



© apops - Fotolia.com

## Ärztemangel oder Nachbesetzungsprobleme bei Arztstellen: Nur ein semantischer Unterschied?

Insbesondere in der Zeit von 1995 bis 2001 wurde Österreich nach Einschätzung namhafter Ärztevertreter von einer Ärzteschwemme „bedroht“ (vgl. dazu die Analyse von M. Kerzner und E. Rehberger in dieser Ausgabe der Sozialen Sicherheit). Aktuell ist der von allen Ärztekammern beklagte und von Politik und Medien breit akzeptierte „Ärztemangel“ offenbar das zentrale Problem des österreichischen Gesundheitssystems. Die folgende Betrachtung versucht, diesen (scheinbaren) Widerspruch aufzulösen. Tatsächlich gibt es nämlich Probleme, bestehende Arztstellen in den Spitälern und auch im niedergelassenen Bereich nachzubesetzen. Allerdings nicht, weil es in Österreich zu wenig Ärzte gibt, sondern im Gegenteil, weil insgesamt zu viele Arztstellen systemisiert sind. Aus dieser differenzierten – und für manche Stakeholder provokanten – Problemsicht leiten sich natürlich ganz andere Zielsetzungen und Lösungsansätze ab als bei einem „echten Ärztemangel“.

### Das Problem

Die Anzahl der berufsausübenden Ärzte in Österreich hat sich – natürlich auch aufgrund von objektiv nach-

vollziehbaren Faktoren wie z. B. medizinischem Fortschritt, Arbeitszeitverkürzung in den Spitälern, gesteigerten rechtlichen Anforderungen – von 1970 bis 2012 von 12.438 auf 41.268 Ärzte erhöht, das entspricht einer Steigerung um 232 Prozent!! Österreich hat damit mit 4,9 praktizierenden Ärzten je 1.000 Einwohner innerhalb der OECD die zweithöchste Ärztedichte (im EU-15-Vergleich sind es 3,7 praktizierende Ärzte je 1.000 Einwohner).<sup>2</sup>

Im Sachleistungssystem (Krankenhausärzte und §2-Vertragsärzte) stieg die Anzahl der Ärzte im selben Zeitraum um 176 %, davon im Krankenhausbereich um 307 %!<sup>3</sup>

Die Anzahl der Bevölkerung stieg von 1970 bis 2012 in Österreich um 12,85 %, <sup>4</sup> berücksichtigt man dabei, dass in diesem Zeitraum die Bevölkerung älter geworden ist, <sup>5</sup> kann man (fiktiv) eine allein aufgrund der demografischen Entwicklung der Bevölkerung notwendige Steigerung der Arztzahlen um 28 % annehmen.

Die Entwicklungen im Detail können der nebenstehenden Übersicht „Ärztbedarf in Österreich“ entnommen werden.



Mag. Franz Kiesl

ist Ressortdirektor in der OÖGKK und für den Bereich Vertragspartner sowie Gesundheitsförderung zuständig.

1 Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012, Ärzte/Ärztinnen absolut und auf 100.000 Einwohner seit 1960 nach Bundesländern, Statistik Austria, S. 349.

2 Health at a glance: Europe 2014, OECD, S. 63.

3 Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2012, Ärzte/Ärztinnen in Krankenanstalten, Statistik Austria, S. 357; für die Jahre 1970 – 2000: eigene Auswertung durch Statistik Austria (Übermittlung durch Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) / HVB-Statistik, Entwicklung der Vertragsärzte (§2-Kassen) 1970–2012.

4 Demographische Indikatoren – erweiterte Zeitreihen ab 1961 für Österreich, Bevölkerung im Jahresdurchschnitt, Statistik Austria.

5 Demographische Indikatoren – erweiterte Zeitreihen ab 1961 für Österreich, Lebenserwartung bei der Geburt, Statistik Austria.

Angesichts dieser Fakten zeigt sich das Problem sehr deutlich: Wir haben in Österreich – unabhängig von den neben angeführten objektiv nachvollziehbaren Faktoren – auch aufgrund von **Organisations- und Strukturschwächen** eine extrem hohe Ärztedichte und damit einen entsprechend hohen Nachbesetzungsbedarf. Das Angebot an Ärzten, die bereit sind, im Sachleistungssystem zu arbeiten, kann diesen Nachbesetzungsbedarf nicht abdecken. Die Vertreter der Ärztekammern fordern, das Angebot zu erhöhen, indem Anreize insbesondere beim Honorar und bei den Arbeitsbedingungen gesetzt werden, um mehr Ärzte in das Sachleistungssystem zu bekommen. Tatsächlich greift dieser Ansatz zu kurz. Wenn nämlich die Organisation und die Strukturen nicht so verändert werden, dass weniger Ärzte im Sachleistungssystem benötigt werden, kann der Besetzungsbedarf nicht nachhaltig gedeckt werden.

