

Projektbericht
Research Report

Dezember 2024

Einkünfte von Ärztinnen und Ärzten in Österreich

Eine Analyse anhand von Lohn- und
Einkommensdaten – Ein Update

Thomas Czypionka
Miriam Reiss
Christoph Stegner

**Studie im Auftrag
des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger**



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

AutorInnen

Thomas Cypionka, Miriam Reiss, Christoph Stegner

Titel

Einkünfte von Ärztinnen und Ärzten in Österreich - Ein Update

Kontakt

T +43 1 59991-127

E cypionka@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.

Inhaltsverzeichnis

1	Executive Summary	5
2	Einleitung	7
3	Daten	10
3.1	Datenquellen	10
3.2	Datenschutz	11
3.3	Datenaufbereitung	12
3.3.1	Daten des Bundesministeriums für Finanzen	12
3.3.2	Daten des Dachverbands der Sozialversicherungsträger	16
3.3.3	Datenzusammenführung	19
3.4	Selektion der arztrelevanten Einkünfte	21
3.4.1	Kriterium Branchenkenzahl nach ÖNACE	21
3.4.2	Steuer- und Nullfälle	30
3.4.3	Auswahl der Einkunftsvariablen.....	31
3.4.4	Deskriptive Analyse zu den relevanten NACE-Klassen	31
3.4.5	Fazit	35
4	Ergebnisse	36
4.1	Allgemeine deskriptive Analyse des Datensatzes	36
4.1.1	Gesamter Datensatz	36
4.2	Deskriptive Analyse der Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen	47
4.2.1	Einkünfte der ÄrztInnen – gesamt	48
4.2.2	Einkünfte der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen	52
4.2.3	VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag	72
4.2.4	Einkünfte der WahlärztInnen	80
5	Vergleich Vorgängerstudie	91
5.1	ÄrztInnen – gesamt.....	91
5.1.1	Jährliche Entwicklung.....	91
5.1.2	Vertragsstatus	92
5.2	ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen	95
5.2.1	Jährliche Entwicklung.....	95
5.2.2	Dezile.....	96
5.2.3	Geschlecht.....	97
5.2.4	Alter.....	99
5.2.5	Hausapotheke	101
5.3	VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag	104
5.3.1	Jährliche Entwicklung.....	104
5.3.2	Dezile.....	105

5.3.3	Geschlecht.....	106
5.3.4	Alter.....	108
5.4	WahlärztInnen	110
5.4.1	Jährliche Entwicklung.....	110
5.4.2	Dezile.....	111
5.4.3	Geschlecht.....	112
5.4.4	Alter.....	114
6	Fazit.....	116
6.1	Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen	116
6.2	Vergleich Vorgängerstudie	118
6.3	Limitationen der Studie	118
7	Verzeichnisse	121
7.1	Abbildungsverzeichnis	121
7.2	Tabellenverzeichnis	126
7.3	Abkürzungsverzeichnis	128
7.4	Literaturverzeichnis	129

1 Executive Summary

Die Transparenz an den Einkünften von ÄrztInnen in Österreich ist gering. Bereits einmal analysierten wir die Einkünfte niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in Österreich zum Basisjahr 2015 (Cypionka et al. 2018). Das vorliegende Update soll erneut die folgende Fragestellung beantworten: „*Wie hoch sind die Einkünfte unterschiedlicher Gruppen von ÄrztInnen in Österreich bzw. welche Einflussfaktoren wirken auf diese Einkünfte?*“

Für die Berechnungen wurden pseudonymisierte Daten des Bundesministeriums für Finanzen und des Dachverbands der Sozialversicherungen verwendet. Die Analyse ist dabei auf die niedergelassenen ÄrztInnen beschränkt, da im Gegensatz zur Vorgängerstudie keine Daten des WIGEV zu den ausschließlich in Spitälern tätigen ÄrztInnen vorliegen. Die vorhandenen Daten erstrecken sich auf die Jahre 2017-2020 (Vorgängerstudie: 2012-2015) und die Auswertungen fokussieren sich dabei auf das Jahr 2019 (Vorgängerstudie: 2015), um Verzerrungen durch die COVID-19 Pandemie zu vermeiden.

Das Hauptaugenmerk liegt auf jenen Einkünften, die aus ärztlicher Tätigkeit erzielt werden. Die Identifikation der Einkünfte aus arztrelevanter Tätigkeit erfolgt anhand der ÖNACE-Klassifizierung. Dabei müssen EinzelunternehmerInnen ihre Tätigkeiten bei der Veranlagung ihrer Einkünfte in die Einkommenssteuererklärung eine ÖNACE-Klasse zuordnen. Als arztrelevante Tätigkeiten wurden dabei folgende ÖNACE-Klassen ausgewählt:

- **G477:** Einzelhandel mit sonstigen Gütern (in Verkaufsräumen)
- **Q861:** Krankenhäuser
- **Q862:** Arzt- und Zahnarztpraxen
- **Q869:** Gesundheitswesen anderweitig nicht genannt

Neben Einkünften aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb (SA/GW) werden auch Einkünfte aus unselbständiger Arbeit (UA) betrachtet und schließlich summiert. So kann neben der Höhe der gesamten arztrelevanten Einkünfte auch deren Zusammensetzung untersucht werden. Einkünfte aus Kapitalgesellschaften liegen hingegen nicht vor.

Für das Jahr 2019 umfasst der Datensatz 21.348 ÄrztInnen. Davon waren 9.476 ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen, 642 VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag und 11.230 waren WahlärztInnen. Mit 12.855 waren knapp über 60% der ÄrztInnen männlich und 14.307 ÄrztInnen waren 50 Jahre oder älter.

Die medianen arztrelevanten Einkünfte unterscheiden sich stark nach dem Vertragsstatus, weswegen die Ergebnisse zuerst für die ÄrztInnen mit Verträgen bei allen

Kassen, gefolgt von den VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag und schließlich den WahlärztInnen dargestellt werden.

Die **ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen** erzielten im Jahr 2019 mediane arztrelevante Einkünfte in Höhe von EUR 178.128 (Vorgängerstudie für 2015: EUR 142.772). Der Durchschnitt lag hingegen bei EUR 225.927, wobei EUR 216.747 auf SA/GW und EUR 9.180 auf UA entfallen. Ärzte konnten mit EUR 200.140 höhere mediane Einkünfte verzeichnen als Ärztinnen mit EUR 146.779. Zudem ist eine umgekehrt U-förmige Beziehung zwischen den Altersgruppen und den Einkünften zu beobachten. Bis zur Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen (Median: EUR 185.089) nehmen sie zu, bei den über 70-Jährigen dann wieder ab.

Zu größeren Unterschieden in den arztrelevanten Einkünften kommt es auch zwischen den Fachgruppen. Fachgruppen mit höheren Einkünften sind etwa Labor/Pathologie/Physikalische Medizin mit EUR 641.048, Radiologie mit EUR 369.122, und Innere Medizin mit EUR 280.680. Im Vergleich dazu niedrigere Einkünfte finden sich in der Gynäkologie mit EUR 162.624, der Allgemeinmedizin mit EUR 162.696, der Kinder- und Jugendheilkunde mit EUR 180.672 und der Neurologie/Psychiatrie mit EUR 196.785. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass Kapitaleinkünfte in den Einkünften nicht enthalten sind. Dadurch kommt es zu einer Unterschätzung der Einkünfte der in Kapitalgesellschaften organisierten Instituten (z.B. in den Bereichen Radiologie oder Labordiagnostik).

Für AllgemeinmedizinerInnen in ruralen oder intermediären Gebieten kann das Betreiben einer Hausapotheke eine bedeutende Einnahmequelle sein. So erzielten AllgemeinmedizinerInnen mit Hausapotheke arztrelevante Einkünfte in Höhe von EUR 224.626 und jene ohne Hausapotheke in Höhe von EUR 156.677. Die Einkünfteunterschiede sind jedoch nicht notwendigerweise ausschließlich auf die Gewinne der Hausapotheke zurückzuführen. Es könnten darüber hinaus noch andere intervenierende Effekte, wie z.B. andere Öffnungszeiten oder ein anderweitig erweitertes Leistungsspektrum vorliegen.

Die **VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag** verzeichneten im Jahr 2019 mediane ärztliche relevante Einkünfte in Höhe von EUR 118.217 (Vorgängerstudie 2015: EUR 90.513). Der Durchschnitt lag bei EUR 150.920, wobei EUR 124.511 auf SA/GW und EUR 26.409 auf UA entfallen. Ärzte konnten mit EUR 141.318 höhere mediane Einkünfte verzeichnen als Ärztinnen mit EUR 84.414. Auch bei den VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag ist eine umgekehrt U-förmige Beziehung zwischen den Altersgruppen und den Einkünften zu beobachten. Bis zur Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen (Median: EUR 153.943) nehmen sie zu, ab den über 60-Jährigen dann wieder ab.

Bei den **WahlärztInnen** lagen die medianen arztrelevanten Einkünfte im Jahr 2019 bei EUR 93.147 (Vorgängerstudie 2015: EUR 75.524). Der Durchschnitt lag hingegen bei EUR 118.904, wobei EUR 66.961 auf SA/GW und EUR 51.943 auf UA entfallen. Ärzte konnten mit EUR 116.335 höhere mediane Einkünfte verzeichnen als Ärztinnen mit EUR 62.000. Zudem ist eine umgekehrt U-förmige Beziehung zwischen den Altersgruppen und den Einkünften zu beobachten. Bis zur Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen (Median: EUR 106.600) nehmen sie zu, ab den über 60-Jährigen dann wieder ab. Ausschließlich selbständig tätige WahlärztInnen erzielten mediane bzw. durchschnittliche Einkünfte in Höhe von EUR 72.463 bzw. EUR 112.837. WahlärztInnen, die auch einer unselbständigen Tätigkeit nachgingen, kamen auf EUR 97.200 bzw. EUR 120.790. Davon waren EUR 52.701 SA/GW und EUR 68.089 UA zuzuordnen.

Die vorgestellten Zahlen zeigen die Heterogenität ärztlicher Einkünfte und sollen helfen, einen differenzierten Blick zu ermöglichen. Bei ärztlichen Einkünften ist grundsätzlich die lange Ausbildungszeit, die verkürzte Erwerbszeit, die hohe Verantwortung und der (internationale) Arbeitsmarkt zu berücksichtigen. Gleichzeitig setzen Einkommen auch Anreize in Hinblick auf die Entscheidung für den ärztlichen Beruf und die Fachrichtung bzw. auch in Hinblick auf die Annahme eines Kassenvertrags. Im niedergelassenen Bereich finden wir grundsätzlich hohe Einkünfte, insbesondere im vertragsärztlichen Bereich, vor. Die Betrachtung nach Fachgruppen zeigt allerdings eine Breite zwischen den Fachgruppen. Hier sollte auch innerhalb der Ärzteschaft nachgedacht werden, inwieweit Verantwortung und etwaiger Kapitaleinsatz diese Disparitäten rechtfertigen. Zu beleuchten wäre außerdem, inwiefern die beschränkte Zahl an Kassenverträgen eine Rolle spielt, die bei steigendem Durchschnittsalter einer wachsenden Bevölkerung einen hohen Umsatz garantieren, aber für die Qualität (z.B. im Sinne der Kontaktzeit) nachteilig sind.

Schwierig für die adäquate Honorierung ist auch die mangelnde Kenntnis der Ausgabenstruktur. Zukünftig könnte die Etablierung einer regelmäßigen Kostenstrukturerhebung nach deutschem Vorbild¹ angedacht werden. Dabei sollten auch Qualitätsaspekte und Arbeitszeiten berücksichtigt werden.

2 Einleitung

Die Frage leistungsadäquater Entlohnung spielt eine große Rolle für die Gerechtigkeit in einer arbeitsteiligen Wirtschaft, insbesondere bei der Festlegung von jenen Tarifen, die sich nicht nach Marktmechanismen bilden können. Da in Österreich kaum Transparenz bzgl. der Einkommensverhältnisse herrscht, ist es für die Gesundheitspolitik in

¹<https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen-Unternehmen/Dienstleistungen/Methoden/Erlaeuterungen/kostenstruktur-medBereich.html>.

besonderem Maße schwierig, die Einkommensverhältnisse der LeistungserbringerInnen in ihr Kalkül miteinzubeziehen. Es bestehen im Detail viele Probleme bei der Ermittlung der tatsächlichen Einkommensverhältnisse, da das Einkommen von ÄrztInnen sehr heterogen ist und aus mehreren Bestandteilen besteht. Bei den niedergelassenen ÄrztInnen besteht zudem auch Unklarheit über die Kosten, die den Tarifen gegenüberstehen, ebenso über private Honorare, sowie über den rein wahlärztlichen Bereich.

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

In weiterer Folge beauftragten der HV und der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) – nunmehr Wiener Gesundheitsverbund (WIGEV) – das IHS mit der Konzeption und Durchführung einer pseudonymisierten Datenerhebung bzgl. diverser ärztlicher Einkunftsarten aus den Datenquellen von HV, KAV und Bundesministerium für Finanzen (BMF) sowie mit der Durchführung der Datenzusammenführung und Datenauswertung. Ziel dieser Studie war es, die ärztlichen Einkünfte aus Haupt- und Nebentätigkeit von selbst- und unselbständigen Erwerbstätigen deskriptiv darzustellen und die relevanten Faktoren (wie Fachrichtung, Alter oder Geschlecht) für etwaige Unterschiede in den Einkünften zu bestimmen. Hauptaugenmerk wurde dabei auf die arztrelevanten Einkünfte gelegt. Die Studie wurde 2018 veröffentlicht (Cypionka et al., 2018).

Die vorliegende Studie stellt ein Update jener aus dem Jahr 2018 dar. Sie wurde vom DV in Auftrag gegeben und stellt im Gegensatz zur Vorgängerstudie ausschließlich die Einkünfte der selbständig tätigen ÄrztInnen dar. Betrachtet werden dafür arztrelevante Jahreseinkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb aus Einzelunternehmerschaft und Personengesellschaften sowie die Jahreseinkünfte aus unselbständiger Arbeit (inkl. Pensionen). Die zentrale Einkunftsvariable der Studie ist die Summe dieser Komponenten, bezeichnet als **arztrelevante Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (SA/GW) und unselbständiger Arbeit (UA)**. Um die Einkünfte aus UA mit jenen aus SA/GW vergleich- und summierbar zu machen, wurde statt der Netto- oder Bruttoeinkünfte die Lohnsteuerbemessungsgrundlage herangezogen. Dabei

handelt es sich um die Bruttoeinkünfte abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge sowie einiger weiterer Posten.¹ Ärztekammerumlage bzw. Beiträge für den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer sind sowohl bei den Einkünften aus UA als auch bei den Einkünften aus SA/GW bereits abgezogen.

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

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

Eine vorgelagerte Pseudonymisierung der Primärdaten durch die Pseudonymisierungsstelle der Sozialversicherungsträger gewährleistete den Datenschutz. Für die Ergebnisdarstellung in dieser Studie wurde eine k-Anonymität von 6 gewählt, d.h. mindestens sechs Individuen besitzen dieselben sensiblen Attribute im dargestellten Datensatz, wodurch sie nicht unterscheidbar sind und nicht identifiziert werden können. Bei geringerer Zellenbesetzung werden die Ergebnisse dieser speziellen Attributkombination im Bericht nicht dargestellt.

Der Studientext gliedert sich folgendermaßen: Kapitel 3 beschreibt die Primärdaten der jeweiligen Datenquelle sowie die durchgeführte Datenaufbereitung und erläutert darüber hinaus die Selektion der arztrelevanten Einkünfte. Kapitel 4 zeigt die wichtigsten Ergebnisse für die relevanten ÄrztInnengruppen in Form einer deskriptiven Untersuchung. Kapitel 5 vergleicht die Ergebnisse dieser Studie mit jenen der Vorgängerstudie und Kapitel 6 schließt mit dem Fazit.

¹ Um die Lohnsteuerbemessungsgrundlage zu erhalten, werden von den Bruttoeinkünften neben den SV-Beiträgen auch steuerfreie Zulagen und Zuschläge, steuerfreie Reisekosten, Pendlerpauschale, Freibetrag, Gewerkschaftsbeitrag und E-Card-Gebühr abgezogen sowie Sachbezüge hinzugerechnet.

3 Daten

3.1 Datenquellen

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

- **BMF** – Bundesministerium für Finanzen
- **DV** – Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Um den Datenschutz zu gewährleisten, wurde folgende Herangehensweise gewählt:

Der DV identifizierte aus seinen Daten die in den Datensatz einzuschließenden ÄrztInnen. Das BMF filterte aus den Lohn- und Einkommensteuerdaten mit Hilfe der ÖNACE-Branchenkennzeichnung jene Subjekte heraus, die im Beobachtungszeitraum im Gesundheits- und Sozialwesen (Abschnitt Q) beschäftigt waren. Diese Einschränkung wurde getroffen, sodass im Sinne der Datenminimierung nicht die Gesamtheit der Steuersubjekte Eingang in den übermittelten Datensatz finden. Sowohl DV als auch BMF erstellten jeweils zwei Datenpakete. Das erste Paket enthielt dabei jeweils das bereichsspezifische Personenkennzeichen (bPK) der Sozialversicherung – im Falle des BMF in verschlüsselter Form – sowie eine Laufnummer. Diese Pakete wurden an die Pseudonymisierungsstelle der Sozialversicherung übermittelt, welche das bPK durch ein Pseudonym ersetzte und die Pakete so an das IHS weitergab. Das jeweils zweite Paket enthielt die oben genannte Laufnummer sowie den für die Auswertung benötigten Datenkörper und wurde von DV bzw. BMF direkt an das IHS übermittelt. Die Informationen des DV verwendeten eine k-Anonymität von 6. Über die Laufnummer konnte schließlich eine Zusammenführung der jeweiligen Pakete derselben Datenquelle erfolgen, während die Zusammenführung über die Datenquellen hinweg durch das Pseudonym ermöglicht wurde. Auf diese Weise mussten zwischen den Datenhaltern keine inhaltlichen Daten ausgetauscht werden, das IHS wiederum erhielt keine die Person identifizierenden Informationen sondern nur eine Laufnummer für die weiteren Arbeiten.

Die Datenlieferung sowohl durch das BMF als auch den DV erfolgte im August 2023. Der **Zeitraum** des fusionierten Datensatzes umfasst die Jahre **2017 bis 2020** (Beobachtungszeitraum der Vorgängerstudie: 2012 bis 2015).

Für das Vorgängerprojekt wurden darüber hinaus auch Daten durch den KAV (nunmehr WIGEV) geliefert, welche Informationen zu den dort angestellten ÄrztInnen enthielten. Der Datensatz umfasste die vom KAV ausbezahlten Bruttogehälter (in Bestandteile

gegliedert) und das Beschäftigungsausmaß sowie Merkmale der ÄrztInnen wie Geschlecht, Altersgruppe, Dienstaltersgruppe, Fachbereich und Berufsgruppe. Dies erlaubte die Analyse der Gehälter, aber insbesondere auch der gesamten ärztlichen Einkünfte inkl. Nebeneinkünfte aus etwaiger niedergelassener Tätigkeit und/oder Sonderklasseentgelten. Für das vorliegende Update der Studie war eine analoge Datenlieferung seitens des WIGEV bis zum Zeitpunkt der Berichtslegung leider nicht möglich, sodass keine gesonderte Auswertung für die SpitalsärztInnen des WIGEV durchgeführt werden konnte. Etwaige Einkünfte aus Spitalstätigkeit der im Datensatz erfassten ÄrztInnen sind aber selbstverständlich in deren gesamten arztrelevanten Einkünften enthalten.

3.2 Datenschutz

Die übermittelten pseudonymisierten Daten unterliegen grundsätzlich dem Datenschutzgesetz (§7 DSG). Das Ziel der Untersuchung sind keine personenbezogenen Erkenntnisse. Pseudonymisierte Daten sind als indirekt personenbezogen zu werten und daher für wissenschaftliche Zwecke verwendbar. Eine Genehmigungsvorlage vor der Datenschutzbehörde war daher gemäß DSG nicht zwingend.

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

Das IHS traf ausreichende Sicherheitsmaßnahmen (gemäß §54 DSG), um zu verhindern, dass Daten ordnungswidrig verwendet oder Dritten unbefugt zugänglich gemacht wurden. Eine Erlaubnis für den Datenzugriff hatten nur diejenigen IHS-MitarbeiterInnen, die konkret und direkt im gegenständlichen Forschungsprojekt eingebunden waren. Die in das Projekt eingebundenen MitarbeiterInnen des DV, BMF und IHS unterliegen den internen Verschwiegenheitsrichtlinien und sind vertragstechnisch daran gebunden. Weiters obliegen sie dem Datengeheimnis nach §6 DSG. Diese Verschwiegenheitsverpflichtung der mit dem Datenverkehr beauftragten Personen ist auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit für das gegenständliche Projekt aufrecht.

Das IHS führte alle Auswertungs- und Darstellungsarbeiten für das gegenständliche Projekt selbst durch und beauftragte dazu keine Dritten.

3.3 Datenaufbereitung

3.3.1 Daten des Bundesministeriums für Finanzen

Die Datenlieferung des BMF umfasste die Daten folgender Formulare über den Zeitraum 2017-2020:

- L16 – vom Arbeitgeber übermittelte monatliche Lohnzettel
- L1 – Arbeitnehmerveranlagungen
- E1 – Einkommensteuererklärung: Summe aus Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft (LF), selbständiger Arbeit (SA), Gewerbebetrieb (GW) sowie Vermietung und Verpachtung (VV)
 - E1a – Beilage zur Einkommensteuererklärung E1 aus Einzelunternehmenschaft für Einkünfte aus LF, SA und GW
 - E1c – Beilage zur Einkommensteuererklärung E1 aus Einzelunternehmenschaft für pauschalisierte Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft
 - E106 – Beilage zur Erklärung der Einkünfte aus Personengesellschaften¹
- E6a – Beilage zur Feststellungserklärung E6 für betriebliche Einkünfte von Personengesellschaften aus Land- und Forstwirtschaft, selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb

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

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

Die vom BMF übermittelten Daten enthielten keine Detaildaten zu Einkünften aus Kapitalvermögen (E1kv und K1). In der E1-Variable „Gesamtbeiträge der Einkünfte“ sind jedoch Einkünfte aus Kapitalvermögen enthalten, welche bspw. Zuflüsse aus Besitz (Aktividenden, Ausschüttungen, Darlehenszinsen, etc.) oder Veräußerungsgewinne

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

(Spekulationsgewinne, Realisierung von Wertsteigerung einer Beteiligung, etc.) von Kapitalvermögen umfassen, sofern sie nicht durch die Kapitalertragsteuer (KESt) oder andere Fixsteuersätze auf Kapitaleinkünfte bereits endbesteuert sind. Dementsprechend stellen die E1-veranlagten Einkünfte aus Kapitalvermögen eine sehr geringe Größe dar.

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

Eine wichtige Information zur Identifizierung von ÄrztInnen stellt die Variable *Branchenkennzahl* dar. Diese ist jedoch nicht in E1 (Einzelunternehmerschaft) oder E6 (Personengesellschaften) enthalten, sondern in den entsprechenden Beilagen E1a bzw. E6a. Anhand der Schlüsselvariablen für den individuellen ESt-Bescheid und der Beilagennummer konnten die E1a, E1c, E106 und E6a-Beilagen eindeutig einem Individuum zugeordnet werden.

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

Tabelle 1: Einkommensteuererklärung Formular E1, oberer Teil der Seite 3, Version 2019

10. - 12. Betriebliche Einkünfte aus <i>(Beträge in Euro)</i>	10. Land- und Forstwirtschaft ⁷	11. selbständiger Arbeit ⁸	12. Gewerbebetrieb ⁹
a) Als Einzelunternehmer/in - Ergebnis aus der/den Beilage(n) E 1a oder E 1a-K, bei land- und forstwirtschaftlicher Pauschalierung aus E 1c ⁴⁾			
b) Als Beteiligte/r (Mitunternehmer/in) - Ergebnis aus der Beilage E 11 ⁴⁾			
c) Davon auszuschneiden wegen Verteilung der Einkünfte auf 3 Jahre ¹⁰	311 –	321 –	327 –
auf 5 Jahre ¹¹	312 –	322 –	328 –
d) <input type="checkbox"/> Ich beantrage gemäß § 37 Abs. 9 unwiderruflich, meine positiven Einkünfte aus künstlerischer und/oder schriftstellerischer Tätigkeit auf das Erklärungsjahr und die beiden Vorjahre gleichmäßig zu verteilen. In Kennzahl 325 sind daher 2/3 auszuschneiden. ⁵⁾ ¹²		325 –	
e) Anzusetzende Teilbeträge aus einer Einkünfteverteilung eines anderen Jahres ¹³	314 +	324 +	326 +
f) Bei Ausübung der Regelbesteuerungsoption gemäß Punkt 8.1: In Punkt a) und/oder b) nicht enthaltene betriebliche Kapitalerträge (Früchte und Substanz), soweit sie nicht in den Kennzahlen 917/918/919 zu erfassen sind ¹⁴	780 +	782 +	784 +
g) Bei Ausübung der Regelbesteuerungsoption gemäß Punkt 8.1: In den Kennzahlen 780/782/784 nicht enthaltene betriebliche Kapitalerträge (Früchte und Substanz), auf die ausländische Quellensteuer anzurechnen ist ¹⁵	917	918	919
h) Bei Ausübung der Regelbesteuerungsoption gemäß Punkt 8.2: In Punkt a) und/oder b) nicht enthaltene Substanzgewinne betreffend Betriebsgrundstücke ¹⁶	500 +	501 +	502 +
Summe aus a) bis h)	310	320	330

Quelle: BMF (2019)

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

Für den mit den Daten des Dachverbands (siehe Kapitel 3.3.3) fusionierten Datensatz ergibt sich bspw. für das Jahr 2019 die in Tabelle 2 angeführte Verteilung der Einkunftsarten e1a_art (nicht der Individuen; pro E1-Veranlagung können mehrere Einkunftsarten mittels E1a-Formulars deklariert werden; auch von derselben Einkunftsart, wenn unterschiedliche Einkunftsquellen vorliegen).

Tabelle 2: Verteilung der Einkunftsarten im fusionierten Datensatz, 2019

Einkunftsart	Häufigkeit	Anteil in %
E1 ohne E1a	1.495	5,7%
E1 mit GW	933	3,5%
E1 mit LF	51	0,2%
E1 mit SA	23.959	90,6%
Gesamt	26.438	100,0%

Darstellung: IHS (2024)

Der Hauptanteil der veranlagten Einkunftsarten von ÄrztInnen, welche eine E1-Veranlagung im Jahr 2019 durchführten, ist demnach durch selbständige Arbeit (SA) mit über 90% gegeben. 1.495 ÄrztInnen¹ veranlagten im Jahr 2019 mittels E1 ohne E1a-Beilage bzw. fehlt eine entsprechende E1a-Beilage im übermittelten Datensatz. Ein Grund für den relativ hohen Anteil dieser Fälle ist u.a., dass Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie aus Kapitalvermögen nicht mittels Formular E1a erfasst werden und die Einkünfte aus unselbständiger Arbeit automatisch, also ohne Beilage, bei Veranlagung mittels E1 erfasst werden.

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

Das Studienziel ist der deskriptive Vergleich der **jährlichen** Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit. Dazu war es notwendig, bei Vorliegen von mehreren E1-Beilagen mit differierenden Einkunftsarten oder Branchenkenzahlen die Summe aller **arztrelevanten Einkünfte** (d.h. Einkünfte aus LF, VV und bestimmte Branchenkenzahlen wurden ausgeschieden) eines Jahres einer eindeutigen Einkunftsart und Branchenkenzahl zuzuordnen. Wir gingen nach dem Schwerpunktprinzip vor, d.h. diejenige arztrelevante Beilage mit dem höchsten Gewinn bestimmte die Einkunftsart und Branchenkenzahl für die gesamte Gewinnsumme aller arztrelevanten E1a-Beilagen. Die in der E1a- bzw. E106-Beilage ausgewiesenen Gewinne stellen somit die arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW dar.

Die Einkunftsart spielte nach Ausscheiden von LF- und VV-Beilagen in weiterer Folge keine Rolle mehr, da wir im Unterschied zum Rechnungshofbericht (RH 2022) nicht zwischen den Einkünften aus selbständiger Arbeit (SA) und Gewerbebetrieb (GW) unterschieden haben.

¹ Beilagenanzahl entspricht hier der Individuenanzahl, da keine (Mehrfach-)Beilagen in diesem Fall vorhanden sind.

3.3.2 Daten des Dachverbands der Sozialversicherungsträger

Der vom DV im August 2023 übermittelte Datensatz umfasst alle niedergelassenen ÄrztInnen, die in den Jahren 2017 bis 2020 beim DV als Vertrags- oder WahlärztInnen erfasst sind. Darunter fallen auch ÄrztInnen ohne kurative und Vorsorgeuntersuchungsverträge (= rein wahlärztlich Tätige). Nicht im Datensatz erfasst sind BetreiberInnen eines Witwenfortbetriebs.

In Tabelle 3 sind die relevanten Variablen des DV-Datensatzes aufgelistet. Zusätzlich zu den Variablen *Geburtsjahr* und *Geschlecht* der ÄrztInnen wurden Informationen zum jeweiligen *Bundesland* und *Urbanisierungsgrad* des Ordinationssitzes, zum *fachärztlichen Bereich* und zur *Vertragsdauer*¹ sowie Dummy-Variablen² für das Vorhandensein von kurativen Verträgen mit der jeweiligen *Gebietskrankenkasse/Österreichischen Gesundheitskasse* bzw. mit der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS) bzw. Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB), von *Vorsorgeuntersuchungsverträgen* sowie von *Gruppenpraxis-* und *Hausapothekenverträgen* übermittelt. Aufgrund der mit 01.01.2020 in Kraft getretenen Zusammenführung der Sozialversicherungsträger kam es im Beobachtungszeitraum zu dementsprechenden Änderungen in der Terminologie, die unten näher ausgeführt sind.

¹ Falls ein kurativer Vertrag mit einer GKK/ÖGK besteht, bezieht sich die Dauer auf diesen Vertrag. Falls ein kurativer Vertrag ausschließlich mit SVS/BVAEB besteht, bezieht sich die Dauer auf diesen Vertrag. Falls ein/e ÄrztIn keine kurativen Verträge hat, bezieht sich die Dauer auf die VU-Verträge. Bei TeilnehmerInnen einer Gruppenpraxis bezieht sich diese Variable auf die Zeit, in der der/die ÄrztIn TeilnehmerIn der GP war.

² Eine Dummy-Variable ist eine binäre Variable, die nur die Ausprägungen 1 („ja“ bzw. „zutreffend“) oder 0 („nein“ bzw. „nicht zutreffend“) annehmen kann.

Tabelle 3: Vom Dachverband übermittelte relevante Variablen und ihre Ausprägungen

Variable	Ausprägung	Variablenname im aufbereiteten Datensatz	Anmerkung
Auswertungsjahr	2017, 2018, 2019, 2020	jahr	
Geschlecht	1 = Männer, 0 = Frauen	male	Dummy-Variable
Geburtsjahr	numerisch	age	berechnet anhand Auswertungs- und Geburtsjahr
Bundesland	1 = Burgenland 2 = Kärnten 3 = Niederösterreich 4 = Oberösterreich 5 = Salzburg 6 = Steiermark 7 = Tirol 8 = Vorarlberg 9 = Wien	bl	
Urbanisierungsgrad	1 = überwiegend städtisch 2 = intermediär 3 = überwiegend ländlich	urban	Urbanisierungsgrad des Bezirks/Versorgungseinheit
Fachgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinmedizin • Anästhesiologie und Intensivmedizin, Nuklearmedizin, Immunologie, andere Vertragspartner • Augenheilkunde und Optometrie • Chirurgie (Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Plastische Chirurgie, Kinderchirurgie) • Haut- und Geschlechtskrankheiten • Frauenheilkunde und Geburtshilfe • Innere Medizin • Kinder- und Jugendheilkunde • Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde • Lungenkrankheiten • Neurologie (Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie) • Orthopädie • Physikalische Medizin • Radiologie • Urologie • Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Dr. med. dent., Dentist • Labordiagnostik, Pathologie, Hygiene und Mikrobiologie 	fg_hv	Fachgruppen wurden tlw. zusammengefasst übermittelt
Vertragsdauer	numerisch in Tagen	vertrag_dauer	Über 91% sind ganzjährige Vertragspartner
Alle Kassen	1 = wenn kurativer Vertrag bei allen Kassen	gkk	Dummy-Variable
VertragsärztIn ohne ÖGK-Vertrag	1 = wenn kurativer Vertrag mit SVS/BVAEB	nurklein	Dummy-Variable
Hausapotheke	1 = wenn Hausapothekevertrag	hapo	Dummy-Variable
Gruppenpraxis	1 = wenn Gruppenpraxis-TeilnehmerIn mit kurativem Vertrag	gp	Dummy-Variable
Vorsorgeuntersuchung	1 = wenn Vertrag für Vorsorge(Gesunden-)untersuchung	vu	Dummy-Variable

Quelle: Dachverband; Darstellung IHS (2024)

Bezüglich der **Vertragsdauer** ist der überwiegende Teil der niedergelassenen ÄrztInnen ganzjährig tätig. Nur 8 bis 9% der VertragsärztInnen weisen eine kürzere Vertragsdauer als 365 Tage im Kalenderjahr auf. Bei WahlärztInnen ohne Verträge liegt klarerweise keine Information zur Vertragsdauer vor. Wir unterscheiden daher bei den Auswertungen nicht zwischen unter- und ganzjährigen Vertrags- bzw. WahlärztInnen.

Im übermittelten Datensatz weisen rund 0,68% der Einträge mehrfache Vertragsarten auf. Dies ist auf einen unterjährigen Wechsel des Vertragsstatus zurückzuführen. Um Mehrfacheinträge für ein Individuum innerhalb eines Kalenderjahres zu vermeiden, ordneten wir dem Individuum denjenigen Vertragsstatus – und die dazugehörigen restlichen Variablen – zu, der die längste Vertragsdauer innerhalb eines Kalenderjahres aufweist.

Die Dummy-Variable *gkk* identifiziert diejenigen ÄrztInnen (bzw. die TeilnehmerInnen einer Gruppenpraxis) mit einem kurativen Vertrag mit der jeweiligen Gebietskrankenkasse (GKK) des Bundeslandes (bis 31.12.2019) bzw. der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) (ab 01.01.2020). In der Vorgängerstudie wurden diese Personen als „ÄrztInnen mit § 2-Kassenvertrag“ bezeichnet, also jene ÄrztInnen, die gemäß § 2 der Gesamtverträge der GKK auch Verträge mit Betriebskrankenkassen (BKK) sowie der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) aufwiesen. Um den geänderten Bedingungen durch die Zusammenführung der Sozialversicherungsträger Rechnung zu tragen, verwenden wir im vorliegenden Bericht stattdessen die Bezeichnung „ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen“ – zum Zwecke der Einheitlichkeit auch für den Zeitraum vor 2020.

Entsprechend identifiziert die Dummy-Variable *klein* jene VertragsärztInnen mit einem kurativen Vertrag mit zumindest einem der Träger der sogenannten „*kleinen Kassen*“. Bis zur Zusammenführung der Sozialversicherungsträger handelte es sich dabei um die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), die SVB, die Versicherungsanstalt der öffentlich Bediensteten (BVA) sowie die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB). Seit 2020 sind das die SVS, welche aus SVA und SVB entstand, sowie die BVAEB, in welcher BVA und VAEB zusammengelegt wurden. In der Vorgängerstudie wurden diese ÄrztInnen, sofern sie keinen ÖGK-Vertrag hatten, als „ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen“ bezeichnet. In diesem Bericht wird stattdessen die Bezeichnung „VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag“ verwendet.

Auch wenn für die Krankenversicherungsträger, die nicht innerhalb des Dachverbandes organisiert sind (Krankenfürsorgeanstalten etc.), keine direkte Identifizierungsinformation vorliegt, so kann davon ausgegangen werden, dass diese Träger im Regelfall Verträge mit jenen ÄrztInnen abschließen, die Verträge mit der SVS bzw. BVAEB halten. Lediglich ÄrztInnen, die ausschließlich Verträge mit Kassen außerhalb des DVs besitzen, sind in der Analyse nicht als VertragsärztInnen enthalten.

Weiters besitzen im Regelfall ÄrztInnen mit einem ÖGK-Vertrag gleichzeitig Verträge mit zumindest einem Träger der kleinen Kassen. Rund 0,02% der Fälle im Beobachtungszeitraum weisen jedoch *gkk*=1 UND *klein*=0 auf. Diese Fälle sind bzgl. selbständige und unselbständige Einkünfte heterogen und lassen sich keinen ÄrztInnen direkt zuordnen. Diese Fälle dürften daher Datenfehler repräsentieren und wurden aus dem Datensatz gelöscht. Daher werden in weiterer Folge (siehe Kapitel Ergebnisse) ÄrztInnen, auf die *gkk*=1 zutrifft, als ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen bezeichnet.

Tabelle 7 zeigt die Anzahl der niedergelassenen ÄrztInnen des finalen Datensatzes für den Beobachtungszeitraum 2017 bis 2020. Die Anzahl der Vertrags-/WahlärztInnen nimmt über den Zeitraum zu (2017: 22.791 bzw. 2020: 23.560). Allerdings ist der

Veranlagungsgrad im Jahr 2020 im Vergleich zu den Vorjahren niedriger.¹ Für die in Kapitel 4 folgenden Auswertungen zogen wir aufgrund der Vollständigkeit und der Abwesenheit von möglichen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie Daten aus dem Jahr 2019 heran. In der Vorgängerstudie stieg die Anzahl der Vertrags-/WahlärztInnen von 19.807 im Jahr 2012 auf 20.298 im Jahr 2014. Aufgrund des deutlich niedrigeren Veranlagungsgrades betrug die Anzahl 2015 nur noch 19.015.

Für das Jahr 2019 befinden sich 23.392 Vertrags-/WahlärztInnen im Datensatz. Davon halten 40,9% (9.576 ÄrztInnen) Verträge mit allen Kassen und nur 2,8% (653 ÄrztInnen) sind VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag. Mit 13.163 ÄrztInnen ist die Mehrheit (56,3%) rein wahlärztlich und ohne Kassenverträge tätig. Im Jahr 2015 waren hingegen nur 46,4% aller im Datensatz enthaltenen ÄrztInnen wahlärztlich tätig. Mit 49,3% waren die ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen in der Vorgängerstudie noch am häufigsten enthalten und auch der Anteil der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag lag mit 4,3% über dem entsprechenden Anteil im neuen Datensatz.

Im Vergleich zur Vorgängerstudie kam es außerdem zu Unterschieden in der Datenerfassung beim DV. Somit sind die Ergebnisse der zwei Datensätze möglicherweise nicht vollständig miteinander vergleichbar.

Wie in Kapitel 3.4 beschrieben, selektierten wir die vermuteten Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit anhand relevanter Branchenkenzziffern („NACE-Auswahl“). Vertrags-/WahlärztInnen ohne Einkünfte in den relevanten NACE-Klassen wurden bei den Auswertungen daher nicht berücksichtigt. Die Anzahl dieser Individuen ist jedoch gering, da bspw. 99% der ÖGK-VertragsärztInnen (9.476 ÄrztInnen) Einkünfte aus arztrelevanter Tätigkeit deklarierten („enge NACE-Auswahl“, siehe weiter unten).

3.3.3 Datenzusammenführung

Im ersten Schritt selektierten wir aus den BMF-Daten die Subgruppe der ÄrztInnen anhand der eindeutigen Schlüsselvariablen *pseudonym*, welche wir aus dem DV-Datensatz extrahierten. Demnach verwendeten wir zur Selektion der ÄrztInnen im Unterschied zum Rechnungshofbericht RH (2022) nicht die Branchenkenzzahl, sondern konnten diese Subgruppe der Steuersubjekte direkt identifizieren. Etwaige Fehlklassifizierungen der Variable Branchenkenzzahl konnten demnach die Individuenauswahl nicht verfälschen.

¹ Erklärungsfristen (s. www.bmf.gv.at): Die Einkommensteuererklärung ist bis 30. April des Folgejahres bzw. bei elektronischer Übermittlung bis 30. Juni des Folgejahres einzureichen. Im Einzelfall kann auf begründeten Antrag die Frist zur Abgabe der Steuererklärung (mehrfach) verlängert werden. Für Steuerpflichtige, die durch SteuerberaterInnen vertreten werden, gilt grundsätzlich eine generelle Fristverlängerung.

Diese Herangehensweise klammert zwar bestimmte ÄrztInnen (z.B. reine PrivatärztInnen¹ ohne Wahlärztztätigkeit, WahlärztInnen mit ausschließlich nicht dem DV zugehörigen Kassen) aus, jedoch deckt der DV-Datensatz theoretisch alle beim DV erfassten österreichischen Vertrags- und WahlärztInnen ab. Der Vorteil dieser Trennschärfe überwiegt unserer Meinung nach den Nachteil einer Nichtberücksichtigung einer geringen Anzahl an ÄrztInnen.

Im zweiten Schritt fusionierten wir die Datensätze L1, L16 und alle E-Datensätze anhand der Schlüsselvariablen, wobei wir den Datensatz E1a und E6a zuvor anhand der NACE-Kennzahl auf die arztrelevanten Einkünfte einschränkten (vgl. Kapitel 3.4.1), um die für die gegenständliche Untersuchung relevante Haupteinkunftsvariable zu konstruieren. Wir behielten solche Einträge mit negativen E1a-Einkünften, löschten jedoch E1a-Datenzeilen, welche Null-Einträge in den Variablen E1a_Gewinn UND E1a_Einnahmen aufwiesen (und damit notwendigerweise auch E1a_Ausgaben=0). Diese E1a-Beilagen erachten wir als Datenfehler oder irrelevante E1a-Veranlagungen, die demgemäß keinen Informationsgehalt haben.²

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

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

Im dritten Schritt fusionierten wir den DV-Datensatz mit dem in Schritt 2 generierten Einkommensdatensatz. Diejenigen Datenzeilen mit leeren oder Null-Einträgen sowohl in E1 als auch L16, d.h. jene ohne Angaben zu unselbständigen oder selbständigen Einkünften, wurden gelöscht (nicht jedes Individuum erzielte Einkünfte in allen Jahren des Beobachtungszeitraums 2017 bis 2020).

