



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

# Was uns Daten über den Beruf von AllgemeinmedizinerInnen verraten

**EWG. Evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung.**

Reinhard Jung

am 18. Juli 2018



## Inhaltsverzeichnis

### Erwartungen an den Beruf und die Sozialversicherung

### Leistungsgeschehen in der Allgemeinmedizin

- Leistungsspektrum Primärversorgung
- Zeitliche Verteilung der Arbeitslast

### Honorarordnungen: Verteilungsmechanismus, Anreizinstrument

### Nicht-monetäre Anreize

### Einkommenssituation

### Fazit

# Erwartungen von jungen AllgemeinmedizinerInnen an den Beruf und die Sozialversicherung - I

## Ergebnisse eines gemeinsamen Workshops von JAMÖ und SV

- Allg. Wertschätzung und Vertrauen (gleichwertige Partner)
- Kommunikation (positives und negatives Feedback und Benchmarking, Feedback-Kultur)
- Flexibilität der Sozialversicherung: **Vielfalt an Versorgungsmodellen und -möglichkeiten**
- Erwerb von Kompetenzen und Erfahrungen hat zu Beginn der Berufsausübung Priorität:
  - Entlastung vom administrativen Aufwand (zumindest für einen begrenzten Zeitraum)
  - keine unternehmerischen Aufgaben (Risiken müssen klar kalkulierbar sein)

## Erwartungen von jungen AllgemeinmedizinerInnen an den Beruf und die Sozialversicherung - II

### Ergebnisse eines gemeinsamen Workshops von JAMÖ und SV (Forts.)

- **Öffnungszeiten** (Flexibilität, regionalem Bedarf entsprechend)
- Work-Life-Balance
- Qualität soll über den wirtschaftlichen Interessen stehen (sinnvolle Versorgung)
- Ausreichende Zeit für angemessene Behandlung für PatientInnen sowie ein geringer **administrativer Aufwand** durch die Abrechnung
- **Gesicherte finanzielle Rahmenbedingungen** (Sicherheit und Konstanz des Einkommens)
- **Faire Honorierung**
- Eine **im Verhältnis zu FachärztInnen angemessene Vergütung**



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

# Charakterisierung des Leistungsgeschehens

von VertragsärztInnen  
für Allgemeinmedizin



***Die Tätigkeit von AllgemeinmedizinerInnen gilt als sehr vielfältig und deswegen als attraktiv!***

### Fragestellungen:

- Wie lässt sich die Tätigkeit von VertragsärztInnen in der Allgemeinmedizin darstellen?
- Ist die Tätigkeit vielfältiger als im fachärztlichen Bereich?

## Planungs- und Qualitätsvorgaben durch den österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG)

Grundlagen für Versorgungsaufträge  
(Werkzeugkasten)

Aufgabenprofile für die  
Fachbereiche

Leistungsmatrix für den  
ambulanten Bereich

Basisauf-  
gaben

Spezielle  
Aufgaben

Spezifische  
Qualitäts-  
kriterien

Basis-  
leistungen

Spezielle Leistungen

Ausstattung

Qualifikation



## Ambulante Leistungsmatrix 2018, ÖSG 2017

	PV	HNO	GGH	NEU	IM-Allg.	PUL	KIJU	DER	AUG	URO
Basisleistungen	34	36	20	8	17*	17**	22	20	20	25
Spezielle Leistungen	37	20	18	25	36*	15**	42	24	24†	17
Σ	71	56	38	33	53	32	64	44	44	42

**Hat die Primärversorgung das zweit breiteste „Mindestleistungsspektrum“?**

Quelle: ÖSG 2017. Anhang 7. Aktualisiert 2.2.2018.

\*) IM-Allg. ab 2025 werden 4 spezielle Leistungen zu Basisleistungen.

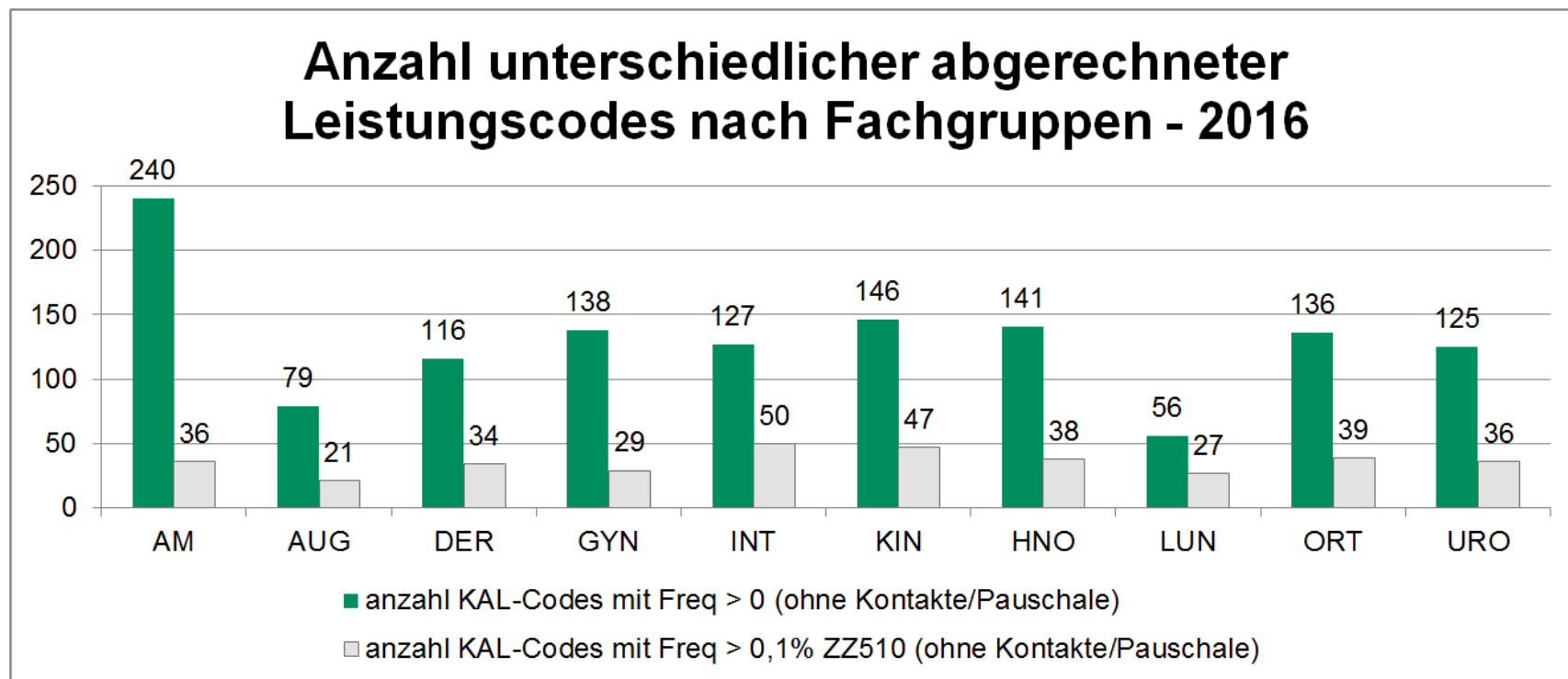
\*\*\*) ab 2025 wird 1 spezielle Leistung zu einer Basisleistung.

†) 8 davon auch tagesklinisch stationär erbringbar.



## Routinedaten: Allgemeinmedizin ist Fachgruppe mit den meisten unterschiedlichen Leistungen, aber ...

... der Großteil davon wird nicht sehr häufig erbracht/abgerechnet.



Datenquelle: HVB/SBI (KAL-SV). Eigene Darstellung.