### Die Zielsetzung

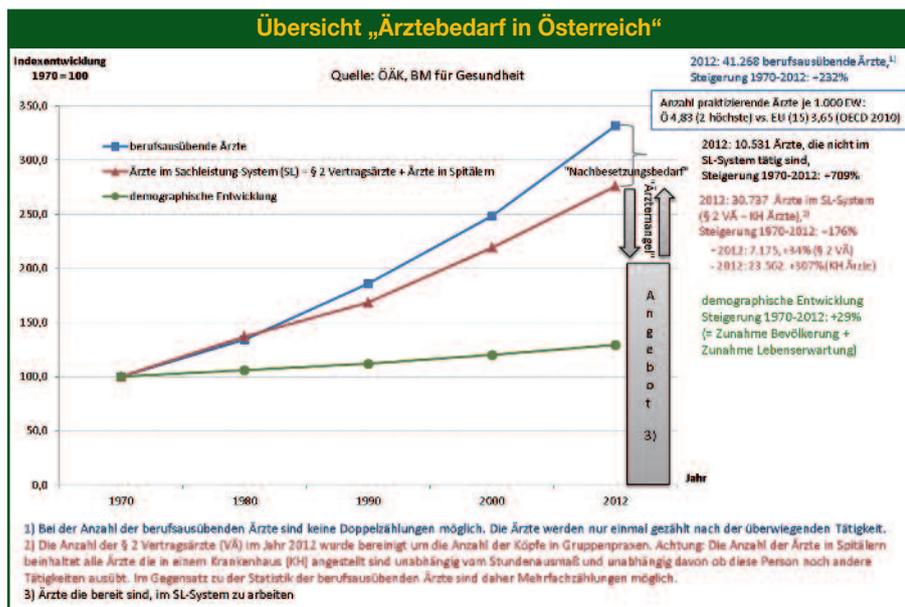
Auf Basis dieser Problemsicht müssen **zwei Zielrichtungen** verfolgt werden:

Erstens – und vordringlich – ist der **Nachbesetzungsbedarf zu reduzieren**, indem die Organisation, die Abläufe und die Strukturen im österreichischen Gesundheitssystem so verändert werden, dass weniger Ärzte im Sachleistungssystem benötigt werden. Weil aber dieser Prozess ein langfristiger ist und vielleicht letztendlich der (reduzierte) Nachbesetzungsbedarf immer noch höher ist als das Angebot, sind gleichzeitig **Anstrengungen** zu unternehmen, um **Ärzte für eine Tätigkeit im Krankenhaus oder als Vertragsarzt zu gewinnen**.

Mit anderen Worten: Die Systemverantwortlichen müssen alles unternehmen, um die Differenz zwischen dem Nachbesetzungsbedarf im Sachleistungssystem und dem Angebot an Ärzten, die bereit sind, im Sachleistungssystem zu arbeiten, zu beseitigen. Einerseits in dem der Nachbesetzungsbedarf reduziert und andererseits in dem das Angebot erhöht wird. Keine der beiden Zielsetzungen kann alleine das Problem nachhaltig beseitigen.

### Die Lösungsansätze

Die Ursachen und Entwicklungen, die hinter der dargestellten Problemlage stehen, sind natürlich sehr komplex und bedürfen einer viel umfassenderen Analyse, als hier geleistet werden kann. Im Rahmen des Hauptverbandes beschäftigt sich daher eine Arbeitsgruppe mit dieser Thematik, um auf Basis exakter Fakten und Zahlen ein Bündel an Lösungsansätzen zu erarbeiten. Im Folgenden kann nur ein kurzer Aufriss gegeben werden, in welche Richtung die



Überlegungen gehen müssen, um der komplexen Problemstellung und der angeführten Zielsetzung gerecht zu werden.

**Was können die Systemverantwortlichen (Politik, Krankenversicherungsträger, Rechtsträger von Krankenhäusern, Ärztekammern usw.) tun, um mit weniger Ärzten eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen, also um den Nachbesetzungsbedarf an Ärzten ohne Qualitätsverlust zu reduzieren?**

#### Weniger Patienten – mehr Gesunde

Österreich liegt bei der Anzahl der Arztbesuche, der Krankenhaustage und insbesondere der Krankenhausaufenthalte je Einwohner im europäischen Spitzenfeld:<sup>6</sup>

- Die Anzahl der Arztbesuche je Einwohner lag im Jahr 2012 in Österreich bei 6,8, im EU-15-Durchschnitt bei 5,8.
- Die Anzahl der Krankenhausaufenthalte je 1.000 Einwohner lag im Jahr 2012 in Österreich bei 270,3, im EU-15-Durchschnitt bei 163,5.
- Die Anzahl der Krankenhaustage je Einwohner lag im Jahr 2012 in Österreich bei 2,14; im Vergleich dazu im EU 15-Durchschnitt bei 1,25.

Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention besteht nach wie vor erheblicher Aufholbedarf. Die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung ist äußerst gering.<sup>7</sup>

Angesichts dieser Fakten müssen die **Lösungsansätze** in folgende Richtung gehen:

- ⇒ Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention, um die Menschen gesünder zu erhalten und damit Patientenzahlen zu reduzieren
- ⇒ Bewusstseinsbildung und Förderung der Gesundheitskompetenz insbesondere bei vulnerablen Gruppen (z. B. im Kindergarten und in der Schu-

**Das Angebot an Ärzten kann den – u. a. bedingt durch Organisations- und Strukturschwächen – extrem hohen Nachbesetzungsbedarf nicht decken!**

<sup>6</sup> Health at a glance: Europe 2014, OECD, S. 65 ff.  
<sup>7</sup> EU Health Literacy Survey 2012, S. 3.

le, aber auch über telefon- und webbasierte Aufklärung), um unnötige und damit für die Menschen belastende Inanspruchnahmen des Medizinsystems zu reduzieren. Einen Beitrag dazu kann hier auch eine ausgebaut Primärversorgung im Sinne von „Primary Health Care“ (PHC) liefern, wo dem Selbstmanagement („Laienmedizin“) und einer vernünftigen Patientensteuerung zur Vermeidung unnötiger Behandlungen großes Augenmerk geschenkt wird

**Lenkung von Patientenströmen – Vermeidung unnötiger und unkoordinierter Arzt- bzw. Krankenhausbesuche**

Wir haben in Österreich grundsätzlich einen freien Zugang zu allen Versorgungsstufen und Anbietern, einen niedrigen Anteil im Bereich der Primärversorgung und im internationalen Vergleich – u. a. gerade deswegen – eine sehr hohe Betten- und Ärztedichte, die ihrerseits zu der intensiven Inanspruchnahme von Ärzten und Krankenhäusern beiträgt („angebotsinduzierte Nachfrage“).<sup>8</sup>

- Die Anzahl der KH-Betten je 1.000 Einwohner lag 2012 in Österreich bei 7,7, im EU-15-Durchschnitt bei 4,6.
- Die Anzahl praktizierender Ärzte je 1.000 Einwohner lag 2012 in Österreich bei 4,9, im EU-15-Durchschnitt bei 3,7.

Als **Lösungsansätze** kommen hier folgende Maßnahmen in Betracht:

- ⇒ PHC-Modelle als erste Patientenlauf- und Koordinierungsstelle implementieren und Hausärzte in diese Richtung stärken
- ⇒ Patienten sinnvoll leiten (insbesondere über Hausarzt und PHC-Modelle, zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten, telefon- und webbasierte Informationssysteme), um den Patienten rasch eine qualitativ hochwertige Hilfe anzubieten
- ⇒ Angebote bedarfsorientiert auf allen Versorgungsstufen anpassen, um Doppelgleisigkeiten und allfällige Überversorgungen zu beseitigen

**Effizientere und effektivere Strukturen**

Die Arztlastigkeit des österreichischen Gesundheitssystems zeigt sich auch im Verhältnis des Pflegepersonals zu den Ärzten: In Österreich kommen 1,6 Pflegepersonen auf einen Arzt, im EU-15-Vergleich 2,4. Während Österreich bei der Ärztedichte mit 4,9 praktizierenden Ärzten je 1.000 Einwohner im OECD-Vergleich an zweiter Stelle liegt, ist die Dichte an Pflegepersonal mit 7,8 Pflegepersonen je 1.000 Einwohner deutlich niedriger als im EU-15 Vergleich mit 9,6 Pflegepersonen je 1.000 Einwohner.<sup>9</sup>

Außerdem ist Österreich gekennzeichnet durch ein unkoordiniertes Nebeneinander von Fachärzten in den Ambulanzen und im niedergelassenen Bereich sowie durch ein ausgeprägtes „Einzelkämpfertum“. Synergetische Kooperationsmodelle wie z. B. gemischte Gruppenpraxen sind noch nicht etabliert. Zur mangelnden Effizienz tragen teilweise auch überschießende rechtliche Vorgaben – insbesondere im Spitalsbereich – bei, die zu einer Absicherungsmedizin mit oft unnötigen Leistungen führen. Interessant ist auch, dass viele der Krankenhausärzte nebenbei Wahlartzordinationen betreiben, was ihre Kapazitäten im Sachleistungssystem naturgemäß einschränkt.