¹ Im Gegensatz zu Behandlungen bei WahlärztInnen haben PrivatarztpatientInnen nicht die Möglichkeit, sich die Kosten von den Trägern rückerstatten zu lassen. Es kommt daher zu keinen Einreichungen der ärztlichen Honorarnoten bei den Trägern und daher zu keinen Einträgen in den DV-Datenbanken.

² Im Datensatz verblieben hingegen jene E1a-Beilagen mit $E1a\text{-Gewinn}=0$ UND $E1a\text{-Einnahmen} = E1a\text{-Ausgaben} > 0$.

Weiters führten wir diverse Bereinigungen und Abstimmungen der Datensatz-übergreifenden Variablen durch (Alter, Geschlecht, Wohnsitzregion). Bei Abweichungen zwischen den BMF- und DV-Daten gaben wir den DV-Daten den Vorrang.

3.4 Selektion der arztrelevanten Einkünfte

Der vorliegende Datensatz identifiziert vorab diejenigen ÄrztInnen, die direkt als VertragspartnerIn oder indirekt als WahlärztIn beim DV gelistet sind und Einkünfte aus selbständiger oder unselbständiger Arbeit im Beobachtungszeitraum bezogen. Darüber hinaus sind weitere Selektionskriterien zur Identifizierung der **Einkünfte aus arztrelevanter Tätigkeit** zu definieren. Die folgenden Unterkapitel beschreiben diese Kriterien sowie jene Einkunftsvariablen, die für die deskriptiven Auswertungen herangezogen wurden.

3.4.1 Kriterium Branchenkenzahl nach ÖNACE

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

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

1) Selbständige ÄrztInnen als EinzelunternehmerInnen:

Die Beilage E1a zum Einkommensteuererklärungsformular E1 enthält die Variable *Branchenkenzahl* (BKZ; diese entspricht den ersten drei Ziffern der ÖNACE) sowie die Einkunftsart (SA, GW, LF). Das E1a-Formular sieht die Selbstauskunft für die Branchenkenzahl durch die E1a-Veranlager vor. Gemäß Formular E2 (Ausfüllhilfe bzw.

Erklärungen zu E1) ist dazu die NACE-Mitteilung der Statistik Austria an die UnternehmerInnen heranzuziehen¹.

2) Selbständige ÄrztInnen als PersonengeschafterInnen:

Die Beilage E6a zur Feststellungserklärung für betriebliche Einkünfte enthält ebenfalls eine Branchenkenzahl. In der Datenlieferung des BMF sind die E6a-NACE Daten mit den Daten der Einkunftsart der E1-Beilage E106 (bzw. neue Bezeichnung E11) „Einkünfte aus Beteiligungen an Personengesellschaften“ verknüpft.

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

Die Daten zu den Einkünften aus Personengesellschaften E106 und zu den korrespondierenden NACE-Einträgen in E6a wurden separat geliefert und mit dem bestehenden Datensatz fusioniert. Die Datengüte der Variablen NACE in den E6a-Daten ist hoch, jedoch sind in dem an uns übermittelten Datensatz nur ca. 34% der E106-Beilagen mit dem Formular E6a verknüpft. Da nicht alle E6a-Einträge der Branchenkenzahl befüllt sind, weisen effektiv nur rund 32% aller E106-Einträge von 2017 bis 2020 einen entsprechenden E6a-NACE-Eintrag auf. Bei den Einkunftsarten SA bzw. GW liegt die Vollständigkeitsquote jedoch bei 93% bzw. 70%.

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

Selektionskriterien des RH-Berichts

Das **Studienziel** ist die Darstellung der **Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit** und nicht der gesamten Einkünfte von ÄrztInnen an sich. Letzteres ist die Vorgehensweise im Rechnungshofbericht (RH (2022), S. 179f):

„Außerdem verlangt das Einkommensteuergesetz eine Zuordnung der Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit zu verschiedenen Einkunftsarten. Dadurch können die Einkünfte der Selbständigen in drei schwerpunktmäßige Einkunftsarten – Einkünfte aus Gewerbebetrieb, Einkünfte aus selbständiger Arbeit und Einkünfte aus Vermietung und

¹ Der Einkommensbericht des Rechnungshofs 2022 (RH (2022), S. 235) erwähnt, dass im Rahmen des RH-Berichts die NACE-Daten aus den Einkommensteuererklärungen zusätzlich durch einen Abgleich mit dem Unternehmensregister der Statistik Austria korrigiert bzw. ergänzt wurden, sodass für den RH-Einkommensbericht die 4-stelligen NACE-Codes vorlagen. Diese Datenaufbereitung stand uns nicht zur Verfügung.

Verpachtung – gegliedert werden. Dabei wurden nur jene Personen erfasst, bei denen aufgrund der Höhe ihrer Einkünfte ihre Haupteinkommensquelle einer dieser drei Einkunftsarten zugeordnet werden konnte. Das bedeutet, dass im Fall von zusätzlichen Einkommen aus unselbstständiger Tätigkeit oder Pension diese geringer waren als die selbstständigen Einkünfte aus der als Schwerpunkt ermittelten Einkunftsart. Folglich wurden per se jene Personengruppen nicht berücksichtigt, die neben den selbstständigen Einkünften höhere Einkommen aus einer unselbstständigen Erwerbstätigkeit bezogen. Dadurch sind beispielsweise Ärztinnen und Ärzte, die nicht nur in ihrer eigenen Praxis tätig waren, sondern auch in einer Klinik angestellt waren und deren Einkommen aus unselbstständiger Tätigkeit die selbstständigen Einkünfte überstieg, nicht repräsentiert.“

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

- ÖNACE (Q 862.x: „Arzt- und Zahnarztpraxen“, siehe Tabelle 4) aus den E1a- und E6a-Beilagen¹
- Einkünfte aus selbständiger Arbeit (SA), entnommen aus den E1a- und E6a-Beilagen (Einkunftsart=„SA“)
- sofern betragsmäßig größer als etwaige Einkünfte aus unselbständiger Arbeit

Im RH-Bericht 2022 sind die schwerpunktmäßigen Einkünfte aus GW und VV ebenfalls angeführt, jedoch ohne NACE-Klassifizierung für die Gruppe Q (Gesundheits- und Sozialwesen). Wir interpretieren dies dahingehend, dass solche ärztlichen Einkünfte, zu denen bspw. NACE=862 UND E1a-Art=„GW“ (Arztpraxen-Einkünfte nicht aus selbständiger Arbeit, sondern aus Gewerbebetrieb) oder NACE=477 UND E1a-Art=„SA“ (Verkauf von Arzneimitteln, Medizinprodukten, etc.) zählen, im RH-Einkommensbericht 2022 nicht erfasst wurden.

Der RH-Bericht (RH (2022), S: 184) berechnete nun für die schwerpunktmäßigen Jahreseinkünfte (vor Steuern) der selbständig Erwerbstätigen der NACE 862 für das **Jahr 2019** (Steuer- und Nullfälle; Erklärung siehe nächstes Unterkapitel) einen Medianwert von 132.541 (N=15.621)

Zum Vergleich mit dem RH-Bericht: Schränkt man die E1-Veranlagungen des **aufbereiteten Datensatzes** auf [E1-SA > E1-LZ UND NACE= 862 UND E1a-Art= SA] ein,

¹ ... mit Abstimmung des Unternehmensregisters, sodass die ÖNACE als 4-Steller vorliegt und eine Untergliederung in Allgemein-, Facharzt- und Zahnarztpraxen zulässt. Auch wenn der RH-Bericht die Methodik nicht explizit ausführt, gehen wir davon aus, dass die ÖNACE aus E1a und E6a extrahiert wurden.

erhält man für das **Jahr 2019** einen Medianwert von EUR 144.933 (N= 13.978). Der Unterschied zu den RH-Berichtsergebnissen liegt vermutlich darin, dass der vorliegende Datensatz auf Vertrags-/WahlärztInnen einschränkt. D.h. 1.643 ÄrztInnen (= Differenz zum RH-Bericht), die durch den DV-Datensatz nicht erfasst sind, waren 2019 schwerpunktmäßig extramural tätig, jedoch im Vergleich zu den DV-ÄrztInnen mit unterdurchschnittlichen Einkünften.

Vom RH-Bericht abweichende Selektionskriterien

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

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

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

Das Hauptidentifikationskriterium für ÄrztInnen des RH-Berichts ist NACE=862. Für die vorliegende Studie sind im Unterschied zum RH-Bericht aufgrund der DV-Datenlieferung die Steuerpflichtigen bereits als ÄrztInnen identifiziert, sodass wir bei der Isolierung der ärztlichen Tätigkeiten nicht ausschließlich auf NACE 862 angewiesen sind und die Streuung der arztrelevanten Einkünfte über die NACE-Klassen hinweg untersuchen können (vgl. Abbildung 1). Tatsächlich sind im Jahr 2019 rund 18% der von den ÄrztInnen des vorliegenden Datensatzes eingereichten E1a-Beilagen außerhalb NACE 862 gelistet. Im Folgenden gehen wir näher auf die von uns vorgenommene NACE-Selektion ein.

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

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

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

Ärztliche Honorare für SpitalsklassepatientInnen („Sonderklassegebühren“) stellen einen Spezialfall bei der Versteuerung dar¹: ÄrztInnen, die in einem Dienstverhältnis zu einer Krankenanstalt stehen, erhalten in der Regel für die Behandlung von PatientInnen, die in einer höheren als der allgemeinen Klasse untergebracht sind, eine Sondergebühr. Derartige Gebühren stellen nur dann selbständige Einkünfte gemäß § 22 Z 1 lit. b EStG 1988 dar, wenn sie nicht von der Krankenanstalt im eigenen Namen vereinnahmt werden. Werden Sonderklassegebühren nach dem zur Anwendung gelangenden Krankenanstaltengesetz vom Träger des Krankenhauses im eigenen Namen eingehoben und an den/die ÄrztIn weitergeleitet, liegen nichtselbständige Einkünfte vor, die im Rahmen des laufenden Monatsbezugs der Lohnsteuer unterworfen werden. In den Bundesländern Kärnten und Steiermark sind Sonderklassegebühren nach dem zur Anwendung gelangenden Krankenanstaltengesetz vom Träger des Krankenhauses im eigenen Namen einzuheben und an den/die ÄrztIn weiterzuleiten und sind daher bei dem/der ÄrztIn zwingend Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit.

In den übrigen Bundesländern lassen die anzuwendenden Landesgesetze es zu, dass der Spitalsträger im Namen der berechtigten ÄrztInnen die Sonderklassegebühren

¹ Gemäß Lohnsteuerrichtlinie 2000 (RZ970ff LStR2000).

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

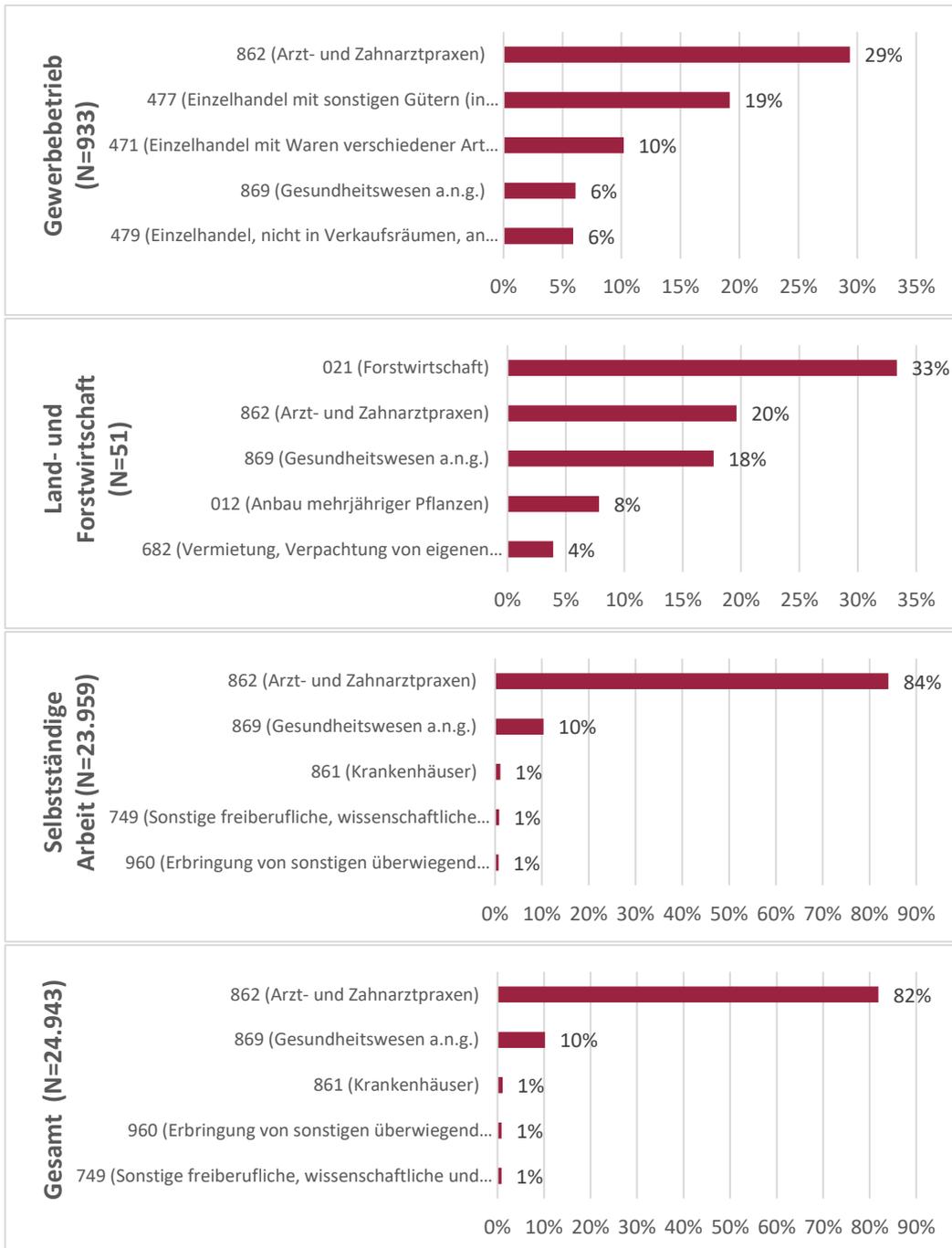
Die Verteilung der Variable *Branchenkennzahl* in E1a (3-Steller ÖNACE) im finalen Datensatz über die Einkunftsarten im Jahr 2019 ist in Abbildung 1 dargestellt.

Der Großteil der SA-Einkünfte im Jahr 2019 (20.142 aus 23.959 = 84,1%) stammen nicht unerwartet aus der NACE-Kategorie 862 (= „Arzt- und Zahnarztpraxen“). Bei den Gewerbeeinkünften beinhaltet diese NACE-Kategorie nur 29,4% (274 aus 933).

Die zweithäufigste Klasse NACE 869 (= „Gesundheitswesen a.n.g.“) ist mit ca. 10% für SA- bzw. 6% für GW-Einkünfte deutlich vertreten. Wie in Tabelle 4 ersichtlich, enthält diese NACE-Klasse neben ärztlichen Rettungsdiensten und ärztlichen Tätigkeiten außerhalb von Krankenhäusern auch nicht-ärztliche Berufsgruppen wie etwa HauskrankenpflegerInnen, PsychotherapeutInnen und PsychologInnen.

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

Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung der im Jahr 2019 deklarierten E1a-Beilagen über die Einkunftsarten Gewerbebetrieb (GW), Land- und Forstwirtschaft (LF) und selbständige Arbeit (SA) der ÄrztInnen im Datensatz



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 4: Detailauflistung der ÖNACE-Klasse Q86 (Gesundheitswesen)

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

Quelle: WKO (2008)

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

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

(Beherbergung und Gastronomie), „D“ (Energieversorgung), etc. erachten wir für unser Studienziel in jedem Fall als unerheblich.

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

1. Ärztliche Kerntätigkeiten („enge Auswahl“):

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

2. Weiterführende Tätigkeiten („breite Auswahl“):

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

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

Tabelle 5: „Enge“ bzw. „breite“ Auswahl der ÖNACE-Klassen für ärztliche Einkünfte

ÖNACE-Klasse	Bezeichnung
G477	Einzelhandel mit sonstigen Gütern (in Verkaufsräumen)
G479	Einzelhandel, nicht in Verkaufsräumen, an Verkaufsständen oder auf Märkten
M721	Forschung und Entwicklung im Bereich Natur-, Ingenieur-, Agrarwissenschaften und Medizin
M749	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten a. n. g.
P854	Tertiärer und post-sekundärer, nicht tertiärer Unterricht
P855	Sonstiger Unterricht
P856	Erbringung von Dienstleistungen für den Unterricht
Q861	Krankenhäuser

Q862	Arzt- und Zahnarztpraxen
Q869	Gesundheitswesen a. n. g.
Q871	Pflegeheime
Q872	Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung, Suchtbekämpfung u. Ä.
Q873	Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime
Q879	Sonstige Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)
Q881	Soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter
Q889	Sonstiges Sozialwesen (ohne Heime)
S960	Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen

	„enge“ Auswahl
	„breite“ Auswahl

Darstellung: IHS (2024)

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

3.4.2 Steuer- und Nullfälle

Der RH-Bericht (RH (2022), S: 240) unterscheidet analog zu den Einkommenssteuerberichten der Statistik Austria zwischen **Null- und Steuerfällen**: „Die Steuerfälle sind dabei jene Veranlagungsfälle, die zur Festsetzung von Einkommensteuer führen. Hingegen fällt bei Nullfällen keine Einkommensteuer an (bei Nullfällen können die Einkünfte auch negativ sein).“ Demnach ist ein Steuerfall definiert als $E1-ESt > 0$ und ein Nullfall als $E1-ESt \leq 0$.

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

Da wir diese Null- und Negativgewinne als Bestandteil der repräsentativen Einkünfte aus selbständiger Arbeit sehen, ziehen wir für die nachfolgende Analyse die **Gesamtsteuerfälle** heran, also Steuer- und Nullfälle.

3.4.3 Auswahl der Einkunftsvariablen

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

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

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

Bei den Einkünften aus SA/GW handelt es sich um die Gewinne vor Steuern, d.h. die Einnahmen abzüglich der Ausgaben. Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit sind gemäß §25 EStG Löhne, Gehälter, Pensionen, etc. Um die Einkünfte aus UA mit jenen aus SA/GW vergleich- und summierbar zu machen, wurde statt der Netto- oder Bruttoeinkünfte die Lohnsteuerbemessungsgrundlage herangezogen. Dabei handelt es sich um die Bruttoeinkünfte abzüglich der **Sozialversicherungsbeiträge** sowie einiger weiterer Posten.¹ **Ärztammerumlage** bzw. Beiträge für den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer sind sowohl bei den Einkünften aus UA als auch bei den Einkünften aus SA/GW bereits abgezogen.

3.4.4 Deskriptive Analyse zu den relevanten NACE-Klassen

Tabelle 6 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Einkünfteveranlagungen nach Einzelunternehmerschaft (E1a) und Personengesellschaften (E106) aus arztrelevanter Tätigkeit.

Von den 23.392 Einträgen für Vertrags-/WahlärztInnen im finalen Datensatz für 2019 (siehe Tabelle 7) finden sich 22.506 Einträge (rund 96%) mit einer E1-Veranlagung (inkl. Nullfälle). Davon waren bei 93,6% (21.058) korrespondierende E1a-Beilagen und bei 92,3% (20.782) E1a-Beilagen in den relevanten NACE-Klassen („enge Auswahl“) der Einkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb vorhanden.

¹ Um die Lohnsteuerbemessungsgrundlage zu erhalten, werden von den Bruttoeinkünften neben den Sozialversicherungsbeiträgen auch steuerfreie Zulagen und Zuschläge, steuerfreie Reisekosten, Pendlerpauschale, Freibetrag laut Freibetragsbescheid, Gewerkschaftsbeitrag und E-Card-Gebühr abgezogen sowie Sachbezüge hinzugerechnet.

Im Unterschied dazu waren nur bei 6% (1.434 von 22.506) der Einträge mit E1-Veranlagung arztrelevante Einkünfte aus Personengesellschaften (E106-Formular) zu verzeichnen. Arztrelevante Einkünfte werden demnach vorwiegend über Einzelunternehmenschaft erwirtschaftet.

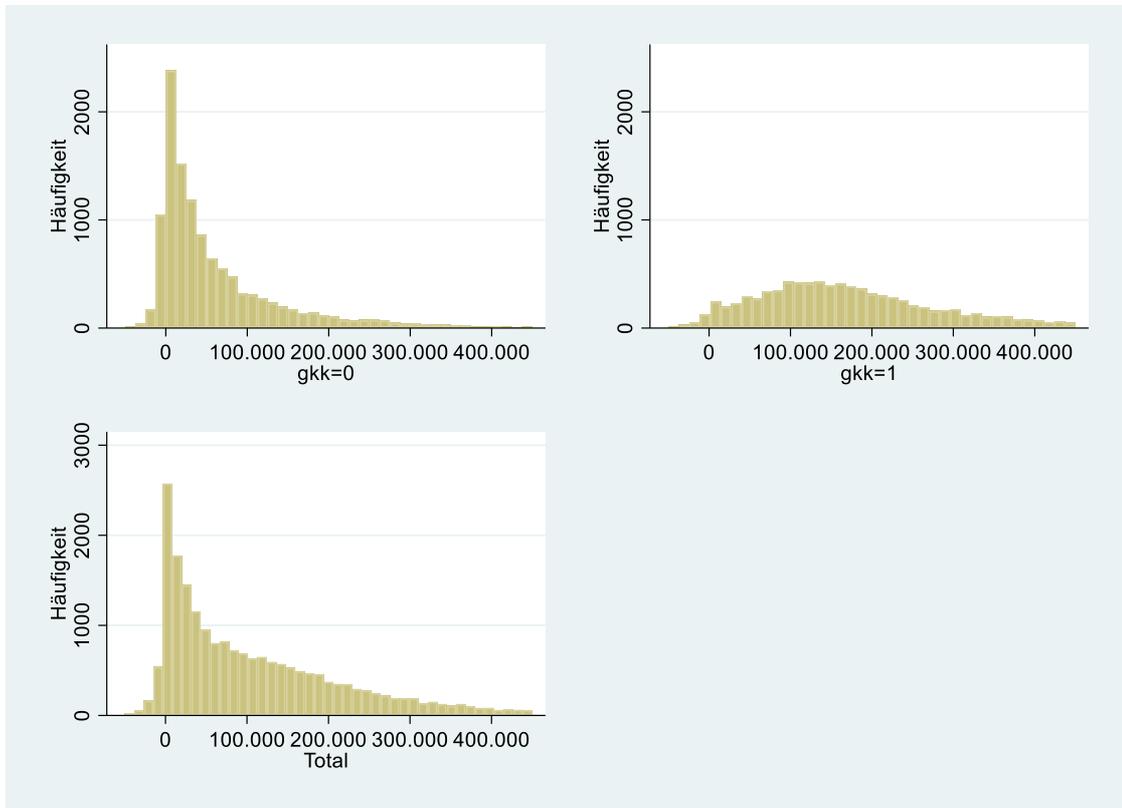
Tabelle 6: Häufigkeit der Einkünfteveranlagungen nach Einzelunternehmenschaft (E1a) und Personengesellschaften (E106) für die engere NACE-Auswahl, 2019

		E106 engere Auswahl		Gesamt
		nein	ja	
E1a engere Auswahl	nein	886	0	886
	ja	21.072	1.434	22.506
Gesamt		21.958	1.434	23.392

Darstellung: IHS (2024)

Abbildung 2 zeigt die Verteilung der E1a-Gewinne aus arztrelevanter Tätigkeit (enge Auswahl) bei vorhandener E1a-Beilage ($e1a_eng = 1$) für ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen bzw. ohne ÖGK-Vertrag ($gkk = 1$ bzw. $gkk = 0$) sowie insgesamt für das Jahr 2019. ÄrztInnen ohne ÖGK-Vertrag umfassen hier also sowohl WahlärztInnen als auch VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag. Die korrespondierenden Verteilungen unterscheiden sich deutlich. Während sich die jährlichen Gewinne der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen relativ symmetrisch um den Medianwert von rund EUR 163.000 gruppieren, ist die Gewinnverteilung der ÄrztInnen ohne ÖGK-Vertrag stark asymmetrisch mit einem deutlich niedrigeren Medianwert von rund EUR 32.000. Über alle Vertrags-/WahlärztInnen befindet sich der Medianwert bei rund EUR 78.000.

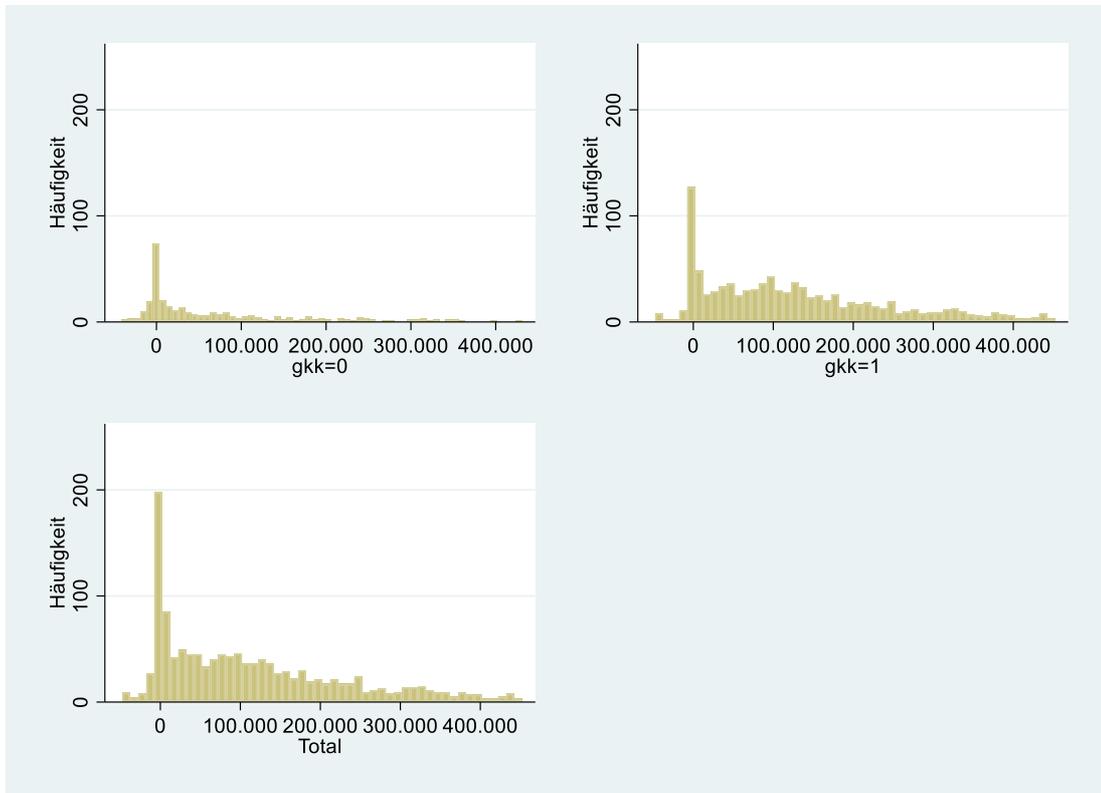
Abbildung 2: Verteilung der E1a-Gewinne („engere Auswahl“) nach Vorhandensein von ÖGK-Vertrag (gkk), 2019



Darstellung: IHS (2024)

Abbildung 3 zeigt dieselbe Darstellung wie Abbildung 2, jedoch nun für die Gewinnverteilung der **Personengesellschaften** aus arztrelevanter Tätigkeit (enge Auswahl) bei vorhandener E106-Beilage ($e106_eng = 1$) für ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen bzw. ohne ÖGK-Vertrag ($gkk = 1$ bzw. $gkk = 0$) sowie insgesamt für das Jahr 2019. Die Verteilung der Gewinne aus Besitz oder Beteiligung von Personengesellschaften unterscheidet sich deutlich von den E1a-Gewinnen, da ein höherer Anteil der Personengesellschaftsgewinne negativ oder im niedrigen positiven Bereich liegt. Die jährlichen Mediengewinne der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen in Personengesellschaften liegen weit unter jenen aus Einzelunternehmenschaft, nämlich bei rund EUR 122.000. Allerdings beträgt der Mediengewinn der ÄrztInnen in Personengesellschaften ohne ÖGK-Vertrag rund EUR 28.000, liegt also nur etwas niedriger als bei Einzelunternehmenschaft. Betrachtet man die gesamten Vertrags-/WahlärztInnen so beläuft sich der Medianwert auf rund EUR 100.000.

Abbildung 3: Verteilung der E106-Gewinne („engere Auswahl“) nach Vorhandensein von ÖGK-Vertrag (gkk), 2019



Darstellung: IHS (2024)

Eine Auflistung der E106-Gewinne nach NACE zeigt, dass sich diese niedrigen Gewinne bzw. Verlustbeteiligungen über mehrere NACE-Klassen verteilen (nicht dargestellt). Die Einkünfte aus Arztpraxen (NACE-Klasse 862) erwiesen sich im Vergleich zu den restlichen relevanten NACE-Klassen als am höchsten, sowohl bei den E1a- als auch bei den E106-Beilagen. Das Einbeziehen von weiteren NACE-Gruppen, die wir als ärztliche Tätigkeiten einstufen (enge und breite NACE-Auswahl), senkt somit den Median- und durchschnittlichen Gewinn. Dies erklärt die wesentlich höheren Einkünfte der ÄrztInnen im Rechnungshofbericht 2022.

So ist bspw. davon auszugehen, dass ÄrztInnen mit ÖGK-Vertrag schwerpunktmäßig Einkünfte aus SA aufweisen werden und daher das Schwerpunktprinzip des RH-Berichts erfüllen. Bei WahlärztInnen mit unselbständigen und selbständigen Einkünften ist es hingegen nicht vorab klar, welche Einkunftsart dominiert. Vielmehr können beide Einkunftsarten mit ähnlichen Beträgen vorliegen, sodass das Schwerpunktprinzip in diesen Fällen nicht geeignet erscheint, die Charakteristika der ÄrztInnen zu trennen.

3.4.5 Fazit

Im Unterschied zum RH-Bericht unterscheiden wir im aufbereiteten Datensatz nicht mehr zwischen SA- und GW-Einkünften und addieren die beiden Gewinnpositionen aus E1a und E106-Beilagen (wobei sich der zugeordnete NACE-Code nach der betraglich größeren Gewinnposition richtet). Wir verwenden somit für die Identifizierung der **arztrelevanten Tätigkeiten** obige Einschränkung und nicht das im RH-Bericht (RH 2022) gewählte Einkünfte-Schwerpunktprinzip, demgemäß einem Individuum nur seine Einkünfte aus der Schwerpunkterwerbstätigkeit aus SA oder GW zugeordnet werden, sondern konnten aufgrund der durch die gelieferten Informationen der DV-Datensätze die ÄrztInnen direkt identifizieren.

Wir beschränken uns, aus den in den vorigen Kapiteln diskutierten Gründen, zur Identifizierung von Einkünften aus arztrelevanten **Tätigkeiten** auf die **NACE-Klassen** 477, 861, 862 und 869 ein („enge Auswahl“), sowie zusätzlich auf 479, 721, 749, 854, 855, 856, 871, 872, 873,879, 881, 889 und 960 („breite Auswahl“, nicht im Bericht dargestellt). In Abbildung 4 ist die Vorgehensweise zur Erfassung der verschiedenen Einkunftsarten und wie diese zur zentralen Variable arztrelevante Einkünfte aus SA/GW und UA summiert werden stark vereinfacht dargestellt.

Bzgl. Steuerfälle des BMF-Datensatzes (E1-Veranlagungen und Lohnzettel) untersuchen wir den Datensatz anhand der **Gesamtfälle** (d.h. der **Steuer- und Nullfälle**).

Abbildung 4: Schematische Darstellung arztrelevanter Einkünfte

UA	SA	GW	LF/VV
Bruttogehalt (z.B. WIGEV)	Einnahmen (z.B. Arztpraxis)	Einnahmen (z.B. HAPO)	nicht arztrelevant
- SV-Beiträge	- Ausgaben (ÄK-Umlage,	- Ausgaben (ÄK-Umlage,	
- ÄK-Umlage/Wohlfahrtsfonds	Wohlfahrtsfonds, SV-Beiträge)	Wohlfahrtsfonds, SV-Beiträge)	
- steuerfreie Zulagen, Freibeträge, etc.	= arztrel. Einkünfte aus SA	= arztrel. Einkünfte aus GW	
+ Sachbezüge			
= LSt BMGL (=arztrel. Einkünfte aus UA)	= arztrelevante Einkünfte aus SA/GW		
= arztrelevante Einkünfte aus SA/GW und UA			

UA=unselbständige Arbeit, SA=selbständige Arbeit, GW=Gewerbebetrieb, LF/VV=Land- und Forstwirtschaft/Vermietung & Verpachtung, HAPO=Hausapotheke

Darstellung: IHS (2024)

4 Ergebnisse

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

Die folgenden ÄrztInnengruppen werden dabei im Speziellen betrachtet:

- **„Vertrags-/WahlärztInnen“**: freiberuflich tätige ÄrztInnen, die beim DV als niedergelassene Vertrags- oder WahlärztInnen erfasst sind und laut Einkommensdaten des BMF im betrachteten Jahr arztrelevante Einkünfte aus SA/GW aufweisen
 - **„ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen“**: freiberuflich tätige ÄrztInnen mit kurativem Vertrag bei allen Kassen, die laut Einkommensdaten des BMF im betrachteten Jahr arztrelevante Einkünfte aus SA/GW aufweisen (Äquivalent Vorgängerstudie: „§ 2-VertragsärztInnen“)
 - **„VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag“**: freiberuflich tätige ÄrztInnen ausschließlich mit kurativem Vertrag mit der SVS bzw. BVAEB, die laut Einkommensdaten des BMF im betrachteten Jahr arztrelevante Einkünfte aus SA/GW aufweisen (Äquivalent Vorgängerstudie: „ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen“)
 - **„WahlärztInnen“**: freiberuflich tätige ÄrztInnen, die keinen kurativen Vertrag mit einem gesetzlichen Krankenversicherungsträger besitzen, aber beim DV als WahlärztInnen erfasst sind (inkl. WahlärztInnen mit VU-Vertrag) und laut Einkommensdaten des BMF im betrachteten Jahr arztrelevante Einkünfte aus SA/GW aufweisen

4.1 Allgemeine deskriptive Analyse des Datensatzes

4.1.1 Gesamter Datensatz

Tabelle 7 zeigt die Anzahl der ÄrztInnen, die im finalen Datensatz enthalten sind. Als ergänzende Information sind darin auch die Anzahl der Individuen bei Einschränkung auf ÄrztInnen mit Einkünften nach enger NACE-Auswahl (s. Kapitel 3.4.1) angeführt, da die deskriptive Analyse in Kapitel 4.2 nur für diese ÄrztInnen durchgeführt wird. Die nachfolgende Beschreibung des Datensatzes bezieht sich jedoch auf die gesamten im Datensatz enthaltenen ÄrztInnen.

Der Datensatz umfasst insgesamt 92.834 Beobachtungen aus vier Kalenderjahren (2017 bis 2020) zu 25.255 ÄrztInnen. Für die Jahre 2017, 2018, 2019 und 2020 besteht der

finale Datensatz aus 22.791, 23.091, 23.392 und 23.560 ÄrztInnen (FachärztInnen, ÄrztInnen für Allgemeinmedizin sowie ÄrztInnen in Ausbildung). Dabei ist zu beachten, dass es sich nicht um eine Stichtagsbetrachtung handelt, sondern um die Gesamtanzahl der gelisteten ÄrztInnen über das Kalenderjahr hinweg. Weiters ist zu beachten, dass es sich bei den Vertrags-/WahlärztInnen im Datensatz um jene handelt, für die für das jeweilige Jahr zum Zeitpunkt der Datenlieferung bereits eine Einkommensteuererklärung vorlag.

Zum Vergleich waren in den Jahren 2017, 2018, 2019 und 2020 laut Statistik Austria (2023) 45.596, 46.337, 47.224 und 47.674 berufsausübende ÄrztInnen (inkl. ÄrztInnen in Ausbildung) in Österreich tätig. Demnach deckt der uns zu Verfügung stehende Datensatz rund die Hälfte aller berufsausübenden ÄrztInnen ab. Während der finale Datensatz den niedergelassenen Bereich nahezu vollständig abdeckt, sind ausschließlich in Spitälern angestellte ÄrztInnen hingegen nicht enthalten. Einkünfte von niedergelassenen ÄrztInnen, die zusätzlichen einer unselbständigen Arbeit (etwa im Spital) nachgehen, werden jedoch berücksichtigt.

In Tabelle 7 ist für jede ÄrztInnengruppe die Anzahl der jeweils vertretenen ÄrztInnen pro Jahr aufgelistet. Dabei wird zwischen ÄrztInnen mit bzw. ohne Einkünfte aus unselbständiger Arbeit unterschieden.

Für das Jahr 2019 umfasst der Datensatz 23.392 ÄrztInnen. Davon hatten 40% der erfassten ÄrztInnen Verträge bei allen Kassen, weitere 3% waren VertragsärztInnen ohne (kurativen) ÖGK-Vertrag und 8% hatten einen Vertrag ausschließlich für Vorsorgeuntersuchungen (VU). 57% waren WahlärztInnen, wobei jene ausschließlich mit VU-Vertrag eingeschlossen sind. Insgesamt wiesen 14.488 oder 61% Einkünfte aus unselbständiger Arbeit auf. Besonders hoch ist dieser Anteil mit 80% erwartungsgemäß bei den WahlärztInnen, besonders niedrig mit 35% bei den ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen.

Im Jahr 2019 betrieben 687 ÄrztInnen eine Hausapotheke. Mit 667 hatte der überwiegende Anteil von ihnen einen Vertrag bei allen Kassen. Zudem dürfen Hausapotheken ausschließlich von AllgemeinmedizinerInnen betrieben werden. Über den Beobachtungszeitraum ist ein leichter Rückgang in der Anzahl von ÄrztInnen mit Hausapotheke zu verzeichnen – im Jahr 2017 betrieben noch 715 ÄrztInnen eine Hausapotheke.

Eine gegenteilige Entwicklung ist bei den Gruppenpraxen zu beobachten: Die Anzahl der in Gruppenpraxen tätigen ÄrztInnen stieg von 731 im Jahr 2017 auf 981 im Jahr 2019 an. 42% der ÄrztInnen in Gruppenpraxen gehörten im Jahr 2019 der Fachgruppe Allgemeinmedizin an, 15% der Fachgruppe Radiologie, der Rest verteilt sich auf die weiteren Fachgruppen.