## TOP 20 Leistungen in der Allgemeinmedizin

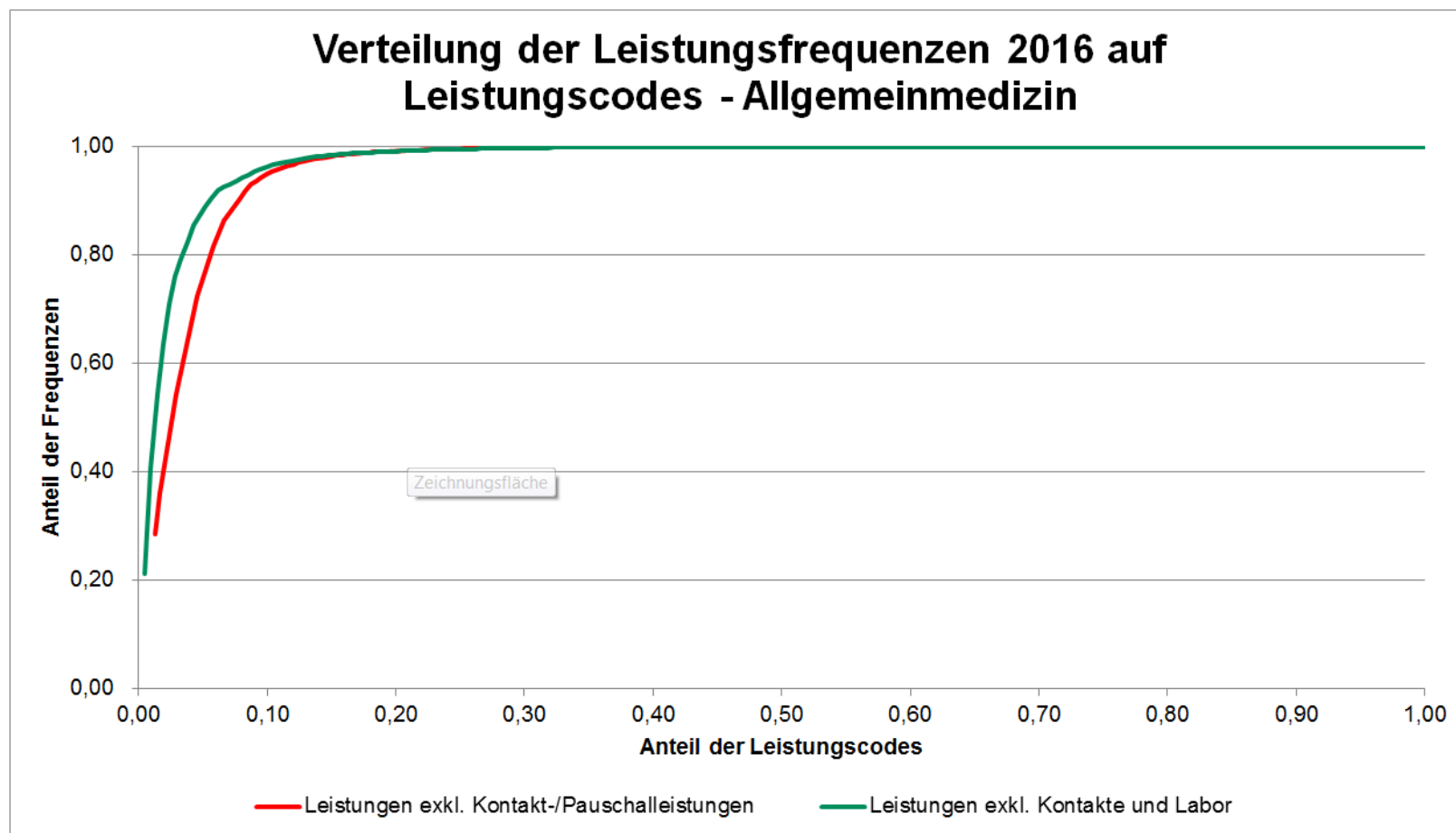
LEISTUNGSCODE	BEZEICHNUNG DER LEISTUNG
ZZ510	Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeit
ZX595	Klinische Chemie: Leber/Pankreas (LE=je Befundzeile)
ZX541	Hämatologie: Blutbild (LE=je Befundzeile)
ZZ572	Parenterale Medikamentenverabreichung (LE=je Sitzung)
ZZ531	Ausführliche Untersuchung/Stuserhebung/therapeutische Aussprache (LE=je Sitzung)
ZZ511	Visite am Tag (LE=je Sitzung)
ZX596	Klinische Chemie: Fettstoffwechsel (LE=je Befundzeile)
ZZ670	Sonstige im Rahmen eines amb. Kontakts o. anderer Leistungen erbrachte (Teil-)Leistungen (LE=andere)
ZV510	Entnahme von Untersuchungsmaterial zur in-vitro-Diagnostik (LE=andere)
ZX581	Klinische Chemie: Entzündungsmarker (LE=je Befundzeile)
ZX611	Klinische Chemie: Glukosestoffwechsel (LE=je Befundzeile)
ZX612	Klinische Chemie: Niere/Elektrolyte (LE=je Befundzeile)
ZX613	Elektrotherapie (LE=je Sitzung)
ZX614	Hämostaseologie: Globaltests (LE=je Befundzeile)
ZX615	Untersuchungen bei Stoffwechselerkrankungen (LE=je Befundzeile)
ZN560	Infiltration (LE=je Sitzung)
ZX751	Harndiagnostik: Harnstreifen (LE=je Befundzeile)
DE510	Elektrokardiographie (EKG) in Ruhe (LE=je Sitzung)
ZX899	Sonstige Laboranalysen (LE=je Befundzeile)
ZX591	Klinische Chemie: Kardiale Marker (LE=je Befundzeile)

**Kontakte und  
Visiten**

**„Sammelposition“**

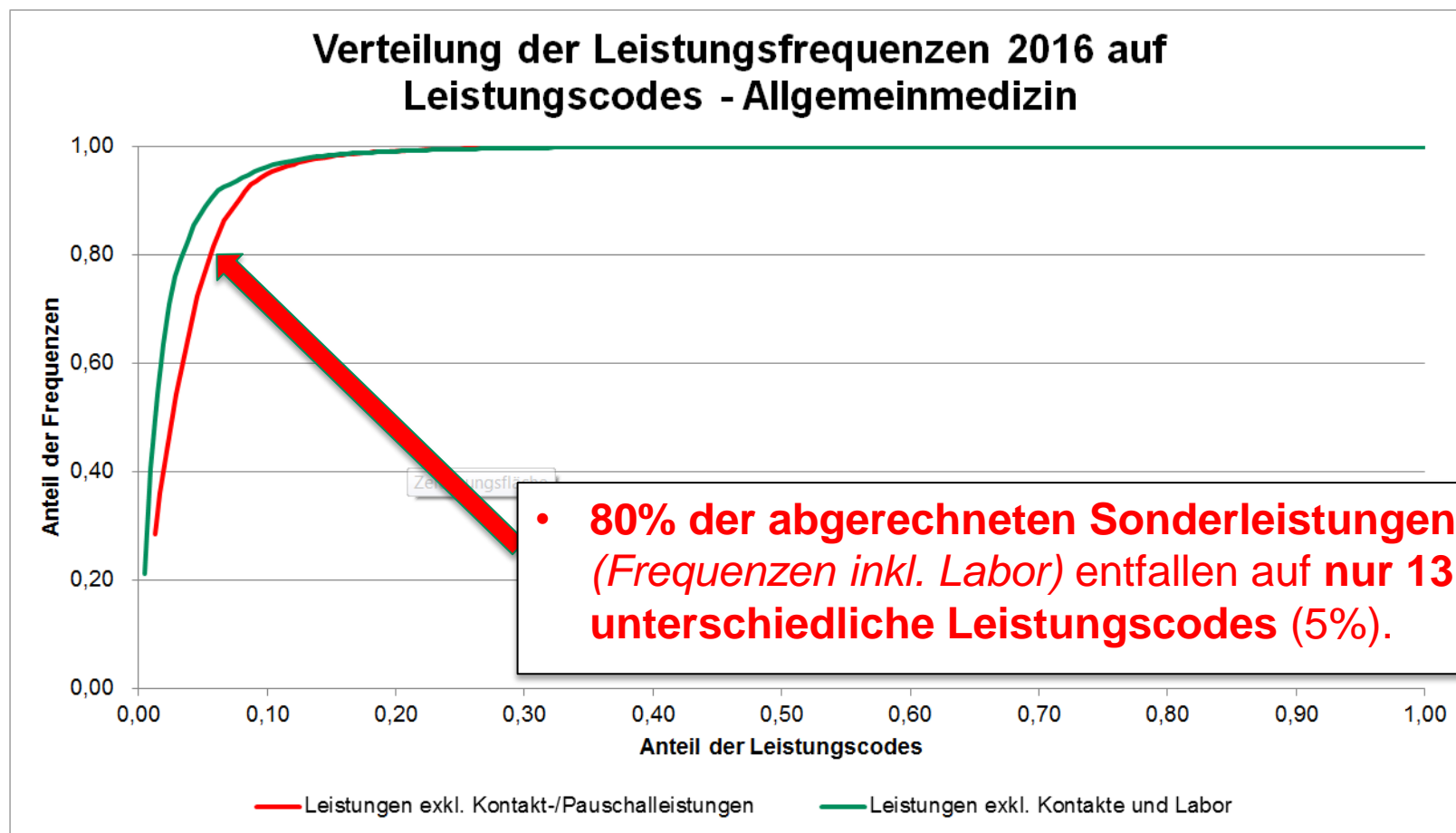
**Viele Laborleistungen  
unter den TOP 20**

