

Geriatrische Versorgung in Wien im Kontext des demographischen Wandels

**Ulrike Famira-Mühlberger, Matthias Firgo,
Gerhard Streicher**

Wissenschaftliche Assistenz: Stefan Fuchs,
Christoph Lorenz

Geriatrische Versorgung in Wien im Kontext des demographischen Wandels

Ulrike Famira-Mühlberger, Matthias Firgo, Gerhard Streicher

Oktober 2019

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Im Auftrag der Ärztekammer für Wien

Begutachtung: Thomas Url • Wissenschaftliche Assistenz: Stefan Fuchs, Christoph Lorenz

Inhalt

Österreich ist in den kommenden Jahrzehnten mit einem deutlichen Wandel der demographischen Struktur hin zu einem höheren Anteil der Älteren konfrontiert. Daraus ergeben sich in vielen Bereichen der Gesellschaft und Wirtschaft Herausforderungen. Insbesondere im Gesundheitswesen steigt mit der Alterung der medizinische Versorgungsbedarf der Gesellschaft. Dem zu erwartenden Anstieg der Nachfrage nach Ärzten und Ärztinnen steht eine vergleichsweise ungünstige Ärztedemographie gegenüber. Die vorliegende Studie quantifiziert für Wien das aktuelle und künftige Ausmaß an geriatrischen Leistungen im niedergelassenen Bereich wie in Krankenanstalten und schätzt den künftigen Bedarf an ärztlicher Leistung auf Basis von heutiger Leistungserbringung für unterschiedliche Altersgruppen der Bevölkerung. Da der Begriff der Geriatrie anhand von Statistiken kaum abgegrenzt werden kann, bildet eine Befragung von Wiener Ärztinnen und Ärzten zur aktuellen Verteilung der erbrachten medizinischen Leistungen auf unterschiedliche Altersgruppen die Grundlage dieser Schätzungen. Die Ergebnisse der Befragung werden dabei mit Projektionen zur demographischen Entwicklung der Bevölkerung (zur Bestimmung des Bedarfs an ärztlichen Leistungen) und der Ärzte- bzw. Absolventenpopulation (zur Bestimmung des Angebots an ärztlichen Leistungen) verknüpft, um künftige Versorgungslücken zu identifizieren. Wie die Ergebnisse zeigen, entsteht durch die Entwicklung des Ärzteangebotes und der Ärztenachfrage bis 2050 eine markante Lücke: Die gesamte Nachfrage wird nach diesen Projektionen bis 2050 um rund ein Drittel zunehmen, während das Angebot selbst unter optimistischen Annahmen um nur ein Sechstel steigen wird. Die geringste Lücke wird für die niedergelassenen Fachärzte und Fachärztinnen erwartet.

Rückfragen: ulrike.famira-muehlberger@wifo.ac.at, matthias.firgo@wifo.ac.at, gerhard.streicher@wifo.ac.at, stefan.fuchs@wifo.ac.at, christoph.lorenz@wifo.ac.at

2019/319-2/S/WIFO-Projektnummer: 7218

© 2019 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Medieninhaber (Verleger), Herausgeber und Hersteller: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, 1030 Wien, Arsenal, Objekt 20 • Tel. (+43 1) 798 26 01-0 • Fax (+43 1) 798 93 86 • <https://www.wifo.ac.at/> • Verlags- und Herstellungsort: Wien

Verkaufspreis: 30 € • Kostenloser Download: <https://www.wifo.ac.at/www/pubid/62221>

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	3
1. Die Ausgangslage	7
2. Der demografische Wandel	9
Die Entwicklung des Gesundheitszustandes älterer Personen	11
3. Online-Befragung von Mitgliedern der Ärztekammer Wien	15
3.1 <i>Ziel der Online-Befragung</i>	15
3.2 <i>ExpertInnen-Workshop und Fragebogenerstellung</i>	15
3.3 <i>Durchführung der Befragung und Rücklauf</i>	15
4. Das Angebot an ärztlichen Leistungen: Methodik, Status quo und künftige Entwicklung	17
4.1 <i>Annahmen und Methodik der Ärzteangebotsprojektion</i>	17
4.2 <i>Resultate der Ärztebestandsprojektionen</i>	21
4.3 <i>Projektion des verfügbaren Arbeitsvolumens von ÄrztInnen in Wien</i>	23
5. Die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen: Methodik, Status quo und künftige Entwicklungen	25
5.1 <i>Die Annahmen und Methodik der Ärztebedarfsprojektion für Wien</i>	25
5.2 <i>Resultate der Ärztebedarfsprojektion</i>	27
5.3 <i>Entwicklung des Zeitaufwands für geriatrische PatientInnen nach Altersgruppen</i>	29
6. Die künftige Lücke zwischen Angebot und Nachfrage	33
7. Weitere Ergebnisse der Befragung der Wiener ÄrztInnen	35
8. Limitierungen und Schlussfolgerungen	39
Literaturverzeichnis	41
Verzeichnis der Abbildungen	42
Verzeichnis der Übersichten	43
Anhang 1: Erster Fragebogen	44
Anhang 2: Zweiter Fragebogen	50

Executive Summary

Österreich ist in den kommenden Jahrzehnten mit einem deutlichen Wandel der demografischen Struktur konfrontiert. Während 2018 der Anteil der 80-Jährigen und Älteren 5% der Bevölkerung ausmachte, wird er bis 2030 voraussichtlich auf 6,8% und bis 2050 auf 11,1% ansteigen (Abbildung 2). Die Zahl der Personen im Alter von zumindest 80 Jahren betrug 2018 rund 439.000 und wird gemäß Hauptvariante der aktuellen Bevölkerungsprognose im Jahr 2030 auf voraussichtlich 630.000 anwachsen und im Jahr 2050 1.077.000 ausmachen. Dementsprechend früher, nämlich zwischen 2025 und 2040, wird ein starker Anstieg des Anteils der Ab-65-Jährigen an der Bevölkerung zu beobachten sein.

Dieser demografische Wandel führt in vielen Bereichen der Gesellschaft und Wirtschaft zu Herausforderungen. Insbesondere im Gesundheitswesen steigt mit der Alterung der medizinische Versorgungsbedarf der Gesellschaft. So schätzt eine Studie der Gesundheit Österreich GmbH (Czasný *et al.*, 2012) für Österreich den zusätzlichen Bedarf an ÄrztInnen (in Vollzeitäquivalenten) im Jahr 2030 gegenüber dem Jahr 2010 auf 20%, wobei einzelne Facharztgruppen (Urologie +33%; Innere Medizin +28%) noch wesentlich stärker nachgefragt werden dürften.

Diesem beträchtlichen Nachfrageanstieg nach ÄrztInnen steht jedoch eine vergleichsweise ungünstige Ärztedemografie gegenüber. So werden laut Czasný *et al.* (2012) bis zum Jahr 2030 zwischen 75 und 85 Prozent der im Jahr 2010 berufstätigen ÄrztInnen in Pension sein, weshalb die Entwicklung im Ärzteangebot (unter einer Reihe von Annahmen wie etwa gleichbleibender Ausbildungskapazitäten) nicht mit der Bedarfsentwicklung Schritt halten wird. Eine Gegenüberstellung der Projektionen von Angebot und Nachfrage zeigt für das Jahr 2030 – je nach konkretem Szenario – eine Lücke von österreichweit bis zu etwa 7.500 ÄrztInnen, wobei bis zu 5.000 FachärztInnen und bis zu 2.500 AllgemeinmedizinerInnen fehlen werden.

Die vorliegende Studie geht von einer vergleichbaren **Ärzteangebotsprojektion** wie Czasný *et al.* (2012) aus, bezieht jedoch die neuen Entwicklungen der letzten Jahre ein (vor allem die Ausweitung der Studienplätze aufgrund von neuen Ausbildungsstandorten wie Linz, Krems, der Freud Privatuniversität Wien sowie die Erweiterung der Studienplätze an der Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg).

Folgende Annahmen werden für die Basisvariante Ärzteangebotsprojektion getroffen:

- Die Ausbildungsstellen für FachärztInnen werden zu 90% gefüllt, die restlichen MedizinerInnen wählen eine Ausbildung zur AllgemeinmedizinerIn.
- 70% verbleiben nach der Ausbildung in Österreich; bis 2025 wird dieser Wert auf 80% angehoben.
- Ausgeglichene Bilanz bei der Migration von fertig ausgebildeten MedizinerInnen.
- Abwanderung von 5% in nicht-ärztliche Berufe.
- Ausbildungszeit: 7 Jahre durchschnittliche Studiendauer plus 4 Jahre Ausbildung zur AllgemeinmedizinerIn bzw. 6 Jahre Ausbildung zur FachärztIn.
- Pensionierungsalter: 65 für Männer und 63 Jahre für Frauen (Abschreibungsmodell)

Ein Teil dieser Annahmen wird für die Berechnung von unterschiedlichen Szenarien variiert.

Gemäß Basisszenario wird für das Jahr 2050 davon ausgegangen, dass das verfügbare Arbeitsvolumen der ÄrztInnen in Wien ungefähr ein Zehntel über dem aktuellen Stand liegen wird, obwohl für die nächsten 2 Jahrzehnte bis etwa 2040 niedrigere Versorgungsniveaus zu erwarten sind. Die Bandbreite der Ergebnisse, die sich aus der Variation der Annahmen zur Wahl von

Fach- oder Allgemeinmedizin, zu Migrationsverhalten, Pensionsangleichung, Pensionsalter sowie, für den Wiener Anteil, zum Versorgungsgrad ergeben, liegt insgesamt rund +/- 10 PP um diese Schätzung.

Allgemein wird für FachärztInnen eine bessere Angebotsentwicklung geschätzt (konkret +16% über dem aktuellen Stand) als im Bereich der Allgemeinmedizin (-7% unter dem aktuellen Wert), wobei sich diese Diskrepanz aus der Annahme ergibt, dass der Zustrom zur Allgemeinmedizin eine Restgröße darstellt (es wird – den Annahmen in Czásny et al., 2012, entsprechend – davon ausgegangen, dass die verfügbaren FA-Ausbildungsstellen besetzt werden).

Bei den **Ärztebedarfsprojektionen** geht die vorliegende Studie einen anderen Weg als Czásny et al. (2012). Das WIFO hat unter der Wiener Ärzteschaft eine Online-Befragung durchgeführt, um die Verteilung des gesamten Zeitaufwands für ärztliche Leistungen auf PatientInnen unterschiedlicher Altersgruppen abzuschätzen. Der Rücklauf erlaubt eine Unterscheidung zwischen ÄrztInnen in Krankenanstalten, niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen und niedergelassenen FachärztInnen. Unberücksichtigt bleiben dabei

- eine eventuelle Über- und Unterversorgung, die zum Zeitpunkt der Befragung bestand,
- eine Aufteilung nach Fachrichtungen (aufgrund zu geringen Rücklaufs der Fragebögen),
- sowie eine geschlechtsspezifische Aufteilung (zu geringer Rücklauf der Fragebögen).

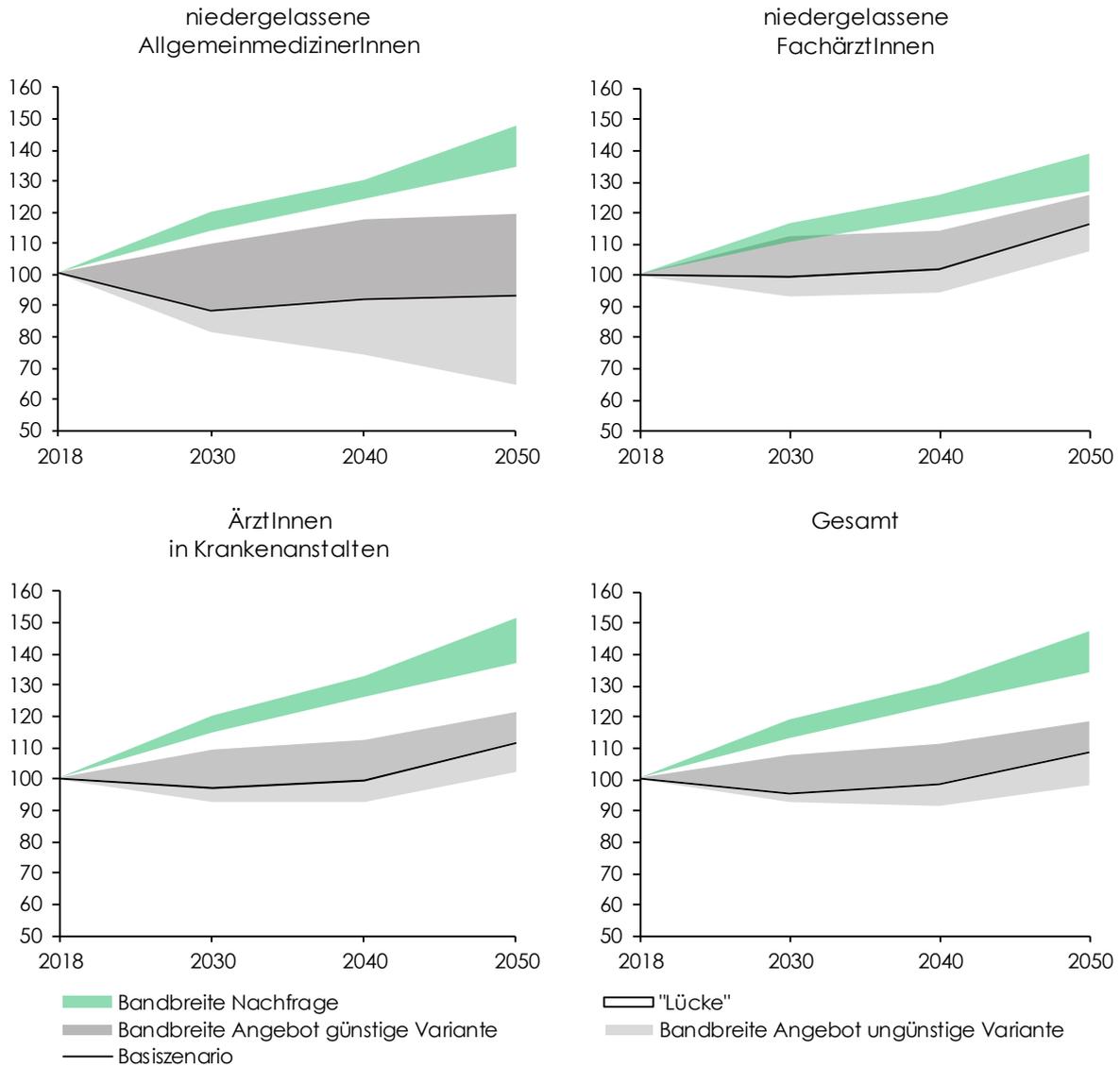
Es wird für die einzelnen Altersgruppen an PatientInnen von einer konstanten Inanspruchnahme von Ärzten ausgegangen. Der Status quo des Zeitaufwandes für ärztliche Leistungen für PatientInnen in vier unterschiedlichen Altersgruppen und nach den drei ärztlichen Sub-Populationen wird mit der demografischen Vorausschau von Statistik Austria (Hauptvariante 2018) verknüpft und bis 2050 projiziert. Diese Projektion erlaubt eine Einschätzung der zukünftig nachgefragten ärztlichen Leistungen.

Nach Köpfen zeigt sich zwischen 2018 und 2030 ein Anstieg des gesamten Ärztebedarfs von gut 18%, zwischen 2018 und 2040 von gut 32% und zwischen 2018 und 2050 von knapp 47%. Der geringste Anstieg zeigt sich bei den niedergelassenen FachärztInnen, der höchste bei den ÄrztInnen in Krankenanstalten. Für die Gegenüberstellung mit der Ärzteangebotsprognose wurde auch eine Variante „bessere Gesundheit“ gerechnet. Für diese Variante wurde der Trend, der sich aus den Daten der Gesundheitsbefragung von Statistik Austria ergibt, fortgeschrieben.

Die aus der Befragung ermittelten Daten zur Verteilung des ärztlichen Zeitaufwands auf geriatrische PatientInnen verschiedener Altersgruppen zeigt – wie zu erwarten – einen Anstieg des ärztlichen Zeitaufwands für geriatrische PatientInnen in höheren Altersgruppen. Die Hochrechnung auf Basis der Bevölkerungsprognose von Statistik Austria lässt weiters eine deutliche Zunahme des ärztlichen Zeitaufwandes für geriatrische PatientInnen erwarten. Während heute 22,1% des ärztlichen Zeitaufwands in Krankenanstalten auf die Gruppe der Über-85-Jährigen entfallen, wird dieser Anteil bis 2030 auf voraussichtlich 27,4% und bis 2050 auf 34,1% zunehmen. Ähnliche Entwicklungen zeigen sich bei den niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen und bei den niedergelassenen FachärztInnen, bei Letzteren jedoch ausgehend von einem deutlich geringeren Ausgangsniveau.

Die Schätzungen der **künftigen Lücke zwischen Ärzteangebot und der Ärztenachfrage** zeigen selbst im besten Fall – d.h. in einer günstigen Variante der Ärztenachfrage durch eine verbesserte Gesundheit, das auf die günstige Variante des Ärzteangebots mit höherem Pensionsantrittsalter, geringerer Abwanderung sowie konstantem (relativen) Versorgungsgrad in Wien trifft - eine Lücke. Je nach Fachrichtung fällt diese sehr unterschiedlich aus:

Bandbreite der geschätzten Entwicklung von Angebot an und Nachfrage nach ärztlichen Leistungen in Wien



Q: WIFO-Berechnungen. Anmerkungen: Die schwarze Linie zeigt das Basiszenario der Angebotsentwicklung. Der hellgraue Bereich die Bandbreite einer ungünstigen Angebotsentwicklung, der dunkelgraue Bereich die Bandbreite einer günstigen Angebotsentwicklung. Der grüne Bereich stellt die Bandbreite der Nachfrageentwicklung dar. Der weiße Bereich stellt die Lücke zwischen Angebot und Nachfrage dar.

Die für das Jahr 2050 erwartete Lücke ist durchaus markant, und wird auch bei optimistischen Annahmen auf mehr als ein Zehntel der Nachfrage geschätzt. Die Werte im Basiszenario liegen noch weiter auseinander, hier beträgt die Lücke insgesamt gut ein Fünftel. In der niedergelassenen Allgemeinmedizin ist sie mit einem Drittel am höchsten. Mit der oben erwähnten besseren Entwicklung des niedergelassenen Fachärzteangebots wird die Lücke bei den fachärztlichen Leistungen auf „nur“ gut ein Zehntel geschätzt.

1. Die Ausgangslage

Österreich ist in den kommenden Jahrzehnten mit einem deutlichen Wandel der demografischen Struktur konfrontiert. Neben der gestiegenen Lebenserwartung und niedrigen Geburtenraten wird insbesondere der Eintritt der Baby-Boomer-Generation in das pensionsfähige Alter in den kommenden Dekaden zu einer „doppelten“ Alterung der Gesellschaft führen, in der sich sowohl die absolute Zahl älterer Menschen als auch deren Anteil an der Gesamtbevölkerung deutlich erhöht.

Der demografische Wandel führt in vielen Bereichen von Gesellschaft und Wirtschaft zu Herausforderungen. Insbesondere im Gesundheitswesen steigt mit der Alterung der medizinische Versorgungsbedarf der Gesellschaft. So schätzt eine Studie der Gesundheit Österreich GmbH (Czasný *et al.*, 2012) für Österreich den zusätzlichen Bedarf an ÄrztInnen (in Vollzeitäquivalenten) im Jahr 2030 gegenüber dem Jahr 2010 auf 20%, wobei einzelne Facharztgruppen (Urologie +33%; Innere Medizin +28%) noch wesentlich stärker nachgefragt werden dürften.

Diesem beträchtlichen Nachfrageanstieg nach ÄrztInnen steht jedoch eine vergleichsweise ungünstige Ärztedemografie gegenüber. So werden laut Czasný *et al.* (2012) bis zum Jahr 2030 zwischen 75 und 85 Prozent der im Jahr 2010 berufstätigen ÄrztInnen in Pension sein, weshalb die Entwicklung im Ärzteangebot (unter einer Reihe von Annahmen wie etwa gleichbleibender Ausbildungskapazitäten) nicht mit der Bedarfsentwicklung Schritt halten wird. Eine Gegenüberstellung der Projektionen von Angebot und Nachfrage zeigt für das Jahr 2030 – je nach konkretem Szenario – eine Lücke von österreichweit bis zu etwa 7.500 ÄrztInnen, wobei bis zu 5.000 FachärztInnen und bis zu 2.500 AllgemeinmedizinerInnen fehlen werden.