Tabelle 7: Anzahl der ÄrztInnen im finalen Datensatz pro ÄrztInnengruppe und Jahr

ÄrztInnengruppe	Variablen-spezifikation	Anzahl ÄrztInnen im Datensatz nach Jahr							
		2017		2018		2019		2020	
		gesamt	enge NACE-Auswahl	gesamt	enge NACE-Auswahl	gesamt	enge NACE-Auswahl	gesamt	enge NACE-Auswahl
Gesamt									
ÄrztInnen gesamt	hv=1	22.791	21.035	23.091	21.197	23.392	21.348	23.560	20.877
ÄrztInnen ohne Einkünfte aus unselbständiger Arbeit	hv=1 AND I16=0	9.384	9.247	9.303	9.171	9.283	9.166	9.072	8.964
ÄrztInnen mit Einkünften aus unselbständiger Arbeit	hv=1 AND I16=1	13.407	11.788	13.788	12.026	14.109	12.182	14.488	11.913
ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen	gkk=1	9.480	9.392	9.531	9.442	9.576	9.476	9.415	9.229
ohne Einkünfte aus unselbständiger Arbeit	gkk=1 AND I16=0	6.327	6.271	6.269	6.222	6.251	6.200	6.073	6.023
mit Einkünften aus unselbständiger Arbeit	gkk=1 AND I16=1	3.153	3.121	3.262	3.220	3.325	3.276	3.342	3.206
VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag	nurklein=1	724	711	707	700	653	642	691	659
ohne Einkünfte aus unselbständiger Arbeit	nurklein=1 AND I16=0	335	333	325	324	306	303	289	287
mit Einkünften aus unselbständiger Arbeit	nurklein=1 AND I16=1	389	378	382	376	347	339	402	372
WahlärztInnen	wahlarzt=1 (gkk=0 AND klein=0)	12.587	10.932	12.853	11.055	13.163	11.230	13.454	10.989
ohne Einkünfte aus unselbständiger Arbeit	wahlarzt=1 AND I16=0	2.722	2.643	2.709	2.625	2.726	2.663	2.710	2.654
mit Einkünften aus unselbständiger Arbeit	wahlarzt=1 AND I16=1	9.865	8.289	10.144	8.430	10.437	8.567	10.744	8.335
ÄrztInnen nur mit VU-Vertrag (=WahlärztInnen mit VU-Vertrag)	vu=1 AND gkk=0 AND klein=0 (vu=1 AND wahlarzt=1)	1.996	1.887	1.983	1.886	1.941	1.831	1.980	1.829
ohne Einkünfte aus unselbständiger Arbeit	vu=1 AND gkk=0 AND klein=0 AND I16=0	663	652	623	616	610	602	614	609
mit Einkünften aus unselbständiger Arbeit	vu=1 AND gkk=0 AND klein=0 AND I16=1	1.333	1.235	1.360	1.270	1.331	1.229	1.366	1.220
Sonstiges									
ÄrztInnen mit Hausapotheke	hapo=1	715	710	710	705	687	684	686	678
ÄrztInnen in Gruppenpraxen	gp=1	731	724	818	802	981	961	1.028	982

Darstellung: IHS (2024)

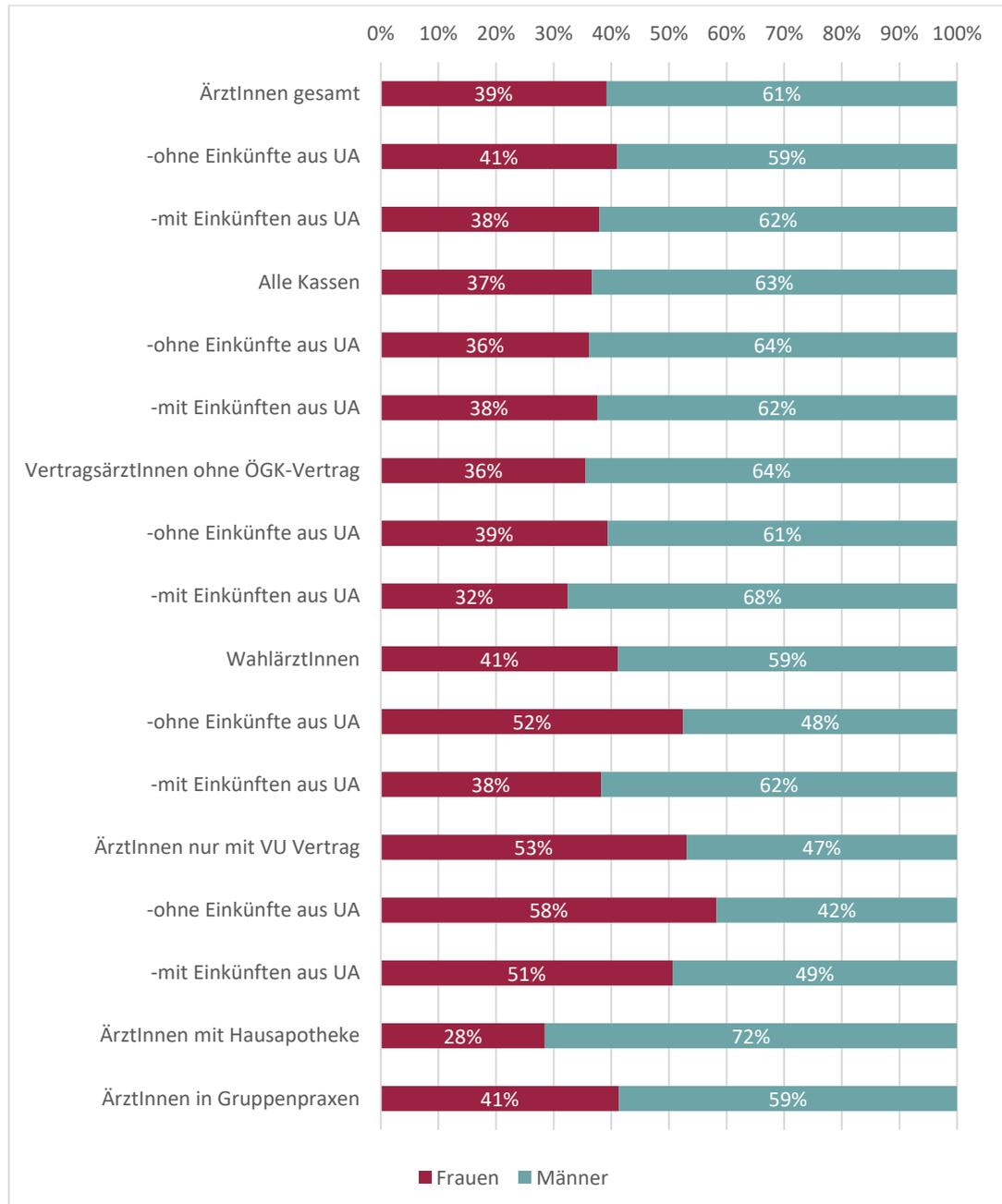
Abbildung 5 zeigt die **Geschlechterverteilung** innerhalb der oben angeführten ÄrztInnengruppen für den gesamten Beobachtungszeitraum (d.h. einzelne ÄrztInnen gehen z.T. mit mehreren Beobachtungen in die Betrachtung ein).

Unter allen ÄrztInnen beträgt der Frauenanteil 39%. Am höchsten ist er bei den WahlärztInnen (41%), speziell bei jenen mit VU-Vertrag (53%). Am niedrigsten ist er bei den VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag (36%). Bei ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen ist der Frauenanteil unter jenen mit Einkünften aus unselbstständiger Arbeit (38%) höher als unter jenen ohne Einkünfte aus unselbstständiger Arbeit (36%). Bei jedem anderen Vertragsstatus trifft das Gegenteil zu. Der relativ hohe Frauenanteil unter WahlärztInnen, lässt jedoch nicht den Schluss zu, dass eine Wahlarztstätigkeit bei Frauen beliebter ist; vielmehr ist dies auf die Altersstruktur (relativ ausgeglichenes Geschlechterverhältnis bei jungen ÄrztInnen und höherer Männeranteil bei älteren

ÄrztInnen) und die relative Beliebtheit der Wahlarztstätigkeit unter jungen ÄrztInnen zurückzuführen.

Von den ÄrztInnen, die eine Hausapotheke betreiben, sind nur 28% weiblich. Bei den ÄrztInnen, die in Gruppenpraxen tätig sind, liegt der Frauenanteil bei 41% und damit leicht über dem Durchschnitt aller ÄrztInnen.

Abbildung 5: Geschlechterverteilung innerhalb der ÄrztInnengruppen, 2017-2020

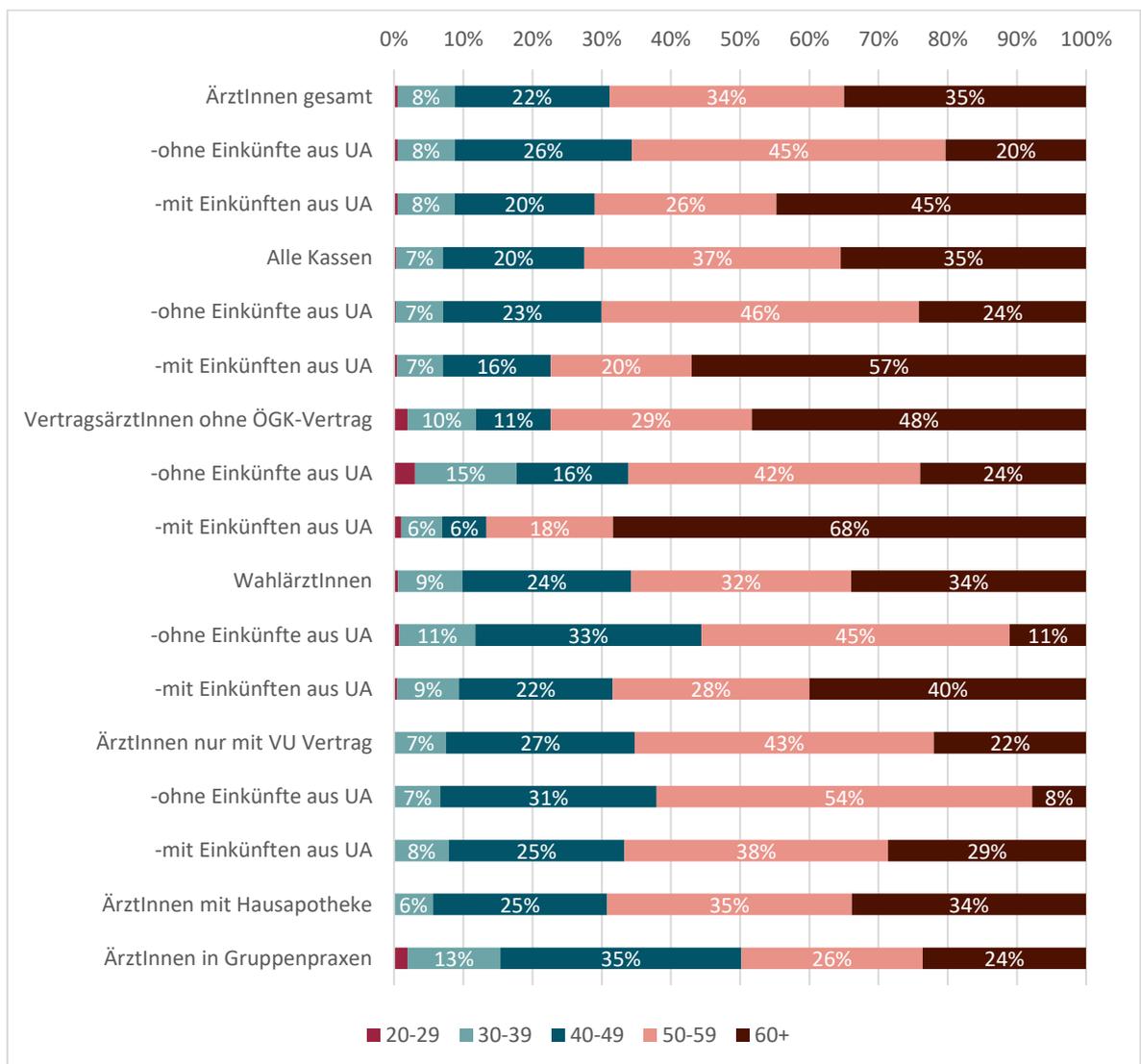


Darstellung: IHS (2024)

In Abbildung 6 ist weiters die **Altersverteilung** innerhalb der ÄrztInnengruppen über den gesamten Beobachtungszeitraum dargestellt. Insgesamt ist der Großteil der ÄrztInnen entweder zwischen 50 und 59 Jahren alt (34%) oder älter (35%). Unter WahlärztInnen befindet sich mit 34% der größte Anteil an unter 50-jährigen ÄrztInnen. Unter allen ÄrztInnen beträgt dieser Anteil 31% und unter ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen 27%. Bei jedem Vertragsstatus sind ÄrztInnen mit Einkünften aus unselbstständiger Arbeit eher älter als ÄrztInnen ohne Einkünfte aus unselbstständiger Arbeit.

Die Altersgruppenverteilung unter den ÄrztInnen mit Hausapotheke ist jener aller ÄrztInnen ähnlich. ÄrztInnen, die in Gruppenpraxen tätig sind, sind im Schnitt etwas jünger als alle ÄrztInnen.

Abbildung 6: Altersverteilung innerhalb der ÄrztInnengruppen, 2017-2020



Darstellung: IHS (2024)

Abbildung 7 zeigt die Anzahl und das Geschlecht der im Datensatz enthaltenen ÄrztInnen von 2017 bis 2020. Der Frauenanteil betrug im Jahr 2017 noch 38,1% und stieg bis 2020 auf 40,2% an. Somit waren im Jahr 2020 von insgesamt 23.560 ÄrztInnen 9.460 Frauen und 14.100 Männer.

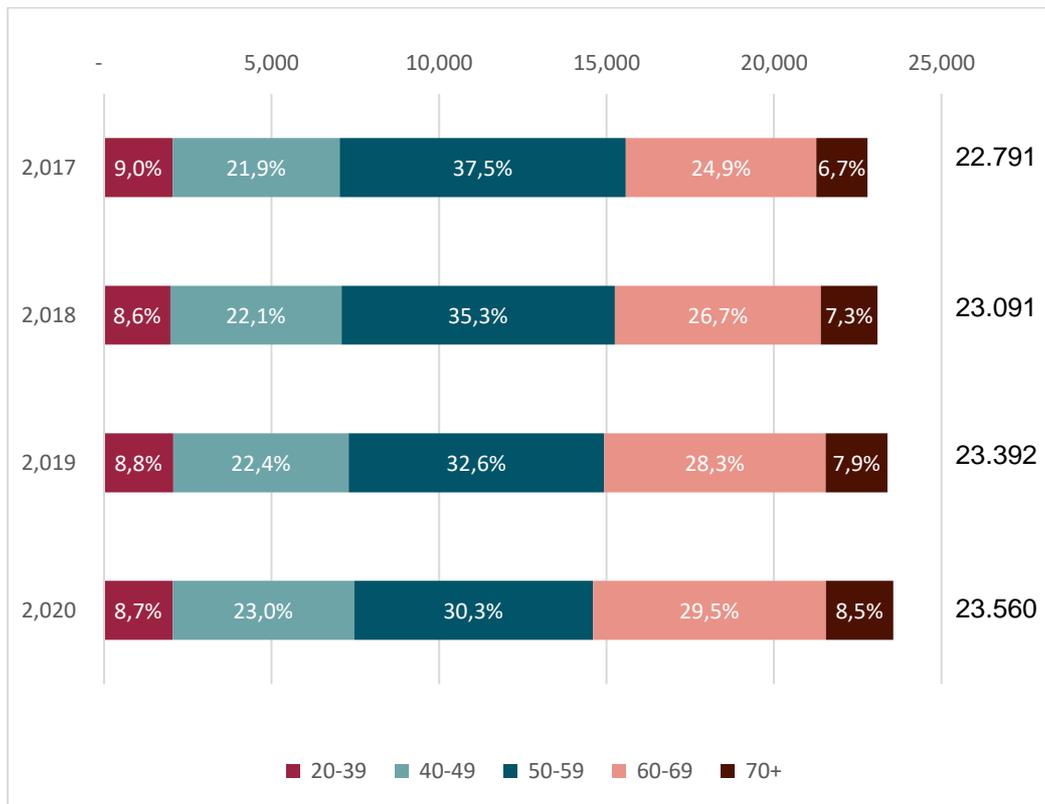
Abbildung 7: Anzahl der ÄrztInnen im Datensatz nach Geschlecht und Jahr



Darstellung: IHS (2024)

In Abbildung 8 ist die Altersverteilung unter den ÄrztInnen für die Jahre 2017-2020 dargestellt. Es zeigt sich, dass der Anteil der älteren Altersgruppen (60-69 und 70+) über den Beobachtungsraum relativ zu den jüngeren Altersgruppen anstieg. Dies ging vor allem zulasten der 50-59-jährigen ÄrztInnen, deren Anteil von 2017 auf 2020 um ca. 7 Prozentpunkte sank. Der Anteil der unter 50-jährigen ÄrztInnen stieg hingegen leicht an.

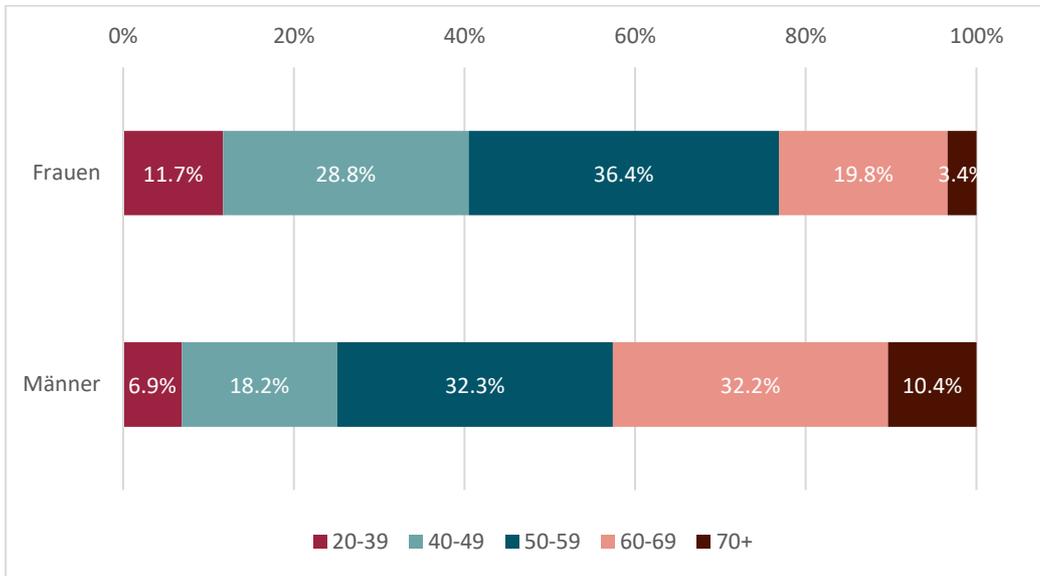
Abbildung 8: Anzahl der ÄrztInnen im Datensatz nach Altersgruppen und Jahr



Darstellung: IHS (2024)

Ergänzend zeigt Abbildung 9 die Altersverteilung der ÄrztInnen nach Geschlecht für den gesamten Beobachtungszeitraum. Daraus lässt sich erkennen, dass Ärztinnen im Schnitt jünger sind als ihre männlichen Kollegen. Während insgesamt 40,5% der Ärztinnen jünger als 50 Jahre sind, sind es bei den Ärzten nur 25,1%. Umgekehrt sind nur 23,2% der Frauen mindestens 60 Jahre alt, aber 42,6% der Männer sind 60 oder älter.

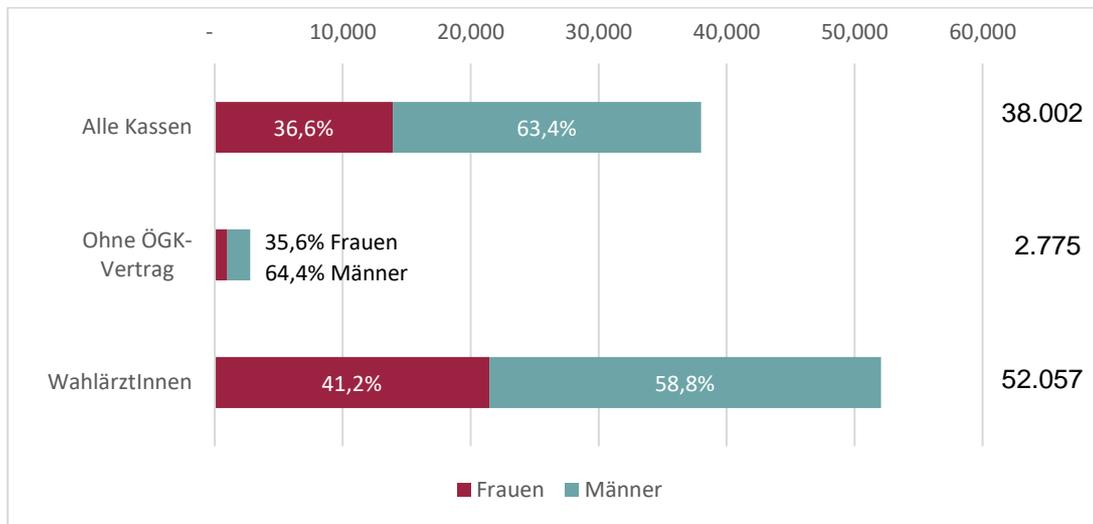
Abbildung 9: Altersverteilung der ÄrztInnen nach Geschlecht, 2017-2020



Darstellung: IHS (2024)

Abbildung 10 zeigt die Geschlechterverteilung nach **Vertragsstatus**. Dabei ist zu beachten, dass die Absolutzahlen sich auf den gesamten Beobachtungszeitraum beziehen und daher einzelne ÄrztInnen mehrmals gezählt werden. Über den gesamten Beobachtungszeitraum haben 41% der ÄrztInnen einen Vertrag bei allen Kassen, 3% sind VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag und weitere 56% sind WahlärztInnen. Unter den WahlärztInnen ist der Frauenanteil mit 41% am höchsten, unter den VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag beträgt er 36% und unter den ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen 37%.

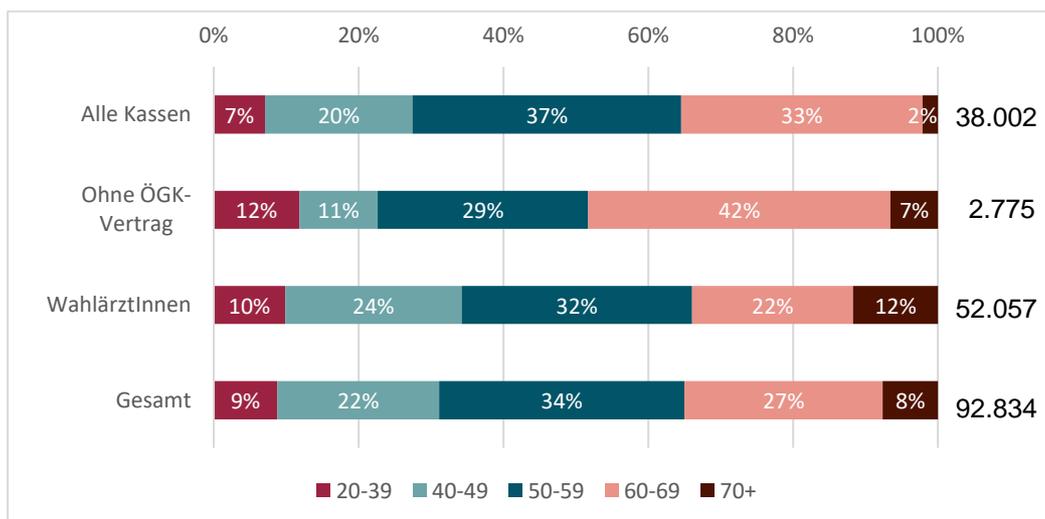
Abbildung 10: Verteilung von Vertragsstatus und Geschlecht der ÄrztInnen, 2017-2020



Darstellung: IHS (2024)

Wie in Abbildung 11 ersichtlich ist, unterscheidet sich auch die Altersverteilung nach Vertragsstatus. Unter VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag ist der Anteil der mindestens 60-Jährigen mit 49% deutlich höher als bei den ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen (35%) bzw. den WahlärztInnen (34%). ÄrztInnen, die mind. 70 Jahre alt sind, finden sich v.a. unter den WahlärztInnen (12%) und den VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag (7%). Unter den ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen sind hingegen nur 2% der ÄrztInnen mindestens 70 Jahre alt.

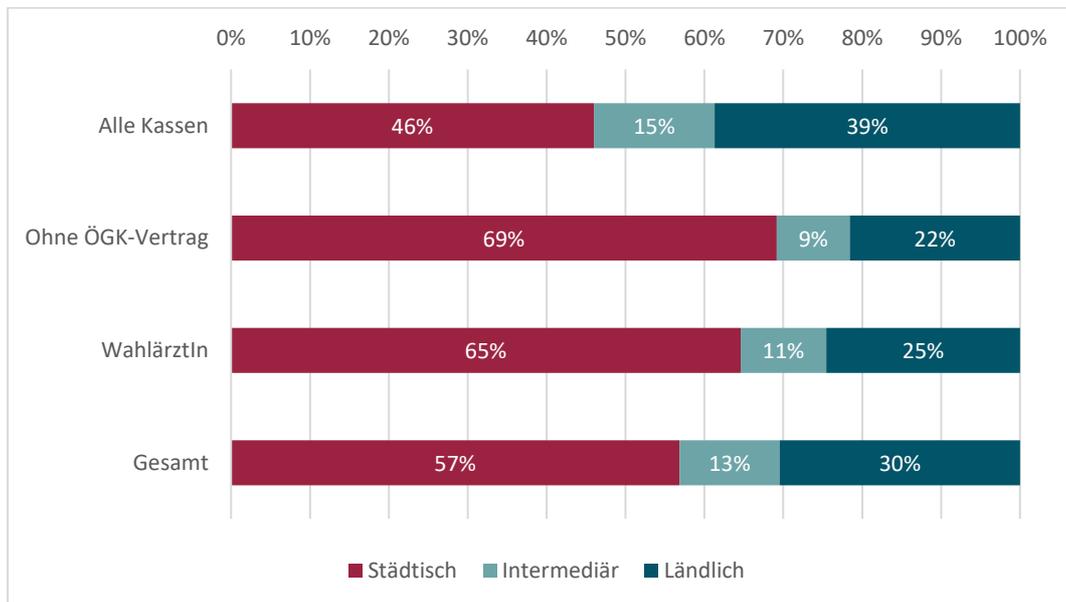
Abbildung 11: Altersverteilung der ÄrztInnen nach Vertragsstatus, 2017-2020



Darstellung: IHS (2024)

Abbildung 12 zeigt darüber hinaus die Verteilung des **Urbanisierungsgrades** des Praxissitzes der ÄrztInnen nach deren Vertragsstatus. Während nur je 22% bzw. 25% der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag bzw. der WahlärztInnen ihren Praxissitz in einem überwiegend ländlichen Bezirk haben, sind es unter den ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen 39%. Umgekehrt haben weniger als die Hälfte der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen ihren Praxissitz in einem überwiegend städtischen Bezirk, bei den anderen beiden ÄrztInnengruppen sind es je ca. zwei Drittel.

Abbildung 12: Verteilung des Urbanisierungsgrades des Praxissitzes (Bezirk) nach Vertragsstatus, 2017-2020

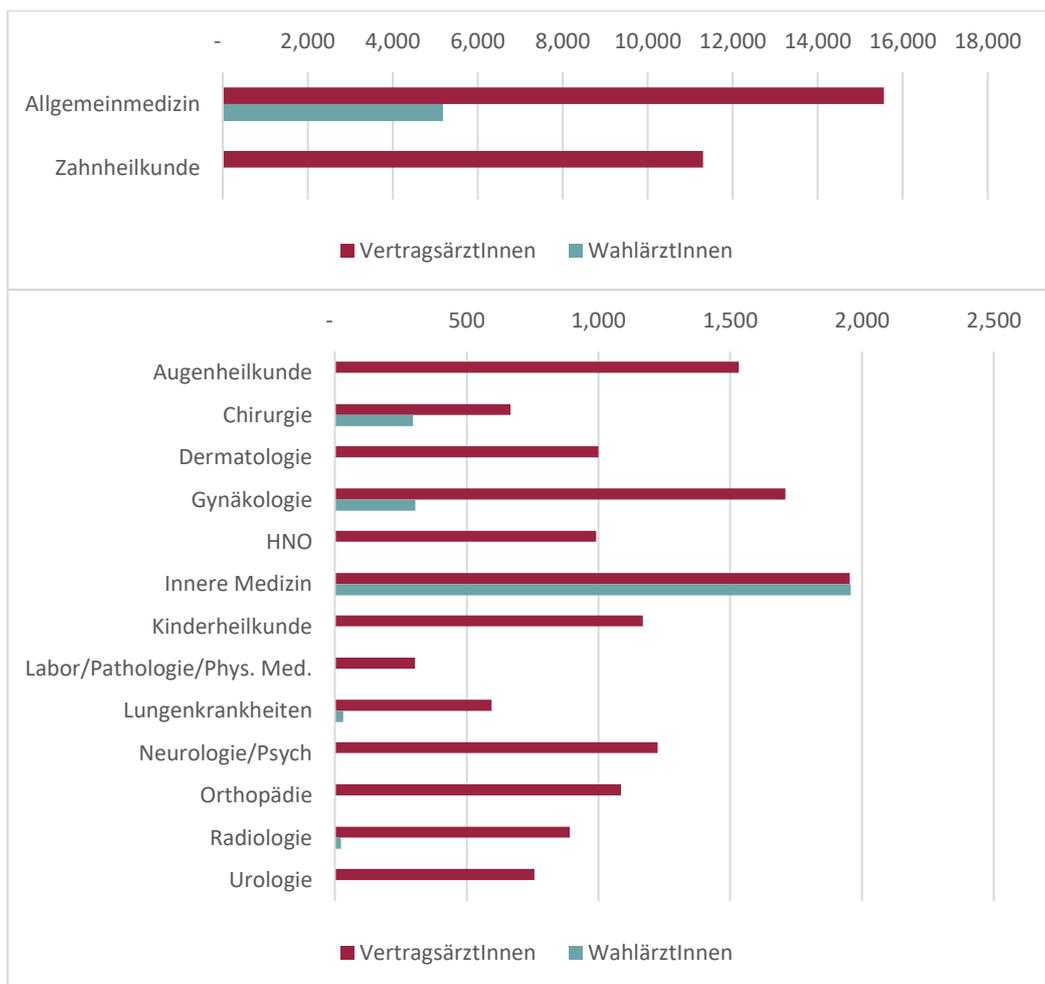


Darstellung: IHS (2024)

Abbildung 13 zeigt die **Fachgruppenverteilung** der Vertrags- und WahlärztInnen mit bekannter Fachgruppenzuordnung. Mit 43% bilden AllgemeinmedizinerInnen die größte Fachgruppe, gefolgt von ZahnärztInnen mit 23%. Aufgrund ihrer relativen großen Anzahl wurde für diese zwei Fachgruppen eine eigene Skalierung verwendet. Die kleinste Fachgruppe ist Labor/Pathologie/Physikalische Medizin mit nur 324 Beobachtungen im Zeitraum 2017-2020. Zu beachten ist jedoch, dass sich die Prozentwerte lediglich auf die 52% aller ÄrztInnen mit bekannter Fachgruppenzuordnung beziehen und somit angesichts der hohen Anzahl an unbekanntem Fachgruppen nicht die tatsächliche Verteilung der Grundgesamtheit darstellen können. ÄrztInnen mit unbekannter Fachgruppenzuordnung sind fast ausschließlich WahlärztInnen. So lag bei 85% der WahlärztInnen keine Fachgruppenzuordnung vor. Jene WahlärztInnen, bei denen die Zuordnung bekannt ist, finden sich v.a. in den Fachgruppen Allgemeinmedizin, Innere Medizin sowie Gynäkologie. Die Begründung dafür dürfte darin liegen, dass in diesen Fachgruppen vermehrt VU-Verträge bzw. Rezepturbefugnisse vergeben werden,

weshalb eine Fachgruppenzuordnung in den DV-Daten erfasst ist. Die VertragsärztInnen bilden in allen Fachbereichen die überwiegende Mehrheit, abgesehen vom Bereich der Inneren Medizin. Angesichts der hohen Anzahl an unbekanntem Fachgruppen ist zu beachten, dass es sich bei den hier angeführten Prozentwerten nicht um die tatsächliche Verteilung der Grundgesamtheit handelt.

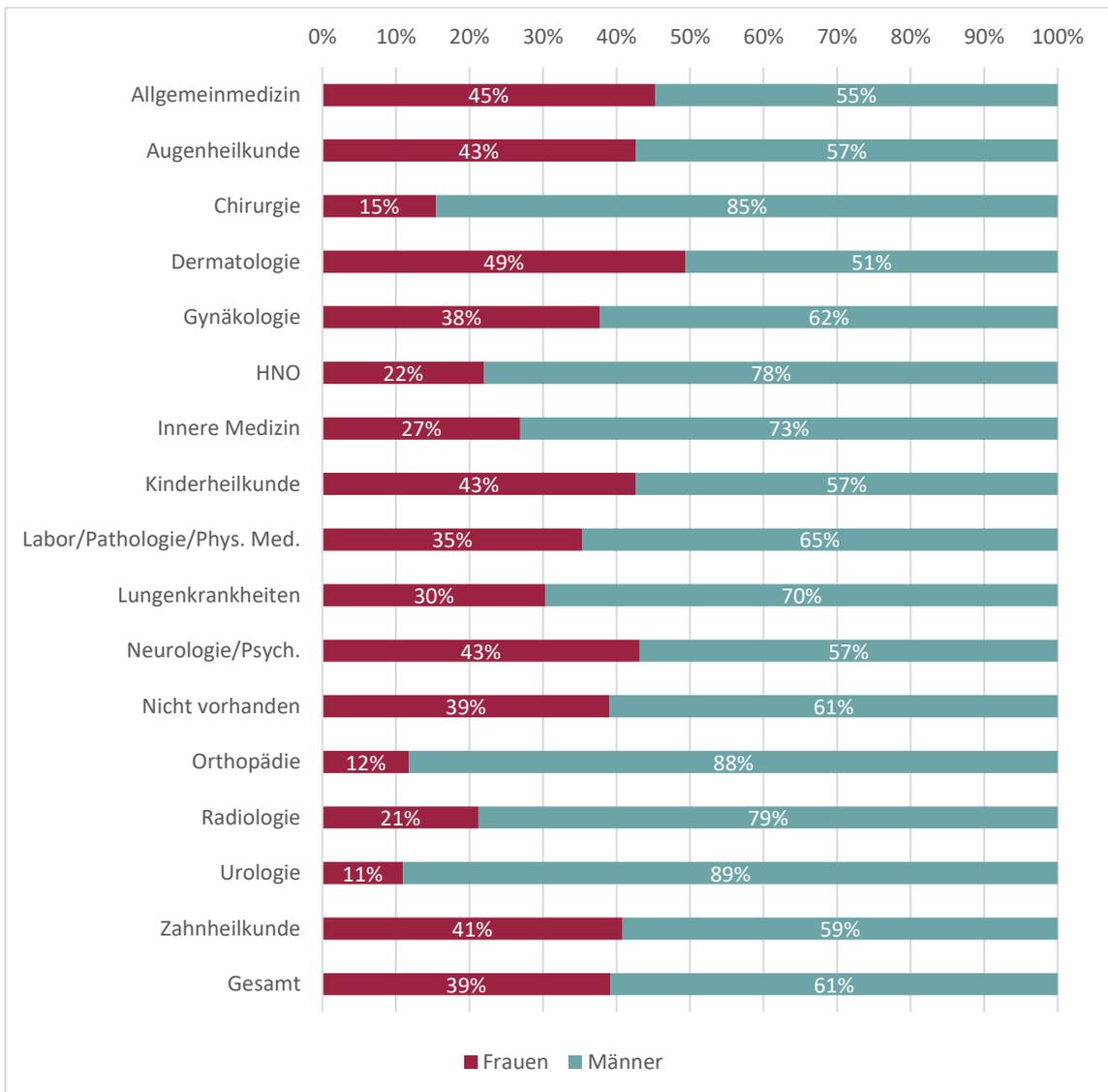
Abbildung 13: Verteilung von Fachgruppe und Vertragsstatus der ÄrztInnen mit bekannter Fachgruppenzuordnung, 2017-2020



Darstellung: IHS (2024)

Die **Geschlechterverteilung** innerhalb der **Fachgruppen** variiert stark (vgl. Abbildung 14). Relativ hohe Frauenanteile finden sich in den Fachgruppen Dermatologie (49%) sowie Allgemeinmedizin (45%). Vergleichsweise gering ist der Frauenanteil in den Fachgruppen Urologie (11%) und Orthopädie (12%).

Abbildung 14: Geschlechterverteilung innerhalb der Fachgruppen, 2017-2020



Darstellung: IHS (2024)

4.2 Deskriptive Analyse der Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen

Im nachfolgenden Kapitel werden die Einkünfte niedergelassener ÄrztInnen auf Basis der vom BMF zur Verfügung gestellten Lohn- und Einkommensdaten analysiert. Während von uns zwar wiederum Auswertungen zu diversen Einkunftsarten durchgeführt wurden, liegt der Fokus der Auswertungen auch in diesem Kapitel auf den **arztrelevanten Einkünften aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb** (Einzelunternehmen und Personengesellschaften) und den **Einkünften aus**

unselbständiger Arbeit bzw. im Speziellen auf der **Summe** aus diesen beiden Einkunftsarten. Zudem wird auch bei den Vertrags- und WahlärztInnen ausschließlich auf die Einkünfte nach **enger NACE-Auswahl** eingegangen (vgl. Kapitel 3.4.1 zur Erklärung der NACE-Auswahl). Die Unterschiede zwischen den Auswertungen nach enger bzw. breiter NACE-Auswahl sind auch hier weitgehend gering. So war die Anzahl der Vertrags-/WahlärztInnen mit arztrelevanten Einkünften nach breiter NACE-Auswahl im Jahr 2019 um 1,2% höher als jene nach enger Auswahl, und ihre Medianeinkünfte lagen um 0,3% unter jenen der Vertrags-/WahlärztInnen mit Einkünften nach enger Auswahl.

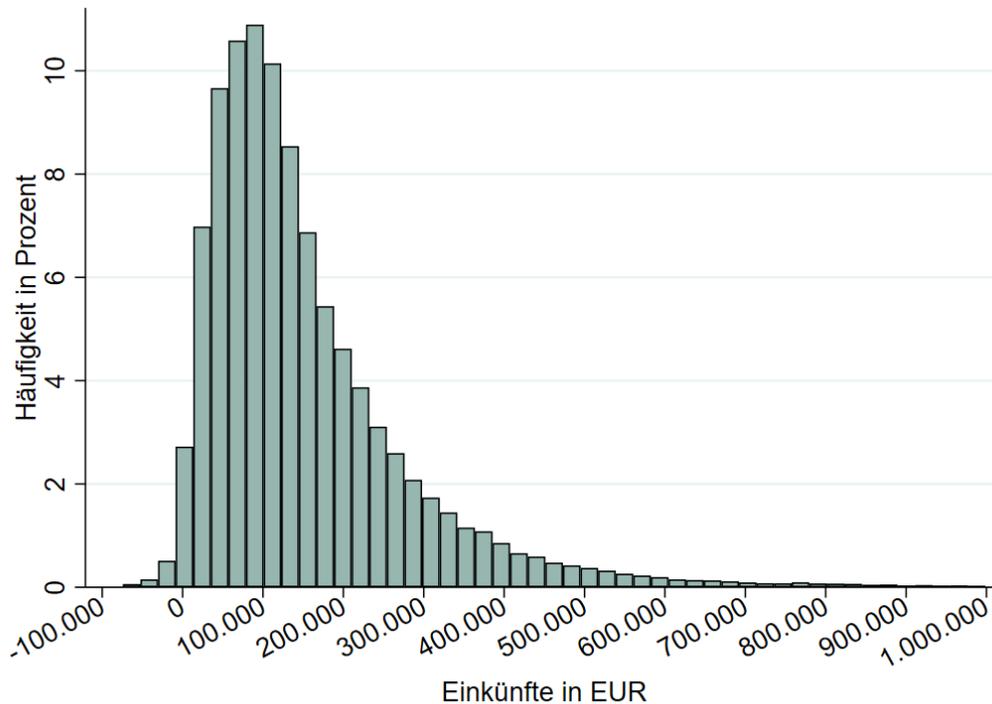
Die Auswertungen der Einkünfte der Vertrags- und WahlärztInnen schließen nur jene Individuen ein, die im jeweiligen Jahr arztrelevante Einkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb nach enger NACE-Auswahl erzielten bzw. eine Einkommensteuererklärung mit der entsprechenden Branchen Kennzahl einreichten.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

Obwohl uns Daten von 2017 bis 2020 zur Verfügung standen, entschieden wir uns dazu die Auswertungen für 2019 und nicht 2020 präsentieren. Dies hat folgende zwei Gründe: Erstens ist der Veranlagungsgrad im Vergleich zu den Vorjahren niedriger und zweitens ist mit Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zu rechnen. Weiters ist darauf zu achten, dass bei allen Abbildungen von Boxplots im folgenden Kapitel Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt sind. Die Medianwerte sind innerhalb oder neben den Boxplots dargestellt.

4.2.1 Einkünfte der ÄrztInnen – gesamt

Der Median der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA aller beim DV erfassten ÄrztInnen lag 2019 bei EUR 124.252, der Mittelwert bei EUR 167.373. Im Jahr 2017 lag der Median noch bei EUR 113.664 – über den Beobachtungszeitraum ist somit ein kontinuierlicher Anstieg der Medianeinkünfte zu verzeichnen. Wie in Abbildung 15 ersichtlich ist, handelt es sich bei der Verteilung der Einkünfte um eine rechtsschiefe Verteilung mit Häufungen zwischen EUR 50.000 und EUR 150.000 und geringen Häufigkeiten über EUR 500.000.

Abbildung 15: Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl), 2019



Anmerkung: Histogramm bei EUR 1.000.000 abgeschnitten
Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Vertragsstatus

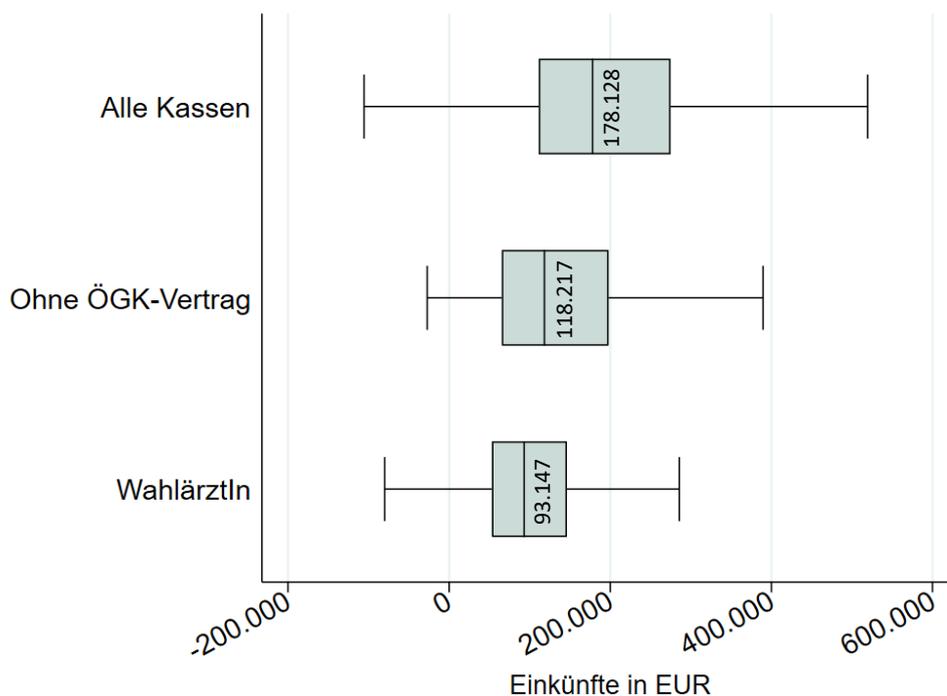
Bezüglich des Vertragsstatus sind bei den arztrelevanten Einkünften deutliche Unterschiede zu erkennen. Abbildung 16 zeigt Boxplots der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA nach Vertragsstatus. Der Median lag 2019 bei ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen mit EUR 178.128 am höchsten. Für VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag betrug er mit EUR 118.217 um knapp EUR 60.000 weniger als bei den ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen. Die geringsten Medianeinkünfte erzielten WahlärztInnen mit EUR 93.147.¹ Wie in der Grafik am Interquartilsabstand abzulesen ist, war auch die Streuung der Einkünfte bei den ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen am höchsten. Zusammenfassend zeigt Tabelle 8 nochmals den Mittelwert, den Median und das 1. sowie 3. Quartil nach Vertragsstatus.