## AM: Starke Konzentration auf einige wenige Leistungen



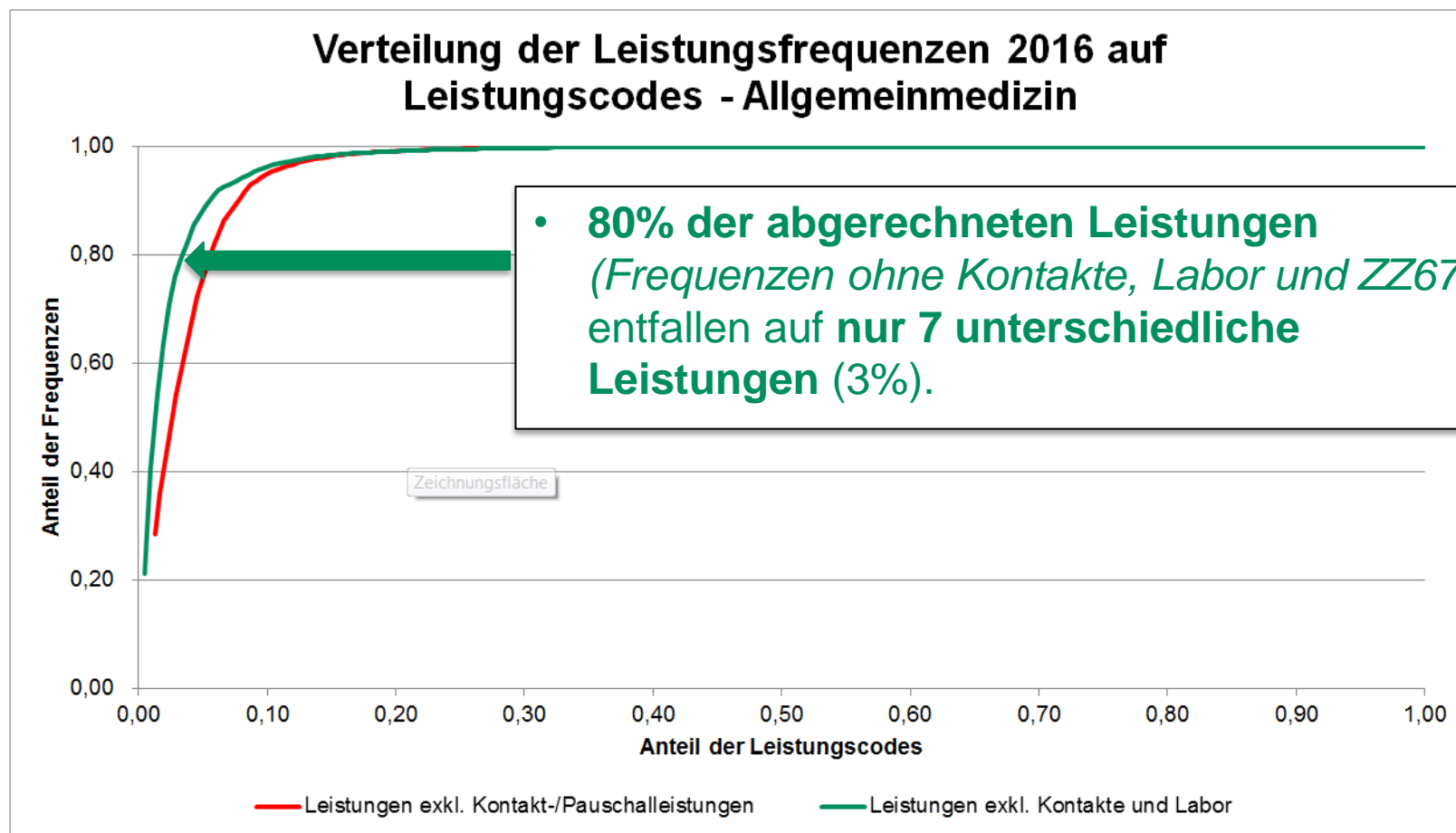
Datenquelle: HVB/SBI (KAL-SV). Jahr 2016. Ohne ZZ510-519, ZZ525, ZZ550, ZZ670. Grüne Linie auch ohne Laborleistungen (ZX). Eigene Darstellung.

## AM: Starke Konzentration auf einige wenige Leistungen



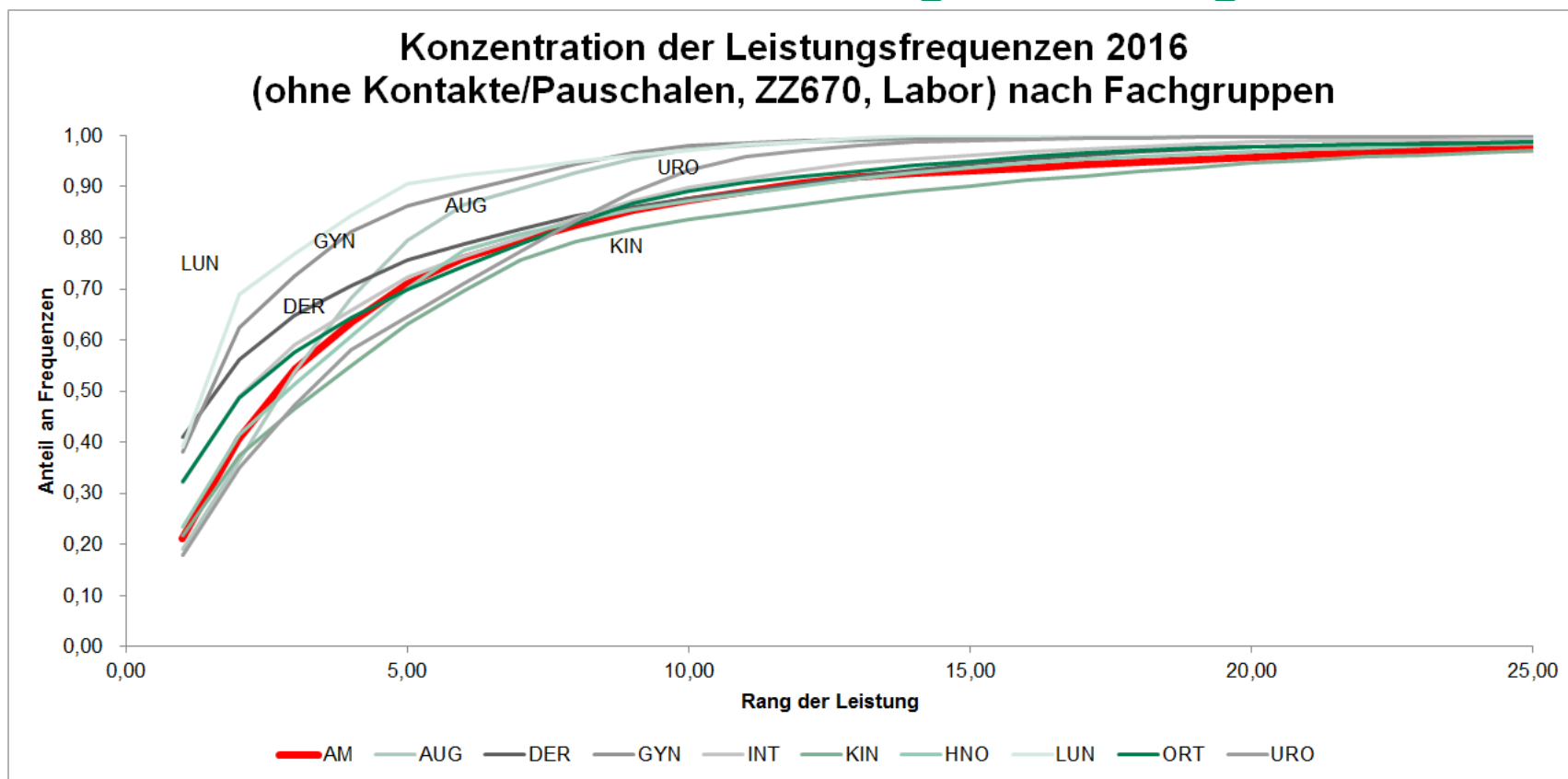
Datenquelle: HVB/SBI (KAL-SV). Jahr 2016. Ohne ZZ510-519, ZZ525, ZZ550, ZZ670. Grüne Linie auch ohne Laborleistungen (ZX). Eigene Darstellung.

## AM: Starke Konzentration auf einige wenige Leistungen



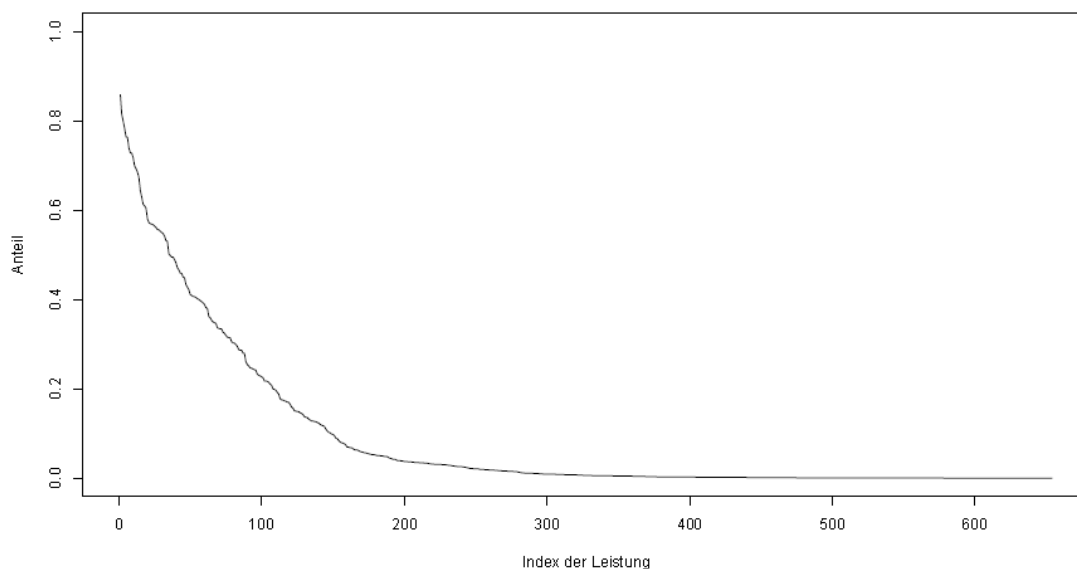
Datenquelle: HVB/SBI (KAL-SV). Jahr 2016. Ohne ZZ510-519, ZZ525, ZZ550, ZZ670. Grüne Linie auch ohne Laborleistungen (ZX). Eigene Darstellung..