Alle **Lösungsansätze** in diesem Bereich müssen darauf abzielen, die Effektivität und die Effizienz der im Sachleistungssystem tätigen Ärzte zu erhöhen und die Arzttätigkeit auf jene Bereiche zu konzentrieren, die tatsächlich ausgebildete Ärzte erfordern.

- Folgende Maßnahmen können hier hilfreich sein:
- ⇒ Ausbau und Aufwertung des Pflegepersonals
  - ⇒ Delegation zu anderen/neuen Berufsgruppen (z. B. Advanced Practice Nurse, Administrations- und Operationsassistenten, Optiker/Bandagisten/Hörgeräteakustiker für Leistungen, die qualitativ hochwertig auch von Nichtärzten erbracht werden können)
  - ⇒ Synergetische Kooperationsmodelle wie z. B. PHC-Modelle, gemischte Gruppenpraxen, standortübergreifende Bruchstellenpraxen, zentrale Aufnahme- und Erstversorgungseinheiten, neue Verschränkungsmodelle zwischen Krankenhausambulanzen und dem niedergelassenen Bereich, ambulante medizinische Versorgungszentren usw.
  - ⇒ Ausbau der Tagesklinik, die weniger Ressourcen benötigt als der stationäre Bereich
  - ⇒ Strukturbereinigungen, wie sie teilweise in Spitalsreformen schon umgesetzt wurden (z. B. Konzentration von Leistungen bei einzelnen Krankenhäusern, Zusammenlegung von Abteilungen usw.)
  - ⇒ Effizienter und effektiver Umgang mit Diagnostik und Therapie (vgl. z. B. „PROP“, womit Untersuchungen im präoperativen Bereich erheblich reduziert werden können)
  - ⇒ Durchforsten (unnötiger) rechtlicher Vorgaben
  - ⇒ Ressourcenschonende technische Unterstützung (z. B. Telemedizin, E-Health-Lösungen)

**In erster Linie muss versucht werden, mit weniger Ärzten eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen!**

**Was können die Systemverantwortlichen tun, um mehr Ärzte in das Sachleistungssystem zu bekommen und den erforderlichen (reduzierten) Nachbesetzungsbedarf nachhaltig abdecken zu können?**

<sup>8</sup> Health at a glance: Europe 2014, OECD, S. 63 ff.

<sup>9</sup> Health at a glance: Europe 2014, OECD, S. 67.

Hier geht es darum, Krankenhausärzte und Vertragsärzte im System zu halten und andere Ärzte zu gewinnen, sich um frei werdende Vertragsarztstellen oder Planstellen im Krankenhaus zu bewerben.

Folgende **Lösungsansätze** stehen zur Diskussion:

- ⇒ Bessere Arbeitsbedingungen (z. B. weniger belastende Bereitschaftsdienstregelungen, Operationsmöglichkeiten, attraktive Arbeitsinhalte, Entbürokratisierung, Teilzeitmöglichkeiten und Kinderbetreuungseinrichtungen)
- ⇒ Attraktivere und insbesondere gerechtere Entlohnung
- ⇒ Verbesserungen im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung (z. B. bedarfsorientierte Anzahl an Studienplätzen, ein Tutorensystem zur Ausbildung von Turnusärzten in Krankenhäusern, Lehrpraxen), welche die Attraktivität einer Tätigkeit im Krankenhaus oder als Vertragsarzt erheblich erhöhen
- ⇒ Aktivitäten in Richtung „Image“ und „Lebensbedingungen“ insbesondere des Haus- bzw. Landarztes (vgl. z. B. die Kampagne „Lass dich nieder“ in Deutschland)

Diese exemplarischen Vorschläge zur Attraktivierung des Arztberufes sollen zeigen, dass es mehr Ansätze gibt, Ärzte für das Sachleistungssystem zu gewinnen, als Arbeitszeitreduktionen und Gehalts- bzw. Honorarerhöhungen. Viele dieser Maßnahmen sind derzeit schon umgesetzt, werden versucht oder sind noch in Diskussion. Wichtig ist, dass bei jeder gesetzten Maßnahme sorgfältig überlegt wird, welchen Beitrag sie zur Problemlösung leistet.

