Mag. Anton Sinabell

Österreichische Ärztekammer; Statistik/Standesführung

Allgemeinmedizin in Österreich – harte Fakten und Mutmaßungen

Sofern nicht extra erwähnt, beziehen sich Substantive, die physische Personen beschreiben, immer auf alle Geschlechter.

1. Einleitung 11

2. Absolute Ärztezahlen und deren Entwicklung 13

3. Aktuelle Leistungsbandbreite der Allgemeinmedizin 16

4. Karrierepfade 23

5. Zusammensetzung der Ärzteschaft – Geschlecht/Alter/Gesundheitsmarkt 26

6. Neue Ärzte braucht das Land 29

7. Exkurs: Grenzen objektiver Bedarfsplanungen 31

8. Exkurs: Ärztezahlen Österreichs im internationalen Vergleich 36

9. Altersbedingter Ersatzbedarf – eine einfache Rechnung 41

10. Tabellenverzeichnis 45

11. Abbildungsverzeichnis 45

Im Zuge der aktuellen Diskussion über einen drohenden Ärztemangel widmet sich dieser Artikel speziell der Frage, wie es mit der niedergelassenen Allgemeinmedizin im Speziellen aussieht. Ausgehend von den aktuellen Zahlen wird die soziodemografische Zusammensetzung des Ärztestandes und deren Auswirkung auf den zukünftigen Ersatzbedarf analysiert. Weiters werden die mittelfristigen Ausbildungskapazitäten und Faktoren wie Geschlechterverteilung und Migration und die sich ergebenden Karrierepfade betrachtet und deren Auswirkungen auf den zukünftig zu erwartenden Nachwuchs dargestellt. Da sich der postpromotionelle Ausbildungsbereich im Umbruch befindet, zu dem es zwar eine Menge an Absichtserklärungen aber noch keine harten Daten gibt, liegt ein Schwerpunkt des Artikel auf der aktuell vorherrschenden Dynamik, die auch noch die allernächste Zukunft maßgeblich prägen wird.

1. Einleitung

Betrachtet man die folgende Grafik, so kann man sich des Eindruckes nicht erwehren, dass die Allgemeinmedizin in Österreich – und hier im Speziellen der niedergelassene Allgemeinmediziner in den letzten Jahrzenten – stark an Bedeutung verloren hat.

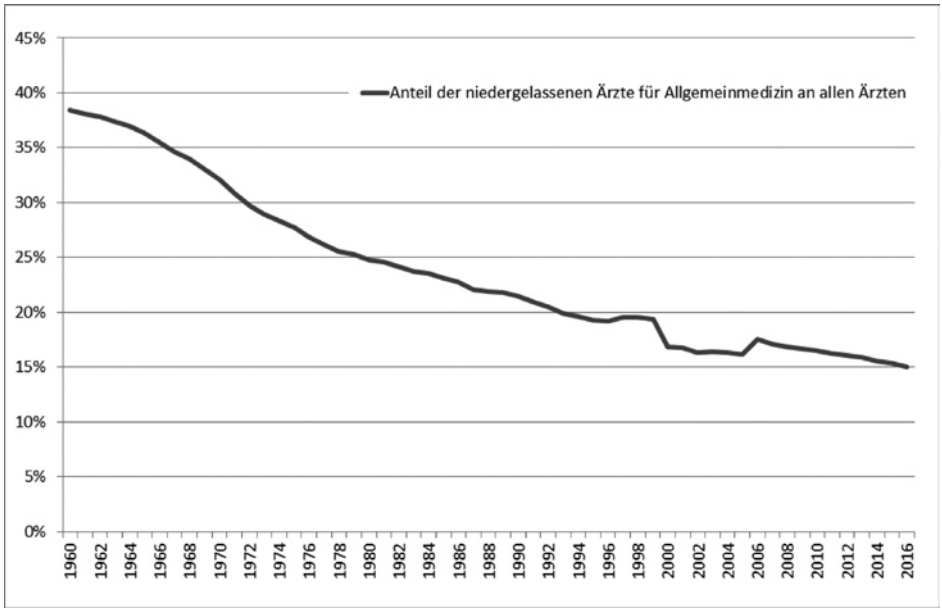


Abbildung 1: Anteil der niedergelassenen Allgemeinmediziner an allen Ärzten – Zeitreihe

Doch die Zusammenhänge sind komplex, die Blickwinkel können (wie wir sehen werden) viele sein, der Betrachtungszeitraum ist lange und Systeme verändern sich oder deren Elemente zeigen verschiedene Dynamiken.

Im Mittelpunkt der Diskussion steht immer wieder der niedergelassene Allgemeinmediziner: entweder als Kernelement im PHC, als Gatekeeper oder Lotse des Gesundheitswesens, als vielfach geforderter Arzt des Vertrauens, als (je nach Standpunkt) notwendiger oder überflüssiger Betreiber einer Hausapotheke etc. Die Stärkung des „Hausarztes" steht nahezu in jedem Parteiprogramm, geändert hat sich bisher wenig, und wenn doch, dann eher nicht zum Besseren.

Der folgende Artikel möchte diese Dynamiken – ausgedrückt in harten Statistiken, Zahlen und Berechnungen – funktionell und quantitativ darstellen und damit eine Grundlage für die laufende und kommende Diskussion liefern.

Exkurs zur obigen Grafik: Zwei Phänomene springen hier ins Auge: der fallende Verlauf, der, wie wir sehen werden, nicht auf einen Rückgang, sondern auf ein langsameres Wachstum zurückzuführen ist, und eine seltsame „Mulde". Deren Beginn (1998–2000) ist gekennzeichnet durch ärztegesetzliche Änderungen, die dazu geführt haben, dass versteckte Pensionisten nicht mehr in der Ärzteliste geführt werden und dass das hierauf aufbauende statistische Zahlenwerk noch besser den tatsächlichen Arbeitsmarkt repräsentiert. Gleichzeitig kam es zu technischen Umstellungen, so dass ab diesem Zeitpunkt die Wohnsitzärzte präzise von den ordinationsführenden Ärzten (beide gelten als niedergelassen) getrennt werden können. Das Ende der Mulde ist durch das Ausscheiden der Zahnärzte bedingt, die Ende 2005 aus der Ärztekammer ausgegliedert worden sind, wodurch sich mathematisch für alle Ärztegruppen ein größerer Anteil ergibt.

2. Absolute Ärztezahlen und deren Entwicklung

Verlassen wir die Ebene der Anteile und gehen wir zu den absoluten Zahlen über.

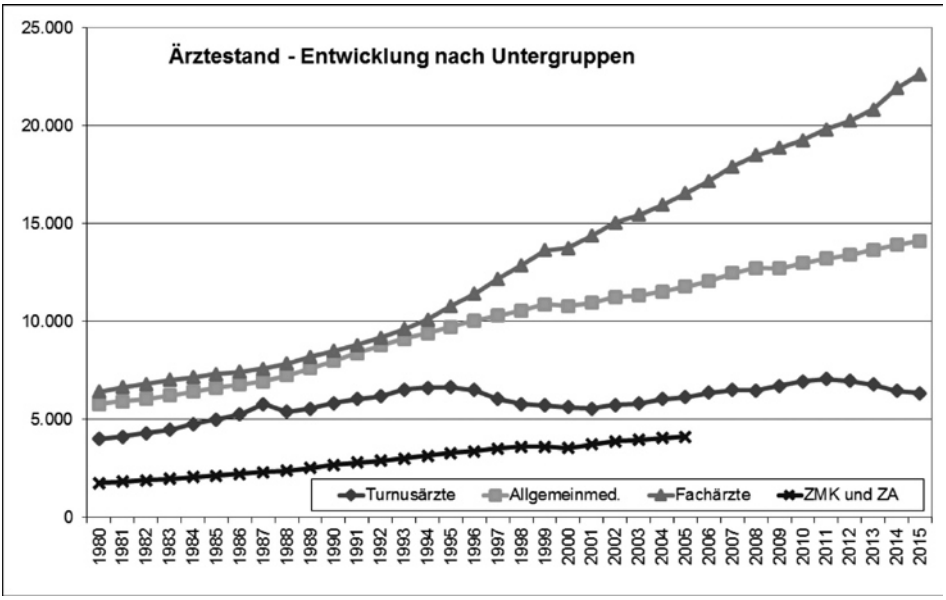


Abbildung 2: Absolute Ärztezahlen nach Untergruppen

Wie wir sehen, zeigen alle drei berufsberechtigten Gruppen (Allgemeinmedizin, Fachärzte und Zahnärzte) über den gesamten Zeitraum einen permanenten Anstieg. Die oben aufgetretene Mulde des Jahres 1998 ist hier nur mehr eine vorübergehende Wachstumsbremse. Die Geschichte der Zahnärzte in der ÖÄK endet im Jahre 2005. Offensichtlich ist der wesentlich stärkere Anstieg der Fachärzte. Betrug 1980 das Verhältnis noch 1:1,1 beträgt es im Jahr 2016 schon 1: 1,6. Lediglich die Turnusärzte scheinen eine lange Fluktuation innerhalb einer Bandbreite zu haben. Aber die fein säuberliche Trennung dieser Arztgruppen in der Grafik darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass diese drei Gruppen wesentlich enger mit einander verflochten sind, als man meinen möchte.

Das postpromotionelle Ausbildungssystem in Österreich ist ein duales, d.h., in vielen Fällen ist der Allgemeinmediziner im individuellen Karriereweg eine Vorstufe vor dem Facharzt, teilweise bedingt durch Erfordernisse der ausbildenden Krankenhaus-Träger, anderseits aber auch ein Nebeneffekt durch früher vorherrschende lange Wartezeiten auf die Facharztstellen. Dies bedingt, dass ein schwer zu quantifizierender Teil der Allgemeinmediziner in Wirklichkeit oder überwiegend noch Ärzte in Ausbildung sind, während die Turnusärzte sich entweder am Weg zum Allgemeinmediziner oder zum Facharzt befinden, aber noch keine entsprechende Berufsberechtigung erworben haben. Im Gegenzug bedeutet dies aber auch, dass ein großer Teil der Fachärzte tatsächlich auch ausgebildete Allgemeinmediziner sind, und dieser Tätigkeit – je nach individueller Berufssituation – auch nachgehen. Im Zuge gesamtsystematischer Darstellungen werden diese Fälle, die also zwei oder sogar mehreren Gruppen zugeordnet werden könnten und damit Doppelzählungen verursachen würden, entweder algorithmisch[1] oder willkürlich der einen oder anderen Gruppe zugeschlagen.

Dennoch zeigen die Fachärzte eine stärkere Wachstumsdynamik, die im niedergelassenen Bereich noch stärker ausfällt.