Zu beachten ist allerdings, dass die Arbeitszeit mangels entsprechender Informationen nicht in die Analyse mit einbezogen werden konnte. In den meisten Gesamtverträgen

¹ Betrachtet man die Einkünfte ohne die ZahnärztInnen ergeben sich folgende Medianwerte: Alle Kassen EUR 186.132, ohne ÖGK-Vertrag EUR 131.300, WahlärztIn EUR 93.147

sind Mindestöffnungszeiten von 20 Stunden pro Woche vorgesehen – viele VertragsärztInnen arbeiten jedoch deutlich mehr als diese 20 Stunden (es gibt jedoch auch Teilkassenverträge, shared Praxen und geteilte Vertragsarztstellen, die geringere Arbeitszeiten ermöglichen). WahlärztInnen können über ihre Arbeitszeiten zudem frei verfügen. Die Einkünfte­daten haben somit keinen Aussage­wert bzgl. der Vergütung pro Stunde.

Abbildung 16: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit nach Vertragsstatus, 2019



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 8: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit nach Vertragsstatus, 2019

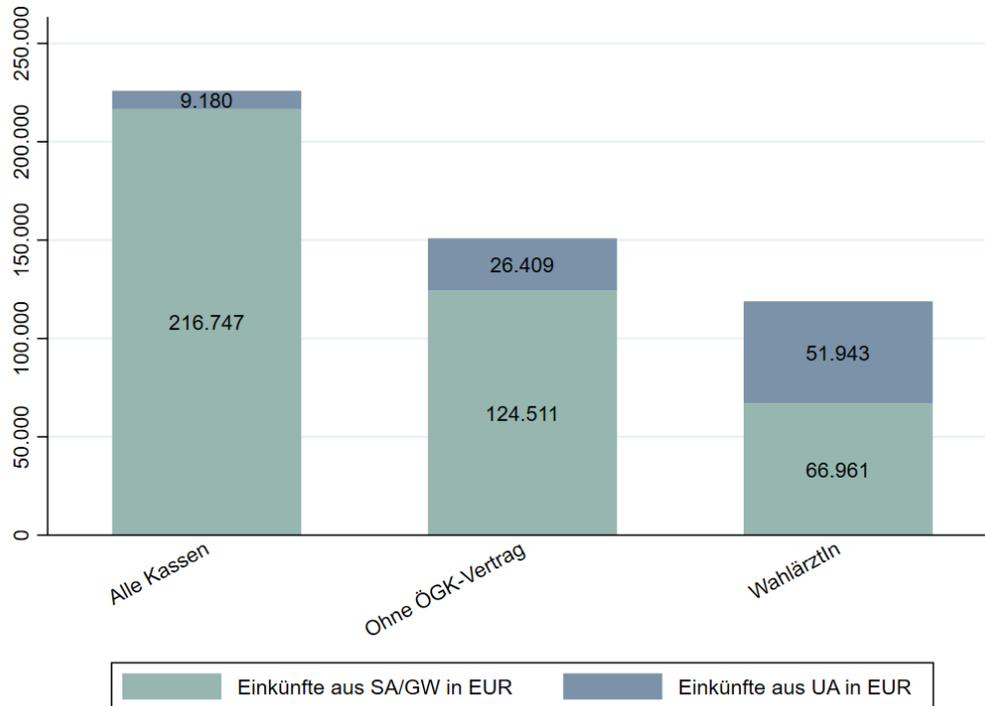
Vertragsstatus	Mittelwert	1. Quartil	Median	3. Quartil	n
Alle Kassen	225.927	111.158	178.128	274.832	9.476
Ohne ÖGK-Vertrag	150.920	65.362	118.217	197.850	642
WahlärztIn	118.904	53.092	93.147	146.224	11.230

Darstellung: IHS (2024)

Ergänzend zeigt Abbildung 17 die Zusammensetzung der Einkünfte nach SA/GW und UA, wiederum nach Vertragsstatus für das Jahr 2019. Es ist zu beachten, dass die durchschnittlichen Einkünfte aus UA dem **unbedingten Mittelwert** entsprechen – d.h. bei der Berechnung des Mittelwerts gehen jene Individuen, die keine Einkünfte aus UA erzielten, mit einem Wert von 0 in die Berechnung ein. Im Text geben wir in Zusammenhang mit Einkünften aus UA jedoch häufig auch **bedingte Maßzahlen** (v.a. Median) an – d.h. Maßzahlen bezogen nur auf jene Individuen, die auch Einkünfte aus UA erzielten. Zudem ist wiederum darauf zu achten, dass in den Balkendiagrammen im Gegensatz zu den Boxplots das arithmetische Mittel anstatt des Medians abgebildet ist, um die zusammengesetzten Einkünfte sinnvoll darstellen zu können.

Bei der Zusammensetzung der durchschnittlichen Einkünfte gibt es ebenfalls große Unterschiede nach Vertragsstatus. ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen erzielten im Schnitt 95,6% ihrer Einkünfte aus SA/GW. Insgesamt hatten nur etwas mehr als ein Drittel der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen überhaupt Einkünfte aus UA zu verzeichnen (nicht dargestellt). Auch VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag erzielten mit 82,5% den überwiegenden Anteil ihrer durchschnittlichen Einkünfte aus SA/GW. Ca. 53% bezogen dabei Einkünfte aus UA. Bei den WahlärztInnen machen die durchschnittlichen Einkünfte aus UA mit 43,7% hingegen beinahe die Hälfte aller Einkünfte aus. Mit 79,3% hatte der Großteil der WahlärztInnen 2019 auch Einkünfte aus UA zu verzeichnen.

Abbildung 17: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte nach Vertragsstatus, 2019



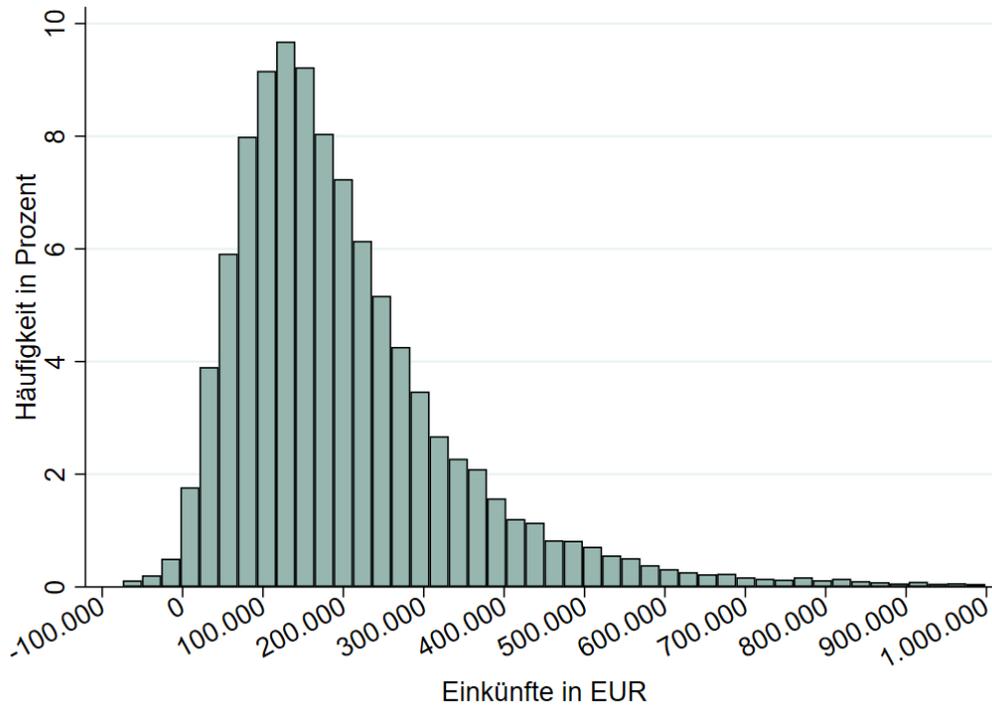
Darstellung: IHS (2024)

Aufgrund dieser äußerst heterogenen Konstellation sollten die Einkünfte dieser drei durch den Vertragsstatus definierten Gruppen separat analysiert werden. Im Folgenden ist daher jeder dieser Gruppen ein Unterkapitel mit detailreicheren Auswertungen gewidmet.

4.2.2 Einkünfte der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen

Von den betrachteten ÄrztInnen hatten im Jahr 2019 insgesamt 9.476 ÄrztInnen Verträge bei allen Kassen. Die arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA dieser ÄrztInnen folgen ebenfalls einer rechtsschiefen Verteilung, wobei die größten Häufungen zwischen EUR 100.000 und EUR 200.000 zu finden sind. Die Medianeinkünfte der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen betragen im Jahr 2019 EUR 178.128, der Mittelwert lag mit EUR 225.927 entsprechend der rechtsschiefen Verteilung höher (vgl. Abbildung 18).

Abbildung 18: Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen, 2019



Anmerkung: Histogramm bei EUR 1.000.000 abgeschnitten

Darstellung: IHS (2024)

Um die Verteilung aus einem anderen Blickwinkel darzustellen, sind in Tabelle 9 die Dezile der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen angeführt. Wie bereits der Boxplot im vorhergehenden Kapitel vermuten ließ, ist die Verteilung von einer relativ großen Streuung gekennzeichnet. So erzielte bspw. das „untere“ Fünftel Einkünfte von EUR 97.242 oder weniger, während das „obere“ Fünftel Einkünfte von mind. EUR 307.588 aufwies.

Tabelle 9: Dezile der Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen, 2019

	Einkünfte in EUR
1. Dezil	62.468
2. Dezil	97.242
3. Dezil	124.314
4. Dezil	149.816
5. Dezil (Median)	178.128
6. Dezil	209.652
7. Dezil	248.776
8. Dezil	307.588
9. Dezil	409.932

Darstellung: IHS (2024)

Wie ebenfalls im vorhergehenden Kapitel erwähnt, erzielten die ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen im Jahr 2019 im Durchschnitt 95,6% ihrer Einkünfte aus SA/GW. Der Median der Einkünfte aus SA/GW betrug EUR 169.188. 34,7% verzeichneten 2019 zusätzlich Einkünfte aus UA. Schränkt man die Betrachtung auf diese ÄrztInnen ein, so lag der Median ihrer Einkünfte aus UA bei EUR 24.591 und der Mittelwert bei EUR 26.472.¹ Auch bei jenen ÄrztInnen, die Einkünfte aus UA bezogen, fielen die zusätzlichen Einkünfte somit vergleichsweise gering aus.

Einkünfte nach Geschlecht

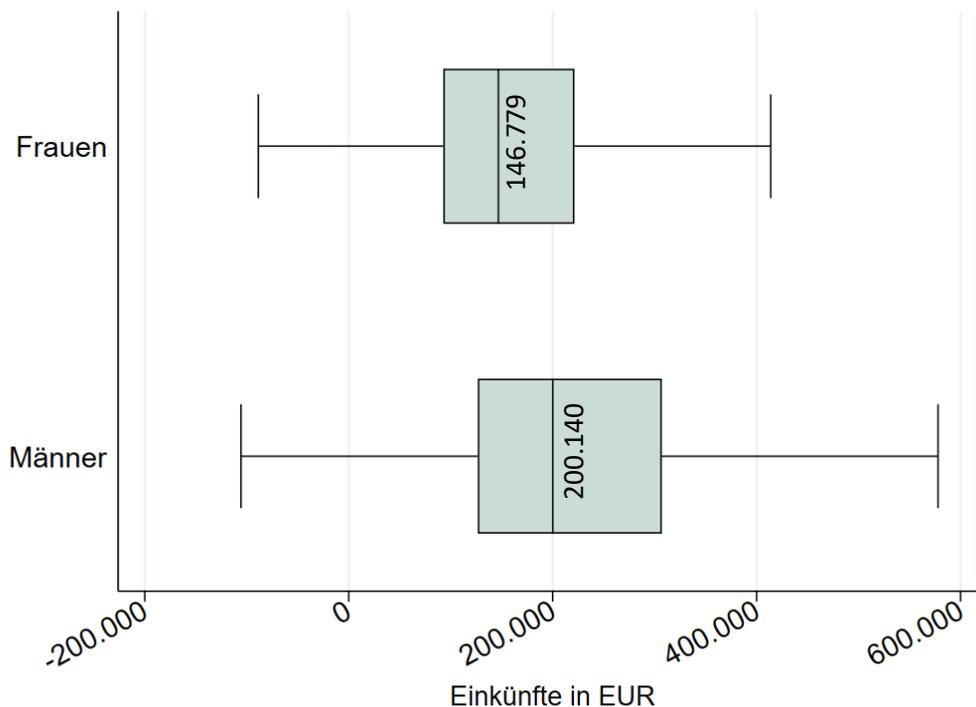
Im Jahr 2019 waren insgesamt 37,3% der betrachteten ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen weiblich. Bei Betrachtung der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA nach Geschlecht ist ein relativ großer Unterschied festzustellen (vgl. Abbildung 19). Bei den Frauen lag der Median im Jahr 2019 bei EUR 146.779, bei den Männern hingegen bei EUR 200.140. Die Streuung der Einkünfte ist bei den Männern höher.

Dieser Unterschied ist beinahe ausschließlich auf die Einkünfte aus SA/GW zurückzuführen: Während sich die Medianeinkünfte aus UA derer, die solche Einkünfte bezogen, zwischen Männern und Frauen kaum unterschieden (EUR 24.913 vs. 23.763), war die Differenz bei den Einkünften aus SA/GW relativ groß (EUR 190.774 vs. 140.000). Zudem war der Anteil jener, die Einkünfte aus UA verzeichneten, bei den Frauen mit 36%

¹ Bei einer geringen Anzahl an ÄrztInnen im Datensatz nimmt die Dummy-Variable für das Vorliegen eines vom Arbeitgeber eingereichten Lohnzettels zwar den Wert 0 an, jedoch war in den E1-Daten zu Einkünften aus UA statt einem fehlenden Wert ein Wert=0 eingetragen. Einen Abgleich der unselbständigen Einkünfte zwischen L16- und E1-Formular führten wir nicht durch, sondern priorisierten die E1-Daten, sodass im finalen Datensatz Vertrags-/WahlärztInnen für das Jahr 2019 vorhanden sind, die zwar keine L16-Einträge, jedoch sehr wohl Einträge unter unselbständige Einkünfte in der E1-Veranlagung aufweisen, auch wenn diese Dateneinträge null darstellen.

leicht höher als bei den Männern mit 34%. Die Unterschiede in den Einkünften aus SA/GW zwischen Männern und Frauen hängen u.a. mit der unterschiedlichen Geschlechterverteilung innerhalb der Fachgruppen bzw. den Unterschieden in den Einkünften zwischen diesen Gruppen zusammen. Auf die Unterschiede in den Einkünften nach Fachgruppe wird in der Folge noch im Detail eingegangen.

Abbildung 19: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Geschlecht, 2019



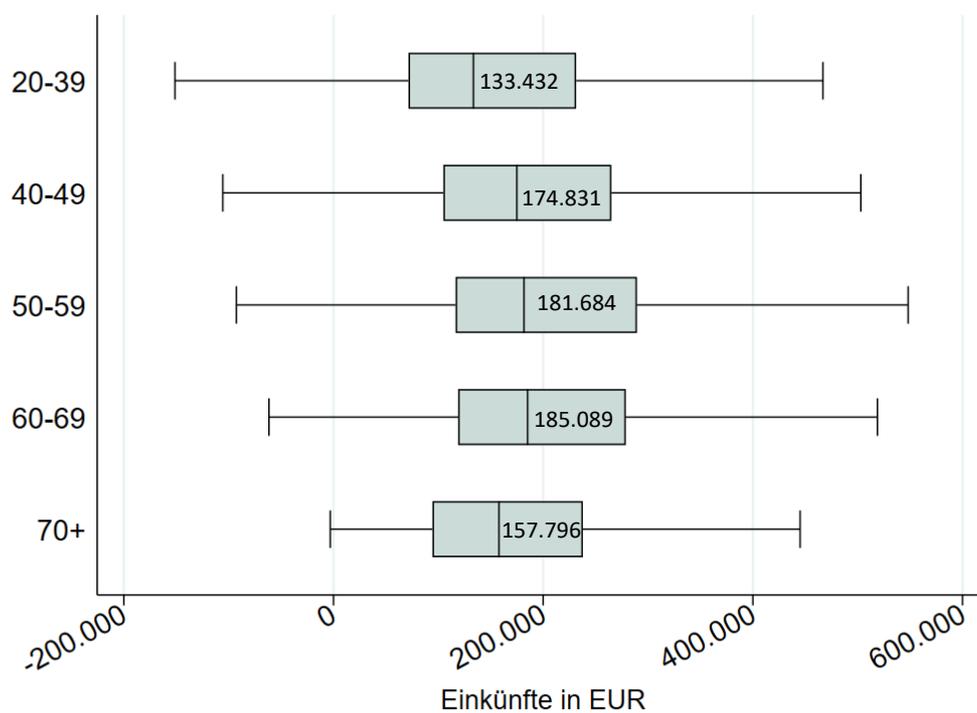
Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Alter

Bei der Betrachtung der Einkünfte aus SA/GW und UA zwischen den einzelnen Altersgruppen zeigt sich, dass sie zuerst schnell, dann langsamer ansteigen und schließlich in der Gruppe, der über 70-Jährigen wieder sinken (vgl. Abbildung 20). Der Median der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der 20-39-Jährigen belief sich auf EUR 133.432. In den folgenden drei Altersgruppen stieg er zuerst auf EUR 174.831 bei den 40-49-Jährigen, dann auf EUR 181.684 bei den 50-59-Jährigen und schließlich auf EUR 185.089 bei den 60-69-Jährigen. Bei den über 70-Jährigen sanken die Medianeinkünfte auf EUR 157.796.

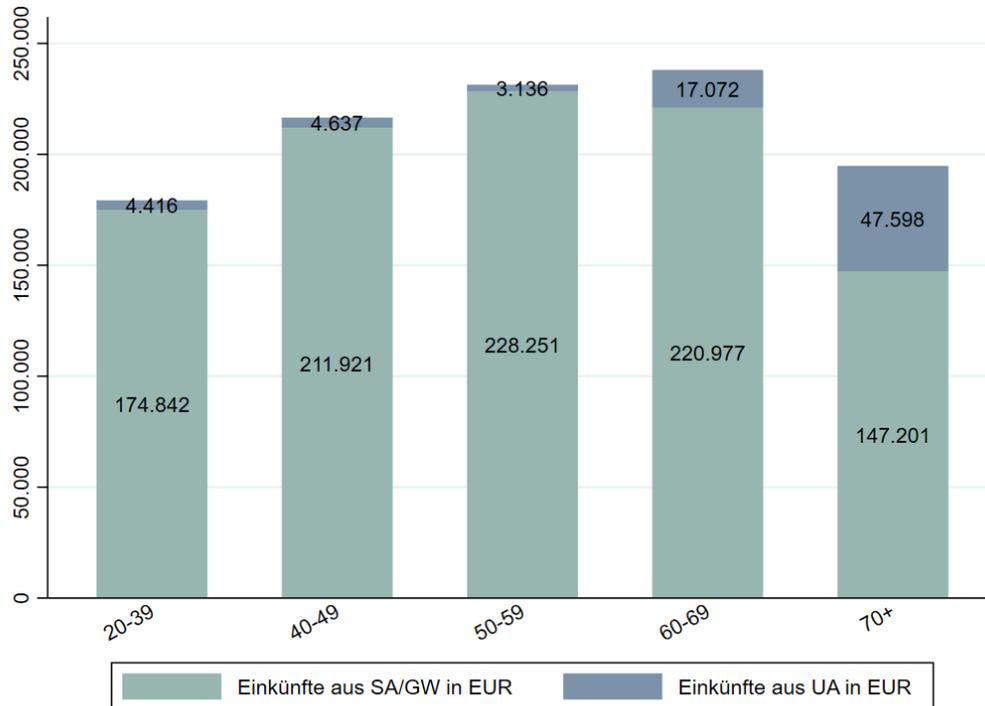
Bei einem Blick auf Abbildung 21, die eine Zerlegung der durchschnittlichen Einkünfte in Einkünfte aus SA/GW und Einkünfte aus UA zeigt, wird jedoch deutlich, dass in den höheren Altersgruppen Einkünfte aus UA vergleichsweise an Bedeutung gewinnen: Bei den 60-69-Jährigen machten sie 7% der gesamten arztrelevanten Einkünfte aus, bei den über 70-Jährigen waren es 24%. Dies ist v.a. darauf zurückzuführen, dass die Kategorie der Einkünfte aus UA auch Pensionen beinhaltet. Die Einkünfte aus Praxistätigkeit gehen somit in den höheren Altersgruppen zurück.

Abbildung 20: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Altersgruppen, 2019



Darstellung: IHS (2024)

Abbildung 21: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Altersgruppen, 2019

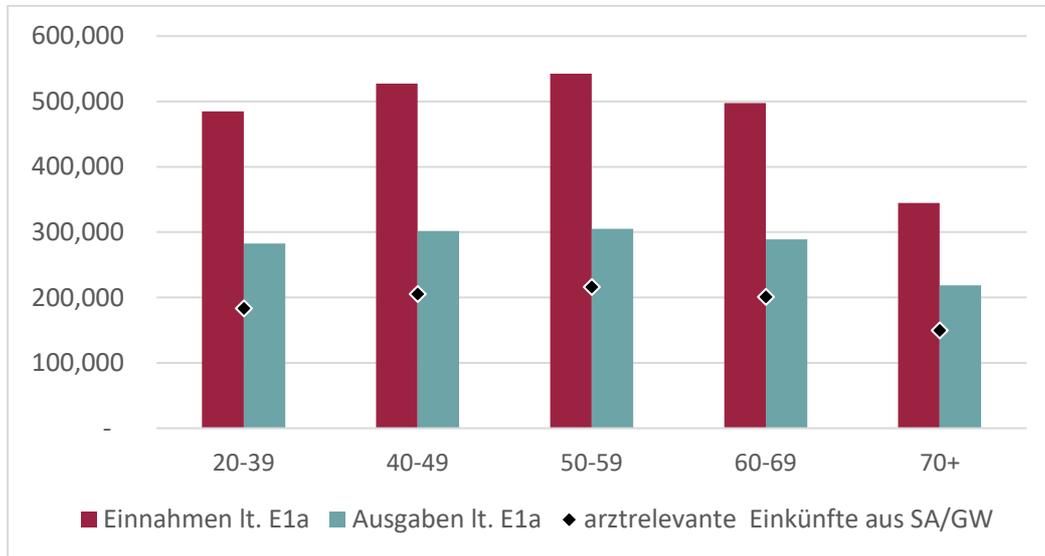


Darstellung: IHS (2024)

Abbildung 22 zeigt zudem wie sich die durchschnittlichen Einnahmen und Ausgaben laut E1a-Beilage nach Altersgruppe entwickeln. Demnach befinden sich die Ausgaben der vier jüngsten Altersgruppen auf einem relativ ähnlichen Niveau (zwischen EUR 282.634 und EUR 305.243). Die Einnahmen schwanken etwas stärker und liegen zwischen ca. EUR 484.977 bei den 20-39-Jährigen und bei EUR 542.374 bei den 50-59-Jährigen. Die Gruppe der über 70-Jährigen hat hingegen vergleichsweise geringe Einnahmen (EUR 344.804) als auch Ausgaben (ca. EUR 218.604). Bei der Analyse von Einnahmen und Ausgaben ist zu beachten, dass diese nur für SA/GW von Einzelunternehmen darstellbar sind und Einkünfte aus UA nicht betrachtet werden.

Schließlich zeigt sich, dass der Anteil der ÄrztInnen mit negativen arztrelevanten Einkünften mit dem Alter sinkt. Bei den 20-39-Jährigen hatten 6% aller ÄrztInnen negative Einkünfte, bei den 40-49-Jährigen waren es 4% und bei den 50-69-Jährigen lag der entsprechende Anteil bei 1%.

Abbildung 22: Durchschnittliche arztrelevante E1-Einkünfte aus SA/GW, durchschnittliche Einnahmen und Ausgaben laut E1a der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Altersgruppe, 2019



Darstellung: IHS (2024)

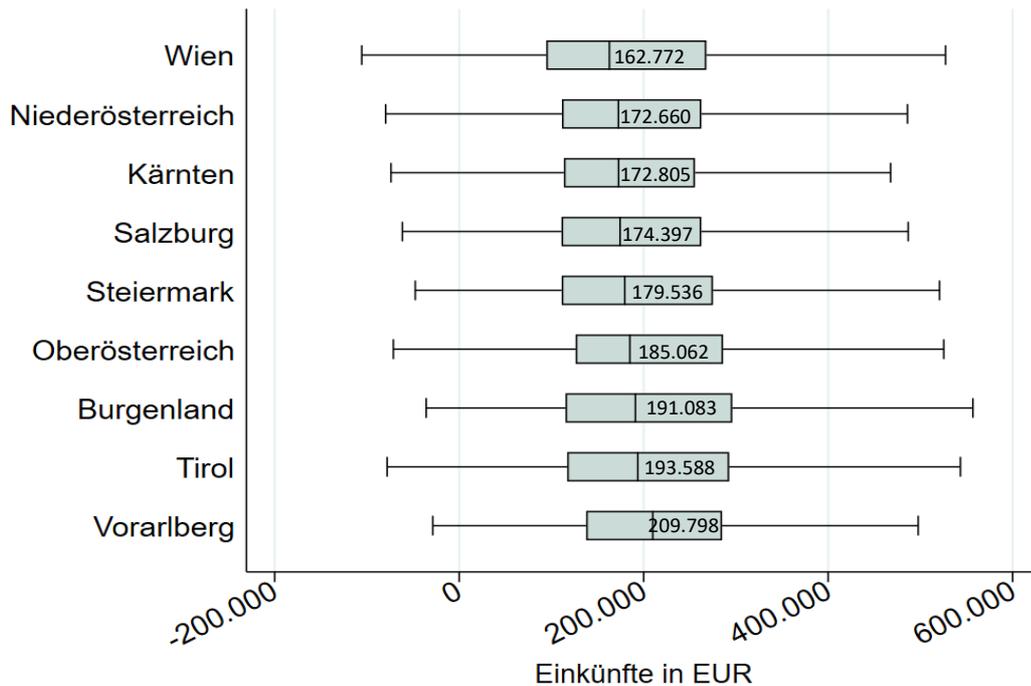
Einkünfte nach Bundesland

In Abbildung 23 sind die arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Bundesland dargestellt. Beim Vergleich der Einkünfte nach Bundesländern ist einschränkend vorzuschicken, dass sich innerhalb der einzelnen Bundesländer die Zusammensetzung nach Fachgruppen und auch das angebotene Leistungsspektrum zum Teil regional unterscheidet. Die höchsten Einkünfte erzielten sie in Vorarlberg mit einem Median von EUR 209.798, gefolgt von den ÄrztInnen in Tirol mit EUR 193.588. Am niedrigsten fallen die Medianeinkünfte in Wien mit EUR 162.772 sowie in Niederösterreich mit EUR 172.660 aus (Burgenland EUR 191.083, Kärnten EUR 172.805, Oberösterreich EUR 185.062, Salzburg EUR 174.398, Steiermark EUR 179.536). Bei Betrachtung der Mittelwerte zeigt sich jedoch ein leicht anderes Bild. Die durchschnittlichen Einkünfte sind in Tirol (EUR 240.653) und Vorarlberg (EUR 238.523) am höchsten und in Niederösterreich (EUR 213.911) und im Burgenland (EUR 217.045) am niedrigsten. Auffallend ist auch Wien, wo ÄrztInnen mit EUR 231.956 hinter Tirol und Vorarlberg die dritthöchsten durchschnittlichen Einkünfte erzielen konnten, nachdem die Medianeinkünfte am geringsten waren. Dies deutet darauf hin, dass es in Wien Ausreißer nach oben gibt (Burgenland EUR 217.045, Kärnten EUR 221.588, Oberösterreich EUR 230.481, Salzburg EUR 224.969, Steiermark EUR 220.448).

Auch bei Betrachtung ausschließlich der Einkünfte aus SA/GW zeigt sich ein ähnliches Bild. Sie fielen in Vorarlberg und Tirol mit Medianwerten von EUR 199.747 bzw. EUR

185.344 am höchsten, und in Wien und Kärnten mit EUR 149.865 bzw. EUR 163.171 am geringsten aus.

Abbildung 23: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Bundesland, 2019



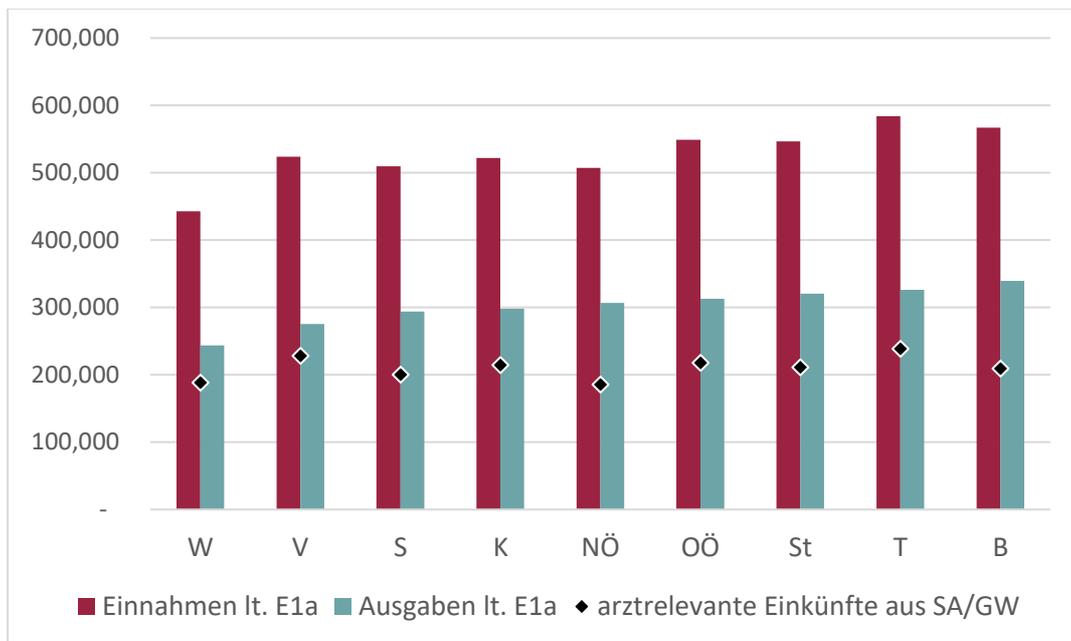
Darstellung: IHS (2024)

Der Anteil der ÄrztInnen mit Einkünften aus UA variiert relativ stark zwischen den Bundesländern. Im Burgenland waren es 2019 bspw. 45,1% und in Wien 38,3%. In Tirol hingegen hatten nur 25,7% und in Vorarlberg 32,1% Einkünfte aus UA zu verzeichnen. Auch die Höhe der Einkünfte aus UA fiel unter den ÄrztInnen, die solche Einkünfte erzielten, je nach Bundesland sehr unterschiedlich aus (von einem Median von EUR 10.744 im Burgenland bis EUR 36.348 in Kärnten). Insgesamt lässt sich jedoch festhalten, dass die quantitative Bedeutung der Einkünfte aus UA in Relation zu den Einkünften aus SA/GW für ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen in allen Bundesländern gering ausfällt.

Abbildung 24 zeigt die durchschnittlichen Einnahmen und Ausgaben laut E1a-Beilage nach Bundesland. Demnach sind die Ausgaben in Tirol bzw. im Burgenland mit EUR 326.363 bzw. EUR 339.576 am höchsten. Am niedrigsten sind sie in Wien bzw. Vorarlberg mit EUR 243.760 bzw. 275.698. Die höchsten Einnahmen konnten ebenfalls ÄrztInnen aus dem Burgenland bzw. Tirol mit EUR 567.043 bzw. EUR 583.783 verzeichnen. Mit EUR

442.861 bzw. EUR 507.460 waren die Einnahmen in Wien bzw. Niederösterreich durchschnittlich am niedrigsten.

Abbildung 24: Durchschnittliche arztrelevante E1-Einkünfte aus SA/GW, durchschnittliche Einnahmen und Ausgaben laut E1a der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Bundesland, 2019



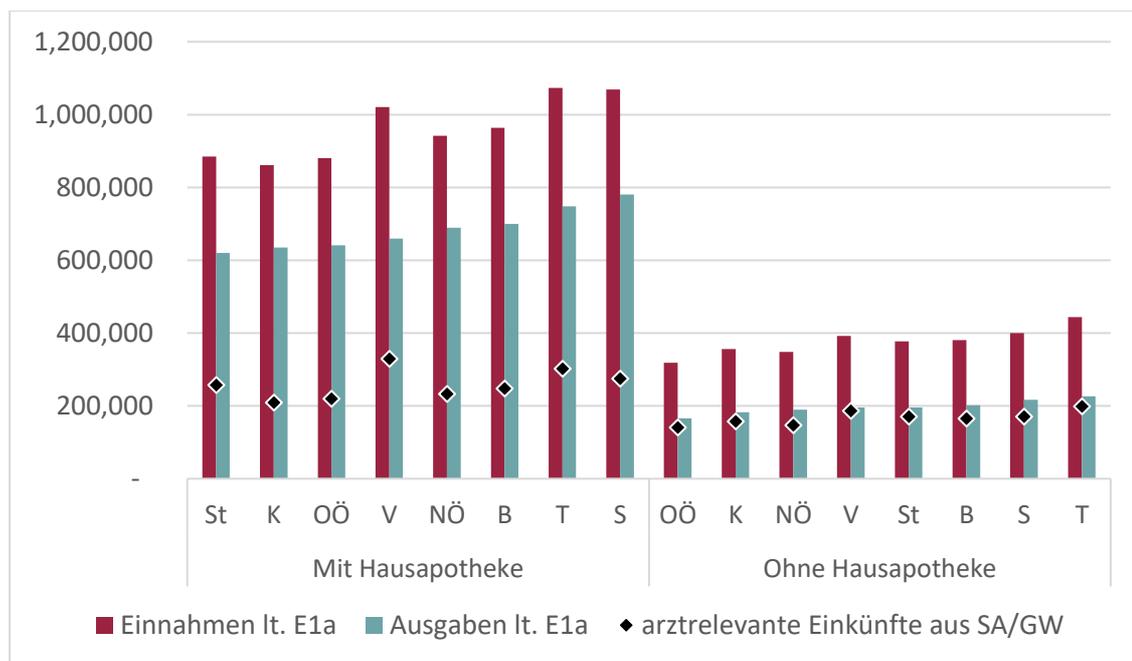
Darstellung: IHS (2024)

Wie im Folgenden noch näher beleuchtet wird, kann das Betreiben einer Hausapotheke eine bedeutende Einnahmequelle für ÄrztInnen darstellen. Diese Einnahmequelle steht jedoch nur ÄrztInnen in ländlichen Gebieten offen. Um etwaige Verzerrungen durch diesen Aspekt auszuschließen, führten wir den Bundesländervergleich noch einmal ohne jene ÄrztInnen, die eine Hausapotheke betrieben, durch. Während die Medianeinkünfte der Wiener ÄrztInnen erwartungsgemäß unverändert bleiben, sinken sie in den anderen Bundesländern (nicht dargestellt). Mit Abstand am stärksten wirkt sich dies im Burgenland mit einem Rückgang von ca. EUR 20.150 aus, gefolgt von der Steiermark mit einem Rückgang von ca. EUR 9.000 in den Medianeinkünften. Die geringsten Rückgänge (abgesehen von Wien) verzeichneten Kärnten mit ca. EUR 800 und Oberösterreich mit ca. EUR 2.400. In Wien und Niederösterreich sind die Medianeinkünfte auch bei Ausschluss der ÄrztInnen mit Hausapotheke am niedrigsten.

Abbildung 25 zeigt ergänzend die durchschnittlichen Einnahmen und Ausgaben der AllgemeinmedizinerInnen mit bzw. ohne Hausapotheke laut E1a-Beilage nach Bundesland. Nachdem hier (zwecks besserer Vergleichbarkeit) auf AllgemeinmedizinerInnen in ruralen bzw. intermediären Regionen eingeschränkt wird,

ist Wien nicht abgebildet. Wie im Unterkapitel Einkünfte nach Hausapotheke noch genauer analysiert wird, zeigen sich große Unterschiede zwischen AllgemeinmedizinerInnen mit Hausapotheke und jenen ohne Hausapotheke. Die höchsten Einnahmen und Ausgaben konnten jedoch in beiden Fällen AllgemeinmedizinerInnen aus Tirol und Salzburg verzeichnen. Die geringsten Ausgaben hatten hingegen ÄrztInnen mit Hausapotheke aus der Steiermark und Kärnten und ÄrztInnen ohne Hausapotheke aus Oberösterreich und Kärnten. AllgemeinmedizinerInnen ohne Hausapotheke mit den geringsten Einnahmen sind in Oberösterreich und Niederösterreich tätig und jene mit Hausapotheke in Kärnten und Oberösterreich.

Abbildung 25: Durchschnittliche arztrelevante E1-Einkünfte aus SA/GW, durchschnittliche Einnahmen und Ausgaben laut E1a der AllgemeinmedizinerInnen in ruralen und intermediären Gebieten mit Verträgen bei allen Kassen nach Bundesland mit bzw. ohne Hausapotheke, 2019



Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Urbanisierungsgrad

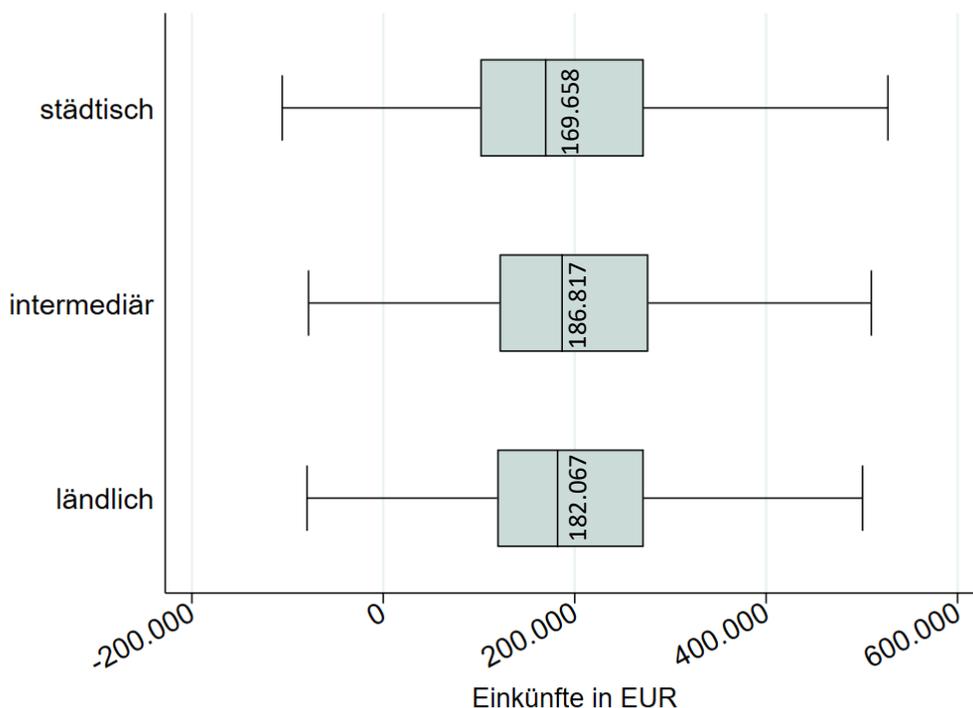
Von den betrachteten ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen hatten im Jahr 2019 ca. 46% ihren Praxissitz in vorwiegend städtischen Bezirken, ca. 15% in vorwiegend intermediären Bezirken und 39% in vorwiegend ländlichen Bezirken. In Einklang mit der Beobachtung, dass Ärztinnen mit Verträgen bei allen Kassen aus Wien die niedrigsten Einkünfte verzeichneten, steht auch die Betrachtung der Einkünfte nach Urbanisierungsgrad. ÄrztInnen mit Praxissitz in einem vorwiegend städtischen Bezirk

(Median EUR 169.658) erzielten 2019 geringere Einkünfte aus SA/GW und UA als ihre KollegInnen in vorwiegend intermediären (EUR 186.817) bzw. ländlichen (EUR 182.067) Bezirken (vgl. Abbildung 26). Insgesamt hatten 52% der in städtischen Gebieten tätigen ÄrztInnen ihren Praxissitz in Wien.

Bei Betrachtung des arithmetischen Mittels anstatt des Medians ändert sich die Reihung. Hier erzielten städtische ÄrztInnen (EUR 234.929) höhere Einkünfte als ÄrztInnen in intermediär (EUR 224.713) oder ländlichen Bezirken (EUR 215.046). Dies deutet darauf hin, dass es unter den in städtischen Gebieten tätigen ÄrztInnen mehr bzw. höhere Ausreißer nach oben gab.

Schränkt man die Betrachtung auf Einkünfte aus SA/GW ein, so erzielten ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen in vorwiegend städtischen Bezirken ebenfalls die niedrigsten Medianeinkünfte (EUR 158.224 vs. EUR 179.284 intermediär bzw. EUR 173.165 ländlich). Bei Mittelwertbetrachtung der Einkünfte aus SA/GW ist die Reihung dieselbe wie bei Berücksichtigung von Einkünften aus SA/GW und UA.

Abbildung 26: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Urbanisierungsgrad, 2019



Darstellung: IHS (2024)

Im Gegensatz zu den Einkünften aus SA/GW, fielen die Einkünfte aus UA, bei den ÄrztInnen, die solche Einkünfte bezogen, in städtischen Gebieten am höchsten aus: Der Median lag hier bei EUR 30.882, während er für die ÄrztInnen in vorwiegend intermediären bzw. ländlichen Gebieten bei 15.829 bzw. 17.339 lag. Der Anteil der ÄrztInnen mit Einkünften aus UA betrug dabei in städtischen Gebieten 34,7%, in intermediären Gebieten 31,0% und in ländlichen Gebieten 36,2%.

Analog zum Bundesländervergleich führten wir auch die Analyse nach Urbanisierungsgrad zusätzlich unter Ausschluss der ÄrztInnen mit Hausapotheke durch. Während die Medianeinkünfte der ÄrztInnen in städtischen Gebieten erwartungsgemäß auf dem gleichen Niveau bleiben, sinken jene der ÄrztInnen in intermediären Gebieten um ca. EUR 3.500 und jene der ÄrztInnen in ländlichen Gebieten um ca. EUR 9.400. Obwohl sich die Differenz der Medianeinkünfte zwischen ÄrztInnen in städtischen und intermediären bzw. ländlichen Gebieten reduziert, beziehen erstere nach wie vor die geringsten Einkünfte.

Einkünfte nach Fachgruppen

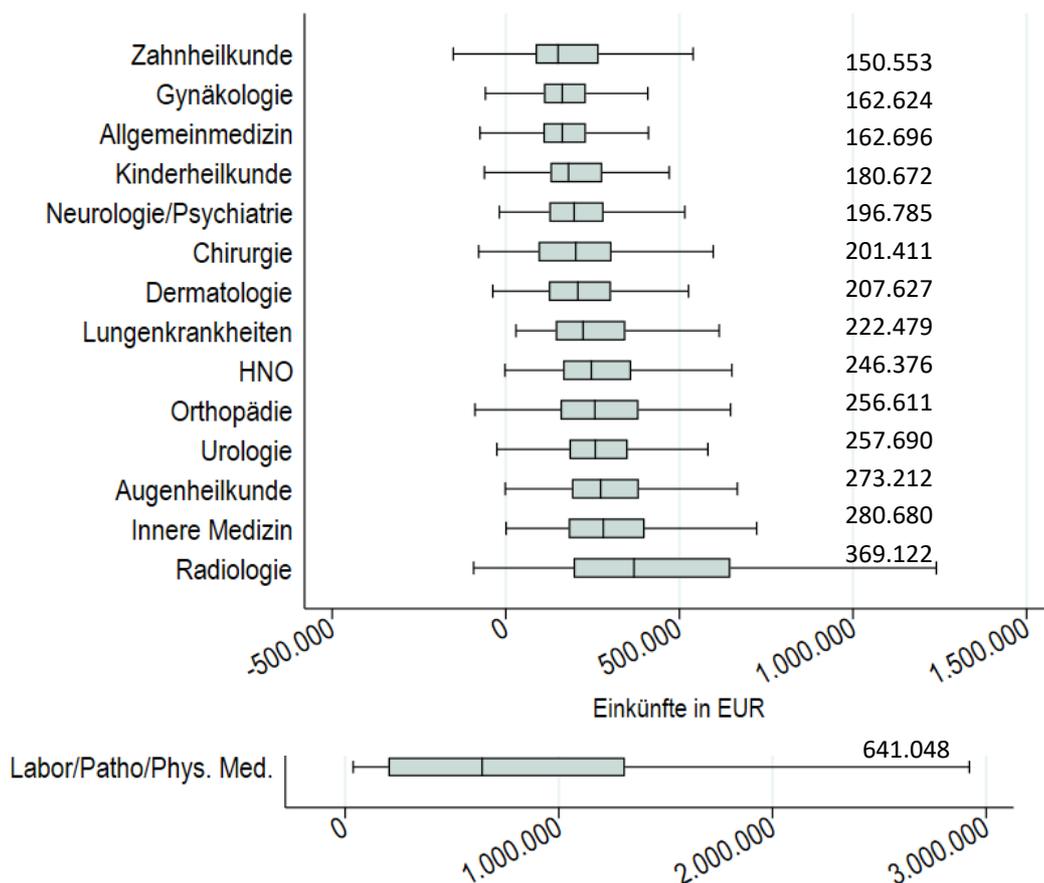
Zwischen den einzelnen Fachgruppen existieren bzgl. der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA teilweise sehr deutliche Unterschiede (vgl. Abbildung 27). Die mit Abstand höchsten Einkünfte erzielten ÄrztInnen der Fachgruppe Labor/Pathologie/Physikalische Medizin. Der Median lag 2019 für diese Gruppe bei EUR 641.048, der Mittelwert gar bei EUR 1.366.599. Das 3. Quartil betrug 1.309.128, d.h. ein Viertel hatte Einkünfte über diesem Wert zu verzeichnen – Extremwerte fallen teilweise noch deutlich höher aus. Aufgrund der Notwendigkeit einer erweiterten Skalierung sind die Einkünfte dieser Fachgruppe in einem separaten Boxplot am unteren Ende der Abbildung dargestellt. Es ist davon auszugehen, dass diese ÄrztInnen teils große medizinische Laboratorien betreiben, in denen hohe Umsätze erzielt werden. Von detaillierteren Analysen zu dieser Gruppe sehen wir aus Anonymitätsgründen ab.

Die im Schnitt zweit- bzw. dritthöchsten Einkünfte erzielten ÄrztInnen in den Fachgruppen Radiologie (Median: EUR 369.122) und Innere Medizin (Median: EUR 280.680). Wie in der Grafik ersichtlich ist, streuten die Einkünfte der RadiologInnen relativ stark. Das 1. Quartil lag bei EUR 195.185, das 3. bei EUR 646.553.

Vor allem bei den Fachgruppen Labor/Pathologie/Physikalische Medizin und Radiologie ist zu beachten, dass in den Einkünfte-daten keine Einkünfte aus Kapitalgesellschaften enthalten sind (vgl. Erklärung in Kapitel 3.3.1). Es ist davon auszugehen, dass eine Berücksichtigung der Einkünfte, die ÄrztInnen als GesellschafterInnen von Instituten erzielen, noch zu einer Erhöhung der oben genannten Kennzahlen führen würde.

Die geringsten Medianeinkünfte verzeichneten die FachärztInnen für Zahnheilkunde mit EUR 150.553. Im Vergleich ebenfalls niedrige Einkünfte erzielten GynäkologInnen bzw. AllgemeinmedizinerInnen mit Medianeinkünften in Höhe von EUR 162.624 bzw. EUR 162.696 (mit Hausapotheke: EUR 224.626, ohne Hausapotheke: EUR 156.677; in der Grafik jedoch nicht dargestellt, da bei diesem Vergleich auf AllgemeinmedizinerInnen in ruralen und intermediären Regionen eingeschränkt wird. Details dazu siehe Unterkapitel Einkünfte nach Hausapotheke). (Augenheilkunde EUR 273.212, Chirurgie EUR 201.411, Dermatologie EUR 207.627, HNO EUR 246.376, Innere Medizin EUR 280.680, Kinder- und Jugendheilkunde EUR 180.672, Lungenkrankheiten EUR 222.479, Neurologie/Psychiatrie EUR 196.785, Orthopädie EUR 256.611, Urologie EUR 257.690).

Abbildung 27: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Fachgruppe, 2019



Darstellung: IHS (2024)

Aufgrund der in allen Fachgruppen relativ niedrigen Einkünfte aus UA folgten die Einkünfte aus SA/GW dem beinahe gleichen Muster wie die arztrelevanten

Gesamteinkünfte und fielen dabei nur etwas geringer aus. Der Anteil jener, die Einkünfte aus UA bezogen, lag besonders hoch bei den ChirurgInnen mit 47,8% sowie bei den FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde mit 44,8%. Besonders niedrig war er bei der Fachgruppe Innere Medizin mit 25,3% sowie den FachärztInnen für Zahnheilkunde mit 26,5%. Die höchsten Medianeinkünfte aus UA erzielten die RadiologInnen mit EUR 41.220. Am niedrigsten lagen die Medianeinkünfte aus UA bei den AllgemeinmedizinerInnen mit EUR 15.121.

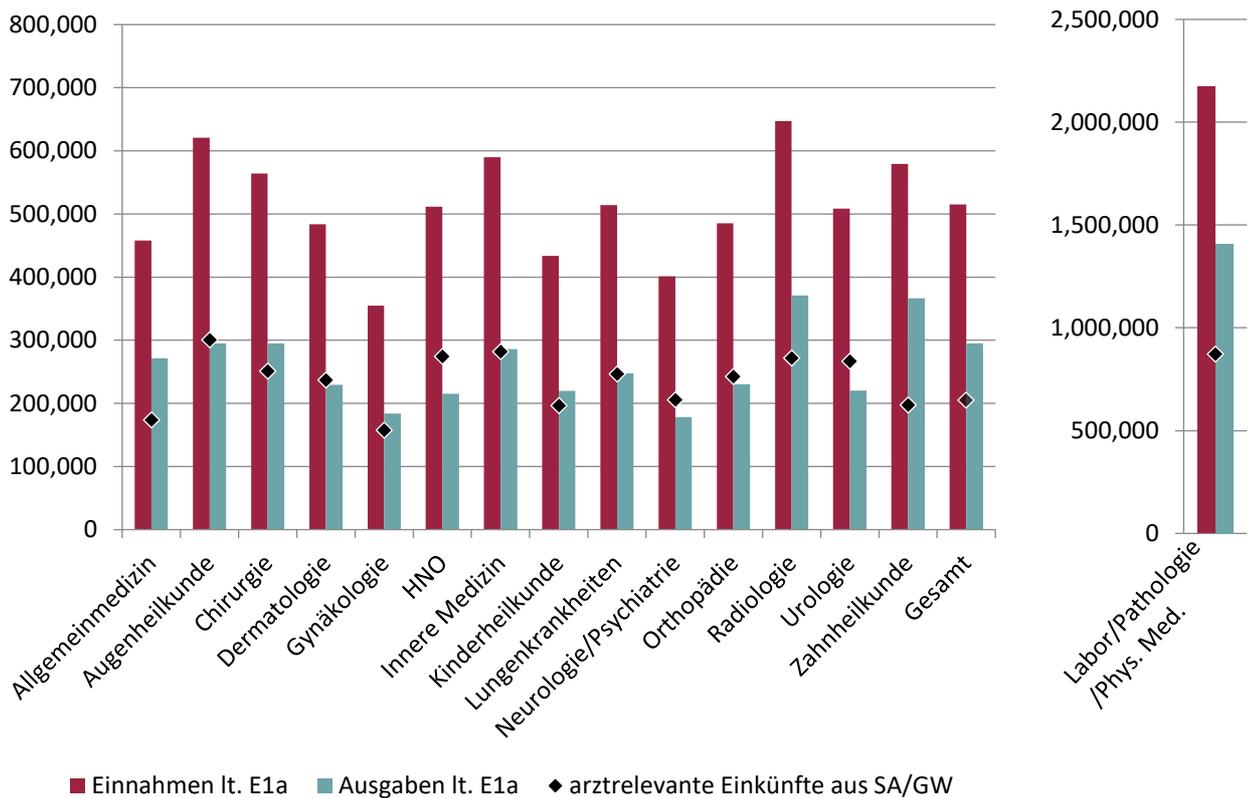
Im Rahmen der Betrachtung der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA nach Geschlecht stellten wir die Vermutung an, dass die Unterschiede zwischen Frauen und Männern teilweise mit der unterschiedlichen Geschlechterverteilung innerhalb der bzw. den Einkünfteunterschieden zwischen den Fachgruppen zusammenhängen¹. Tatsächlich wiesen jene Fachgruppen mit besonders hohen Einkünften einen vergleichsweise geringen Frauenanteil auf. In den Fachgruppen Labor/Pathologie/Physikalische Medizin, Innere Medizin und Radiologie, die hohe Einkünfte zu verzeichnen hatten, lag er im Jahr 2019 bspw. bei 35%, 27% und 21%. In Fachgruppen mit niedrigen Einkünften wie Zahnheilkunde, Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendheilkunde betrug er hingegen 41%, 46% und 43%. Ein weiterer Grund für die Unterschiede zwischen den Geschlechtern dürfte sich im Alter der ÄrztInnen finden. So sind Ärztinnen durchschnittlich jünger als Ärzte (siehe Abbildung 9) und erzielen dementsprechend geringere Einkünfte (siehe Abbildung 20).

Um genauer zu analysieren, wie die Einkünfteunterschiede zwischen den Fachgruppen zustande kommen, sind in Abbildung 28 die durchschnittlichen Einnahmen und Ausgaben laut E1a-Formular der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen dargestellt. Die Daten für die Fachgruppe Labor/Pathologie/Physikalische Medizin sind wiederum mit einer anderen Skalierung separat dargestellt. Die Fachgruppen mit den höchsten Medianeinkünften (Labor/Pathologie/Physikalische Medizin, Radiologie) wiesen sowohl überdurchschnittliche Einnahmen als auch überdurchschnittliche Ausgaben auf. Die Einnahmen lagen dabei jedoch so deutlich über dem Durchschnitt, dass der verbleibende Gewinn bzw. folglich die arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW jene der anderen Fachgruppen im Schnitt übertrafen. Bei den FachärztInnen für Zahnheilkunde, welche die vergleichsweise niedrigsten Medianeinkünfte verzeichneten, lagen ebenfalls sowohl Einnahmen als auch Ausgaben über dem Durchschnitt. Die Ausgaben waren jedoch in Relation zu den Einnahmen stärker erhöht, woraus ein im Schnitt niedrigerer Gewinn resultierte. Bei den Fachgruppen Allgemeinmedizin, Gynäkologie sowie Kinder- und Jugendheilkunde, deren Medianeinkünfte ebenfalls vergleichsweise niedrig waren,

¹ Da die Honorare für beide Geschlechter gleich sind, können Einkünfteunterschiede nicht darauf zurückgeführt werden.

lagen hingegen unterdurchschnittliche Ein- und Ausgaben vor. Vor allem bei den GynäkologInnen befanden sich die Einnahmen auf relativ niedrigem Niveau.

Abbildung 28: Durchschnittliche arztrelevante E1-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl), durchschnittliche Einnahmen laut E1a und durchschnittliche Ausgaben laut E1a der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Fachgruppe, 2019



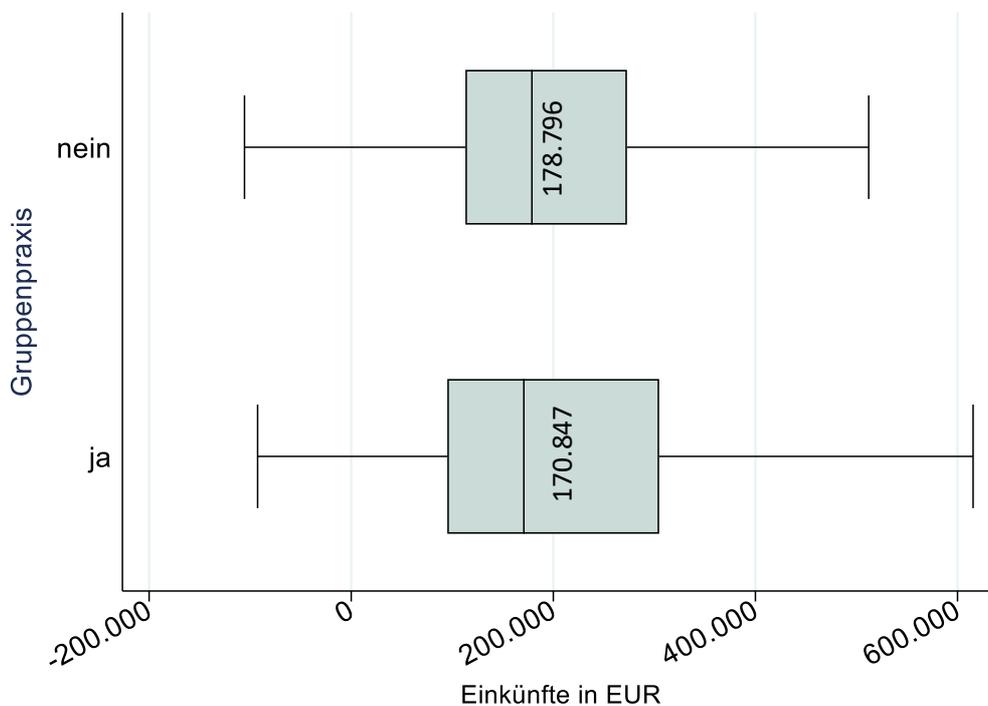
Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Gruppenpraxis

11,2% der betrachteten ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen waren im Jahr 2019 in einer Gruppenpraxis tätig. Davon waren 42,5% AllgemeinmedizinerInnen, 14,8% RadiologInnen und 7,6% InternistInnen – die übrigen teilen sich zu geringen Anteilen auf weitere Fachgruppen auf. Auch im Zusammenhang mit Gruppenpraxen sollte beachtet werden, dass Einkünfte aus Kapitalgesellschaften mangels entsprechender Daten nicht in die Analyse einfließen konnten. Weiters ist zu berücksichtigen, dass ein Vergleich zwischen Gruppen- und Einzelpraxen durch unterschiedliche Gruppenpraxis-Modelle (z.B. Job-Sharing-Praxen) nur eingeschränkt möglich ist.

In Abbildung 29 sind die arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen in Gruppenpraxen im Vergleich zu jenen in Einzelpraxen dargestellt. Im Median lagen die Einkünfte der in Gruppenpraxen tätigen ÄrztInnen bei EUR 170.847, jene der übrigen ÄrztInnen bei EUR 178.160. Zieht man den Mittelwert heran, so erzielen ÄrztInnen in Gruppenpraxen mit EUR 288.756 deutlich höhere Einkünfte als jene in Einzelpraxen mit EUR 218.836. Im Schnitt erzielen in Gruppenpraxen tätige ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen somit höhere Einkünfte als jene in Einzelpraxen, speziell gibt es bei den ÄrztInnen in Gruppenpraxen stärkere Ausreißer nach oben. Außerdem streuen die Einkünfte der in Gruppenpraxen tätigen ÄrztInnen etwas stärker.

Abbildung 29: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Gruppenpraxis, 2019



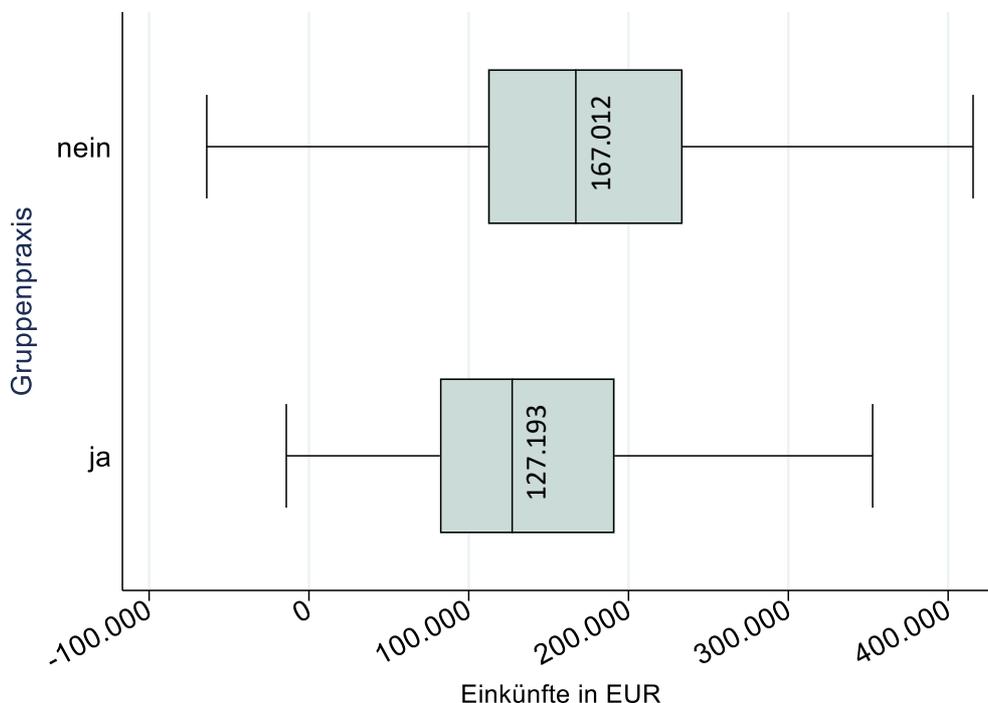
Darstellung: IHS (2024)

Betrachtet man ausschließlich die arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW, so sinken die Medianeinkünfte der ÄrztInnen in Gruppenpraxen und jener in Einzelpraxen auf EUR 154.405 bzw. EUR 169.982. Weiters sind ÄrztInnen in Gruppenpraxen häufiger (43,8%) zusätzlich unselbstständig beschäftigt als jene in Einzelpraxen (33,7%), erzielen allerdings geringere Medianeinkünfte daraus (EUR 22.585 vs. EUR 24.775).

Ergänzend führten wir die obige Analyse mit Einschränkung auf die Gruppe der AllgemeinmedizinerInnen durch, da innerhalb dieser Gruppe eine höhere Vergleichbarkeit gegeben ist. Die Ergebnisse dieser Analyse sind in Abbildung 30 dargestellt. Unter dieser Einschränkung verstärken sich die Differenzen: Die Medianeinkünfte der AllgemeinmedizinerInnen in Gruppenpraxen lagen 2019 bei EUR 127.193, jene der übrigen AllgemeinmedizinerInnen deutlich darüber bei EUR 167.012. Bei Betrachtung des Mittelwerts fällt der Unterschied ähnlich aus (EUR 149.520 vs. EUR 185.937). Unter den AllgemeinmedizinerInnen erzielen jene, die an einer Gruppenpraxis teilnehmen, somit im Schnitt geringere Einkünfte.

Einschränkend ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass mögliche Kapitaleinkünfte von ÄrztInnen in Gruppenpraxen, die als Kapitalgesellschaften organisiert sind, nicht in den Daten enthalten sind. Somit könnten die Einkünfte von ÄrztInnen in Gruppenpraxen in Form einer GmbH unterschätzt sein. Ein weiterer Grund für die geringeren Einkünfte von ÄrztInnen in Gruppenpraxen könnte darin liegen, dass ÄrztInnen in Gruppenpraxen dazu bereit sind für eine höhere Sicherheit (Risikoteilung) auf höhere Einkünfte zu verzichten.

Abbildung 30: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der AllgemeinmedizinerInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Gruppenpraxis, 2019



Darstellung: IHS (2024)

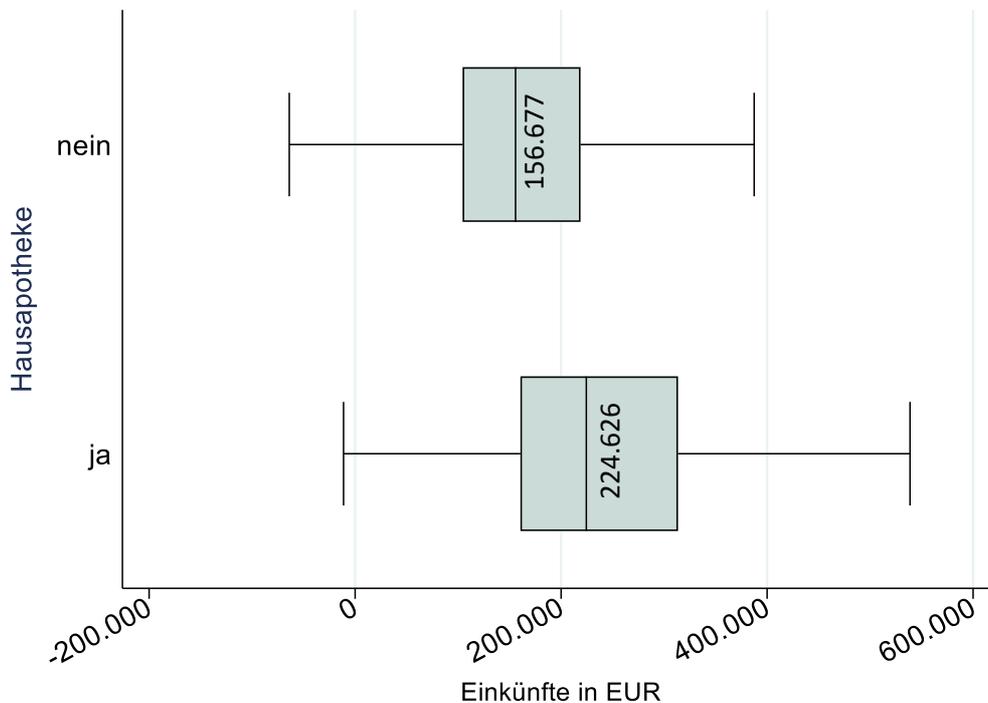
Einkünfte nach Hausapotheke

Hausapotheken dürfen ausschließlich von AllgemeinmedizinerInnen betrieben werden, daher schränken wir die Analyse im Folgenden auf diese Subgruppe der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen ein. Weiters sind Hausapotheken nur im ländlichen bzw. intermediären Bereich von Relevanz. Um etwaige Verzerrungen der Ergebnisse durch das oben beschriebene Land-Stadt-Gefälle zu vermeiden, schränken wir daher zusätzlich auf AllgemeinmedizinerInnen mit Praxissitz in vorwiegend ländlichen oder intermediären Bezirken ein. Von diesen betrieben im Jahr 2019 26,7% eine Hausapotheke.

In

Abbildung 31 sind die arztrelevanten Einkünfte der AllgemeinmedizinerInnen in ländlichen und intermediären Gebieten mit bzw. ohne Hausapotheke dargestellt. Die Medianeinkünfte jener, die eine Hausapotheke betrieben, lagen 2019 bei EUR 224.626. Jene AllgemeinmedizinerInnen, die keine Hausapotheke betrieben, erzielten Medianeinkünfte von EUR 156.677. Bei Betrachtung des Mittelwerts fällt die Differenz etwas höher aus. Da Einkünfte aus dem Betreiben einer Hausapotheke in der Regel als Einkünfte aus Gewerbetätigkeit geführt werden (sollten), entstammt die Einkünftedifferenz den arztrelevanten Einkünften aus SA/GW (Median EUR 221.018 mit Hausapotheke vs. EUR 149.361 ohne Hausapotheke). In diesem Zusammenhang ist jedoch anzumerken, dass die Differenz in den Einkünften nicht notwendigerweise vollständig auf die Gewinne der Hausapotheke zurückzuführen sein muss. Es könnten darüber hinaus noch andere intervenierende Effekte vorliegen, wie z.B. andere Öffnungszeiten bei ÄrztInnen mit Hausapotheke.

Abbildung 31: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der AllgemeinmedizinerInnen mit Verträgen bei allen Kassen in ländlichen und intermediären Gebieten mit bzw. ohne Hausapotheke, 2019



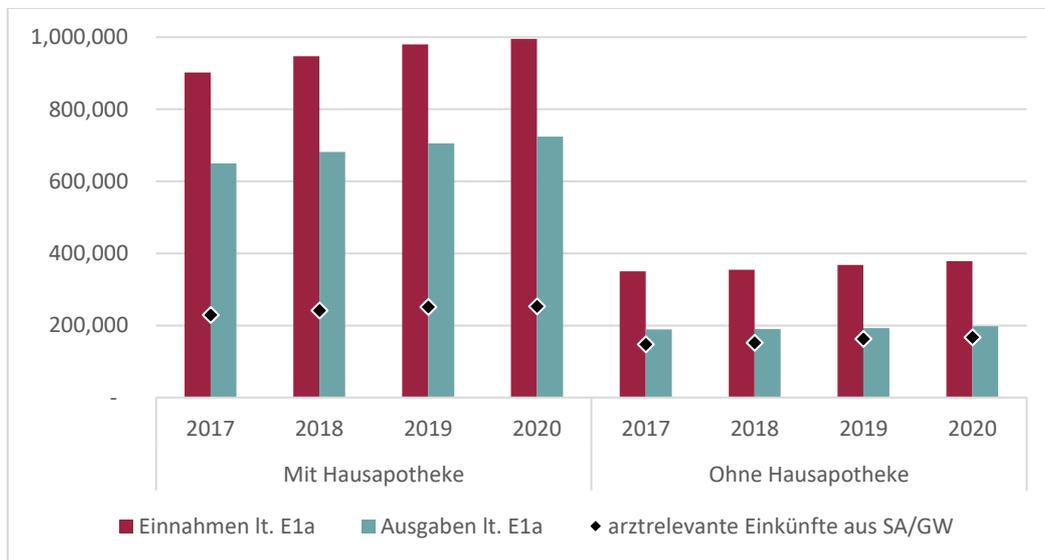
Darstellung: IHS (2024)

Nachdem die ÄrztInnen mit Hausapotheke deutlich höhere Einkünfte erzielten, ist eine weitere Analyse der Einnahmen und Ausgaben aufschlussreich. Zu diesem Zweck zeigt Abbildung 32 die durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW, sowie Einnahmen und Ausgaben laut E1a-Formular von 2017 bis 2020. Um eine möglichst vergleichbare Population zu gewährleisten, wurden nur jene ÄrztInnen berücksichtigt, die entweder über den gesamten Beobachtungszeit eine bzw. keine Hausapotheke betrieben. ÄrztInnen, die eine Hausapotheke in nur ein, zwei oder drei Jahren betrieben, finden sich also nicht in dieser Abbildung. Insgesamt betrieben 580 ÄrztInnen über alle Jahre hinweg eine Hausapotheke. Im Vergleich dazu waren es jährlich rund 700 ÄrztInnen, die in zumindest einem Jahr eine Hausapotheke betrieben (vgl. Tabelle 7).

Anhand der Grafik ist klar zu erkennen, dass im zeitlichen Verlauf sowohl die arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW als auch die Einnahmen bzw. Ausgaben lt. E1a-Formular bei ÄrztInnen mit und ohne Hausapotheke gestiegen sind. Bis 2019 verzeichneten erstere einen durchschnittlichen jährlichen Anstieg von 4,7% der Einkünfte aus SA/GW, 4,2% der Einnahmen und 4,2% der Ausgaben. Bei den ÄrztInnen

ohne Hausapotheke waren es 4,9%, 2,5% und 0,9%. Eindeutig ist auch das höhere Niveau der Einkünfte aus SA/GW und Einnahmen bzw. Ausgaben unter den ÄrztInnen mit Hausapotheke. Im Jahr 2019 erzielten ÄrztInnen mit Hausapotheke durchschnittliche Einnahmen bzw. Ausgaben in Höhe von EUR 979.944 bzw. EUR 705.045. Damit waren sie ca. drei- bis viermal so hoch wie jene ihrer KollegInnen ohne Hausapotheke (Einnahmen: EUR 368.156, Ausgaben: EUR 192.669).

Abbildung 32: Durchschnittliche arztrelevante E1-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl), durchschnittliche Einnahmen laut E1a und durchschnittliche Ausgaben laut E1a der AllgemeinmedizinerInnen mit Verträgen bei allen Kassen in ländlichen und intermediären Gebieten mit bzw. ohne Hausapotheke über den gesamten Beobachtungszeitraum, 2017-2020

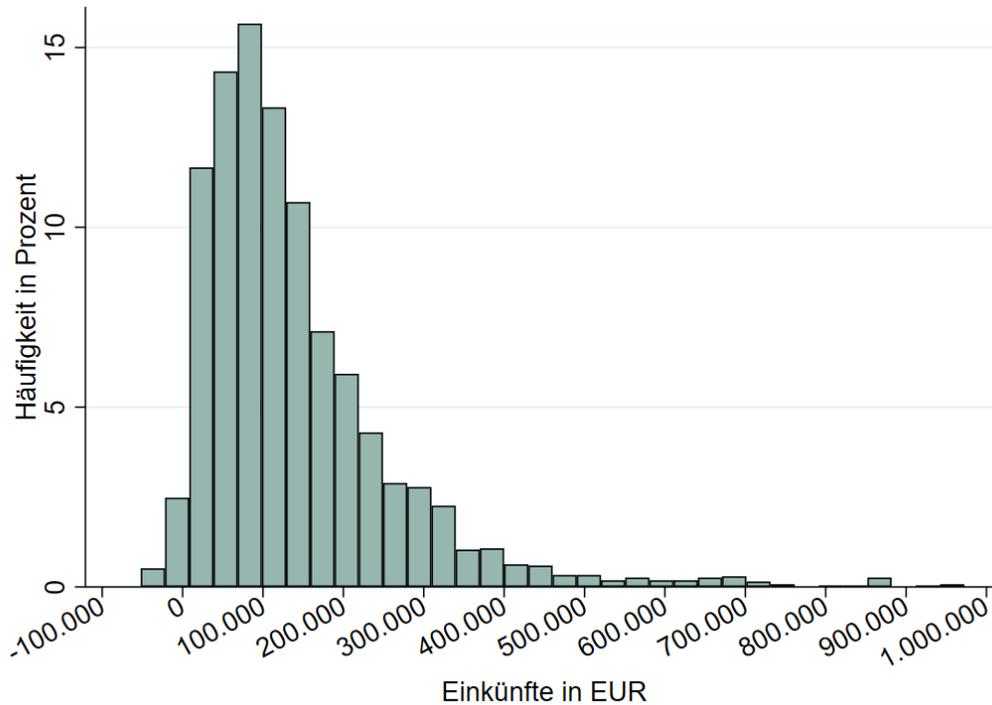


Darstellung: IHS (2024)

4.2.3 VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag

Von den im Rahmen der Analyse betrachteten ÄrztInnen waren im Jahr 2019 insgesamt 642 VertragsärztInnen ohne kurativen ÖGK-Vertrag. Auch ihre arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA folgten einer rechtsschiefen Verteilung mit einem Median von EUR 118.217 und einem Mittelwert von EUR 150.920 (vgl. Abbildung 33).

Abbildung 33: Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag, 2019



Darstellung: IHS (2024)

In Tabelle 10 sind die Dezile der Einkünfteverteilung der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag dargestellt. Auch in dieser Gruppe fällt die Streuung vergleichsweise groß aus. So erzielte das „untere“ Fünftel im Jahr 2019 arztrelevante Einkünfte aus SA/GW und UA von EUR 55.309 oder weniger, während das „obere“ Fünftel auf EUR 218.984 oder mehr kam.

Tabelle 10: Dezile der Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag, 2019

	Einkünfte in EUR
1. Dezil	32.055
2. Dezil	55.309
3. Dezil	76.340
4. Dezil	96.218
5. Dezil (Median)	118.217
6. Dezil	145.197
7. Dezil	178.432
8. Dezil	218.984
9. Dezil	309.029

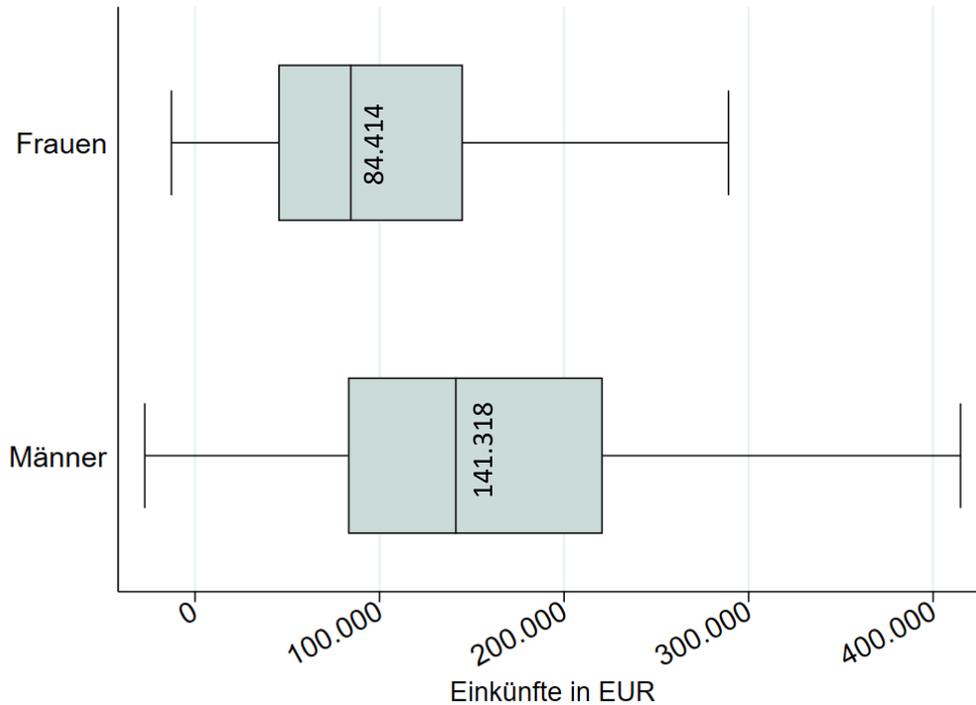
Darstellung: IHS (2024)

Wie bereits im Rahmen des Vergleichs nach Vertragsstatus in Kapitel 4.2.1 erwähnt, erzielten VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag 82,5% ihrer durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte im Jahr 2019 aus SA/GW. Der Median dieser Einkünfte betrug EUR 85.375. 52,8% bezogen Einkünfte aus UA. Bei Einschränkung auf diese Subgruppe betrug der Median ihrer Einkünfte aus UA EUR 38.525 und der Mittelwert lag bei EUR 50.013.

Einkünfte nach Geschlecht

Von den betrachteten VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag waren im Jahr 2019 37,1% weiblich. Männer erzielten mit einem Median der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA von EUR 141.318 deutliche höhere Einkünfte als Frauen mit EUR 84.414 (vgl. Abbildung 34).

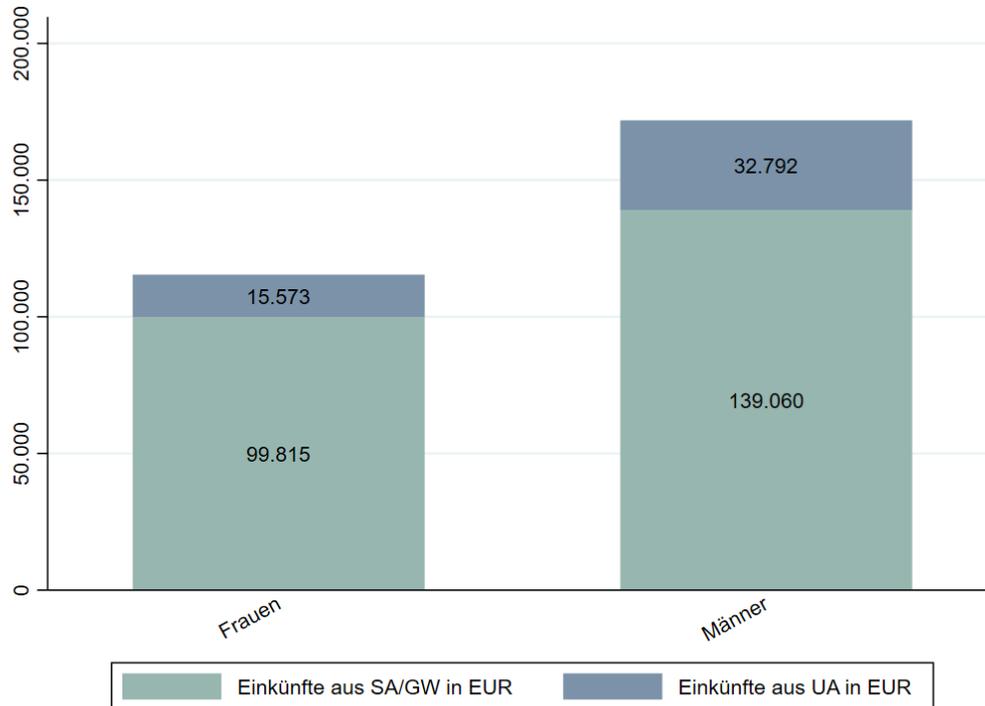
Abbildung 34: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Geschlecht, 2019



Darstellung: IHS (2024)

Neben der Gesamthöhe der Einkünfte unterscheidet sich auch deren Zusammensetzung zwischen den Geschlechtern. Eine Zerlegung der in arztrelevante Einkünfte aus SA/GW und Einkünfte aus UA nach Geschlecht ist in Abbildung 35 dargestellt. Bei Frauen machen Einkünfte aus SA/GW 86,5% der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte aus, bei den Männern 80,9%. Die Medianeinkünfte aus SA/GW betragen EUR 104.304 bei den Männern und EUR 65.991 bei den Frauen. Von den weiblichen Ärztinnen waren im Jahr 2019 48,3% unselbständig beschäftigt, bei den männlichen Ärzten waren es 55,4%. Auch bei Einschränkung auf nur jene ÄrztInnen, die Einkünfte aus UA zu verzeichnen hatten, erzielten Männer mit EUR 54.454 deutlich höhere Medianeinkünfte aus UA als Frauen mit EUR 31.708.