## Vergleich mit anderen Fachgruppen: Zum Teil noch stärkere Konzentration auf wenige Leistungen!



## Nicht alle AllgemeinmedizinerInnen sind gleich! - Unterschiedlichen Leistungsspektren

Leistungsspektrum von FG - 1



Leistungstext	Anteil
Tagesordination	1.00
Tagesvisite	1.00
Intramuskuläre, intracutane, subcutane Injektion	0.99
Glucose quantitativ	0.98
Intravenöse Infusion	0.97
Cerumentfernung, therapeutische Ohrreinigung	0.94
Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Thera	0.94
Blutentnahme aus der Vene	0.94
Intravenöse Injektion	0.94
Visite in Vertretungsfällen	0.94
MI1 Interne Untersuchung der Schwangeren zwischen der 17. und 20. Schwangerschaftswoche	0.90
Streifentest im Harn (unabhängig der Anzahl der Testfelder)	0.90
EKG in Ruhe	0.89
Nachtvisite	0.82
Tagesvisite (während der Ordinationszeit) bei dringender Hilfeleistung	0.81
Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)	0.81
Tagesordination außerhalb der Ordinationszeit bei dringender Hilfeleistung	0.80
Visite an Sonn- und Feiertagen	0.79
Harnsäure quantitativ	0.76
Allgemeines Untersuchungsprogramm mit Labor	0.76

# Tagesvisiten in der Allgemeinmedizin 2015

## Ergebnisse

- **84%** der GKK-AM-Vertragspartner\* rechneten 2015 eine Tagesvisite ab.
- **Ca. 50%** aller abgerechneten Tagesvisiten kann **20%** der Vertragspartner zugerechnet werden. **Ca. 50%** der Vertragspartner haben **80%** aller abgerechneten Visiten erbracht.
- Durchschnittlich **348 Tagesvisiten** pro GKK-AM-Vertragspartner (Median 316)
- Geringste durchschnittliche Visitenzahl pro Vertragspartner bei der **WGKK (289)** und höchste bei der **BGKK (607)**

## Fazit

- Der **Großteil** der AllgemeinmedizinerInnen erbringt Visiten (mind. eine Visite im Jahr 2015).
- **ABER** nur **wenige** AllgemeinmedizinerInnen machen dies auch **in großem Umfang**.
- Die durchschnittliche Visitenzahl, die ein Vertragspartner erbringt, **unterscheidet** sich sehr stark **zwischen den einzelnen Trägern**.

\*) Berechnung auf Basis der Anzahl der Vertragspartnernummern.

Link zum vollständigen Bericht: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.646713&version=1511338605>



## Zwischenfazit

### Wie lässt sich die Tätigkeit von VertragsärztInnen in der Allgemeinmedizin darstellen?

- Aufgabenprofil und Leistungsmatrix
- Routinedaten

### Ist die Tätigkeit von AllgemeinmedizinerInnen vielfältiger als im fachärztlichen Bereich?

- Breiterer Versorgungsauftrag
- Mehr Leistungen abrechenbar
- Sonderleistungen seltener abgerechnet als bei FachärztInnen
- Starke Konzentration auf wenige Leistungen
- **Unterschiede zwischen einzelnen VertragsallgemeinmedizinerInnen (Spielraum?)**
- **Wie viel Vielfalt versteckt sich hinter dem Leistungscode ZZ510 „Kontakt in der Ordination während der Öffnungszeiten“?**



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

# Zeitliche Verteilung des Leistungsgeschehens

von VertragsärztInnen  
für Allgemeinmedizin

***Wunsch nach Flexibilität bei Öffnungszeiten.  
Besonders die Öffnungszeiten zu Tagesrandzeiten  
und am Wochenende sollen praktikierbar sein und  
dem regionalen Bedarf entsprechen. Wichtig ist auch  
ausgewogene Worklife-Balance!***

### Fragestellungen:

- Wie sind Öffnungszeiten vertraglich geregelt?
- Wie verteilen sich Öffnungszeiten in Realität?
- Wie verteilt sich das Leistungsgeschehen zeitlich?
- Wie sieht Worklife-Balance aus?

# Vertragliche Öffnungszeiten

## Beispielhaft § 14 (3) GV WGKK (eigene Hervorhebungen):

Bei Vertragsärzten für Allgemeinmedizin und allgemeinen Vertragsfachärzten, die ab 1. Jänner 2004 in Vertrag genommen werden gelten folgende Mindestnormen:

Wöchentliche **Mindestordinationszeiten**:

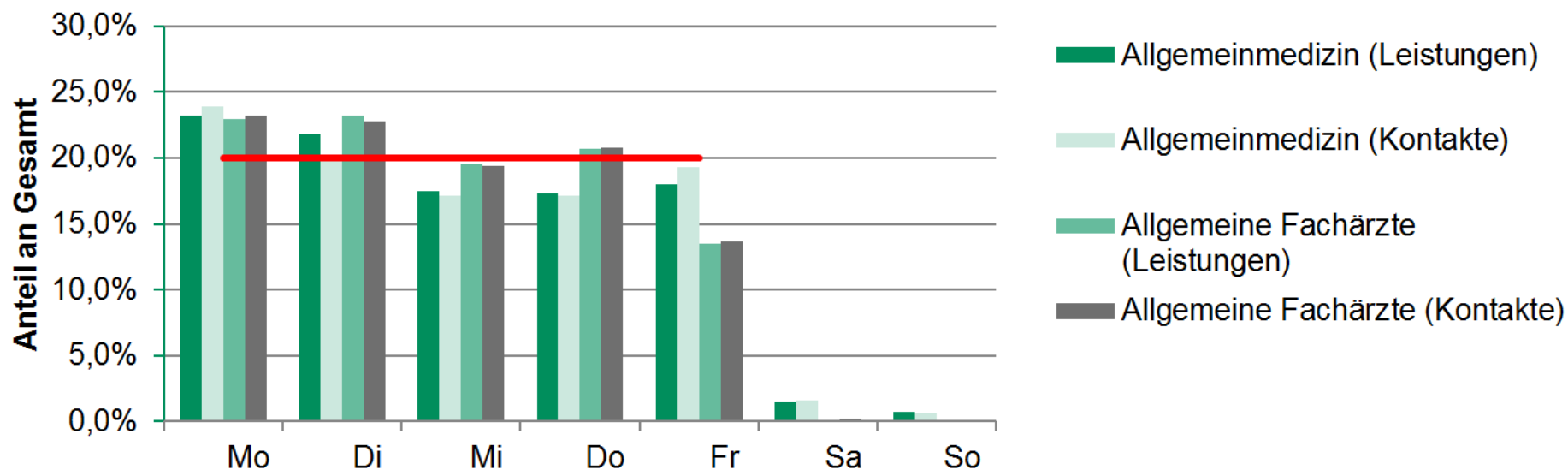
- **Allgemeinmedizin**: 20 Stunden, verteilt auf **5 Tage**,
- **Fachärzte**: 20 Stunden, verteilt auf **tunlichst 5 Tage, mindestens aber 4 Tage**,

wobei 2 der 3 vorgegebene Ordinationszeitenblöcke mindestens 1 mal pro Woche zu wählen sind:

- Abendordination ab 17:00 Uhr, mindestens 2h
- Nachmittagsordination ab 13:00 Uhr, mindestens 2h
- Frühordination ab 7:00 Uhr, mindestens 2h.