## Die Patientensicht

Den Patienten, die derzeit oft lange in den Ambulanzen sitzen und auf ihre Untersuchung oder Behandlung warten bzw. sich über lange Wartezeiten auf einen Termin beim Vertragsfacharzt ärgern, erscheint der Ansatz, ärztliche Planstellen im Sachleistungssystem **zu reduzieren**, um die Nachbesetzungsproblematik zu lösen, wohl provokant. Keinesfalls werden sie ihn auf den ersten Blick verstehen. Und sie hätten Recht, wenn die Systemverantwortlichen nur die Planstellen reduzieren würden, ohne die Organisation und Struktur des Systems so zu verändern, dass auch mit weniger ärztlichen Ressourcen eine hochwertige Versorgung sichergestellt werden kann.

Wie eingangs angeführt haben wir die zweithöchste Ärztedichte innerhalb der OECD. Und dennoch warten die Patienten oft stundenlang in den Ambulanzen und wochenlang auf einen Facharzttermin. Eine möglichst hohe Anzahl an Ärzten ist also offensichtlich kein Garant für eine hochwertige, kundenfreundliche Versorgung. Es geht vielmehr darum, die wertvolle „Ressource Arzt“ möglichst effektiv und effizient ein-

zusetzen. Dies verbessert nicht nur die Versorgung der Patienten, sondern erhöht auch die Arbeitszufriedenheit der Ärzte. Die in diesem Beitrag angeführten Lösungsansätze sollen in beide Richtungen wirken.

## Fazit und Ausblick

Wie die Analyse von APA-DeFacto<sup>10</sup> eindrucksvoll zeigt, liegen in Österreich die Phänomene „Ärztenschwemme“ und „Ärztmangel“ eng beieinander bzw. lösen sich scheinbar nahtlos ab. Auf den ersten Blick scheint dies das Ergebnis von Fehleinschätzungen oder interessengeleiteten Darstellungen zu sein. Eine nähere Betrachtung zeigt hingegen, dass die insbesondere zwischen 1995 und 2001 diskutierte Ärzteschwemme den jetzt bestehenden „Ärztmangel“ bzw. die Nachbesetzungsprobleme maßgeblich mitverursacht hat. Das erheblich gestiegene Ärzteangebot wurde vom Sachleistungssystem (insbesondere den Krankenhäusern, aber auch vom Vertragsarztbereich) aufgenommen und hat dort zu einer Versorgungsdichte geführt, die mit dem zukünftig vorhandenen Angebot zu leistbaren Bedingungen nicht mehr abgedeckt werden kann. Diese Diskrepanz zwischen dem (zu hohen) Nachbesetzungsbedarf und den (zu wenigen) Ärzten, die bereit sind, im Sachleistungssystem zu arbeiten, kann nur beseitigt werden, indem einerseits die Organisation und die Strukturen so verändert werden, dass weniger Ärzte im Sachleistungssystem benötigt werden (Reduktion des Nachbesetzungsbedarfs), und andererseits, indem mehr Ärzte gewonnen werden, im Sachleistungssystem zu arbeiten (Erhöhung des Angebotes). Die immer wieder aufgestellte Forderung nach mehr Geld und besseren Arbeitsbedingungen für die Ärzte löst das zugrunde liegende Problem mit Sicherheit nicht.

Im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger werden die Arbeiten an dieser Thematik intensiv fortgesetzt. Auf Basis einer klar definierten Problembeschreibung und daraus abgeleiteten Zielsetzungen werden Lösungsansätze erarbeitet werden, die natürlich nur mit den Systemverantwortlichen (Politik, Gesundheitsfonds, Rechtsträger von Spitälern, Interessensvertretungen von Ärzten und anderen Berufsgruppen) umgesetzt werden können.

Im Rahmen dieser weiteren Bearbeitung werden alle relevanten Zahlen und Fakten erhoben und tiefgehend analysiert werden. Hier konnte dazu nur ein kurzer Aufriss erfolgen, der aber klar zeigt, dass der Unterschied zwischen „Ärztmangel“ und „Nachbesetzungsproblemen bei Arztstellen“ keinesfalls nur ein rein semantischer ist. Hinter diesen Begriffen stehen vielmehr ganz unterschiedliche Problemstellungen, aus denen sich unterschiedliche Zielsetzungen mit unterschiedlichen Lösungsansätzen ableiten.

**Zur Attraktivierung des Arztberufes gibt es mehr Ansätze als Arbeitszeitreduktionen und Gehalts- bzw. Honoraranhebungen.**

<sup>10</sup> Vgl. Artikel von M. Kerzner und E. Rehberger „Ärztenschwemme versus Ärztemangel in Österreich“ in dieser Ausgabe.