Abbildung 35: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Geschlecht, 2019

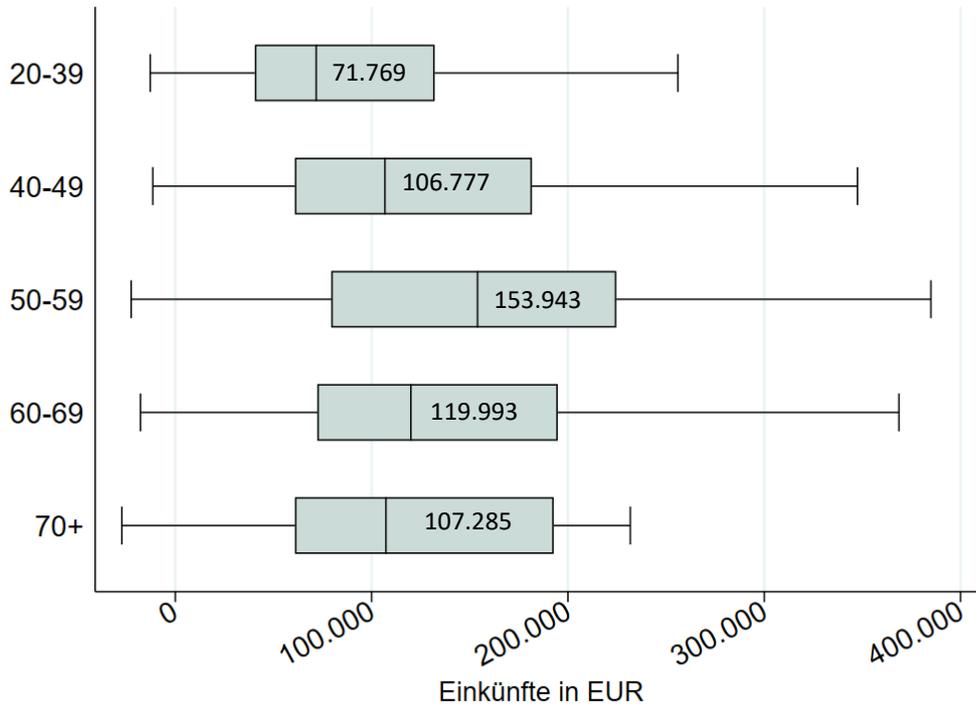


Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Alter

Bei den VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag fielen die Unterschiede zwischen den Altersgruppen etwas deutlicher aus als bei den zuvor betrachteten ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen. Die niedrigsten arztrelevanten Medianeinkünfte aus SA/GW und UA im Jahr 2019 verzeichneten erneut die 20-39-Jährigen mit EUR 71.769, die höchsten die 50-59-Jährigen mit EUR 153.943 (vgl. Abbildung 36; 40-49 EUR 106.777, 60-69 EUR 119.993, 70+ EUR 107.285). In den mittleren Altersgruppen ist die Streuung der Einkünfte vergleichsweise am größten.

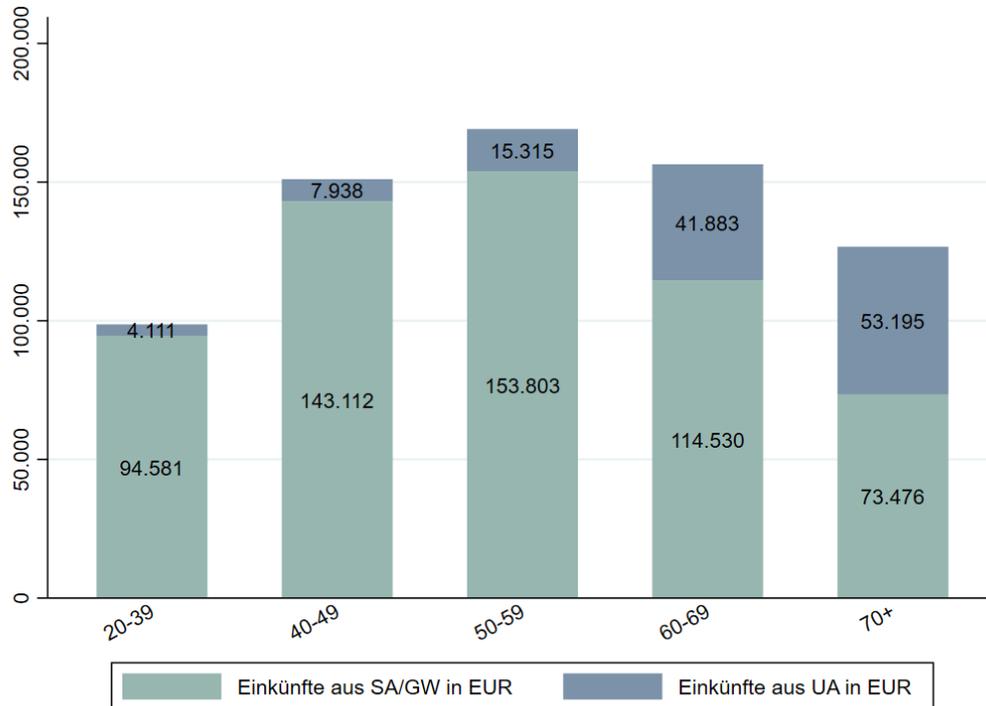
Abbildung 36: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Altersgruppen, 2019



Darstellung: IHS (2024)

Auch in diesem Fall ist eine Zerlegung der Einkünfte in solche aus SA/GW und solche aus UA aufschlussreich (vgl. Abbildung 37). Diese zeigt nämlich, dass der Anteil der Einkünfte aus SA/GW mit dem Alter stark sinkt. Er betrug 95,8% bei den 20-39-Jährigen, 94,7% bei den 40-49-Jährigen, 90,9% bei den 50-59-Jährigen, 73,2% bei den 60-69-Jährigen und 58,0% bei den mind. 70-Jährigen. Die Bedeutung unselbständiger Tätigkeit dürfte also mit dem Alter zunehmen. In den Altersgruppen 60-69 sowie v.a. 70+ sind diesbezüglich in erster Linie die Pensionen relevant. Speziell bei den mind. 70-Jährigen nimmt die Praxistätigkeit, d.h. die selbständige Tätigkeit, somit nur mehr ein relativ geringes Ausmaß an.

Abbildung 37: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Altersgruppen, 2019



Darstellung: IHS (2024)

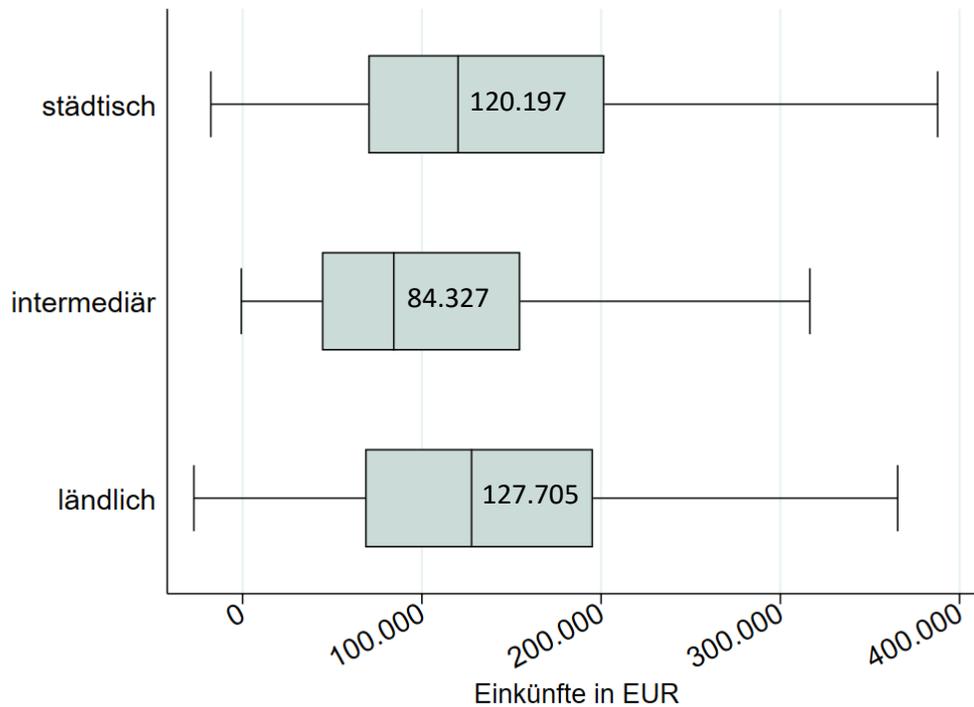
Einkünfte nach Bundesland

Aufgrund der vergleichsweise geringen Anzahl an VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag in mehreren Bundesländern und der daraus resultierenden eingeschränkten Aussagekraft nehmen wir hier keine ausführliche vergleichende Beschreibung der Einkünfte nach Bundesland vor. Um dennoch die Relevanz des Praxissitzes der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag abzubilden, nehmen wir nachfolgend einen Vergleich nach Urbanisierungsgrad vor.

Einkünfte nach Urbanisierungsgrad

Von den betrachteten VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag hatten im Jahr 2019 68,1% ihren Praxissitz in einem vorwiegend städtischen Bezirk, 9,4% in einem vorwiegend intermediären Bezirk und 22,4% in einem vorwiegend ländlichen Bezirk. Anders als bei den zuvor betrachteten ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen erzielten die VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag in intermediären Bezirken nicht die höchsten, sondern die niedrigsten arztrelevanten Medianeinkünfte aus SA/GW und UA im Jahr 2019. Wie Abbildung 38 zeigt, lagen sie mit Medianeinkünften von EUR 84.327 hinter ihren KollegInnen in städtischen (EUR 120.197) sowie ländlichen Bezirken (EUR 127.705).

Abbildung 38: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Urbanisierungsgrad, 2019

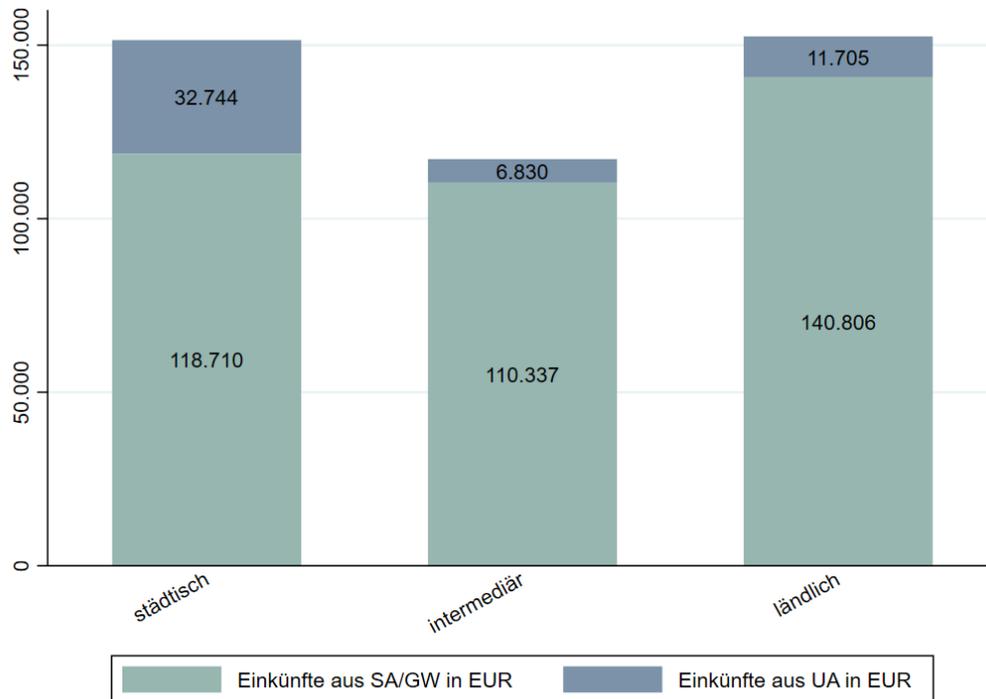


Darstellung: IHS (2024)

Abbildung 39 zeigt die Zusammensetzung der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA im Jahr 2019. Obwohl die Gesamteinkünfte von ÄrztInnen in städtischen sowie ländlichen Bezirken beinahe ident sind, unterscheiden sie sich stark in der jeweiligen Bedeutung von Einkünften aus UA. So erzielten ÄrztInnen in städtischen Bezirken 21,6% ihrer durchschnittlichen Einkünfte aus UA, jene in ländlichen Bezirken jedoch nur 7,7%. Bei ÄrztInnen in intermediären Bezirken befindet sich dieser Anteil bei 5,8%.

Zudem hatten 59,9% der in städtischen Gebieten tätigen ÄrztInnen überhaupt Einkünfte aus UA zu verzeichnen – bei den ÄrztInnen in intermediären bzw. ländlichen Gebieten betrug dieser Anteil nur 32,1% bzw. 39,8%. Schränkt man die Betrachtung auf diese ÄrztInnen ein, so erzielten die ÄrztInnen in städtischen Gebieten mit EUR 48.161 auch die höchsten Medianeinkünfte aus UA. Bei den ÄrztInnen in intermediären Gebieten betragen diese EUR 19.131, bei jenen in ländlichen Gebieten EUR 20.964. Somit war unter den ÄrztInnen in städtischen Bezirken sowohl der Anteil der ÄrztInnen mit Einkünften aus UA als auch die Höhe dieser Einkünfte am höchsten.

Abbildung 39: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Urbanisierungsgrad, 2019



Darstellung: IHS (2024)

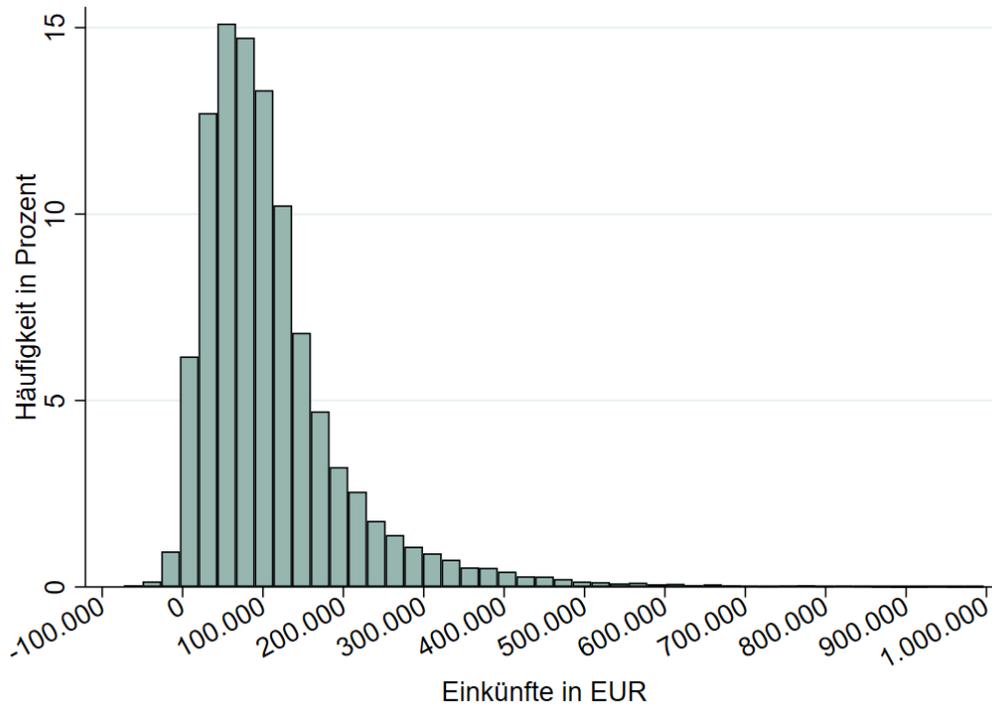
Einkünfte nach Fachgruppe

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

4.2.4 Einkünfte der WahlärztInnen

Insgesamt waren im Jahr 2019 11.230 der betrachteten ÄrztInnen als WahlärztInnen tätig. Die Verteilung ihrer arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA ist in Abbildung 40 dargestellt. Es handelt sich wiederum um eine rechtsschiefe Verteilung. Der Median der Verteilung lag bei EUR 93.147, der Mittelwert bei EUR 118.904.

Abbildung 40: Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der WahlärztInnen, 2019



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 11 führt die Dezile der Verteilung der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der WahlärztInnen für das Jahr 2019 an. Insgesamt fallen die Einkünfte, wie bereits erwähnt, im Schnitt niedriger als bei den zuvor betrachteten ÄrztInnengruppen aus. Zudem ist die Streuung der Einkünfte geringer. Das „untere“ Fünftel der WahlärztInnen erzielte Einkünfte von EUR 44.987 oder weniger, die Einkünfte des „oberen“ Fünftels lagen bei mind. EUR 164.453.

Tabelle 11: Dezile der Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der WahlärztInnen, 2019

	Einkünfte in EUR
1. Dezil	27.364
2. Dezil	44.987
3. Dezil	60.585
4. Dezil	76.285
5. Dezil (Median)	93.147
6. Dezil	110.333
7. Dezil	131.782
8. Dezil	164.453
9. Dezil	232.090

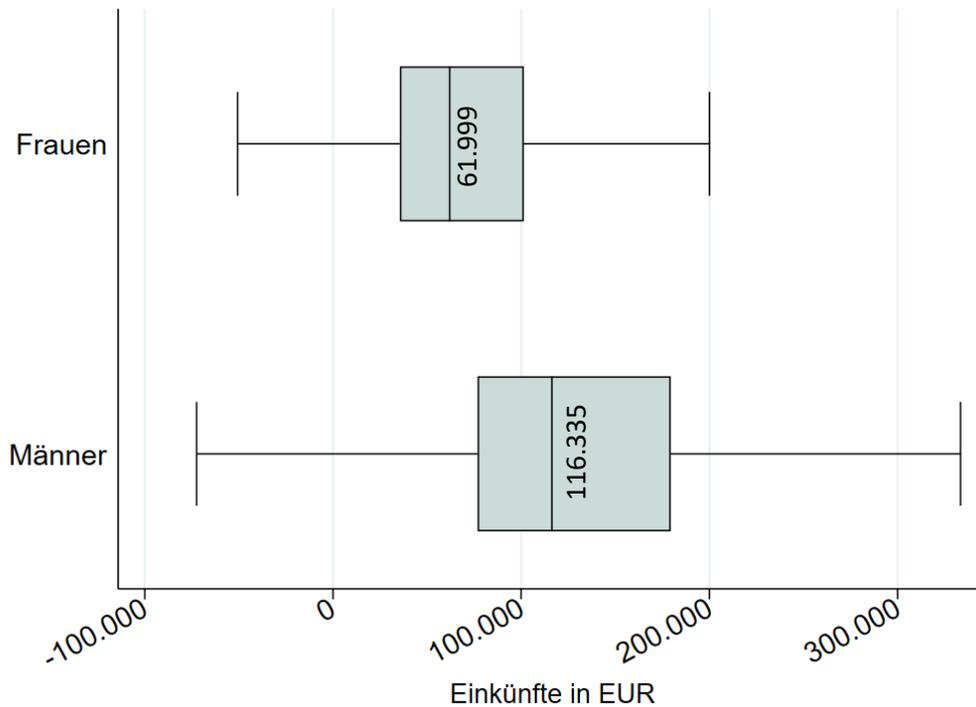
Darstellung: IHS (2024)

Für WahlärztInnen sind Einkünfte aus UA im Vergleich zu den VertragsärztInnen von deutlich höherer Bedeutung. Im Jahr 2019 entfiel mit 56,3% ein deutlich geringerer Anteil der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte auf Einkünfte aus SA/GW im Vergleich zu den VertragsärztInnen mit bzw. ohne ÖGK-Vertrag (95,9% bzw. 82,5%). Insgesamt bezogen 76,3% der WahlärztInnen Einkünfte aus UA. In dieser Subgruppe betrug der Median der Einkünfte aus UA EUR 65.342, der Mittelwert nahm mit EUR 68.041 nur einen geringfügig höheren Wert ein. Die Medianeinkünfte aus SA/GW betrugen EUR 30.827.

Einkünfte nach Geschlecht

Im Jahr 2019 waren 42,0% der betrachteten WahlärztInnen weiblich. Auch bei den WahlärztInnen gibt es bzgl. der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA einen relativ deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Der Median der Einkünfte der weiblichen Ärztinnen lag 2019 bei EUR 61.999, jener der männlichen Ärzte war mit EUR 116.335 beinahe doppelt so hoch (vgl. Abbildung 41).

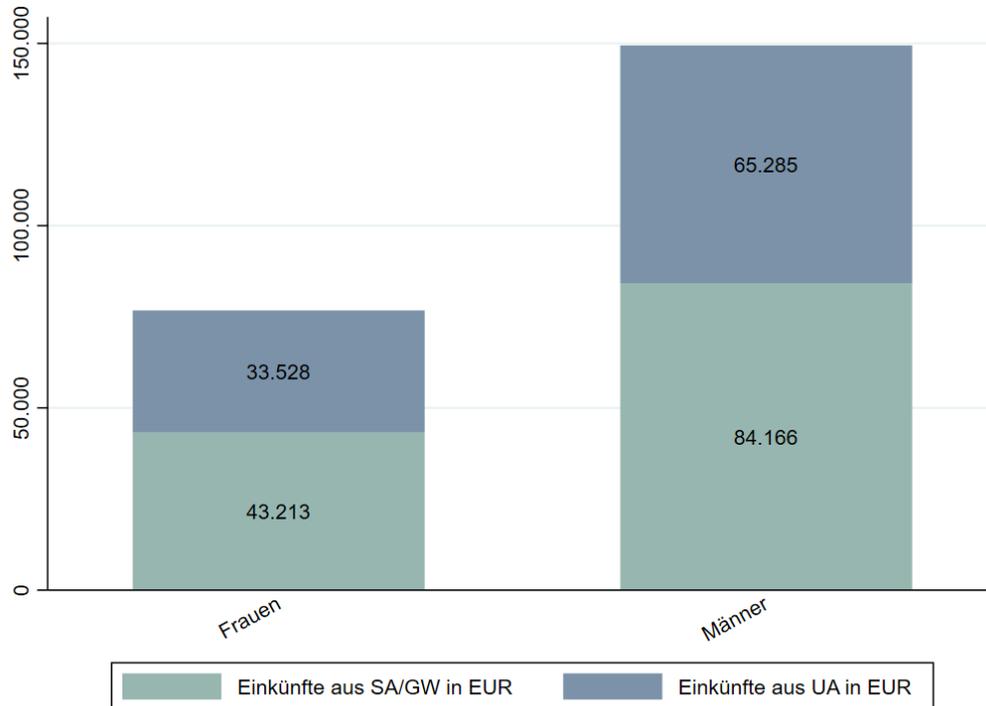
Abbildung 41: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Geschlecht, 2019



Darstellung: IHS (2024)

Abbildung 42 zeigt die Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der WahlärztInnen im Jahr 2019. Demnach erzielten Männer mit EUR 84.166 höhere Einkünfte allein durch arztrelevante Einkünfte aus SA/GW als Frauen durch Einkünfte aus SA/GW und UA mit EUR 76.741. Der Anteil der Gesamteinkünfte, die aus SA/GW entspringen, ist zwischen Männern und Frauen mit jeweils 56,3% jedoch ident. Im Median beliefen sich die Einkünfte aus SA/GW auf EUR 39.926 bei Männern und EUR 22.047 bei Frauen. Die Medianeinkünfte aus UA betrug bei Männern EUR 79.229 und bei Frauen EUR 39.965.

Abbildung 42: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der WahlärztInnen nach Geschlecht, 2019



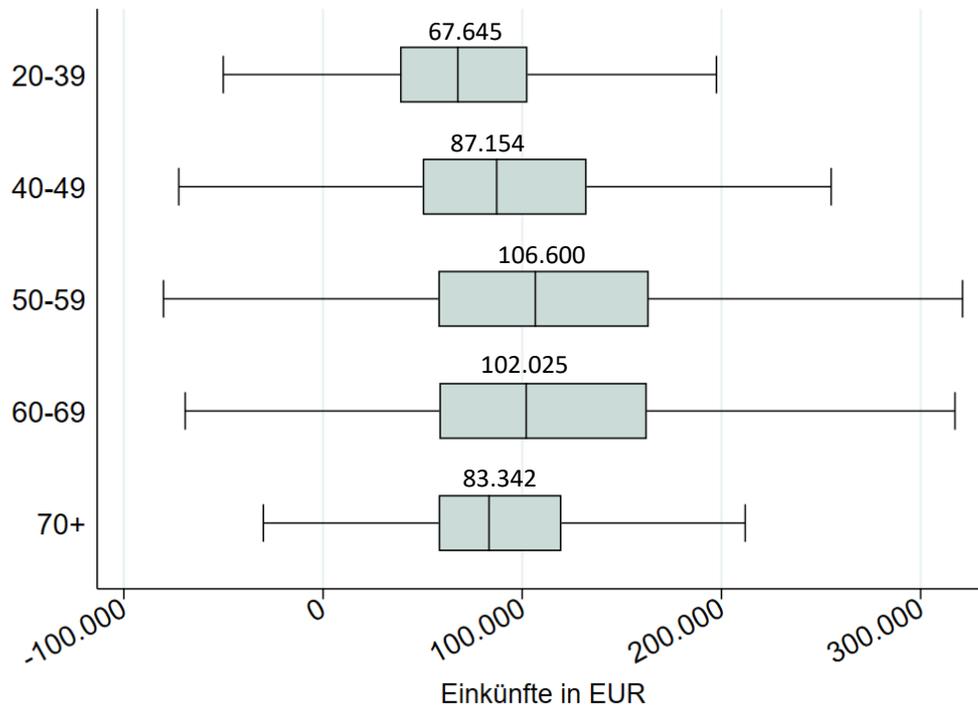
Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Alter

Die arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA nach Altersgruppen folgen bei den WahlärztInnen einem ähnlichen Muster wie bei den VertragsärztInnen. Wie Abbildung 43 zeigt, steigen sie bei den jüngeren Altersgruppen mit dem Alter an und gehen bei den älteren Altersgruppen wieder zurück. Die geringsten Medianeinkünfte erzielten wiederum die 20-39-Jährigen mit EUR 67.645, die höchsten die 50-59-Jährigen mit EUR 106.600 (40-49 EUR 87.154, 60-69 EUR 102.025, 70+ EUR 83.342).

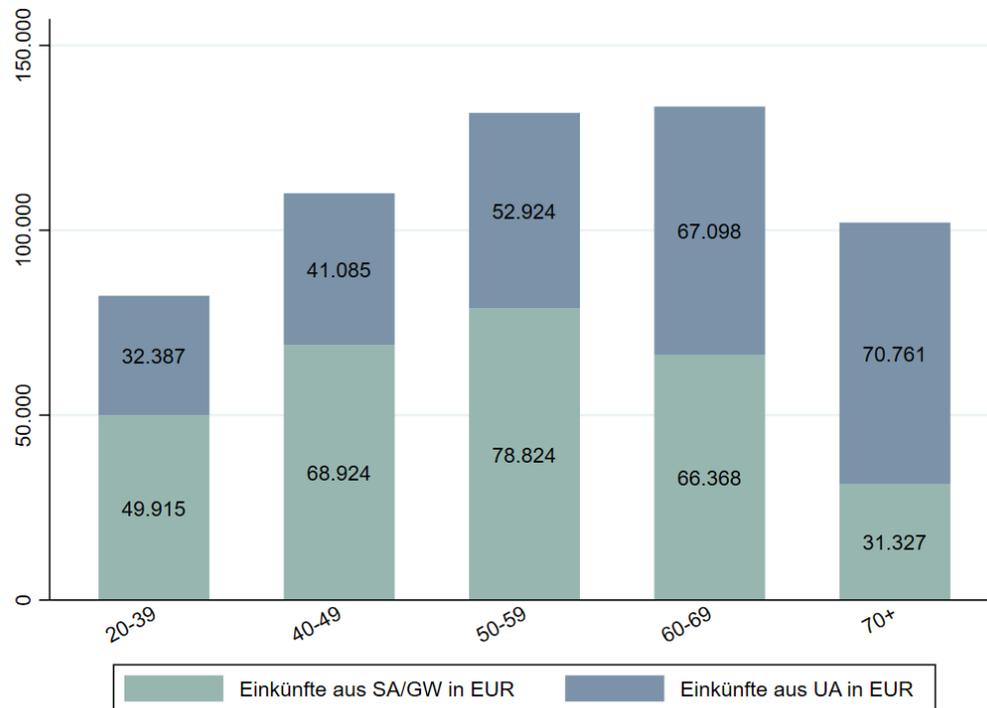
Abbildung 44 zeigt ergänzend die Zusammensetzung der durchschnittlichen Einkünfte der WahlärztInnen nach Altersgruppen. Auch hier zeigt sich, dass Einkünfte aus SA/GW gegenüber Einkünften aus UA vor allem in den letzten beiden Altersgruppen an Bedeutung verlieren. Bei den unter 60-Jährigen machten die Einkünfte aus SA/GW je nach Altersgruppe ca. 60% (20-39: 60,6%, 40-49: 62,7%, 50-59: 59,8%) aus. Bei den 60-69-Jährigen waren es nur noch 49,7% und bei den über 70-Jährigen schließlich 30,7%. Hier ist wiederum zu beachten, dass die Einkünfte aus UA auch Pensionen beinhalten.

Abbildung 43: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Altersgruppen, 2019



Darstellung: IHS (2024)

Abbildung 44: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der WahlärztInnen nach Altersgruppen, 2019

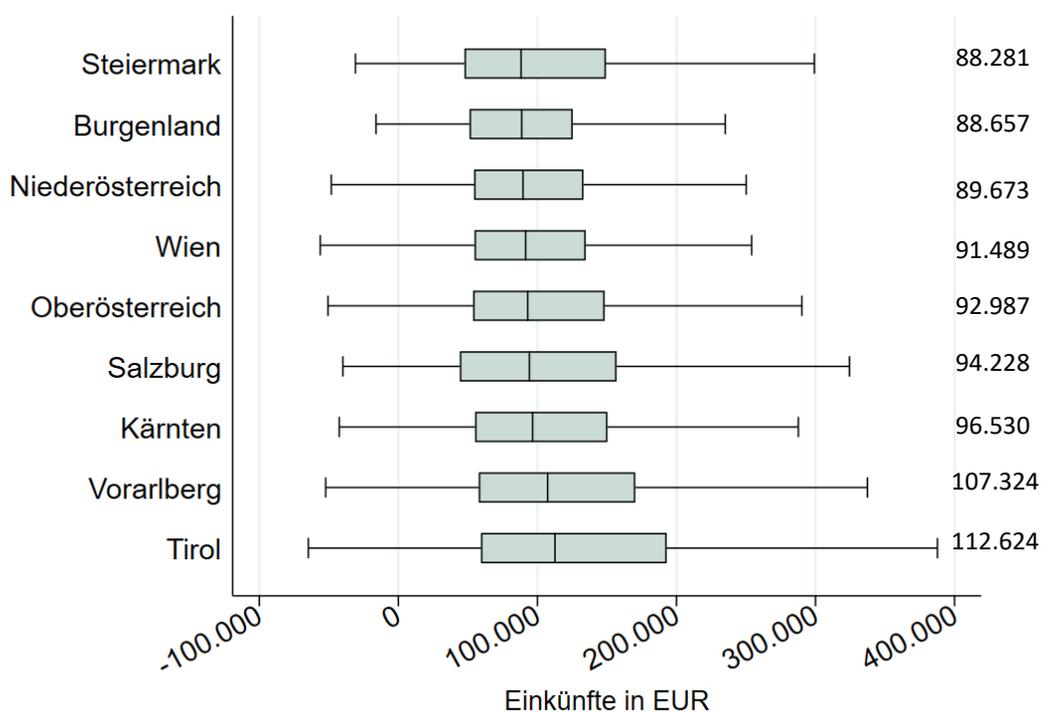


Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Bundesland

Die arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der WahlärztInnen im Bundesländervergleich ist in Abbildung 45 dargestellt. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern belaufen sich dabei auf maximal EUR 24.343. Vergleichsweise hohe Medianeinkünfte erzielten die WahlärztInnen in Tirol mit EUR 112.624 und in Vorarlberg mit EUR 107.324. Die niedrigsten Einkünfte hatten die WahlärztInnen in der Steiermark mit EUR 88.281 und im Burgenland mit EUR 88.657 zu verzeichnen (Kärnten EUR 96.530, Niederösterreich EUR 89.763, Oberösterreich EUR 92.987, Salzburg EUR 94.228, Wien EUR 91.489).

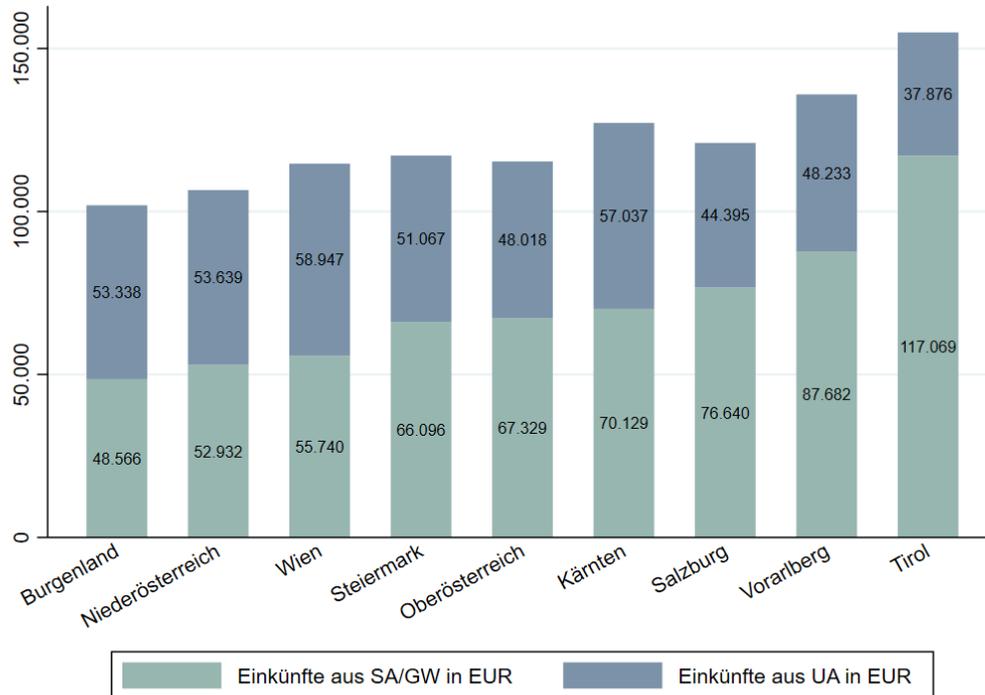
Abbildung 45: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Bundesland, 2019



Darstellung: IHS (2024)

Relativ große Unterschiede gibt es jedoch bzgl. der durchschnittlichen Anteile der WahlärztInnen, die Einkünfte aus UA beziehen. In Wien und Niederösterreich betrug er 2019 84,3% bzw. 80,5%, in Tirol und Vorarlberg hingegen nur 57,8% bzw. 66,9%. WahlärztInnen in Wien und Niederösterreich erzielten auch höhere Anteile ihrer Einkünfte aus UA (51,4% bzw. 50,3%) als WahlärztInnen in Tirol und Vorarlberg (24,4% bzw. 35,5%) (vgl. Abbildung 46). Die Medianeinkünfte aus SA/GW der WahlärztInnen waren in Tirol (EUR 68.308) und in Vorarlberg (EUR 45.658) am höchsten und in Wien (EUR 21.850) und im Burgenland (EUR 25.310) am niedrigsten. Bei der Interpretation dieser Anteile ist zu beachten, dass Sonderklassegebühren je nach landesspezifischem Krankenanstaltengesetz in einigen Bundesländern als Einkünfte aus SA geführt werden, in anderen jedoch als Einkünfte aus UA (vgl. Kapitel 3.4.1).

Abbildung 46: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der WahlärztInnen nach Bundesland, 2019



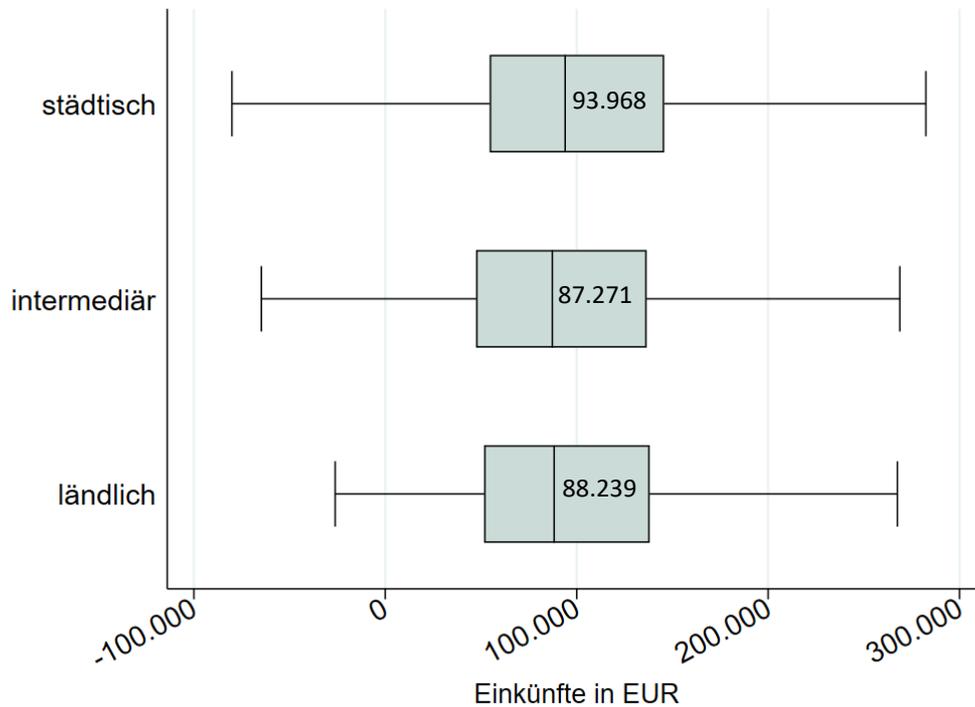
Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Urbanisierungsgrad

Im Jahr 2019 hatten 64,6% der WahlärztInnen ihren Praxissitz in einem vorwiegend städtischen Bezirk, 11,0% in einem vorwiegend intermediären Bezirk und die verbleibenden 24,4% in einem ländlichen Bezirk. Abbildung 47 zeigt die arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der WahlärztInnen nach Urbanisierungsgrad. Dabei sind kaum Unterschiede zu erkennen: Die Medianeinkünfte der WahlärztInnen in städtischen Gebieten betragen EUR 93.968, jene der WahlärztInnen in intermediären Gebieten 87.271 und jene der WahlärztInnen in ländlichen Gebieten EUR 88.239.

Auch zwischen den Einkünften aus SA/GW und Einkünften aus UA fallen die Unterschiede relativ gering aus, weshalb die Zusammensetzung der Einkünfte hier nicht separat abgebildet ist und auf den Vergleich nach Urbanisierungsgrad nicht weiter eingegangen wird.

Abbildung 47: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Urbanisierungsgrad, 2019



Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Fachgruppe

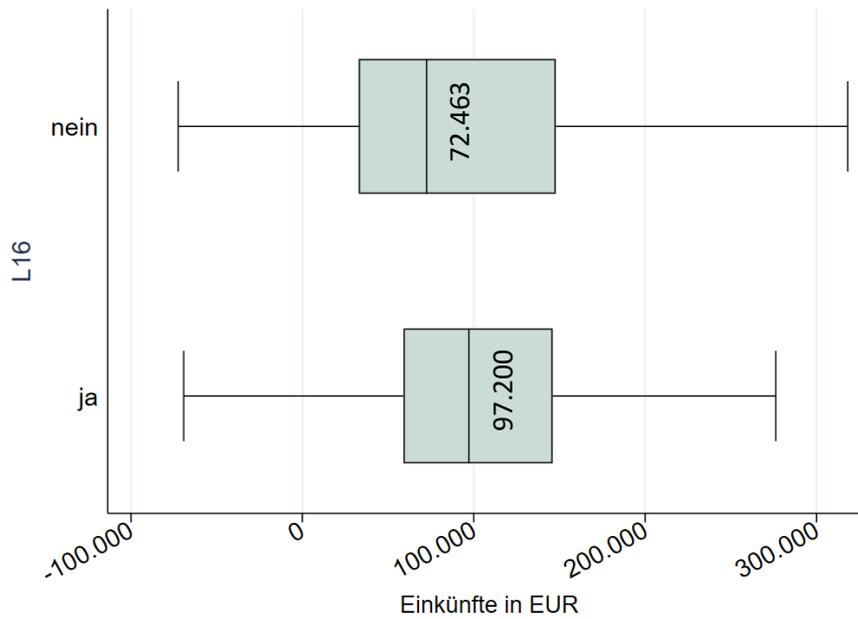
Eine Analyse der Einkünfte der WahlärztInnen nach Fachgruppenzugehörigkeit ist mit den uns vorliegenden Daten wenig aussagekräftig. Die Begründung dafür liegt darin, dass für 83,9% der betrachteten WahlärztInnen im Jahr 2019 die Fachgruppenzuordnung unbekannt war („nicht vorhanden“). Die vorhandenen Fachgruppen sind teilweise nur gering besetzt. Wir sehen daher an dieser Stelle von einer ausführlicheren Analyse der Einkünfte nach Fachgruppe ab.

Einkünfte ausschließlich selbständiger WahlärztInnen

Die WahlärztInnen lassen sich außerdem in jene mit bzw. ohne unselbständige Tätigkeit unterteilen. Im Jahr 2019 waren 23,7% der Wahlärztinnen ausschließlich selbständig tätig und 76,3% bezogen Einkünfte aus selbständiger als auch unselbständiger Tätigkeit. Abbildung 48 zeigt, dass die arztrelevanten Einkünfte der ausschließlich selbständig tätigen WahlärztInnen 2019 im Median EUR 72.463 betragen. WahlärztInnen mit Einkünften aus SA/GW und UA konnten hingegen arztrelevante Einkünfte in Höhe von EUR 97.200 verzeichnen. Bei Betrachtung des Mittelwerts anstelle des Medians fielen

die Einkünfteunterschiede geringer aus. Ausschließlich selbständige WahlärztInnen kamen dabei auf Einkünfte in Höhe von EUR 112.837 und jene mit Einkünften aus SA/GW und UA auf EUR 120.790 (davon EUR 68.089 aus UA).

Abbildung 48: Arztrelevante E1- (und L16-)Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen mit bzw. ohne unselbständige Tätigkeit (L16-Formular), 2019



Darstellung: IHS (2024)

5 Vergleich Vorgängerstudie

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse dieser Studie mit jenen der Vorgängerstudie verglichen. Zuerst werden die gesamten ÄrztInnen in den jeweiligen Datensätzen hinsichtlich jährlicher Entwicklung der arztrelevanten Einkünfte und die Einkünfte nach Vertragsstatus betrachtet. Danach folgen die drei bereits zuvor analysierten ÄrztInnengruppen (ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen, VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag und WahlärztInnen) mit Unterkapiteln zur Verteilung nach Dezilen, Geschlecht und Alter. Unter den ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen wird zusätzlich auf die besondere Situation der Hausapotheken eingegangen.

Die in diesem Kapitel angeführten Abbildungen zu 2019 sind bereits in den entsprechenden Unterkapiteln davor enthalten und lediglich zur besseren Lesbarkeit erneut dargestellt.

5.1 ÄrztInnen – gesamt

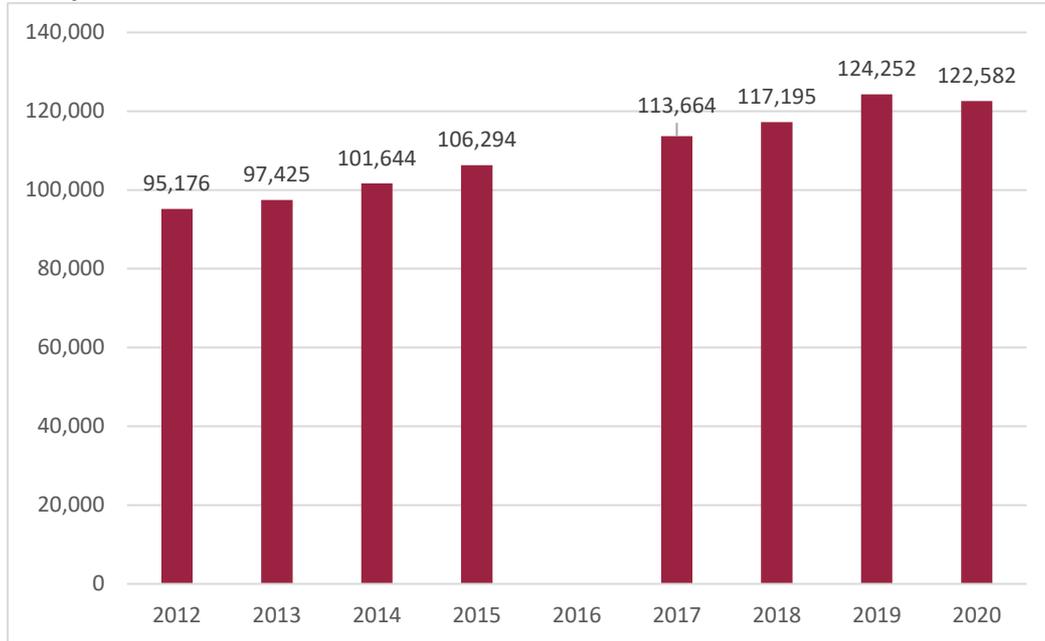
5.1.1 Jährliche Entwicklung

Abbildung 49 und Tabelle 12 zeigen die Entwicklung der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA aller beim DV erfassten ÄrztInnen von 2012 bis 2015 bzw. 2017 bis 2020. Die Medianeinkünfte sind dabei von EUR 95.176 im Jahr 2012 auf EUR 106.294 im Jahr 2015 und EUR 124.252 im Jahr 2019 gestiegen. Relativ entspricht dies einem Anstieg von insgesamt 30,5%. Betrachtet man stattdessen die Mittelwerte zeigt sich von 2012 bis 2019 ein Anstieg um insgesamt EUR 40.871 oder 32,3%. Der Rückgang im Jahr 2020 ist auf die Effekte der COVID-19 Pandemie zurückzuführen und daher nicht mit den Vorjahren vergleichbar.

Auffallend ist die große Streuung der Einkünfte, weswegen in der Folge auf den Vertragsstatus bzw. ÄrztInnengruppen näher eingegangen wird.

Zu beachten ist auch die relativ große Diskrepanz der Anzahl der Beobachtungen zwischen dem letzten Jahr der Vorgängerstudie (2015, n=17.501) und dem ersten Jahr der aktualisierten Version (2017, n=21.035). Dieser Umstand dürfte, wie bereits oben erwähnt, zumindest teilweise auch auf Unterschiede in der Datenerfassung beim DV zurückzuführen sein. Infolgedessen sollte vor allem dieses Kapitel mit Vorsicht interpretiert werden, da die Datensätze aus den Jahren 2012-2015 und 2017-2020 möglicherweise nicht vollständig miteinander vergleichbar sind.

Abbildung 49: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit aller beim DV erfassten ÄrztInnen nach Jahr



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 12: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit aller beim DV erfassten ÄrztInnen, 2012-2015 und 2017-2020

Jahr	Mittelwert	1. Quartil	Median	Wachstumsrate Median	3. Quartil	n
2012	126.522	54.115	95.176		159.338	18.303
2013	130.900	55.601	97.425	2,4%	164.664	18.591
2014	136.297	57.714	101.644	4,3%	171.367	18.746
2015	139.937	60.906	106.294	4,6%	177.916	17.501
2017	151.842	64.178	113.664		189.897	21.035
2018	158.046	66.649	117.195	3,1%	197.944	21.197
2019	167.373	70.035	124.252	6,0%	209.445	21.348
2020	167.924	69.693	122.582	-1,3%	207.701	20.877

Darstellung: IHS (2024)

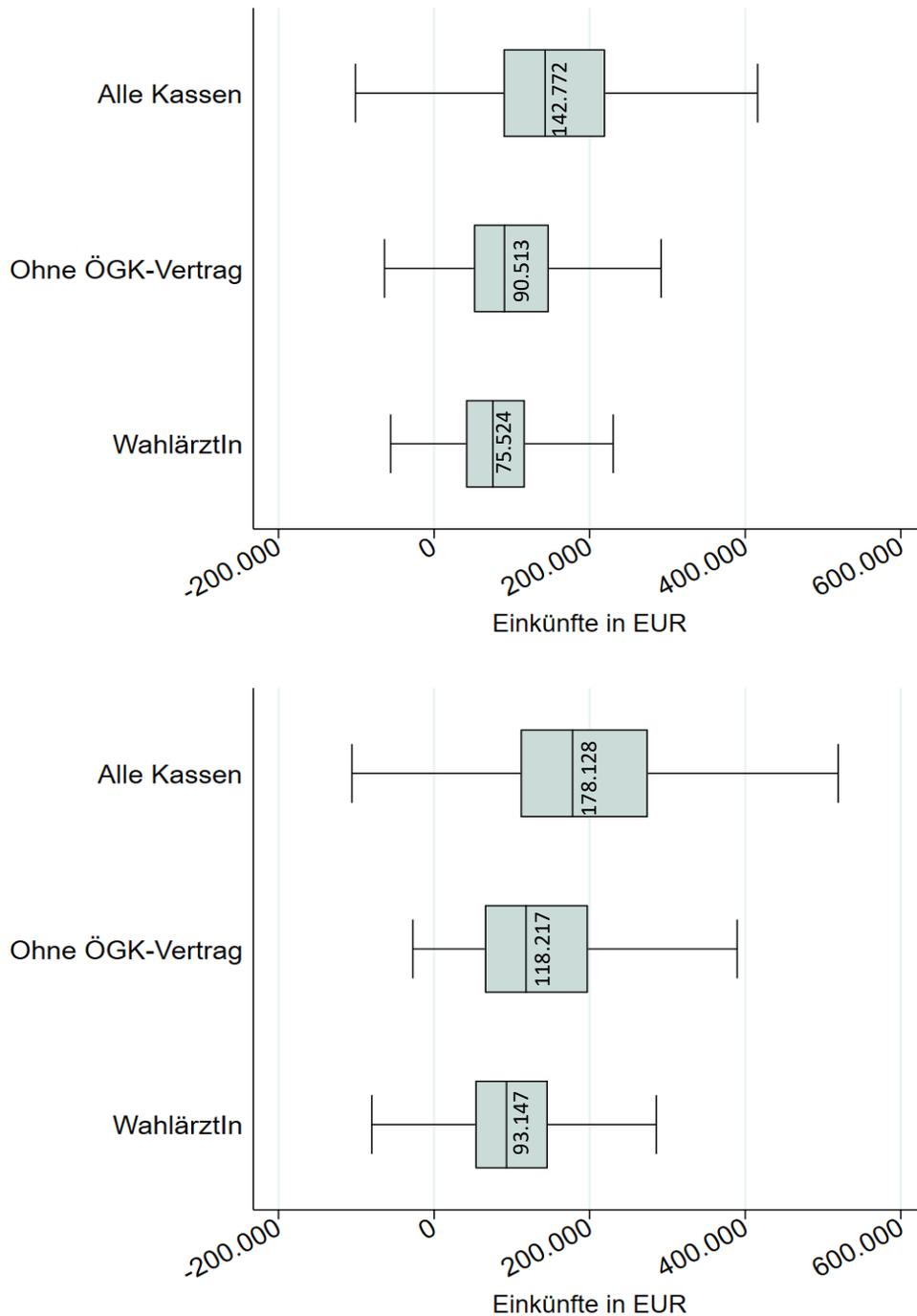
5.1.2 Vertragsstatus

Abbildung 50 zeigt die Boxplots der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA nach Vertragsstatus für die Jahre 2015 und 2019. Wie bereits aus den Ergebnissen aus 2019 bekannt, erzielten auch 2015 die ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen die höchsten Medianeinkünfte, gefolgt von den VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag. Die niedrigsten Medianeinkünfte verzeichneten die WahlärztInnen. Die ÄrztInnen mit Verträgen bei

allen Kassen erzielten mit einem Anstieg von EUR 35.356 auf EUR 178.128 auch die höchsten Einkunfts zugewinne. Bei den VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag bzw. den WahlärztInnen stiegen sie um EUR 27.704 auf EUR 118.217 bzw. um EUR 17.623 auf EUR 93.147. Betrachtet man die Anstiege relativ, ändert sich jedoch die Reihung der Gruppen, sodass die VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag mit 30,6% vor den ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen mit 24,8% und den WahlärztInnen mit 23,3% liegen. Sowohl 2015 als auch 2019 ist die Streuung der Einkünfte der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen am höchsten.

Beim Vergleich der Einkünfte zwischen den ÄrztInnengruppen ist wiederum darauf zu achten, dass uns keine Information über die Arbeitszeit vorliegt und somit keine Aussage bezüglich der Vergütung pro Stunde möglich ist.

Abbildung 50: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit nach Vertragsstatus, 2015 (oben) und 2019 (unten)



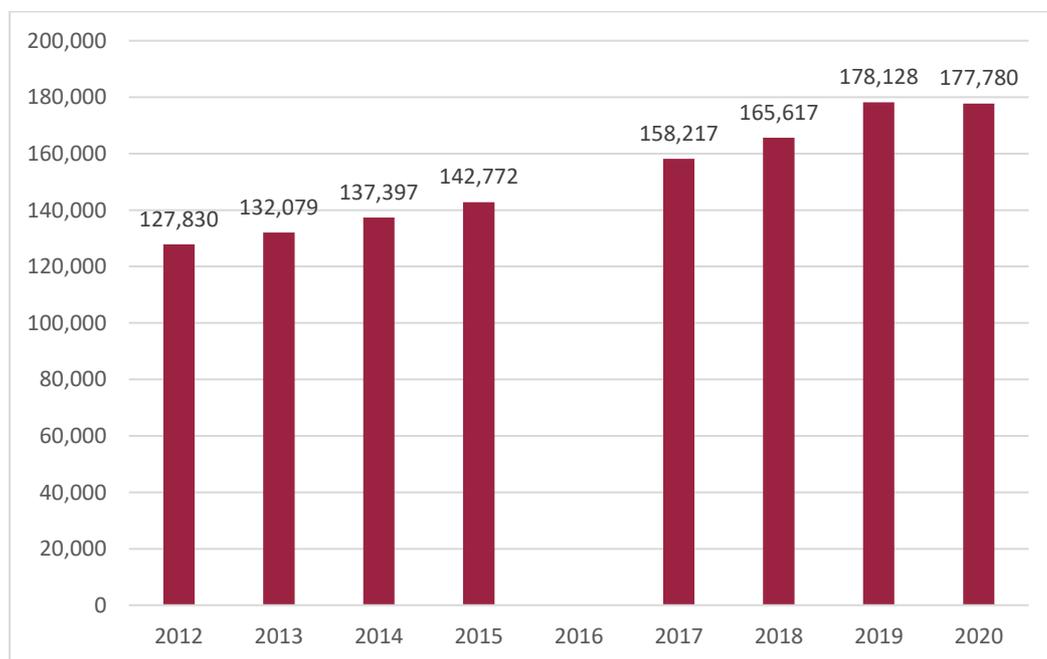
Darstellung: IHS (2024)

5.2 ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen

5.2.1 Jährliche Entwicklung

Abbildung 51 und Tabelle 13 zeigen die Entwicklung der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen von 2012 bis 2015 bzw. 2017 bis 2020. Die Medianeinkünfte sind dabei von EUR 127.830 im Jahr 2012 auf EUR 142.772 im Jahr 2015 und EUR 178.128 im Jahr 2019 gestiegen. Relativ entspricht dies einem Anstieg von 2015 auf 2019 um 25%. Aufgrund des hohen Bildungsniveaus der ÄrztInnen ist ein Vergleich mit dem allgemeinen Einkommensanstieg in Österreich nicht zielführend. Stattdessen ist ein Vergleich mit einer ähnlichen Berufsgruppe wie den selbständigen RechtsberaterInnen sinnvoller. Laut Rechnungshofbericht verzeichneten diese von 2015 auf 2019 ein Wachstum der Medianeinkünfte um knapp 15% (RH, 2018, 2022). Auch hier (so wie bei den anderen Vertragstypen in den folgenden Kapiteln) ist der Rückgang im Jahr 2020 auf die Auswirkungen der COVID-19 Pandemie zurückzuführen.

Abbildung 51: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Jahr



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 13: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Jahr

Jahr	Mittelwert	1. Quartil	Median	Wachstumsrate Median	3. Quartil	n
2012	160.320	78.479	127.830		195.858	9.615
2013	167.124	80.425	132.079	3,3%	204.307	9.720
2014	175.341	85.927	137.397	4,0%	214.376	9.780
2015	177.966	89.162	142.772	3,9%	219.907	9.269
2017	202.644	98.520	158.217		244.819	9.392
2018	211.314	102.484	165.617	4,7%	256.809	9.442
2019	225.927	111.158	178.128	7,6%	274.832	9.476
2020	229.327	108.958	177.780	-0,2%	273.872	9.229

Darstellung: IHS (2024)

5.2.2 Dezile

Der Vergleich der Dezile der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen in den Jahren 2015 und 2019 ist in Tabelle 14 dargestellt. Demnach stiegen die Medianeinkünfte um EUR 35.356 bzw. 24,8%. Mit einem Anstieg von EUR 19.865 bzw. 25,7% erreichten die Einkünfte des „unteren“ Fünftels maximal EUR 97.242. Die Einkünfte des „oberen“ Fünftels stiegen hingegen um EUR 63.240 bzw. 25,9% auf mindestens EUR 307.588.

Die Zusammensetzung der Einkünfte aus SA/GW und UA veränderte sich 2019 verglichen mit 2015 nicht. In beiden Jahren bezogen die ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen 95,6% ihrer durchschnittlichen Einkünfte aus SA/GW.

Tabelle 14: Dezile der Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen, 2015 und 2019

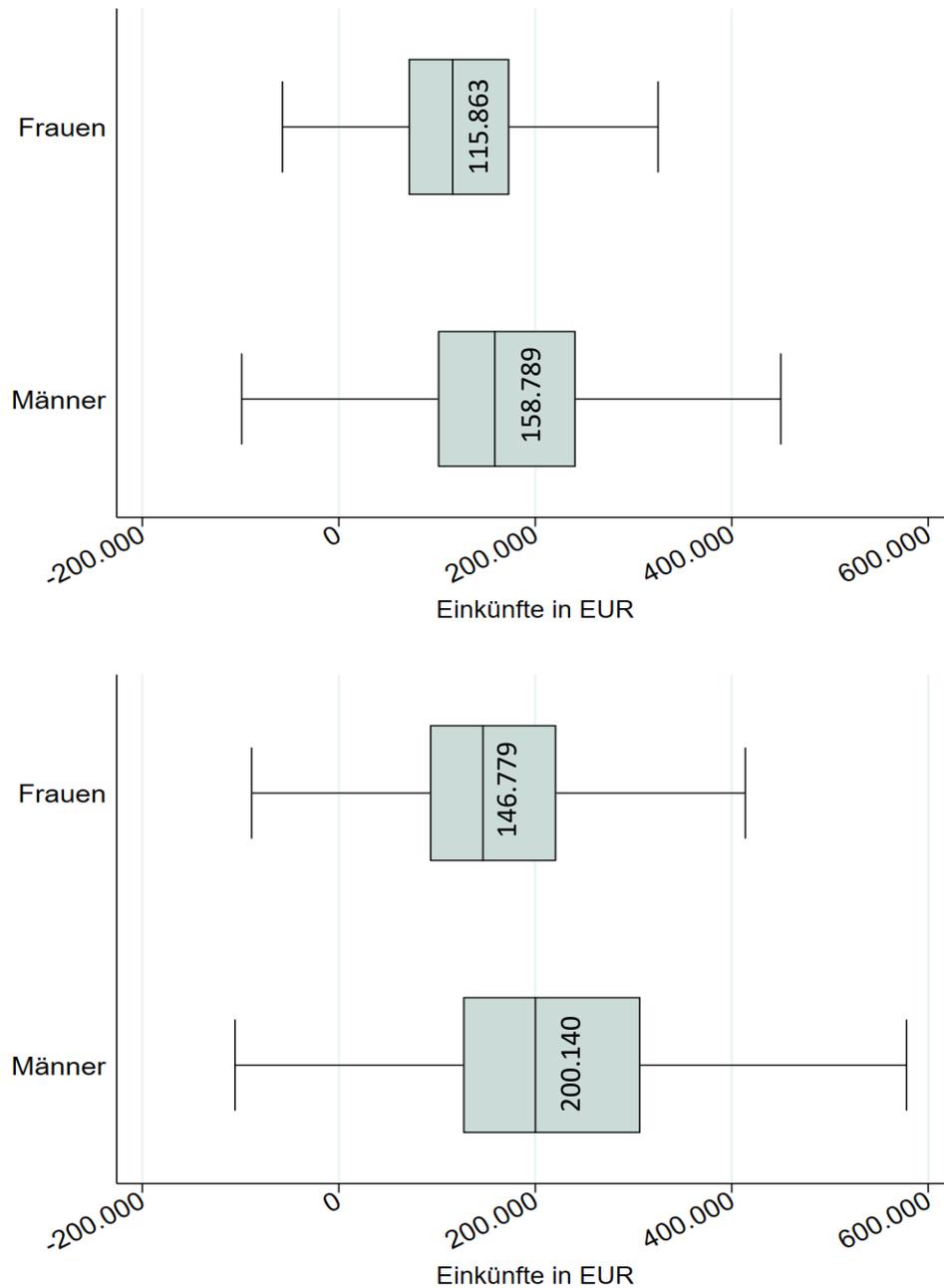
	Einkünfte in EUR, 2015	Einkünfte in EUR, 2019	Unterschied
1. Dezil	51.552	62.468	10.915
2. Dezil	77.377	97.242	19.865
3. Dezil	100.091	124.314	24.223
4. Dezil	120.753	149.816	29.063
5. Dezil (Median)	142.772	178.128	35.356
6. Dezil	168.595	209.652	41.057
7. Dezil	200.114	248.776	48.663
8. Dezil	244.348	307.588	63.240
9. Dezil	324.467	409.932	85.464

Darstellung: IHS (2024)

5.2.3 Geschlecht

In Abbildung 52 sind die arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen für die Jahre 2015 (oben) und 2019 (unten) dargestellt. Während die Medianeinkünfte der Männer um EUR 41.351 bzw. 26,0% stiegen, waren es bei den Frauen EUR 30.916 bzw. 26,7%. Die Differenz der Medianeinkünfte zwischen Ärzten und Ärztinnen stieg demnach von EUR 42.926 auf EUR 53.361. Relativ zu den Medianeinkünften der Männer, machten jene der Frauen 2015 allerdings nur 73,0% aus und im Jahr 2019 stieg dieser Anteil leicht auf 73,3% an.

Abbildung 52: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Geschlecht, 2015 (oben) und 2019 (unten)



Darstellung: IHS (2024)

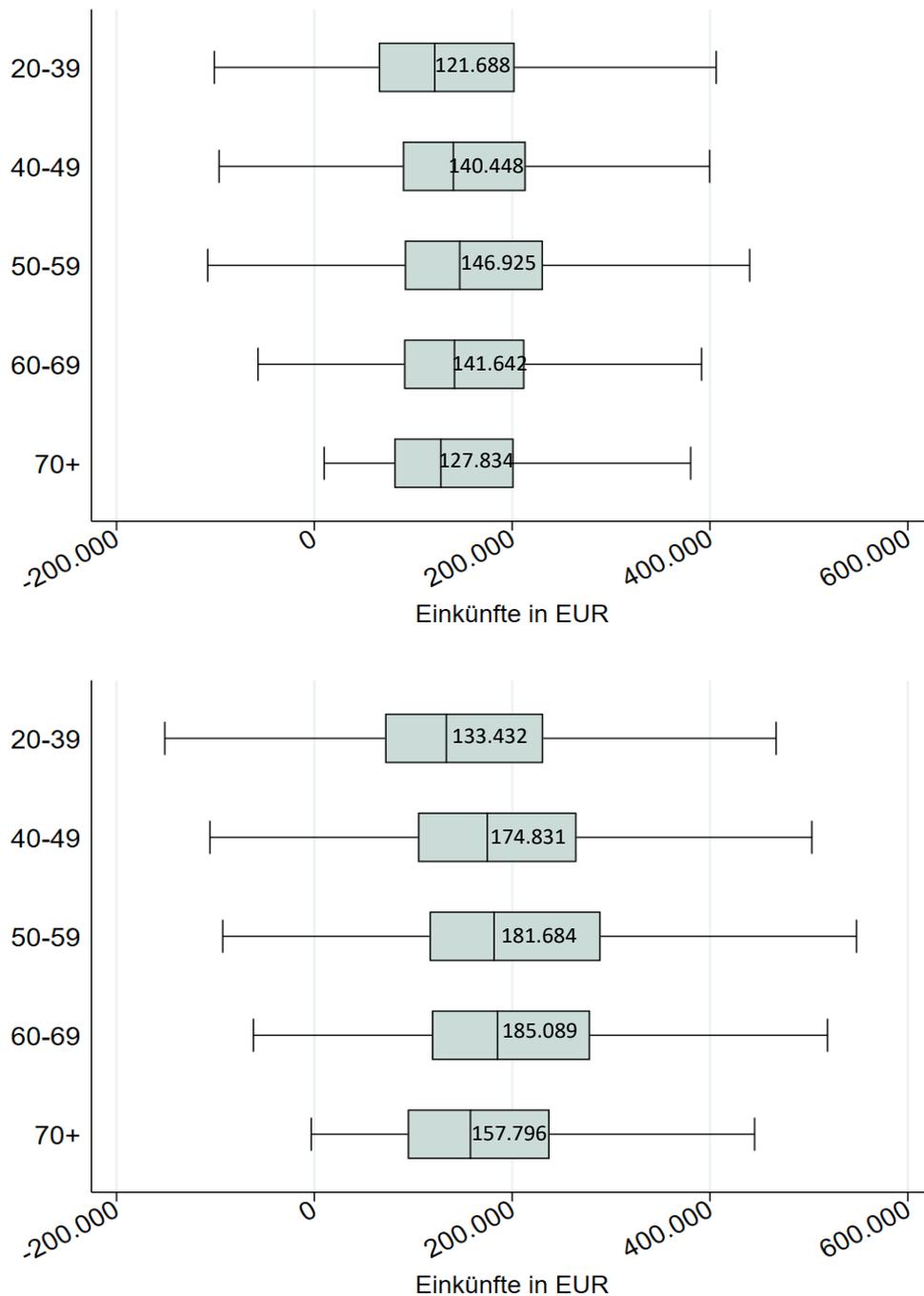
5.2.4 Alter

Abbildung 53 zeigt die Entwicklung der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA von 2015 (oben) bis 2019 (unten) der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Altersgruppen. Die Struktur der Verteilung der Einkünfte zwischen den Altersgruppen ist dabei ähnlich. Sowohl 2015 als auch 2019 war die Altersgruppe der 20-39-Jährigen jene mit den niedrigsten Medianeinkünfte (EUR 121.688 bzw. EUR 133.432). Allerdings erzielten 2015 noch die 50-59-Jährigen die höchsten Medianeinkünfte (EUR 146.925), während es 2019 die 60-69-Jährigen (EUR 185.089) waren.

Ebenfalls verzeichnete die Gruppe der 20-39-Jährigen bzw. der 60-69-Jährigen sowohl absolut (EUR 11.744 bzw. EUR 43.447) als auch relativ (9,7% bzw. 30,7%) die geringsten bzw. höchsten Anstiege der Medianeinkünfte. In den anderen Altersgruppen fielen die die Anstiege der Medianeinkünfte mit Zuwächsen zwischen EUR 29.962 und EUR 34.759 bzw. 23,4% und 24,5% vergleichsweise ähnlich aus.

Die Differenz zwischen der Altersgruppe mit den niedrigsten bzw. höchsten Medianeinkünften stieg von EUR 25.237 auf EUR 48.252 an. Während 2015 die Altersgruppe mit den niedrigsten Medianeinkünften noch 82,8% der Medianeinkünfte der Altersgruppe mit den höchsten Medianeinkünften erzielte, lag dieser Anteil 2019 nur mehr bei 73,4%.

Abbildung 53: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Altersgruppen, 2015 (oben) und 2019 (unten)



Darstellung: IHS (2024)

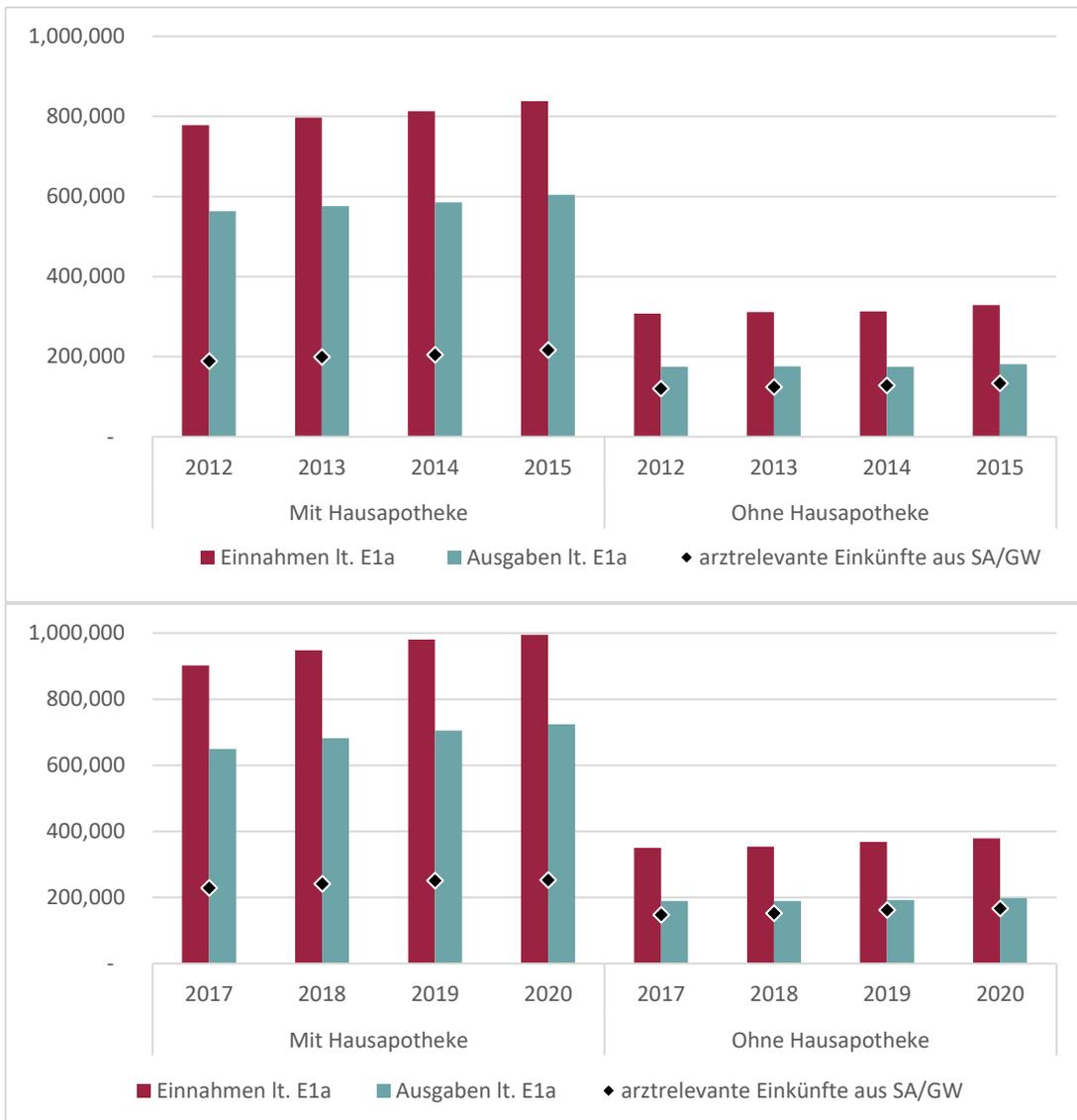
5.2.5 Hausapotheke

In

Abbildung 54 sind die durchschnittlich arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW der AllgemeinmedizinerInnen mit bzw. ohne Hausapotheke von 2012 bis 2015 (oben) und 2017 bis 2020 (unten) abgebildet. Wie bereits in Kapitel 4.2.2 unter Einkünfte nach Hausapotheke erwähnt, wurden nur jene ÄrztInnen berücksichtigt, die entweder über den jeweils gesamten Beobachtungszeitraum (also 2012-2015 oder 2017-2020) eine bzw. keine Hausapotheke betrieben.

Ähnlich wie in den Ergebnissen von 2017 bis 2020 ist auch im Zeitraum von 2012 bis 2015 ein beträchtlicher Unterschied zwischen den Einkünften der ÄrztInnen mit bzw. ohne Hausapotheke erkennbar. Die durchschnittlichen Einkünfte aus SA/GW der ÄrztInnen mit bzw. ohne Hausapotheke sind von EUR 189.396 bzw. EUR 120.563 im Jahr 2012 auf EUR 216.773 bzw. EUR 133.943 im Jahr 2015 und schließlich EUR 250.842 bzw. EUR 162.025 im Jahr 2019 gestiegen. Relativ gesehen lagen die Anstiege von 2012 bis 2019 bei 32,4% bzw. 34,4%. Neben den höheren Einkünften der ÄrztInnen mit Hausapotheke sind auch ihre höheren Einnahmen bzw. Ausgaben auffällig. Bei den ÄrztInnen mit Hausapotheke stiegen sie von EUR 777.804 bzw. EUR 563.589 im Jahr 2012 auf EUR 979.944 bzw. EUR 705.045 im Jahr 2019. Bei den ÄrztInnen ohne Hausapotheke befanden sie sich mit EUR 307.593 bzw. EUR 174.816 im Jahr 2012 und EUR 368.156 bzw. EUR 192.669 im Jahr 2019.

Abbildung 54: Durchschnittliche arztrelevante E1-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl), durchschnittliche Einnahmen laut E1a und durchschnittliche Ausgaben laut E1a der AllgemeinmedizinerInnen mit Verträgen bei allen Kassen in ländlichen und intermediären Gebieten mit bzw. ohne Hausapotheke über den jeweils gesamten Beobachtungszeitraum, 2012-2015 (oben) und 2017-2020 (unten)



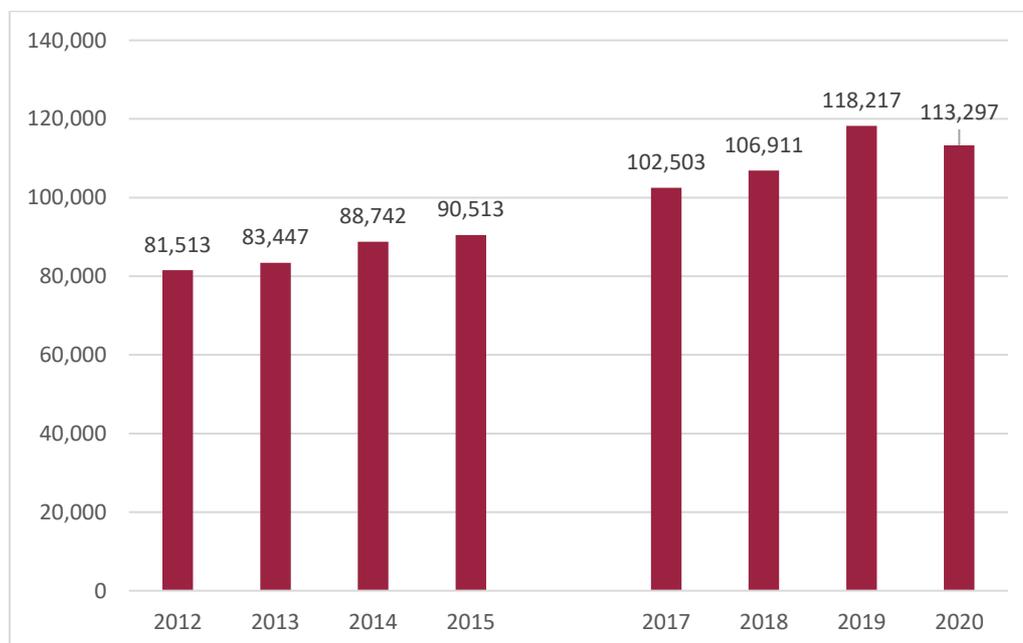
Darstellung: IHS (2024)

5.3 VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag

5.3.1 Jährliche Entwicklung

Abbildung 55 und Tabelle 15 zeigen die Entwicklung der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen von 2012 bis 2015 bzw. 2017 bis 2020. Die Medianeinkünfte sind dabei von EUR 81.513 im Jahr 2012 auf EUR 90.513 im Jahr 2015 und EUR 118.217 im Jahr 2019 gestiegen. Relativ entspricht dies einem Anstieg von insgesamt 45%. Betrachtet man stattdessen die Mittelwerte zeigt sich von 2012 bis 2019 ein Anstieg um insgesamt EUR 42.898 oder 40%.

Abbildung 55: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Jahr



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 15: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Jahr

Jahr	Mittelwert	1. Quartil	Median	Wachstumsrate Median	3. Quartil	n
2012	108.022	43.935	81.513		134.298	935
2013	111.309	44.390	83.447	2,4%	142.961	896
2014	117.114	46.210	88.742	6,3%	150.810	861
2015	120.233	51.164	90.513	2,0%	147.542	785
2017	136.222	55.903	102.503		166.055	711
2018	144.203	59.235	106.911	4,3%	181.806	700
2019	150.920	65.362	118.217	10,6%	197.850	642
2020	152.348	61.013	113.297	-4,2%	193.592	659

Darstellung: IHS (2024)

5.3.2 Dezile

Der Vergleich der Dezile der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag in den Jahren 2015 und 2019 ist in Tabelle 16 dargestellt. Wie der Tabelle zu entnehmen ist, stiegen die Medianeinkünfte um EUR 27.704 bzw. 30,6%. Mit einem Anstieg von EUR 13.480 bzw. 32,2% erreichten die Einkünfte des „unteren“ Fünftels maximal EUR 55.309. Die Einkünfte des „oberen“ Fünftels stiegen hingegen um EUR 43.106 bzw. 24,5% auf mindestens EUR 218.984.

Betrachtet man die Zusammensetzung der Einkünfte aus SA/GW und UA, lässt sich ein Anstieg der Bedeutung ersterer feststellen. Bezogen im Jahr 2015 die VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag noch 78,3% ihrer durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW, waren es im Jahr 2019 bereits 82,5%.

Tabelle 16: Dezile der Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag, 2015 und 2019

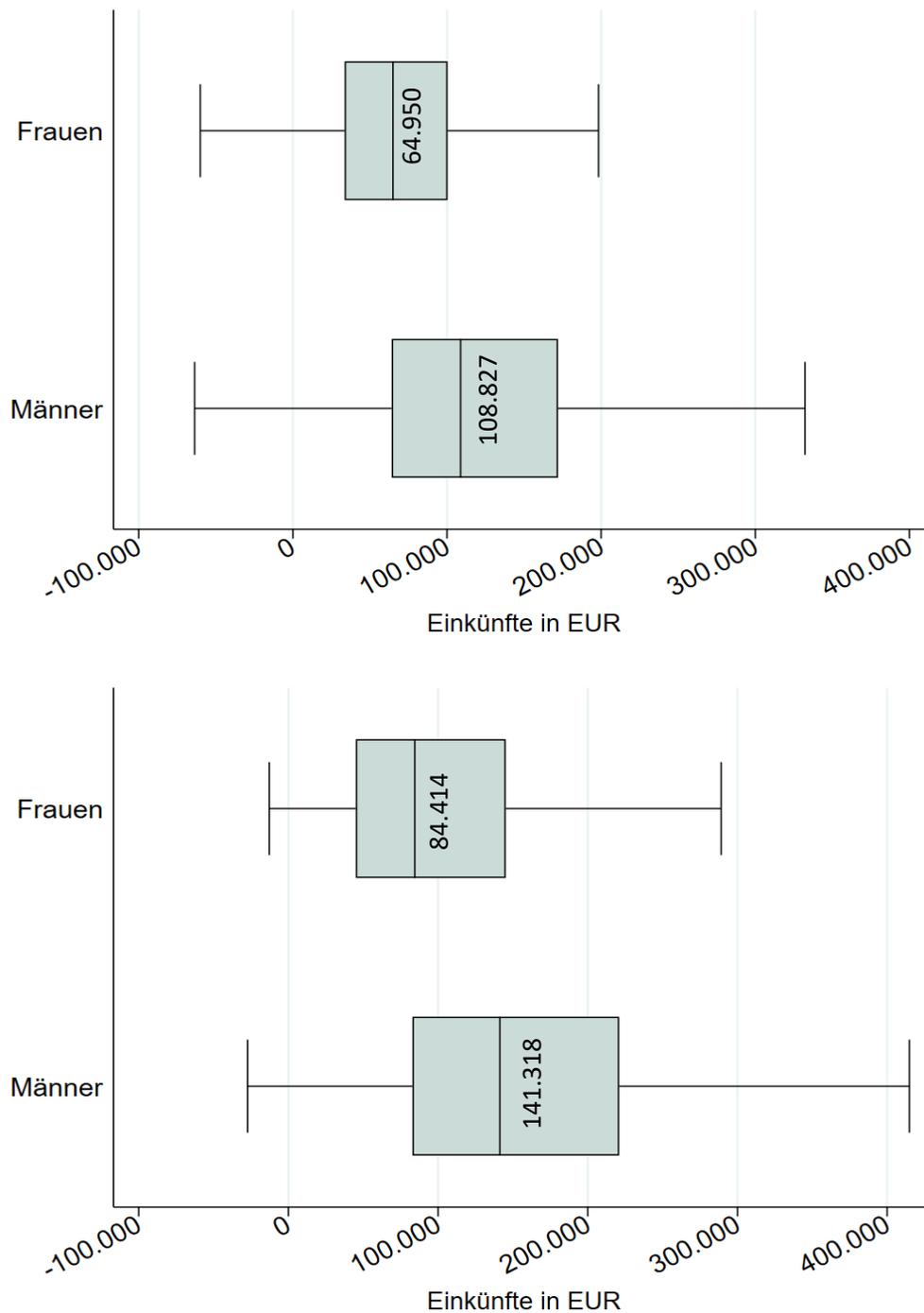
	Einkünfte in EUR, 2015	Einkünfte in EUR, 2019	Unterschied
1. Dezil	21.794	32.055	10.261
2. Dezil	41.829	55.309	13.480
3. Dezil	58.931	76.340	17.409
4. Dezil	73.514	96.218	22.703
5. Dezil (Median)	90.513	118.217	27.704
6. Dezil	109.112	145.197	36.085
7. Dezil	133.001	178.432	45.431
8. Dezil	175.878	218.984	43.106
9. Dezil	251.983	309.029	57.046

Darstellung: IHS (2024)

5.3.3 Geschlecht

In Abbildung 56 sind die arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag für die Jahre 2015 (oben) und 2019 (unten) dargestellt. Während die Medianeinkünfte der Männer um EUR 32.491 bzw. 29,9% stiegen, waren es bei den Frauen EUR 19.464 bzw. 30,0%. Die Differenz der Medianeinkünfte zwischen Ärzten und Ärztinnen stieg demnach von EUR 43.877 auf EUR 56.904. Der Anteil der Medianeinkünfte der Frauen an jenen der Männer blieb gleich und betrug 2015 und 2019 jeweils 59,7%.