## Zeitliche Verteilung von Kontakten / Leistungen

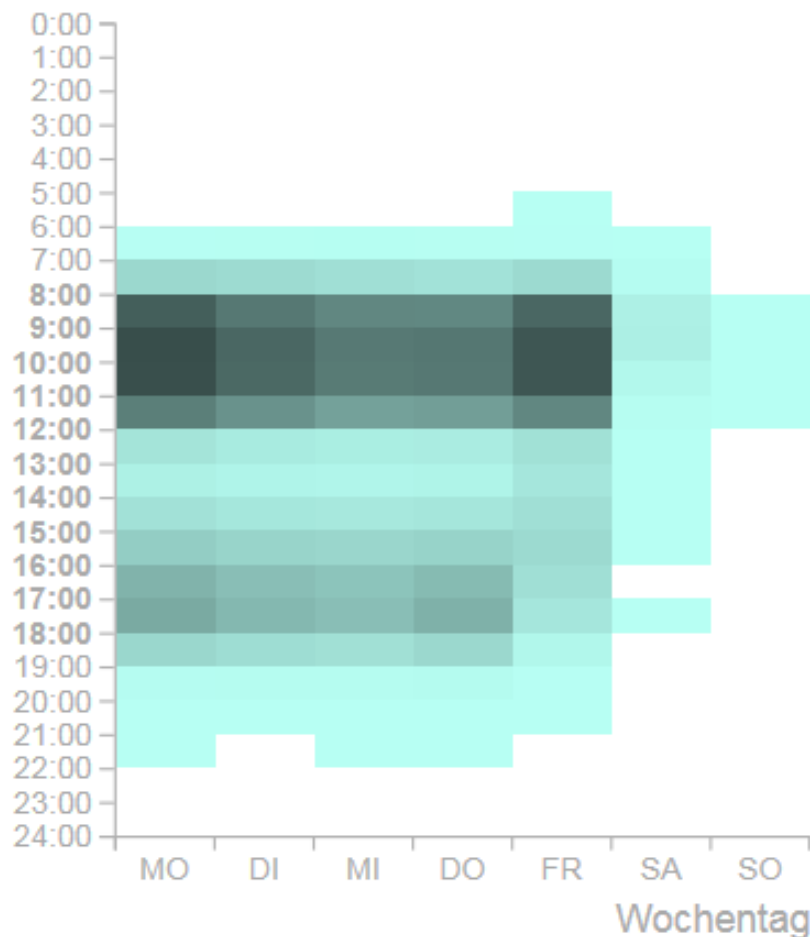
### Verteilung des Leistungsgeschehens nach Wochentag - 2016



Datenquelle: HVB/SBI (KAL-SV). Jahr 2016. Eigene Darstellung.

## Zeitliche Verteilung der Öffnungszeiten

Uhrzeit

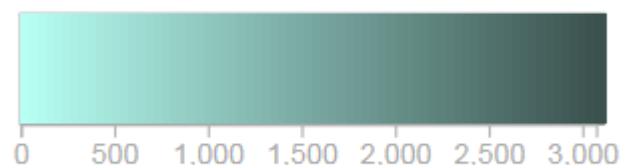


**AllgemeinmedizinerInnen mit Vertrag mit einer GKK.** Absolutwerte, Juni 2017. Auswertung auf Basis der Angaben auf den Webseiten der Landesärztekammern.

Quelle: Dexhapp.

<http://www.dexhapp.at/de/versorgungsatlas/task-2/ergebnisse/vergleich-2/>

Legende:



## Zwischenfazit

**Wie sind Öffnungszeiten vertraglich geregelt?**

**Wie verteilen sich Öffnungszeiten in Realität?**

**Wie verteilt sich das Leistungsgeschehen zeitlich?**

- Weniger Flexibilität bei Öffnungszeiten als bei FachärztInnen!?
- Keine Aussage zu tatsächlichen Öffnungszeiten, schon gar nicht zu tatsächlichen Arbeitszeiten!
- Zeitliche Verteilung der Kontakte/Leistungen ist nicht zeitliche Verteilung der Arbeitsbelastung! (Ist ein Notfall um 2h nachts „belastender“ als 15 Kontakte während der Ordinationsöffnungszeiten?)
- Bereitschaftsdienste nicht abgebildet!
- **Keine Aussage zu Work-Life-Balance (mit Routinedaten)!**



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

# Honorierung

von VertragsärztInnen  
für Allgemeinmedizin



***Erwartungen bzgl. Honorierung aus Sicht von  
ÄrztInnen: angemessene Zeit für Behandlung für  
PatientInnen, geringer administrativer Aufwand durch  
die Abrechnung, gesicherte finanzielle  
Rahmenbedingungen (Sicherheit und Konstanz des  
Einkommens), Faire Honorierung, usw.***

### **Fragestellungen:**

- Wie erfolgt die Honorierung derzeit?
- Wie attraktiv ist sie?

# Eckpfeiler der Honorierungsmodelle für VertragsärztInnen

Grundsätzlich gibt es einen **Payment-Mix in Österreich:**

- Der Großteil der Positionen in den Honorarkatalogen der gesetzlichen Krankenversicherungsträger dient der **Vergütung von Einzelleistungen**.
- Pauschalen spielen vor allem als (**Quartals-)**fallpauschale oder bei der pauschalierten Abgeltung von Kontakten eine Rolle („**Ordinationen**“ und „**Visiten**“).

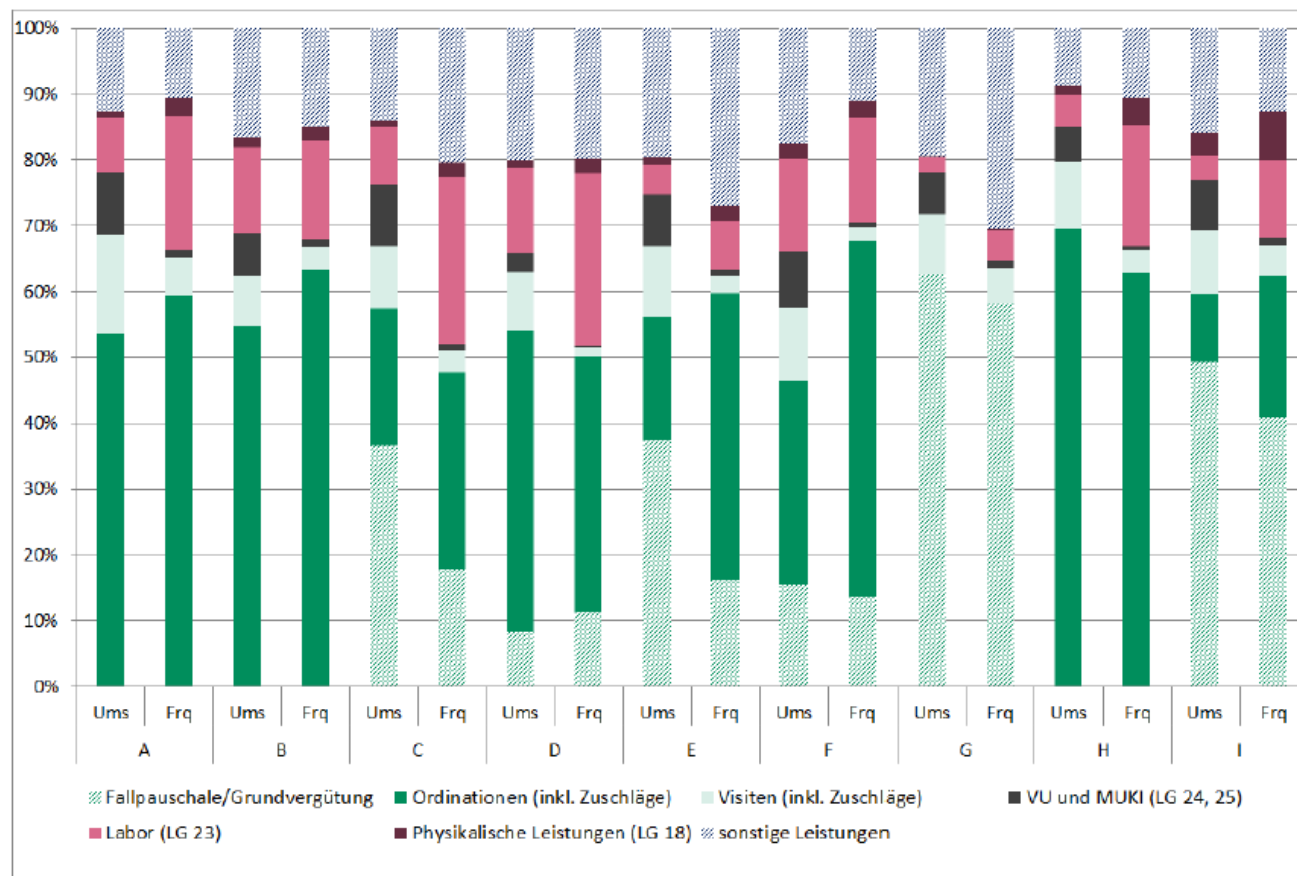
Um die negativen Anreize abzumildern, die von Einzelleistungsvergütung ausgehen, existiert eine **Vielzahl an „korrigierenden“**

## **Steuerungsmechanismen (Limitierungen und Degressionen)**

- Degressive Staffelung von Tarifen vs. Limitierungen
- Limitierungen/Degressionen für einzelne Leistungen oder leistungsübergreifend
- Limitierungen pro Vertragsarzt/-ärztin, pro Fall, in % der Fälle, etc.



## ... mit unterschiedlichen Anreizwirkungen



- ¾ des Umsatzes entfällt auf Pauschalen
- ¼ des Umsatzes stammt aus Einzelleistungen (v.a. Labor- und physikalische Leistungen)
- Payment mix, aber kein Fee-for-Service-Honorierungsmodell.

Abbildung 1: Prozentuelle Verteilung von Umsatz (Ums) und Frequenz (Frq) in der Fachgruppe Allgemeinmedizin im Jahr 2013 auf verschiedene Leistungskategorien. Darstellung pro Gebietskrankenkasse (anonymisiert A bis I).

Quellen: HVB BIG HONO-Datenbank, HONO. Eigene Auswertung.