Während Czasný *et al.* (2012) detaillierte Projektionen über Angebot und Nachfrage nach medizinischen Fachrichtungen (Allgemeinmedizin, Zahnmedizin und nach Fachgebiet) liefern, bleiben die Auswirkungen der demografischen Verschiebungen für den unmittelbar daran gekoppelten Bereich der geriatrischen medizinischen Versorgung im Verborgenen. „Geriatric“ bzw. geriatrische Leistungen werden in Österreich statistisch nicht abgegrenzt. Dies führt dazu, dass eine Quantifizierung des derzeitigen und zukünftigen Angebots bzw. der aktuellen und künftigen Nachfrage nach geriatrisch-medizinischen Leistungen fehlt.

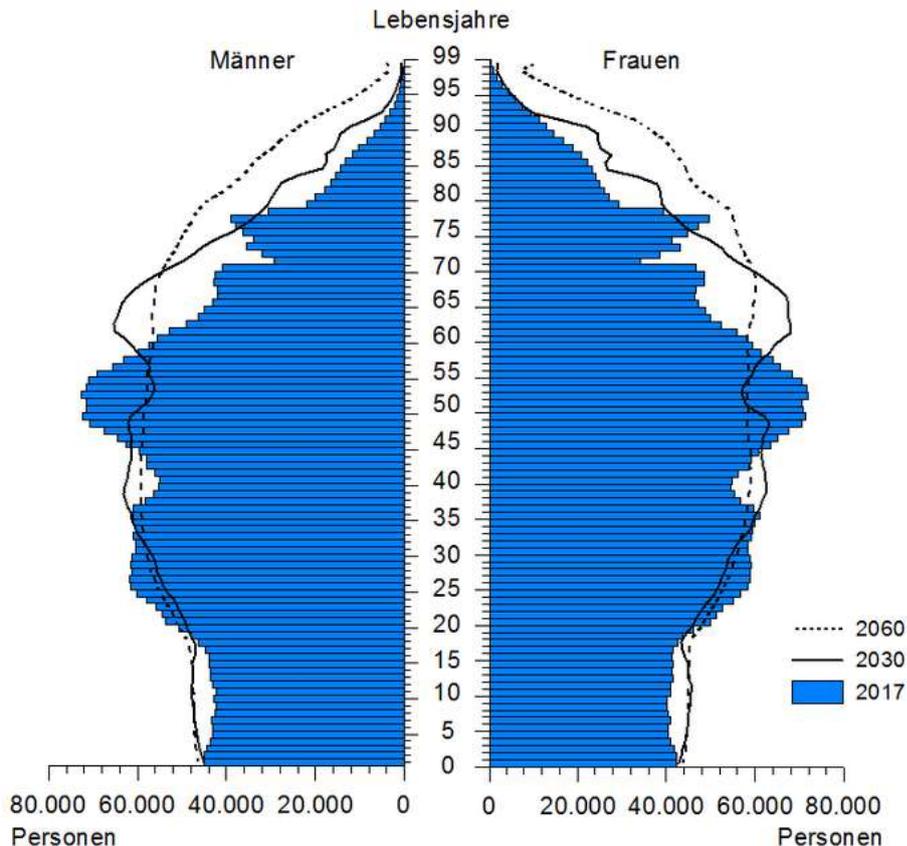
Unbestritten scheint angesichts der demografischen Entwicklung, dass die Versorgung geriatrischer PatientInnen sowohl im niedergelassenen Bereich als auch in Krankenanstalten ein gewichtiges Kriterium für die Qualität bzw. die Effizienz des Gesundheits-, aber auch des Langzeitpflegesystems darstellt. Eine effektive gesundheitliche Versorgung von geriatrischen PatientInnen hat auch Effekte auf das Pflegesystem und dessen Kosten. In diesem Bericht wird für Wien das aktuelle und künftige Ausmaß an geriatrischen Leistungen im niedergelassenen Bereich und in Krankenanstalten quantifiziert und es wird auf Basis der heutigen Leistungserbringung der künftige Bedarf an ärztlicher Leistung für unterschiedliche Altersgruppen der Bevölkerung projiziert.

Aufgrund des in Statistiken kaum abgegrenzten Begriffs der Geriatric bildet eine Befragung von Wiener ÄrztInnen zum aktuellen und künftig erwarteten Ausmaß an geriatrischen Leistungen bzw. zur Verteilung der erbrachten medizinischen Leistungen auf unterschiedliche Altersgruppen die Grundlage für die Projektionen. Die Ergebnisse der Befragung werden dabei mit Projektionen zur demografischen Entwicklung der Bevölkerung (zur Bestimmung des Bedarfs an ärztlichen Leistungen) und der Ärztopulation bzw. AbsolventInnen-Statistiken (zur Bestimmung des Angebot an geriatrischen Leistungen) verknüpft, um künftige Versorgungslücken sowie mögliche Hebel zur Reduktion dieser Lücken identifizieren zu können.

2. Der demografische Wandel

Eine Gegenüberstellung der Bevölkerungspyramide für Österreich im Jahr 2017 mit den Jahren 2030 und 2060 verdeutlicht den starken Zuwachs der Personen im Alter von über 60 Jahren (Abbildung 1). Die demographische Vorausschau von Statistik Austria zeigt, dass sowohl die absolute Zahl als auch der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung zunehmen wird. Dies führt zu einer ungünstigeren Betreuungsrelation: das Verhältnis jener Personen, die potenziell ältere Menschen betreuen, pflegen oder gesundheitlich versorgen, zu den Pflegebedürftigen verschlechtert sich (Famira-Mühlberger – Firgo, 2018).

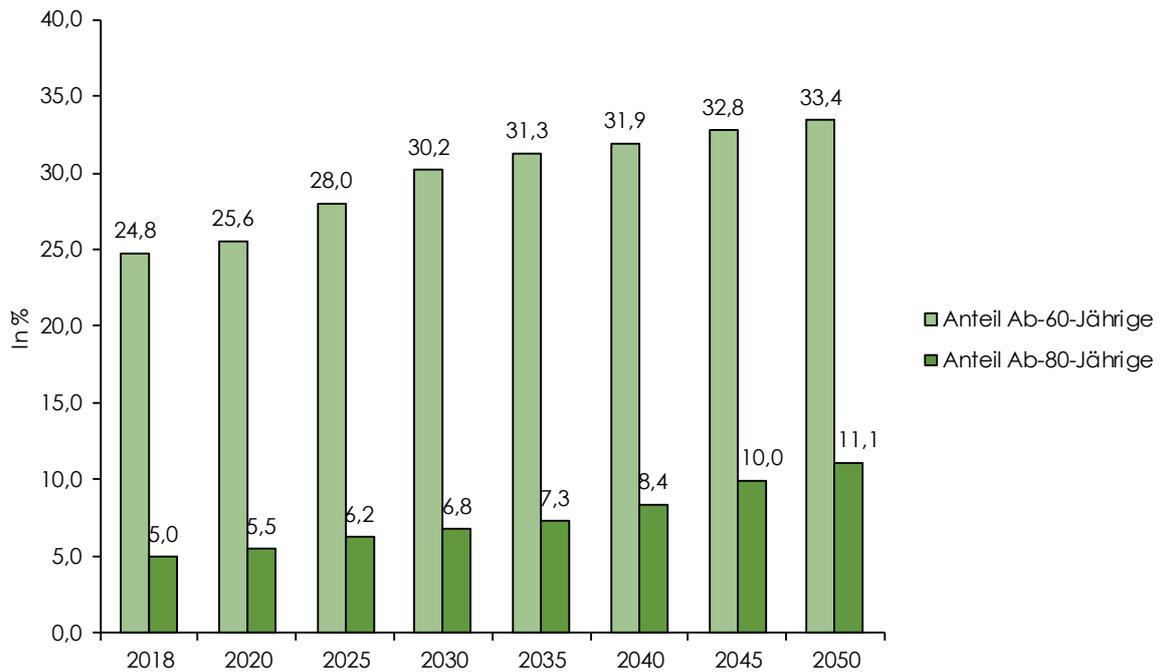
Abbildung 1: Bevölkerungspyramide Österreich 2017, 2030 und 2060 (Hauptvariante)



Q: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2018.

Eine längerfristige Betrachtung zeigt darüber hinaus, dass die Zunahme älterer Personen in den Jahren zwischen 2035 und 2050 besonders stark ausfallen wird. Während 2018 der Anteil der Ab-80-Jährigen 5% der Bevölkerung ausmachte, wird er bis 2030 voraussichtlich auf 6,8% und bis 2050 auf 11,1% ansteigen (Abbildung 2). Die Zahl der Ab-80-Jährigen betrug 2018 rund 439.000, wird gemäß Hauptvariante der aktuellen Bevölkerungsprognose im Jahr 2030 auf voraussichtlich 630.000 anwachsen und dürfte im Jahr 2050 rund 1.08 Mio. ausmachen. Dementsprechend früher, nämlich zwischen 2025 und 2040, wird ein starker Anstieg des Anteils der Ab-60-Jährigen zu beobachten sein.

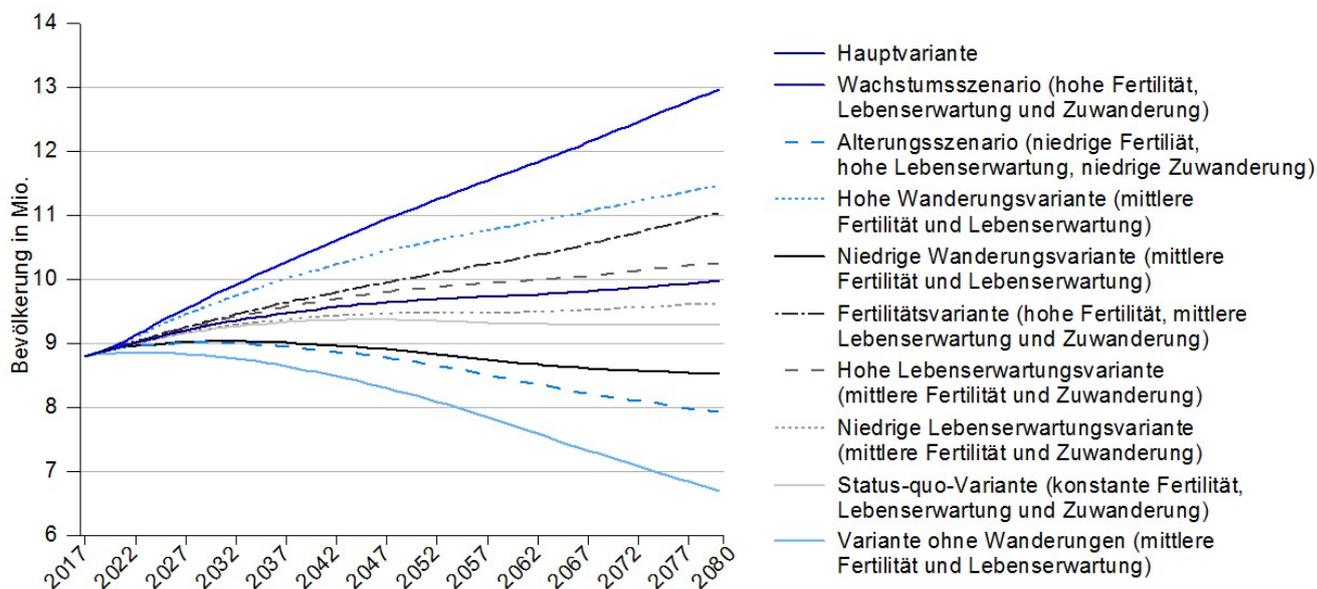
Abbildung 2: Demographische Entwicklung in Österreich 2018 bis 2050



Q: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2018 (Bevölkerung zur Jahresmitte, Hauptvariante); WIFO-Berechnungen.

Die Bevölkerungsprognose von Statistik Austria berücksichtigt die altersspezifischen Fertilitätsraten, die alters- und geschlechtsspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten und die internationale Zu- und Abwanderung. Für diese Studie wird die Hauptvariante der Bevölkerungsprognose 2018 herangezogen, welche auf der mittleren von jeweils drei Varianten zu den künftigen Entwicklungen von Fertilität, Mortalität und internationalem Wanderungssaldo beruht. Abbildung 3 verdeutlicht, wie sensibel Bevölkerungsprognosen auf die jeweils unterstellten Szenarien zu Fertilität, Mortalität und Wanderung reagieren; zudem können „Schocks“ (wie Epidemien, Pandemien, starke Migrationsströme z.B. durch Kriege oder Umweltzerstörung, etc.) rasch zu demographischen Entwicklungen führen, welche stark vom Prognosepfad abweichen.

Abbildung 3: Die Varianten der Bevölkerungsprognose von Statistik Austria.



Q: Statistik Austria (Bevölkerungsprognose 2018).

Die Entwicklung des Gesundheitszustandes älterer Personen

Auch nicht-demographische Faktoren wie die Entwicklung des Gesundheitszustandes älterer Personen spielen eine wesentliche Rolle für die Entwicklung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen. Eine weitere Erhöhung der Lebenserwartung wirft die Frage auf, in welchem Gesundheitszustand die zusätzlichen Lebensjahre verbracht werden. Hierzu gibt es verschiedene Ansätze in der Sozialmedizin. Ausgehend von einem Status quo der Lebenserwartung (1), kann es zu einer Expansion der Morbidität (2) kommen, was bedeutet, dass alle zusätzlichen Lebensjahre in schlechter Gesundheit verbracht werden. Eine Rechtsverschiebung (3) bringt zum Ausdruck, dass alle gewonnenen Lebensjahre in guter Gesundheit erlebt werden. Das Szenario einer Kompression der Morbidität (4) bedeutet, dass ein Teil der zusätzlichen Lebensjahre in guter und ein anderer Teil in schlechter Gesundheit verbracht wird. Hierbei würde der Anteil der Lebensjahre in schlechter Gesundheit an den gesamten Lebensjahren kleiner.

Übersicht 1: Die unterschiedlichen Annahmen über die Lebenserwartung in Gesundheit

(1) Vor einer Veränderung der Lebenserwartung

Lebensjahre in guter Gesundheit	Lebensjahre in schlechter Gesundheit
---------------------------------	--------------------------------------

(2) Expansion der Morbidität

Lebensjahre in guter Gesundheit	Lebensjahre in schlechter Gesundheit
---------------------------------	--------------------------------------

(3) Rechtsverschiebung

Lebensjahre in guter Gesundheit	Lebensjahre in schlechter Gesundheit
---------------------------------	--------------------------------------

(4) Kompression der Morbidität

Lebensjahre in guter Gesundheit	Lebensjahre in schlechter Gesundheit
---------------------------------	--------------------------------------

Q: Comas-Herrera et al. (2003), WIFO-Darstellung.

Übersicht 2: Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren nach subjektivem Gesundheitszustand, 1978-2014

	Männer					Frauen				
	Insgesamt	Restlebenserwartung mit 65 Jahren davon in subjektiv ... Gesundheit			Anteil der subjektiv gesunden Jahre (%)	Insgesamt	Restlebenserwartung mit 65 Jahren davon in subjektiv ... Gesundheit			Anteil der subjektiv gesunden Jahre (%)
		(sehr) guter	mittel- mäßiger	(sehr) schlechter			(sehr) guter	mittel- mäßiger	(sehr) schlechter	
1978	12,5	4,1	5,3	3,1	33	15,9	3,6	7,6	4,7	23
1983	13,1	5,0	5,8	2,3	38	16,5	4,9	8,2	3,5	29
1991	14,4	6,0	5,9	2,6	41	18,0	6,0	8,3	3,7	34
1999	15,6	6,9	5,9	2,8	44	19,3	7,4	8,2	3,7	38
2006	17,2	8,7	6,0	2,5	51	20,5	8,9	8,4	3,2	44
2014	18,2	11,4	5,3	1,5	63	21,5	11,3	7,8	2,4	53

Q: Statistik Austria, Sterbetafeln bzw. Mikrozensus-Sonderprogramme 1978, 1983, 1991, 1999 und Gesundheitsbefragungen 2006/07 und 2014. Fragestellung 1978-1999: "Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand?" Fragestellung 2006-2014: "Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?". Antwortkategorien jeweils: "Sehr gut - Gut - Mittelmäßig - Schlecht - Sehr schlecht".

Die österreichischen Daten zur Lebenserwartung in Gesundheit untermauern das Szenario der Kompression der Morbidität: Mit steigender Lebenserwartung sinkt das Risiko, zu einem bestimmten Zeitpunkt körperlich beeinträchtigt zu werden. Wird also eine steigende Lebenserwartung prognostiziert, dann muss auch berücksichtigt werden, dass sich die Intensivierung der Nachfrage nach medizinischen Leistungen zeitlich nach hinten verschiebt. Daten von Statistik Austria auf Basis der Mikrozensus-Sonderprogramme und der Gesundheitsbefragungen zeigen, dass zwischen 1978 und 2014 nicht nur die Lebenserwartung (hier ausgedrückt in der Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren), sondern auch die "gesunde" Lebenserwartung, also der Anteil der subjektiv gesunden Jahre, kontinuierlich gestiegen ist (Übersicht 2). Relativ zur Lebensdauer verbringen also Menschen heute mehr Jahre in Gesundheit als früher. Altersbedingte Krankheiten konzentrieren sich hingegen zunehmend auf die letzten Lebensjahre ("Kompression der Morbidität"). Da es seit 2014 weder vergleichbare Mikrozensus-Sonderprogramme noch weitere Gesundheitsbefragungen gab, sind keine rezenteren Daten verfügbar.

Aktuellere Entwicklungen können jedoch anhand der Daten des EU-SILC dargestellt werden. Leider gab es bei der Erhebung der EU-SILC Daten im Laufe der Jahre mehrere Anpassungen der Fragestellung, sodass eine längere Zeitreihe von mehreren Datenbrüchen gekennzeichnet ist. Eine Betrachtung der Entwicklung der letzten Jahre (2014-2018) lässt erkennen, dass sich der subjektive Gesundheitszustand der älteren Menschen in Österreich tendenziell weiter verbessert hat, was abermals das Szenario einer Kompression der Morbidität plausibel erscheinen lässt. Während 2014 noch 14% der 65- bis 74-Jährigen angaben, in einem schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand zu sein, hat sich dieser Wert bis 2018 auf 11% reduziert. Bei den Ab-75-Jährigen sind die entsprechenden Werte von 28% auf 26% zurückgegangen (Übersicht 3).

Übersicht 3: Subjektiver Gesundheitszustand der Ab-65-Jährigen, 2014-2018

	65 bis 74 Jahre			75 Jahre und älter		
	Sehr gut oder gut	Mittelmäßig	Schlecht oder sehr schlecht	Sehr gut oder gut	Mittelmäßig	Schlecht oder sehr schlecht
	In %					
2014	53	34	14	33	40	28
2015	51	35	14	32	42	26
2016	54	35	11	33	41	25
2017	52	37	11	34	41	25
2018	55	34	11	35	39	26

Q: Statistik Austria: EU-SILC (Tabellenbände 2014-2018). Von 100% abweichende Summen ergeben sich aufgrund von Rundungsfehlern.

Etwas widersprüchlich zu den oben dargestellten Daten sind die Ergebnisse in Übersicht 4. Sie zeigt die Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren und verdeutlicht, dass es seit dem Zeitreihenbruch 2014 und dem letztverfügbaren Erhebungsjahr 2017 im Durchschnitt zu keiner Erhöhung der Restlebenserwartung gekommen ist (Männer: +0,1 Jahre, Frauen: -0,1 Jahre). Die Restlebenserwartung ohne chronische Krankheit hat sich seit 2014 für beide Geschlechter reduziert, während die Restlebenserwartung mit chronischer Krankheit gestiegen ist. Für beide Geschlechter gilt, dass der Anteil der Jahre ohne chronische Krankheit an der Restlebenserwartung gesunken ist (Männer: von 43% auf 40% zwischen 2014 und 2017), Frauen: von 36% auf 33%).

