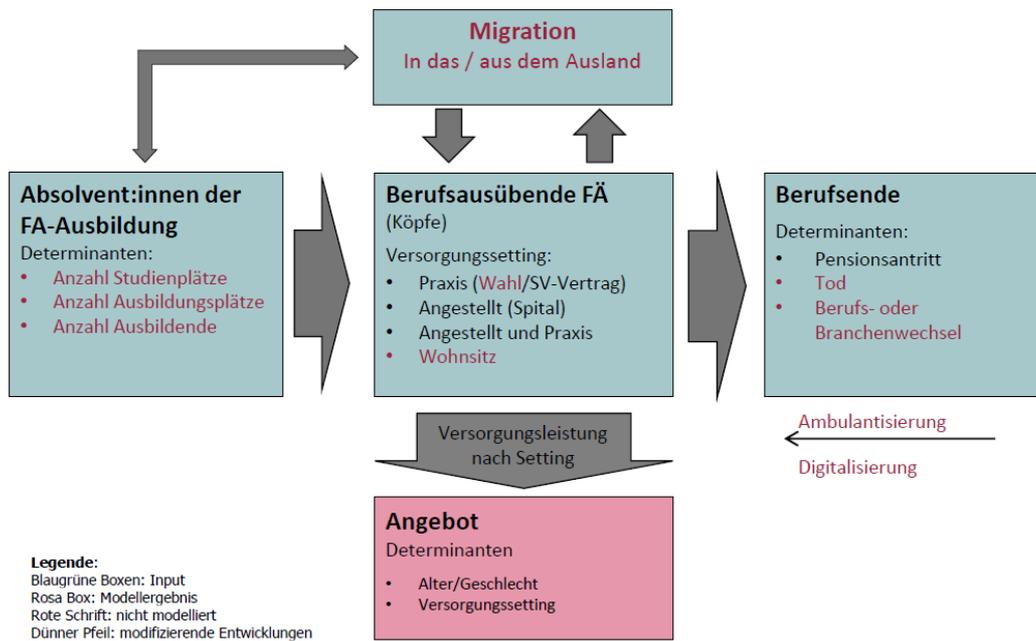
Für jene Aspekte, in denen Unsicherheiten über die zukünftige Entwicklung bestehen, werden alternative Modellszenarien untersucht und gegebenenfalls dargestellt. Hierzu zählen die Tätigkeit im Rahmen eines Kassenvertrags, die Tendenz zur Teilzeittätigkeit sowie der Pensionsantritt. Zwei weitere wesentliche Faktoren entziehen sich im Moment noch einer Modellierung, da die konkrete Entwicklung schwer einschätzbar ist und voraussichtlich beide Seiten, Inanspruchnahme und Angebot der Versorgung, modifizieren wird: Dies sind die Ambulantisierung sowie die Digitalisierung der medizinischen Versorgung.

3.1 Modellannahmen

3.1.1 Modellierung des Angebots

Die Modellierung des Angebots an internistischen ärztlichen Leistungen erfolgt analog zu den genannten früheren Gap-Analysen des IHS und wird in Abbildung 16 schematisch zusammengefasst. Berücksichtigungswerte Aspekte, die aufgrund der aktuellen Datenlage noch nicht in die Modellierung einfließen können, sind durch rote Schrift gekennzeichnet, berücksichtigte Faktoren sind in schwarzer Schrift dargestellt.

Abbildung 16: Struktur des Angebotsmodells: Stock-Flow-Modell



Quelle: IHS-Darstellung.

Als einziger **Inflow** wird die Anzahl der pro Jahr neu registrierten, **abgeschlossenen Facharztausbildungen** im Inland verwendet. Wie in Kapitel 2.1.4 erläutert, gehen wir von 230 Personen mit neuem FA-Abschluss in Innerer Medizin (inklusive Sonderfächern, z. B. Pulmologie) pro Jahr aus. Wie in Kapitel 2.1.4 ersichtlich wird, wurden zwischen 2016 und 2022 im Median 240 FA-Abschlüsse pro Jahr registriert. Diese Zahl wird für unsere Modellrechnungen jedoch leicht reduziert, da einige Personen ihre Laufbahn beispielsweise als SV-Angestellte oder in einer wahlärztlichen Praxis beginnen und somit für die Prognosen nicht relevant sind. Da keine gesicherte Information darüber vorhanden ist, in welchem Setting die Personen ihre Tätigkeit aufnehmen, unterstellen wir eine Verteilung, die der aktuellen Verteilung der registrierten FÄ für IM entspricht. Somit wird auf Basis der Verteilung der Tätigkeitsbereiche im Jahr 2023 davon ausgegangen, dass 65 Prozent (150 Personen p. a.) aller zusätzlichen Ärzt:innen im intramuralen Setting versorgungsrelevant tätig sein werden (Inflow-Modell 1) und ca. 13 Prozent (30 Personen p. a.) im kassenärztlichen Bereich (Inflow-Modell 2).

Szenario „reduzierter Inflow“: Unter jungen FÄ wird häufig der Wunsch geäußert, zwar in der niedergelassenen Versorgung, aber dort im wahlärztlichen Bereich zu arbeiten. Auch wenn derzeit noch keine Probleme berichtet werden, ausgeschriebene Stellen für Vertragsärzt:innen für IM zu besetzen,⁶ ist nicht auszuschließen, dass dieser Trend auch bald in der Inneren Medizin ankommen wird. Allerdings ist die niedergelassene

⁶ Dies beruht auf übereinstimmenden Auskünften vonseiten der Ärztekammer wie auch der ÖGK.

Versorgung derzeit in einer Umbruchphase, in der die Arbeitsbedingungen für Wahlärzt:innen geändert werden und neue Versorgungsformen (Ambulatorien) in Vorbereitung sind. Unter diesen Umständen ist es unmöglich abzuschätzen, wie sich das Interesse an vertragsärztlicher Tätigkeit entwickeln wird. Um diesen Umstand abzubilden, wird bei jungen FÄ eine Bandbreite modelliert, die zwischen einer um 20 % reduzierten Anzahl von neuen Vertragsinhaber:innen und einer unveränderten Anzahl liegt.

Szenario „Stundenreduktion“: Über das geleistete Stundenausmaß liegen keine gesicherten Informationen vor, weder im kassenärztlichen noch im intramuralen Bereich. Aus beiden Bereichen wird aber berichtet, dass die Beschäftigten ein niedrigeres Stundenvolumen wünschen (und zunehmend auch durchsetzen können), als es in den älteren Generationen üblich war. Daher wird die technische Annahme getroffen, dass die Tätigkeit pro Person im Durchschnitt um zehn Prozent abnimmt. Diese Annahme wird derart umgesetzt, dass der Inflow an neu ausgebildeten FÄ einen Zuwachs um 0,9 (statt 1,0) Personen pro beschäftigte Person bedeutet; der Bestand an bereits beschäftigten FÄ arbeitet unverändert im Ausmaß der gleichen Stunden wie zuvor weiter. Diese Annahme gilt in beiden Modellen, im intramuralen Bereich und im Kassenbereich, ab dem ersten Jahr der Projektion (2024). Anders interpretiert, bewältigen die neu hinzukommenden FÄ eine „Fallzahl“ von nur 90 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl ihrer bereits länger beschäftigten Kolleg:innen und bleiben auf diesem niedrigeren Niveau.

Die Tätigkeit als **Wahlärzt:in oder Wohnsitzärzt:in** wird im vorliegenden Bericht nicht modelliert.

Unsicherheitsfaktoren, die in den Modellrechnungen nicht berücksichtigt werden konnten, betreffen nicht nur die Verteilung der neuen FÄ nach Arbeitssetting, sondern auch ihre Anzahl. Die für die Modellrechnung angenommene Anzahl könnte zu hoch sein, wenn

- die zukünftigen Kapazitäten in der Facharztausbildung aufgrund der Pensionierung älterer Kolleg:innen abnehmen, sodass der vorgeschriebene Ausbildungsschlüssel nicht erreicht wird,
- die zukünftigen Kapazitäten in der Facharztausbildung aufgrund fehlender bezahlter Stellen für auszubildende Kolleg:innen abnehmen, da Absolvent:innen der FA-Ausbildung im Krankenhaus verbleiben und somit potenzielle Ausbildungsstellen „besetzen“,
- zu wenige Personen sich für eine FA-Ausbildung in Innerer Medizin bewerben – wofür derzeit keine Anzeichen berichtet werden, auch wenn das Interesse an den unterschiedlichen Sonderfächern in Kombination mit Innerer Medizin unterschiedlich groß ist.

Als einziger **Outflow** aus dem Bestand an FÄ wird der **Pensionsantritt** modelliert. Hierfür wurden zwei Varianten untersucht:

Variante (1): Pensionsantritt mit 65 Jahren. Der Pensionsantritt findet einheitlich für Männer und Frauen mit dem Erreichen des 65. Geburtstags statt. Obwohl bei Frauen die Anhebung des Pensionsalters von 60 auf 65 Jahre in privatrechtlichen Beschäftigungsverhältnissen erst im Zeitraum 2024–2030 umgesetzt wird, gilt diese Einschleifregelung für angestellte Ärztinnen mehrheitlich nicht: Unterliegen sie dem Beamtendienstrecht, gilt ohnehin seit langem geschlechtsunabhängig das Beenden des 65. Lebensjahres als Zeitpunkt für den Übertritt in den Ruhestand. Aber auch bei Vertragsbediensteten in Landeskrankenanstalten ist in der Regel für Frauen wie Männer dieser Zeitpunkt als maßgeblich für den Pensionseintritt festgeschrieben, siehe z. B. Gesetz über das Dienstrecht der Vertragsbediensteten der Gemeinde Wien (Vertragsbedienstetenordnung 1995) § 42 (2) 7, das steiermärkische Gemeinde-Vertragsbedienstetengesetz 1962, § 35 (2) h, oder das oberösterreichische Gemeinde-Vertragsbedienstetengesetz 1962 § 51 (5).

Tabelle 6: Registrierte Ärzt:innen der Altersgruppe 60–70 Jahre gemäß Abgrenzung für den öffentlichen Bereich (Fondsspitäler, Kassenvertrag), Stichtag 31.12.2022

	gesamt	Frauen	Männer
60 Jahre	137	40	97
61 Jahre	135	37	98
62 Jahre	152	36	116
63 Jahre	134	34	100
64 Jahre	111	24	87
65 Jahre	90	23	67
66 Jahre	64	15	49
67 Jahre	42	8	34
68 Jahre	28	12	16
69 Jahre	29	4	25
70 Jahre	23	7	16

Quelle: ÖÄK.

Bei selbständig tätigen Ärztinnen wird ebenfalls davon ausgegangen, dass ein Pensionseintritt mit 65 Jahren eher der Realität entspricht als ein Pensionseintritt mit 60 Jahren. Zum einen gilt seit dem 4. Sozialrechts-Änderungsgesetz 2009 als Alters-Obergrenze für Kassenverträge grundsätzlich und geschlechtsunabhängig ein Alter von 70 Jahren (mit der Ausnahme einer drohenden Unterversorgung). Tabelle 6 zeigt die Anzahl der für die Projektionen relevanten Ärzt:innen im Bereich Innere Medizin nach Alter (zwischen 60

und 70 Jahren). Auch daraus wird ersichtlich, dass eine Modellierung des Pensionsantritts mit 65 Jahren sinnvoll ist, da die Zahlen bis zu diesem Alter auf einem relativ konstanten Niveau liegen.

Variante (2): Einschleifender Pensionsantritt. Da Tabelle 6 zeigt, dass als Pensionsantritt eher ein späterer als der frühestmögliche Zeitpunkt gewählt wird, wurden hierzu Vergleichsrechnungen für die Projektion des Angebots durchgeführt. Entsprechend den aktuellen Zahlen der berufsausübenden FÄ für IM in der Altersgruppe 65–70 Jahre wurde angenommen, dass sich ab Erreichen des 65. Lebensjahres über einen Zeitraum von fünf Jahren jeweils die Anzahl der berufsausübenden Personen halbiert. Diese Modellierung stellt einen etwas stärkeren Rückgang als in den Echtdaten dar, weil wir davon ausgehen, dass ältere FÄ nur noch in einem geringeren Ausmaß versorgungsrelevant tätig sind. Auch diese Variante ist für Frauen und Männer gleich modelliert.

Migration: Bezüglich der Abwanderung nach Absolvierung des Medizinstudiums nehmen wir an, dass die wesentlichen Migrationsströme innerhalb der ersten Jahre ab Studienabschluss erfolgen. Demnach bilden die Zahlen der abgeschlossenen Sonderfächer bereits einen zum Großteil migrationsbereinigten Status ab. Diese Annahme gründet sich darauf, dass unter den österreichischen Absolvent:innen eines Studiums im Ausbildungsfeld Gesundheit und Sozialwesen zwischen 5,5 Prozent und 8,0 Prozent drei Jahre nach Studienabschluss keinen Hauptwohnsitz in Österreich mehr auswiesen, mehr als 60 Prozent der entsprechenden deutschen Absolvent:innen innerhalb von drei Jahren aus Österreich wegzogen, und rund die Hälfte der Absolvent:innen aus anderen EU-Ländern als Österreich und Deutschland. Berücksichtigt wurden hierbei Studienabschlüsse des Zeitraums 2008/09 bis 2018/19 (Abbildung 14 in Statistik Austria 2021). Diese Auffassung entspricht auch der Beobachtung, dass relativ konstant rund ein Drittel der Absolvent:innen eines Studiums für Humanmedizin drei Jahre nach Studienabschluss nicht in der österreichischen Ärztekammer gemeldet waren, sei es aufgrund von Berufswechsel, beispielsweise in die Pharmawirtschaft, die Forschung oder in Gesundheitsmanagement und -verwaltung oder aufgrund eines Wohn- bzw. Arbeitsortes außerhalb von Österreich (ÖÄK 2023).

Für die im weiteren Berufsverlauf erfolgende Abwanderung von in Österreich bereits tätigen Personen wird angenommen, dass sie in etwa die Zuwanderung von Personen mit im Ausland erworbenem Diplom ausgleicht.

3.1.2 Modellierung der Nachfrage bzw. Inanspruchnahme

Im Rahmen der zukünftigen Nachfrage kann nur sehr bedingt auf bereits bestehende Modellierungen zurückgegriffen werden. So liegt über die Versorgungsmatrix des ÖSG (auch in der aktuellen Version von Jänner 2024) zwar eine Bedarfsplanung bis zum Jahr

2030 vor, allerdings erscheint der Zeitraum bis 2030 für das vorliegende Projekt als zu kurz gegriffen. Daher muss eine Abschätzung für das Jahr 2035 projektintern erfolgen. Für den niedergelassenen Bereich liegt öffentlich keinerlei offizielle Abschätzung des zukünftigen Bedarfs vor, auch hier muss ein eigener Ansatz entwickelt werden.

Zwei generelle Ansätze bieten sich für die Modellierung der **zukünftigen Entwicklung** an: Als einfachste Variante eine Trendfortschreibung der Inanspruchnahme der letzten Jahre, sowie als etwas komplexere Variante eine Fortschreibung der Inanspruchnahme nach Altersgruppen, verknüpft mit der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung. Letztere Variante kann Nachfrageänderungen insbesondere bei demografischer Dynamik und unterschiedlicher Inanspruchnahme nach Altersgruppen besser abbilden, unterstellt aber eine unveränderte Inanspruchnahme je Altersgruppe. Damit werden die Wirkungen von medizin-technologischen Veränderungen und Änderungen in den Versorgungsprozessen explizit ausgeklammert, was bei der Betrachtung von längeren Entwicklungen zu unrealistischen Ergebnissen führen kann. Erstere Variante kann bei bereits im Ausgangszeitpunkt beschränkten Kapazitäten dazu führen, dass Knappheiten oder Unterversorgung fortgeschrieben werden. Beide Ansätze werden für relativ kurze Zeiträume jedoch häufig angewandt. Je länger der Projektionszeitraum, desto mehr Faktoren wie insbesondere technologische Entwicklungen sollten jedoch berücksichtigt werden.

Eine Berücksichtigung konkreter medizin-technologischer Entwicklungen, die das leistbare Arbeitsvolumen je Ärztin oder Arzt verändern würden, kann im Rahmen dieses Projekts nicht geleistet werden. Allerdings ist davon auszugehen, dass die seit langem politisch gewollte Verschiebung von stationärer zu ambulanter Versorgung im Projektionszeitraum (zumindest etwas) weiter umgesetzt wird. Wir gehen davon aus, dass diese Entwicklung bereits in den Zahlen berücksichtigt ist, die den im ÖSG veröffentlichten Planwerten zugrunde liegen. Für die Modellierung der Nachfrage nach intramuralen Leistungen verwenden wir daher die im ÖSG ausgewiesenen Planwerte bis 2030 und extrapolieren diese linear bis 2035. Für die Entwicklung im kassenärztlichen Bereich wird eine lineare Trendfortschreibung vorgenommen.

Eine weitere Frage ist, welche **Maßzahl** für die Inanspruchnahme heranzuziehen ist. Im kassenärztlichen Bereich bieten sich die in der Ärztekostenstatistik der Sozialversicherung verwendeten Fallzahlen an, also die Zahl der quartalsweise verrechneten Patient:innen. Diese Maßzahl ist umfassend (weil für alle drei großen Krankenversicherungsträger vorhanden), bietet aber keine Aufschlüsse über den zeitlichen Umfang der jeweiligen Leistung(en) je Patient:in.

In Fondskrankenanstalten ist die Datenlandschaft weit ergiebiger. Als umfassende Kennzahlen kommen insbesondere ebenfalls Fälle (als kumuliertes Maß für stationäre

Aufenthalte und ambulante Besuche), Aufenthaltstage (inklusive Ambulanzbesuchen) und als umfassendstes Maß, LKF-Punkte in Frage.

Ein weiterer Faktor ist die **Abgrenzung des Sonderfachs Innere Medizin**. Im niedergelassenen Bereich könnte die Abgrenzung rein nach dem Fachgebiet der Ausbildung erfolgen, wobei Unschärfen am ehesten in der Abgrenzung zur Allgemeinmedizin auftreten. Bei der Verwendung administrativer Daten aus der Sozialversicherung treten jedoch abrechnungstechnische Merkmale in den Vordergrund: Auf Planstellen für Allgemeinmedizin und Innere Medizin kommen jeweils unterschiedliche Honorarkataloge zur Anwendung, sodass in der Ärztestatistik der Sozialversicherung nur jene Personen als FÄ für Innere Medizin erfasst werden, die eine entsprechende Planstelle innehaben. Wenn eine ausgebildete Fachärztin für Innere Medizin eine Planstelle für ein anderes Fach (insbesondere Allgemeinmedizin) besetzt, kann sie demnach nur nach dem Honorarkatalog für dieses Fach mit der Krankenkasse verrechnen. Dies ist zum Stichtag 31.12.2022 bei 133 FÄ mit ÖGK-Vertrag der Fall. In die Berechnung der vorliegenden Gap-Analyse werden diese Personen – da nicht überwiegend internistisch tätig – ausgeschlossen.

Die direkteste Abgrenzung des Tätigkeitsbereichs Innere Medizin im Rahmen der Fondskrankenanstalten wäre jene der Funktionscodes. In Fondskrankenanstalten werden jedoch häufig auch Internist:innen in die Behandlung von Patient:innen anderer Stationen mit einbezogen. Daher beschränkt sich ihr Tätigkeitsfeld im Spitalsalltag nicht allein auf internistische Stationen. Vonseiten der Auftraggeber:innen wurde eine Liste derjenigen VMMHG beigelegt, in denen Internist:innen beigelegt werden können, diese wird als Abgrenzung herangezogen. Eine Information darüber, in welchem Ausmaß die Beteiligung von Internist:innen an „fachfremden“ Patient:innen faktisch der Fall ist, liegt nicht vor. Tabelle 7 bietet einen Überblick über die durchgeführten Modellvarianten.

Tabelle 7: Modellierung der Inanspruchnahme

	Modell 1: Intramural	Modell 2: Kassenbereich
Projektionsmethode	Trendfortschreibung für 2035 aus den ÖSG-Planwerten für 2019, 2021, 2030	Trendfortschreibung aus gesamter Inanspruchnahme (ÖSG, BVAEB, SVS) der Jahre 2012–2019
Maßzahl	Fälle (stationäre Aufenthalte / Ambulanzbesuche)	Fälle
Abgrenzung	potenzielle IM-Beteiligung	Vertrag auf Planstelle für Innere Medizin oder Pulmologie

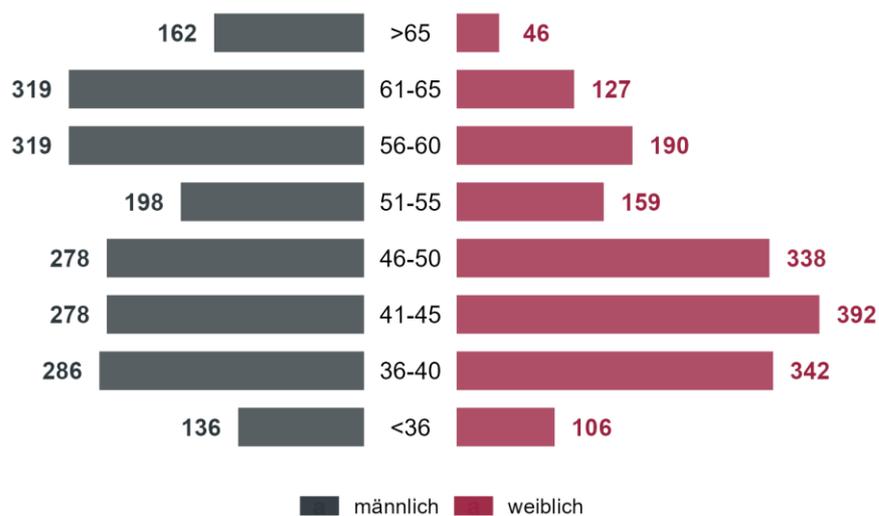
Quelle: IHS-Zusammenstellung.

3.2 Modell 1: Fondskrankenanstalten

3.2.1 Angebot

Modell 1 umfasst zwei Personengruppen. Die erste Gruppe sind jene, die in der Ärztesliste ausschließlich als angestellt registriert sind, ohne jegliche niedergelassene Tätigkeit. Als zweite Gruppe werden 75 Prozent jener Personen berücksichtigt, die als NA registriert sind, also angestellt und niedergelassen tätig. Die Altersverteilung dieser Personen (n = 3.676) ist in Abbildung 17 dargestellt und verdeutlicht zusätzlich auch die sogenannte Feminisierung der Medizin: in den Altersgruppen bis einschließlich 50 Jahren übersteigt die Zahl der Ärztinnen jene der Ärzte, mit Ausnahme der unter 36-Jährigen.

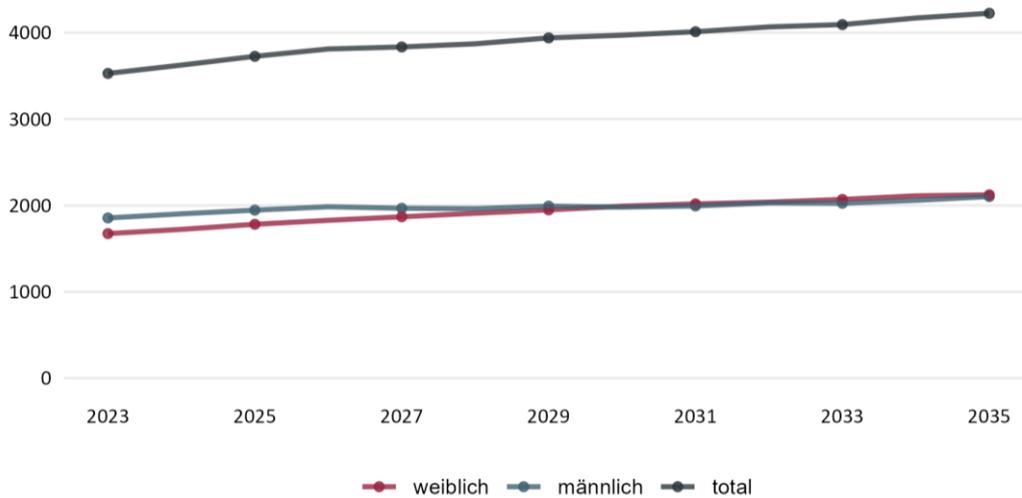
Abbildung 17: Altersverteilung der in Modell 1 berücksichtigten FÄ: 100 % der „A“- plus 75 % der „NA“-Registrierungen, Stand 31.12.2022



Quelle: Daten ÖÄK, Darstellung IHS.

Unter der Annahme einer einschleifenden Pensionsregelung ergibt dies eine Versorgungskapazität von 3.528 Personen im Basisjahr 2023. Wenn pro Kalenderjahr 150 Personen von der fachärztlichen Ausbildung in eine hauptberufliche Tätigkeit in Fondskrankenanstalten eintreten, wird sich die vorhandene Kapazität im Zeitraum von 2023 bis 2035 auf 4.225 Personen (um rund 20 %) erhöhen, siehe Abbildung 18.

Abbildung 18: Anzahl der in Fondskrankenanstalten tätigen FÄ, einschleifender Pensionseintritt, 2023–2035

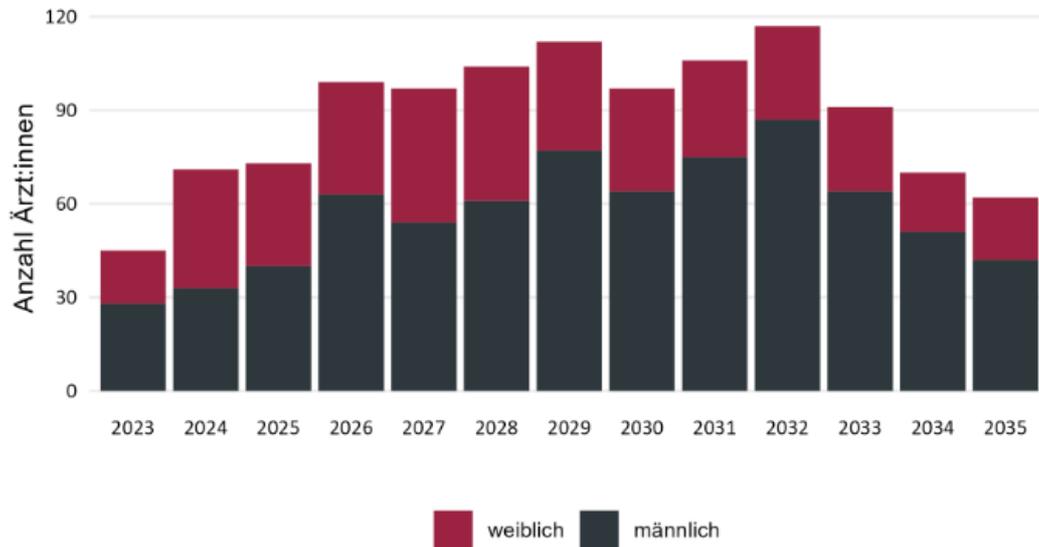


Quelle: IHS.

Gehen wir davon aus, dass die Versorgungskapazität der FÄ ab dem 65. Lebensjahr vernachlässigbar ist und daher nicht modelliert wird, müssen wir bereits im Basisjahr von einer geringeren Versorgungskapazität ausgehen als im Modell des einschleifenden Pensionsantritts, da die 162 männlichen und 46 weiblichen FÄ gemäß Abbildung 17 zur Gänze unberücksichtigt bleiben. Im Modell „Pensionsantritt mit 65 Jahren“ ergibt sich eine Kapazität von insgesamt 3.468 Personen im Basisjahr 2023 und ein Anstieg bis zum Projektionshorizont 2035 auf 4.181, was ebenfalls einem Anstieg um rund 20 Prozent entspricht. Im Szenario mit Stundenreduktion bzw. einer niedrigeren Versorgungskapazität (um 10 %) bei neu eintretenden FÄ steigt das verfügbare Gesamtangebot an ärztlicher Kapazität in Fondskrankenanstalten nur um rund 15 Prozent.

Dass die Zahl der insgesamt in Fondsspitalern beschäftigten FÄ für IM im Projektionszeitraum trotz kommender Pensionierungswelle steigt, ergibt sich daraus, dass pro Kalenderjahr deutlich mehr FÄ aus der praktischen Ausbildung dazukommen (annahmegemäß 150 Personen), als eben das 65. Lebensjahr erreichen. Deren Anzahl stellt Abbildung 19 jahresweise im Projektionszeitraum dar.

Abbildung 19: Anzahl der in Modell 1 (Fondsspitäler) berücksichtigten FÄ, die das 65. Lebensjahr erreichen



Quelle: Daten ÖÄK, Darstellung IHS.

Die Projektionsergebnisse für das Jahr 2035 sind in Tabelle 8 zusammengefasst.

Tabelle 8: Berechnete Anzahl von FÄ für Innere Medizin im intramuralen Bereich im Jahr 2035 unter alternativen Annahmen

	Stundenausmaß neuer FÄ	
	100 %	90 %
Annahmen über Outflow		
	<i>In Personen</i>	
Pensionsantritt mit 65 J.	4.181	4.001
Pensionsantritt einschleifend	4.225	4.044
	<i>Veränderung gegenüber 2023 in Prozent</i>	
Pensionsantritt mit 65 J.	+20,6 %	+15,4 %
Pensionsantritt einschleifend	+19,8 %	+14,6 %

Quelle: IHS.

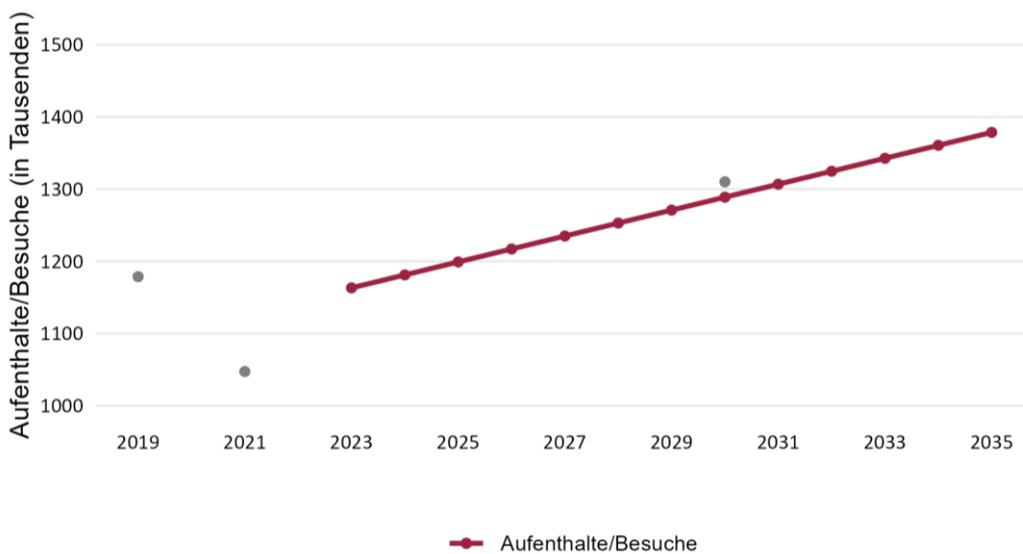
3.2.2 Nachfrage bzw. Inanspruchnahme

Für die Modellierung der Inanspruchnahme von Fondskrankenanstalten wird auf die Planwerte des ÖSG 2023 zurückgegriffen. Die Liste der berücksichtigten Hauptdiagnosegruppen findet sich in Abschnitt 5.2 dieses Berichts. Der ÖSG enthält lediglich (Plan-) Werte für die Jahre 2019, 2021 und 2030, was für die vorliegende Vorausschätzung als

zu kurz angesehen wird. Den Näherungswert für 2035 leiten wir durch eine Trendschätzung aus den vorhandenen drei Jahreswerten ab, siehe

Abbildung 20. Demnach steigt die Inanspruchnahme im Projektionszeitraum um 18,5 Prozent, was bei gleichbleibender Ratio zwischen Aufenthalten/Besuchen und in den Spitälern beschäftigten FÄ einem ebenso hohen Anstieg an benötigten FÄ entspricht.

Abbildung 20: Entwicklung von Aufenthalten/Besuchen in Fondskrankenanstalten bis 2035



Quelle: IHS.

Anmerkung: Punkte bezeichnen aus ÖSG-Planwerten berechnete Summen, die Linie eine daraus berechnete Trendlinie.

3.2.3 Zusammenführung von Angebot und Nachfrage

Je nach getroffenen Modellannahmen wird für den Bereich der Fondsspitäler bis zum Jahr 2035 ein Überhang von bis zu rund 70 Personen (bei gleichbleibenden Wochenstunden wie aktuell) oder eine Lücke von bis zu 137 fehlenden Personen (bei reduziertem Stundenausmaß der „Neueintritte“) erwartet, wie in Tabelle 9 ersichtlich wird. Die Berechnungen zeigen, dass sich eine Verzögerung des Pensionseintritts weniger stark auswirkt als ein reduziertes Stundenausmaß bei Neubesetzungen. Hierbei wurde allerdings nur die direkte Wirkung der Pensionseintritte berücksichtigt. Allfällige indirekte Wirkungen (wie weniger Ausbildungsstellen aufgrund eines nicht mehr erfüllbaren Ausbildungsschlüssels) wurden nicht modelliert, sind aber in der Interpretation zu berücksichtigen.

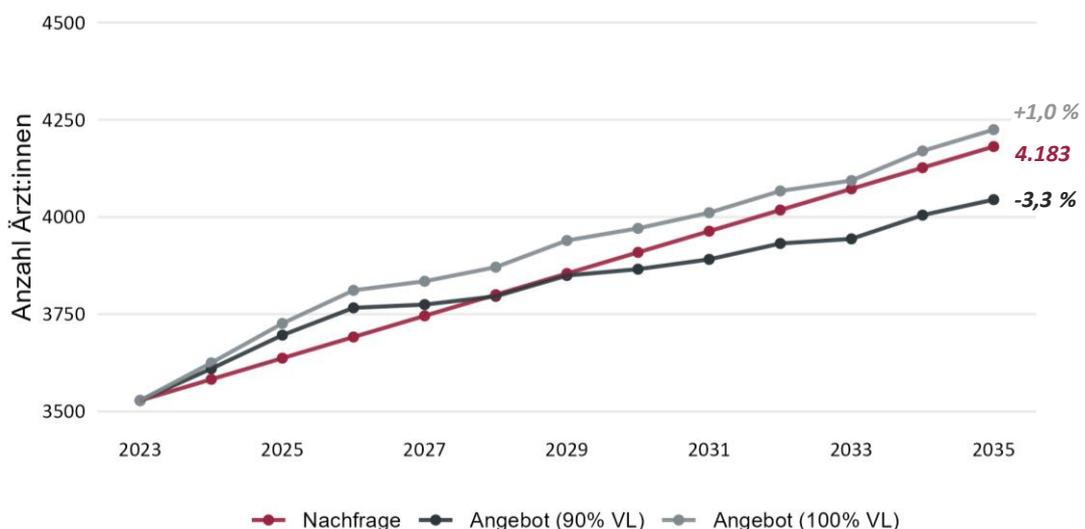
Tabelle 9: Gap-Analyse: Differenz zwischen Angebot und Nachfrage an FÄ für Innere Medizin, Fondskrankenanstalten, 2035

Annahmen über Outflow	Stundenausmaß neuer FÄ	
	100 %	90 %
	<i>In Personen</i>	
Pensionsantritt mit 65 J.	+71	-109
Pensionsantritt einschleifend	+43	-137
	<i>In Prozent</i>	
Pensionsantritt mit 65 J.	+1,7 %	-2,7 %
Pensionsantritt einschleifend	+1,0 %	-3,3 %

Quelle: IHS.

In Anbetracht der vorliegenden Erfahrungen erscheinen uns die folgenden Modellierungsannahmen am realistischsten: ein einschleifender Pensionseintritt und eine bei Neueintritten auf 90 Prozent des aktuell üblichen Umfangs sinkende Arbeitszeit bzw. Versorgungsleistung. Der prognostizierte Bedarf und das prognostizierte Angebot unter diesen Annahmen werden in Abbildung 21 dargestellt. Dabei wird ersichtlich, dass unter den dem Modell zugrundeliegenden Annahmen der Bedarf das Angebot ab dem Jahr 2030 leicht übersteigt (im Vergleich zur Versorgung im Basisjahr).

Abbildung 21: Gap-Analyse: Differenz zwischen Angebot und Nachfrage an FÄ für Innere Medizin, Fondskrankenanstalten, 2023 bis 2035



Quelle: IHS.

Anmerkungen: Y-Achse beginnt bei 3.500 FÄ. Prozentzahlen: Prozent der Nachfrage im Jahr 2035.

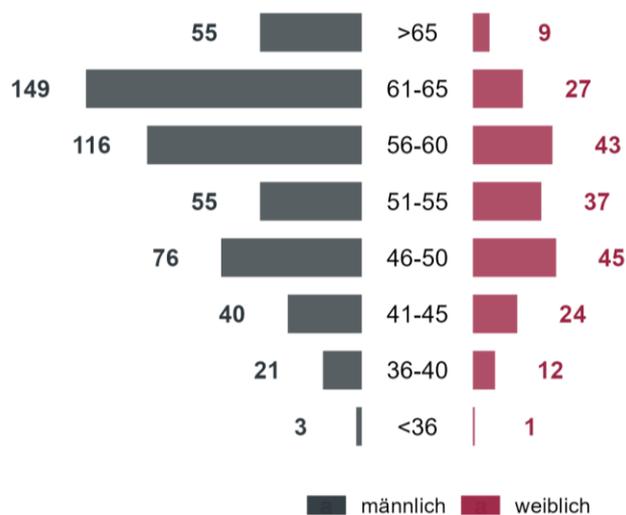
VL: Versorgungsleistung, gemessen an der durchschnittlichen Versorgungsleistung je FA im Basisjahr.

3.3 Modell 2: Kassenärztliche Versorgung

3.3.1 Angebot

Modell 2 umfasst alle FÄ für Innere Medizin, für die bei der ÖÄK ein Vertragsverhältnis mit ÖGK, BVAEB und/oder SVS registriert ist, sofern sie eine entsprechende Planstelle (und nicht eine Planstelle für ein anderes Fach, insbesondere Allgemeinmedizin) innehaben. Für das Basisjahr 2023 werden somit 713 Personen in Modell 2 berücksichtigt. Die Altersverteilung unterscheidet sich von jener im intramuralen Bereich insofern, als dass in Kassenpraxen ein (noch) höherer Anteil älterer Männer zu verzeichnen ist, vgl. Abbildung 22.

Abbildung 22: Altersverteilung der in Modell 2 berücksichtigten FÄ, Vertrag mit ÖSG, BVAEB und/oder SVS, Stand 01.01.2023



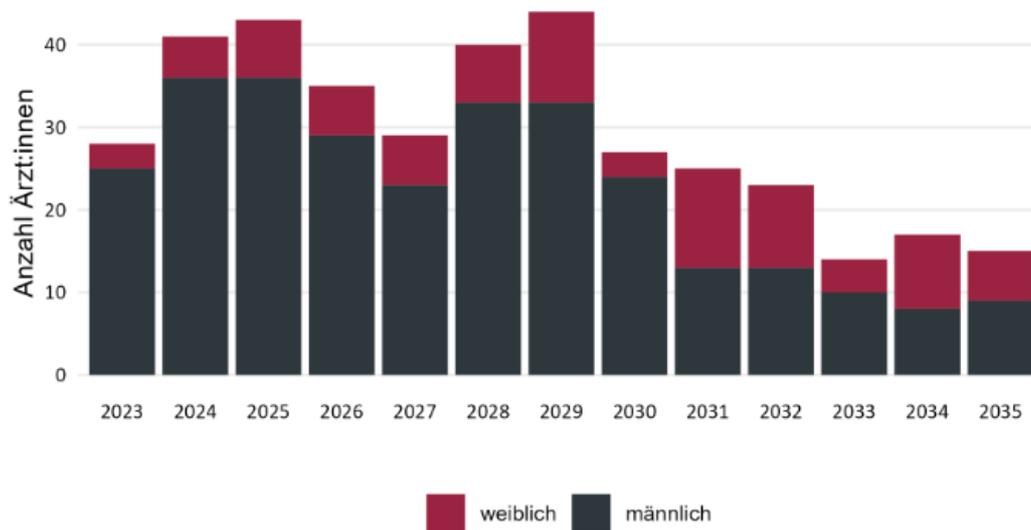
Quelle: Daten ÖÄK, Darstellung IHS.

Die Entwicklung der zukünftigen Kapazität in Kassenpraxen wird unter zwei verschiedenen Annahmen über den Eintritt in den Ruhestand berechnet. Bei einheitlichem Pensionseintritt mit 65 Jahren gehen wir für das Jahr 2023 von einer Kapazität von 649 Personen aus, bei einschleichendem Pensionsantritt von 676.

Abbildung 22 macht die kommende Pensionierungswelle deutlich. Diese Abbildung erlaubt aber keine exakte Prognose, wann genau die entsprechenden Personen ihren Kassenvertrag zurückgeben, da sie dazu erst im Alter von 70 Jahren verpflichtet sind. Erst wenn sie den Kassenvertrag zurückgeben, wird die entsprechende Planstelle frei für eine Neuübernahme. Somit hängt die Zahl von „Nachrückern“ nicht allein von deren Willen

ab, tatsächlich mit Kassenvertrag zu arbeiten, sondern auch von der Verfügbarkeit entsprechender Planstellen. Annahmegemäß nehmen bei „vollem Inflow“ pro Kalenderjahr rund 30 FÄ aus der praktischen Ausbildung einen Kassenvertrag an. Damit übersteigt in den meisten Jahren des Projektionszeitraums der Inflow in vertragsärztliche Tätigkeit die Zahl jener FÄ mit Vertrag, die das 65. Lebensjahr erreichen. Die Anzahl letzterer ist für den Projektionszeitraum in Abbildung 23 abgebildet, um diese Größe und den Verlauf der Diskrepanz einschätzen zu können. Es zeigt sich, dass sich – gemessen am Status Quo – diese Lücke erst in der zweiten Hälfte des Projektionszeitraums weiter öffnet.

Abbildung 23: Anzahl der in Modell 2 (Kassenvertrag) berücksichtigten FÄ, die das 65. Lebensjahr erreichen



Quelle: Daten ÖÄK, Darstellung IHS.

Entsprechend der Verteilung der Tätigkeit im Basisjahr 2023 wird angenommen, dass sich pro Jahr 29 bzw. 23 Personen der neu ausgebildeten FÄ für eine Tätigkeit im Kassenbereich entscheiden (je nach Szenario gleichbleibender oder reduzierter Inflow). Abhängig von der Attraktivität der Kassenstellen dürfte sich somit der Bestand an FÄ mit Kassenvertrag im Jahr 2035 um weniger als fünf Prozent (gleichbleibender Inflow) oder aber um fast 20 Prozent (reduzierter Inflow) verringern.

Im Szenario mit Stundenreduktion bzw. einer niedrigeren Versorgungskapazität (um 10 %) der neu eintretenden FÄ sinkt das verfügbare Angebot an ärztlicher Kapazität mit Kassenvertrag bis 2035 zwar stärker, die Abweichung ist im Vergleich zur Auswirkung des variierten Inflows aber deutlich weniger signifikant. Die prognostizierten Änderungen sind in Tabelle 10 zusammengefasst.

Tabelle 10: Berechnete Anzahl von FÄ mit Kassenvertrag im Jahr 2035 unter alternativen Annahmen

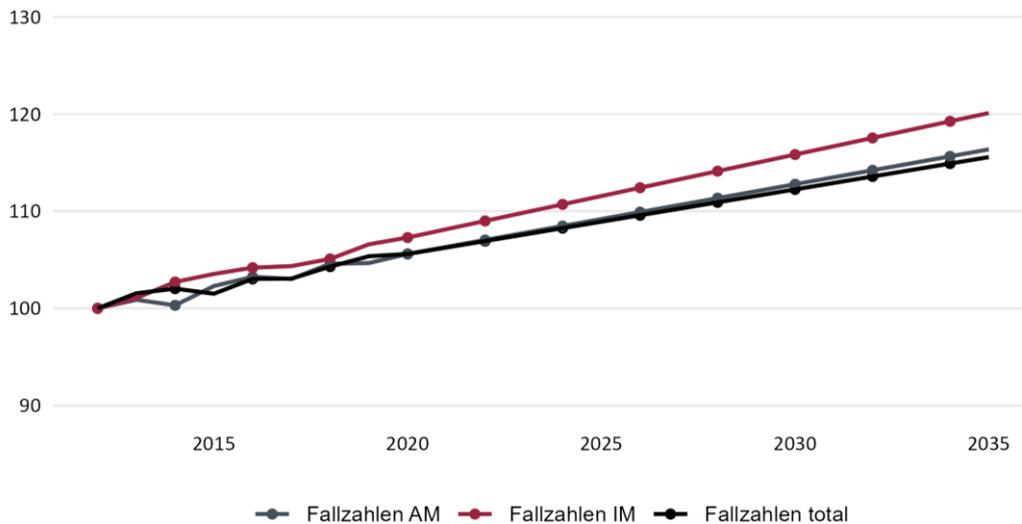
Annahmen über Inflow und Outflow	Stundenausmaß neuer FÄ	
	100 %	90 %
	<i>In Personen</i>	
Inflow wie Bestand 2023, Pensionsantritt mit 65 J.	631	595
Inflow wie Bestand 2023, Pensionsantritt einschleifend	646	610
Reduzierter Inflow, Pensionsantritt mit 65 J.	571	535
Reduzierter Inflow, Pensionsantritt einschleifend	586	550
	<i>Veränderung in Prozent gegenüber 2023</i>	
Inflow wie Bestand 2023, Pensionsantritt mit 65 J.	-2,8 %	-8,3 %
Inflow wie Bestand 2023, Pensionsantritt einschleifend	-4,4 %	-9,8 %
Reduzierter Inflow, Pensionsantritt mit 65 J.	-12,0 %	-17,6 %
Reduzierter Inflow, Pensionsantritt einschleifend	-13,3 %	-18,6 %

Quelle: IHS.

3.3.2 Nachfrage bzw. Inanspruchnahme

Für die Modellierung der Inanspruchnahme im kassenärztlichen Bereich kann, wie erwähnt, auf keinerlei öffentliche Prognose oder Projektionsrechnung zurückgegriffen werden. Aufbauend auf die Fallzahlen der drei großen Krankenversicherungen ÖGK, BVAEB und SVS wird daher eine Trendschätzung herangezogen. Auch hier wird für den Projektionszeitraum eine gleichbleibende Produktivität der FÄ (im Sinne einer konstanten Fallzahl pro Person mit Kassenvertrag) unterstellt, um die Anzahl der für diese Versorgung notwendigen FÄ abzuschätzen. Unter der somit skizzierten Nachfrage ergibt sich für das Jahr 2035 eine Anzahl von 768 benötigten FÄ, was gemessen am Bestand im Jahr 2023 einem Zuwachs von 92 Personen oder 13,6 Prozent entspricht.

Abbildung 24: Entwicklung der Fallzahlen bei FÄ mit Kassenvertrag (ÖGK, BVAEB und/oder SVS) bis 2035



Quelle: IHS.

Eine getrennte Darstellung der drei großen Kassen wäre zwar für Fallzahlen, nicht aber für notwendige Planstellen sinnvoll: Bei Vorliegen eines ÖGK-Vertrages werden in der Regel auch Verträge mit den beiden anderen Kassen abgeschlossen. Es ist aber unklar, in welchem Ausmaß sich die Tätigkeit von FÄ mit Verträgen mit BVAEB und SVS, nicht aber ÖGK auf Versicherte dieser Kassen verteilt. Damit ist eine nach Kassen getrennte Darstellung des Bedarfs an Kassen-FÄ nicht zielführend.

3.3.3 Zusammenführung von Angebot und Nachfrage

Je nach getroffenen Modellannahmen ist für den kassenärztlichen Bereich bis zum Jahr 2035 eine Lücke von rund 100 bis 200 Personen (bei gleichbleibenden Wochenstunden wie aktuell) zu erwarten, siehe Tabelle 11. Sind Neueintretende nur noch bereit, in reduziertem Stundenausmaß zu arbeiten, vergrößert dies die Lücke naturgemäß. Im Szenario eines Inflows analog zur aktuellen Verteilung der FÄ nach Versorgungssetting wäre der Effekt des reduzierten Stundenmaßes sogar stärker (da die Berechnung die Stundenreduktion nur auf Neueintritte bezieht). Sollte diese Annahme eines weiterhin gleichbleibenden Stundenausmaßes der im Basisjahr Beschäftigten zu optimistisch sein, würde die Lücke in der kassenärztlichen Versorgung noch größer werden.

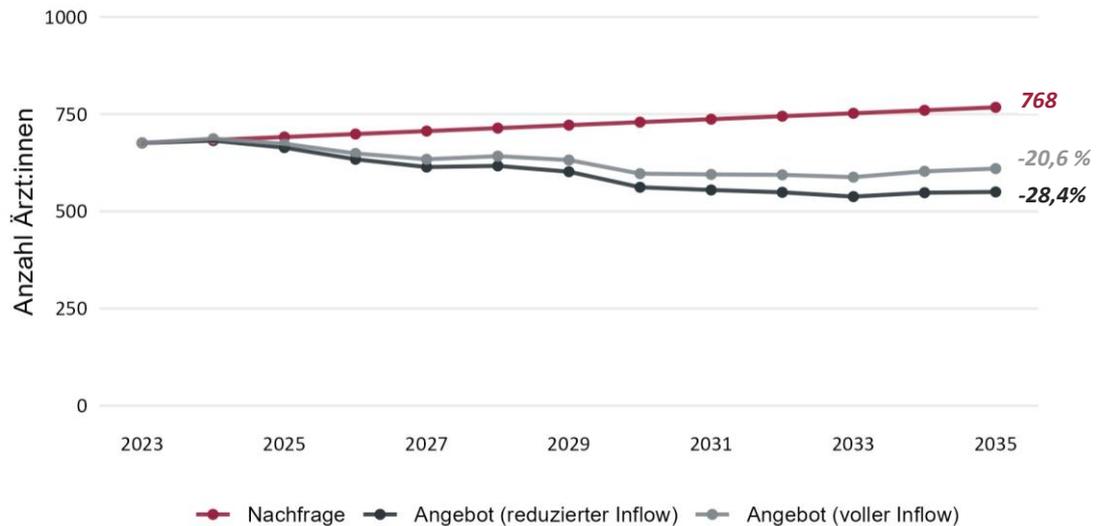
Tabelle 11: Gap-Analyse: Differenz zwischen Angebot und Nachfrage an FÄ für Innere Medizin, kassenärztlicher Bereich (ÖGK, BVAEB, SVS), 2035

Annahmen über Inflow und Outflow	Stundenausmaß neuer FÄ	
	100 %	90 %
	<i>In Personen</i>	
Inflow wie Bestand 2023, Pensionsantritt mit 65 J.	-106	-142
Inflow wie Bestand 2023, Pensionsantritt einschleifend	-122	-158
Reduzierter Inflow, Pensionsantritt mit 65 J.	-165	-201
Reduzierter Inflow, Pensionsantritt einschleifend	-182	-218
	<i>In Prozent</i>	
Inflow wie Bestand 2023, Pensionsantritt mit 65 J.	-14,4 %	-19,3 %
Inflow wie Bestand 2023, Pensionsantritt einschleifend	-15,9 %	-20,6 %
Reduzierter Inflow, Pensionsantritt mit 65 J.	-22,4 %	-27,3 %
Reduzierter Inflow, Pensionsantritt einschleifend	-23,7 %	-28,4 %

Quelle: IHS.

Die derzeit vorliegenden Erfahrungen lassen die folgenden Modellierungsannahmen für den Kassenbereich am wahrscheinlichsten erscheinen: ein einschleifender Pensionseintritt, eine bei Neueintritten auf 90 Prozent des aktuell üblichen Umfangs sinkende Arbeitszeit bzw. Versorgungsleistung, und ein Inflow aus der Ausbildung, der zwischen dem aktuellen und einem um 20 Prozent reduzierten Wert liegt. Der prognostizierte Bedarf und das prognostizierte Angebot sind in Abbildung 25 dargestellt. Die Abbildung zeigt, dass der Bedarf unter den gegebenen Annahmen bereits ab dem Jahr 2025 das Angebot übersteigt. Am Ende des prognostizierten Zeitraums beträgt der Gap ca. 160 bis 220 FÄ.

Abbildung 25: Gap-Analyse: Differenz zwischen Angebot und Nachfrage an FÄ für Innere Medizin, kassenärztlicher Bereich, 2023 bis 2035



Quelle: IHS.

Anmerkung: Prozentzahlen: Prozent der Nachfrage im Jahr 2035.

3.4 Modell 3: Öffentliches Gesundheitswesen

Eine Abschätzung des allfälligen zukünftigen Gaps für die Gesamtheit der Inneren Medizin ist uns nicht möglich, da uns über die nicht modellierten Bereiche zu wenige Informationen vorliegen. Eine Zusammenführung der beiden Modelle deckt aber den Großteil der öffentlichen Gesundheitsversorgung ab.

Unter allen getroffenen Modellannahmen ergibt sich für das Jahr 2035 ein Gap, die im öffentlichen Gesundheitssystem arbeitenden FÄ decken also die prognostizierte Nachfrage nicht ab. Je nach getroffenen Annahmen wird ein Fehlbedarf von 35 bis zu 139 Personen errechnet, sofern die Neueintretenden eine gleich hohe Versorgungsleistung erbringen wie die derzeit beschäftigten FÄ. Sinkt die Versorgungsleistung der Neueintretenden um durchschnittlich zehn Prozent gegenüber dem aktuellen Durchschnitt, müssen wir von einer deutlich größeren Versorgungslücke ausgehen: die Berechnungen ergeben einen Gap von 251 bis 354 FÄ.

Aus den Hauptszenarien der Modelle 1 (Fondsspitäler) und 2 (Kassenbereich) mit einschleifendem Pensionsantritt, einer bei Neueintritten auf 90 Prozent des aktuellen Umfangs sinkenden Versorgungsleistung, und einem um bis zu 20 Prozent reduzierten

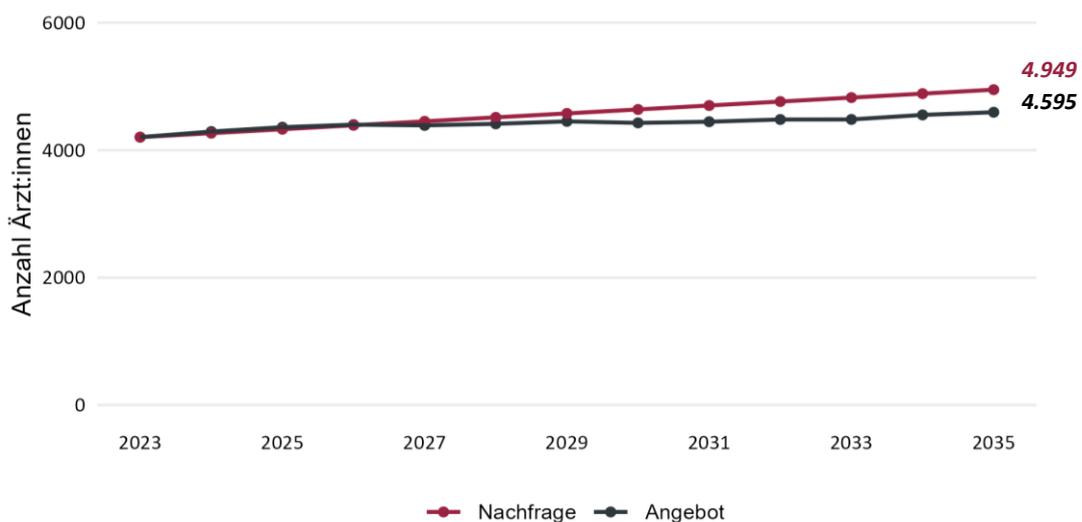
Inflow aus der Ausbildung in den Kassenbereich ergibt sich in der Gesamtbetrachtung des öffentlichen Gesundheitswesens folgendes Bild: Der prognostizierte Bedarf übersteigt das prognostizierte Angebot ab dem Jahr 2027 und der Gap beträgt im Jahr 2035 354 FÄ (Angebot 8 % kleiner als der Bedarf, siehe Abbildung 26).

Tabelle 12: Gap-Analyse: Differenz zwischen Angebot und Nachfrage an FÄ für Innere Medizin, Fondskrankenanstalten und kassenärztlicher Bereich, 2035

Annahmen über Inflow und Outflow	Stundenausmaß neuer FÄ	
	100 %	90 %
	<i>In Personen</i>	
Inflow wie Bestand 2023, Pensionsantritt mit 65 J.	-35	-251
Inflow wie Bestand 2023, Pensionsantritt einschleifend	-78	-294
Reduzierter Inflow, Pensionsantritt mit 65 J.	-95	-311
Reduzierter Inflow, Pensionsantritt einschleifend	-139	-354
	<i>In Prozent</i>	
Inflow wie Bestand 2023, Pensionsantritt mit 65 J.	-0,7 %	-5,2 %
Inflow wie Bestand 2023, Pensionsantritt einschleifend	-1,6 %	-5,9 %
Reduzierter Inflow, Pensionsantritt mit 65 J.	-2,0 %	-6,9 %
Reduzierter Inflow, Pensionsantritt einschleifend	-2,9 %	-7,7 %

Quelle: IHS.

Abbildung 26: Projektion von Angebot und Nachfrage an FÄ im öffentlichen Bereich, 2023–2035: Hauptszenarien



Quelle: IHS.

3.5 Limitationen

Aufseiten der intramuralen Nachfrage wird auf die im ÖSG enthaltenen Vorsorgematrizen (Planwerte) aufgebaut. Parallele Berechnungen mit den Versionen 2017 und 2023 zeigen große Unterschiede auf, die wohl mit den Erfahrungen der Pandemie und den dadurch verursachten Veränderungen zu begründen sind. Gleichzeitig weisen diese Schwankungen auf die **Sensibilität der Projektionsannahmen** bezüglich aktueller Entwicklungen hin. Wenngleich die Pandemie einen massiven Einfluss auf das Leistungsgeschehen hatte und hat, der in ähnlicher Größe selten auftritt, sind weitere Verschiebungen, sei es pandemieunabhängig oder als Folgewirkung, naturgemäß kaum vorherzusehen und daher auch kaum in Projektionsrechnungen abbildbar. Darüber hinaus ist aus den öffentlich vorhandenen Unterlagen zum ÖSG nicht vollständig klar, welche konkreten Annahmen den veröffentlichten Planwerten zugrunde gelegt wurden.

Die Berechnungen der Nachfrage bzw. Inanspruchnahme sind von großen Unsicherheiten geprägt, insbesondere bezogen auf die zukünftige Entwicklung. Für Kassenleistungen liegt unseres Wissens **keinerlei öffentliche Nachfrageprognose** vor. Die hier verwendete Extrapolation des Trends bei Fallzahlen ist eine sehr vereinfachende Vorgehensweise, die keinerlei Entwicklungen auf der Bedarfsseite berücksichtigt, insbesondere auch nicht den Faktor Demografie. Außerdem ist weder explizit modelliert, welchen Einfluss die Inanspruchnahme von privat- und wahlärztlichen Leistungen auf die Inanspruchnahme von Kassenleistungen hat, wie die politisch gewollte Präferenzordnung digital – ambulant – stationär den Kassenbereich verändern wird, noch ob längerfristige Pandemiefolgen eine spürbare Veränderung bewirken werden bzw. bereits bewirkt haben (Stichworte Long Covid und Post Covid).

Der gewählte Ansatz einer **für ganz Österreich aggregierten Projektion** kaschiert den Fakt, dass die Versorgungslage nicht in allen Landesteilen gleich gut oder schlecht ist. Unvermeidlicherweise bestehen Unterschiede in der Versorgungsdichte, was besonders am Vergleich zwischen Wien und Oberösterreich auffällt (Vgl. Kapitel 2.1.5). Dadurch werden allfällige Gaps in einzelnen Landesteilen deutlicher ausfallen, als sie in der Österreichbetrachtung zum Ausdruck kommen. Eine ähnliche Problematik ergibt sich bezogen auf die neue **Fächergliederung** innerhalb des früher einheitlichen Fachs Innere Medizin: Selbst wenn die bloße Anzahl an ausgebildeten FÄ für eine gute Versorgung ausreichen sollte, kann Unterversorgung bestehen, sobald die Fächerstruktur zwischen den mit Innerer Medizin kombinierten Sonderfächern nicht passt. Da sich das Interesse junger FÄ in der Regel auf einzelne dieser Fächer konzentriert, sind auch hier punktuell größere Gaps zu erwarten als die Gap-Analyse für die Gesamtheit der Inneren Medizin aufzeigt.

Es wird erneut darauf hingewiesen, dass die Begrifflichkeiten **Nachfrage – Bedarf – Inanspruchnahme** in Berechnungen wie der vorliegenden schwierig abzugrenzen sind, bzw. eine korrekte Benennung einen ständigen Wechsel der Begrifflichkeit verlangt: die zukünftige Nachfrage wird abgeschätzt aus der beobachteten Inanspruchnahme der Vergangenheit, die in der Regel aber weder mit dem (medizinischen) Bedarf noch mit der tatsächlichen Nachfrage übereinstimmt. Sollte im Basisjahr der Berechnung bereits Unterversorgung bestehen, wird diese durch diesen Projektionsansatz lediglich fortgeschrieben und kann in den berechneten zukünftigen Gaps nicht dargestellt werden, solange allfällige Gaps im Basisjahr auch nicht numerisch bekannt sind. Die Differenz aus der fortgeschriebenen Inanspruchnahme entspricht aber nicht notwendigerweise der zukünftigen Inanspruchnahme – nämlich dann, wenn es tatsächlich zu einem zu knappen Angebot kommt. Insofern wird eher eine Nachfrage abgeschätzt – die aber nicht direkt mit der vergangenen Nachfrage vergleichbar ist, da das Ausmaß der unbefriedigten Nachfrage auch aus der Vergangenheit nicht bekannt ist, weil es eben zu keiner Inanspruchnahme gekommen ist.

Aufseiten des Angebots sind ebenfalls Limitationen zu nennen: Erstens liegen nur für einzelne Tätigkeitsbereiche Informationen vor. Insbesondere ist unklar, in welchem Ausmaß die in der Ärzteliste als „NA“ eingetragenen Personen in welchem Setting arbeiten, wobei auch für andere Tätigkeitsbereiche keine Informationen über das **Stundenausmaß** vorhanden sind. Ebenso ist unklar, in welchem Ausmaß Wahlärzt:innen Versorgungsleistungen erbringen. Eine zweite Limitation liegt in der Annahme, dass zukünftig gleich viele Ausbildungsstellen (bzw. Absolvent:innen der FA-Ausbildung) zur Verfügung stehen. Mögliche Engpässe können hierbei nicht nur in der praktischen fachärztlichen Ausbildung bestehen, sondern bereits in früheren Ausbildungsphasen, wie der Basisausbildung oder dem klinisch-praktischen Jahr.

4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Der vorliegende Bericht liefert Projektionsrechnungen für die zukünftig verfügbare Anzahl von Fachärzt:innen für Innere Medizin und stellt sie dem voraussichtlichen Bedarf in Österreich gegenüber. Derartige Berechnungen unterliegen vielen Annahmen über zukünftige Entwicklungen, und können daher keineswegs eine „Voraussage“ über die zukünftige Versorgungslage darstellen. Dies gilt umso mehr in der aktuellen Situation, in der die laufende Gesundheitsreform die Zielsetzung verfolgt, die (im internationalen Vergleich) ausgedehnte stationäre Versorgung einzudämmen und stärker durch ambulante, niedergelassene und, soweit möglich, auch digitale Versorgung zu ersetzen. Die Auswirkung der geplanten Änderungen für wahlärztliche Tätigkeit sowie die Gründung von Ambulatorien sind derzeit noch genauso wenig einschätzbar wie die Folgen von weiterer Digitalisierung und dem Einsatz von Künstlicher Intelligenz; all diese Faktoren können daher auch nicht modelliert werden. Die Ergebnisse der dargestellten Projektionsrechnungen sollen aber als Möglichkeit für die Abschätzung genutzt werden, welche „Stellschrauben“ für die Versorgung zur Verfügung stehen und wie stark sich Änderungen bei einzelnen der bereits jetzt abschätzbaren Faktoren (wie Arbeitszeit, Berufsende) auf die Versorgungslage auswirken.

Die Projektionsrechnungen für den Bereich der **Fondsspitäler** ergeben eine Differenz zwischen Angebot und Nachfrage, die im Jahr 2035 in keiner Modellvariante über +/- 3,5 Prozent der für die prognostizierte Nachfrage nötigen Kapazität hinausgeht. Je nach dem Stundenausmaß bzw. der von den Neueintretenden geleisteten Versorgungskapazität ist der Gap leicht positiv (bei gleichbleibender Versorgungsleistung) oder etwas größer und negativ (bei 90 % der jetzt aktuellen Versorgungskapazität pro FA oder FÄ). Auch Unterschiede im Pensionsantritt schlagen sich nur in geringem Umfang in der Größe des Gaps nieder; der Unterschied zwischen den Modellvarianten (einheitliches Pensionsalter 65 Jahre bzw. ausschleifend zwischen 65–70 Jahren) wird für 2035 rund 30 FÄ betragen.

Ursprünglich wurden für dieses Projekt die Zahlen aus dem ÖSG 2017 für die Projektion der Nachfrage in Fondsspitalern herangezogen, da der neue ÖSG 2023 erst im Jänner 2024 veröffentlicht wurde. Für diesen Bericht konnten schlussendlich doch noch die aktualisierten Zahlen aus dem ÖSG 2023 verwendet werden. Daher ist es interessant zu sehen, wie sich der Gap ändert, je nachdem von welcher ÖSG-Version ausgegangen wird. Laut Planwerten aus dem Jahr 2017 steigt die Nachfrage bis 2030 (dem letzten Jahr, für das auch der aktuelle ÖSG Zahlen ausweist) deutlich weniger stark an, wodurch der Bedarf an FÄ in Modell 1 (Fondsspitäler) am Ende des Projektionszeitraums um 15 Prozent kleiner ist. Auf Basis dieser Planwerte würde sich mit Trendfortschreibung ein positiver

Gap von ca. 550 Personen im Jahr 2035 ergeben; im Vergleich dazu fehlen im Jahr 2035 ca. 140 Ärzt:innen (-3 %), wenn die Trendfortschreibung auf Basis des ÖSG 2023 vorgenommen wird. Dies zeigt, dass – wie erwartet – die Projektion sehr sensitiv ist gegenüber Änderungen in den Planwerten, die den Nachfrageindikator für unsere Gap-Analyse im intramuralen Bereich bilden.

Der Bestand an **Kassenärzt:innen** ist in allen gerechneten Modellvarianten im Jahr 2035 niedriger als im Basisjahr. Die größten Unterschiede ergeben sich hier in Abhängigkeit von der Annahme, wie viele Personen tatsächlich einen Kassenvertrag abschließen. Die beiden anderen variierten Parameter – gewähltes Arbeitsausmaß der neuen Kassenärzt:innen und Timing des Pensionsantritts der älteren – wirken sich quantitativ weniger stark aus. Man könnte zwar kritisieren, dass dies an der Stärke liegt, mit der die entsprechenden Modellparameter variiert wurden – Stundenreduktion um zehn Prozent, aber Reduktion der neuen Abschlüsse um zwanzig Prozent. Allerdings wurde dieses Ausmaß so gewählt, wie es aufgrund der vorliegenden Informationen wahrscheinlich erscheint. Die somit aufgezeigten Bandbreiten sollen verdeutlichen, in welche Richtung und in welchem Ausmaß die mit Unsicherheit behafteten Parameter die Entwicklung allfälliger Gaps beeinflussen.

Beide Berechnungsmodelle wurden zu einem Modell für den **öffentlichen Bereich** zusammengeführt. In dieser Zusammenschau ergibt sich unter allen getroffenen Modellannahmen für das Jahr 2035 ein Gap; die im öffentlichen Gesundheitssystem arbeitenden FÄ decken also die prognostizierte Nachfrage nicht ab. Je nach getroffenen Annahmen reicht der Fehlbedarf von 35 bis zu 246 Personen, sofern die Neueintretenden eine gleich hohe Versorgungsleistung erbringen wie die derzeit beschäftigten FÄ. Sinkt die Versorgungsleistung der Neueintretenden um durchschnittlich zehn Prozent gegenüber dem aktuellen Durchschnitt, müssen wir von einer deutlich größeren Versorgungslücke ausgehen: die Berechnungen ergeben einen Gap von 251 bis 354 FÄ.

Aus den Modellbetrachtungen ergibt sich somit eine kritischere Situation im Kassenbereich als in den Spitälern. Hier ist die Möglichkeit für Patient:innen, private statt öffentliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, durch die österreichische Besonderheit des Wahlarzt-Systems auch stärker gegeben als im vergleichsweise kleineren Bereich der Privatspitäler. Unklar ist, in welchem Ausmaß der private Sektor bereits jetzt Versorgungsleistungen erbringt, und inwieweit einzelne Bevölkerungsgruppen von dieser Versorgungsschiene (insbesondere aus finanziellen Gründen) so weit abgeschnitten sind, dass es hier zu ernsthafter Unterversorgung kommt. Da sich – ceteris paribus – Wartezeiten im kassenärztlichen Bereich zukünftig verlängern dürften, ist die Gesundheitspolitik aufgerufen, verstärkt auf gleiche Zugangsmöglichkeiten aller Bevölkerungsschichten zur fachärztlichen Versorgung zu achten.

Soll in Zukunft ein größerer Teil der Versorgung durch niedergelassene Fachärzt:innen übernommen werden (Stichwort Ambulantisierung), sind rechtzeitig die Weichen zu stellen, damit diese Kapazität extramural auch vorhanden ist. Unter den derzeitigen Versorgungsbedingungen ist davon auszugehen, dass die kassenärztlichen Kapazitäten bereits im Jahr 2035 um rund ein Viertel zu niedrig sein werden, um eine Versorgung wie im Status quo aufrecht zu erhalten. Eine weitere Verlagerung im Sinne von „ambulant vor stationär“ ist hier noch nicht einberechnet, insofern wäre selbst dieser Fehlbedarf in der extramuralen Versorgung noch zu optimistisch. Auch die Folgen von medizinisch-technischem Fortschritt und jene einer weiteren Digitalisierung in der Versorgung konnten mangels Informationen über zu erwartende Richtungen der Auswirkung nicht berücksichtigt werden.

Als wichtigste der berücksichtigten Stellschrauben, um eine bessere Versorgung zu erreichen, stellt sich die tatsächliche Teilnahme der Neueintretenden am öffentlichen Versorgungssystem heraus (und selbstredend, der Verbleib der bereits dort Aktiven während ihres Erwerbsalters). Als Engpass erscheint nicht die Zahl von Absolvent:innen eines Medizinstudiums, sondern die Entscheidung, in welchem Versorgungsbereich die Tätigkeit nach Erlangen der Facharztqualifikation aufgenommen bzw. fortgesetzt wird.

Eine weitere Voraussetzung ist allerdings, dass die Absolvent:innenzahl der **Facharztausbildung** annähernd auf dem Niveau der letzten Jahre verharrt. Ob die berufspraktischen Ausbildungskapazitäten hierfür ausreichen, wäre gesondert zu untersuchen. Der berechnete Fehlbedarf für 2035 entspricht bis zu knapp zwei Ausbildungsjahrgängen, wenn die derzeitige Absolvent:innenzahl der fachärztlichen Ausbildung gehalten werden kann. Ob dies der Fall sein wird, ist aus mehreren Gründen nicht sicher. Hierzu sind insbesondere zwei kritische Engpassfaktoren zu nennen: Erstens, sind ausreichend viele Ausbildungsplätze in der Personalplanung vorgesehen und damit auch finanziert, und zweitens, sind ausreichend viele als Lehrende qualifizierte Personen vorhanden? Damit wird klar, dass die ausreichende Verfügbarkeit von FÄ in der Zukunft durch den Ausbau der Studienplätze für Medizin keineswegs gewährleistet ist, solange nicht auch Kapazitäten für die praktische Ausbildung vorgehalten werden.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass die Feminisierung der Medizin und ihre Auswirkung auf die Arbeitszeit bzw. Kapazität nicht explizit modelliert wurde. Allerdings ist der Effekt in gewissem Maße durch das Szenario mit einem auf 90 Prozent reduzierten Stundenausmaß abgebildet. Während für die bereits jetzt berufsausübende Ärzteschaft eine unveränderte Arbeitszeit unterstellt wird – die auch aktuell nicht notwendigerweise ein ganzes Vollzeitäquivalent pro Person betragen muss – wird die berechnete Reduktion um 10 Prozent auf alle Neueintritte angewandt, sodass stärkere Teilzeittätigkeit hier abgebildet sein sollte. Konkrete Zahlen, um das vorhandene oder zukünftige Ausmaß von Teilzeittätigkeit abbilden zu können, liegen uns leider nicht vor.

Wie immer bei derartigen Projektionen, musste eine Reihe von **Annahmen** über zukünftige Entwicklungen getroffen werden. Eine der kritischsten Annahmen ist hierbei, in welchem Versorgungssetting die Absolvent:innen der internistisch-fachärztlichen Ausbildung ihre Tätigkeit aufnehmen. Hierfür wurde die technische Annahme getroffen, dass ein gleich hoher Anteil jedes „neuen“ Jahrgangs in den Fondsspitalern bzw. auf Kasernenstellen arbeiten wird, wie es dem Anteil im Bestand des Basisjahres entspricht. Neben einer gleichbleibenden Anzahl von Absolvent:innen wird hiermit implizit unterstellt, dass diese Absolvent:innen auch tatsächlich dazu motiviert sind oder werden können, im öffentlichen Bereich des Gesundheitssystems zu arbeiten. Diese Frage ist besonders im kassenärztlichen Bereich schon heute ein öffentlich diskutiertes Thema – mit bereits weit stärkeren Auswirkungen in anderen Fächern als IM. Für den kassenärztlichen Bereich wurde die Tragweite dieser Thematik durch die Unterscheidung der beiden Projektionsszenarien „ganzer“ bzw. „reduzierter“ Inflow dargestellt. Prinzipiell stellt sich das gleiche Thema aber auch im spitalsärztlichen Bereich, wo bereits aktuell regional über Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung offener Stellen berichtet wird. Dies weist auf existierende regionale Gaps hin, die in der Projektionsrechnung gewissermaßen untergehen.

Eine weitere kritische Annahme ist die Frage der Versorgungsleistung pro Kopf. Welchen Einfluss die laufenden Entwicklungen hier haben werden, wird im Spitalsbereich implizit durch die Annahmen des ÖSG berücksichtigt, über die aber kaum öffentliche Informationen vorliegen. Während unbestritten ist, dass Digitalisierung und Einsatz von Künstlicher Intelligenz die Versorgung verändern werden, ist der Einfluss auf die benötigten Personalkapazitäten noch unklar und konnte dementsprechend nicht berücksichtigt werden.

Schlussendlich ist bedauerlich, dass keinerlei öffentlich zugängliche Nachfrageprognose vorliegt, die über die im ÖSG enthaltenen Planwerte hinausgeht, weder in inhaltlicher Hinsicht – bezogen auf kassen- und wahlärztliche Leistungen – noch in zeitlicher Hinsicht. Angesichts des notgedrungen langen Timelags, mit dem Änderungen z. B. im Ausbildungssystem in der Versorgung ankommen können, ist für einen im Jahr 2024 veröffentlichten Bericht ein Planungshorizont 2030 sehr kurz.

5 Anhang

5.1 Zuordnungsregeln bei Mehrfachbeschäftigung

Es liegt nur sehr eingeschränkte Information darüber vor, in welchem Arbeitssetting die Anstellung der als „A“ oder „NA“ Beschäftigten erfolgt, und gar keine Information über das gearbeitete Stundenausmaß. „Anstellung“ von Ärzt:innen in Österreich hieß lange Zeit vor allem Berufstätigkeit in einem Krankenhaus. In den letzten Jahren hat aber auch die Anstellung in (Gruppen-)Praxen an Bedeutung gewonnen, auch diese Personen sind als „angestellt“ erfasst, jedoch nicht getrennt nach Arbeitsort bzw. -setting. Die von der Ärztekammer zur Verfügung gestellten Daten weisen lediglich aus, dass 61 (44 Frauen, 17 Männer) der als ausschließlich angestellt und zwölf (je sechs Frauen und Männer) der als niedergelassen und angestellt Tätigen bei der ÖGK angestellt sind. Hierunter dürften vor allem Personen im Chefärztlichen Dienst der ÖGK fallen, die demnach nicht als versorgungsrelevante Kapazität mitgerechnet werden.

Die Erfassung der Arbeitssettings erfolgt in den Ärztekammern der Bundesländer. Personen, die in mehreren Bundesländern tätig sind, müssen auch in jedem dieser Bundesländer in der jeweiligen Ärztekammer registriert sein. Hierdurch kommt es zu mehrfachen Einträgen einzelner Personen; eine österreichweit aggregierte Darstellung nach Tätigkeitsbereich muss daher Zuordnungsregeln anwenden, sobald sich länderweise unterschiedliche Eintragungen bzw. Tätigkeiten bei einer Person ergeben. Eine Zuordnung nach Gewichtung der Tätigkeiten ist nicht möglich, weil keine Information über Stundenausmaß oder Einkommen vorliegen. Im Rahmen des vorliegenden Berichts werden die folgenden Zuordnungsregeln angewandt, um eine Einteilung für Modell 1 (Fondsspitäler) und Modell 2 (Kassenärztliche Versorgung) zu erreichen:

- Liegt ein Vertrag mit ÖGK oder den „kleinen Kassen“ vor: Modell 2, Gewichtung 1
- Liegt weder Anstellung noch vertragsärztliche Tätigkeit bei den Krankenkassen vor, werden alle Kombinationen von „A“, „N“ und „NA“ als „NA“ klassifiziert, mit Ausnahme von
 - „A“ und „A“ bleibt „A“ sowie
 - „N“ und „N“ bleibt „N“.
- Personen mit Tätigkeit „A“: Modell 1, Gewichtung 1
- Personen mit Tätigkeit „NA“: Modell 1, Gewichtung 0,75

- Personen mit Tätigkeit „N“ (ohne Kassenvertrag) oder „W“: nicht modelliert. In den nicht modellierten Bereich fallen auch 25 Prozent der „NA“-Personen.

Die vorrangige Zuordnung der Kassenärzt:innen lässt sich dadurch begründen, dass Kassenverträge bei Fachärzt:innen derzeit noch als Vollzeit-Stellen konzipiert sind. Einige Verträge über „halbe“ Stellen wurden zwar bereits für Allgemeinmedizin vergeben, sind im fachärztlichen Bereich aber noch nicht üblich.

Bei Tätigkeit „NA“ liegt keine konkrete Information über das jeweilige Stundenausmaß vor. Es wird angenommen, dass eine umfängliche Krankenhausanstellung in Kombination mit einer Privatpraxis weit häufiger ist als z. B. eine umfangreiche privat- oder wahlärztliche Tätigkeit kombiniert mit einer wenige Stunden umfassenden angestellten Tätigkeit, beispielsweise in Lehre oder Arbeitsmedizin. Die Gewichtung mit 0,75 für Modell 1 entspricht in etwa auch der Gewichtung in der Literatur (Österreichische Ärztekammer 2018).

5.2 Abgrenzung Innere Medizin für Fonds-Krankenanstalten

Tabelle 13: Liste der VMMHG mit wahrscheinlicher Beteiligung von FÄ für Innere Medizin

- (H05.a) Tuberkulose
- (H05.b) Akute Affektionen der mittleren Atemwege und Atelektase
- (H05.c) Pneumonie und Bronchiolitis
- (H05.d) Chronische Bronchialerkrankungen und Emphysem
- (H05.e) Maligne Neoplasien der unteren Atmungsorgane
- (H05.f) Andere Erkrankungen der Atmungsorgane
- (H05.h) Affektionen der Atmungsorgane (Symptome, Befunde)
- (H06.a) Hypertonie
- (H06.b) Akute Herzerkrankungen
- (H06.c) Chronische Herzerkrankungen
- (H06.d) Herzklappenfehler und Kardiomyopathie
- (H06.e) Herzrhythmusstörungen
- (H06.f) Aortenaneurysmen, andere Affektionen der Aorta
- (H06.g) Symptome und Zustände betreffend Herz und Kreislauf
- (H07.a) Affektionen der Arterien, außer Aorta
- (H07.b) Affektionen der Venen

- (H08.a) Maligne Neoplasien des Gastrointestinaltraks
- (H08.b) Maligne Neoplasien Leber, Galle, Pankreas
- (H08.c) Divertikulose und gutartige Neubildungen des Gastrointestinaltrakts
- (H08.d) Affektionen Ösophagus, Magen, Duodenum
- (H08.e) Komplizierte Darmerkrankungen und komplizierte Hernien
- (H08.f) Chronisch entzündliche Darmerkrankung, Malabsorption
- (H08.g) Sonstige Magen-Darm Affektionen
- (H08.h) Anorektale Erkrankungen
- (H08.i) Akute Hepatitis und Komplizierte Erkrankungen Leber, Galle, Pankreas
- (H08.j) Erkrankungen von Leber, Galle, Pankreas
- (H08.k) Symptome und Zustände betreffend Verdauungssystem
- (H09.a) Andere Infektionen der Urogenitalorgane
- (H09.c) Nephropathie
- (H09.e) Nephrolithiasis
- (H10.a) Maligne Neoplasien der Prostata, Hoden, Penis, andere
- (H11.a) Neoplasien der weiblichen Genitalorgane
- (H11.b) Entzündliche Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane
- (H12.a) Komplikationen in der Schwangerschaft und im Wochenbett
- (H14.a) Neoplasien von Knochen, Bindegewebe und Weichteilen
- (H14.b) Osteomyelitis und akute Arthritis
- (H14.c) Chronisch entzündliche und degenerative Erkrankungen am Bewegungsapparat
- (H14.d) Andere Affektionen am Bewegungsapparat
- (H16.a) Infektionen des Verdauungstraktes
- (H16.b) Infektionskrankheiten ohne topografische Zuordnung
- (H16.c) AIDS, HIV-Infektion und Assoziierte Erkrankungen
- (H17.a) Hämatologische Neoplasien (Leukämien, Lymphome u.a.)
- (H17.b) Anämien und andere Erkrankungen des Blutes
- (H18.a) Neoplasien endokriner Drüsen
- (H18.b) Erkrankungen der Schilddrüse und Nebenschilddrüse
- (H18.c) Diabetisches Koma u. komplizierte Stoffwechselstörungen
- (H18.d) Diabetes Mellitus
- (H18.e) Andere endokrine Störungen
- (H18.f) Mangelkrankungen und Störungen des Flüssigkeitshaushaltes
- (H18.g) Stoffwechselstörungen
- (H19.a) Maligne Neoplasie der Haut / Mamma
- (H19.f) Kollagenosen und Sarkoidose
- (H21.a) Vergiftungen, toxische Wirkungen
- (H23.a) Verdacht auf Neoplasie
- (M09.c) Eingriffe an den peripheren Gefäßen
- (M10.a) Implantation eines Schrittmachers, kardialen Monitors
- (M10.b) Implantation eines Defibrillators, von Systemen zur kardialen Resynchronisation
- (M21.a) Interventionelle Kardiologie - Koronarsystem

- (M21.b) Interventionelle Kardiologie - Rhythmologie
- (M21.c) Interventionelle Kardiologie - Vitientherapie
- (M22.a) Chemotherapie bei malignen Erkrankungen (MEL22.01, MEL22.02, MEL22.03, MEL22.04, MEL22.05, MEL22.06, MEL22.07, MEL22.16, AMG21.01, AMG21.02, AMG21.03, AMG21.04, AMG21.05, AMG21.06, AMG21.07, AMG21.16)
- (M22.b) Stammzelltransplantation und begleitende Maßnahmen (MEL22.08, MEL22.09, MEL22.10, MEL22.11, MEL22.12, MEL22.19, MEL22.21, MEL22.24, AMG21.19)
- (M22.c) Zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie (MEL22.13, MEL22.15, MEL22.18, MEL22.25, MEL22.26, AMG21.13, AMG21.15, AMG21.18, AMG21.25, AMG21.51, AMG21.52)
- (M22.d) Onkologische Therapie - Monoklonale Antikörper (MEL22.14, MEL22.23, AMG21.14, AMG21.23)
- (M22.e) Gabe von Einzelfaktorkonzentraten bei angeborenen Gerinnungsstörungen und Hemmkörperhämophilie (MEL22.20, AMG21.20)
- (M22.f) Andere spezifische Tumorthherapie (MEL22.22, MEL22.27, AMG21.22, AMG21.26)
- (M24.a) Nierenersatztherapie
- (M24.b) Pheresen und Albumindialyse
- (M26.a) Systemische Lysetherapie
- (M29.a) Extrakorporale/endoskopische Steinbehandlung
- (M29.b) Therapeutische ERCP / endoskopische Prothesenimplantation
- (M30.a) Behandlung auf einer AIDS-Station
- (M31.a) Tagesklinische Behandlung in der Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R) (MEL31.01, AMG20.11)
- (T01.a) Untersuchung und Behandlung an einer zentralen ambulanten Erstversorgungseinheit (ZAE) (APG18.03)
- (T02.a) Ambulanter Kontakt mit Leistungen aus dem tagesklinischen/stationären Bepunktungsmodell (AMG00.90)

6 Verzeichnisse

6.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fachärztinnen und Fachärzte für Sonderfächer der Inneren Medizin nach Tätigkeit, Stichtag 31.12.2022	3
Abbildung 2: Inländische Abschlüsse nach Sonderfächern der Inneren Medizin, 2022	9
Abbildung 3: Neu registrierte ausländische Diplome für Innere Medizin sowie Innere Medizin und X (N=342) oder Pulmologie (N=7) nach Land des Abschlusses, 2016 bis 2022	11
Abbildung 4: Fachärzt:innen für Innere Medizin je 100.000 Einwohner:innen, nach Bundesländern, inkl. Mehrfacheintragungen, Stichtag 31.12.2022	13
Abbildung 5: Fachärzt:innen für Innere Medizin nach breiten Altersgruppen und Bundesländern, inkl. Mehrfacheintragungen, Stichtag 31.12.2022	14
Abbildung 6: Anteil Kassenärzt:innen an allen Ärzt:innen nach Bundesländern, Stichtag 31.12.2022	14
Abbildung 7: Stationäre Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht: Durchschnittliche Aufenthalte je 1.000 Personen, Fondskrankenanstalten, 2022	17
Abbildung 8: Stationäre Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht: Durchschnittliche Aufenthalte je 1.000 Personen, Fondskrankenanstalten, 2019	17
Abbildung 9: Ambulante Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht: Durchschnittliche Besuche je 1.000 Personen, Fondskrankenanstalten, 2022	18
Abbildung 10: Ambulante Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht: Durchschnittliche Besuche je 1.000 Personen, Fondskrankenanstalten, 2019	18
Abbildung 11: Abgerechnete Fälle nach Krankenversicherungsträgern, Innere Medizin inklusive Sonder- und Zusatzfächern sowie Pulmologie, in Prozent, 2022	19
Abbildung 12: Entwicklung der abgerechneten Fälle nach Träger, Innere Medizin inklusive Sonder- und Zusatzfächern sowie Pulmologie, Index 2012=100, 2012–2022	20
Abbildung 13: e-card-Steckungen nach Altersgruppen, Innere Medizin inklusive Sonder- und Zusatzfächern sowie Pulmologie, Männer und Frauen, 2019 und 2022	22
Abbildung 14: Fallzahlen je 100 Anspruchsberechtigungen, ÖGK nach Bundesländern, 2019	23
Abbildung 15: Fallzahlen je 100 Anspruchsberechtigungen, ÖGK nach Bundesländern, 2022	23
Abbildung 16: Struktur des Angebotsmodells: Stock-Flow-Modell	25

Abbildung 17: Altersverteilung der in Modell 1 berücksichtigten FÄ: 100 % der „A“- plus 75 % der „NA“-Registrierungen, Stand 31.12.2022	31
Abbildung 18: Anzahl der in Fondskrankenanstalten tätigen FÄ, einschleifender Pensionseintritt, 2023–2035	32
Abbildung 19: Anzahl der in Modell 1 (Fondsspitäler) berücksichtigten FÄ, die das 65. Lebensjahr erreichen.....	33
Abbildung 20: Entwicklung von Aufenthalten/Besuchen in Fondskrankenanstalten bis 2035	34
Abbildung 21: Gap-Analyse: Differenz zwischen Angebot und Nachfrage an FÄ für Innere Medizin, Fondskrankenanstalten, 2023 bis 2035	35
Abbildung 22: Altersverteilung der in Modell 2 berücksichtigten FÄ, Vertrag mit ÖSG, BVAEB und/oder SVS, Stand 01.01.2023	36
Abbildung 23: Anzahl der in Modell 2 (Kassenvertrag) berücksichtigten FÄ, die das 65. Lebensjahr erreichen	37
Abbildung 24: Entwicklung der Fallzahlen bei FÄ mit Kassenvertrag (ÖGK, BVAEB und/oder SVS) bis 2035.....	39
Abbildung 25: Gap-Analyse: Differenz zwischen Angebot und Nachfrage an FÄ für Innere Medizin, kassenärztlicher Bereich, 2023 bis 2035	41
Abbildung 26: Projektion von Angebot und Nachfrage an FÄ im öffentlichen Bereich, 2023–2035: Hauptszenarien	42

6.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl an Fachärzt:innen für Innere Medizin gesamt sowie nach Vertragsstatus und Bundesländern, Stand 31.12.2022.....	7
Tabelle 2: Neu registrierte österreichische Diplome für Innere Medizin, Innere Medizin und X (IM) sowie Pulmologie (PU), 2016 bis 2022.....	8
Tabelle 3: Neu registrierte ausländische Diplome für Innere Medizin oder Pulmologie, alle Herkunftsländer, 2016 bis 2022.....	10
Tabelle 4: Anzahl von FÄ für Innere Medizin nach Bundesländern und Tätigkeit, inkl. Mehrfachberechtigungen, Stand 31.12.2022.....	12
Tabelle 5: Fallzahlen und e-card-Steckungen, ÖGK bzw. GKK, 2014, 2019, 2022, in 1.000 bzw. Veränderung in %	21
Tabelle 6: Registrierte Ärzt:innen der Altersgruppe 60–70 Jahre gemäß Abgrenzung für den öffentlichen Bereich (Fondsspitäler, Kassenvertrag), Stichtag 31.12.2022	27
Tabelle 7: Modellierung der Inanspruchnahme	30
Tabelle 8: Berechnete Anzahl von FÄ im intramuralen Bereich im Jahr 2035 unter alternativen Annahmen	33
Tabelle 9: Gap-Analyse: Differenz zwischen Angebot und Nachfrage an FÄ für Innere Medizin, Fondskrankenanstalten, 2035	35
Tabelle 10: Berechnete Anzahl von FÄ mit Kassenvertrag im Jahr 2035 unter alternativen Annahmen	38
Tabelle 11: Gap-Analyse: Differenz zwischen Angebot und Nachfrage an FÄ für Innere Medizin, kassenärztlicher Bereich (ÖGK, BVAEB, SVS), 2035	40
Tabelle 12: Gap-Analyse: Differenz zwischen Angebot und Nachfrage an FÄ für Innere Medizin, Fondskrankenanstalten und kassenärztlicher Bereich, 2035	42
Tabelle 13: Liste der VMMHG mit wahrscheinlicher Beteiligung von FÄ für Innere Medizin.....	50

6.3 Literaturverzeichnis

BMFG (2017) Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung – LKF – Änderungen und Neuerungen im Modell 2017. Bundesministerium für Frauen und Gesundheit, 1. Jänner 2017.

BMSGPuK (2023) Handbuch zur Dokumentation – Anhang 2.

Dachverband der Sozialversicherungsträger bzw. vor 2020: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Ifd. Jg.): Ärztekostenstatistik.

Österreichische Ärztekammer (Hrsg., 2018) Ärztestatistik für Österreich zum 31.12.2017.

Österreichische Ärztekammer (Hrsg., 2023) Ärztestatistik für Österreich zum 31.12.2022.

Riedel M, Föbleitner S, Koisser L, Röhrling G, Cypionka T (2023) Gastroenterologische und hepatologische Versorgung in Österreich – eine Gap-Analyse, Journal für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen, 21, 119–130. <https://doi.org/10.1007/s41971-023-00173-0>.

Riedel M, Röhrling G, Cypionka T, Kaspar S (2014) A Gap Analysis for Future Supply of and Demand for Psychiatrists in Austria, The Journal of Mental Health Policy and Economics 17/1, 9–18.

Riedel M, Röhrling G, Cypionka, T (2020) Abschätzung der zukünftigen Nachfrage und des zukünftigen Angebots an Hebammenkapazität – eine Gap-Analyse; Endbericht, IHS, 67 S.

Statistik Austria (2021) Wegzüge und Berufseinstiege von Universitätsabsolventinnen und -absolventen, Statistik Austria, Wien.

Statistik Austria (2024) <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/gesundheitsversorgung-stationaer-spitalsentlassungen>, Zugriff am 15.02.2024.