## Zwischenfazit

### Wie erfolgt die Honorierung derzeit?

- Payment-Mix (F4S und Pauschalen) kombiniert mit Limitierungen und Degressionen
- Unterschiede zwischen KV-Trägern

### Wie attraktiv ist sie?

- Eher Anreiz zur Erbringung diagnostischer oder therapeutischer Sonderleistungen anstelle von „Gesprächsmedizin“
- Durch gemischtes Honorierungsmodell reduziertes finanzielle Risiko für LeistungserbringerInnen (gegenüber reinem Pauschalssystem)
- Leistungsgerechtigkeit
- Administrativer Aufwand ist gegeben (verstärkt durch Umstand, dass ein Arzt/eine Ärztin mehrere unterschiedliche Honorarordnungen anwenden muss)
- **Ansatzmöglichkeiten zur Weiterentwicklung der Honorierungsmodelle sind vorhanden! (mehr Pauschalierung, weniger Granularität bei Einzelleistungsvergütung, .)**
- **Fokus sollte auch auf Nicht-monetäre Anreize gelegt werden!**



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

# Nicht-monetäre Anreize

Motivatoren von ndgl. ÄrztInnen

### ***Die Honorierung ist nicht die einzige Motivation***

**Janus K. (2014)** „Gutachten zur Gestaltung nicht monetärer Anreize für Ärztinnen und Ärzte“ Hamburg, HCM Institute for Healthcare Management GmbH

<http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.740248&portal=hvbportal&viewmode=content>

**Kaiser A. et al. (2015)** „Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis“ Linz, Johannes Kepler Universität

<http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.764807&portal=hvbportal&viewmode=content>

### **Fragestellungen:**

- „Was fördert und was hemmt die Motivation von niedergelassenen ÄrztInnen in der beruflichen Praxis?“
- „Welche Rahmenbedingungen und Problemfelder stellt die Schnittstelle Arzt-Gesundheitssystem dar?“

## Motivatoren

### Professionskultur geprägt durch:

- Work-Life-Balance
  - Arbeitsbedingungen
- Vernetzung
  - Etc.

### Schnittstelle Arzt-Gesundheitssystem:

- Administrativer Aufwand
  - Kontrolle
- Veraltete Kommunikationswege
  - Qualität vs. Wirtschaftlichkeit
- (fehlende) Partizipation
  - Etc.

### Autonomie als Hauptmotiv der Niederlassung:

- Über die Ressourcen selbst entscheiden
  - Arbeitsstruktur und –organisation selbst bestimmen
- Eigenständig (be-)handeln
  - Erfolge unmittelbar kontrollieren können
- „eigene“ Patientinnen und Patienten betreuen

### Anerkennung von Kompetenz durch:

- PatientInnenkontakt
- KollegInnen
  - MitarbeiterInnen
- Etc.



### Auswahl einiger Zitate:

- *„Im Gegensatz zu Krankenhausärzten können wir es uns schon sehr gut selbst so richten, wie wir es wollen.“ (Exp. 4, Allgemeinmedizinerin mit Kassenvertrag)*
- *„Für die häufigsten 15 Krankheiten hätt i gerne Handouts, wo ma dem Patienten sagen kann: Do pass auf – des hast, und jetzt les da mal durch was des genau heißt. ... “ (IP 17, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*
- *„Am Beginn meiner Karriere waren die Krankenkassen mit uns Ärzten auf Kriegsfuß. Wir wurden ständig kontrolliert, was wir besser oder anders machen müssen. Dieses Verhältnis hat sich heute schon sehr zum Positiven gewendet, also wir haben gute Kommunikation, z.B. in Bezug auf Medikamente oder Krankenhauseinweisungen.“ (IP 24, Allgemeinmediziner mit Kassenvertrag)*

**Quelle: Kaiser A. et al. (2015)** „Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis“ Linz, Johannes Kepler Universität

<http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.764807&portal=hvbportal&viewmode=content>



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

# Einkommen

von VertragsärztInnen  
für Allgemeinmedizin

### ***Erwartungen der jungen AllgemeinmedizinerInnen: Faire Honorierung, eine im Verhältnis zu FachärztInnen angemessene Vergütung.***

#### **Fragestellungen:**

- Wie viel verdienen AllgemeinmedizinerInnen?
- Wie hoch/niedrig ist ihr Einkommen im Vergleich zu FachärztInnen?
- Wie ist die Situation in Österreich im internationalen Kontext zu beurteilen?



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

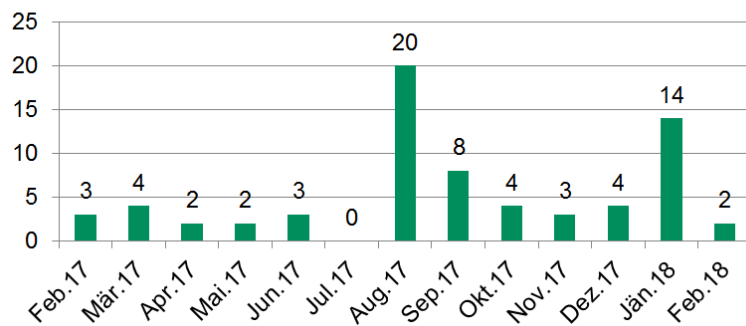
# Einkommen von AllgemeinmedizinerInnen in Österreich



# Ärzteeinkommen: Häufiges Thema im medialen Diskurs - Medienanalyse

- 69 Zeitungsartikel in vorwiegend österreichischen Tages- und Wochenzeitungen im Zeitraum von 10.02.2017 bis 04.02.2018
- Ca. 1,33 Artikel pro Woche

## Anzahl der Artikel pro Monat



Quelle: HVB.

**Überlappungen** zwischen den Themen Ärzte- und Ärztinneneinkommen und Ärzte- und Ärztinnenmangel

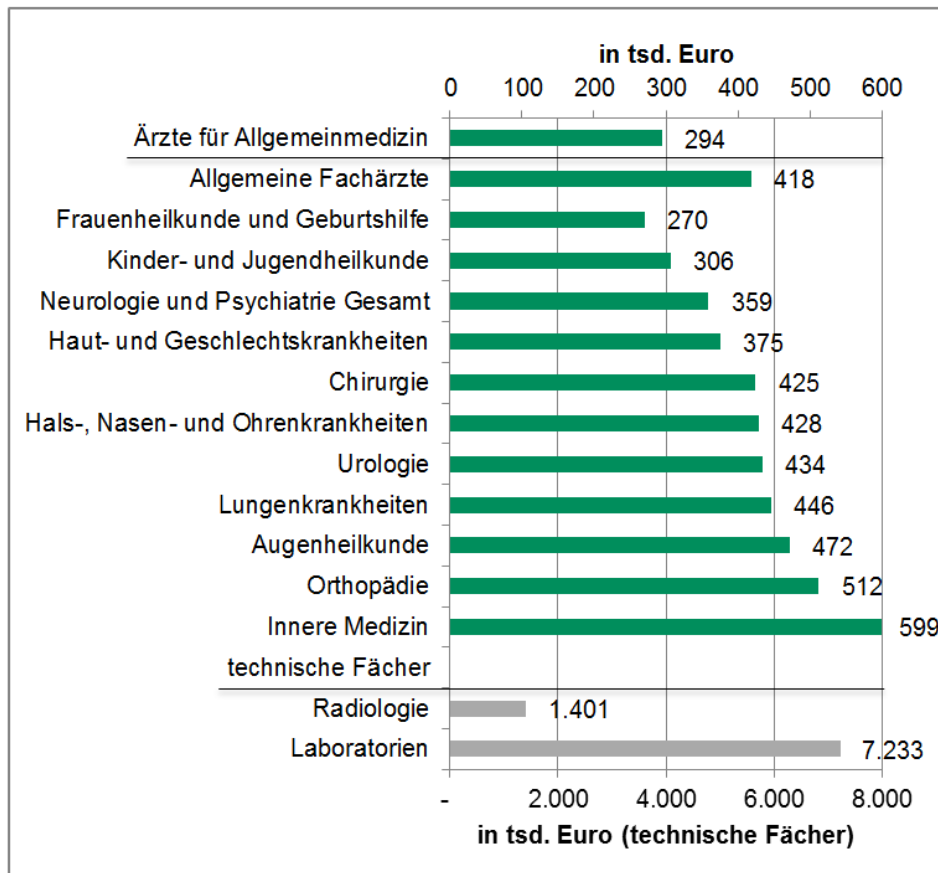
Besondere Erwähnungen: Beruf des Allgemeinmediziners und der Allgemeinmedizinerin und des Kinderarztes und der Kinderärztin

Verstärkte Problematik im ruralen und im suburbanen Raum

Häufige Phrasen:

- Der Beruf muss wieder attraktiver gestaltet werden.
- Es benötigt eine Aufwertung des Ärzte- und Ärztinnenberufs.

## Honorarumsätze



Durchschnittlicher abgerechneter Betrag pro Arzt (§ 2-Kassen, VEAB, SVA, BVA) im Jahr 2017.  
Quelle: HVB/SBI, eigene Darstellung.