Übersicht 4: Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren ohne chronische Krankheit, 2003-2017

Jahr	Männer				Frauen			
	Restlebenserwartung mit 65 Jahren Insgesamt	davon Jahre ...		Anteil der Jahre ohne chronische Krankheit (%)	Restlebenserwartung mit 65 Jahren Insgesamt	davon Jahre ...		Anteil der Jahre ohne chronische Krankheit (%)
ohne chronische Krankheit	ohne chronische Krankheit	mit chronischer Krankheit	ohne chronische Krankheit		ohne chronische Krankheit	mit chronischer Krankheit		
2003	16,4	9,9	6,5	61	19,8	11,3	8,6	57
2004	16,8	10,1	6,7	60	20,3	10,6	9,7	52
2005	16,9	10,0	7,0	59	20,3	10,9	9,4	54
2006	17,2	9,9	7,3	58	20,5	10,8	9,8	52
2007	17,4	9,8	7,6	56	20,7	10,4	10,3	50
2008*)	17,5	7,3	10,2	42	20,8	8,3	12,5	40
2009	17,5	7,7	9,8	44	20,8	8,5	12,3	41
2010	17,7	7,6	10,0	43	21,0	7,2	13,9	34
2011	17,9	8,0	9,9	45	21,2	8,3	12,9	39
2012	17,8	8,4	9,4	47	21,0	8,8	12,2	42
2013	17,9	8,4	9,5	47	21,2	9,1	12,1	43
2014*)	18,2	7,9	10,4	43	21,5	7,8	13,7	36
2015	17,9	7,8	10,1	44	21,2	8,6	12,6	41
2016	18,3	7,9	10,4	43	21,5	7,7	13,9	36
2017	18,3	7,3	11,0	40	21,4	7,1	14,3	33

Q: Statistik Austria, Sterbetafeln bzw. EU-SILC. Erstellt am 13.07.2018. Fragestellung 2003-2007: "Haben Sie eine chronische Krankheit?". Fragestellung 2008-2013: "Haben Sie eine chronische, also dauerhafte Krankheit oder ein chronisches, also dauerhaftes gesundheitliches Problem?". Fragestellung ab 2014: "Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem? (Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.)". Antwortkategorien jeweils: "Ja - Nein". *) Zeitreihenbruch.

Grundsätzlich sollte die Entwicklung der subjektiven Gesundheit in Projektionen der künftigen Nachfrage nach ärztlichen Leistungen berücksichtigt werden, denn eine Verbesserung der subjektiven Gesundheit sollte sich auch in einer reduzierten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen niederschlagen. Darüber hinaus wirken auch soziokulturelle Veränderungen, wie etwa der steigende Bildungsgrad der Bevölkerung, Entwicklungen am Arbeitsmarkt oder der Erfolg von Maßnahmen aus Gesundheitsförderung und Prävention in Richtung einer Verbesserung der subjektiven Gesundheit. Die Daten in Übersicht 4 legen jedoch nahe, dass die Effekte mit Vorsicht einbezogen werden sollten.

3. Online-Befragung von Mitgliedern der Ärztekammer Wien

3.1 Ziel der Online-Befragung

Um den künftigen Ärztebedarf im Kontext des demografischen Wandels zu eruieren, ist es nötig, den ärztlichen Zeitaufwand für unterschiedliche Altersgruppen zu kennen. Unter der Annahme, dass der ärztliche Zeitaufwand für die unterschiedlichen Altersgruppen konstant bleibt¹⁾, ergibt eine künftige Änderung der Zusammensetzung der Altersgruppen (mehr Alte, weniger Junge) und des Bevölkerungswachstums (mehr Personen) auch eine erhöhte Nachfrage nach ärztlicher Betreuungsleistung und damit Arbeitszeit.

Ziel der Online-Befragung von Mitgliedern der Ärztekammer Wien war unter anderem, eben diesen ärztlichen Zeitaufwand für unterschiedliche Altersgruppen zu eruieren. Diese Angaben werden als Basis für die Nachfrageprojektionen herangezogen. Darüber hinaus wurde die Ärzteschaft zu den subjektiv größten Herausforderungen im Umgang mit geriatrischen PatientInnen und zu möglichen Ansatzpunkten einer Verbesserung der medizinischen Betreuung dieser Personengruppe befragt. Die Fragen wurden um Kontrollfragen zu Geschlecht, Alter, Fachgebiet, Zusatzdiplome, durchschnittliche Arbeitszeit, Kassenvertrag, Erwerbsstatus und Art der Tätigkeit (niedergelassener Bereich, Krankenanstalten) ergänzt, um anhand (einiger) dieser Indikatoren die Repräsentativität des Befragungsrücklaufs sicherzustellen. Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang.

3.2 ExpertInnen-Workshop und Fragebogenerstellung

Die konkreten Inhalte und Fragen des Fragebogens sowie eine einheitliche Definition von geriatrischen Leistungen wurden im Jänner 2019 im Rahmen eines halbtägigen Workshops unter Beteiligung des WIFO, von Mitgliedern des Geriatrie-Referats der Ärztekammer für Wien sowie von ExpertInnen ermittelt, welche durch die Ärztekammer für Wien benannt wurden. Sechs von der Ärztekammer für Wien benannte ExpertInnen legten im Rahmen des Workshops (auf Basis eines vom WIFO erarbeiteten Fragenvorschlags) unter Abstimmung mit dem Projektteam die konkreten Inhalte des Fragebogens fest). Diese Inhalte wurden durch die ExpertInnen und zusätzlich durch von ihnen beigezogene KollegInnen einem Pre-Test unterzogen, um einerseits die Komplexität der Fragen zu überprüfen und andererseits einen Anhaltspunkt für die zum Ausfüllen erforderliche Zeit zu erhalten.

3.3 Durchführung der Befragung und Rücklauf

Die Befragung wurde auf Wunsch der Ärztekammer für Wien Online durchgeführt. Der Online-Fragebogen wurde vom WIFO basierend auf der oben beschriebenen Vorgangsweise erstellt, wobei die im ExpertInnen-Workshop formulierte Definition der „geriatrischen Leistungen“ am Beginn des Fragebogens und für die Teilnehmenden klar sichtbar angeführt wurde (siehe Anhang).

Die Ärztekammer für Wien versandte eine E-Mail mit dem Link zur Befragung an ihre Mitglieder, unabhängig von der Art ihrer Tätigkeit bzw. Fachrichtung, sodass (nahezu) die vollständige Mitgliederschaft der Ärztekammer für Wien erreicht wurde.²⁾ Die vom WIFO übermittelten, individuellen Zugangsschlüssel wurden dabei – analog zur personalisierten Anrede in Serienbriefen –

¹⁾ Zur Zeit sind Möglichkeiten einer Rationalisierung von medizinischen Leistungen nicht abschätzbar. Mögliche Gründe für eine Änderung des ärztlichen Zeitaufwandes für unterschiedliche Altersgruppen könnten durch die technologische Entwicklung im medizinischen Bereich eintreten – z.B. durch automatisierte Befunde etc.

²⁾ Nicht erreicht werden konnten jene ÄrztInnen und Ärzte, von denen in der Ärzteliste keine E-Mail-Adressen erfasst waren.

von der Ärztekammer für Wien in das Email eingepflegt. Nach der Erstaussendung der Email am 19. März 2019 wurde am 26. März 2019 sowie am 8. April 2019 jeweils eine Erinnerungsemail versandt. Bis 14. April wurden 714 Fragebögen ausgefüllt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von etwa 6,7%, was eine Schichtung der Stichprobe nach den drei genannten Sub-Populationen der Ärzteschaft ermöglichte.

Bei einer der zentralen Fragen (Frage 3), war der auswertbare Rücklauf allerdings nicht hoch genug, um das angestrebte Minimalziel einer Schichtung der Stichprobe nach niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen, niedergelassenen FachärztInnen und ÄrztInnen in Krankenanstalten unter Gewährleistung einer vertretbaren Schwankungsbreite leisten zu können. Aus diesem Grund wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber entschieden, eine weitere Befragungswelle (22. Mai 2019) mit neuerlicher Erinnerungswelle (3. Juni 2019) auszuschieken. Dieser Fragebogen war deutlich kürzer (siehe Anhang 2) und enthielt als inhaltliche Frage lediglich Frage 3 der ersten Befragung, mit alternativer Formulierung, sowie die wesentlichen Kontrollfragen. Der Fragebogen war wiederum an die gesamte Ärzteschaft adressiert. Diese zweite Befragung erreichte einen Rücklauf von 461 ausgefüllten Fragebögen (Rücklaufquote ca. 4,4%), wobei eine Teilmenge dieser RespondentInnen (197 Personen) bereits an der ersten Befragung mitgewirkt hatte.³⁾ In Summe ergaben die beiden Befragungen für die Inhalte von Frage 3 der ersten Befragung eine auswertbare Nettostichprobe von 583 RespondentInnen.

³⁾ Bei diesen RespondentInnen wurden, im Falle von Abweichungen der Antwort zwischen erster und zweiter Teilnahme, die Antworten der zweiten, aktuelleren Teilnahme übernommen.

4. Das Angebot an ärztlichen Leistungen: Methodik, Status quo und künftige Entwicklung

In diesem Abschnitt sollen die Grundlagen der Bestandsprojektion dargelegt werden, auf der die Abschätzung der künftigen Entwicklung der Anzahl der ÄrztInnen sowie des verfügbaren Arbeitsvolumens basieren. Das Fortschreibungsmodell hält sich eng an und beruht ganz wesentlich auf Annahmen, die in *Czasný et al. (2012)* getroffen werden. Obschon vor fast einer Dekade erstellt, stellt die genannte Studie die aktuellste Projektion des ÄrztInnenbestandes dar, die seit Fertigstellung dieser Untersuchung vergangene Zeit bedingt aber auch einige wesentliche Ergänzungen, vor allem die Studienplätze betreffend, die in der hier vorgenommenen Projektion zu einer merklich höheren Kopfzahl führen als in *Czasný et al. (2012)*. Über *Czasný et al. (2012)* hinausgehende notwendige Zusatzannahmen betreffen auch und vor allem die regionale Komponente: für die vorliegende Studie ist ja im Speziellen die Wiener Ärzteschaft von Bedeutung; die regionale Dimension wurde in *Czasný et al. (2012)* nicht berücksichtigt.

4.1 Annahmen und Methodik der Ärzteangebotsprojektion

Ausgangspunkt der Projektion ist der Bestand an ÄrztInnen im Jahr 2018. Quelle dafür ist eine Publikation der Ärztekammer (ÖÄK, 2019), die „Ärztestatistik 2018“. Damit stellt sich der Bestand folgendermaßen dar:

Übersicht 5: Bestand der Ärzteschaft 2018, Österreich und Wien

	Österreich	davon Wien
Allgemeinmedizin	14.805	3.181
Facharzt	23.246	6.997
Turnus	8.085	2.606
Gesamt	46.136	12.784

Q: ÖÄK(2019)

Diese Zahlen bilden die Grundlage für das Projektionsmodell. Für die Fortschreibung werden dabei Annahmen aus *Czasný et al. (2012)* verwendet; zudem Annahmen über die Zahl der Ausbildungsstätten (für Medizinstudium sowie Fachausbildung), die Erfolgsquoten, sowie die Zu- und Abwanderung von AbsolventInnen und ausgebildeten MedizinerInnen betreffend. Konkret wird von Folgendem ausgegangen:

- 70% der MedizinerInnen verbleiben nach der Ausbildung in Österreich. Die FA-Ausbildungsplätze werden zu 90% erfolgreich gefüllt, die restlichen MedizinerInnen gehen in die Allgemeinmedizin.
- Zusätzlich wird eine Abwanderung von 5% in nicht-ärztliche Berufe angenommen.
- 936 neue TurnusärztInnen pro Jahr ab 2025 (davor sind die Zahlen etwas geringer).
- Für die Migration von fertig ausgebildeten MedizinerInnen (AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen) wird von einer ausgeglichenen Bilanz ausgegangen.
- Die Ausbildungszeit wird mit durchschnittlich 7 Jahre Studium plus 4 Jahre Ausbildungszeit für AllgemeinmedizinerInnen und plus 6 Jahre Ausbildungszeit für FachärztInnen angenommen.
- Das Pensionierungsalter wird mit 65 Jahren für Männer sowie 63 für Frauen angenommen. In einem Alternativszenario wird von einem niedrigeren Pensionsalter ausgegangen.

Zusätzlich unterscheiden Czasný *et al.* (2012) noch ein Szenario, das den Wegfall der Quotenregelung für österreichische Studierende betrifft. Beide Szenarien, geringeres Pensionsantrittsalter sowie Wegfall der Quotenregelung, führen zu deutlich niedrigeren Projektionszahlen.

Seit der Publikation von Czasný *et al.* (2012) wurde die Zahl der Studienplätze erhöht:

- Am Standort Linz wurde mit dem Studienjahr 2015/16 ein Medizinstudium neu etabliert. Die ursprünglich 180 Studienplätze werden bis 2022 auf 300 erhöht.
- In Krems stehen seit dem Studienjahr 2017/18 75 Plätze zur Verfügung.
- Die Sigmund Freud Privatuniversität in Wien bietet seit dem Studienjahr 2015/16 80 Ausbildungsplätze an.
- Die Paracelsus Medizinische Privatuniversität in Salzburg erhöhte ab dem Studienjahr 2018/19 ihr Ausbildungsprogramm von 40 auf 75 Studienplätze.
- Nach Rücksprache mit der GÖG⁴⁾ wurde außerdem der Anteil der in Österreich verbleibenden Absolvierenden ab 2025 (von rund 69%) auf 80% angehoben, was die Zahl der für den österreichischen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden MedizinerInnen zusätzlich erhöht.
- Auch wenn zu erwarten ist, dass vor allem die AbsolventInnen der Privatuniversitäten etwas andere Berufskarrieren anstreben als die Studierenden öffentlicher Universitäten, werden auch für diese mangels detaillierter Information dieselben Kennzahlen angenommen wie für die übrigen Medizinuniversitäten, also insbesondere 90% Erfolgsrate, 70% (80%) Verbleiberate in Österreich und 5% Abwanderungsrate in andere Berufsfelder.

Bei einer durchschnittlichen Studiendauer von 7 Jahren bedeutet dies, dass die neuen Studienplätze 7 Jahre später in den AbsolventInnenzahlen sichtbar werden. Damit ergeben sich ab 2030 insgesamt rund 1.270 Absolvierende, die für den österreichischen Bedarf an ÄrztInnen zur Verfügung stehen (dies ist deutlich höher als die 940, die in Czasný *et al.* (2012) erwartet wurden, was die Wirkung der zusätzlichen Studienplätze und die höhere Verbleiberate widerspiegelt). Diese 1.270 Absolvierenden kommen dann schließlich 4 bzw. 6 Jahre später (den angenommenen Ausbildungszeiten für Allgemeinmedizin sowie spezielle Fächer entsprechend) in der Gruppe der ausgebildeten ÄrztInnen an.

Für Aufteilung AllgemeinmedizinerInnen (AM) - FachärztInnen (FA) wurde die Annahme von Czasný *et al.* (2012) übernommen. FA-Stellen werden zu 90% gefüllt und bestimmen die Anzahl an FachärztInnen. Die Anzahl an AllgemeinmedizinerInnen wird durch das „Residuum“ bestimmt. Die Zahl der FA-Ausbildungsstellen wird auf Basis von Daten des Sozialministeriums⁵⁾ auf rund 5.500 geschätzt. Dies wird für die Anzahl der Ausbildungsstellen über den gesamten Projektionszeitraum als konstant angenommen. Der Stand der FA-Stellen lt. Bundesministerium wird als Näherungswert für die Zahl der Ausbildungsstellen genommen. Dies bedeutet bei 90% Besetzung und 6 Jahren Ausbildung einen jährlichen Abgang von rund 825 FachärztInnen. Damit verbleiben von den 1.270 Zugängen rund 450 Personen in der Allgemeinmedizin.

⁴⁾ Die Annahmen und Ergebnisse unserer Projektion wurden mit Experten der GÖG diskutiert und auf Plausibilität geprüft; Ihnen, allen voran Michael Hummer, sei an dieser Stelle herzlich Dank gesagt – die schlussendlich verwendeten Annahmen und vor allem die Ergebnisse der Bestandsprojektion verblieben natürlich in alleiniger Verantwortung des AutorInnenenteams.

⁵⁾ Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung müssen in der Ausbildungsstellen-Verwaltung (kurz: ASV) der österreichischen Ärztekammer registriert werden (vgl. das Ärztemonitoring des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Medizin_und_Berufe/Berufe/Aerztinnen_Aerzte_Ausbildung/Aerztinnen_Aerztemonitoring)

Ein wichtiger Aspekt dabei ist der Frauenanteil: sowohl Pensionierung wie auch spezifisches Arbeitsangebot werden für Männer und Frauen unterschiedlich angenommen. Der Geschlechtermix übt daher Einfluss auf das geschätzte Arbeitsangebot aus. Im Bestand stellt sich der Frauenanteil nach Alter und Fachrichtung folgendermaßen dar:

Übersicht 6: Frauenanteil nach Altersgruppen im Bestand in Österreich, 2018

In %

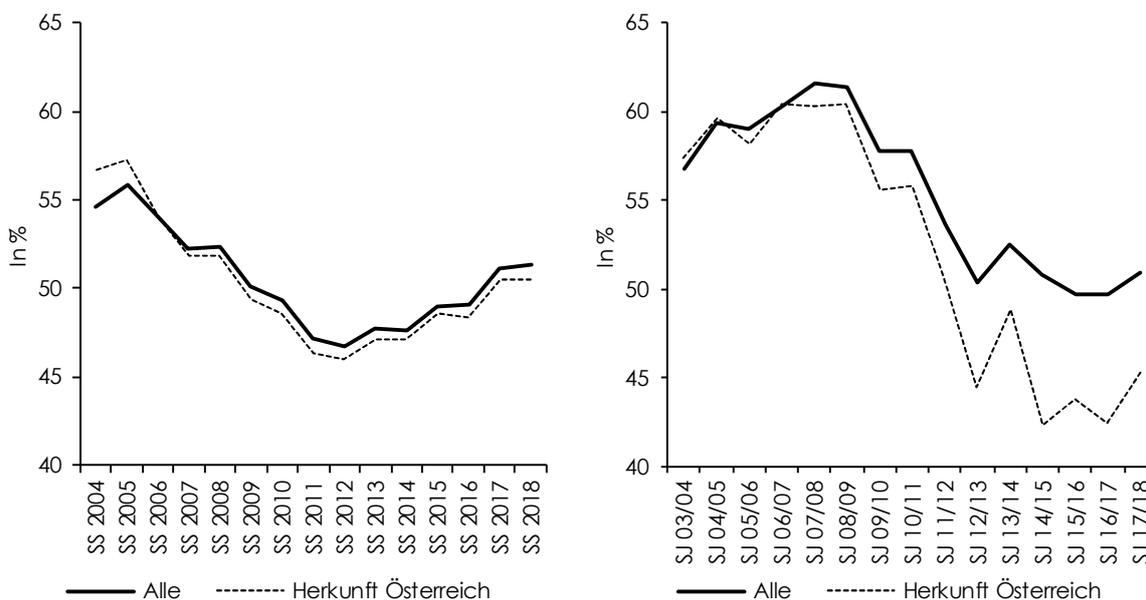
	Insg.	Alter in Jahren											
		bis 25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	> 75
Allgemeinmedizin	59	0	69	63	69	69	64	66	57	38	24	20	15
Facharzt	38	0	100	55	48	47	44	39	34	26	18	18	15
Turnus	52	64	51	50	64	19	67	57	59	40	0	0	0
Gesamt	47	64	52	55	59	53	51	48	42	31	20	18	15

Q: ÄK (2019)

Bei den jüngeren Jahrgängen bis 55 Jahre liegt der Frauenanteil insgesamt bei rund der Hälfte (oder darüber), bis 45 gilt das sowohl für AllgemeinmedizinerInnen wie für FachärztInnen. Bei den älteren Jahrgängen ab 55 Jahre ist der Frauenanteil (zum Teil deutlich) geringer. Diese Jahrgänge sind aber für den Projektionszeitraum (bis 2045) nicht mehr von Bedeutung, da sie spätestens 2030 pensionsbedingt nicht mehr in der Ärzteschaft vertreten sein werden.

Im Turnus, der „Next Generation“, liegt der Frauenanteil bei 50-60%. Dies gilt im Wesentlichen auch für die Studierenden und AbsolventInnen:

Abbildung 4: Frauenanteil an den Studierenden und den AbsolventInnen an öffentlichen Medizinuniversitäten



Q: Statistik Austria. SS: Sommersemester. SJ: Studienjahr.