Abbildung 56: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Geschlecht, 2015 (oben) und 2019 (unten)



Darstellung: IHS (2024)

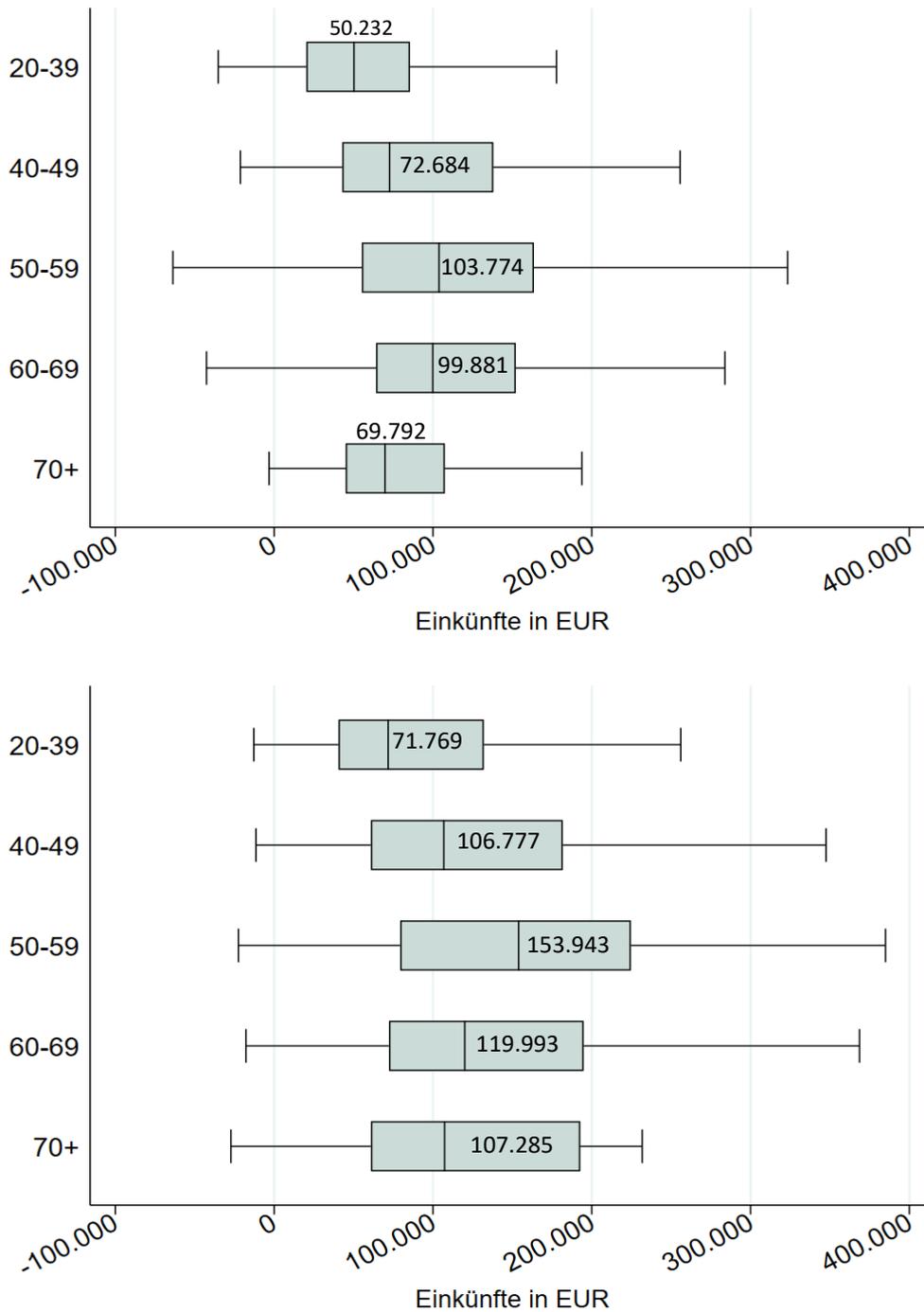
5.3.4 Alter

Abbildung 57 zeigt die Entwicklung der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA von 2015 (oben) bis 2019 (unten) der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Altersgruppen. Die Struktur der Verteilung der Einkünfte zwischen den Altersgruppen ist dabei ähnlich. Sowohl 2015 als auch 2019 verzeichnete die Gruppe der 20-39-Jährigen die niedrigsten (EUR 50.232 bzw. EUR 71.769) und die Gruppe der 50-59-Jährigen die höchsten Medianeinkünfte (EUR 103.774 bzw. 153.943).

Absolut schwankten die Anstiege zwischen den Altersgruppen mit Werten zwischen EUR 20.112 und EUR 50.169 stark. Die höchsten Einkunfts zugewinne entfielen dabei auf die Gruppe der 50-59-Jährigen und die niedrigsten auf die Gruppe der 60-69-Jährigen. Bei relativer Betrachtung fällt der Anstieg der 60-69-Jährigen mit 20,1% als Ausreißer nach unten auf – bei allen anderen Altersgruppen lag er zwischen 42,9% (20-39-Jährige) und 53,7% (mindestens 70-Jährige).

Die Differenz zwischen der Altersgruppe mit den niedrigsten bzw. höchsten Medianeinkünften stieg von EUR 53.542 auf EUR 82.174 an. Während 2015 die Altersgruppe mit den niedrigsten Medianeinkünften (20-39-Jährige) noch 48,4% der Medianeinkünfte der Altersgruppe mit den höchsten Medianeinkünften (50-59-Jährige) erzielte, lag dieser Anteil 2019 mit 46,6% etwas darunter.

Abbildung 57: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen nach Altersgruppen, 2015 (oben) und 2019 (unten)



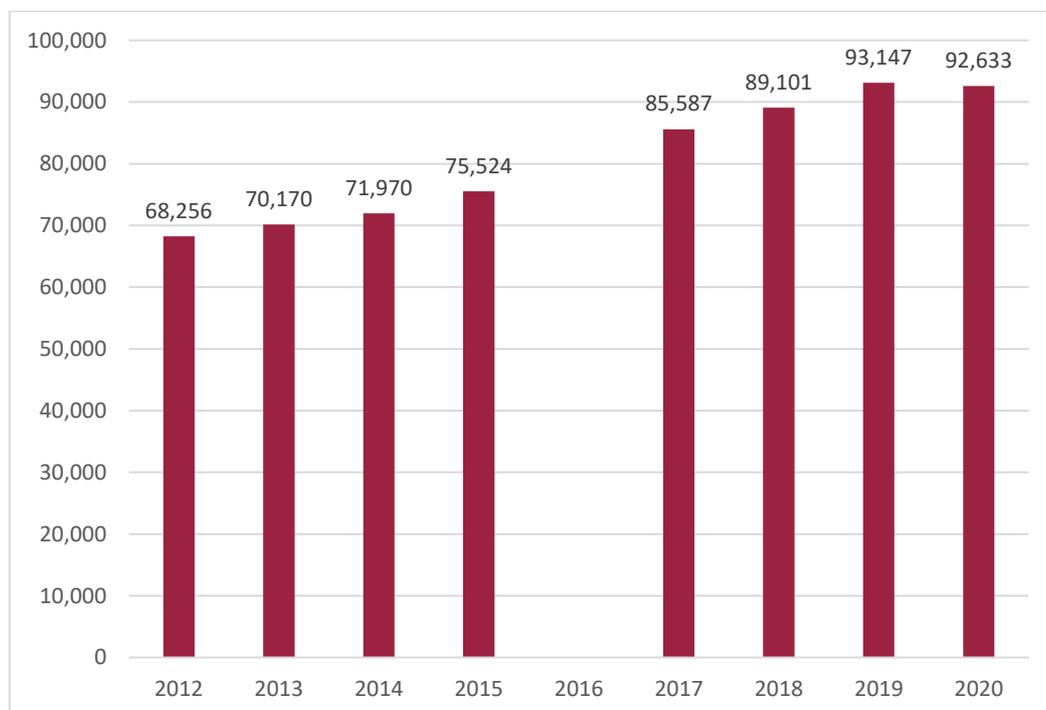
Darstellung: IHS (2024)

5.4 WahlärztInnen

5.4.1 Jährliche Entwicklung

Abbildung 58 und Tabelle 17 zeigen die Entwicklung der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der WahlärztInnen von 2012 bis 2015 bzw. 2017 bis 2020. Die Medianeinkünfte sind dabei von EUR 68.256 im Jahr 2012 auf EUR 75.524 im Jahr 2015 und EUR 93.147 im Jahr 2019 gestiegen. Relativ entspricht dies einem Anstieg von insgesamt 36%. Betrachtet man stattdessen die Mittelwerte zeigt sich von 2012 bis 2019 ein Anstieg um insgesamt EUR 32.056 oder 37%.

Abbildung 58: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Jahr



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 17: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Jahr

Jahr	Mittelwert	1. Quartil	Median	Wachstumsrate Median	3. Quartil	n
2012	86.848	36.634	68.256		106.670	7.752
2013	88.949	38.183	70.170	2,8%	109.502	7.975
2014	91.222	39.834	71.970	2,6%	112.309	8.105
2015	94.566	41.070	75.524	4,9%	116.737	7.445
2017	109.212	47.667	85.587		134.990	10.932
2018	113.427	50.122	89.101	4,1%	138.446	11.055
2019	118.904	53.092	93.147	4,5%	146.224	11.230
2020	117.290	52.269	92.633	-0,6%	144.934	10.989

Darstellung: IHS (2024)

5.4.2 Dezile

Der Vergleich der Dezile der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der WahlärztInnen in den Jahren 2015 und 2019 ist in Tabelle 18 dargestellt. Die Tabelle zeigt, dass die Medianeinkünfte um EUR 17.623 bzw. 23,3% stiegen. Mit einem Anstieg von EUR 10.959 bzw. 32,2% erreichten die Einkünfte des „unteren“ Fünftels maximal EUR 44.987. Die Einkünfte des „oberen“ Fünftels stiegen hingegen um EUR 33.106 bzw. 25,2% auf mindestens EUR 164.453.

Auch bei den WahlärztInnen gewannen die Einkünfte aus SA/GW an Bedeutung. Der Anteil der durchschnittlichen Einkünfte aus SA/GW stieg von 50,7% im Jahr 2015 auf 56,3% im Jahr 2019 an.

Tabelle 18: Dezile der Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der WahlärztInnen, 2015 und 2019

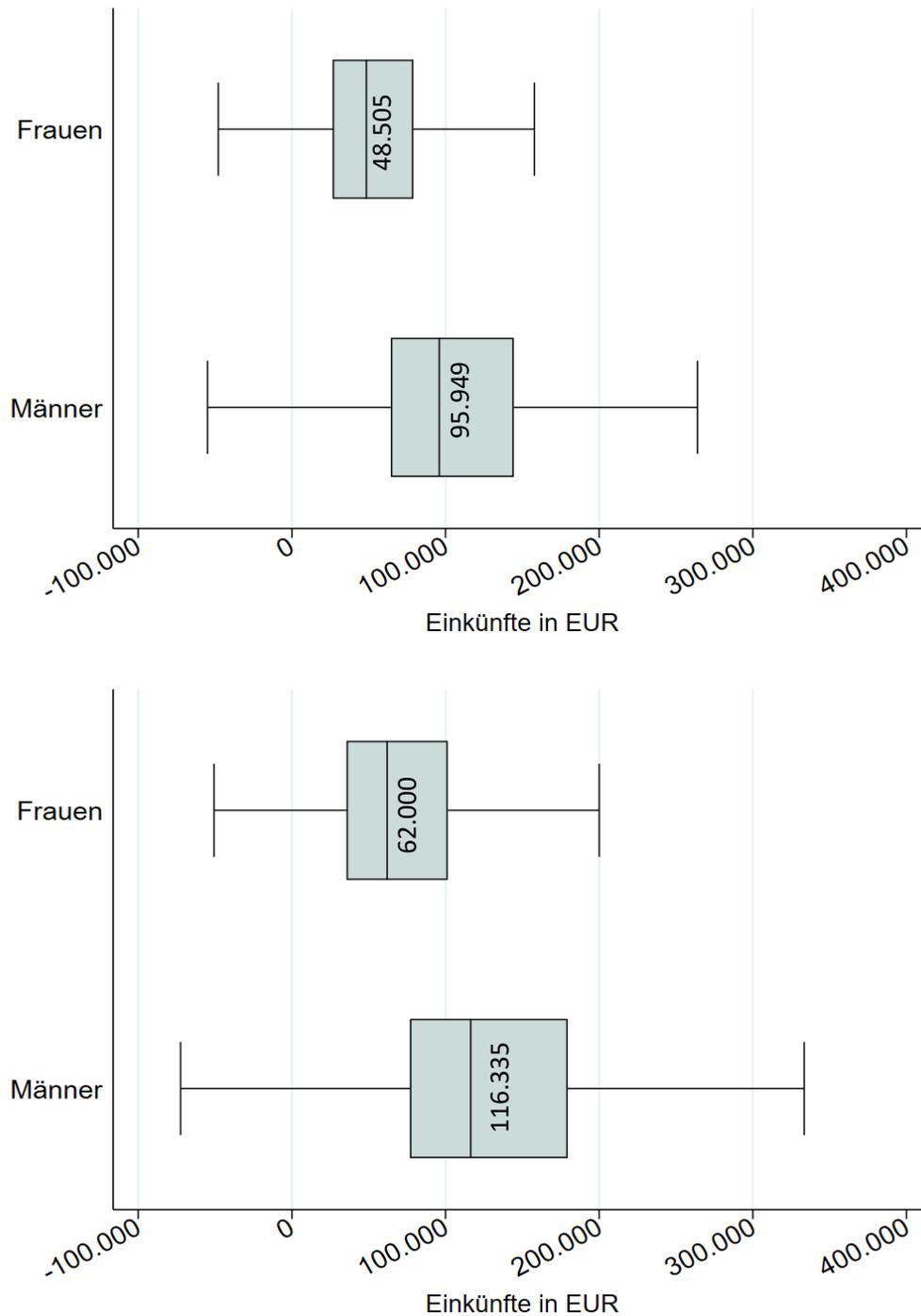
	Einkünfte in EUR, 2015	Einkünfte in EUR, 2019	Unterschied
1. Dezil	19.927	27.364	7.437
2. Dezil	34.027	44.987	10.959
3. Dezil	48.553	60.585	12.031
4. Dezil	62.564	76.285	13.721
5. Dezil (Median)	75.524	93.147	17.623
6. Dezil	89.351	110.333	20.982
7. Dezil	105.782	131.782	26.000
8. Dezil	131.347	164.453	33.106
9. Dezil	183.738	232.090	48.352

Darstellung: IHS (2024)

5.4.3 Geschlecht

In Abbildung 59 sind die arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der WahlärztInnen für die Jahre 2015 (oben) und 2019 (unten) dargestellt. Während die Medianeinkünfte der Männer um EUR 20.386 bzw. 21,2% stiegen, waren es bei den Frauen EUR 13.494 bzw. 27,8%. Die Differenz der Medianeinkünfte zwischen Ärzten und Ärztinnen stieg demnach von EUR 47.444 auf EUR 54.336. Relativ zu den Medianeinkünften der Männer, machten jene der Frauen im Jahr 2015 allerdings nur 50,6% aus und im Jahr 2019 stieg dieser Anteil auf 53,3%.

Abbildung 59: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Geschlecht, 2015 (oben) und 2019 (unten)



Darstellung: IHS (2024)

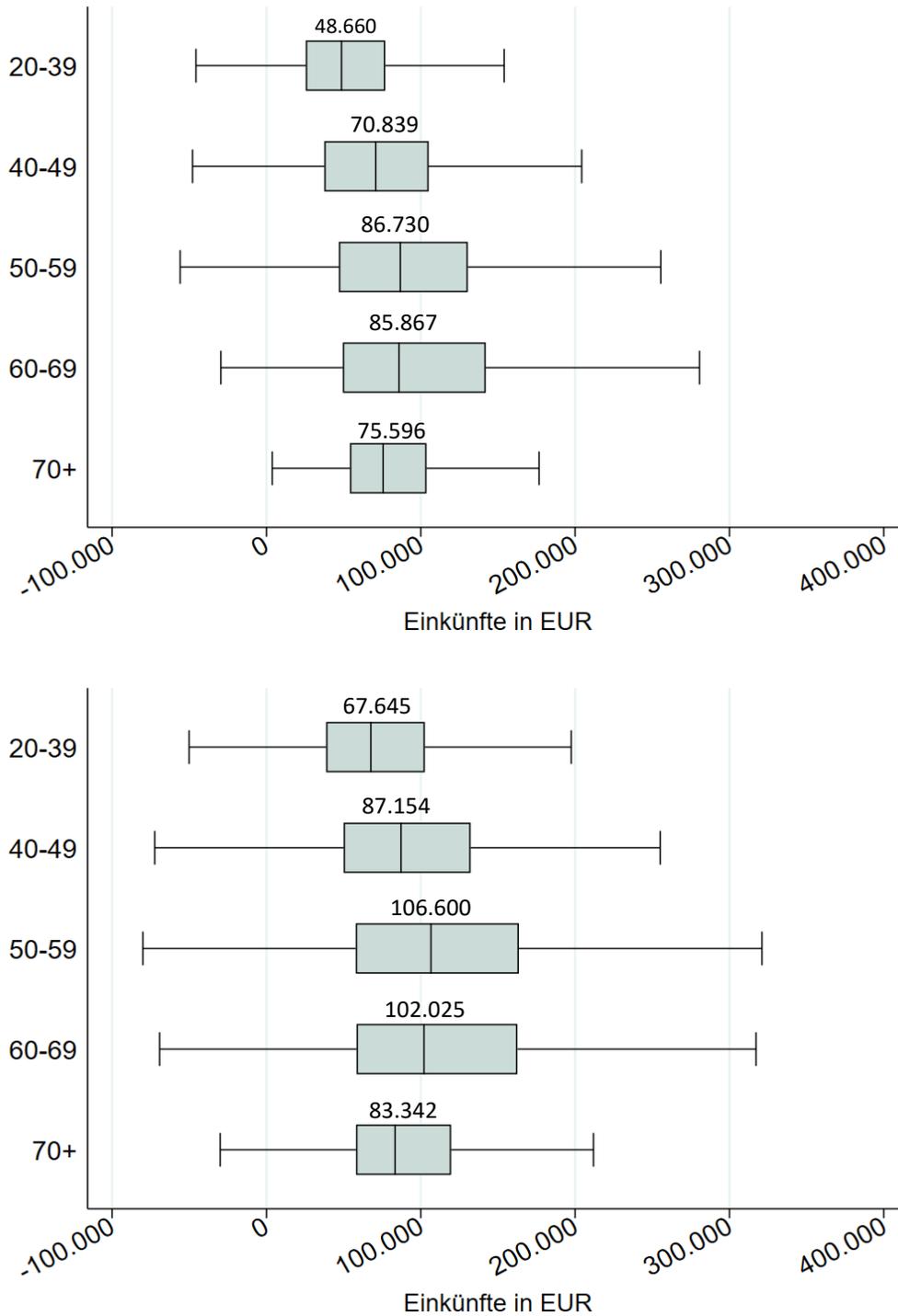
5.4.4 Alter

Abbildung 60 zeigt die Entwicklung der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA von 2015 (oben) bis 2019 (unten) der WahlärztInnen nach Altersgruppen. Die Struktur der Verteilung der Einkünfte zwischen den Altersgruppen ist dabei erneut ähnlich. Sowohl 2015 als auch 2019 verzeichnete die Gruppe der 20-39-Jährigen die niedrigsten (EUR 48.660 bzw. EUR 67.645) und die Gruppe der 50-59-Jährigen die höchsten Medianeinkünfte (EUR 86.730 bzw. 106.600).

Absolut erzielten alle Altersgruppen (mit Ausnahme der über 70-Jährigen) ähnliche Anstiege zwischen EUR 16.158 und EUR 19.870. Durch die niedrigen Einkünfte der jüngsten Altersgruppe im Jahr 2015 (EUR 48.660) ging der Anstieg von EUR 18.985 mit einem überdurchschnittlich hohen relativen Wachstum von 39,0% einher. Der relative Anstieg der mittleren Altersgruppen lag hingegen zwischen 18,8% und 23,0%. Bei den über 70-jährigen WahlärztInnen war der Anstieg geringer und betrug EUR 7.746 bzw. 10,2%.

Die Differenz zwischen der Altersgruppe mit den niedrigsten bzw. höchsten Einkünften stieg von EUR 38.070 marginal auf EUR 38.955 an. Durch den starken Zugewinn der jüngsten Altersgruppe stieg allerdings der Anteil der Medianeinkünfte der Altersgruppe mit den niedrigsten Einkünften (20-39-Jährige) an jenen der Altersgruppe mit den höchsten Einkünften (50-59-Jährige) von 56,1% auf 63,5%.

Abbildung 60: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Altersgruppen, 2015 (oben) und 2019 (unten)



Darstellung: IHS (2024)

6 Fazit

Die vorliegende Studie analysierte die steuerlichen Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen für die Jahre 2017 bis 2020. Die zugrunde liegenden Einkünfte-Datenquellen stammten vom BMF. Dabei wurden nur die für die ärztliche Tätigkeit relevanten Einkünfte herangezogen, d.h. Einkünfte bspw. aus Vermietung und Verpachtung oder Land- und Forstwirtschaft wurden ausgeklammert. Wir untersuchten die selbständigen und unselbständigen relevanten Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen, welche anhand der vom DV und BMF übermittelten Daten identifiziert werden konnten. Dabei konnte eine große Streuung der Einkünfte, u.a. aufgrund der Fachgruppen beobachtet werden. Zu beachten ist allerdings, dass die Arbeitszeit der Vertrags-/WahlärztInnen mangels entsprechender Informationen nicht in der Analyse berücksichtigt werden konnte.

6.1 Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen

Insgesamt lagen die jährlichen Medianeinkünfte aus arztrelevanter Tätigkeit der Vertrags-/WahlärztInnen im Jahr 2019 bei EUR 124.252. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die Einkünfte stark zwischen den ÄrztInnengruppen variieren. So erzielten die ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen deutlich höhere Medianeinkünfte als VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag und diese wiederum höhere Medianeinkünfte als WahlärztInnen. Die Medianeinkünfte von ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen liegen mit EUR 178.128 deutlich über jenen von VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag mit EUR 118.217 und WahlärztInnen mit EUR 93.147. Die ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen erzielten dabei im Jahr 2019 mit 96% den überwiegenden Großteil ihrer Einkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb. Bei den VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag betrug dieser Anteil 83%. WahlärztInnen bezogen hingegen nur 56% ihrer Einkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb.

Bei allen drei Untergruppen der Vertrags-/WahlärztInnen ist eine umgekehrt U-förmige Beziehung zwischen den **Altersgruppen** und den Medianeinkünften zu beobachten. Bis zur Altersgruppe 50-59 (bzw. 60-69 bei ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen) nehmen sie zu, bei den älteren Altersgruppen hingegen nehmen sie wieder ab. Bei den jüngeren ÄrztInnen erklären sich die vergleichsweise niedrigen Medianeinkünfte dadurch, dass sich die ÄrztInnen noch in Ausbildung befinden oder erst am Beginn ihrer Karriere stehen. Mit steigendem Alter steigt auch der Anteil der Einkünfte aus unselbständiger Arbeit an den gesamten Einkünften, was v.a. durch den Bezug von Pensionszahlungen erklärt werden kann.

Zudem gibt es in allen drei Untergruppen bzgl. der arztrelevanten Medianeinkünfte einen **unbereinigten gender pay gap** zugunsten der Männer: Bei den ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen beträgt er ca. EUR 53.000, bei den VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag ca. EUR 57.000 und bei den WahlärztInnen ca. EUR 54.000. Relativ betrachtet erzielten Ärztinnen mit Verträgen bei allen Kassen um 27% weniger Einkünfte als ihre männlichen Kollegen. Bei den Vertragsärztinnen ohne ÖGK-Vertrag bzw. Wahlärztinnen waren es 40% bzw. 47%. Da die Honorare für beide Geschlechter gleich sind, wären hier weitere Untersuchungen sinnvoll. Einflussfaktoren könnten etwa die Geschlechterverteilung der Fachgruppen, die Altersverteilung, der Behandlungsstil oder die Zugehörigkeit zu anderen Subgruppen darstellen.

Die **Fachgruppenzugehörigkeit** hat ebenfalls einen ausgeprägten Einfluss auf die Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen. Aussagen können hier jedoch vorwiegend über die VertragsärztInnen getroffen werden, da bei den WahlärztInnen in den Daten großteils keine Fachgruppenzuordnung vorliegt. Fachgruppen mit vergleichsweise hohen Medianeinkünften sind Labor/Pathologie/Physikalische Medizin, Radiologie, sowie Innere Medizin. Vergleichsweise niedrige Medianeinkünfte finden sich in den Fachgruppen Zahnheilkunde, Gynäkologie, Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendheilkunde. Hierbei ist auch auffällig, dass Fachgruppen mit hohen Medianeinkünften tendenziell einen unterdurchschnittlichen Frauenanteil und jene mit niedrigen Medianeinkünften tendenziell einen überdurchschnittlichen Frauenanteil aufweisen.

ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen erzielen deutlich höhere Medianeinkünfte, wenn sie eine **Hausapotheke** führen (um ca. EUR 68.000). Das Betreiben einer Hausapotheke steht, unter bestimmten Voraussetzungen, allerdings nur AllgemeinmedizinerInnen in ländlichen oder intermediären Gebieten offen.

Bei **regionaler** Betrachtung der Medianeinkünfte der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen fällt auf, dass ÄrztInnen mit Praxissitz in Wien und Niederösterreich vergleichsweise niedrige Medianeinkünfte aufweisen, jene in Vorarlberg und Tirol vergleichsweise hohe. Selbst bei Betrachtung ausschließlich der ÄrztInnen ohne Hausapotheke, erzielen ÄrztInnen in Wien (die keine Hausapotheken betreiben dürfen) die niedrigsten Medianeinkünfte. Auch erzielen die ÄrztInnen in Vorarlberg und Tirol nach wie vor die höchsten Medianeinkünfte. Bei Betrachtung nach Mittelwerten erzielen jedoch vor allem Wiener ÄrztInnen höhere Einkünfte und werden nur von ihren KollegInnen aus Tirol und übertroffen. Im Fall von Wien ist außerdem zu beachten, dass die tendenziell größeren Praxen einen Einfluss auf die Einkünfte haben könnten.

6.2 Vergleich Vorgängerstudie

Eine Betrachtung der Anstiege der Medianeinkünfte nach **ÄrztInnengruppe** zeigt, dass die ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen absolut die höchsten Anstiege verzeichnen konnten. Sie erhöhten ihre Medianeinkünfte von EUR 142.772 im Jahr 2015 auf EUR 178.128 im Jahr 2019 (relativer Anstieg: 25%). Bei den VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag beliefen sich die Medianeinkünfte im Jahr 2015 auf EUR 90.513 und im Jahr 2019 auf EUR 118.217 (relativer Anstieg: 31%). Die WahlärztInnen konnten ihre Medianeinkünfte von EUR 75.524 im Jahr 2015 auf EUR 93.147 im Jahr 2019 erhöhen (relativer Anstieg: 23%).

Tendenziell lässt sich auch ein Anstieg der Bedeutung der Einkünfte aus **SA/GW** beobachten. Während der Anteil der Einkünfte aus SA/GW bei den ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen zwar gleich blieb, stieg er bei den VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag bzw. den WahlärztInnen um 4 bzw. 6 Prozentpunkte.

Der **unbereinigte gender pay gap** ist über alle ÄrztInnengruppen hinweg 2019 im Vergleich zu 2015 in Absolutbeträgen (zwischen EUR 7.000 und EUR 13.000) angestiegen. Relativ gesehen ist der **unbereinigte gender pay gap** unter den VertragsärztInnen konstant geblieben und unter den WahlärztInnen leicht gesunken. Die Ärztinnen mit Verträgen bei allen Kassen bzw. VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag verzeichneten sowohl 2015 als 2019 um 27% bzw. 40% geringere Medianeinkünfte als ihre männlichen Kollegen. Bei den Wahlärztinnen fielen die Einkünfte im Jahr 2019 um 47% geringer aus als jene der Wahlärzte. Im Jahr 2015 waren es hingegen noch 49%.

Vergleicht man die Anstiege der Medianeinkünfte nach **Altersgruppe** so zeigt sich, dass in jeder ÄrztInnengruppe eine Altersgruppe einen stark unterdurchschnittlichen Einkünftezuwachs im Jahr 2019 im Vergleich zu 2015 erzielte. Bei den ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen konnten die 20-39-Jährigen einen Anstieg von 10% verzeichnen, während er bei den anderen Altersgruppen zwischen 23% und 31% lag. Die 60-69-jährigen VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag lagen mit einem Anstieg von 20% unter den 43% bis 54% der anderen Altersgruppen. Bei den WahlärztInnen waren hingegen die Einkünftezuwächse der jüngsten und ältesten Altersgruppe auffällig. Während die mittleren Altersgruppen relativ ähnliche Anstiege zwischen 19% und 23% erzielen konnten, beliefen sich die Anstiege der 20-39-Jährigen auf 39% und jene der mindestens 70-Jährigen auf 10%.

6.3 Limitationen der Studie

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

Anders als in der Vorgängerstudie standen uns für die aktualisierte Version keine Daten des Wiener Gesundheitsverbundes zur Verfügung. Somit konnten SpitalsärztInnen nicht separat betrachtet werden und die Analyse beschränkt sich auf die Vertrags-/WahlärztInnen im niedergelassenen Bereich. Die Einkommen, die ÄrztInnen aus unselbständiger Tätigkeit in Krankenhäusern verzeichnen konnten, sind jedoch in den Daten enthalten und wurden entsprechend berücksichtigt.

Weiters kam es im Vergleich zur Vorgängerstudie zu Unterschieden in der Datenerfassung beim DV. Somit sind die Ergebnisse der zwei Datensätze möglicherweise nicht vollständig miteinander vergleichbar.

Zu beachten ist, dass die Arbeitszeit mangels entsprechender Informationen nicht in die Analyse mit einbezogen werden konnte. In den meisten Gesamtverträgen sind Mindestöffnungszeiten von 20 Stunden pro Woche vorgesehen – viele VertragsärztInnen arbeiten jedoch deutlich mehr als diese 20 Stunden (es gibt jedoch auch Teilkassenverträge, shared Praxen und geteilte Vertragsarztstellen, die geringere Arbeitszeiten ermöglichen). WahlärztInnen können über ihre Arbeitszeiten zudem frei verfügen. Die Einkünfte haben somit keinen Aussagewert bzgl. der Vergütung pro Stunde.

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

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

Speziell für das Jahr 2020 gelten zwei weitere Einschränkungen. Erstens ist der Veranlagungsgrad und somit die Datenverfügbarkeit im Vergleich zu den Vorjahren niedriger und zweitens ist mit Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zu rechnen. Aus diesen Gründen entschieden wir uns den Hauptteil der Ergebnisse für das Jahr 2019 zu präsentieren. Die Ergebnisse für 2020 sind zwar teilweise in den Tabellen und Abbildungen enthalten, sollten aber entsprechend vorsichtig interpretiert werden.

Ausblick

Die vorliegende Studie kann als Anknüpfungspunkt für verschiedene weitere Untersuchungen dienen. So könnten auch die Einkünfte von **anderen Berufsgruppen im**

Gesundheitsbereich einer Analyse unterzogen werden – bspw. jene des Pflegepersonals. Des Weiteren könnten im Falle einer Bereitstellung der notwendigen Daten auch die Einkünfte von **SpitalsärztInnen** untersucht werden. So könnten Vergleiche zwischen den Bundesländern bzw. nach Urbanisierungsgrad auch für die SpitalsärztInnen vorgenommen werden.

Ein weiterer Aspekt, der dabei auch untersucht werden könnte, ist jener der **Auswirkungen der Novelle des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes (KA-AZG)** und damit einhergehender neuer Gehaltsmodelle. Diese Novelle trat mit 1. Jänner 2015 in Kraft und beinhaltet neue Regelungen zur täglichen Ruhezeit bzw. zur durchschnittlichen Wochenarbeitszeit der in österreichischen Krankenanstalten beschäftigten ÄrztInnen. In Verbindung mit dieser Novelle führten Spitalsträger auch neue Gehaltsregelungen ein. In diesem Zusammenhang kann untersucht werden, wie sich die Novelle auf das Beschäftigungsausmaß und in Folge auf die Einkünfte sowie auch das Ausmaß von Nebentätigkeiten der SpitalsärztInnen auswirkt.

Auch im vertragsärztlichen Bereich sind weitere Analysen möglich, dies betrifft insbesondere den **gender pay gap** sowie die **Berücksichtigung von weiteren Variablen wie der Praxisproduktivität** z.B. anhand der Kontaktzahlen. Aufgrund der starken Verzögerungen bei der Datenverfügbarkeit wäre auch eine Art **nowcasting** (d.h. eine Schätzung der Zahlen auf das laufende Jahr) sinnvoll, um einen besseren Eindruck von rezenten Werten zu erhalten.

7 Verzeichnisse

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung der im Jahr 2019 deklarierten E1a-Beilagen über die Einkunftsarten Gewerbebetrieb (GW), Land- und Forstwirtschaft (LF) und selbständige Arbeit (SA) der ÄrztInnen im Datensatz.....	27
Abbildung 2: Verteilung der E1a-Gewinne („engere Auswahl“) nach Vorhandensein von ÖGK-Vertrag (gkk), 2019	33
Abbildung 3: Verteilung der E106-Gewinne („engere Auswahl“) nach Vorhandensein von ÖGK-Vertrag (gkk), 2019	34
Abbildung 4: Schematische Darstellung arztrelevanter Einkünfte	35
Abbildung 5: Geschlechterverteilung innerhalb der ÄrztInnengruppen, 2017-2020	39
Abbildung 6: Altersverteilung innerhalb der ÄrztInnengruppen, 2017-2020	40
Abbildung 7: Anzahl der ÄrztInnen im Datensatz nach Geschlecht und Jahr	41
Abbildung 8: Anzahl der ÄrztInnen im Datensatz nach Altersgruppen und Jahr	42
Abbildung 9: Altersverteilung der ÄrztInnen nach Geschlecht, 2017-2020	43
Abbildung 10: Verteilung von Vertragsstatus und Geschlecht der ÄrztInnen, 2017-2020	44
Abbildung 11: Altersverteilung der ÄrztInnen nach Vertragsstatus, 2017-2020	44
Abbildung 12: Verteilung des Urbanisierungsgrades des Praxissitzes (Bezirk) nach Vertragsstatus, 2017-2020	45
Abbildung 13: Verteilung von Fachgruppe und Vertragsstatus der ÄrztInnen mit bekannter Fachgruppenzuordnung, 2017-2020	46
Abbildung 14: Geschlechterverteilung innerhalb der Fachgruppen, 2017-2020	47
Abbildung 15: Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl), 2019	49
Abbildung 16: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit nach Vertragsstatus, 2019	50
Abbildung 17: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte nach Vertragsstatus, 2019	52

Abbildung 18: Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen, 2019	53
Abbildung 19: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Geschlecht, 2019.....	55
Abbildung 20: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Altersgruppen, 2019	56
Abbildung 21: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Altersgruppen, 2019.....	57
Abbildung 22: Durchschnittliche arztrelevante E1-Einkünfte aus SA/GW, durchschnittliche Einnahmen und Ausgaben laut E1a der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Altersgruppe, 2019	58
Abbildung 23: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Bundesland, 2019.....	59
Abbildung 24: Durchschnittliche arztrelevante E1-Einkünfte aus SA/GW, durchschnittliche Einnahmen und Ausgaben laut E1a der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Bundesland, 2019	60
Abbildung 25: Durchschnittliche arztrelevante E1-Einkünfte aus SA/GW, durchschnittliche Einnahmen und Ausgaben laut E1a der AllgemeinmedizinerInnen in ruralen und intermediären Gebieten mit Verträgen bei allen Kassen nach Bundesland mit bzw. ohne Hausapotheke, 2019	61
Abbildung 26: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Urbanisierungsgrad, 2019	62
Abbildung 27: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Fachgruppe, 2019	64
Abbildung 28: Durchschnittliche arztrelevante E1-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl), durchschnittliche Einnahmen laut E1a und durchschnittliche Ausgaben laut E1a der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Fachgruppe, 2019	66

Abbildung 29: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Gruppenpraxis, 2019.....	67
Abbildung 30: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der AllgemeinmedizinerInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Gruppenpraxis, 2019	68
Abbildung 31: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der AllgemeinmedizinerInnen mit Verträgen bei allen Kassen in ländlichen und intermediären Gebieten mit bzw. ohne Hausapotheke, 2019	71
Abbildung 32: Durchschnittliche arztrelevante E1-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl), durchschnittliche Einnahmen laut E1a und durchschnittliche Ausgaben laut E1a der AllgemeinmedizinerInnen mit Verträgen bei allen Kassen in ländlichen und intermediären Gebieten mit bzw. ohne Hausapotheke über den gesamten Beobachtungszeitraum, 2017-2020	72
Abbildung 33: Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag, 2019	73
Abbildung 34: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Geschlecht, 2019.....	75
Abbildung 35: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Geschlecht, 2019	76
Abbildung 36: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Altersgruppen, 2019	77
Abbildung 37: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Altersgruppen, 2019	78
Abbildung 38: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Urbanisierungsgrad, 2019.....	79
Abbildung 39: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Urbanisierungsgrad, 2019	80
Abbildung 40: Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der WahlärztInnen, 2019	81

Abbildung 41: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Geschlecht, 2019 ..	83
Abbildung 42: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der WahlärztInnen nach Geschlecht, 2019	84
Abbildung 43: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Altersgruppen, 2019	85
Abbildung 44: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der WahlärztInnen nach Altersgruppen, 2019	86
Abbildung 45: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Bundesland, 2019 .	87
Abbildung 46: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der WahlärztInnen nach Bundesland, 2019	88
Abbildung 47: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Urbanisierungsgrad, 2019	89
Abbildung 48: Arztrelevante E1- (und L16-)Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen mit bzw. ohne unselbständige Tätigkeit (L16-Formular), 2019	90
Abbildung 49: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit aller beim DV erfassten ÄrztInnen nach Jahr	92
Abbildung 50: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit nach Vertragsstatus, 2015 (oben) und 2019 (unten)	94
Abbildung 51: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Jahr	95
Abbildung 52: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Geschlecht, 2015 (oben) und 2019 (unten)	98
Abbildung 53: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Altersgruppen, 2015 (oben) und 2019 (unten)	100
Abbildung 54: Durchschnittliche arztrelevante E1-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl), durchschnittliche Einnahmen laut E1a und	

durchschnittliche Ausgaben laut E1a der AllgemeinmedizinerInnen mit Verträgen bei allen Kassen in ländlichen und intermediären Gebieten mit bzw. ohne Hausapotheke über den jeweils gesamten Beobachtungszeitraum, 2012-2015 (oben) und 2017-2020 (unten)	103
Abbildung 55: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Jahr.....	104
Abbildung 56: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Geschlecht, 2015 (oben) und 2019 (unten)	107
Abbildung 57: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen nach Altersgruppen, 2015 (oben) und 2019 (unten).....	109
Abbildung 58: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Jahr	110
Abbildung 59: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Geschlecht, 2015 (oben) und 2019 (unten)	113
Abbildung 60: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Altersgruppen, 2015 (oben) und 2019 (unten)	115

7.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einkommensteuererklärung Formular E1, oberer Teil der Seite 3, Version 2019	14
Tabelle 2: Verteilung der Einkunftsarten im fusionierten Datensatz, 2019	15
Tabelle 3: Vom Dachverband übermittelte relevante Variablen und ihre Ausprägungen	17
Tabelle 4: Detailauflistung der ÖNACE-Klasse Q86 (Gesundheitswesen).....	28
Tabelle 5: „Enge“ bzw. „breite“ Auswahl der ÖNACE-Klassen für ärztliche Einkünfte	29
Tabelle 6: Häufigkeit der Einkünfteveranlagungen nach Einzelunternehmerschaft (E1a) und Personengesellschaften (E106) für die engere NACE-Auswahl, 2019	32
Tabelle 7: Anzahl der ÄrztInnen im finalen Datensatz pro ÄrztInnengruppe und Jahr	38
Tabelle 8: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit nach Vertragsstatus, 2019	50
Tabelle 9: Dezile der Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen, 2019	54
Tabelle 10: Dezile der Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag, 2019	74
Tabelle 11: Dezile der Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der WahlärztInnen, 2019	82
Tabelle 12: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit aller beim DV erfassten ÄrztInnen, 2012-2015 und 2017-2020.....	92
Tabelle 13: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Jahr	96
Tabelle 14: Dezile der Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen, 2015 und 2019	96
Tabelle 15: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Jahr	105

Tabelle 16: Dezile der Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag, 2015 und 2019 106

Tabelle 17: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Jahr 111

Tabelle 18: Dezile der Verteilung der arztrelevanten E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit (enge NACE-Auswahl) der WahlärztInnen, 2015 und 2019 111

7.3 Abkürzungsverzeichnis

BMF	Bundesministerium für Finanzen
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
DV	Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
EST	Einkommenssteuer
GKK	Gebietskrankenkasse
GW	Gewerbebetrieb
IHS	Institut für Höhere Studien
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
LF	Land- und Forstwirtschaft
NACE/ÖNACE	Statistische Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Gemeinschaft
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
RH	Rechnungshof
SA	Selbständige Arbeit
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
UA	Unselbständige Arbeit
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VU	Vorsorgeuntersuchung
VV	Vermietung und Verpachtung
WIGEV	Wiener Gesundheitsverbund

7.4 Literaturverzeichnis

BMF. (2019). *Einkommenssteuererklärung Formular E1 für 2019*.

<https://formulare.bmf.gv.at/service/formulare/inter-Steuern/pdfs/2019/E1.pdf>

Czypionka, T., Pock, M., & Reiss, M. (2018). *ÄrztInneneinkünfte in Österreich: Eine Analyse anhand von Lohn- und Einkommensdaten* [Projektbericht]. Institut für Höhere Studien.

<https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/4878/>

RH. (2018). *Allgemeiner Einkommensbericht 2022* (Reihe Einkommen 2018/1). Rechnungshof.

https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/news/news/aktuelles/Allgemeiner_Einkommensbericht_2022.html#

RH. (2022). *Allgemeiner Einkommensbericht 2022* (Reihe Einkommen 2022/1). Rechnungshof.

https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/news/news/aktuelles/Allgemeiner_Einkommensbericht_2022.html#

Statistik Austria. (2023). *Berufsausübende Ärzt:innen 2022*.

https://www.statistik.at/fileadmin/pages/385/Berufsausuebende_Aerzte_Mappe2022.ods

WKO. (2008). *Struktur ÖNACE 2008*. <https://www.wko.at/statistik/oenace/oenace2008.pdf>