Kassenumsatz	294.000
+ Sonstige Umsätze	+?
- Praxiskosten	- ?
= Praxisgewinn	?
+ Einkünfte aus Nebenbeschäftigung	+?
=	



➤ **Höhe der Einkommen kann nicht (exakt) aus Umsätzen abgeleitet werden!**

# Einkommen von Vertrags-AllgemeinmedizinerInnen in Oberösterreich

- Ein Hausarzt macht laut einer Erhebung der OÖGKK rund **300.000 Euro Umsatz** pro Jahr.
- Etwa fünfzig Prozent der Honorarsumme sind für Ordinationskosten und die Sozialversicherung des Arztes zu veranschlagen, die andere Hälfte – **150.000 Euro – ergibt das zu versteuernde persönliche Einkommen.**
- Im Monat bleibe rund 6.200 Euro netto (14 Mal) als Einkommen übrig.
- **Nicht enthalten sind etwa Tätigkeiten als Schul- oder Betriebsarzt.** Und auch **Hausapotheken-Umsätze** sind in der Aufstellung nicht erfasst.

## Einkommen von ÄrztInnen - Allgemeiner Einkommensbericht des Rechnungshofes

	Jahreseinkünfte* (vor Steuern) im Jahr 2013 in Euro			
	Anzahl Personen	Arithmetischer Mittelwert	Median	
Arztpraxen für Allgemeinmedizin**	5.865	105.781	86.512	= 100%
Facharztpraxen**	6.082	161.563	120.589	= 139%
Zahnarztpraxen**	3.505	131.329	99.704	

\*) Es handelt sich um **schwerpunktmäßige Einkünfte aus selbstständiger Arbeit (vor Steuer, aber nach Abzug von SV-Beiträgen)**. Schwerpunktmäßig bedeutet in diesem Zusammenhang, dass **sowohl ausschließlich selbstständig erwerbstätige Personen berücksichtigt als auch „Mischfälle“** berücksichtigt werden, sofern die Haupteinkommensquelle aus unselbstständiger Tätigkeit bzw. aus Pensionsbezügen die selbstständigen Einkünfte nicht übersteigt. Es fließen aber nur die Einkünfte aus dem Schwerpunkt (= selbstständiger Tätigkeit) in Berechnung ein.

**\*\*\*) Sowohl VertragsärztInnen als auch WahlärztInnen.**

Quelle: Bericht des Rechnungshofes über die durchschnittlichen Einkommen der gesamten Bevölkerung gemäß Art. 1 § 8 Abs. 4 des Bezügebegrenzungsgesetzes, BGBl. I Nr. 64/1997, getrennt nach Branchen, Berufsgruppen und Funktionen für die Jahre 2014 und 2015 („Allgemeiner Einkommensbericht 2016“).



# Fehlende Transparenz verhindert sachliche Debatte

- Durchschnittliche Kassenumsätze der Vertragsärztinnen und -ärzte zwar bekannt. Einkommen daraus nicht genau ableitbar, da für Privatumsätze, Nebenverdienste, Praxiskosten nur Schätzungen vorliegen.
- Bisher einzige objektive Quelle: **Allgemeiner Einkommensbericht des Rechnungshofes.**  
Problem: Keine sehr differenzierte Darstellung nach verschiedenen Gruppen von Ärztinnen und Ärzten.





Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

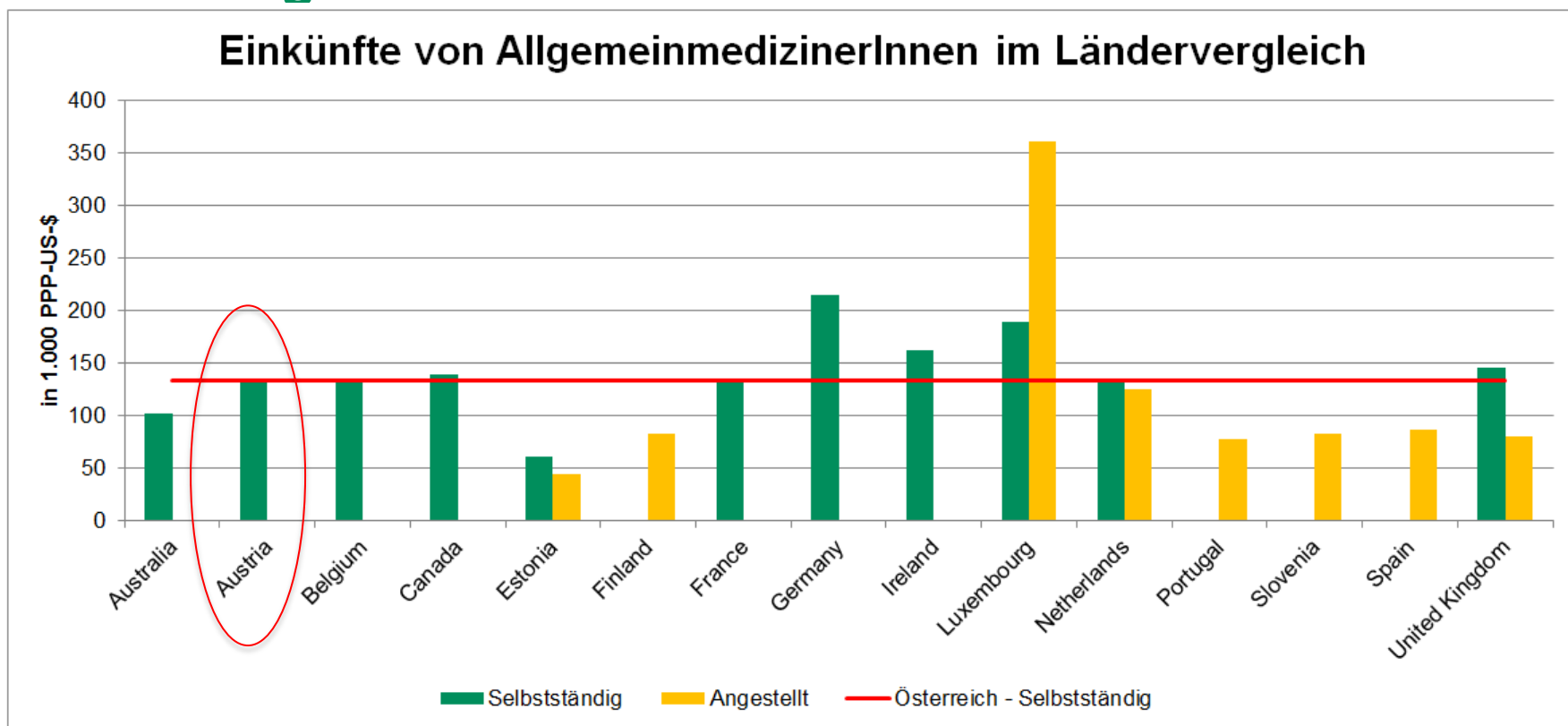


# **Einkommen von AllgemeinmedizinerInnen im Ländervergleich**

# Ländervergleich auf Basis von OECD-Daten

- Einkommen von ÄrztInnen sind in der Datenbank „*OECD Health Statistics 2018*“ enthalten  
<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- **Daten für angestellte und selbstständige ÄrztInnen**  
(Zuordnung der Einkommen nach Haupterwerbsart)
- Unterscheidung zwischen AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen
- Grundsätzlich werden durchschnittliche **Bruttojahreseinkommen** von **vollzeitbeschäftigten ÄrztInnen** dargestellt (inkl. ArbeitnehmerInnenanteile der Sozialversicherungsabgaben und Einkommenssteuer).
- Bei selbstständigen ÄrztInnen wird Gewinn dargestellt (Praxiskosten abgezogen).