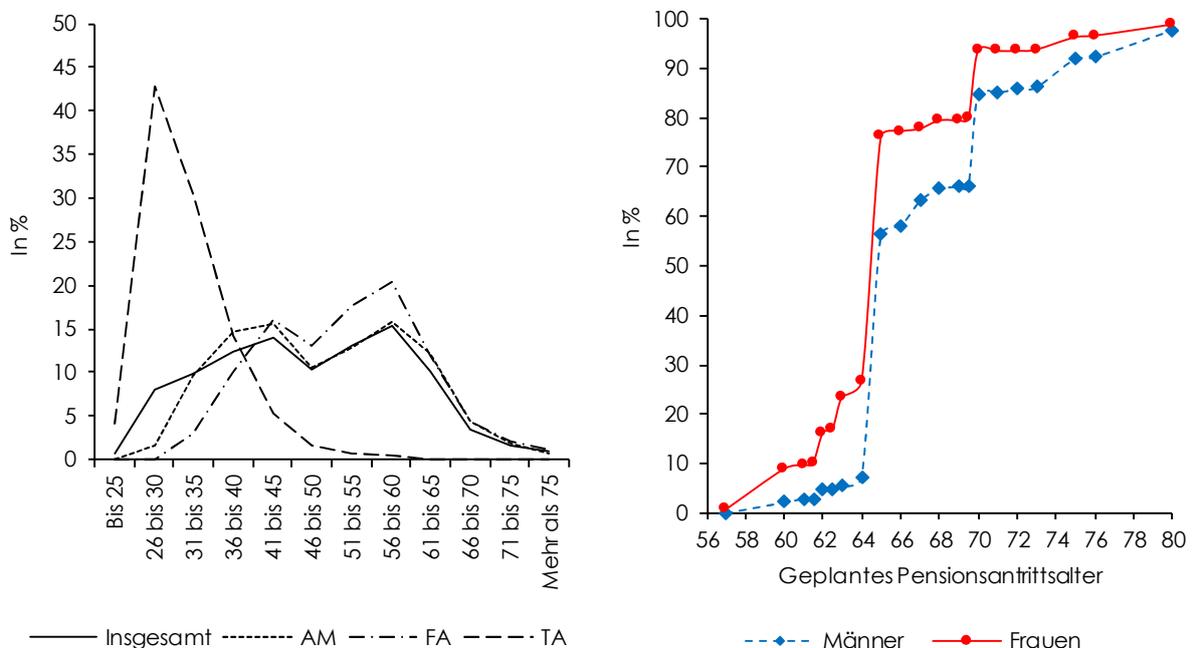
Bei den Studierenden zeigt sich um das Jahr 2011 mit rund 46% ein Tiefpunkt im Frauenanteil. Bis 2018 klettert der Frauenanteil aber wieder solide über 50%. Mit rund 5-6 Jahren Verzögerung spiegelt sich dieses Muster in den Abschlüssen wider: speziell bei den Abschlüssen von österreichischen Studierenden fiel der Frauenanteil 2015-17 auf unter 45%, erholte sich jedoch – analog

zu den Studierenden – in der Folge wieder. Der Frauenanteil beeinflusst das projizierte Leistungsangebot insofern, als Frauen ein (etwas) geringeres Pensionsantrittsalter sowie etwas geringere individuelle Arbeitszeiten aufweisen; beide Faktoren beeinflussen das Projektionsergebnis allerdings nicht wesentlich, und werden auch, was das Pensionsantrittsalter betrifft, in Form von Szenarien abgedeckt. Im Projektionsmodell wird jedenfalls angenommen, dass der Frauenanteil unter den Studierenden bis Mitte der 2030er-Jahre (wieder) auf 60% steigen wird.

Der Pensionierungsabgang wurde auf Basis des Ist-Bestandes an ÄrztInnen nach Altersgruppen modelliert (Abbildung 5). Der Ärztebestand sinkt in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen bereits deutlich, die Über-70-Jährigen stellen nur noch weniger als 1% der Ärzteschaft (70-75: 2%). Das wird auch durch die Befragungsergebnisse untermauert: bei den Frauen geben drei Viertel an, spätestens mit 65 in Pension sein zu wollen, bei den Männern ist dies gut die Hälfte. Eine Berufstätigkeit über das 70. Lebensjahr hinaus planen nur 5% der Ärztinnen, aber etwa 15% der Ärzte.

Für die Modellierung des Pensionsabganges wird daher ein „Abschreibungsmodell“ angenommen: bis zum offiziellen Pensionsantrittsalter (Männer: 65, Frauen: 62) ist die Wahrscheinlichkeit einer Arbeitstätigkeit 100%; ein Jahr nach dem offiziellen Pensionsalter 80%, 2 Jahre danach 66%. Nach 3 Jahren wird angenommen, dass noch 50% der ÄrztInnen ihren Beruf ausüben. Mehr als 5 Jahre nach Erreichen des offiziellen Pensionsalters arbeiten annahmegemäß nur noch 10%, 10 Jahre nach offiziellem Pensionsalter wird das Ausscheiden aller Personen aus dem aktiven Beruf angenommen. Dieses Vorgehen mag kompliziert erscheinen und kann hinterfragt werden – eine Verschiebung der „Abschreibungsregel“ um ein paar Jahre verändert den projizierten Ärztebestand im Jahr 2045 aber nur sehr unwesentlich.

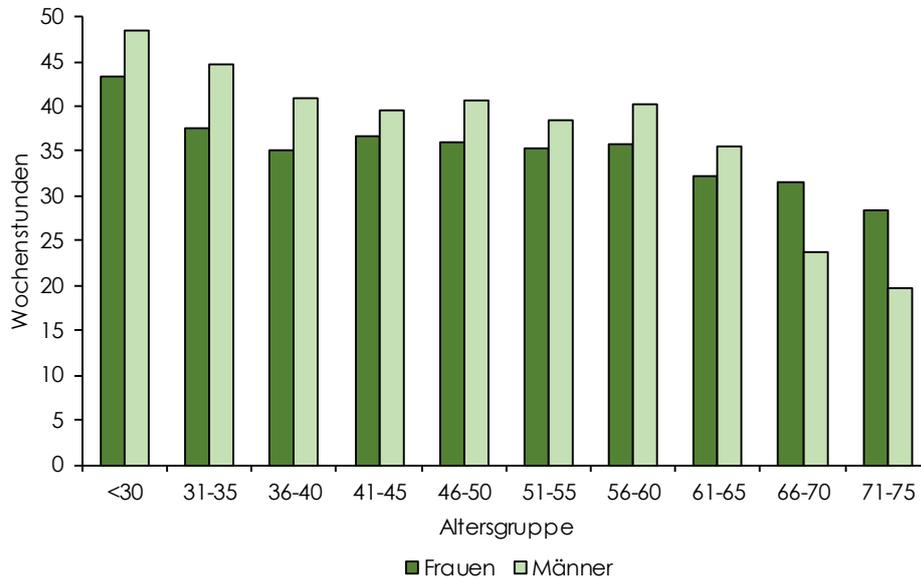
Abbildung 5: Altersverteilung der Wiener Ärzteschaft (Ist-Bestand) und geplantes Pensionsantrittsalter lt. WIFO-Befragung



Q: ÖÄK (2019), WIFO-Befragung. AM: AllgemeinmedizinerInnen. FA: FachärztInnen. TA: TurnusärztInnen.

Ein letzter Blick soll den Arbeitszeiten gelten, die in der Befragung angegeben wurden – diese stellen die Basis der Arbeitsangebotschätzung dar⁶⁾.

Abbildung 6: In der Befragung angegebene durchschnittliche Wochenarbeitszeiten nach Geschlecht



Q: WIFO-Befragung.

Zwei Muster zeigen sich deutlich: eine im Karriereverlauf fallende Wochenarbeitszeit, sowie eine höhere durchschnittliche Arbeitszeit bei Männern.

4.2 Resultate der Ärztebestandsprojektionen

Für die Projektionen wurden eine Basisentwicklung sowie 5 Szenarien modelliert. Das Basisszenario reflektiert im Wesentlichen die oben dargelegten Annahmen; konkret sind diese:

- Die Abwanderung der Absolvierenden verringert sich von rund 30% derzeit auf 20% ab dem Jahr 2015.
- Es werden 90% der verfügbaren FA-Ausbildungsstellen gefüllt; die Zahl der AllgemeinmedizinerInnen ergibt sich als Restgröße.
- Pensionsalter ist 63 Jahre bei Ärztinnen und 65 Jahre bei Ärzten; für ältere Praktizierende wird ein „Abschreibungsmodell“ angenommen.
- Für den Frauenanteil bei den Absolvierenden wird angenommen, dass er von derzeit rund 45% bis Mitte der 2030er-Jahre auf 60% steigt (diesen Wert wies der Frauenanteil bereits Mitte der 2000er-Jahre auf, seitdem wurde aber ein merklicher Rückgang beobachtet).
- Im fachärztlichen Bereich wird im Bestand ein unterdurchschnittlicher, im -Bereich Allgemeinmedizin ein überdurchschnittlicher Frauenanteil beobachtet. Für den Projektionszeitraum wird dies als weiter gültig angenommen; konkret wird angenommen, dass der Frauenanteil im AM-Bereich um 2,5 Prozentpunkte über, im FA-Bereich um 2,5 Prozentpunkte unter dem Männeranteil liegt.

⁶⁾ Hier muss noch einmal betont werden, dass die absoluten Zahlen im Bestand relativ geringen Einfluss auf das Projektionsresultat haben, da diese in Form eines Index der Veränderung gegenüber dem Basisjahr verwendet werden – grob gesprochen „kürzen“ sich Fehler, die bereits im Basisjahr gemacht wurden, dabei „heraus“.

- Der Anteil Wiens an der österreichischen Ärzteschaft wird als konstant angenommen; er beträgt demnach 21% bei den Allgemeinmediziner*innen und 30% bei der Fachärzt*innen (ÖÄK, 2019).

Die Szenarien betreffen eine Teilmenge dieser Annahmen:

- Szenario „Abwanderung 30%“: es wird angenommen, dass die Abwanderung der Absolvierenden nicht zurückgeht und bis 2050 bei rund 30% liegt.
- Szenario „Angleichung Pensionsalter“: hier wird das Pensionsalter der Ärzt*innen jenem der Ärzte angeglichen, nämlich auf 65 Jahre.
- Szenario „Anhebung des Pensionsalters“: das Pensionsalter wird für Männer und Frauen um 3 Jahre angehoben, der Unterschied im Pensionsantrittsalter bleibt bestehen.
- Szenario „konstanter (relativer) Versorgungsgrad“: alle Szenarien der Bevölkerungsprognose von Statistik Austria gehen davon aus, dass Wien schneller wächst als die übrigen Bundesländer; dies bedeutet, dass der Anteil Wiens an der österreichischen Bevölkerung von rund 21,5% (2018) (je nach Szenario) auf 21,6-23,3% steigen wird. Hier wird angenommen, dass der Anteil Wiens an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2050 rund 22,3% betragen wird. Der Anteil Wiens an der österreichischen Ärzteschaft wird dementsprechend um 4% angehoben ($22,3/21,5=1,04$).
- Szenario „konstanter AM-Anteil“: die Basisannahme ist ja, dass 90% der verfügbaren FA-Stellen gefüllt werden, und sich der AM-Anteil als Restgröße ergibt. Speziell in den frühen Projektionsjahren, in denen das erweiterte Angebot an Studienplätzen noch nicht für den Ärz*innenmarkt zur Verfügung steht, impliziert dies einen deutlichen Rückgang bei den Allgemeinmediziner*innen. Hier wird angenommen, dass das Verhältnis zwischen AM und FA gleichbleibt, bei rund 61% FA und 29% AM (ÖÄK, 2019).

Die Szenarien werden einzeln implementiert, d.h. es wird immer nur ein Parameter geändert. Dies ermöglicht, die Stärke des Einflusses jedes Parameters abzuschätzen. Mit genügender Genauigkeit erlaubt dies auch eine „Addition“ der Einflüsse.

Als Kopffzahlen ergeben sich unter den oben dargelegten Annahmen im Basisszenario folgende Ärztebestände für 2018 (Ist-Bestand) sowie für die Projektionszeitpunkte 2030, 2040 sowie 2050:

Übersicht 7: Österreichischer Ärztebestand 2018 sowie Projektionen 2030, 2040 und 2050 - Basisszenario

	Bestand 2018	Projektion		
		2030	2040	2050
Allgemeinmedizin	14.805	12.500	12.900	13.100
Facharzt	23.246	21.900	22.800	26.500
Gesamt	38.051	34.400	35.700	39.600

Q: ÖÄK (2019); WIFO-Berechnungen

Die Zahl der Ärzt*innen sinkt lt. Projektion zwischen 2018 und 2030, erholt sich 2040 wieder etwas, und erreicht vor 2050 wieder den aktuellen Stand (bzw. übertrifft ihn sogar⁷⁾). Die Anzahl an Fachärzt*innen ist sehr stabil, sinkt leicht zwischen 2018 und 2030, um 2050 dann etwa 15% über dem Wert von 2018 zu liegen. Dies erklärt sich durch die Annahme, dass die Zahl der FA-

⁷⁾ Bezogen auf die Wohnbevölkerung wird sich der „Versorgungsgrad“ 2050 gegenüber 2017 allerdings verschlechtern: gemäß „mittlerer Bevölkerungsprognose“ der Statistik Austria wird sich die Kennzahl Einwohner pro Arzt bzw. Ärztin von rund 231 im Jahr 2017 auf 245 im Jahr 2050 erhöhen (mit jeweils rund 270 fallen die entsprechenden Zahlen für 2030 bzw. 2040 noch höher aus).

Ausbildungsstellen konstant (hoch) bleibt und auch in Anspruch genommen wird – die Zahl der AllgemeinmedizinerInnen ist das Residuum, das zwischen der Zahl der Absolvierenden und der Zahl der FA-Ausbildungsstellen verbleibt; dementsprechend ist ihre Zahl wesentlich volatiler als jene der FachärztInnen, und sinkt lt. Projektion zwischen 2018 und 2030 um 2.300 (von rund 14.800 auf knapp 12.500), um 2050 dann wieder auf rund 13.100 anzusteigen.

4.3 Projektion des verfügbaren Arbeitsvolumens von ÄrztInnen in Wien

Obige Abschnitte beschreiben die Projektion des Bestands an ÄrztInnen bis 2050 für Österreich. Für die vorliegende Studie, in der es um das Angebot an und die Nachfrage nach medizinischen Leistungen in Wien geht, ist es daher noch notwendig, die für das gesamte Bundesgebiet errechneten Kopfbestände zum einen auf die Stadt Wien herunterzubrechen, und zum anderen eine Transformation in Arbeitsvolumina durchzuführen – veränderte Arbeitszeiten führen auch bei stabilem Angebot an ÄrztInnen zu Veränderungen im verfügbaren Arbeitsvolumen⁸⁾. Im Projektionsmodell wurde dabei als Basisannahme von einem konstanten Anteil Wiens ausgegangen (aktuell werden rund 21% der AM und 30% der FA in Wien gezählt). Im Szenario „Versorgungsgrad konstant“ wird der Wienanteil an der Ärzteschaft an den Wienanteil an der Bevölkerung lt. Statistik Austria-Prognose gekoppelt.

Die Ergebnisse stellen sich für das Bestandsjahr 2018 sowie die Projektionsjahre 2030, 2040 und 2050 folgendermaßen dar⁹⁾:

Übersicht 8: Verfügbare ärztliche Arbeitsvolumina in Wien, 2018-2050, Index 2018=100; nach Fachrichtung¹⁰⁾ und Szenario
Index 2018=100.

Szenario	Allgemeinmedizin				Facharzt				angestellte AM+FA				Gesamt			
	2018	2030	2040	2050	2018	2030	2040	2050	2018	2030	2040	2050	2018	2030	2040	2050
Basisszenario	100	88	92	93	100	99	102	116	100	97	100	111	100	96	98	109
Abwanderung konstant 30%	0	-6	-18	-28	0	0	0	0	0	-1	-4	-6	0	-2	-6	-9
Angleichung Pensionsalter - 65J	0	3	4	3	0	3	2	1	0	3	3	1	0	3	3	2
Erhöhung Pensionsalter - 3J	0	7	8	6	0	9	7	3	0	8	7	4	0	8	7	4
Versorgungsgrad konstant	0	1	3	4	0	1	3	5	0	1	3	4	0	1	3	4
Anteil AM konstant	0	10	12	14	0	-6	-7	-8	0	-3	-3	-4	0	-1	-1	-1

Q: WIFO-Berechnungen.

Im Basisszenario sinkt also das in Wien verfügbare Arbeitsvolumen an ärztlichen Leistungen bis 2030 um 4%, liegt aber 2050 dann 9% über dem aktuellen Wert. Dieser relativ markante Anstieg

⁸⁾ Auch Änderungen in der „Behandlungseffizienz“, also der pro Patient aufgewendeten Zeit, führen zu Änderungen im abrufbaren Leistungsumfang. So führt der Trend zu WahlärztInnen nicht nur durch eine allfällige Reduktion in der geleisteten Wochenarbeitszeit, sondern auch durch die längere Behandlungszeit pro Patient zu einem potenziellen Rückgang in der Versorgungskapazität. In der Projektion wird dieser Trend in den Szenarien zur Arbeitszeit implizit berücksichtigt.

⁹⁾ Die Ergebnisse werden als auf das Jahr 2018 bezogener Index ausgewiesen; ein Indexwert von 110 impliziert ein 10% höheres Arbeitsvolumen gegenüber 2018.

¹⁰⁾ Die Kategorie „angestellte AM+FA“ wurde nicht separat modelliert, sondern bildet ein gewichtetes Mittel aus den Ergebnissen für AM und FA; die Gewichte stellen dabei die Anteile von FA und AM an den angestellten MedizinerInnen im Jahr 2018 dar (ÖÄK, 2019). Ihre Modellierung ist schwierig, da ihre Zahl ganz wesentlich von gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen – in erster Linie der Zahl an Krankenhausstellen – abhängt.

ist in erster Linie durch die deutlich höhere Zahl an Ausbildungsplätzen (und die verringerte Abwanderung von Absolvierenden) bedingt, was zu einer merklichen Verjüngung der Ärzteschaft führt (und damit zu relativ höheren Arbeitsvolumina – jüngere ÄrztInnen weisen höhere Wochenarbeitszeiten auf). Bei den FachärztInnen ist dieser Anstieg bis 2050 mit +16% gegenüber 2018 deutlich höher als bei den AllgemeinmedizinerInnen, die bis 2050 noch mit einem Rückgang um 7% projiziert werden – hier liegt der Grund in der Annahme, dass alle FA-Ausbildungsstellen gefüllt werden, und die AM das „Residuum“ darstellt.

Ein Szenario weist einen negativen Einfluss auf das angebotene Arbeitsvolumen auf, nämlich die Fortschreibung der derzeit beobachteten 30%-Abwanderungsrate von Absolvierenden: in diesem Fall wären die FA zwar nicht betroffen (aufgrund der Annahme, dass alle FA-Ausbildungsstellen besetzt werden können), mit -28% im Jahr 2050 wird allerdings ein massiver Rückgang in der AM projiziert.

Die übrigen Szenarien weisen positive Beiträge zum Arbeitsvolumen auf – wenig überraschend, da sie allesamt eine Erhöhung der Kopfzahlen implizieren (spätere Pensionierung, höherer Wien-Anteil). Einzig die Annahme einer konstanten AM-Quote führt zu Rückgängen, nicht im Gesamtbestand¹¹⁾, wohl aber im Arbeitsvolumen der Fachärzteschaft.

Mit angesichts der eher kruden Projektion genügender Genauigkeit können die Prozentbeiträge addiert werden – die günstigste Variante würde daher bedeuten, dass im Jahr 2050 rund 19% mehr an ärztlichem Arbeitsvolumen angeboten werden könnte (109 aus dem Basisszenario plus 2, 4 und 4 PP aus den Pensions- und Versorgungsgradszenarien). Die ungünstigste Variante würde bedeuten, dass das Arbeitsvolumen im Jahr 2050 dem des Jahres 2018 entspricht (109 – 9 PP aus dem Abwanderungsszenario); dies überdeckt allerdings eine deutliche Verschlechterung der Versorgungslage bis 2050, sowie auch die unterschiedliche Betroffenheit von AM und FA: da FA laut Basisannahme nicht betroffen wären, würde sich die gesamte Anpassungslast auf die AM konzentrieren, deren Arbeitsvolumen um ein Drittel geringer als 2018 ausfallen würde.

In Kapitel 6 werden die Ergebnisse dieser Angebotsprojektion den aus den Überlegungen zur Leistungsnachfrage abgeleiteten Entwicklungen gegenübergestellt.

¹¹⁾ Die leichten Rückgänge sind ein Struktureffekt, der dadurch zustande kommt, dass AM andere Arbeitszeiten aufweisen als FA.

5. Die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen: Methodik, Status quo und künftige Entwicklungen

5.1 Die Annahmen und Methodik der Ärztebedarfsprojektion für Wien

Der künftige Bedarf an den ärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2050 wird auf Basis der Ergebnisse aus der Befragung der Wiener Ärzteschaft ermittelt. Der lange Projektionshorizont trägt dem Umstand Rechnung, dass die große Alterungswelle erst in den 2040er-Jahren einsetzen wird, wenn die Generation der Baby-Boomer zunehmend die Hochaltrigkeit (über 80 Jahre) erreicht. Zusätzlich macht die Darstellung der Differenz zwischen Angebot und Bedarf in langer Frist (also über 2030 hinaus) bei Fortschreibung bestehender Trends auch die Notwendigkeit der rechtzeitigen politischen Steuerung von AbsolventInnenzahlen und Ausbildungskapazitäten sichtbar, die aus den langen Ausbildungszeiten von ÄrztInnen folgt.

Die Studie von Czásny *et al.* (2012) hat sich zur Schätzung des künftigen Ärztebedarfs eines zweistufigen Modells bedient. Im ersten Schritt wurde der damalige Ist-Stand angestellter ÄrztInnen nach Vollzeitäquivalenten kritisch bewertet und auf Basis von angezeigten Arbeitszeitüberschreitungen und des Einbezugs von neu etablierten Fächern (Kinder- und Jugendpsychiatrie) korrigiert, um einen Soll-Stand auszuweisen. Weiters wurde die im „Österreichischen Strukturplan Gesundheit“ (ÖGS) 2010 angenommene Entwicklung der stationären Aufenthalte und der Bettenmessziffer berücksichtigt. Für den niedergelassenen Bereich wurden die Planungsrichtwerte des ÖGS 2010 auf die Kassenvertragsärzte angewandt (mit einer groben Berücksichtigung von zehn Fachrichtungen) und das neue Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie dazu geschätzt. Außerdem wurden die fachrichtungsspezifischen Unterschiede in der zu erwartenden Entwicklung berücksichtigt. In einem zweiten Schritt wurde die so berechnete Ausgangsbasis mit der demografischen Entwicklung von Statistik Austria (Hauptvariante) aus dem Jahr 2010 hochgerechnet.

Die vorliegende Studie geht einen anderen Weg. Die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen wird im Status quo durch die Ergebnisse des Fragebogens abgebildet. Die Beantwortung der Frage nach der Verteilung des gesamten Zeitaufwands für ärztliche Leistungen auf PatientInnen unterschiedlicher Altersgruppen (unter 60 Jahre, 60-74 Jahre, 75-85 Jahre und älter als 85) ermöglicht eine prozentuelle Aufteilung der ärztlichen Zeit auf die unterschiedlichen Altersgruppen (siehe Fragebogen in Anhang 1). Etwaige, aktuell bestehende Über- oder Unterversorgungen bleiben jedoch unberücksichtigt. Wie weiter oben bereits beschrieben, lässt der Rücklauf der Befragung unter der Wiener Ärzteschaft leider keine Unterscheidung nach Fachrichtungen zu. Es ist zu erwarten, dass die unterschiedlichen Fachrichtungen in einem unterschiedlichen Ausmaß von der zunehmenden Alterung der Bevölkerung betroffen sein werden. So kann davon ausgegangen werden, dass etwa die Bereiche der Inneren Medizin oder Urologie stärker vom demografischen Wandel betroffen sein werden als beispielsweise die Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder die Kinder- und Jugendheilkunde. Der Rücklauf der Fragebögen lässt folgende Unterscheidung zu (Sub-Populationen):

- niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen
- niedergelassene FachärztInnen
- ÄrztInnen in Krankenanstalten

Der Status quo der Verteilung des Zeitaufwands für ärztliche Leistungen auf PatientInnen in den vier unterschiedlichen Altersgruppen nach den drei Sub-Populationen wird mit der demografischen Vorausschau von Statistik Austria (Hauptvariante 2018) verknüpft und in die Zukunft projiziert (Übersicht 9). Als Basis für die Berechnungen dienen

- Aktuelle Bevölkerung sowie die Bevölkerungsprognose für Wien von Statistik Austria (Hauptvariante, Jahresende) in vier Altersgruppen (Übersicht 9).
- Die Verteilung des ärztlichen Zeitaufwandes in vier Altersgruppen und drei Sub-Populationen (niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen, niedergelassene FachärztInnen, ÄrztInnen in Krankenanstalten) (Übersicht 10).
- Für die Projektion des benötigten Arbeitsvolumens der Ärzte in Zukunft: die durchschnittliche Arbeitszeit nach drei Sub-Populationen laut Online-Befragung der Wiener Ärzteschaft (Übersicht 13).
- Die aktuelle Grundgesamtheit der Wiener Ärzteschaft lt. Ärztekammer für Wien nach drei Sub-Populationen (Übersicht 11; Spalte „2018“).

In einem ersten Schritt wird die Verteilung des ärztlichen Zeitaufwandes in vier Altersgruppen laut Online-Befragung mit der aktuellen Grundgesamtheit der Wiener Ärzteschaft nach drei Sub-Populationen verknüpft (Bedarf nach ärztlicher Leistung = 100). In einem zweiten Schritt wird die Verteilung des ärztlichen Zeitaufwandes nach vier Altersgruppen laut Online-Befragung mit der demographischen Entwicklung der vier Altersgruppen verknüpft. So ergibt sich ein neuer Indexwert des Bedarfs nach ärztlichen Leistungen in künftigen Jahren, was entweder in Köpfen (siehe Übersicht 11) bzw. in Arbeitsvolumen umgerechnet werden kann. Für die Berechnung der Entwicklung des künftig benötigten Arbeitsvolumens – dieses ist die Basis für die Berechnung der ÄrztInnenlücke im folgenden Kapitel – wird die in der Online-Befragung angegebenen durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit in den drei Sub-Populationen herangezogen.

Die Hochrechnung wird nicht geschlechtsspezifisch durchgeführt, weil eine geschlechtsspezifische Aufteilung des ärztlichen Zeitaufwandes neben der Altersklassifizierung in der Befragung nicht zielführend war. Wichtig ist, anzumerken, dass die Projektion die derzeitige Struktur der Inanspruchnahme von Leistungen, den Zeitaufwand je PatientIn sowie den Leistungsmix zwischen den drei Sub-Populationen konstant in die Zukunft fortschreibt. Deshalb stellt diese Methode auch keine Prognose im eigentlichen Sinn, sondern eine Projektion auf Basis des Status quo dar.

Übersicht 9 zeigt, dass der Anteil der alten und sehr alten Personen an der Gesamtbevölkerung bis 2050 kontinuierlich zunehmen wird (siehe auch Kapitel 2 für eine kurze Darstellung der berücksichtigten Veränderungen in der Bevölkerungsprognose). So wird sich die Zahl der Personen zwischen 75 und 85 Jahren bis 2050 um die Hälfte erhöhen und die Zahl der Personen älter als 85 Jahre mehr als verdoppeln.

Übersicht 9: Bevölkerungsprognose für Wien (Hauptvariante, Jahresende)

	2018		2030		2040		2050	
	absolut	In %						
0-59 Jahre	1.494.796	78,4	1.539.647	75,4	1.564.399	74,2	1.571.398	72,7
60-74 Jahre	259.453	13,6	322.866	15,8	320.283	15,2	328.309	15,2
75-85 Jahre	117.693	6,2	128.438	6,3	166.188	7,9	180.244	8,3
Über 85 Jahre	34.623	1,8	51.321	2,5	57.211	2,7	80.587	3,7
Summe	1.906.565	100,0	2.042.272	100,0	2.108.081	100,0	2.160.538	100,0

Q: Statistik Austria: Bevölkerungsprognose 2018.

Unterteilt nach den drei Sub-Populationen der Ärzteschaft ergibt sich laut Onlinebefragung der Wiener Ärzteschaft folgende Aufteilung des Zeitaufwandes für ärztliche Leistungen nach Altersgruppen (Übersicht 10):

Übersicht 10: Verteilung des gesamten Zeitaufwands für ärztliche Leistungen auf PatientInnen unterschiedlicher Altersgruppen

	ÄrztInnen in Krankenanstalten (N=7.128)	Niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen (N=1.648)	Niedergelassene FachärztInnen (N=4.003)	Anteile der Wiener Bevölkerung nach Altersgruppen (Jahresende 2018)
	In %			
0-59 Jahre	27,7	33,1	40,9	78,4
60-74 Jahre	23,6	23,6	24,5	13,6
75-85 Jahre	26,5	22,4	20,8	6,2
Über 85 Jahre	22,1	20,9	13,8	1,8
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0
Beobachtungen	306	151	225	

Q: WIFO – Onlinebefragung der Wiener Ärzteschaft; Statistik Austria. N=Grundgesamtheit lt. Ärztekammer für Wien.

Die Grundgesamtheit der Ärzteschaft in den drei Sub-Populationen (N im Tabellenkopf) entstammt der Statistik der Ärztekammer für Wien. Die Zahl der Beobachtungen (Zeile Beobachtungen) bezieht sich auf die beantworteten Fragebögen in den jeweiligen Sub-Populationen. Wie zu erwarten, stellen Unter-60-Jährige mit gut drei Viertel (78,4%) zwar den überwiegenden Teil der Wiener Bevölkerung, es entfällt aber nur ein vergleichsweise geringer Anteil der ärztlichen Leistungszeit auf diese Altersgruppe: 27,7% unter ÄrztInnen in Krankenanstalten, 33,1% unter niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen sowie 40,9% unter niedergelassenen FachärztInnen. Personen zwischen 60 und 74 Jahren repräsentieren 13,6% der Wiener Bevölkerung, beanspruchen jedoch je 23,6% der ärztlichen Leistungszeit in Krankenanstalten sowie bei niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen sowie 24,5% bei niedergelassenen FachärztInnen. Personen zwischen 75 und 85 Jahren machen nur 6,2% der Wiener Bevölkerung aus, allerdings kommt ihnen eine ärztliche Leistungszeit in Krankenanstalten im Ausmaß von 26,5% zu (22,4% bei niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen und 20,8% bei niedergelassenen FachärztInnen). 1,8% der WienerInnen sind über 85 Jahre alt, jedoch entfallen auf sie 22,1% der ärztlichen Leistungen in Krankenanstalten, 20,9% bei niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen und 13,8% bei niedergelassenen FachärztInnen. Es zeigt sich somit – wenig überraschend – ein klarer Zusammenhang zwischen dem Alter einer Person und der Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen. Höhere Gebrechlichkeit und Multimorbidität führen klarerweise zu einer höheren Nachfrage nach solchen Leistungen.

5.2 Resultate der Ärztebedarfsprojektion

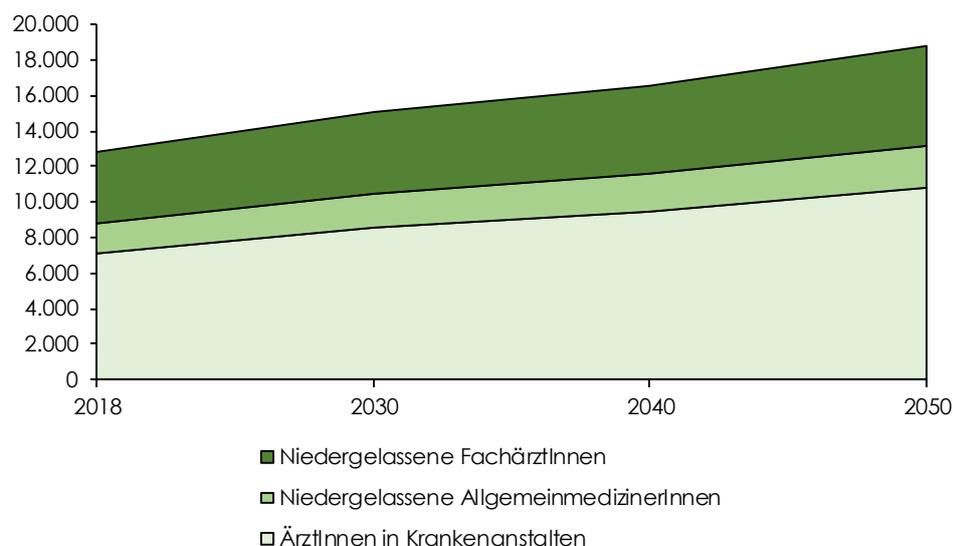
Auf Basis der oben genannten Annahmen, der Ergebnisse der Zeitverwendung laut Onlinebefragung der Wiener Ärzteschaft und der demografischen Vorausschau von Statistik Austria (Hauptvariante) ergibt sich folgende Entwicklung des Ärztebedarf bis 2050 (Übersicht 11 und Abbildung 7).

Übersicht 11: Resultate der Ärztebedarfsprojektion für Wien in Absolutzahlen (gerundet)

	2018	2030	2040	2050
ÄrztInnen in Krankenanstalten	7.128	8.500	9.400	10.800
Niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen	1.648	2.000	2.100	2.400
Niedergelassene FachärztInnen	4.003	4.600	5.000	5.500
ÄrztInnen gesamt	12.779	15.100	16.600	18.700

Q: Ärztekammer für Wien, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 7: Projektion der Entwicklung des Ärztebedarfs in Wien, 2018-2050



Q: Ärztekammer für Wien, WIFO-Berechnungen.

Ausgehend von der Wiener Ärzteliste (Ärztekammer für Wien) für das Jahr 2018 ergibt sich bei den ÄrztInnen in Krankenanstalten eine Erhöhung des Bedarfs bis 2030 um rund 1.400 und bis 2050 um rund 3.700 Personen, was einer Erhöhung von knapp 20% bzw. gut 51% entspricht (vgl. Übersicht 12). Bei den niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen wird es unter den gegebenen Annahmen zu einer Bedarfserhöhung von rund 350 ÄrztInnen bis 2030 und rund 800 ÄrztInnen bis 2050 kommen, eine Erhöhung um knapp 19% bzw. knapp 48%. Der Bedarf an niedergelassenen FachärztInnen steigt den Projektionen zufolge um 600 ÄrztInnen bis 2030 und um 1.500 ÄrztInnen bis 2050 bzw. um 16% und 38%. Über alle Gruppen hinweg betrachtet, wird es demographiebedingt zu einer Erhöhung des Ärztebedarfs um rund 2.300 ÄrztInnen bis 2030 und rund 5.900 ÄrztInnen bis 2050 kommen. Dies entspricht einer Erhöhung um gut 18% bis 2030 und knapp 47% bis 2050.

Übersicht 12: Resultate der Ärztebedarfsprojektion für Wien in % (konstante Gesundheit)

	ÄrztInnen in Krankenanstalten	Niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen	Niedergelassene FachärztInnen	ÄrztInnen gesamt
2018-2030	+19,7	+18,9	+15,8	+18,4
2018-2040	+32,2	+29,9	+25,2	+32,2
2018-2050	+51,2	+47,6	+38,0	+46,6

Q: Ärztekammer für Wien, WIFO-Berechnungen.

Für die Gegenüberstellung mit der Entwicklung des Ärzteangebots wurden die Berechnungen der Köpfe mit der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit multipliziert, um so ein wöchentliches Arbeitsvolumen zu erhalten. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit wurde aus den Resultaten der Onlinebefragungen abgeleitet. In der Befragung gaben die (vorwiegend) angestellten ÄrztInnen in Krankenanstalten an, im Durchschnitt 41,3 Wochenstunden zu arbeiten. Die niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen gaben eine durchschnittliche wöchentlichen Arbeitszeit von 32,1 Stunden und die niedergelassenen FachärztInnen von 32,5 Stunden an.

Übersicht 13: Durchschnittliche Gesamtarbeitswochenstunden nach vorwiegendem Arbeitsbereich

Vorwiegender Arbeitsbereich	Durchschnittliche Gesamtwochenstunden
Krankenanstellen	41,3
Niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen	32,1
Niedergelassene FachärztInnen	32,5

Q: WIFO – Onlinebefragung der Wiener Ärzteschaft. Durchschnittliche Gesamtwochenstunden bezieht sich auf die Summe der geleisteten Arbeitsstunden.

Für die Gegenüberstellung mit der Entwicklung des Ärzteangebots wurde weiters nachfrage-seitig eine Variante „bessere Gesundheit“ berechnet. Für diese Variante wurde der Trend, der sich aus den Daten der Gesundheitsbefragung (vgl. Übersicht 2) ergibt, mit einer Abflachung bis 2050 für die einzelnen Altersgruppen fortgeschrieben.

Übersicht 14: Resultate der Ärztebedarfsprojektion für Wien in % - Szenario „bessere Gesundheit“

	ÄrztInnen in Kran- kenanstalten	Niedergelassene Allge- meinmedizinerInnen	Niedergelassene FachärztInnen	ÄrztInnen gesamt
2018-2030	+14.1	+13.2	+10.1	+12.9
2018-2040	+25.7	+23.9	+18.2	+23.4
2018-2050	+36.9	+34.3	+25.7	+33.6

Q: Ärztekammer für Wien, WIFO-Berechnungen.

5.3 Entwicklung des Zeitaufwands für geriatrische PatientInnen nach Altersgruppen

Die Daten der Onlinebefragung zeigen auch – wie zu erwarten – einen positiven Zusammen-
hang zwischen dem Anteil des ärztlichen Zeitaufwands für geriatrische PatientInnen und dem
Alter. Für alle ärztlichen Leistungen in Krankenanstellen für die Altersgruppe 0-59 Jahre wurden
34,6% für geriatrische PatientInnen – und im Umkehrschluss 65,4% für nicht-geriatrische Patien-
tInnen – erbracht. Der Anteil des Zeitaufwands für geriatrische PatientInnen steigt in der Alters-
gruppe 60-74 Jahre auf 49,6%, in der Altersgruppe 75-85 Jahre auf 64,9%, und bei der Gruppe
der Über-85-Jährigen wurden 74,2% des ärztlichen Leistungsvolumens in Krankenanstellen an
geriatrische PatientInnen erbracht. Bei den niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen und
niedergelassenen FachärztInnen zeigt sich dasselbe Verlaufsmuster (je höher das Alter, desto
höher auch der geriatrische Anteil an den Leistungen), jedoch ausgehend von einem etwas
geringeren Niveau.

Übersicht 15: Verteilung des ärztlichen Zeitaufwands für geriatrische PatientInnen innerhalb der Altersgruppen

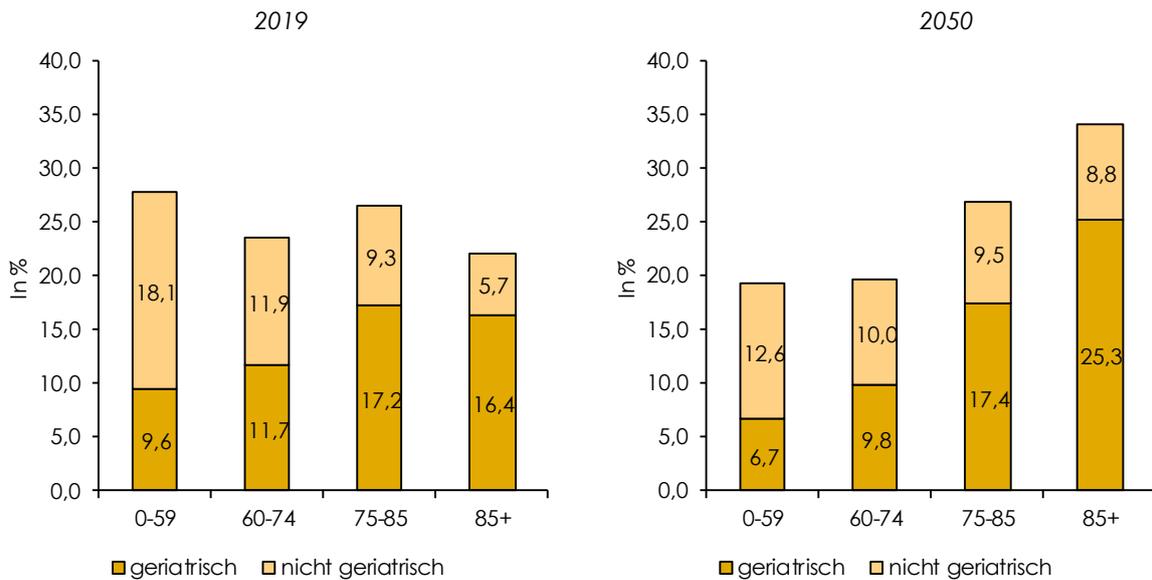
	ÄrztInnen in Kran- kenanstalten (N=7.128)	Niedergelassene All- gemeinmedizinerIn- nen (N=1.648)	Niedergelassene FachärztInnen (N=4.003)
		In %	
0-59 Jahre	34,6	26,3	21,5
60-74 Jahre	49,6	41,5	34,4
75-85 Jahre	64,9	57,4	50,6
Über 85 Jahre	74,2	68,2	63,2
Summe	100,0	100,0	100,0
Beobachtungen	238	140	205

Q: WIFO – Onlinebefragung der Wiener Ärzteschaft. N=Grundgesamtheit lt. Ärztekammer für Wien.

Die Ergebnisse von Übersicht 10 und Übersicht 15 werden in Abbildung 8, Abbildung 9 und Abbildung 10 zusammengeführt und visuell dargestellt. Von den gesamten Leistungen von ÄrztInnen in Krankenanstalten (=100%) werden derzeit lt. Online-Befragung 18,1% für nicht-geriatrische PatientInnen und 9,6% für geriatrische PatientInnen im Alter von 0-59 Jahren erbracht, sowie 11,9% für nicht-geriatrische PatientInnen und 11,7% für geriatrische PatientInnen im Alter von 60-74 Jahren; 9,3% werden für geriatrische PatientInnen im Alter von 75-85 Jahren erbracht, 17,2% für geriatrische PatientInnen selben Alters, 5,7% für nicht-geriatrische PatientInnen, die älter als 85 Jahre alt sind, und 16,4% für geriatrische PatientInnen über 85 Jahren. Im Jahr 2050 werden die Anteile geriatrischer PatientInnen aufgrund der demografischen Entwicklung deutlich höher liegen. Rund 60% der behandelten PatientInnen werden dann geriatrische PatientInnen sein (Abbildung 8). Diese Projektion ergibt sich auf Basis der Verknüpfung mit der demografischen Vorausschau von Statistik Austria.

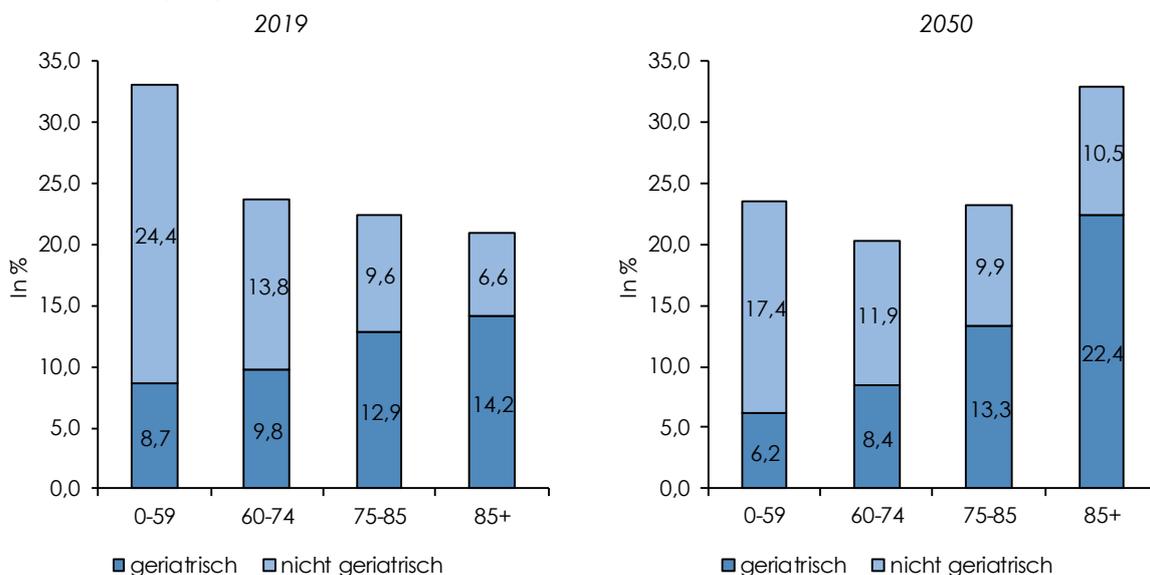
Bei den niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen zeigt sich ein ähnliches Bild. Auch hier werden im Jahr 2050 mehr als die Hälfte der PatientInnen geriatrische PatientInnen sein (Abbildung 9; Summe der Anteile „geriatrisch“). Die niedergelassenen FachärztInnen werden auch mit einem Anstieg der geriatrischen Fälle konfrontiert sein, aber in einem geringeren Ausmaß als die beiden anderen ärztlichen Sub-Populationen (Abbildung 10; Summe der Anteile „geriatrisch“).

Abbildung 8: ÄrztInnen in Krankenanstalten: Geschätzte Verteilung des Zeitaufwands auf geriatrische und nicht-geriatrische PatientInnen bestimmter Altersgruppen lt. Online-Befragung und Projektion bis 2050



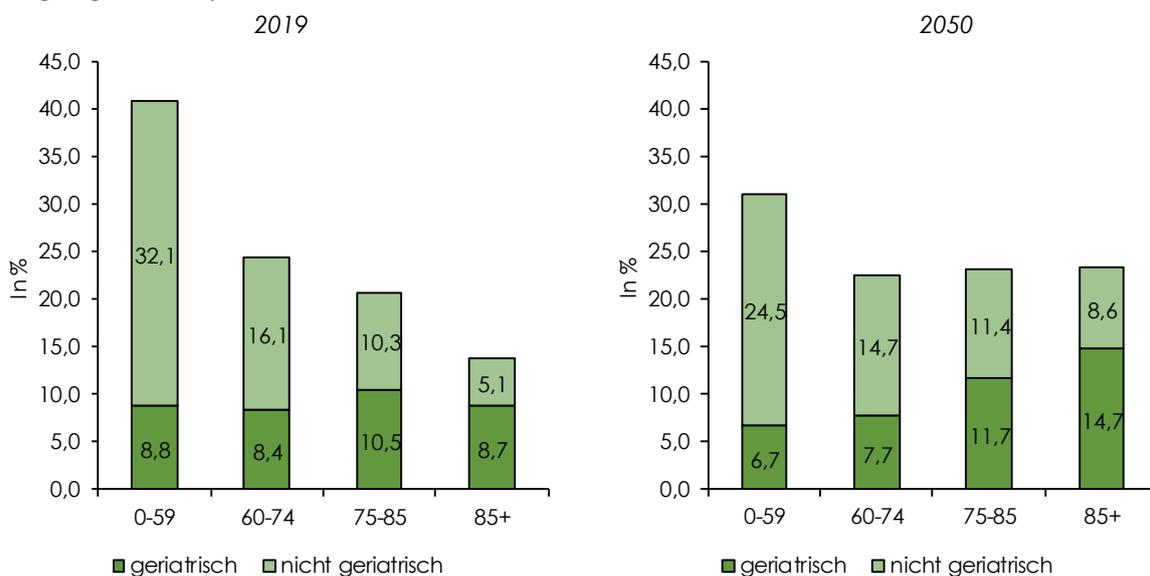
Q: WIFO – Onlinebefragung der Wiener Ärzteschaft; n=238. WIFO-Berechnungen.

Abbildung 9: Niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen: Geschätzte Verteilung des Zeitaufwands auf geriatrische und nicht-geriatrische PatientInnen bestimmter Altersgruppen lt. Online-Befragung und Projektion bis 2050



Q: WIFO – Onlinebefragung der Wiener Ärzteschaft; n=140. WIFO-Berechnungen.

Abbildung 10: Niedergelassene FachärztInnen: Geschätzte Verteilung des Zeitaufwands auf geriatrische und nicht-geriatrische PatientInnen bestimmter Altersgruppen lt. Online-Befragung und Projektion bis 2050



Q: WIFO – Onlinebefragung der Wiener Ärzteschaft; n=205. WIFO-Berechnungen.

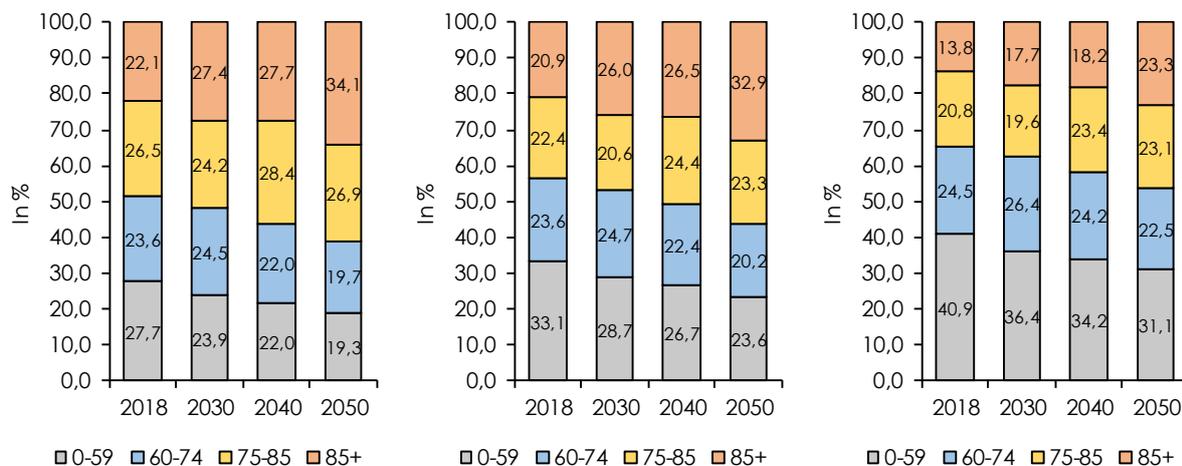
Abbildung 11 zeigt die klare Zunahme des ärztlichen Zeitaufwands für ältere Menschen. ÄrztInnen werden in Zukunft verstärkt mit älteren PatientInnen konfrontiert sein. Während heute 22,1% des ärztlichen Zeitaufwands in Krankenanstalten auf die Gruppe der Über-85-Jährigen entfallen, wird dieser Anteil bis 2030 auf 27,4% und bis 2050 auf 34,1% zunehmen.

Abbildung 11: Demographisch bedingte Verschiebung des Zeitaufwands für unterschiedliche Altersgruppen von PatientInnen

ÄrztInnen in Krankenanstalten

Niedergel. Allg.-MedizinerInnen

Niedergel. FachärztInnen



Q: WIFO – Onlinebefragung der Wiener Ärzteschaft. WIFO-Berechnungen.

Bei den niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen beträgt der ärztliche Zeitaufwand für die Gruppe der über 85-jährigen PatientInnen heute 20,9%. Dieser Anteil steigt bis 2030 auf 26% und bis 2050 auf 32,9%. Anders ausgedrückt, werden niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen im Jahr 2050 unter gegebenen Annahmen rund ein Drittel ihrer ärztlichen Leistungszeit für über 85-jährige PatientInnen aufwenden.

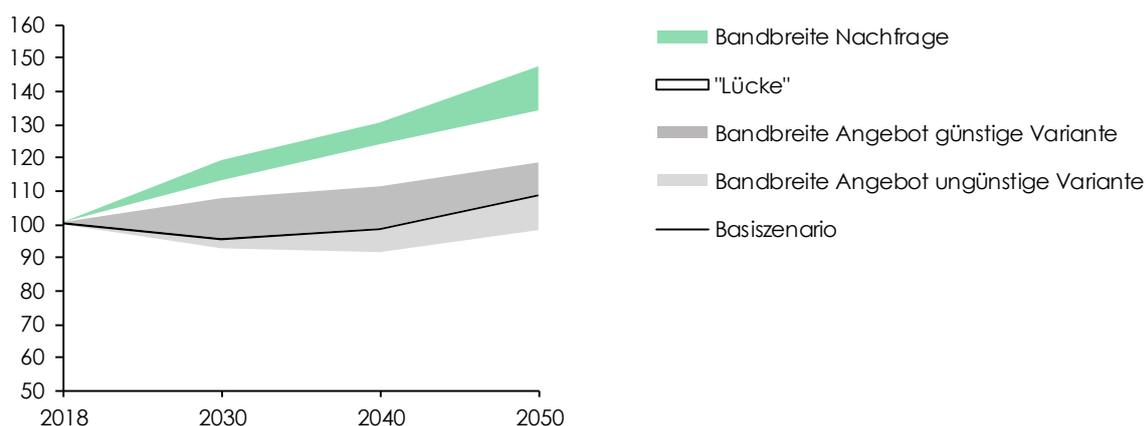
Bei den niedergelassenen FachärztInnen beträgt der ärztliche Zeitaufwand für die Gruppe der über 85-jährigen PatientInnen heute 13,8%. Nach vorliegendem Projektionsmodell steigt dieser Anteil bis 2030 auf 17,7% und bis 2050 auf 23,3%. Niedergelassene FachärztInnen werden unter gegebenen Annahmen ein knappes Viertel ihrer ärztlichen Leistungszeit mit über 85-jährigen PatientInnen verbringen.

6. Die künftige Lücke zwischen Angebot und Nachfrage

Dieses Kapitel führt die Ergebnisse der Ärzteangebotsentwicklung und der Ärztenachfrageentwicklung zusammen. Dargestellt werden auf der Angebotsseite die Basisprojektion sowie die ungünstige und günstige Entwicklungen, also jene Variantenkombinationen, die zum geringsten bzw. höchsten Stand an ärztlichen Leistungen führen¹²⁾. Auf der Nachfrageseite werden eine günstige und eine ungünstige Variante verwendet, wobei bei der günstigen Variante angenommen wird, dass sich der Gesundheitszustand (insbesondere die Zahl der „gesunden Jahre“) im Trend der letzten Jahrzehnte weiter verbessert (diese Annahme führt zur unteren Grenze der Bandbreite). Die ungünstige Variante leitet sich aus der Annahme eines konstanten Gesundheitszustands in jeder Alterskohorte bei gleichzeitiger zahlenmäßiger Zunahme der älteren Kohorten ab.

Je nach Ärztesubpopulation sind die Verläufe etwas unterschiedlich, eines haben sie jedoch gemeinsam: Der Vergleich von Angebot und Nachfrage zeigt eine markante Lücke auf, die sich auch bei optimistischsten Annahmen zu Angebot und Gesundheitsentwicklung als durchaus beträchtlich erweist.

Abbildung 12: Entwicklungsbandbreiten bei Angebot an und Nachfrage nach ärztlichen Leistungen, insgesamt



Q.: WIFO-Berechnungen. Anmerkungen: Die schwarze Linie zeigt das Basisszenario der Angebotsentwicklung. Der hellgraue Bereich die Bandbreite einer ungünstigen Angebotsentwicklung, der dunkelgraue Bereich die Bandbreite einer günstigen Angebotsentwicklung. Der grüne Bereich stellt die Bandbreite der Nachfrageentwicklung dar. Der weiße Bereich stellt die Lücke zwischen Angebot und Nachfrage dar.

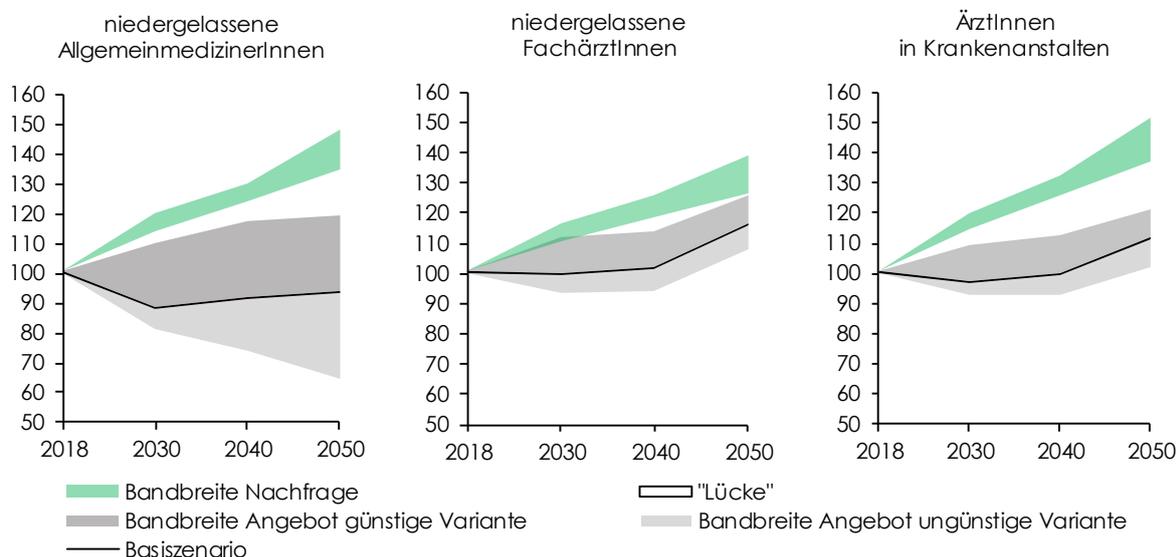
Die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen insgesamt wird nach vorliegenden Projektionen bis 2050 zumindest um ein Drittel steigen, während das Angebot auch bei optimistischsten Rahmenbedingungen nur um ein Sechstel anwachsen wird – damit ergibt sich eine Unterversorgung, die rund einem Sechstel der Nachfrage entspricht. Im Basisszenario stellt sich diese Diskrepanz so dar, dass einem Nachfrageanstieg um rund 40% ein Versorgungszuwachs von etwa einem Zehntel gegenüber steht – das angebotene Leistungsvolumen liegt damit um ein Viertel unter dem nachgefragten.¹³⁾

¹²⁾ Bei der Kombination von Szenarien ist etwas Vorsicht geboten, da die Szenarienannahmen für die Subpopulationen natürlich nicht unabhängig voneinander gewählt werden können – es können beispielsweise nicht die high-Variante in der Allgemeinmedizin mit der high-Variante bei den FachärztInnen kombiniert werden, da sich ja die Wahl der Fachrichtung wechselseitig ausschließt: wird angenommen, dass relativ mehr AllgemeinmedizinerInnen ausgebildet werden, so werden automatisch weniger fachärztliche Ausbildungsstellen besetzt.

¹³⁾ In der worst-case-Variante mit konstantem Gesundheitszustand und pessimistischen Rahmenbedingungen für das Ärzteangebot wird zwischen 2018 und 2050 ein Nachfrageanstieg von knapp 50% geschätzt, dem allerdings sogar ein geringer Rückgang beim Ärzteangebot gegenübersteht.

Die nachfolgende Abbildung zeigt, dass diese Ergebnisse zwischen den angestellten ÄrztInnen in Krankenanstalten, niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen und niedergelassenen FachärztInnen zum Teil beträchtlich divergieren:

Abbildung 13: Entwicklungsbandbreiten bei Angebot an und Nachfrage nach ärztlichen Leistungen, differenziert nach Subpopulationen



Q.: WIFO-Berechnungen. Anmerkungen: Die schwarze Linie zeigt das Basiszenario der Angebotsentwicklung. Der hellgraue Bereich die Bandbreite einer ungünstigen Angebotsentwicklung, der dunkelgraue Bereich die Bandbreite einer günstigen Angebotsentwicklung. Der grüne Bereich stellt die Bandbreite der Nachfrageentwicklung dar. Der weiße Bereich stellt die Lücke zwischen Angebot und Nachfrage dar.

Bei angestellten ÄrztInnen in Krankenanstalten wird ein Anstieg der Nachfrage im Mittel von ungünstiger und günstiger Variante von gut 40% erwartet, während sich das geschätzte Angebot im Basiszenario um nur gut ein Zehntel erhöht.

Bei niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen ergibt sich – aufgrund der Czásny *et al.* (2012) entsprechenden Annahme, dass der Zustrom zur Allgemeinmedizin als Residuum betrachtet wird – ein noch drastischeres Bild. Der Anstieg der Nachfrage ist im Mittel knapp 40%, das geschätzte Angebot wird im Basiszenario jedoch sogar etwas sinken, wodurch sich eine Nachfragerücke von rund einem Drittel ergibt.

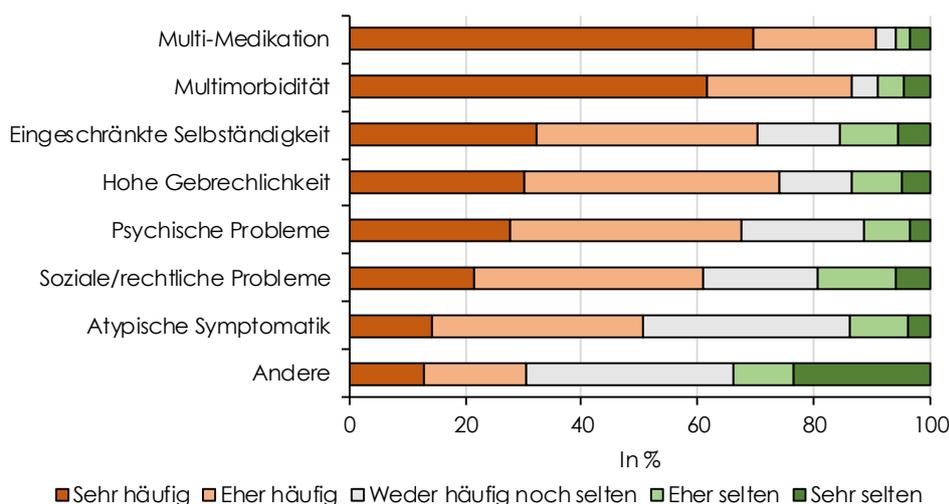
Die geringste Lücke wird für die niedergelassenen FachärztInnen erwartet. Aber auch hier wird ein Anstieg der Nachfrage (im Mittel zwischen günstiger und ungünstiger Variante) um ein Viertel bis ein Drittel erwartet, während das projizierte Angebot im Basiszenario aber nur um weniger als ein Sechstel steigen dürfte - die Lücke beträgt hier also mehr als ein Zehntel (je nach Variante sind es zwischen 5 und mehr als 15%).

7. Weitere Ergebnisse der Befragung der Wiener ÄrztInnen

Bei der Erstellung des Online-Fragebogens wurde zusätzlich zu den Fragen, die zur Berechnung des künftigen Bedarfs an ÄrztInnen benötigt wurden, auch Fragen inkludiert, die auf die spezielle Problematik der ärztlichen Betreuung von geriatrischen PatientInnen eingehen.

Herausforderungen in der Betreuung von geriatrischen PatientInnen sehen ÄrztInnen vor allem in der Multimorbidität und in der damit verbundenen Multi-Medikation.

Abbildung 14: Herausforderungen in der ärztlichen Betreuung von geriatrischen PatientInnen



Q: WIFO-Berechnungen; n=667; Häufig genannt unter „Andere“: Angehörigenarbeit, -beratung, -betreuung; schwierige Kommunikation/Organisation mit PatientInnen, Angehörigen, Bürokratie und anderen Gesundheits- und Sozialdiensten; herausfordernde ethische Entscheidungen.

Die Zunahme der Hochaltrigkeit in Österreich bringt eine Zunahme von altersbedingten Krankheiten mit sich. Zusätzlich nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, gleichzeitig an mehreren chronischen oder wiederkehrenden Krankheiten zu leiden (Gfrerer et al., 2016). Diese Zunahme der Multimorbidität, die laut Befragung zu den größten Herausforderungen der aktuell tätigen ÄrztInnen zählt, muss in der Organisation der gesundheitlichen Versorgung stärker Berücksichtigung finden (Czypionka et al., 2016).

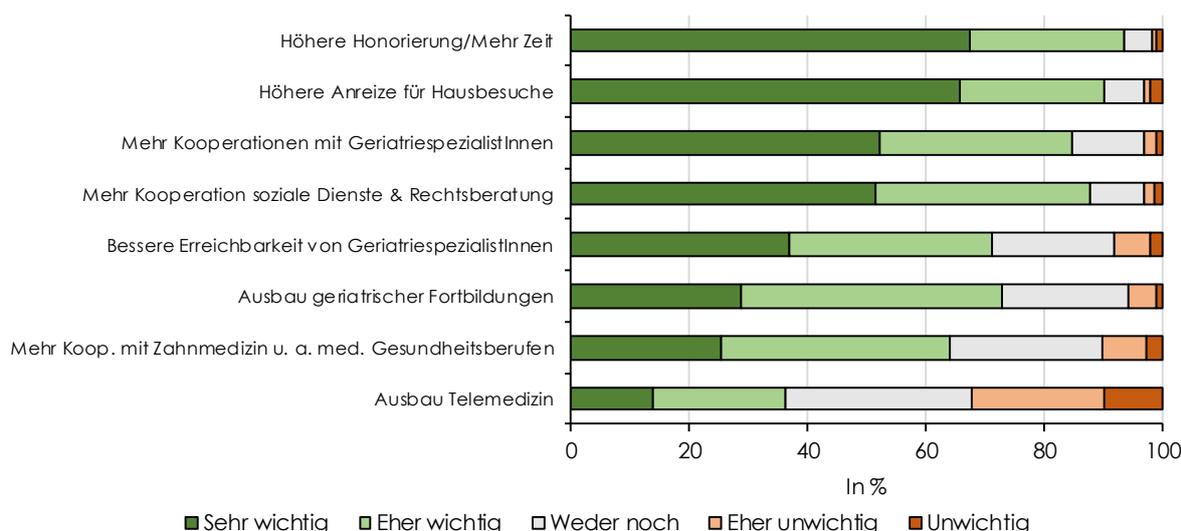
Das gleichzeitige Auftreten von mehreren Erkrankungen bringt häufig auch eine Zunahme der einer Person gleichzeitig verordneten Medikamente mit sich. Diese Multi-Medikation bzw. Polypharmazie kann dazu führen, dass insbesondere bei älteren, multimorbiden Personen der Schaden den Nutzen überwiegt, wenn unerwünschte Medikamentenwirkungen bzw. -wechselwirkungen auftreten (Gfrerer et al., 2016). Dies verlangt den ÄrztInnen besonders bei multimorbiden Personen einen kritischen Umgang mit medikamentösen Verordnungen ab, was laut der vorliegenden Befragung unter der Wiener Ärzteschaft eine große Herausforderung darstellt. Weitere Herausforderungen stellen Themen wie die eingeschränkte Selbständigkeit geriatrischer PatientInnen sowie deren hohe Gebrechlichkeit dar. Ebenso Erwähnung finden u.a. psychische Probleme von geriatrischen PatientInnen.

Neben den Herausforderungen wurden auch Vorschläge zur besseren ärztlichen Betreuung geriatrischer PatientInnen abgefragt. Dabei zeigt sich, dass eine höhere Honorierung bzw. umgekehrt mehr Zeit für geriatrische PatientInnen von höchster Priorität für die befragten ÄrztInnen wären. Dies würde dem Umstand Rechnung tragen, dass die Behandlung von geriatrischen PatientInnen gegenüber nicht-geriatrischen PatientInnen wesentlich zeitintensiver ist. Übersicht

16 zeigt den geschätzten Zeitaufwand für geriatrische PatientInnen im Gegensatz zu nicht-geriatrischen PatientInnen: Fast die Hälfte aller befragten ÄrztInnen gibt an, für geriatrische PatientInnen zwischen 1,5-mal bis 2-mal so viel Zeit zu benötigen, wie für nicht-geriatrische PatientInnen. Knapp 37% der niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen geben sogar an, für geriatrische PatientInnen mehr als doppelt so viel Zeit zu benötigen.

Ein weiterer Vorschlag zur besseren ärztlichen Betreuung geriatrischer PatientInnen sind höhere Anreize für Hausbesuche. Bislang gibt es kaum pekuniäre Anreize, geriatrischen PatientInnen Hausbesuche abzustatten – dies würde jedoch die ärztliche Versorgung ebendieser aufgrund ihrer hohen Gebrechlichkeit verbessern. Weitere Vorschläge sind verbesserte Kooperationen nicht nur mit GeriatriespezialistInnen, sondern auch mit sozialen Diensten und Rechtsberatung. Den Ausbau geriatrischer Fortbildungen hält die überwiegende Mehrheit der befragten ÄrztInnen für sehr bzw. eher wichtig. Zusätzlich genannt (aber in Abbildung 15 nicht aufgeführt) wurden Bereiche wie der Ausbau von (Akut-)Geriatristationen und der Ausbau von Angeboten an stationären Geriatriebetten generell, neue/zusätzliche/andere Pflege- und Betreuungsformen (z. B. mehrstündige Angebote, Gebietsbetreuung), bessere Vernetzung/Kooperation mit verschiedenen Gesundheits- und Sozialdiensten.

Abbildung 15: Vorschläge zur besseren ärztlichen Betreuung geriatrischer PatientInnen



Q: WIFO-Berechnungen; n=669.

Übersicht 16: Verteilung des geschätzten Zeitaufwands für geriatrische PatientInnen im Gegensatz zu nicht-geriatrischen PatientInnen

Der Aufwand für geriatrische PatientInnen ist...	ÄrztInnen in Krankenanstalten	Niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen	Niedergelassene FachärztInnen
	Anteile in %		
niedriger	1,6	1,3	3,4
gleich	6,1	1,9	6,8
bis 1,5x höher	17,3	10,2	20,0
bis 2x höher	45,4	49,7	51,1
mehr als 2x höher	29,7	36,9	18,7
Summe	100,0	100,0	100,0
Beobachtungen	313	157	235

Q: WIFO-Berechnungen

Weiters erachtet die überwiegende Mehrheit der befragten ÄrztInnen die Einführung einer (Zusatz-)Facharztausbildung „Geriatric“ als sinnvoll. Über 60% aller befragten ÄrztInnen sehen dies als sinnvoll an, auch wenn es zwischen dem niedergelassenen Bereich und den Krankenanstalten Unterschiede gibt (Übersicht 17).

Von jenen ÄrztInnen, die selbst über ein ÖÄK Diplom „Geriatric“ verfügen, erachten mehr als 80% die Einführung einer (Zusatz-)Facharztausbildung „Geriatric“ für sinnvoll. Selbst unter jenen ÄrztInnen, die bislang kein ÖÄK Diplom „Geriatric“ gemacht haben, sprechen sich knapp 60% für die Einführung einer (Zusatz-)Facharztausbildung „Geriatric“ aus (Übersicht 18).

Übersicht 17: Einführung einer (Zusatz-)Facharztausbildung „Geriatric“ wird als sinnvoll erachtet

Vorwiegender Arbeitsort		Ja	Nein	Weiß nicht	Gesamt
		In %			
Krankenanstalten	Insgesamt	66,9	13,2	19,9	100,0
Niedergelassener Bereich	AllgemeinmedizinerInnen	53,1	22,5	24,5	100,0
Niedergelassener Bereich	FachärztInnen	63,3	19,5	17,3	100,0
Insgesamt		62,6	17,3	20,0	100,0

Q: WIFO-Berechnungen; n=666;

Übersicht 18: Stellung zur Einführung einer (Zusatz-)Facharztausbildung nach ÖÄK-Diplom Geriatric

Einführung FA-Geriatric sinnvoll?	Verfügt selbst über ÖÄK-Diplom Geriatric		Total
	Ja	Nein	
	In %		
Ja	82,1	58,4	62,5
Nein	9,4	19,1	17,4
Weiß nicht	8,6	22,6	20,1
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Q: WIFO-Berechnungen; n=662;

8. Limitierungen und Schlussfolgerungen

Beide Projektionen – sowohl zum Angebot von ärztlichen Leistungen als auch zur Nachfrage nach ärztlichen Leistungen – sind als Projektionen zu betrachten, um die Größenordnung einer künftigen Lücke abzuschätzen und so eine Orientierungshilfe für die Weiterentwicklung der ärztlichen Versorgungsstruktur geben zu können. Abgesehen von den Einschränkungen der Projektionen, bleiben eine Reihe von Einflussgrößen, die sich in Zukunft mehr oder weniger stark manifestieren können, unberücksichtigt. So sind beispielsweise struktur- und prozessbedingte Optimierungspotenziale durch institutionelle oder technische Veränderungen im Gesundheitswesen zwar möglich und wahrscheinlich, diese bleiben jedoch aufgrund von Abschätzungsunsicherheiten unberücksichtigt. Dasselbe gilt für zu erwartende Effekte durch den technischen Fortschritt im Bereich der ärztlichen Leistungen. So werden vor allem durch künstliche Intelligenz („deep learning“) im Bereich der Diagnose Fortschritte erwartet (Erkennung und Abgleichung von Anomalien in Bildbefunden) (Krumm – Dwertmann, 2019).

An dieser Stelle sei auch darauf verwiesen, dass eine Differenzierung einer „bedürfnisgerechten Planung“ und einer „bedarfsgerechten Planung“ in der öffentlichen Diskussion notwendig ist. Während bei einer „bedürfnisgerechten Planung“ individuelle Bedürfnisse, also die subjektiven Wünsche der Betroffenen im Vordergrund stehen, zielt eine „bedarfsgerechte Planung“ auf eine kollektive bzw. gesamthafte Betrachtung des Systems ab, die im Idealfall das Ergebnis eines Aushandlungsprozesses zwischen den individuellen Bedürfnissen und den gesellschaftlichen Interessen ist (Czasný *et al.*, 2012). In dieser Studie wurde der zukünftige Bedarf nach ärztlichen Leistungen mit der aktuellen Inanspruchnahme der ärztlichen Arbeitszeit gleichgesetzt. Dies bedeutet, dass unter Umständen aktuell nicht gedeckte Bedürfnisse unberücksichtigt bleiben, ebenso aber auch eine eventuelle Überversorgung, die durch die angebotsinduzierte Inanspruchnahme von Leistungen entstehen kann, in die Zukunft projiziert wird.

Die Ärztebedarfsprojektionen auf Basis der Verteilung der ärztlichen Leistung nach unterschiedlichen Altersgruppen zeigen zwischen 2018 und 2030 einen Anstieg des gesamten Ärztebedarfs von gut 18%, zwischen 2018 und 2040 von gut 32% und zwischen 2018 und 2050 von knapp 47%. Der geringste Anstieg zeigt sich bei den niedergelassenen FachärztInnen, der höchste bei den ÄrztInnen in Krankenanstalten. Für die Gegenüberstellung mit der Ärzteangebotsprognose wurde auch eine Variante „bessere Gesundheit“ gerechnet. Für diese Variante wurde der Trend, der sich aus den Daten der Gesundheitsbefragung von Statistik Austria ergibt, fortgeschrieben.

Die Ergebnisse zum Ärzteangebot für das Jahr 2050 zeigen im Basisszenario, dass das verfügbare Arbeitsvolumen in Wien ungefähr ein Zehntel über dem aktuellen Stand liegen dürfte, obwohl für die nächsten zwei Jahrzehnte bis etwa 2040 niedrigere Versorgungsniveaus zu erwarten sind. Die Bandbreite der Ärzteangebotsabschätzung, die sich aus der Variation der Annahmen zu Pensionsangleichung, Pensionsalter, Migrationsverhalten und Wahl von Fach- oder Allgemeinmedizin sowie für den Wiener Anteil, zum Versorgungsgrad ergibt, liegt insgesamt rund +/- 10 Prozentpunkte um die obige Schätzung. Allgemein wird für FachärztInnen eine bessere Angebotsentwicklung projiziert (konkret +16% über dem aktuellen Stand) als im Bereich der Allgemeinmedizin (-7% unter dem aktuellen Wert), wobei sich diese Diskrepanz aus der Annahme ergibt, dass der Zustrom zur Allgemeinmedizin eine Restgröße darstellt (es wird davon ausgegangen, dass die verfügbaren FA-Ausbildungsstellen besetzt werden).

Ein Vergleich der Projektionen für Ärzteangebot und Ärztenachfrage zeigt selbst im günstigsten Fall – d.h. in der günstigen Variante der Ärztenachfrage durch eine verbesserte Gesundheit und der günstigen Variante des Ärzteangebots mit höherem Pensionsantrittsalter, geringerer

Abwanderung sowie konstantem (relativem) Versorgungsgrad in Wien trifft – eine Lücke. Die Lücke im Jahr 2050 ist durchaus markant, und wird auch bei optimistischen Annahmen auf mehr als ein Zehntel der Nachfrage geschätzt. Die Werte in den Basisszenarien liegen noch weiter auseinander, hier beträgt die Lücke insgesamt gut ein Fünftel. In der niedergelassenen Allgemeinmedizin ist sie mit einem Drittel am höchsten, was auch darauf zurückzuführen ist, dass der Zustrom in die Allgemeinmedizin als Residuum betrachtet wird. Mit der oben erwähnten besseren Entwicklung des niedergelassenen Fachärzteangebots wird die Lücke bei den fachärztlichen Leistungen auf „nur“ gut ein Zehntel geschätzt.

Neben dem ärztlichen Zeitaufwand für unterschiedliche Altersgruppen wurde in der Online-Befragung unter der Wiener Ärzteschaft auch die Verteilung des ärztlichen Zeitaufwands für geriatrische PatientInnen abgefragt und bis 2050 hochgerechnet. Rein durch die demografischen Verschiebungen (die Inanspruchnahme von ÄrztInnen bleibt konstant) zeigt sich eine deutliche Zunahme des erwarteten ärztlichen Zeitaufwands für geriatrische PatientInnen. Das bedeutet, dass Fragen der Multi-Medikation und Multimorbidität – in der Befragung von ÄrztInnen am häufigsten genannte Herausforderungen in der Betreuung von geriatrischen PatientInnen – einen noch größeren Stellenwert in der ärztlichen Tätigkeit einnehmen werden. Um die ärztliche Betreuung von geriatrischen PatientInnen besser bewerkstelligen zu können, wünschen sich die meisten ÄrztInnen mehr Zeit für diese PatientInnen (=höhere Honorierung) und eine bessere Honorierung für Hausbesuche. Diese Vorschläge können als wichtige Ansatzpunkte gesehen werden, um die Arbeit von ÄrztInnen angesichts der Tatsache attraktiver zu gestalten, dass sie in Zukunft wesentlich stärker als bisher mit geriatrischen PatientInnen konfrontiert sein werden. Interessanterweise spricht sich eine Mehrheit für die Einführung einer (Zusatz-)Facharztausbildung „Geriatric“ aus – dies wohl auch in Hinblick auf die oben beschriebenen Herausforderungen.

Die Ergebnisse der Befragung unter der Wiener Ärzteschaft zeigen auch, dass ÄrztInnen eine bessere Vernetzung bzw. Kooperation verschiedener Gesundheits- und Sozialdienste wünschen, um geriatrische PatientInnen besser betreuen zu können. Ähnliche Ergebnisse liegen auch von einer Befragung unter Pflegedienstleistern im mobilen und stationären Pflegebereich vor (*Firgo – Famira-Mühlberger, 2014*). Das heißt, dass es von beiden Seiten – sowohl von der medizinischen als auch von der pflegerischen Seite – den Wunsch nach mehr Kooperation und Austausch gibt, was die Frage der Effizienz (und vielleicht sogar Sinnhaftigkeit) der Trennung von Gesundheits- und Pflegesystem aufwirft.

Literaturverzeichnis

- Ärztelkammer für Wien: Ärztelstatistik für Wien zum 31.12.2018, Wien, 2019.
- Comas-Herrera, A., Costa-Font, J., Gori, C., di Maio, A., Patxot, C., Pickard, L., Pozzi, A., Rothgang, H., Wittenberg, R., European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs, Personal Social Services Research Unit (PSSRU), Discussion Paper, 2003, (1840).
- Czasný, I., Hagleiter, J., Hlava, A., Sagerschnig, S., Stürzlinger H., Willinger, M., Ärztinnen und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030, Wien, 2012.
- Czypionka, Th., Kraus, M., Reiss, M., Röhring, G., Karadacic, R., Multiple chronische Erkrankungen als Herausforderung der Zukunft – was kann integrierte Versorgung leisten? Health System Watch, Ausgabe II 2016, Beilage zur Fachzeitschrift Soziale Sicherheit 6/2016, Wien.
- Famira-Mühlberger, U., Firgo, M., Aktuelle und künftige Versorgungsfunktion der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Österreich, WIFO-Studie, Wien, 2018.
- Firgo, M., Famira-Mühlberger, U., Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern, Quantitative und qualitative Effekte des Einsatzes öffentlicher Mittel im Vergleich zur mobilen Pflege, WIFO-Studie, Wien, 2014.
- Gfrer, Ch., Lohr, C., Reitter-Pfoertner, S., Ruda, R., Trischak, Ch., Rundum versorgt – Multimorbidität im Alter, Integrierte Versorgung multimorbider geriatrischer Patientinnen und Patienten – Analyse der Versorgungssituation und Ausarbeitung eines umsetzungstauglichen Versorgungsmodells für Österreich, Projektbericht Competence Center Integrierte Versorgung, Wiener Gebietskrankenkasse, Wien, 2016.
- Krumm S., Dwertmann A., Perspektiven der KI in der Medizin, in: Wittpahl V., (eds) Künstliche Intelligenz, Springer Vieweg, Berlin, Heidelberg, 2019.
- Österreichische Ärztekammer (ÖÄK): Ärztelstatistik für Österreich zum 31.12. 2018, Wien, 2019.

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1:	Bevölkerungspyramide Österreich 2017, 2030 und 2060 (Hauptvariante)	9
Abbildung 2:	Demographische Entwicklung in Österreich 2018 bis 2050	10
Abbildung 3:	Die Varianten der Bevölkerungsprognose von Statistik Austria.	11
Abbildung 4:	Frauenanteil an den Studierenden und den AbsolventInnen an öffentlichen Medizinuniversitäten	19
Abbildung 5:	Altersverteilung der Wiener Ärzteschaft (Ist-Bestand) und geplantes Pensionsantrittsalter lt. WIFO-Befragung	20
Abbildung 6:	In der Befragung angegebene durchschnittliche Wochenarbeitszeiten nach Geschlecht	21
Abbildung 7:	Projektion der Entwicklung des Ärztebedarfs in Wien, 2018-2050	28
Abbildung 8:	ÄrztInnen in Krankenanstalten: Geschätzte Verteilung des Zeitaufwands auf geriatrische und nicht-geriatrische PatientInnen bestimmter Altersgruppen lt. Online-Befragung und Projektion bis 2050	30
Abbildung 9:	Niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen: Geschätzte Verteilung des Zeitaufwands auf geriatrische und nicht-geriatrische PatientInnen bestimmter Altersgruppen lt. Online-Befragung und Projektion bis 2050	31
Abbildung 10:	Niedergelassene FachärztInnen: Geschätzte Verteilung des Zeitaufwands auf geriatrische und nicht-geriatrische PatientInnen bestimmter Altersgruppen lt. Online-Befragung und Projektion bis 2050	31
Abbildung 11:	Demographisch bedingte Verschiebung des Zeitaufwands für unterschiedliche Altersgruppen von PatientInnen	32
Abbildung 12:	Entwicklungsbandbreiten bei Angebot an und Nachfrage nach ärztlichen Leistungen, insgesamt	33
Abbildung 13:	Entwicklungsbandbreiten bei Angebot an und Nachfrage nach ärztlichen Leistungen, differenziert nach Subpopulationen	34
Abbildung 14:	Herausforderungen in der ärztlichen Betreuung von geriatrischen PatientInnen	35
Abbildung 15:	Vorschläge zur besseren ärztlichen Betreuung geriatrischer PatientInnen	36

Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 1:	Die unterschiedlichen Annahmen über die Lebenserwartung in Gesundheit	11
Übersicht 2:	Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren nach subjektivem Gesundheitszustand, 1978-2014	12
Übersicht 3:	Subjektiver Gesundheitszustand der Ab-65-Jährigen, 2014-2018	13
Übersicht 4:	Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren ohne chronische Krankheit, 2003-2017	13
Übersicht 5:	Bestand der Ärzteschaft 2018, Österreich und Wien	17
Übersicht 6:	Frauenanteil nach Altersgruppen im Bestand in Österreich, 2018	19
Übersicht 7:	Österreichischer Ärztebestand 2018 sowie Projektionen 2030, 2040 und 2050 - Basisszenario	22
Übersicht 8:	Verfügbare ärztliche Arbeitsvolumina in Wien, 2018-2050, Index 2018=100; nach Fachrichtung) und Szenario	23
Übersicht 9:	Bevölkerungsprognose für Wien (Hauptvariante, Jahresende)	26
Übersicht 10:	Verteilung des gesamten Zeitaufwands für ärztliche Leistungen auf PatientInnen unterschiedlicher Altersgruppen	27
Übersicht 11:	Resultate der Ärztebedarfsprojektion für Wien in Absolutzahlen (gerundet)	27
Übersicht 12:	Resultate der Ärztebedarfsprojektion für Wien in % (konstante Gesundheit)	28
Übersicht 13:	Durchschnittliche Gesamtarbeitswochenstunden nach vorwiegendem Arbeitsbereich	29
Übersicht 14:	Resultate der Ärztebedarfsprojektion für Wien in % - Szenario „bessere Gesundheit“	29
Übersicht 15:	Verteilung des ärztlichen Zeitaufwands für geriatrische PatientInnen innerhalb der Altersgruppen	29
Übersicht 16:	Verteilung des geschätzten Zeitaufwands für geriatrische PatientInnen im Gegensatz zu nicht-geriatrischen PatientInnen	36
Übersicht 17:	Einführung einer (Zusatz-)Facharztausbildung „Geriatric“ wird als sinnvoll erachtet	37
Übersicht 18:	Stellung zur Einführung einer (Zusatz-)Facharztausbildung nach ÖAK-Diplom Geriatric	37

Anhang 1: Erster Fragebogen



Geriatrische Versorgung in Wien im Kontext des demografischen Wandels

Eine Befragung der Wiener Ärzteschaft zur Erhebung des Umfangs geriatrischer Leistungen

Mit diesem Fragebogen erhebt die Ärztekammer Wien in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) den Umfang an geriatrischen Leistungen, Die Erkenntnisse daraus erlauben eine Projektion des Bedarfs an geriatrischen Leistungen für die Zukunft.

Die Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig.

Online: <https://geriatrie.wifo.ac.at>

Schlüsselwort: XXX

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

Dr. Ulrike Famira-Mühlberger
(01) 798 26 01 – 294
ulrike.famira-muehlberger@wifo.ac.at

Dr. Matthias Firgo
(01) 798 26 01 – 471
Matthias.Firgo@wifo.ac.at

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Es werden ausschließlich Ergebnisse veröffentlicht, die keinerlei Rückschlüsse auf einzelne TeilnehmerInnen zulassen.

DVR: 005728

Langdefinition

Eine Europäische Definition „Geriatrische Medizin“ und „Geriatrische Patienten“ wurde von der Sektion „Geriatrische Medizin“ der European Union Geriatric Medicine Society am 3. Mai 2008 in Malta formuliert und am 6. September 2008 in Kopenhagen konsentiert:

„Geriatrische Medizin ist eine medizinische Spezialdisziplin, die sich mit den körperlichen, mentalen, funktionellen und sozialen Bedingungen der akuten, chronischen, rehabilitativen, präventiven Behandlung und Pflege – auch am Lebensende – befasst. Die Gruppe der Patienten wird mit einem hohen Grad von Gebrechlichkeit und aktiven Mehrfach-Erkrankungen assoziiert, die einen ganzheitlichen Behandlungsansatz erfordern.

Die Erkrankungen im Alter können sich unterschiedlich präsentieren; sind oft sehr schwierig zu diagnostizieren; das Ansprechen auf die Behandlung erfolgt verzögert und es besteht regelmäßig Bedarf für soziale Unterstützung.

Geriatrische Medizin überschreitet daher die organmedizinisch orientierte Medizin und bietet zusätzliche Therapieangebote in einer multidisziplinären Team-Umgebung (-Milieu; Setting), Das Hauptziel ist es, den funktionellen Status einer älteren Person zu optimieren sowie Lebensqualität und Autonomie zu verbessern.

Geriatrische Medizin ist nicht spezifisch altersdefiniert, sie behandelt jedoch die typische Morbidität älterer Patienten. Die meisten Patienten sind über 65 Lebensjahre alt. Diejenigen Gesundheitsprobleme, die durch Geriatrie als eine Spezialdisziplin am besten angegangen werden können, werden in der Altersklasse über 80-Jähriger viel häufiger.“

Kurzdefinition

Geriatrische Leistungen: hier definiert als ärztliche Leistungen bei hoher Gebrechlichkeit und aktiven Mehrfach-Erkrankungen der PatientInnen.

1 Wie hoch schätzen Sie in Ihrem Arbeitsalltag den durchschnittlichen Zeitaufwand für eine geriatrische PatientIn im Vergleich zu einer nicht-geriatrischen PatientIn?

Geriatrische Leistungen: hier definiert als ärztliche Leistungen bei hoher Gebrechlichkeit und aktiven Mehrfach-Erkrankungen der PatientInnen.

- weniger hoch
- in etwa gleich hoch
- bis zu 1,5 mal so hoch
- bis zu doppelt so hoch
- mehr als doppelt so hoch

2 Bitte schätzen Sie: Wie verteilt sich Ihr gesamter Zeitaufwand für ärztliche Leistungen auf PatientInnen der nachstehenden Altersgruppen, unabhängig davon ob es sich um geriatrische PatientInnen handelt?

Die Summe aller Antworten sollte 100% ergeben.

Unter 60 Jahre: ca, __ % meines gesamten Zeitaufwandes
60-74 Jahre: ca, __ % meines gesamten Zeitaufwandes
75-85 Jahre: ca, __ % meines gesamten Zeitaufwandes
Über 85 Jahre: ca, __ % meines gesamten Zeitaufwandes

3 Wie hoch schätzen Sie innerhalb der folgenden Altersgruppen jeweils den Zeitaufwand Ihrer ärztlichen Leistungen für Ihre geriatrischen PatientInnen an den gesamten ärztlichen Leistungen für die jeweiligen Altersgruppen ein?

Der Zeitaufwand ärztlicher Leistungen für geriatrische PatientInnen innerhalb der Altersgruppe...

...unter 60 Jahren beträgt ca. __ % aller meiner ärztlichen Leistungen für diese Altersgruppe
...60-74 Jahre: ca. __ % aller meiner ärztlichen Leistungen für diese Altersgruppe
...75-85 Jahre: ca. __ % aller meiner ärztlichen Leistungen für diese Altersgruppe
...über 85 Jahre: ca. __ % aller meiner ärztlichen Leistungen für diese Altersgruppe

4 Arbeiten Sie derzeit als niedergelassene/r Arzt/Ärztin bzw, Wohnsitzarzt/-ärztin in Wien?

- Ja
- Nein

4a In welchem Stundenausmaß pro Woche arbeiten Sie derzeit als niedergelassene/r Arzt/Ärztin bzw. Wohnsitzarzt/-ärztin in Wien?

Rund _____ Stunden pro Woche

4b Wie viele Stunden entfallen davon in etwa auf Krankenkassen – Leistungen?

Rund _____ Stunden pro Woche

5 Arbeiten Sie derzeit in einer Krankenanstalt in Wien?

- Ja
- Nein

5a In welchem Stundenausmaß pro Woche arbeiten Sie derzeit in einer Krankenanstalt in Wien?

Rund _____ Stunden pro Woche

5b Wie viele Stunden entfallen davon in etwa auf Krankenkassen – Leistungen?

Rund _____ Stunden pro Woche

6 Wie oft oder selten sind Sie in Ihrem Arbeitsalltag mit geriatrischen PatientInnen mit nachstehenden Anforderungen für Ihre ärztlichen Leistungen konfrontiert?

	sehr oft	eher oft	weder oft noch selten	eher selten	sehr selten
Multimorbidität	<input type="radio"/>				
Multi-Medikation	<input type="radio"/>				
Atypische Symptomatik	<input type="radio"/>				
Hohe Gebrechlichkeit	<input type="radio"/>				
Ver mehrt psychische Problemstellungen	<input type="radio"/>				
Ver mehrt soziale/rechtliche Problemstellungen	<input type="radio"/>				
Stark eingeschränkte Selbständigkeit der PatientInnen	<input type="radio"/>				
Andere (bitte hier angeben): _____	<input type="radio"/>				

7 Für wie wichtig halten Sie für Ihren Arbeitsalltag die nachfolgenden möglichen Vorschläge für eine adäquate Betreuung der in Zukunft größer werdenden Anzahl geriatrischer PatientInnen?

	wichtig	eher wichtig	weder wichtig noch unwichtig	eher unwichtig	unwichtig
Höhere Honorierung bzw. mehr Zeit für geriatrische PatientInnen und Angehörigenbetreuung/Pflegekoordination.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Höhere monetäre Anreize für Hausbesuche.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mehr Kooperationen mit GeriatriespezialistInnen (z.B. Netzwerke)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bessere Erreichbarkeit von GeriatriespezialistInnen (z.B. in Form einer Hotline).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mehr Kooperation mit sozialen Diensten und Rechtsberatung.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mehr Kooperation mit Zahnmedizin und anderen medizinischen Gesundheitsberufen.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausbau von geriatrischen Fortbildungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausbau der Telemedizin.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderer Vorschlag (bitte angeben): _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8 Wäre Ihrer Meinung nach die Einführung einer (Zusatz-)Facharztausbildung „Geriatric“ sinnvoll?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

9 Welches Geschlecht haben Sie?

- männlich
- weiblich

10 Welcher Facharztgruppe gehören Sie an? (Mehrfachantworten möglich)

- Allgemeinmedizin
- Anästhesiologie und Intensivmedizin
- Augenheilkunde und Optometrie
- Chirurgie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin
- Neurologie
- Orthopädie und orthopädische Chirurgie
- Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation
- Physiologie
- Psychiatrie
- Unfallchirurgie
- Urologie
- Andere

11 Verfügen Sie über ein Diplom Geriatrie (ÖAK - Österreichische Akademie der Ärzte)?

- Ja
- Nein

12 Wo üben Sie hauptsächlich Ihre ärztliche Tätigkeit aus?

Bitte nur Postleitzahl angeben (PLZ): _____

13 In welchem Alter planen Sie aller Voraussicht nach in den Ruhestand zu gehen?

Mit ca. _____ Jahren

14 Haben Sie zum Thema der Geriatrie Anmerkungen oder Anregungen, die in diesem Fragebogen nicht zur Sprache gekommen sind?

Anhang 2: Zweiter Fragebogen



Geriatrische Versorgung in Wien im Kontext des demografischen Wandels

Eine Befragung der Wiener Ärzteschaft zur Erhebung des Umfangs geriatrischer Leistungen

Mit diesem Fragebogen erhebt die Ärztekammer Wien in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) den Umfang an geriatrischen Leistungen. Die Erkenntnisse daraus erlauben eine Projektion des Bedarfs an geriatrischen Leistungen für die Zukunft.

Die Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig.

Online: <https://geriatrie.wifo.ac.at>

Schlüsselwort: XXX

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

Dr. Ulrike Famira-Mühlberger
(01) 798 26 01 – 294
ulrike.famira-muehlberger@wifo.ac.at

Dr. Matthias Firgo
(01) 798 26 01 – 471
Matthias.Firgo@wifo.ac.at

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Es werden ausschließlich Ergebnisse veröffentlicht, die keinerlei Rückschlüsse auf einzelne TeilnehmerInnen zulassen.

DVR: 005728

Langdefinition

Eine Europäische Definition „Geriatrische Medizin“ und „Geriatrische Patienten“ wurde von der Sektion „Geriatrische Medizin“ der European Union Geriatric Medicine Society am 3. Mai 2008 in Malta formuliert und am 6. September 2008 in Kopenhagen konsentiert:

„Geriatrische Medizin ist eine medizinische Spezialdisziplin, die sich mit den körperlichen, mentalen, funktionellen und sozialen Bedingungen der akuten, chronischen, rehabilitativen, präventiven Behandlung und Pflege – auch am Lebensende – befasst. Die Gruppe der Patienten wird mit einem hohen Grad von Gebrechlichkeit und aktiven Mehrfach-Erkrankungen assoziiert, die einen ganzheitlichen Behandlungsansatz erfordern.

Die Erkrankungen im Alter können sich unterschiedlich präsentieren; sind oft sehr schwierig zu diagnostizieren; das Ansprechen auf die Behandlung erfolgt verzögert und es besteht regelmäßig Bedarf für soziale Unterstützung.

Geriatrische Medizin überschreitet daher die organmedizinisch orientierte Medizin und bietet zusätzliche Therapieangebote in einer multidisziplinären Team-Umgebung (-Milieu; Setting), Das Hauptziel ist es, den funktionellen Status einer älteren Person zu optimieren sowie Lebensqualität und Autonomie zu verbessern.

Geriatrische Medizin ist nicht spezifisch altersdefiniert, sie behandelt jedoch die typische Morbidität älterer Patienten. Die meisten Patienten sind über 65 Lebensjahre alt. Diejenigen Gesundheitsprobleme, die durch Geriatrie als eine Spezialdisziplin am besten angegangen werden können, werden in der Altersklasse über 80-Jähriger viel häufiger.“

Kurzdefinition

Geriatrische Leistungen: hier definiert als ärztliche Leistungen bei hoher Gebrechlichkeit und aktiven Mehrfach-Erkrankungen der PatientInnen.

1 Denken Sie bitte an die Altersgruppe Ihrer **unter 60 jährigen PatientInnen**. Wie verteilt sich Ihr Zeitaufwand **innerhalb dieser Altersgruppe** auf geriatrische und nicht-geriatrische PatientInnen, Bitte schätzen Sie.

Zeitaufwand für geriatrische PatientInnen: ca. ___% meiner gesamten Zeit für PatientInnen unter 60 Jahren

Zeitaufwand für nicht-geriatrische PatientInnen: ca. ___% meiner gesamten Zeit für PatientInnen unter 60 Jahren

Die Summe sollte 100% ergeben

2 Denken Sie bitte an die Altersgruppe Ihrer **60 bis 74 jährigen PatientInnen**. Wie verteilt sich Ihr Zeitaufwand **innerhalb dieser Altersgruppe** auf geriatrische und nicht-geriatrische PatientInnen, Bitte schätzen Sie.

Zeitaufwand für geriatrische PatientInnen: ca. ___% meiner gesamten Zeit für PatientInnen zwischen 60 und 74 Jahren

Zeitaufwand für nicht-geriatrische PatientInnen: ca. ___% meiner gesamten Zeit für PatientInnen zwischen 60 und 74 Jahren

Die Summe sollte 100% ergeben

3 Denken Sie bitte an die Altersgruppe Ihrer **75 bis 85 jährigen PatientInnen**. Wie verteilt sich Ihr Zeitaufwand **innerhalb dieser Altersgruppe** auf geriatrische und nicht-geriatrische PatientInnen, Bitte schätzen Sie.

Zeitaufwand für geriatrische PatientInnen: ca. ___% meiner gesamten Zeit für PatientInnen zwischen 75 und 85 Jahren

Zeitaufwand für nicht-geriatrische PatientInnen: ca. ___% meiner gesamten Zeit für PatientInnen zwischen 75 und 85 Jahren

Die Summe sollte 100% ergeben

4 Denken Sie bitte an die Altersgruppe Ihrer **über 85 jährigen PatientInnen**. Wie verteilt sich Ihr Zeitaufwand **innerhalb dieser Altersgruppe** auf geriatrische und nicht-geriatrische PatientInnen, Bitte schätzen Sie.

Zeitaufwand für geriatrische PatientInnen: ca. ___% meiner gesamten Zeit für PatientInnen über 85 Jahren

Zeitaufwand für nicht-geriatrische PatientInnen: ca. ___% meiner gesamten Zeit für PatientInnen über 85 Jahren

Die Summe sollte 100% ergeben

5 Arbeiten Sie derzeit als **niedergelassene/r Arzt/Ärztin bzw. Wohnsitzarzt/-ärztin in Wien?**

- Ja
- Nein

5a In welchem Stundenausmaß pro Woche arbeiten Sie derzeit als **niedergelassene/r Arzt/Ärztin bzw. Wohnsitzarzt/-ärztin in Wien?**

Rund _____ Stunden pro Woche

6 Arbeiten Sie derzeit **in einer Krankenanstalt in Wien?**

- Ja
- Nein

6a In welchem Stundenausmaß pro Woche arbeiten Sie derzeit in einer Krankenanstalt in Wien?

Rund _____ Stunden pro Woche

7 **Welcher Facharztgruppe gehören Sie an?** (Mehrfachantworten möglich)

- Allgemeinmedizin
- Anästhesiologie und Intensivmedizin
- Augenheilkunde und Optometrie
- Chirurgie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Innere Medizin
- Neurologie
- Orthopädie und orthopädische Chirurgie
- Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation
- Physiologie
- Psychiatrie
- Unfallchirurgie
- Urologie
- Andere