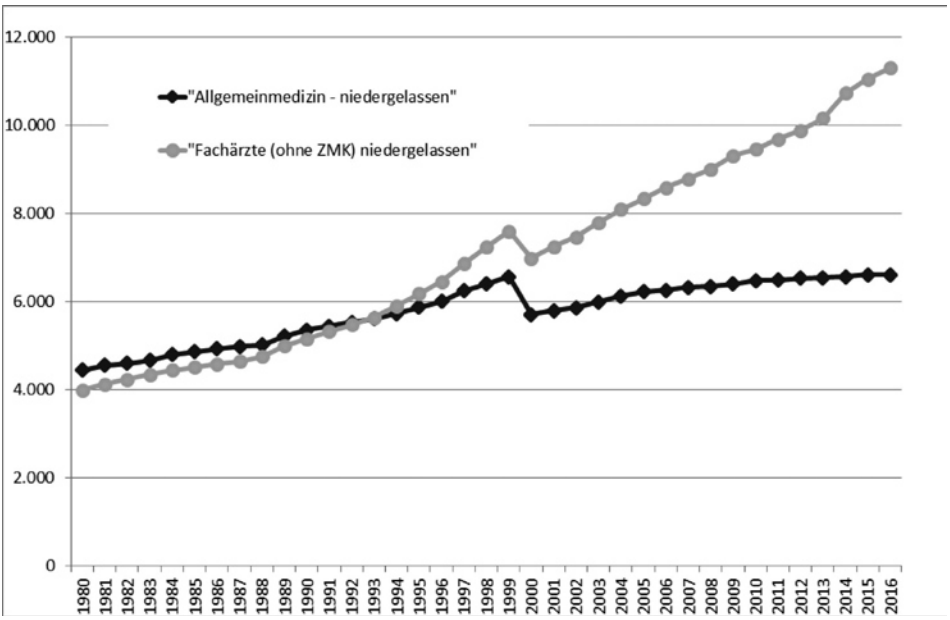


Abbildung 3: Niedergelassene Ärzteschaft – absolute Zahlen – Zeitreihe

1 Im Zuge der statistischen Auswertung werden dann zusätzliche Faktoren herangezogen, um auf das Fach der überwiegenden Tätigkeit zu schließen.

Gab es im Jahr 1980 noch mehr Allgemeinmediziner (damals noch „Praktische Ärzte") in den Ordinationen, so kippt dieses Verhältnis irgendwann in den frühen 90er Jahren. Der markante Knick im Jahr 2000 ist wieder auf die oben bereits erwähnte Ärztegesetznovelle zurückzuführen. In alten Statistiken sind die Wohnsitzärzte ununterscheidbar in der Gruppe der niedergelassenen Ärzte geführt.

Wie sich aber zeigt, geht diese Entwicklung mit einem generellen Systemwechsel einher. Während in den 80er Jahren der Facharzt überwiegend im Spital lokalisiert ist, geht er in den folgenden Jahrzehnten verstärkt in die Niederlassung. In dieser massiven Bewegung – mit dem die Finanzmittel des Sozialversicherungsbereiches für den ambulanten Bereich bei weitem nicht Schritt halten – finden sich aber ein Fülle von Momenten, die hier nur exemplarisch aufgezählt werden können:

- Entfaltung der Bandbreite der unterschiedlichen Fachrichtungen,
- Spezialisierung und Subspezialisierung (die Hand in Hand gehen mit)
- Richtlinien, Leitlinien, Therapieempfehlungen, Standards, Behandlungspfaden etc.,
- technische Entwicklung,
- Informationstechnologie, Patient-Empowerment, geändertes Patientenverhalten und in Folge
- Entwicklung eines privatmedizinischen Marktes (auch als Reaktion auf die Defizite des solidarfinanzierten öffentlichen Gesundheitsmarktes),
- Entwicklung/Entstehung/Verbreitung neuer Versorgungsbereiche (z.B. Komplementärmedizin).

Wie wir jedoch weiter unten sehen werden (Aktuelle Leistungsbandbreite der Allgemeinmedizin), gelten diese Momente – in unterschiedlicher Ausprägung und Nuancierung – auch für die Allgemeinmedizin.

3. Aktuelle Leistungsbandbreite der Allgemeinmedizin

Die wirtschaftlichen Trendforscher[2] in den 80er Jahren des letzten Jahrtausends prophezeiten, je nach Terminologie und Diktion, das Verschwinden der Märkte (oder deren Fraktalisierung), d.h. dass Wirtschaftsbereiche, die sich klar erfassen und abgrenzen lassen, immer mehr verschwinden oder viel mehr ineinander übergehen werden. Weiters würden sich eher zyklische pendelförmige Modeerscheinungen (und solche gibt es auch im Gesundheitswesen) zu gleichzeitig entstehenden, aber manchmal gegenläufigen Trends verändern (wie wir es heute in der Gleichzeitigkeit von „Schul-" vs. „Alternativmedizin" sehen). Gleichzeitig wurden damals aber auch (man war noch mitten im digitalen Hype, aber noch lange vor der E-Commerce-Blase) erste Stimmen laut, die ebenfalls prophezeiten, dass der nächste große wirtschaftliche Motor die Life Sciences – und damit auch die Medizin und das Gesundheitswesen – sein würden. Ein Nebeneffekt all dieser Entwicklungen wäre aber auch das Verschwinden von Typologien, d.h., sowohl auf Konsumenten- als auch auf Leistungsanbieterseite würden klassische homogene konforme Strukturen durch eine Vielzahl von inhomogenen „Marktteilnehmern" und Nischen ersetzt werden, die sich nicht mehr einfach in stereotype Schubladen pressen lassen. Den Leistungsanbietern wurde hierbei größtmögliche Flexibilität empfohlen, um mit wechselnden Trends und höchst mobilen Konsumenten Schritt halten zu können.

Betrachtet man die niedergelassene Allgemeinmedizin, so ist genau das hier passiert, und zwar auf mehreren Ebenen (obwohl man diesem Land wirklich nicht vorwerfen kann, den Gesundheitsbereich als „betriebswirtschaftlichen" Markt wahrzunehmen – aber im Einzelnen verhalten sich die Leistungsanbieter doch gemäß der „invisiblen Hand"[3]).

Betrachtet man die niedergelassene Allgemeinmedizin in den 80er Jahren, so ist sie durch einen stereotypen Karriereplan gekennzeichnet: Turnus – Niederlassung – Kassenvertrag. Im Jahre 1987 verfügten 72 % der Allgemeinmediziner mit Ordination über einen GKK-Vertrag, 81 % über wenigstens einen Kassenvertrag. Gegenwärtig (Mai 2016 s.u.) verfügen nur 59 % der niedergelassenen Allgemeinmediziner über einen Kassenvertrag.

2 Unter anderen John Naisbitt, Gerd Gercken.
3 Eine Metapher des Ökonomen und Moralphilososphen Adam Smith über die Selbstregulierung von Systemen.

In den alten Auswertungen finden sich nur wenige Informationen oder Indizien bezüglich eines Leistungsspektrums, das über das klassische Rollenbild hinausgeht. Theaterärzte, Bahnärzte, erste Betriebsärzte, Fürsorgeärzte, Schulärzte, mehr findet sich kaum.

In der Zwischenzeit hat sich aber viel verändert. Vor allem eine ganze Reihe von Diplomen, Dekreten, Zertifikaten und Anerkennungen bezüglich spezifischer ärztlicher Fort- und Weiterbildung haben sich entwickelt und werden von der Akademie der Ärzte (früher von der Österreichischen Ärztekammer) vergeben und sind damit statistisch erfasst. Diese Standardisierung der Anerkennung bündelt damit die einzelnen Fortbildungen, die von unterschiedlichen Anbietern zu einem Schwerpunktbereich angeboten werden. Da man aber die zugrundeliegende „Kern-Ausbildung" erwerben kann, ohne sich in Folge ein ÖÄK-Diplom abzuholen, stellen die ÖÄK-Diplomzahlen sicherlich nur eine Untergrenze der tatsächlichen Aus- und Weiterbildung dar. Da aber in einzelnen Bereichen diese ÖÄK-Diplome eine Abrechnungsvoraussetzung sind, kann in diesen Bereichen von einem überwiegend guten „Abdeckungsgrad" ausgegangen werden. In Bereichen, in denen es derzeit keine öffentliche Leistungshonorierung (entweder durch Kassentarife oder Wahlarztrückersätze) gibt, besteht für den einzelnen Arzt wenig Notwendigkeit, sich ein ÖÄK-Diplom ausstellen zu lassen, auch wenn er die entsprechende Ausbildung absolviert hat. Da sich der medizinische Leistungsbereich aber auch permanent weiterentwickelt, muss man auch festhalten, dass es ein großes Feld an medizinischen Leistungen gibt, die derzeit gar nicht durch ein ÖÄK-Diplom abgebildet werden und damit statistisch nicht fassbar sind.

Einen Überblick über die Verteilung dieser Zusatzberechtigungen zeigt die folgende Tabelle. Dabei wird in erster Linie unterschieden, ob die Inhaber aktuell als Allgemeinmediziner (AM) oder als Facharzt (FA) in die Ärzteliste eingetragen sind (ohne Doppelzählung). Weiters wird die darin enthaltene aggregierte Anzahl der niedergelassenen AM dargestellt (unabhängig davon, ob sie zusätzlich angestellt sind), und in der dritten Spalte wird angegeben, wie viele der aktuell niedergelassenen Allgemeinmediziner (Mai 2016: 6.804) über diese Diplome verfügen. Hierbei zeigt sich schon, welche Diplome ihre „Dominanz" im allgemeinmedizinischen Bereich entwickelt haben. Ebenso zeigt sich, wie sehr die Durchdringung dieses Leistungsbereiches in den AM-Praxen inzwischen stattgefunden hat.

Berechtigung	AM	FA	Darunter AM mit Ord.	% der Berechtigungen beim AM	.... % der AM mit Ordinationen haben
CPD: Angew. QM in Praxis	13	15	12	46 %	0,2 %
Dipl. Akupunktur	2.575	1.599	1.832	61 %	26,9 %
Dipl. Applied Kinesiology	37	9	34	79 %	0,5 %
Dipl. Chinesische Diagnostik	232	74	203	75 %	3,0 %
Dipl. Arbeitsmedizin	1.574	415	983	78 %	14,4 %
Dipl. Ernährungsmedizin	1.014	714	633	58 %	9,3 %
Dipl. Genetik	86	356	55	19 %	0,8 %
Dipl. Geriatrie	1.120	1.057	639	51 %	9,4 %
Dipl. Klinischer Prüfarzt	16	155	10	9 %	0,1 %
Dipl. KM: F.X. Mayr	197	36	161	84 %	2,4 %
Dipl. KM: Anthroposophische Med.	22	22	17	50 %	0,2 %
Dipl. KM: Homöopathie	572	137	478	80 %	7,0 %
Dipl. KM: Neuraltherapie	257	147	208	63 %	3,1 %
Dipl. Kneipptherapie	45	10	28	82 %	0,4 %
Dipl. Krankenhaushygiene	249	443	117	36 %	1,7 %
Dipl. Leitender Notarzt	118	255	68	31 %	1,0 %
Dipl. Manuelle Medizin	1.187	1.226	925	49 %	13,6 %
Dipl. Orthomolekulare Medizin	182	83	144	68 %	2,1 %
Dipl. Palliativmedizin	1.544	1.420	901	51 %	13,2 %
Dipl. Psychosomatische Medizin	807	1.067	545	43 %	8,0 %
Dipl. Psychosoziale Medizin	1.188	1.285	753	48 %	11,1 %
Dipl. Psychotherapeutische Medizin	383	1.067	280	26 %	4,1 %
Dipl. Schularzt	721	160	341	81 %	5,0 %
Dipl. Sexualmedizin	12	12	10	50 %	0,1 %
Dipl. Spezielle Schmerztherapie	243	678	125	26 %	1,8 %
Dipl. Sportmedizin	732	1.020	536	41 %	7,9 %
Dipl. Substitutionsbehandlung	641	485	436	56 %	6,4 %
Dipl. Umweltmedizin	662	278	471	70 %	6,9 %
Diplom Begleitende Krebsbehandlung	88	29	64	74 %	0,9 %
Diplom Forensisch-psych. Gutachten	1	129	1	1 %	0,0 %
Diplom Integrative Kurmedizin	409	144	195	73 %	2,9 %

Stand Mai 2016

Führerscheinuntersuchung	604	45	536	93 %	7,9 %
Zert. Angiologische Basisdiagnostik	231	234	186	49 %	2,7 %
Zert. Ärztliche Wundbehandlung	232	66	146	74 %	2,1 %
Zert. Basismodul Sexualmedizin	34	68	22	33 %	0,3 %
Zert. Reisemedizin	8	1	5	89 %	0,1 %

Tabelle 1: Verteilung der Diplome (etc.) auf Allgemeinmedizin und Fach – Anteile

Stand Mai 2016

Ein Großteil dieser Diplome ist ein direkter Hinweis auf Leistungsbereiche, die es in den 80er Jahren noch gar nicht gab oder jedenfalls noch nicht so entwickelt waren, um ihren statistischen Niederschlag zu finden. Damit zeigt sich aber auch, dass der niedergelassene Allgemeinmediziner alleine von seinem Leistungsspektrum her nicht mehr eine so homogene Gruppe darstellt wie in früheren Jahren.

Das prognostizierte Verschwinden der Marktgrenzen ist aber auch auf einer anderen Ebene eingetreten. Langsam, heimlich still und leise ist über die Jahre ein weiterer Gesundheitsmarkt entstanden. Diesen privatmedizinischen Bereich (oder sagen wir lieber: nicht öffentlich finanzierten Medizinbereich) hat es immer gegeben, er hat nur in den letzten Jahrzehnten massiv an Bedeutung gewonnen. Dabei ist es aber nicht ein Markt, der klar abtrennbar neben dem öffentlich finanzierten steht, sondern der (gemäß den Prognosen) eine in weiten Bereichen durchlässige Grenzschicht zum gewohnten öffentlich finanzierten Bereich aufweist.

Die Abgrenzung fällt dort besonders leicht, wo es um Leistungsbereiche geht, die von der öffentlichen Hand gar nicht finanziert werden. Problematischer wird die Trennung aber dort, wo die Leistung zwar an sich unter die Sach- oder Geldleistungspflicht der Krankenversicherung fällt, aber diese im konkreten Fall nicht von einem Vertragsarzt oder einer Vertragseinrichtung erbracht wird. Hierbei zahlt der Patient direkt beim Leistungserbringer und kann (er muss aber nicht) in Folge bei seiner Krankenkasse Wahlarztrückersätze geltend machen. Hierbei wird ihm aber bestenfalls nur ein Teil dieser Kosten ersetzt. Aufgrund gängiger Theorien des Konsumentenverhaltens im Dienstleistungsbereich („voting by feet") kann angenommen werden, dass Patienten dann, wenn ihr Leidensdruck im öffentlichen Gesundheitsbereich oder ihre Zahlungsbereitschaft ausreichend hoch ist, auf privatmedizinische Leistungsangebote wechseln. Es muss auch angenommen werden, dass ein großer Anteil dieser privat (vor)finanzierten Leistungen gar nicht erst eingereicht wird. Dies lässt sich mit folgenden Relationen argumentieren:

Leistungen durch Vertragsärzte	2.400.826.392
Vertragsärzte	7.657
je Arzt	313.547

Leistungen durch Wahlärzte	160.947.539
Wahlärzte	9.627
je Arzt	16.718

Tabelle 2: Relationen Kassen- und Wahlärzte/Ärzte und Honorare

(Datenquelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2014) – mit Ausnahme der Wahlärzte (ÖÄK))

Auf Grund obiger Relationen kann davon ausgegangenen werden, dass ein Großteil der Wahl- oder Privatarzthonorare gar nicht erst bei der Krankenversicherung eingereicht wird, da es sich um Leistungsbereiche handelt, die von der sozialen Krankenversicherung derzeit nicht finanziert werden oder in einem so geringen Ausmaß, dass es dem Patienten zu aufwendig ist, dies zu betreiben. Dennoch existieren diese Praxen alle.

Im Gegenzug beziffert die Statistik Austria in den SHA[4]-Tabellen den privatmedizinischen Bereich mit 650 Mio. €[5]. Also mit dem etwa 4-fachen Umfang, was aber immer noch nicht restlos erklärt, wie sich diese Wahlarztpraxen finanzieren. Zwar kann davon ausgegangen werden, dass viele Wahlarztpraxen (vor allem im Bereich der Allgemeinmedizin) nicht mit dem finanziellen und zeitlichen Engagement betrieben werden wie die Kassenpraxen und damit auch nicht deren allgemeinen Versorgungsgrad erreichen, dennoch zeigt die u.a. Tabelle, dass ein Großteil der o.a. Diplome, die sich bei niedergelassenen Allgemeinmedizinern befinden, im Wahlarztbereich (hier operationalisiert als Nicht-GKK-Ärzte) situiert sind.

4 SHA – System of health accounts

5 Aufwendungen für Medical practices (HP.3.1.), finanziert durch Household out-of-pocket payment (HF.3)

Stand Mai 2016	Anteil der Diplome unter Allgemeinmedizinern mit Ordination, der auf nicht GKK-Ärzte entfällt
Dipl. Akupunktur	58,3 %
Dipl. Applied Kinesiology	85,3 %
Dipl. Chinesische Diagnostik	84,2 %
Dipl. Ernährungsmedizin	40,9 %
Dipl. KM: F.X. Mayr	72,7 %
Dipl. KM: Anthroposophische Medizin	70,6 %
Dipl. KM: Homöopathie	79,5 %
Dipl. KM: Neuraltherapie	46,2 %
Dipl. Kneipptheraphie	64,3 %
Dipl. Manuelle Medizin	38,4 %
Dipl. Orthomolekulare Medizin	70,8 %
Dipl. Palliativmedizin	29,9 %
Dipl. Psychosomatische Medizin	52,8 %
Dipl. Psychosoziale Medizin	47,9 %
Dipl. Psychotherapeutische Medizin	70,7 %
Dipl. Schularzt	52,8 %
Dipl. Sexualmedizin	60,0 %
Dipl. Spezielle Schmerztherapie	45,6 %
Dipl. Sportmedizin	40,7 %
Dipl. Substitutionsbehandlung	26,8 %
Dipl. Umweltmedizin	30,4 %

Tabelle 3: Diplome unter niedergelassenen Allgemeinmedizinern – Anteil an nicht GKK-Ärzten

Patienten, die im Speziellen diese Leistungsbereiche suchen, werden also mit größerer Wahrscheinlichkeit im Wahlarztbereich fündig werden.

Ein weiterer Aspekt, der aufgrund mangelnder Daten statistisch vollkommen quantifizierbar ist, spielt in diese Thematik hinein. Im Gegensatz zur Allround-Praxis scheint ein neuer Praxistyp entstanden zu sein, der (stereotyp) keine regelmäßigen ordentlichen Öffnungszeiten hat, sondern nur über Terminvereinbarung funktioniert, nur ein eingeschränktes Leistungsspektrum anbietet, in der Regel nicht geräteintensiv ist und dessen Praxis-Infrastruktur mit geringem finanziellen Engagement betrieben wird (Einmietung in anderer Praxis, Gruppenpraxis, Ge-

meinschaftspraxis etc.). Dem Klischee folgend wird diese Praxis überwiegend von Frauen betrieben, sie widmet sich mit Schwerpunkt der Gesprächsmedizin oder alternativmedizinischen Ansätzen und befindet sich im oder in der Nähe der urbanen Zentren.

Dass darin wenigstens ein wahrer Kern steckt, zeigt die die folgende Übersicht.

Ohne Kassen				Mind. 1 Kassa oder KFA			
Tätigkeit	Geschlecht	Anzahl	Anteil	Tätigkeit	Geschlecht	Anzahl	Anteil
nur Ord.		1.922		nur Ord.		3.054	
	M	807	42,0 %		M	2.007	65,7 %
	W	1.115	58,0 %		W	1.047	34,3 %
Ord. + Anstellung		1.014		Ord. + Anstellung		814	
	M	345	34,0 %		M	546	67,1 %
	W	669	66,0 %		W	268	32,9 %

Tabelle 4: Geschlechtsanteile im Kassen- und Wahlarztbereich

Während der überwiegende Teil der Kassenärzte für Allgemeinmedizin männlich ist, ist jener der Wahlärzte überwiegend weiblich. Da neue Invertragnahmen nur infolge pensionsbedingter Vertragsrücklegungen von statten gehen, ist es gewissermaßen logisch, dass der Frauenanteil im Wahlarztbereich wesentlich schneller ansteigen kann. Wobei die Situation für die Frauen oft eine ambivalente sein wird. Zum einen bietet der Wahlarztbereich genau die Möglichkeiten (flexible Zeiteinteilung, Teilzeitmöglichkeit, Kooperationsformen), die junge Ärztinnen besonders nachfragen. Andererseits ist dieser Bereich aber oft auch nur das, was möglich ist, weil die finanzielle Ausgangssituationen oder das verfügbare Zeitbudget nicht ausreicht, um alle Aufwendungen tragen zu können, die eine Full-Time-Kassenstelle abseits der zentralen Wohnräume erfordern würde.

4. Karrierepfade

Wie oben bereits ausgeführt, ist das Ausbildungssystem in Österreich ein duales. Oder um es pointiert zu formulieren: Die gegenwärtigen Allgemeinmediziner sind solche aus Berufung oder zukünftige Fachärzte, die noch nicht fertig sind. Der Ausbildungsweg ist ein langer und vielschichtiger und mit einer Fülle von Einzelentscheidungen und unbeeinflussbaren Weichenstellungen gepflastert, die für den einzelnen große Unsicherheit inkludieren. Dies führt auch dazu, dass die Karrierepfade selten nach Plan verlaufen. Deshalb ist ein Teil der aktuellen Allgemeinmediziner auch ehemals hoffnungsvolle Facharztanwärter, die gescheitert sind oder die „umgesattelt" haben.

Deshalb wollen wir im folgenden Abschnitt einen Detailblick riskieren. Da man sich in der Komplexität sehr schnell verlieren kann, wählen wir einen einfachen Ansatz: Wir betrachten – im großen Zeitraum – die Absolventen der österreichischen Universitäten nach ihren Promotionsjahrgängen[6] und sehen uns an, was bis jetzt aus ihnen geworden ist.[7] Wir betrachten hierbei alle jemals in die Ärzteliste eingetragenen Ärzte. Auch nicht österreichische Staatsbürger, die in Österreich promoviert haben, sind inkludiert. Der Fokus liegt hierbei auf der Frage, welche Berufsberechtigungen sie bis heute (Mai 2016) erworben haben. Sind sie Allgemeinmediziner geworden oder Fachärzte oder beides oder – jedenfalls in Österreich – noch gar nichts? Ob Teile dieser Ausbildung im Ausland absolviert oder sogar dort abgeschlossen wurden, wird ebenfalls nicht unterschieden. Im innerstaatlichen Kontext sind die Daten der tätigen Ärzteschaft eine Vollerhebung, allerdings nur soweit das Ärztegesetz zur Anwendung kommt, und das bezieht sich nun mal ausschließlich auf die ärztliche Tätigkeit in Österreich. Über Absolventen inländischer Universitäten, die niemals in den medizinischen Bereich in Österreich eingestiegen sind, wissen wir gar nichts. Der gesamtwirtschaftliche Verlust zwischen Uni und Turnus lässt sich zwar mit leichten Unschärfen quantifizieren, aber (jedenfalls nicht mit unseren Daten) hinsichtlich des Motives nicht analysieren. Ähnlich geht es uns mit Ärzten (Promoventen), die zwar mit der Medizin begonnen, aber nachher (in Österreich) wieder aufgehört haben. Ob sie die Medizin aufgegeben oder ihre Karriere unterbrochen oder im Ausland fortgesetzt

6 Kalenderjahr – Quervergleiche zu Studiendaten (auf Studienjahren) sind nur bedingt möglich.

7 Ausländische Promotionen werden in dieser Analyse nicht betrachtet, weil aufgrund unterschiedlicher nationalen Gesetzgebungen und sonstiger Faktoren, die betrachtete Gruppe überaus inhomogen wäre.

haben, lässt sich ebenfalls nicht stichhaltig analysieren.[8] Fest steht: Dem österreichischen Gesundheitssystem sind sie abhandengekommen.

Und damit zurück zur Auswertung. Analysiert man die vorliegenden Promotionsjahrgänge (Kalenderjahre), so zeigen sich folgende Verhältnisse:

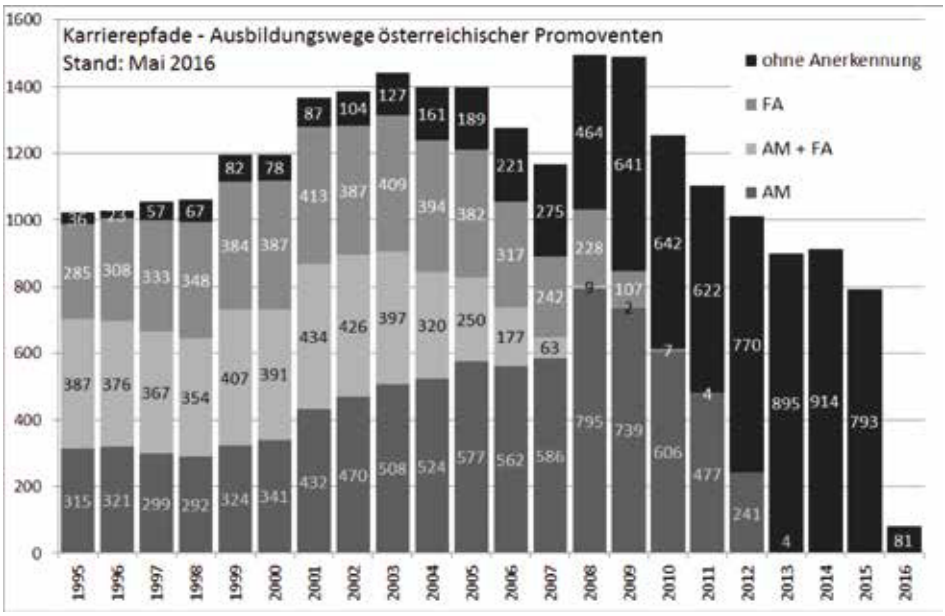


Abbildung 4: Berufsberechtigungen österreichischer Promoventen

Wir betrachten hier natürlich einen laufenden Prozess. Es ist offensichtlich, dass aus den Promotionsjahrgängen 2013 ff. noch „nichts geworden" ist und der Promotionsjahrgang 2012 noch nicht ausreichend Zeit hatte, eine Facharztausbildung zu absolvieren. In den weiter zurückliegenden Jahrgängen zeigt sich, dass die Gruppe, die sowohl Allgemeinmedizin als auch Facharzt erworben hat, die Größte ist. Logisch weitergedacht bedeutet dies aber auch, dass jegliche „Demarkationslinie" zwischen den Fachärzten und den Allgemeinmediziner (derzeit) ein überaus hypothetisches Konstrukt ist (ungeachtet der Tatsache, wie intensiv die Identifikation der einzelnen Ärzte mit einer dieser beiden Gruppen sein kann).

8 Zwar sind einzelne Faktoren bei Berufsunterbrechung bekannt oder ein Hinweis bzw. ein Indiz, ob es sich um Karenz, Mutterschutz oder Auslandstätigkeit handelt. Gleichzeitig sind aber ausreichend Einzelfälle bekannt, die sichtbar machen, dass diese Indizien im Licht der zukünftigen individuellen Entwicklung dann doch nicht zutreffen und man diesen „weichen Daten" nicht übermäßig vertrauen sollte.

Ebenso lassen diese Zahlen auch mehrere Interpretationen hinsichtlich einer Wertung zu:

Es gibt eine eher positive Synergiefunktion, die davon ausgeht, dass die „zweigleisigen" Berufsberechtigungen einen interdisziplinären Vorteil für Arzt und Patienten bieten, indem Fachrichtungen, die eine (wie immer geartete) Nähe zur Allgemeinmedizin aufweisen, davon profitieren können.

Im Gegensatz dazu steht allerdings die „Verschwendungshypothese", die davon ausgeht, dass die „notwendige" Allgemeinmedizin vor dem Fach eine Zeitverschwendung (und damit auch volkswirtschaftliche Ressourcenverschwendung) darstellt.

Und irgendwo zwischen diesen Extremen wird auch in relevanten Dimensionen der Umstand stehen, dass man in der vergangenen Zeit des Ärzteüberschusses lieber (vorerst) in die Allgemeinmedizin ausgewichen ist, als Wartezeiten auf freie Fachausbildungsstellen untätig verstreichen zu lassen.

Im Zuge der Ärzteausbildungsordnung 2015 versucht man diese „Fehlentwicklung" zu begradigen. Es ist vorgesehen, dass sich die Ärzte nach einer Basisausbildung zwischen der Allgemeinmedizin- und der Fachausbildung entscheiden müssen und beide Gruppen in Folge auf direktem Weg zügig ausbildet werden. Da diese Ausbildung von den Betreibern der Ausbildungsstellen in ein elektronisches Tool (ASV) zu melden ist, erwartet man sich auch valide Daten, um den zukünftigen System-Output an fertigen Ärzten frühzeitig und genau abschätzen zu können. Gegenwärtig befinden sich aber die neuen Ausbildungsstellen erst in der Phase der Genehmigungen ihrer Ausbildungsberechtigungen, sodass zurzeit noch keine Daten über die Tendenzen der Jungärzte zur Allgemeinmedizin oder zum Fach vorliegen.

Eine wesentliche Relation muss aber noch – für die weiteren Betrachtungen – aus den obigen Zahlenreihen abgeleitet werden. Addiert man die Zahlenreihen (AM) + (AM/FA) und setzt sie zur Zahlenreihe (AM/FA) in Beziehung, lässt sich feststellen, wie viel Prozent der fertigen Allgemeinmediziner man an die Facharztausbildung verliert. Zwischen 1995 und 2000 sind es nahezu konstant an die 55 %, um in den nächsten Jahrgängen erwartungsgemäß konstant zu sinken. Dies dadurch, dass ein Teil der Ärzte dieser Promotionsjahrgänge „noch unterwegs" ist. Medizinische Berufswege dauern tatsächlich so lange, deswegen dürfen wir auch jetzt davon ausgehen, dass wir von den aktuellen AM-Neuausstellungen 55 % an die Facharztausbildung verlieren werden, auch wenn der Beweis dieser Annahme erst in 15 Jahren einigermaßen erfolgt sein wird.

Für alle, denen diese Schlussfolgerung zu gewagt ist, ein Blick zurück:

2005 wurde dieselbe Auswertung nach derselben Methodik gemacht. Damals ergab sich dieses stabile 55 %-Niveau für den Promotionszeitraum 1986–1995 (1980–1986 stieg der Wert von 40 auf 55 % an). Damals ergab die Auswertung für 1995 (10 Jahre vorher) einen Wert von 25 %. Heute liegt der 1995er Wert bei 55 % und der 2005er Wert (10 Jahre vorher) bei 30 %, was an sich für stabile Relationen spricht. Deswegen wird für die unteren Ausführungen davon ausgegangen, dass mindestens 55 % der neu ausgebildeten Allgemeinmediziner in die Facharztausbildung gehen und, wenn überhaupt, nur vorübergehend als Allgemeinmediziner tätig werden – und das überwiegend nur im angestellten Bereich.

5. Zusammensetzung der Ärzteschaft – Geschlecht/Alter/ Gesundheitsmarkt

Wie oben gezeigt, ist der Weg zum Allgemeinmediziner (oder zum Facharzt) ein komplexer, und die Übergänge zwischen den beiden Bereichen sind genauso wie die zwischen Niederlassung und Spital oder privat und öffentlich fließend. Im Zuge aktueller gesundheitspolitischer Betrachtung werfen wir also einen Blick auf den Status quo. Was machen die Allgemeinmediziner in Österreich, wo sind sie tätig, sind sie Mann oder Frau und, vor allem, wie alt sind sie?

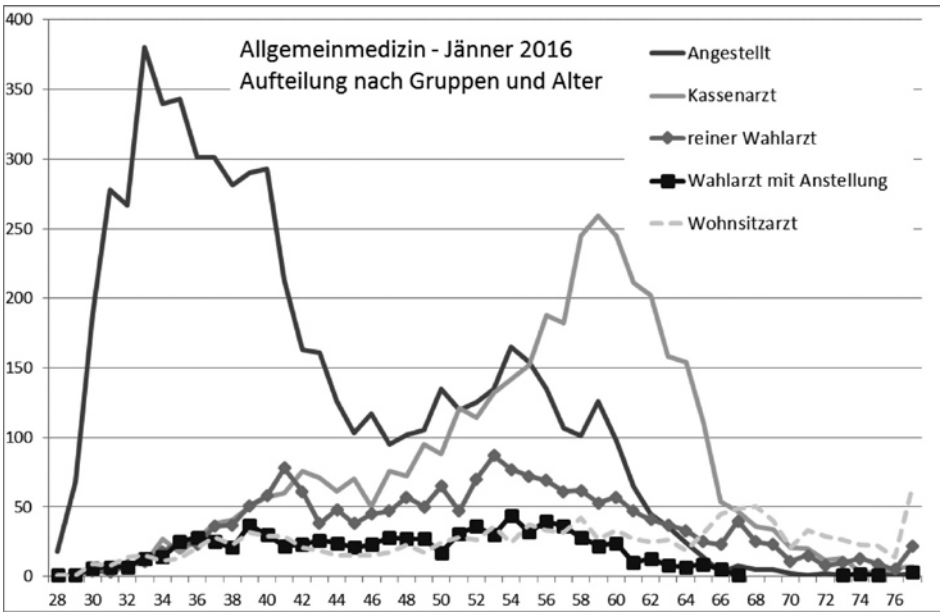
Einen ersten groben Überblick gibt die folgende Tabelle:

AM – Jänner 2016

Angestellt	6.151		Mit Ordination
Kassenarzt	3.881	Wahlärzte	6.560
reiner Wahlarzt[9]	1.843	2.679	
Wahlarzt mit Anstellung	836		
Wohnsitzarzt	1.264		
	13.975	19 %	47 %

9 Wahlarzt und Privatarzt werden hier als Synonyme verwendet.

Tabelle 5: .....



Geht man ins Detail, so zeigt sich folgende Altersverteilung unter den Gruppen:

Abbildung 5: Altersverteilung Allgemeinmedizin

Wie bereits oben ausgeführt, muss davon ausgegangen werden, dass der größte Anteil der angestellten Allgemeinmediziner in jungen Jahren Ärzte in Fachausbildung ist, die aber aufgrund ihrer Berechtigung als AM bereits auch als Stationsärzte oder angestellte Notärzte tätig bzw. in den oben angeführten „neuen" Leistungsbereichen der Allgemeinmedizin im Anstellungsbereich tätig sind (Schulärzte, Arbeitsmediziner etc.).

Markant – und m.E. besorgniserregend – ist der Gipfel bei den Kassenärzten[10], der jenseits der 60 Jahre steil abfällt. Dies bedeutet, dass in der nächsten Zeit eine große Gruppe von Kassenärzten in das Pensionsalter kommt und daher altersbedingt ersetzt werden muss. Und das sind immerhin über 1.300 Ärzte (von knapp

10 Vertragsärzte der Krankenfürsorgeanstalten, die formell keine Versicherung sind, werden hier ebenfalls inkludiert.

3.900), die in den nächsten 5 Jahren ihre Praxis übergeben müssten. Dies ist immerhin mehr als ein Drittel dieser Berufsgruppe und entspricht – bei gleichmäßiger Verteilung auf die Jahre – etwa 270 Vertragsübernahmen.

Und woher sollen diese Ärzte herkommen?

Variante 1: Sie sind schon da, d.h., sie sind bereits im System und in anderen Bereichen tätig und lassen sich in den kassenärztlichen Bereich transferieren.

Wie die obigen Zahlen zeigen, scheinen sich tatsächlich ausreichend Ärzte im Wahlarztbereich zu bewegen, um diese Differenz locker ausgleichen zu können. Doch dürfen wir eins nicht vergessen: Zahlen wie diese zeigen nur das faktische Ergebnis sehr unterschiedlicher komplexer Prozesse und sagen wenig über die Motive und Möglichkeiten zur Veränderung der aktuell beobachteten Ärzteschaft aus. Wie oben ersichtlich, gibt es mehr reine AM-Wahlärzte als solche, die neben der Wahlarzttätigkeit noch einer Anstellung nachgehen. Und hier stellt sich die Frage: Ist der „Nebenerwerbs-Allgemeinmediziner" eine wirtschaftliche Notwendigkeit, ein notwendiges Übel oder sogar ein Benefit? Ist die alleinige Wahlarzttätigkeit eine bewusst gewählte Konstellation in der Work-Life-Balance oder weil es nicht anders geht? Oder vielleicht sogar beides?

Könnten diese Gruppen überhaupt in den Kassenbereich wechseln?

66 % der Kassenallgemeinmediziner sind Männer, aber 62 % der Wahlärzte sind Frauen. Dort, wo es um die Nachfolge von Kassenordinationen im urbanen Zentralraum geht, reagiert man auf die bereits bestehende Nachfolgeproblematik mit unterschiedlichen Formen der Kooperation (Gruppenpraxen, Übergangspraxen, Jobsharing-Modelle etc.), um auf die Situation der freiberuflichen Leistungsanbieter einzugehen. Im peripheren Umfeld (Landmedizin) sind diese Ansätze in vielen Fällen ergebnislos, da zu wenig Interessenten bereit sind, den Mittelpunkt ihres Lebens in ihr Berufsumfeld zu verlegen oder die Arbeitszeiten und die Anfahrtswege alternative Arbeitsformen erschweren oder verunmöglichen.

6. Neue Ärzte braucht das Land

Variante 2: Sie kommen neu ins System. Wenn sich die notwendigen Allgemeinmediziner nicht aus den bereits tätigen Ärzten rekrutieren lassen, müssen sie also neu ins System kommen. Und hierfür gibt es prinzipiell zwei Möglichkeiten: Entweder sie kommen bereits als fertige Ärzte nach Österreich („Immigration" oder „Rückwanderung") oder sie werden durch innerösterreichische Ausbildungskapazitäten ausgebildet.

6.1. Zustrom fertiger Allgemeinmediziner aus dem Ausland

Die (überaus dürftigen) Ergebnisse zeigt die folgende Tabelle

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gesamt	**210**	**219**	**171**	**182**	**216**	**239**	**238**	**243**	**291**	**275**
Inländer	20	16	10	14	19	21	23	28	41	49
Ausländer	190	203	161	168	197	218	215	215	250	226
AA	55	55	44	57	42	69	58	62	77	0
M	25	36	26	30	18	34	30	29	33	0
F	30	19	18	27	24	35	28	33	44	0
AM	13	22	4	10	15	17	13	17	16	14
M	6	13	2	7	8	9	6	10	7	5
F	7	9	2	3	7	8	7	7	9	9
FA	142	142	123	115	159	153	167	164	199	261
M	100	100	89	79	112	100	104	109	111	151
F	42	42	34	36	47	53	63	55	88	110

Tabelle 6: Ersteintragungen berufsberechtigter Ärzte

Pro Jahr werden etwa 200 bis 300 Ärzte, die ihre postpromotionelle Ausbildung im Ausland erworben haben und berufsberechtigt sind, in Österreich neu eingetragen. Den größten Anteil stellen hierbei die Fachärzte, gefolgt von den approbierten Ärzten. Diese wurden bis 2015 als approbierte Ärzte eingetragen und konnten sich dementsprechend auch niederlassen, konnten aber nicht im SV-Kassensystem tätig werden. Ein Großteil dieser Ärzte hat deshalb auch in Österreich eine weitere Ausbildung zum AM oder FA absolviert. Seit 2016 werden diese Ärzte als Turnusärzte eingetragen, und eine neue Eintragung als approbierter Arzt

ist nicht mehr möglich. Nur zwischen 10 und 20 Ärzte werden jährlich als einwandernde Allgemeinmediziner neu registriert. Damit stellt diese Gruppe keine relevante Größe für die o.a. Problematik dar.

6.2. Effektive Ausbildungskapazitäten – Output an Ärzten

Wie erwähnt, sind die Faktoren, die die ärztliche Ausbildungszeit und damit den Output des Gesamtsystems determinieren, sehr vielschichtig. Aber wie groß ist dieser Output jetzt wirklich?

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Neuanerkennungen AM	841	805	833	810	837	852	876	856	894	871	795

Tabelle 7: Neuanerkennungen zur Allgemeinmedizin

Obige Zahlen stellen den aktuellen Stand (Mai 2016) an neu ausgestellten Anerkennungen zur Allgemeinmedizin, gegliedert nach dem Jahr des Ausbildungsendes, dar. Dies bedeutet aber auch, dass sich die Zahlen der letzten Jahre nachträglich noch erhöhen können (und es für 2015 auch noch etwas tun werden). Ärzte, die beispielsweise im Jahre 2015 ihr Diplom zur Allgemeinmedizin beantragen und abholen hätten können (aber dies nicht getan haben, weil in Kinderkarenz oder direkt weiter in Fachausbildung oder sie es aus einem anderen Grund nicht gebraucht haben) und sich zukünftig die Berufsberechtigung noch „abholen", erhöhen nachträglich noch den Output des entsprechenden Jahres.

Wie und wie schnell sich dieser Output im Zuge der Änderungen der Ärzteausbildungsordnung 2015 verändern wird, ist vermutlich eine der spannendsten Fragen in diesem Bereich.

Für die weiter unten angeführten Betrachtungen wollen wir – als Mittelwert der letzten 5 Jahre – von einem jährlichen Output an neuen Allgemeinmedizinern von rd. 850 Ärzten ausgehen.

7. Exkurs: Grenzen objektiver Bedarfsplanungen

Man sagt der Wissenschaft nach, dass sie wertfrei sei, und über weite Bereiche scheint das auch so zu sein. Der wissenschaftliche Methodenapparat ist in den letzten Jahrzehnten weiterentwickelt worden, um schwer greifbare Bereiche gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen, Entscheidungsparameter und deren Konsequenzen objektiv und seriös bearbeiten zu können. Dort, wo wissenschaftliche Methodik oder deren empirische Evidenz nicht ausreichend vorliegt, versucht man durch saubere und transparente formelle Methodik seriöse Grundlagen zu erarbeiten. Sehr oft sieht dann etwas wie „Wissenschaft" aus, ist es aber nicht wirklich. Gleichzeitig ist auch im Gesundheitsbereich (wie in vielen anderen Bereichen auch) eine Beratungsindustrie entstanden, die neben der echten Forschung für den politischen Entscheidungsträger auch die Funktion der Risikominimierung für die politisch Verantwortlichen anbietet oder vorgaukelt.

Eine gleichsam klassische Situation dieser Art findet sich in der globalen Bedarfsplanung.

Umfangreiche Studien werden erarbeitet, riesige Tabellen erstellt und es wird (vom grünen Tisch weg) für entlegene Detailregionen genau errechnet, wie viele Ärzte einer Fachrichtung fehlen oder zu viel sind. Über die Ausgangsannahmen, Grundlagen und immanenten Wertesysteme einer solchen Bedarfsplanung wird dabei wenig gesprochen und von der interessierten Öffentlichkeit noch weniger nachgefragt. Liegt die Studie erst mal am Tisch, interessieren nur mehr die Ergebnisse und einzelne Highlights, über das versorgungspolitische Wertesystem der Studienautoren oder deren Auftraggeber herrscht aber Schweigen, denn eigentlich lautet die Ausgangsfrage ja ….

7.1. Wie viel ist genug oder ab wann ist es zu wenig?

Alleine das grundlegende Konzept des „Bedarfes" (egal nach welcher Definition) geht von einer individuellen Defizitsituation aus, die sich schwer objektivieren und in der intersubjektiven Vergleichbarkeit kaum valide (oder widerspruchsfrei) quantifizieren lässt. Im Zuge der Wirtschaftswissenschaften erfuhr der „Bedarfsbegriff" eine Scheinobjektivierung, indem man ihn als die in Marktpreisen ausgedrückte Zahlungsbereitschaft eines Nachfrager-Kollektives interpretierte.[11] Aber der Gesundheitsbereich ist ein imperfekter Markt, der eine ganze Reihe von seltsamen Eigenschaften aufweist, sodass diese gängigen mikro- oder makroökonomischen Ansätze zu kurz laufen.

Auch wenn es in der gegenständlichen Situation scheinbar um die simple Frage geht, ob wir einem Ärztemangel entgegen gehen, sollten wir uns erst mal darüber im Klaren werden, ob wir alle die gleichen Vorstellungen von „genug" haben, bzw. sollten die versorgungspolitischen (und damit nicht mehr ganz wertfreien) Positionen klar am Tisch liegen.

Oft gehen Bedarfsstudien vom Status quo aus[12], der in Ermangelung anderer Alternativen über eine politische Positionierung erhaben scheint. Im Kalkül, „wenigstens den jetzigen Status zu halten", drückt sich schon eine resignative Grundhaltung aus, die jedem westlichen marktwirtschaftlichen Wertesystem des Fortschritts vollkommen widerspricht. Der Status quo wird zum Maß der Dinge erklärt, und da das österreichische Gesundheitssystem in der Regel für gut befunden wird, lässt sich dagegen schwer argumentieren.

Dass der Status quo nicht immer der optimale Zustand ist und sich oft lange unbeobachtet zum schlechteren wenden kann, sei an folgendem Beispiel demonstriert.

> Von 2000 bis 2013 hat sich die Anzahl der AM-Kassenärzte von 8.491 auf 7.657 reduziert. Gleichzeitig stieg die Gesamtbevölkerung von 8.011.566 auf 8.477.230 Einwohner an. Stellt man diese Zahlen einander gegenüber, so hat sich die Versorgungsdichte von 1.787,1 Personen je AM-Vertrags-

11 Ohne dabei aber die Zahlungsfähigkeit der Nachfrager großartig zu thematisieren.

12 Sofern man die Analysen und Berechnungen dieses Artikels als Bedarfsstudien sehen will, gehen auch diese vom Status quo aus.

arzt auf 2.056.6 Personen je Vertragsarzt „verschlechtert“[13]. Wenn man die gleiche Versorgungsdichte im Jahre 2013 haben hätte wollen, wie sie im Jahre 2000 geherrscht hatte, hätte man also 622 Vertragsärzte für Allgemeinmedizin mehr im System haben müssen.

Wie ist es dazu gekommen? Früher war es für niedergelassene Ärzte leicht, an Kassenverträge der bundeseinheitlichen Träger zu kommen (und diese auch zu behalten, nachdem sie GKK-Verträge zurückgelegt hatten). Durch die damit verbundene Stellenausweitung der Vertragsärzte dieser Kassen sind diese mit der Zeit dazu übergangen, sich am Stellenplan der GKKs zu orientieren und nur bei regional punktuellen Erfordernissen davon abzuweichen. Dadurch hat sich die Zahl der Vertragsärzte über den Zeitraum im oben angeführten Ausmaß verringert. Zwar war ein Großteil dieser Stellen (mit nur kleinen Kassen) nicht zu 100 % ausgelastet und damit nicht so versorgungswirksam wie die GKK-Vertragsstellen. Deren Wegfall hat aber dazu geführt, dass sich die Versicherten dieser Kassen immer stärker konzentriert bei den GKK-Vertragsärzten behandeln lassen, die diese Verträge auch immer schon gehabt haben. Den Rückgang der Vertragsarztstellen haben die Patienten in relevanten Ausmaß vermutlich ebenso wenig bemerkt (und ihren Kassen gegenüber nicht artikuliert) wie die sukzessive Zunahme der Versicherten der kleinen Kassen bei den GKK-Vertragsärzten bemerkt worden ist. Der Druck in den Ordinationen ist damit aber schleichend gestiegen.

Selbst wenn dann die Studienautoren mutigere Ansätze wählen und höhere Level an Versorgungsgraden als dem Land, dem Fortschritt, dem Wohlstand oder der Zeit entsprechen postulieren, erreichen sie damit oft die Grenze der Zuständigkeit ihrer Auftraggeber oder man wirft ihnen überhaupt Realitätsferne vor. Denn höherer Bedarf bedeutet auch zusätzliche Finanzmittel, was wiederum zu einer Finanzierungs- und Allokationsfrage führt und – aufgrund der österreichischen Finanzierung der Krankenversicherung – im Kontext der Lohnnebenkosten unweigerlich wirtschafts- und arbeitspolitische Diskussionen hervorruft.

Im Gegenzug dazu stellt sich aber auch die Frage, wie unabhängig von solchen Studien sich ein realer Bedarf artikulieren kann, bzw. wann, wie und von wem er korrekt diagnostiziert werden kann.

13 Die Gesamtbevölkerung den Vertragsärzten hier vereinfachend gegenüberzustellen, ist für Österreich deshalb legitim, da in Österreich immer nahezu 100 % der Gesamtbevölkerung sozialversichert sind. Versichertenzahlen zu verwenden, würde andere systembedingte Unschärfen (z.B. Mehrfachversicherungen) in die Betrachtung bringen, deren Auswirkungen größer wären als die in der oben angestellten Betrachtung.

7.2. Versorgungswirksamkeit der Wahlärzte

„Stell dir vor, es ist Ärztemangel und keiner merkt es."

Ein berühmter Streitpunkt in jeder Ärztebedarfsplanung ist der Themenkomplex, der sich mit der sogenannten „Versorgungswirksamkeit der Wahlärzte" beschäftigt. Im besten Fall wird im Lauf der Studie definiert, was unter diesem Begriff verstanden wird und wie er sich ins methodische Szenario eingliedert. Im schlimmsten Fall wird davon ausgegangen, dass es ein stehender Begriff ist, und er wird einfach quantifiziert. Da die meisten Bedarfsstudien von der öffentlichen Hand finanziert und die Wahlärzte dem privatmedizinischen Bereich zugeordnet werden, tendieren diese Studien dazu, die Bedeutung dieses Sektors zu unterschätzen oder zu ignorieren und – noch schlimmer – als „Reservearmee" für den öffentlichen Versorgungsbereich zu interpretieren. Dies mag vielleicht einmal der Fall gewesen sein, als der öffentliche Versorgungsbereich noch viel attraktiver gewesen ist. Aber die Entwicklung der Wahlärzte zeigt, dass es da draußen jede Menge an Ordinationen gibt (und das schon eine ganze Zeit lang), die beweisen, dass sie auch ohne den Kassenbereich können – und teilweise ganz gut können. Wir werden davon ausgehen müssen, dass ein Großteil dieser Ärzte gar nicht erst ins Kassensystem will und dass ein anderer Teil gar nicht ins Kassensystem kann (mit all den Verpflichtungen und Anschub-Ressourcen, die benötigt werden). Während es für Fachärzte noch durchaus attraktive Konstellationen gibt (die sich aus Fachrichtung, Planbarkeit, Lage, Synergie und Kooperationen jeglicher Art ergeben können), sind diese Ausgangsparameter für die Allgemeinmedizin immer schon weniger optimal gewesen. Hoher Patientendurchsatz, geringe Abrechnungsmöglichkeit, zunehmender Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand (Heilmittelbewilligung, Krankmeldungen etc.), breites Patientenklientel mit oft unklaren Symptomen und Diagnosen, Überalterung, Multimorbidität etc. sind Faktoren, die besonders in allgemeinmedizinischen Kassenordinationen aufschlagen.

Meiner Einschätzung nach ist der wahlärztliche Bereich nur zu einem sehr geringen Ausmaß in der Lage und willens, in den Kassenbereich einzusteigen. Überwiegend sehe ich dies als Attraktivitätsproblem des Kassenbereiches. Sofern dieser Bereich nicht attraktiver wird (und derzeit sehe ich keine Indizien dafür), wird der Wahlarztbereich weiterhin neben dem Kassenbereich – wenigstens im derzeitigen Ausmaß – bestehen bleiben oder noch mehr zunehmen. Dies bedeutet aber auch, dass in der Frage der Nachwuchsproblematik die Politik die Rahmenbedingungen setzen muss, damit das universitäre Bildungssystem und das postpromotionelle Ausbildungssystem diesen Bereich berücksichtigen und beschicken kann. Es wird auch nicht reichen, wenn die Universitäten an sich genügend Ärzte

produzieren, wenn diese dann aber in die Wahlarzttätigkeit gehen, weil sie in den Kassenbereich nicht mehr wollen oder können. Im schlimmsten Fall wird sich das System zu einer noch extensiveren Zweiklassenmedizin transformieren, in der – unabhängig davon, welche Ärztemengen produziert werden – zu wenige oder zu schlechte Ärzte im Kassensystem verbleiben.

Ebenso ist die hohe Ärztedichte in Österreich dann aber auch kein Sicherheitspolster, der einen drohenden (sektoralen) Ärztemangel abfedern kann. Denn auch im niedergelassenen Bereich gilt: *„Wir brauchen immer mehr Köpfe, um die notwendigen Vollzeitäquivalente zu erreichen."*[14] Das nächste Kapitel widmet sich eben diesem hohen Ärzteanteil in Österreich (der nicht nur für die Gesamtärzteschaft gilt, sondern auch für den niedergelassenen Bereich). In extenso werden hier einzelne Faktoren beleuchtet, die in der aktuellen Diskussion oft thematisiert werden. Dabei gehen wir weit über den Bereich der niedergelassenen Allgemeinmedizin hinaus, da ja auch oft dem „überdimensionierten" Spitalsbereich diese Funktion des „Sicherheitspolsters" immanent unterstellt wird. Deswegen werden hier diese gesamtsystematischen Vergleiche angestellt und auch die Vergleiche zu Deutschland, dem Land, zu und von dem die Wanderbewegungen teilweise sehr intensiv ausfallen und wo seit längerem ebenfalls ein drohender Ärztemangel artikuliert wird. Aufgrund der Nähe und der Größe besteht durchaus die Gefahr, dass (auch wenn das jetzt paranoid klingt) ein Ärztemangel in Deutschland (der sogar nur viel kleiner zu sein braucht) Österreich aussaugen könnte.

14 Deswegen auch der nachhaltige Ruf nach Kooperationsformen.

8. Exkurs: Ärztezahlen Österreichs im internationalen Vergleich

8.1. Aktuelle Datenlage der OECD-Ärztedichte

Mit Download vom 20.04.2016 zeigt sich, dass der überwiegende Teil der zuletzt verfügbaren Werte sich auf das Jahr 2013 bezieht. Deshalb beziehen sich die u.a. Detailerläuterungen ebenfalls auf das Jahr 2013. Da Österreich gerne mit Deutschland verglichen wird, wird in der Folge auch die Datenlage zu Deutschland nachvollzogen, um Gemeinsamkeiten und Unterscheide aufzuzeigen. Die Ergebnisse der Ärztedichte stellen sich wie folgt dar:

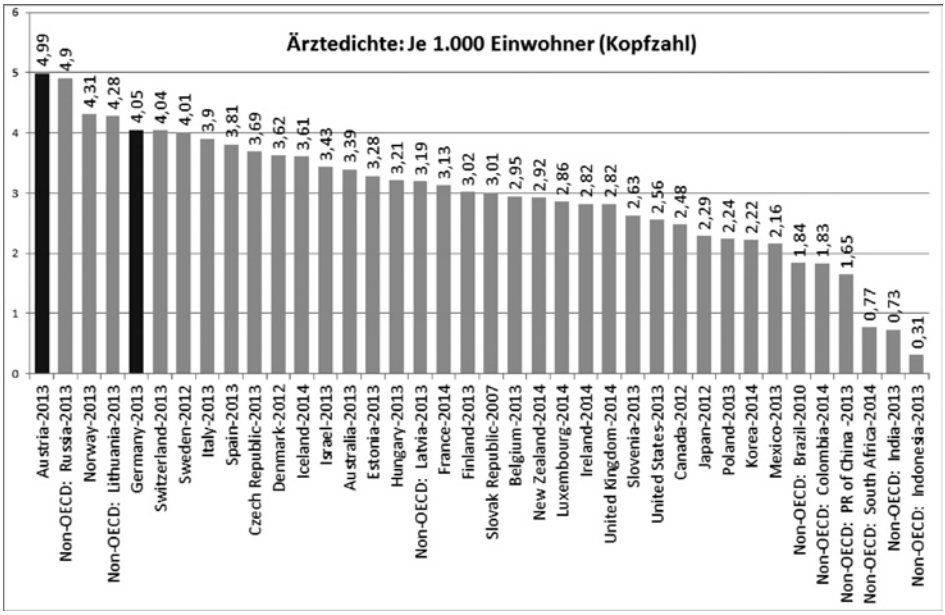


Abbildung 6: Ärztedichte lt. OECD

8.2. Nachrechnung der Werte für Österreich und Deutschland

Die gleiche Quelle (OECD-Homepage) beziffert die absoluten Kopfzahlen der Ärzte, die Bevölkerungszahlen und in Folge die errechenbare Ärztedichte für beiden Länder folgendermaßen:

Österreich: 42.302 Ärzte bei 8.468.302 Einwohner à Ärztedichte 4,99 Ärzte je 1.000 Einwohner
Deutschland: 326.945 Ärzte bei 80.645.570 Einwohner à Ärztedichte 4,05 Ärzte je 1.000 Einwohner

Aufgrund der oben ersichtlichen detaillierten Absolutzahl konnte für Österreich die Standesmeldung von 1.1.2014 als originäre Datenquelle identifiziert werden. Für Deutschland wurde die Publikation der Bundesärztekammer zum 31.12.2013 als Datenquelle identifiziert, die sich in der Übersicht wie folgt darstellt:

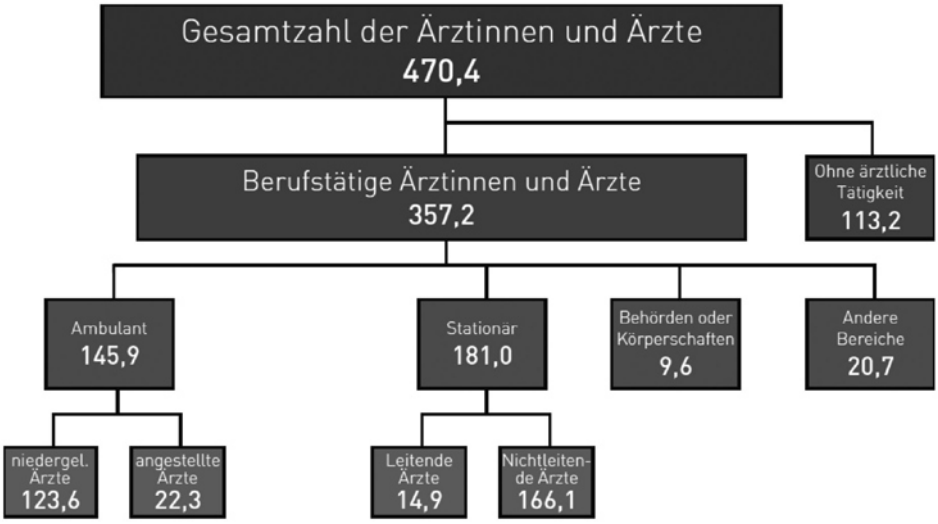


Abbildung 7: Ärztezahlen in Deutschland

Die Zahl zur Ärztedichte in Deutschland (326.945) ergibt sich aus der Addition der beiden Bereiche Ambulant und Stationär (145,9 + 181,0 = 327.000). Heruntergebrochen auf den Bereich der niedergelassenen Ärzte führt dies zu einer Ärztedichte von 1,53 niedergelassene Ärzte je 1.000 Einwohner für Deutschland und für Österreich zu einen Wert von 2,04 niedergelassene Ärzte je 1.000 Einwohner,

was in diesem Teilbereich eine noch größere Schieflage zwischen beiden Ländern darstellt. Tiefergehende Vergleiche werden aufgrund unterschiedlicher ambulanter Versorgungsstrukturen in Österreich und Deutschland nicht angestellt.

8.3. Datenquellen, mögliche Effekte für Doppelzählung und Auswirkungen beim „Rausrechnen“

Prinzipiell sind die gesetzlichen Regelungen bezüglich Kammermitgliedschaften und die darauf aufbauenden statistischen Zahlenwerke in Österreich und Deutschland sehr verschieden. In Österreich ist die „tagesaktuelle“ Kammermitgliedschaft nahezu vollkommen abhängig von der tatsächlichen ärztlichen Tätigkeit. Mit anderen Worten: Wer (über eine vergleichsweise kurze Frist) nicht ärztlich tätig ist, ist nicht eingetragen und findet damit keinen Eingang in die Statistik. Ärzte ohne Tätigkeit sind in Österreich nur innerhalb der 6-Monats-Frist enthalten, in Deutschland sind es 25 % der Kammermitglieder. Weiters führen die engen Regeln bezüglich des Wohlfahrtsfonds dazu, dass sich Ärzte ohne Tätigkeit in vielen Fällen von sich aus vor diesem Fristablauf „abmelden“. Ärzte, die ausschließlich in der Verwaltung oder Forschung tätig sind, sind in Österreich von Haus aus gar keine Kammermitglieder. Daher ist davon auszugehen, dass die österreichischen Gesamtärztezahlen prinzipiell stärker am tatsächlichen ärztlichen Arbeitsmarkt kleben als die deutschen Ärztezahlen, weshalb die OECD aus diesem Grund für Österreich die Gesamtärztezahlen heranzieht, für Deutschland die beiden erwähnten Subgruppen.

8.4. Mehrkammermitgliedschaften

Die Standesmeldung der ÖÄK (gemäß des Systems in Österreich) ist streng regional kammeral aufgebaut, d.h., die regionale Lokalisation der ärztlichen Tätigkeit bestimmt die Kammermitgliedschaft. Dies bringt es mit sich, dass Personen, die bundesländerübergreifend tätig sind, in den Statistiken gemäß ihrer Tätigkeitsbereiche mehrfach vorkommen können. Dies ist deswegen notwendig, weil diese Statistiken auch auf regionaler Ebene funktionieren müssen. Beispielsweise wäre ein Arzt, der in Wien einer Anstellung nachgeht und in Niederösterreich eine Ordination betreibt, in der Gesamtstatistik zweimal enthalten, einmal als Wiener Angestellter, einmal als niederösterreichischer Niedergelassener. Nur in einem gesamtösterreichischen Kontext kommt es dadurch zu einer Überschätzung der

Kopfzahl. Um dies zu quantifizieren: Von den 42.302 Ärzten (= Kammermitglieder) sind zum Erstellungszeitpunkt der Statistik 1.322 Ärzte in mehr als einer Kammer erfasst, sodass sich nach Herausrechnen dieser Mehrfachzählungen eine „bereinigte Kopfzahl" von 40.971 Personen ergibt.[15] Würde man diese Zahl der Berechnung der Ärztedichte zu Grunde legen, würde sie für Österreich nur auf 4,83 je 1.000 Einwohner sinken, was an dieser Spitzenposition nichts ändert. Eine Detailbetrachtung der deutschen Statistik zeigt, dass es mit großer Wahrscheinlichkeit dieses Phänomen dort auch geben wird, da die Gesamtzahl für Deutschland exakt die Anzahl der einzelnen Landeskammern darstellt.

Heruntergebrochen auf den niedergelassenen Sektor bedingt dies eine Überschätzung um 682 Köpfe. Setzt man hingegen die Zahl der physischen Personen an, so verschiebt sich der o.a. Wert geringfügig von 2,04 auf 1,96.

8.5. Wohnsitzärzte

Die Wohnsitzärzte[16] sind in den ÖÄK-Daten enthalten, sofern sie ordentliche Kammermitglieder sind. Die Wohnsitzärzte waren in der Vergangenheit eine große Gruppe und stellten auch ein Auffangbecken für „versteckte Pensionisten ohne ärztliche Tätigkeit" dar. Zum obigen Auswertungszeitpunkt betrug die Anzahl der Wohnsitzärzte österreichweit 2.019 Personen (Mehrkammereffekte kommen bei dieser Gruppe nicht vor). Die Wohnsitzärzte sind gegenwärtig aber eine sehr inhomogene Gruppe und enthalten Full-Time-Arbeitsmediziner oder -Schulärzte genauso wie pensionsnahe (aber weiterhin tätige) Ärzte, oder sie sind ein Übergangsstadium zwischen zwei Ärztejobs oder für Berufswiedereinsteiger oder „Teilzeit-Ärzte". Somit muss eine Versorgungswirksamkeit für diese Gruppe wohl überwiegend angenommen werden. Rechnet man sie dennoch aus der Ärztezahl heraus, würde die Ärztedichte auf 4,75 sinken. Rechnet man sie zusätzlich zu den Mehrkammermitgliedern heraus, sinkt die Ärztedichte auf 4,6 je 1.000 Einwohner. Für die Ärztedichte im niedergelassenen Bereich hat diese Gruppe keine Auswirkung. Tendenziell enthält sie aber Ärzte, die eine gewisse Nähe zum ordinationsführenden Bereich aufweisen und zum Teil leicht in diesen wechseln könnten. Aufgrund der Inhomogenität und der Kleinheit der Gruppe wird dieser Effekt aber kaum spürbar sein.

15 Dieser Effekt ist viel kleiner als der Überschätzungseffekt, der durch „Teilzeitarbeit" entsteht oder der prinzipiellen Freiheit der Arbeitszeitgestaltung im freiberuflichen Bereich.

16 Ärzte, die ihre ärztliche Tätigkeit ohne Ordination und ohne Anstellung ausüben, müssen wenigstens ihren Wohnsitz bei der Ärztekammer melden, deshalb der Begriff „Wohnsitzarzt".

8.6. Turnusärzte

Die Turnusärzte gelten nach österreichischem Recht bereits als Ärzte, weshalb sie in die Ärzteliste einzutragen sind, damit Kammermitglieder werden und in den lokalen Statistiken erfasst werden. Zum Auswertungszeitpunkt betrugen sie 6.458 Personen. Vor allem im direkten Vergleich zu Deutschland zeigt sich aber, dass ein „Herausrechnen" der Turnusärzte nicht legitim erscheint. Aufgrund der Fußnoten der OECD-Daten enthalten die deutschen Zahlen auch die „Interns", was wohl den Ärzten in Ausbildung gleichzusetzen sein wird. Weiters ist auch ein großer Teil der deutschen tätigen Ärzte (an die 28 %) in der Statistik der Bundesärztekammer ohne Fachgebietsbezeichnung angeführt, womit anzunehmen ist, dass diese Gruppe die Ärzte in Ausbildung enthält. In Österreich betrug der Turnusärzteanteil 2013 15,3 %.

8.7. Gegenrechnung: Ist die Ärztedichte in Deutschland zu niedrig gerechnet?

In kleinen Details kann es sehr wohl Unschärfen und Zuordnungsdiskrepanzen zu einzelnen Bereichen zwischen Deutschland und Österreich geben. Hypothetisch könnte es sein, dass Ärzte, die in Österreich im Angestelltenbereich tätig sind (z.B. Angestellte in Pflegeheimen, arbeitsmedizinischen Zentren) oder im Wohnsitzarztbereich gezählt werden (freiberufliche Arbeitsmediziner, Gutachter, Praxisvertreter, Schulärzte etc.) in Deutschland in den unberücksichtigten Bereichen (Behörden, Körperschaften und andere Bereiche) lokalisiert sind. Diese Bereiche machen in Deutschland 8,5 % der berufstätigen Ärzte aus, in Österreich sind die Wohnsitzärzte 4,7 %. Selbst wenn man davon ausgeht, dass diese Bereiche in Deutschland ebenfalls zur Ärztedichte herangezogen werden müssten (um sie beispielsweise mit Österreich zu vergleichen), würde auch diese Rechnung die deutsche Ärztedichte nur auf 4,42 Ärzte je 1.000 Einwohner heben, womit sie immer noch relevant hinter Österreich liegt.

9. Altersbedingter Ersatzbedarf – eine einfache Rechnung

Betrachtet man die Veränderung der Altersverteilungen der österreichischen Ärzteschaft über längere Zeiträume hinweg, so zeigt sich ein Faktor in dramatischer Weise: Die Kurve der Altersklassen, die sich dem Pensionsalter nähern, nimmt von Mal zu Mal an Steilheit zu.

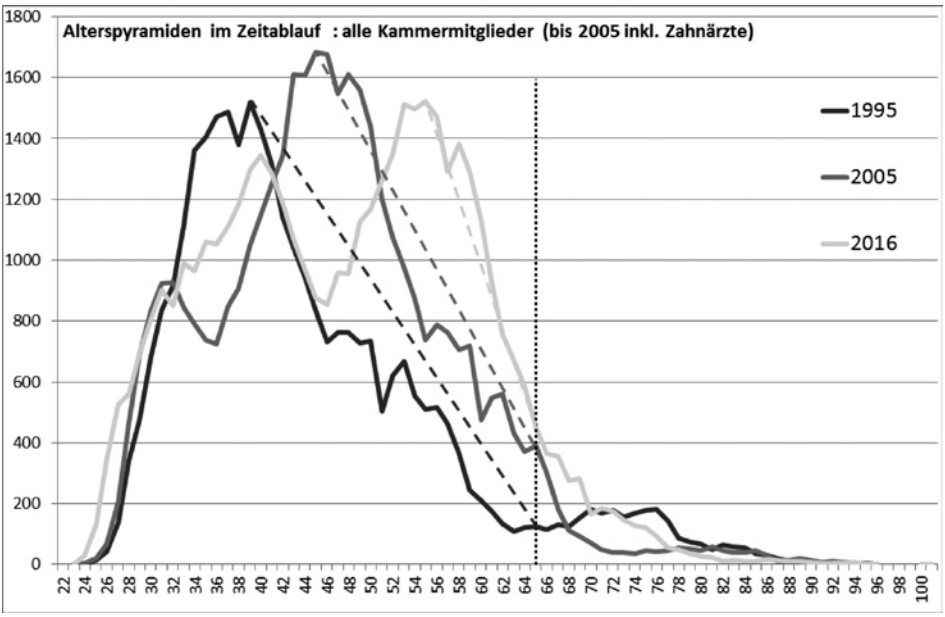


Abbildung 8: Alterspyramiden im langen Zeitablauf

Dies bedeutet, dass der altersbedingte Ersatzbedarf kein konstanter Abfluss ist, sondern sich in den nächsten Jahren zu einem massiven Sog (mit eventuell systembedrohlichem Strudel) entwickeln kann.

Was bedeutet dies für die niedergelassene Allgemeinmedizin?

Allgemeinmedizin mit Ordination — Alter — altersbedingter Ersatzbedarf im Schnitt pro Jahr

Jänner 2016	**...**	**50**	**51**	**52**	**53**	**54**	**55**	**56**	**57**	**58**	**59**	**60**	**61**	**62**	**63**	**64**	**65**	**>65**	**Gesamt**
Vertragsarzt	...	88	121	114	132	142	155	188	182	243	259	245	212	201	158	154	111	253	3880
Wahlarzt	...	82	78	106	117	121	101	109	97	92	75	81	56	55	45	40	34	220	2679
Gesamtergebnis	...	170	199	220	249	263	256	297	279	335	334	326	268	256	203	194	145	473	6559

Vertragsarzt		jetzt schon im Pensionsalter	253	253
Wahlarzt			220	220
			473	473
Vertragsarzt	in den nächsten 5 Jahren im Pensionsalter	1089		217,8
Wahlarzt		450		90
		1539		307,8
Vertragsarzt	in den nächsten 10 Jahren im Pensionsalter	2206		220,6
Wahlarzt		904		90,4
		3110		311

Tabelle 8: Altersbedingter Ersatzbedarf in verschiedenen Zeithorizonten

Auffällig ist, dass ab der Altersklasse 51+ die Anzahl der Kassenvertragsärzte maßgeblich größer ist als jene der Wahlärzte. Unterhalb dieser Altersgruppe haben in den einzelnen Altersklassen die Wahlärzte den Überhang. Dies ist m.E. ein eindeutiges Indiz gegen die Unterstellung der Liebhaber- oder Steuerordination. Bereits jetzt gibt es über 250 Vertragsärzte, die über 65 Jahre alt sind, was ein Indiz für eine bereits jetzt vorliegende Nachfolgeproblematik zu sein scheint, weil Ärzte, die für ihre Ordination keinen geeigneten Übernehmer finden, länger im Berufsleben bleiben. Damit ergibt sich durch diesen jetzt schon vorliegenden Überhang in der Momentbetrachtung der höchste Ersatzbedarf, der sich in der 5- oder 10- Jahresbetrachtung etwas nach unten nivelliert, die sich aber beide im Detailergebnis nicht unterscheiden.

Wesentlich wird hier aber die Frage sein, ob man dem Wahlarztbereich eine „Ersatznotwendigkeit" zugesteht oder nicht, da dadurch die notwendigen zusätzlichen Ärzte in der Niederlassung gleich um 40 % (5- und 10-Jahres-Betrachtung) oder um 90 % (Moment-Betrachtung) höher liegt. Daher liegt der mittelfristige Ersatzbedarf für den Kassenbereich-AM bei 220 und für den Gesamtbereich bei 311. (Durch den jetzt bestehenden Überhang gibt es in der Momentbetrachtung höhere Werte von 250 und 473.)

Wie oben dargelegt, gehe ich davon aus, dass auch die Wahlärzte dieser Alterskategorien ersetzt gehören, dass also – wenn sie ohne Ersatz aus dem Arbeitsmarkt verschwinden sollten – ein vorerst punktuelles Defizit eintreten würde, das zwar vorerst keine allzu großen Wellen schlagen würde, sich aber in der 10-Jahres-Betrachtung bereits manifestieren würde, da es sich dabei um 904 Ärzte und damit schon um über 13 % der Wahlärzte für Allgemeinmedizin handelt.

Um das aktuelle Versorgungsniveau zu halten, brauchen wir also in den nächsten 10 Jahren im Schnitt 311 Neuniederlassungen (netto).

Wie oben ausgeführt (Effektive Ausbildungskapazitäten – Output an Ärzten) werden im Jahr im Schnitt 850 Ärzten neue Anerkennungen zur Allgemeinmedizin ausgestellt. Davon gehen aber, wie oben erläutert, 55 % an die Facharztausbildung verloren (Karrierepfade).

Dies bedeutet, dass nur etwa 383 Ärzte in der Allgemeinmedizin bleiben wollen.
383 gegenüber 311 – es wird also knapp.

Umso enger ist dieses Ergebnis, wenn man bedenkt, dass immer größere Bereiche entstehen und wachsen, in denen Allgemeinmediziner zum Einsatz kommen und die nicht dem klassischen Ordinationsmodell entsprechen. Und hier zeigt sich eine weitere statistisch schwer greifbare Unschärfe oder Fraktalisierung der Be-

rufsumfelder. Arbeitsmediziner, Betriebsmediziner, Notarzt, Schularzt, Sanitätsärzte (um nur einige zu nennen) sind Teilbereiche, die in der Vergangenheit auch oft von niedergelassenen Ärzten wahrgenommen worden sind, die aber immer mehr auch durch Anstellung oder Wohnsitzarzttätigkeit abdeckbar sind. Dies bedingt, dass diese Bereiche auch dem klassischen niedergelassenen Bereich Personalkapazitäten entziehen. Viele dieser Tätigkeiten werden den Jungmedizinern attraktiv erscheinen und, entsprechende Arbeitsumfelder vorausgesetzt, man wird sich in vielen Fällen nicht die Mühe einer Praxisgründung aufhalsen. Anderseits wachsen auch neue Generationen von Medizinern heran, die andere Schwerpunkte in ihrer Work-Life-Balance setzen und nicht um jeden Preis bereit sind, dem Erfolg ihrer Elterngeneration nachzueifern. Gleichzeitig entstehen aber auch immer mehr nicht medizinische Arbeitsplätze, die mit Medizinern und fertigen Ärzten besetzt werden (Forschung, Presse, Health-Assessment, Verwaltung, Medizinprodukteindustrie etc.). Diese Job-Angebote werden die Jungärzte wesentlich dauerhafter dem ärztlichen Arbeitsmarkt entziehen.

Damit ist ein drohender Ärztemangel (aktuell) kein Problem des mangelnden Nachwuchses, sondern eher ein Problem der Attraktivität der klassischen medizinischen Tätigkeitsbereiche.

Viele Zeichen stehen auf Änderung, manche werden eintreten, manche nicht.

Es bleibt also spannend.

10. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verteilung der Diplome (etc.) auf Allgemeinmedizin und Fach – Anteile

Tabelle 2: Relationen Kassen- und Wahlärzte/Ärzte und Honorare

Tabelle 3: Diplome unter niedergelassenen Allgemeinmedizinern – Anteil an nicht GKK-Ärzten

Tabelle 4: Geschlechtsanteile im Kassen- und Wahlarztbereich

Tabelle 5: ……

Tabelle 6: Ersteintragungen berufsberechtigter Ärzte

Tabelle 7: Neuanerkennungen zur Allgemeinmedizin

Tabelle 8: Altersbedingter Ersatzbedarf in verschiedenen Zeithorizonten

11. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil der niedergelassenen Allgemeinmediziner an allen Ärzten – Zeitreihe

Abbildung 2: Absolute Ärztezahlen nach Untergruppen

Abbildung 3: Niedergelassene Ärzteschaft – absolute Zahlen – Zeitreihe

Abbildung 4: Berufsberechtigungen österreichischer Promoventen

Abbildung 5: Altersverteilung Allgemeinmedizin

Abbildung 6: Ärztedichte lt. OECD

Abbildung 7: Ärztezahlen in Deutschland

Abbildung 8: Alterspyramiden im langen Zeitablauf