## Einkommen von AllgemeinmedizinerInnen im Ländervergleich

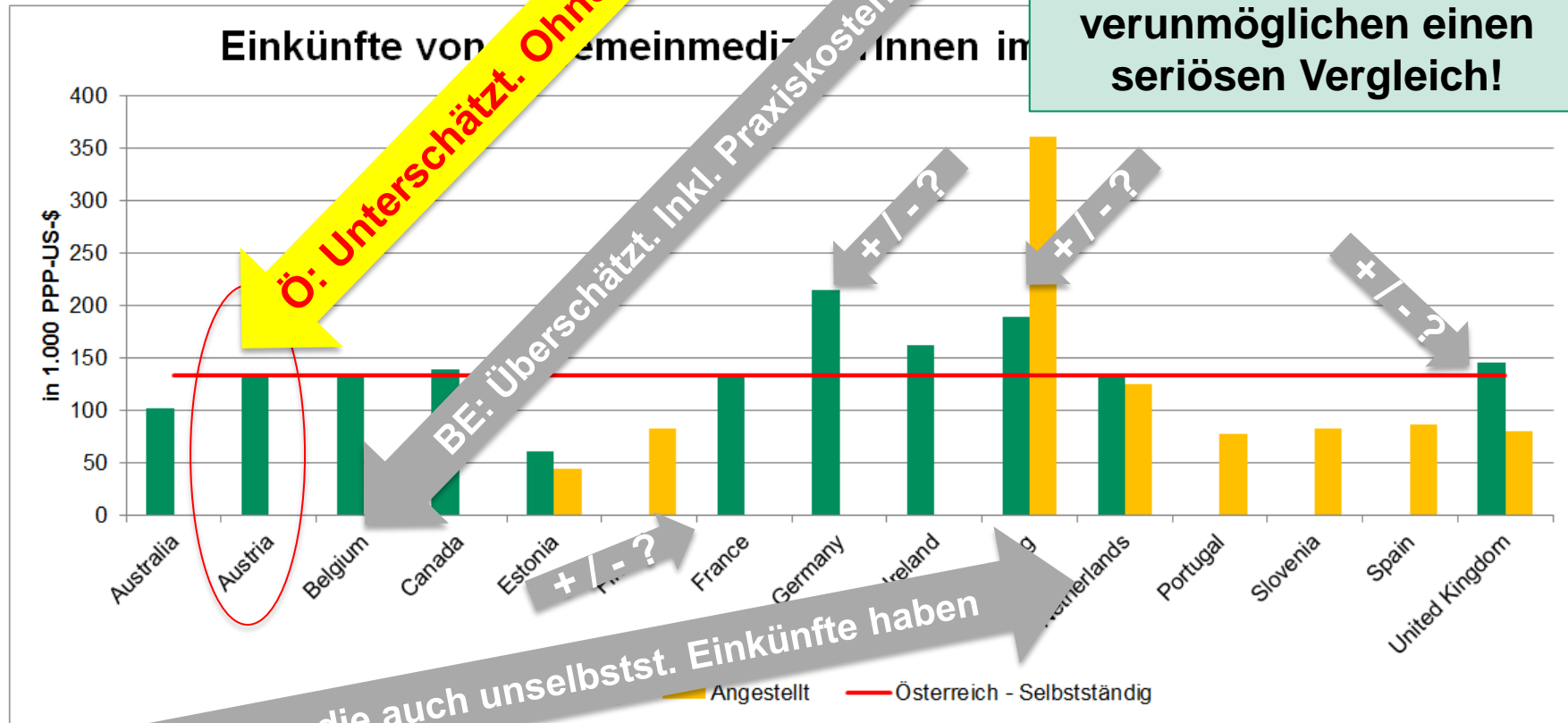


Quelle: OECD Health Statistics 2018. Einkünfte von AllgemeinmedizinerInnen in Kaufkraftparitäten (PPP), aktuellstes verfügbares Jahr im Zeitraum 2012-2016, eigene Darstellung.

## Attraktivität Vertragsarzt/-ärztin für Allgemeinmedizin

# Einkommen von AllgemeinmedizinerInnen Ländervergleich

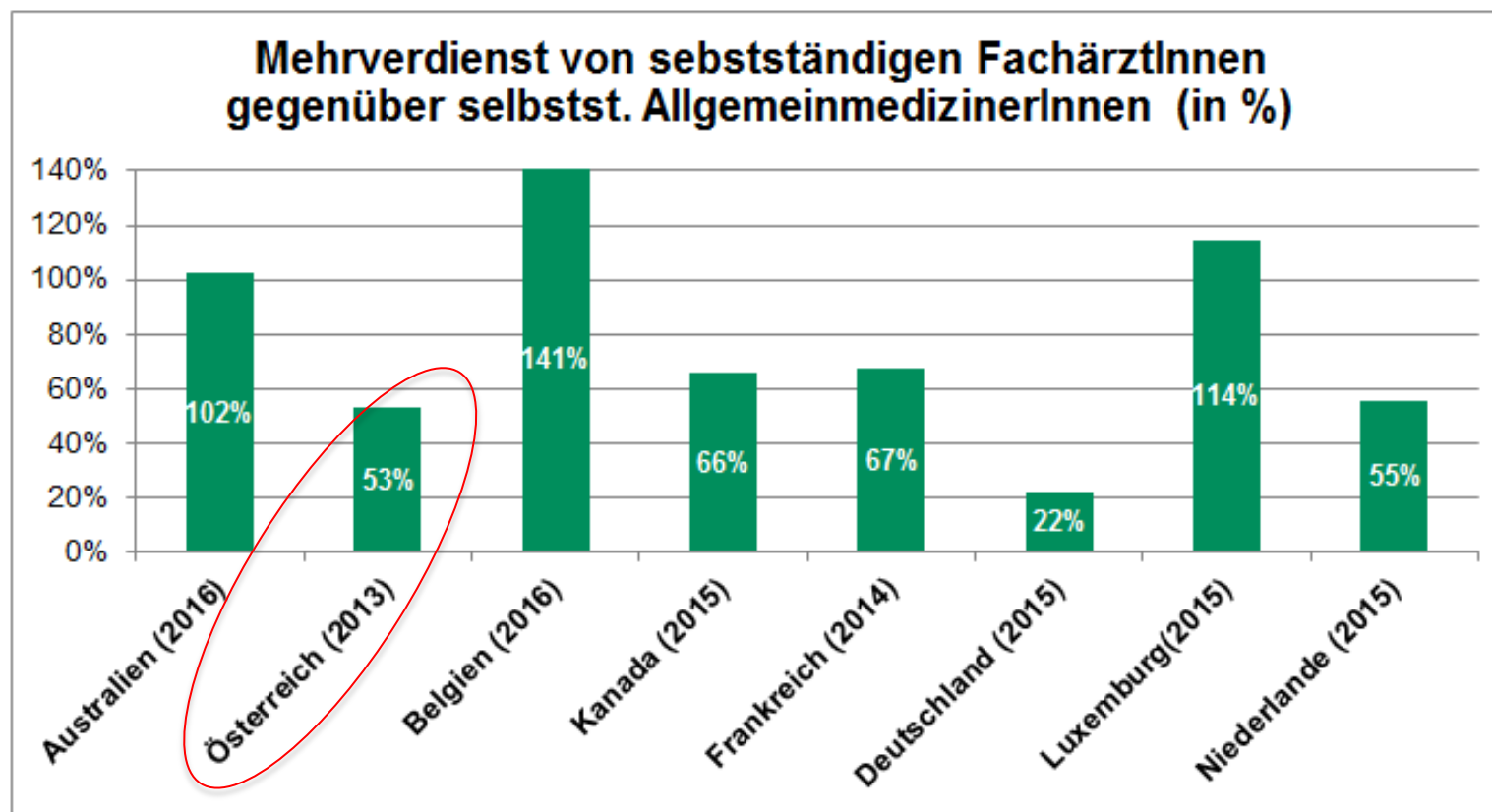
Von der OECD-Vorgabe  
abweichende  
Definitionen bzgl.  
Einkommen  
verunmöglichen einen  
seriösen Vergleich!



NL: Ohne ÄrztInnen, die auch unselbstst. Einkünfte haben

OECD, 2018. Einkünfte von AllgemeinmedizinerInnen in Kaufkraftparitäten (PPP), aktuellstes verfügbares Jahr im Vergleich mit 2016-2018. 2016-2018, eigene Darstellung.

## Einkommensunterschied gegenüber FachärztInnen



Quelle: OECD Health Statistics 2018. Differenz der Einkünfte von selbstständigen FachärztInnen und Einkünften von selbstständigen AllgemeinmedizinerInnen in % der Einkünfte der AllgemeinmedizinerInnen. Aktuellstes verfügbares Jahr im Zeitraum 2012-2016, eigene Darstellung.

# Vergleichbarkeit der Einkommen von ÄrztInnen in verschiedenen Ländern ist nicht gegeben

## Die Länder unterscheiden sich hinsichtlich ...

- **Datengrundlagen und Messkonzepten** (Gravierende Abweichungen von den Definitionen der OECD: *Was wird unter Einkommen verstanden, wer ist angestellt und wer selbstständig, wer zählt als AM, wer zu den FachärztInnen?*)
  - z.B. Österreich: ohne SV-Beiträge, keine Einschränkung auf Vollzeitbeschäftigte → Unterschätzung der Einkommen.
  - z.B. Belgien: Honorare von Krankenversicherung, ohne zusätzliche Einkünfte, Praxiskosten nicht abgezogen. → Überschätzung der Einkommen.
- **Kaufkraft**
- **Arbeitszeiten**
- **Ausbildungsdauer**
- **Kosten für Studium**



## Zwischenfazit

### Wie viel verdienen AllgemeinmedizinerInnen?

- Mangelnde Transparenz! Keine Daten verfügbar, die zwischen VertragsärztInnen und WahlärztInnen unterscheiden.

### Wie hoch/niedrig ist ihr Einkommen im Vergleich zu FachärztInnen?

- Mit allen Limitationen: FachärztInnen verdienen im Median um 39% mehr, haben aber auch eine länger Ausbildungsdauer!
- Einkommen müsste in Relation zu Inputfaktoren (Arbeitszeit, Kapitaleinsatz) gesetzt werden. Außerdem sind unterschiedlich lange Ausbildungszeiten zu berücksichtigen.

### Wie ist die Situation in Österreich im internationalen Kontext zu beurteilen?

- Kein seriöser Vergleich auf Basis der OECD-Daten möglich!





## Takeaways

- Facettenreiche Tätigkeit
- Unterschiedliche Möglichkeiten zur Berufsausübung auch innerhalb der Gruppe von VertragsallgemeinmedizinerInnen
- Keine Aussage zu Worklife-Balance anhand der Daten möglich
- Honorierungsmodelle könnten attraktiver gestaltet werden
- Es geht nicht nur ums Geld – Berücksichtigung nicht-monetärer Anreize ist wichtig.



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit**