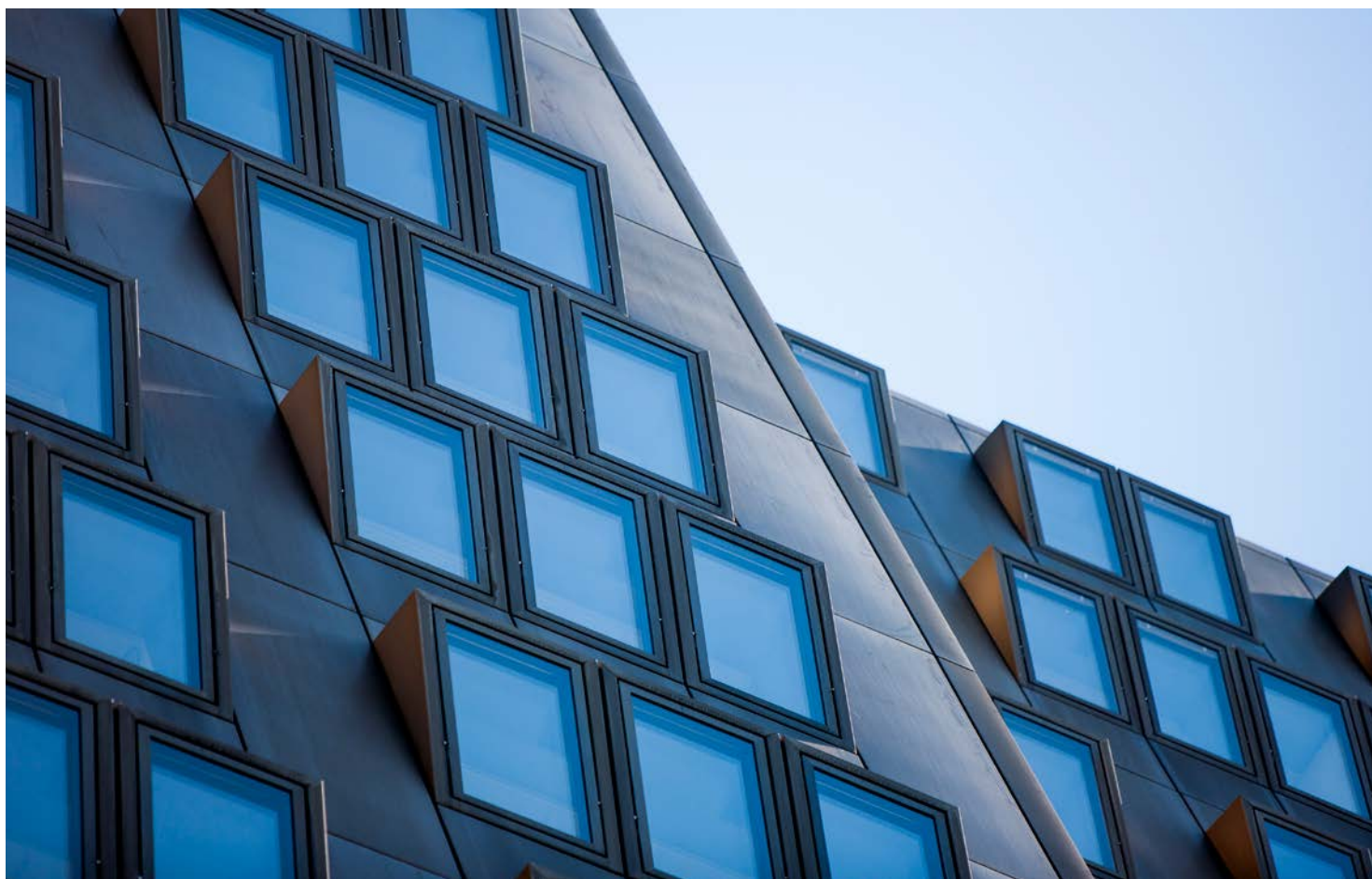




Ärzteausbildung

Reihe BUND 2021/42

Bericht des Rechnungshofes





Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes www.rechnungshof.gv.at verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Rechnungshof Österreich

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

www.rechnungshof.gv.at

Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich

Herausgegeben: Wien, im Dezember 2021

AUSKÜNFTE

Rechnungshof

Telefon (+43 1) 711 71 – 8946

E-Mail info@rechnungshof.gv.at

[facebook/RechnungshofAT](https://facebook.com/RechnungshofAT)

Twitter: @RHSprecher

FOTOS

Cover: Rechnungshof/Achim Bieniek

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	6
Glossar	8
Prüfungsziel	11
Kurzfassung	11
Zentrale Empfehlungen	19
Zahlen und Fakten zur Prüfung	21
Prüfungsablauf und –gegenstand	23
Ausgangslage und Umfeld	26
Allgemeines	26
Zuständigkeiten	30
Schnittstellen und Zusammenwirken	31
Zahl der Absolventinnen und Absolventen	33
Drop-out vom Studienabschluss bis zur ärztlichen Tätigkeit	
in Österreich	36
Ärztinnen und Ärzte in Österreich	42
Studium der Humanmedizin	46
Ausbildung und Ausbildungsinhalte	46
Verankerung der Allgemeinmedizin an den Medizinischen	
Universitäten Graz und Wien	51
Praktische Ausbildung Allgemeinmedizin	57
Ärzteausbildung	62
Entwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen	62
Kommissionen für die Ärzteausbildung	67
Evaluierungen und Visitationen	71
Ausbildungsabschnitte und –dauer	75
Basisausbildung	75
Allgemeinmedizin	82
Lehrpraxis im Fachgebiet Allgemeinmedizin	92
Lehrpraxisförderung	99
Klinisch–Praktisches Jahr und allgemeinmedizinische Ärzteausbildung	107
Fachärztin und Facharzt für Allgemeinmedizin	111



Ärzteausbildung

Ausbildungskapazitäten und Steuerung der Ärzteausbildung	114
Allgemeines	114
Allgemeinmedizin	116
Ausgewählte Sonderfächer	123
Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017–2021	143
Ärzteausbildung – Verfahren und Ausbildungsstellenverwaltung	145
Verfahren	145
Ausbildungsstellenverwaltung	147
Zusammenfassende Beantwortung	149
Schlussempfehlungen	157

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Medizinabsolventinnen und –absolventen (nicht–)österreichischer Universitäten im österreichischen Versorgungssystem _____	39
Tabelle 2:	Turnusärztinnen und Turnusärzte in Krankenanstalten (jeweils zum Stichtag 1. Jänner) _____	45
Tabelle 3:	Verankerung Allgemeinmedizin im Vergleich Medizinische Universitäten Graz und Wien _____	52
Tabelle 4:	Personal sowie Personal– und Sachaufwand Allgemeinmedizin im Vergleich Medizinische Universitäten Graz und Wien _____	56
Tabelle 5:	Wesentliche rechtliche Änderungen in der Ärzteausbildung 2008 bis 2020 _____	63
Tabelle 6:	Zeitraum zwischen Studienabschluss und Beginn der Basisausbildung _____	75
Tabelle 7:	Wesentliche Unterschiede zwischen Basisausbildung und allgemeinmedizinischer oder fachärztlicher Ausbildung _____	79
Tabelle 8:	Karriereverläufe von allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzten (bis Juni 2020) _____	82
Tabelle 9:	Wesentliche Unterschiede in der Konzeption der allgemein- medizinischen Ärzteausbildung vor (Allgemeinmedizin Alt) und nach der Ausbildungsreform 2014/15 (Allgemeinmedizin Neu) _	85
Tabelle 10:	Ausbezahlte Lehrpraxisförderungen _____	104
Tabelle 11:	Klinisch–Praktisches Jahr, Basisausbildung, allgemeinmedizinische Ärzteausbildung im Vergleich _____	107
Tabelle 12:	Bedarfssteuerung der Ärzteausbildungskapazitäten im Überblick _____	114
Tabelle 13:	Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Allgemeinmedizin ____	116

Tabelle 14:	Festgesetzte und besetzte Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizin gemäß Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015	117
Tabelle 15:	Geschätzte Pensionierungen und tatsächliche Austritte aus der Ärzteliste betreffend Allgemeinmedizin	120
Tabelle 16:	Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Kinder-Psychiatrie (inklusive Additivfach)	130
Tabelle 17:	Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Erwachsenen-Psychiatrie	131
Tabelle 18:	Besetzung der Ausbildungsstellen in der Kinder-Psychiatrie und Erwachsenen-Psychiatrie (Ende Dezember 2019 bzw. Anfang Jänner 2020)	132
Tabelle 19:	Fachärztliche Kenndaten in der Kinder-Psychiatrie und Erwachsenen-Psychiatrie	135
Tabelle 20:	Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Kinder- und Jugendheilkunde	138
Tabelle 21:	Besetzung der Ausbildungsstellen in der Kinder- und Jugendheilkunde (Ende Dezember 2019 bzw. Anfang Jänner 2020)	139
Tabelle 22:	Fachärztliche Kenndaten in der Kinder- und Jugendheilkunde	141
Tabelle 23:	Beantragte Anerkennungen von Ausbildungsstätten bei der Österreichischen Ärztekammer	145
Tabelle 24:	Übersicht zur Beantwortung des Beschlusses des Nationalrates	150

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ärzteausbildung vor (Ärzteausbildung Alt) und nach der Ausbildungsreform 2014/15 (Ärzteausbildung Neu) _____	27
Abbildung 2:	Befasste Einrichtungen beim Studium der Humanmedizin und bei der Ärzteausbildung (Auswahl) _____	30
Abbildung 3:	Absolventenzahlen im Studium der Humanmedizin _____	34
Abbildung 4:	Drop-out vom Studienabschluss bis zur ärztlichen Tätigkeit in Österreich _____	37
Abbildung 5:	Entwicklung der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Österreich nach Köpfen _____	42
Abbildung 6:	Ausbildungsinhalte und –dauer vor (Allgemeinmedizin Alt) und nach der Ausbildungsreform 2014/15 (Allgemeinmedizin Neu) in der Allgemeinmedizin _____	89
Abbildung 7:	Besetzte und freie Lehrpraxisstellen Allgemeinmedizin im Juni 2020 _____	96
Abbildung 8:	Bewilligte Lehrpraxisstellen sowie Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Allgemeinmedizin zum 1. Jänner 2020 ____	97
Abbildung 9:	Argumente für und gegen einen Facharzt Allgemeinmedizin _____	111
Abbildung 10:	Inländische berufsrechtliche Anerkennungen und Austritte ab 60 Jahren in der Allgemeinmedizin _____	121

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ARR	Allgemeine Rahmenrichtlinien
Art.	Artikel
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B–VG	Bundes–Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System (Europäisches System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen)
EKG	Elektrokardiogramm
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
f(f).	folgend(e)
G(es)mbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IT	Informationstechnologie
KEF und RZ VO/ KEF und RZ–V	Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher
KPJ	Klinisch–Praktisches Jahr
Mio.	Million(en)
MUG	Medizinische Universität Graz
MUW	Medizinische Universität Wien



Nr.	Nummer
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
VfGH	Verfassungsgerichtshof
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Glossar

Additivfach

Eine Ausbildung in einem Additivfach nach der Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2006 oder früher bezeichnet die nicht verpflichtende ergänzende spezielle Ausbildung in der Dauer von zumindest drei Jahren im Sinne einer Schwerpunktausbildung für eine besonders vertiefte allgemeinmedizinische oder fachärztliche Berufsausübung.

Ausbildungsstätte

Ausbildungsstätten sind insbesondere Organisationseinheiten einer Krankenanstalt (z.B. eine Krankenanstaltenabteilung), die Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Allgemeinmedizin oder in einem Sonderfach ausbilden dürfen. Eine Ausbildungsstätte hat bestimmte ärzterechtlich geregelte Voraussetzungen zu erfüllen und benötigte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung die Anerkennung durch die Österreichische Ärztekammer.

Ausbildungsstelle

Im Rahmen der Anerkennung z.B. einer Krankenanstaltenabteilung als Ausbildungsstätte für Allgemeinmedizin oder ein Sonderfach legte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung die Österreichische Ärztekammer auf Basis der ärztrechtlichen Vorgaben die Anzahl der gleichzeitig besetzbaren Ausbildungsstellen fest; die Anzahl der Ausbildungsstellen hängt etwa mit der fachärztlichen Ausstattung und den erbrachten Leistungen zusammen.

Curriculum

Ein Curriculum (Studienplan) ist eine Verordnung, mit der das Qualifikationsprofil, der Inhalt sowie der Aufbau eines Studiums und die Prüfungsordnung festgelegt werden. Erstellt werden Curricula von den vom Senat einer Universität eingesetzten Curricula-Kommissionen, ihre Genehmigung obliegt dem Senat.

Lehrkrankenhaus, Lehrordination

Das Klinisch–Praktische Jahr im Rahmen des Studiums für Humanmedizin an den Medizinischen Universitäten Graz und Wien findet in von diesen zertifizierten Lehrkrankenhäusern bzw. teilweise in Lehrordinationen im niedergelassenen Bereich (z.B. in einer Einzelordination) statt.

Lehrpraxis

Die Ärzteausbildung kann bzw. muss (im Rahmen der allgemeinmedizinischen Ausbildung) auch im niedergelassenen Bereich stattfinden (z.B. in einer Einzelordination). Dafür benötigte diese Einrichtung zur Zeit der Gebarungsüberprüfung eine Bewilligung der Österreichischen Ärztekammer nach den ärztrechtlichen Bestimmungen.

Nebenfach

Nach der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 gibt es in der fachärztlichen Ausbildung Pflichtnebenfächer (Gegenfächer), die neben dem Hauptfach verpflichtend, und Wahlnebenfächer, die wahlweise zu absolvieren sind. Wahlnebenfächer können gebundene Wahlnebenfächer sein, die aus einem Katalog bestimmter Sonderfächer, und freie Wahlnebenfächer, die aus dem Katalog sämtlicher Sonderfächer zu wählen sind. Wahlnebenfächer können auch das Hauptfach oder Pflichtnebenfächer sein.

Österreichische Ärztekammer, Landesärztekammer

Zur Vertretung der gemeinsamen Interessen der in Österreich tätigen Ärztinnen und Ärzte ist auf Bundesebene die Österreichische Ärztekammer mit Sitz in Wien, in den Ländern jeweils eine Landesärztekammer eingerichtet. Die Landesärztekammern sind Mitglieder der Österreichischen Ärztekammer.

Sonderfach–Grundausbildung

Sonderfach–Grundausbildung bezeichnet die an die Basisausbildung anschließende fachspezifische Grundausbildung im Sonderfach zur Vermittlung von grundsätzlichen Kompetenzen im gesamten Gebiet des Sonderfachs.

Sonderfach–Schwerpunktausbildung

Sonderfach–Schwerpunktausbildung bezeichnet die an die Sonderfach–Grundausbildung anschließende Schwerpunktausbildung zur vertieften Ausbildung in Teilgebieten des Sonderfachs.

Turnusärztinnen und Turnusärzte

Turnusärztinnen und Turnusärzte sind jene Ärztinnen und Ärzte, die in Ausbildung zu Allgemeinmedizinerinnen bzw. –medizinern oder zu Fachärztinnen bzw. Fachärzten stehen.

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte haben einen Einzelvertrag mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern oder Krankenfürsorgeanstalten abgeschlossen. Sie verrechnen die erbrachten Leistungen grundsätzlich direkt mit dem Sozialversicherungsträger bzw. der Krankenfürsorgeanstalt (nicht mit den Patientinnen und Patienten).



Wahlärztinnen und Wahlärzte

Wahlärztinnen und Wahlärzte haben keinen Vertrag mit dem jeweils zuständigen Krankenversicherungsträger oder der Krankenfürsorgeanstalt. Die Kosten für eine Konsultation sind zunächst von der Patientin oder dem Patienten selbst zu tragen. Eine etwaige Kostenerstattung durch die zuständige Krankenversicherung bzw. Krankenfürsorgeanstalt erfolgt im Nachhinein.

Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzärzte

Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzärzte sind zur selbstständigen Berufsausübung berechnete Ärztinnen und Ärzte, die ausschließlich solche ärztliche Tätigkeiten auszuüben beabsichtigen, die weder eine Ordinationsstätte erfordern noch in einem Angestelltenverhältnis ausgeübt werden (z.B. Erstellung von Aktengutachten, Vertretungen in Ordinationsstätten, arbeitsmedizinische und schulärztliche Tätigkeiten). Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzärzte sind in die Ärzteliste eingetragen.

WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Ärzteausbildung

Prüfungsziel



Der RH überprüfte von November 2019 bis September 2020 mit Unterbrechung auf Beschluss des Nationalrates die Ärzteausbildung. Die Überprüfung umfasste das Gesundheitsministerium, das Wissenschaftsministerium, die Medizinischen Universitäten Graz und Wien sowie die Österreichische Ärztekammer. Ziele der Gebarungsüberprüfung waren die Beurteilung von rechtlichen, organisatorischen, finanziellen und personellen Maßnahmen im Bereich der ärztlichen Ausbildung sowie die Beurteilung der damit verbundenen Kosten und Wirkungen. Entsprechend dem Beschluss des Nationalrates lag der Fokus auf dem Studium der Humanmedizin und der post-promotionellen Ärzteausbildung bis zur selbstständigen ärztlichen Berufsberechtigung (in der Folge: **Ärzteausbildung**) vor allem in den Bereichen Allgemeinmedizin, Psychiatrie (Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene) und Kinder- und Jugendheilkunde. Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2009 bis 2019.

Kurzfassung

Der Auftrag des Nationalrates zur Durchführung der Gebarungsüberprüfung umfasste 27 Themen. Der RH fasste diese in drei Schwerpunkte zusammen: „Gesundheitsförderung und Prävention“, „Ärzteausbildung“ und „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“. Dieser Bericht behandelt den zweiten Schwerpunkt. Zu den beiden anderen Schwerpunkten legt der RH jeweils eigene Berichte¹ vor. (**TZ 1**)

Zuständigkeiten

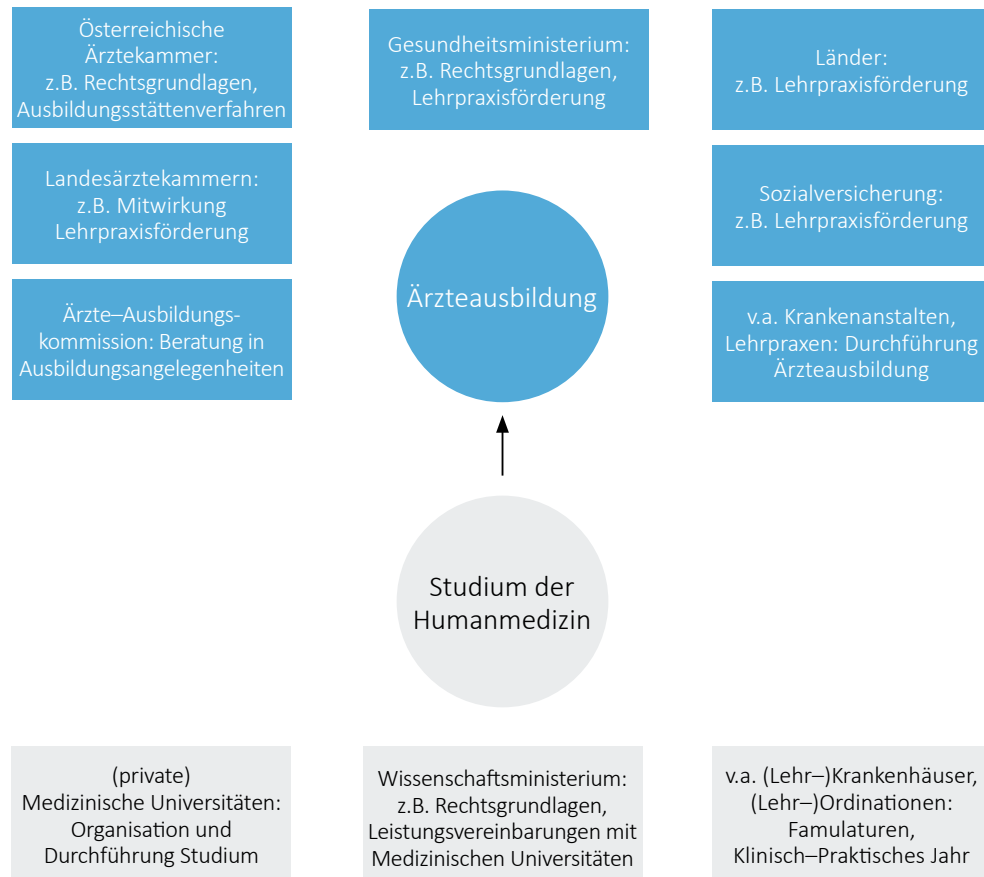
Für die rechtliche und organisatorische Konzeption sowie die Durchführung der ärztlichen Ausbildung vom Medizinstudium bis zur selbstständigen allgemeinmedizinischen oder fachärztlichen Berufsberechtigung war eine Vielzahl von Einrichtungen zuständig. Die Zuständigkeit für das Medizinstudium lag beim Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (in der Folge: **Wissenschaftsministerium**)

¹ davon bereits veröffentlicht: „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30)



– u.a. für Rechtsgrundlagen oder Leistungsvereinbarungen mit Medizinischen Universitäten – und den Medizinischen Universitäten; das Klinisch–Praktische Jahr im letzten Studienjahr fand in Lehrkrankenhäusern und teilweise in Lehrordinationen statt. Für die anschließende Ärzteausbildung waren zur Zeit der Gebärungsüberprüfung das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Gesundheitsministerium**) u.a. für rechtliche Grundlagen, die Österreichische Ärztekammer daneben etwa auch für Ausbildungsstättenverfahren sowie u.a. Krankenanstalten und Lehrpraxen für die Durchführung der Ärzteausbildung zuständig. Darüber hinaus wirkten die Länder und die Sozialversicherung etwa an der Lehrpraxisförderung mit. Dadurch ergaben sich Schnittstellen zwischen den beiden zuständigen Ministerien bzw. den jeweils für die Organisation und Durchführung der ärztlichen Ausbildung zuständigen Einrichtungen. Auch wenn daraus teilweise ein Zusammenwirken resultierte, gab es – gemessen an einer vom Studienbeginn bis zur selbstständigen ärztlichen Berufsberechtigung kontinuierlich aufbauenden und inhaltlich abgestimmten ärztlichen Ausbildung – Verbesserungspotenzial etwa bei der durchgängigen gegenseitigen Einbeziehung in wesentliche Prozesse. (TZ 2, TZ 3, TZ 4)

Abbildung: Befasste Einrichtungen beim Studium der Humanmedizin und der Ärzteausbildung (Auswahl)



Quellen: universitätsrechtliche und ärztrechtliche Grundlagen; Darstellung: RH

Die Österreichische Ärztekammer war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung seit beinahe 20 Jahren österreichweit für Ausbildungsstättenverfahren zuständig. Im Jahr 2020 hob der Verfassungsgerichtshof mit Wirksamkeit 1. April 2021 Bestimmungen des Ärztegesetzes 1998 als verfassungswidrig auf, die u.a. die Durchführung von Verfahren zur Aberkennung fachärztlicher Ausbildungsstätten betrafen. Es hätte diesbezüglich zum Tätigwerden der Österreichischen Ärztekammer als Bundesbehörde im übertragenen Wirkungsbereich der Zustimmung der Länder bedurft. Ende Mai 2021 war eine Neuregelung noch offen. Das Gesundheitsministerium beabsichtigte, auch etwa die Zuständigkeit für ärztrechtliche Anerkennungsverfahren unter Einbeziehung der Länder neu zu regeln, um allfällige weitere Aufhebungen durch den Verfassungsgerichtshof zu vermeiden. Der Nationalrat beschloss am 17. Juni 2021 eine Novelle des Ärztegesetzes 1998 (BGBl. I 172/2021), die (Zuständigkeits-)Änderungen auch im Bereich der Ärzteausbildung vorsah. (TZ 1, TZ 18)

Die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens aus 2013 sah in Art. 44 die Einrichtung einer Kommission gemäß § 8 Bundesministeriengesetz 1986 (in der Folge: **Ärzte–Ausbildungskommission**) als zentrales Beratungsgremium der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers in Ärzteausbildungsangelegenheiten vor. Wissenschaftsministerium und Medizinische Universitäten waren in der Ärzte–Ausbildungskommission nicht als Mitglieder vorgesehen. Für eine langfristige, gesamthafte und bedarfsge-rechte Planung, Steuerung und Weiterentwicklung der gesamten ärztlichen Ausbildung vom Studium der Humanmedizin bis zur selbstständigen ärztlichen Berufsberechtigung und damit der künftigen ärztlichen Versorgungssituation wäre die gleichberechtigte Einbeziehung aller beteiligten Einrichtungen in die Ärzte–Ausbildungskommission zweckmäßig. (TZ 2, TZ 20)

Medizinabsolventinnen und Medizinabsolventen

Die Beschränkung des Zugangs zum Medizinstudium an den öffentlichen Universitäten ab dem Studienjahr 2005/06 begann sich – bei einer Mindeststudiendauer von zwölf Semestern – nach dem Studienjahr 2010/11 auf die Absolventenzahlen auszuwirken: Die jährliche Absolventenzahl lag im Durchschnitt der Studienjahre 2011/12 bis 2018/19 bei 1.269 und war damit um 19 % niedriger als die jährliche Absolventenzahl im Durchschnitt der Studienjahre 2000/01 bis 2010/11 (1.576). Demgegenüber erhöhte sich von 2009 bis 2020 die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Österreich von insgesamt rd. 38.290 auf rd. 47.220 um 23 %, jene der Turnusärztinnen und Turnusärzte von rd. 6.710 auf rd. 8.020 um 20 %. (TZ 5, TZ 7)

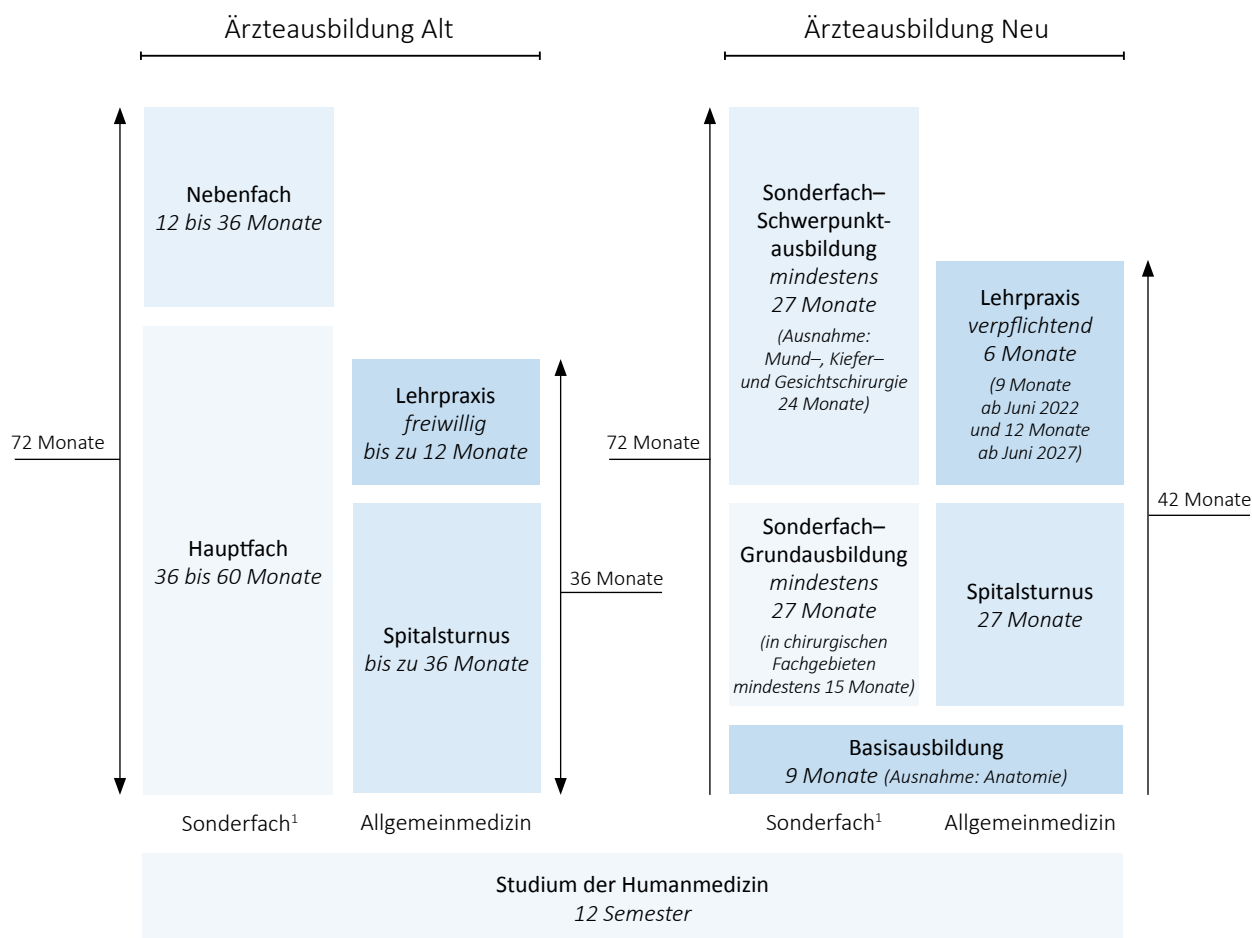
Zwischen der Zahl der Medizinabsolventinnen und –absolventen und der Zahl der in der Folge im Arztberuf tätigen Ärztinnen und Ärzte in Österreich bestand eine erhebliche Differenz. Gründe dafür konnten etwa die Wahl eines anderen Berufsweges oder eine ärztliche Tätigkeit außerhalb Österreichs sein. Die jährliche Differenz betrug im Zeitraum 2008/09 bis 2018/19 durchschnittlich mehr als 30 %. Durch den Zuzug von Absolventinnen und Absolventen nicht-österreichischer Universitäten konnte die Differenz teilweise kompensiert werden. Österreich gab je Medizinabsolventin und –absolventen bis zu rd. 542.000 EUR aus. (TZ 6)

Ausbildungsreform 2014/15

Eine umfassende Neugestaltung der Ärzteausbildung im Anschluss an das mindestens sechsjährige Medizinstudium erfolgte 2014/15. Kernstück der reformierten Ausbildung war die Teilung der Ausbildung in Krankenanstalten in eine neunmonatige Basisausbildung und die darauf aufbauende allgemeinmedizinische Ausbildung oder Facharztausbildung in 50 Sonderfächern. Als weitere wesentliche Neuerung war der letzte Teil der allgemeinmedizinischen Ausbildung in einer Lehr(gruppen)praxis oder einem Lehrambulatorium (in der Folge für alle: **Lehrpraxis**) im

niedergelassenen Bereich zu absolvieren. Die Ausbildung im Fach Allgemeinmedizin verlängerte sich um mindestens sechs Monate auf mindestens dreieinhalb Jahre. Die Facharztausbildung blieb mit mindestens sechs Jahren gleich lang. (TZ 2)

Abbildung: Ärzteausbildung vor (Ärzteausbildung Alt) und nach der Ausbildungsreform 2014/15 (Ärzteausbildung Neu)



¹ teilweise auch Lehrpraxis möglich

Quellen: ärztrechtliche und universitätsrechtliche Grundlagen; Darstellung: RH

Mit der Ausbildungsreform 2014/15 war trotz der maßgeblichen Änderung der Ärzteausbildung (z.B. Einführung der Basisausbildung, Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung um mindestens sechs Monate von 36 Monaten auf 42 Monate) gesetzlich keine gesamthafte Evaluierung vorgesehen. Die regelmäßigen von der Österreichischen Ärztekammer beauftragten Ausbildungsevaluierungen wurden in der Ärzte-Ausbildungskommission kaum thematisiert, obwohl sie teilweise deutliches Verbesserungspotenzial aufzeigten. (TZ 21, TZ 24, TZ 26, TZ 27)

Turnusärztinnen und Turnusärzte, die ab 1. Juni 2015 eine Ärzteausbildung begannen, hatten zu Beginn die neunmonatige Basisausbildung zu absolvieren; danach startete entweder eine allgemeinmedizinische oder fachärztliche Ausbildung. Die Zeiträume zwischen Studienabschluss und Beginn der Basisausbildung sanken seit 2015 tendenziell, jedoch betrugen sie 2019 bei 67 % der Studienabsolventinnen und –absolventen zwischen einem Monat und sechs Monaten. Die Basisausbildung war deutlich weniger rechtlichen Vorgaben unterworfen als die darauffolgende allgemeinmedizinische oder fachärztliche Ausbildung. Die von der Österreichischen Ärztekammer beauftragten Evaluierungen zeigten deutliches Verbesserungspotenzial für die Basisausbildung, etwa im Hinblick auf einen strukturierten Ablauf bzw. den Umfang der Lerninhalte. (TZ 23, TZ 24)

Allgemeinmedizin

Bei der Allgemeinmedizin gab es in den vergangenen Jahren immer wieder eine öffentliche Diskussion über bestehende bzw. potenzielle künftige Versorgungslücken. Die Anzahl der allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte in Krankenanstalten nahm von 1.631 im Jahr 2016 um 33 % auf 1.095 im Jahr 2020 ab. Darüber hinaus wechselten viele Turnusärztinnen und Turnusärzte während oder nach der allgemeinmedizinischen Ausbildung in eine Sonderfachausbildung. Beides stand in einem Spannungsverhältnis zur Intention der Ausbildungsreform 2014/15, die auf eine Attraktivierung der allgemeinmedizinischen Ausbildung abzielte. Im Zeitraum 2015 bis 2019 war in der Allgemeinmedizin die Anzahl der Austritte aus der Ärzteliste zumeist deutlich geringer als jene der inländischen berufsrechtlichen Anerkennungen und näherte sich erst 2019 an. (TZ 7, TZ 8, TZ 25, TZ 39, TZ 40)

An den Medizinischen Universitäten Graz und Wien war die Allgemeinmedizin als eines von 51 ärztlichen (Sonder-)Fächern strategisch, organisatorisch, personell und in der Lehre präsent. So gab es etwa an beiden Medizinischen Universitäten eine eigene Organisationseinheit und eine eigene Professur für Allgemeinmedizin. Beide holten mit praktizierenden Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern die Praxis in die universitäre Ausbildung. Im Laufe des Studiums war jede und jeder Studierende durch allgemeinmedizinische Anteile in der Pflichtlehre mit diesem Fach befasst. Weiters hatten beide Universitäten zusätzliche Projekte zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin implementiert. (TZ 11)

Das Fächerspektrum der neuen allgemeinmedizinischen Ausbildung war insofern ein Kompromiss, als etwa die Neurologie letztlich nur ein Wahlfach und kein Pflichtfach wurde. Auch die erste Novelle der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 vom Februar 2021 beließ die Neurologie unverändert als Wahlfach. Die Chirurgie wurde auf Anregung der Österreichischen Ärztekammer als zusätzliches Wahlfach festgelegt. (TZ 27)

Die Ausbildungsreform 2014/15 verpflichtete die allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte, den letzten Teil ihrer Ausbildung im niedergelassenen Bereich zu absolvieren. Damit verbunden waren auch höhere Anforderungen an die Lehrpraxen. Mit Stand Juni 2020 waren von den österreichweit bewilligten 456 Lehrpraxisstellen Allgemeinmedizin 27 % besetzt. Die Auslastung der Lehrpraxisstellen lag in der Steiermark (47 %) und Wien (43 %) deutlich über dem Österreichschnitt, in Niederösterreich (18 %), Salzburg (18 %) und Oberösterreich (12 %) bewegte sie sich deutlich darunter. (TZ 28, TZ 29, TZ 30)

Die zwei verschiedenen Abwicklungsmodalitäten der von Bund, Ländern und Sozialversicherung finanzierten Lehrpraxisförderung waren aufwändig und erforderten eine umfassende Kommunikation zwischen den Beteiligten. Basis und Höhe der Lehrpraxisförderung waren von Fall zu Fall unterschiedlich. Die Höhe der Förderung bewegte sich für die Dauer von sechs Monaten in einer Bandbreite von rd. 22.100 EUR bis rd. 30.500 EUR je Fall. Diese unterschiedlichen und komplexen Vorgangsweisen standen in einem Spannungsverhältnis zur intendierten bundesweiten Einheitlichkeit der Lehrpraxisförderung. (TZ 31, TZ 34)

Intransparent war auch die jährlich österreichweit tatsächlich ausbezahlte Lehrpraxisförderung. Die mit Stand Juli 2020 ausbezahlte Gesamtsumme für 2018 und für 2019 war nur durch Abfragen bei den Fördergebern ermittelbar und betrug 1,10 Mio. EUR bzw. 3,73 Mio. EUR. In die Transparenzdatenbank wurden die Lehrpraxisförderungen nur teilweise eingemeldet. (TZ 35)

Das Klinisch–Praktische Jahr im sechsten Studienjahr und die allgemeinmedizinische Ärzteausbildung inklusive Basisausbildung fielen in unterschiedliche Zuständigkeiten. Diese Ausbildungsabschnitte verfolgten für sich jeweils verschiedene Ziele und das ärztegesetzlich normierte Maß der notwendigen Aufsicht über die Tätigkeiten der Auszubildenden war unterschiedlich hoch. Über die zweckmäßige Ausgestaltung der angestrebten aufeinander aufbauenden Ausbildungsabschnitte bestanden verschiedene Ansichten. Eine optimale Abstimmung zwischen Klinisch–Praktischem Jahr und allgemeinmedizinischer Ärzteausbildung war damit noch offen. (TZ 36)

Über die Einführung einer Facharztrichtung Allgemeinmedizin wurde seit Jahren in verschiedenen Gremien diskutiert. Es gab sowohl befürwortende als auch ablehnende Meinungen zur Einführung eines Sonderfachs Allgemeinmedizin. Die Österreichische Ärztekammer plante die Einrichtung einer Arbeitsgruppe zu dieser Thematik und sollte der Ärzte–Ausbildungskommission bis Jänner 2021 ein Konzept für eine Facharztrichtung Allgemeinmedizin vorlegen. Das Regierungsprogramm 2020–2024 legte die Einführung dieser neuen Facharztrichtung zwar ausdrücklich fest, eine diesbezügliche Begründung darin fehlte jedoch. (TZ 37)

Bedarfsermittlung und Steuerungsansätze – Allgemeinmedizin und ausgewählte Sonderfächer

Mit dem Ziel, ausreichende allgemeinmedizinische Ausbildungskapazitäten sicherzustellen, normierte das Ärztegesetz 1998 eine „Ausbildungsverpflichtung“. Alle Träger von fondsfinanzierten Krankenanstalten mussten sicherstellen, dass dem künftigen Bedarf an Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern entsprechend und unter Bedachtnahme auf die Beratungsergebnisse der Ärzte–Ausbildungskommission „eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen für die Ausbildung zur Ärztin bzw. zum Arzt für Allgemeinmedizin zur Verfügung steht“. (TZ 38)

Basis für die Bedarfsrechnung der Ärzte–Ausbildungskommission waren die auf Grundlage der Daten der Österreichischen Ärztekammer geschätzten Pensionierungen. Diese Schätzungen waren jedoch nicht sehr treffsicher. Weitere Einflussfaktoren auf den Bedarf blieben unberücksichtigt, wie (Änderungen im) Beschäftigungsausmaß (z.B. Teilzeit), neue Versorgungsmodelle (z.B. Primärversorgungseinheiten), Öffnungszeiten, Nachfrage nach ärztlichen Leistungen oder demografische Entwicklungen. (TZ 40)

Im Unterschied zur Allgemeinmedizin und als Ausnahme zu der bedarfsunabhängigen Festsetzung von Ausbildungsstellen im fachärztlichen Bereich ermöglichte das Ärztegesetz 1998 seit 2009 mit der sogenannten Mangelfachregelung den künftigen fachärztlichen Bedarf als Anknüpfungspunkt: Die Gesundheitsministerin bzw. der Gesundheitsminister konnte – wenn dies notwendig war, um die fachärztliche Versorgung der österreichischen Bevölkerung längerfristig sicherzustellen – die Ausbildungsbedingungen erleichtern und so die Möglichkeit schaffen, in definierten Mangelfächern mehr Turnusärztinnen und Turnusärzte auszubilden als in anderen Sonderfächern. (TZ 38, TZ 43)

Bis Anfang 2021 gab es zwei Mangelfächer – die Kinder–Psychiatrie und die Erwachsenen–Psychiatrie. Die Anzahl der Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Kinder–Psychiatrie stieg von 2016 bis 2020 deutlich (44 %), in der Erwachsenen–Psychiatrie jedoch kaum (2 %). Manche Länder verzeichneten sogar einen Rückgang dieser Turnusärztinnen und Turnusärzte. Daraus konnte geschlossen werden, dass die Mangelfachregelung zu keiner maßgeblichen Steigerung der Anzahl der Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Erwachsenen–Psychiatrie führte. Die Kinder– und Jugendheilkunde war kein Mangelfach, obwohl in der öffentlichen Diskussion immer wieder Versorgungsengpässe thematisiert wurden. Trotzdem stieg die Anzahl der Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Kinder– und Jugendheilkunde von 2016 bis 2020 um 22 %. Sowohl in den psychiatrischen Sonderfächern als auch in der Kinder– und Jugendheilkunde gab es viele unbesetzte Ausbildungsstellen. Mangels umfassender Bedarfsermittlung bzw. –prognosen blieb jedoch offen, ob die Zahl der besetzten oder besetzbaren Ausbildungsstellen ausreichte, um Versorgungseng-

pässe zu verhindern und die Versorgung nachhaltig sicherzustellen. (TZ 44, TZ 45, TZ 47, TZ 48)

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

- Gemeinsam mit den Medizinischen Universitäten und der Österreichischen Ärztekammer wäre vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung ein Konzept zur Sicherstellung einer regelmäßigen, durchgängigen und institutionalisierten Abstimmung über Vorhaben und Maßnahmen für die gesamte Ausbildung zum Arztberuf zu erarbeiten. Dies auch vor dem Hintergrund der im Regierungsprogramm 2020–2024 vorgesehenen Maßnahmen für die ärztliche Ausbildung. (TZ 4)
- Gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer, den Ländern und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger wären vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung und von den Medizinischen Universitäten im Lichte der festgestellten Drop-out-Rate nach dem Studienabschluss von letztlich mehr als 30 % geeignete Maßnahmen zu setzen, um die Ärzteausbildung und Berufstätigkeit von Medizinabsolventinnen und –absolventen in Österreich zu forcieren. (TZ 6)
- Im Rahmen der Bundes-Zielsteuerungskommission wäre vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz darauf hinzuwirken, dass alle Lehrpraxisfördergeber (Bund, Länder, Sozialversicherung) ihre ausbezahlten Förderungen in die Transparenzdatenbank einmelden. Dabei wäre auch eine entsprechende Nutzung des Webtools zu prüfen. (TZ 35)
- Die vorliegenden und geplanten Evaluierungsergebnisse bzw. Konzepte zur Etablierung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Allgemeinmedizin wären vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz in die Entscheidung, diese Fachrichtung einzuführen, einfließen zu lassen. (TZ 37)



- Gemeinsam mit den Ländern, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger, den Krankenanstaltenträgern und der Österreichischen Ärztekammer wären vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz geeignete Instrumente zu entwickeln, um die Prognosegenauigkeit der Bedarfsanalysen für allgemeinmedizinische Ausbildungskapazitäten zu verbessern. (TZ 40)
- Gemeinsam mit den Ländern, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger, den Krankenanstaltenträgern und der Österreichischen Ärztekammer wären vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz der Bedarf, die Ausbildungskapazitäten und deren Inanspruchnahme im psychiatrischen Bereich und im Bereich Kinder- und Jugendheilkunde zu evaluieren und erforderlichenfalls (weitere) Maßnahmen für eine wirksame, bedarfsorientierte Nachwuchssteuerung zu erarbeiten. (TZ 45, TZ 47)

Zahlen und Fakten zur Prüfung

Ärzteausbildung						
Rechtsgrundlagen – Studium der Humanmedizin	Universitätsgesetz 2002, BGBl. I 120/2002 i.d.g.F.					
Rechtsgrundlagen – post-promotionelle Ärzteausbildung	Ärztegesetz 1998, BGBl. I 169/1998 i.d.F. BGBl. I 50/2021 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006, BGBl. II 286/2006 i.d.F. BGBl. II 259/2011 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015, BGBl. II 147/2015 i.d.g.F. Verordnungen der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher (KEF und RZ VO 2006 und KEF und RZ-V 2015)					
Kennzahlen	2016	2017	2018	2019	2020	Veränderung 2016 bis 2020
	Anzahl					in %
Absolventinnen und Absolventen Humanmedizin ¹	1.218	1.248	1.346	1.242	1.288	6
Turnusärztinnen und Turnusärzte ² gesamt	6.315	7.168	7.633	8.085	8.017	27
Turnusärztinnen und Turnusärzte für die Fächer: ³	Anzahl					in %
Allgemeinmedizin	1.631	1.337	1.164	1.119	1.095	-33
Kinder–Psychiatrie ⁴	54	61	67	74	78	44
Erwachsenen–Psychiatrie ⁵	335	335	338	344	341	2
Kinder– und Jugendheilkunde	305	310	335	331	372	22

¹ einschließlich privater Universitäten; Daten bezogen auf die Studienjahre 2015/16 bis 2019/20; Daten für das Studienjahr 2019/20 und die Veränderung 2016 bis 2020 nach der Gebärungsüberprüfung aktualisiert

² laut Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer jeweils zum 1. Jänner

³ laut Ausbildungsstellenverwaltung der Österreichischen Ärztekammer ohne Turnusärztinnen und Turnusärzte in Lehrpraxen, Mittelwerte der Stichtage 1. Jänner, 1. März (2018: 26. März), 1. Juni (2018: 4. Juli) und 1. November (2018: 13. November)

⁴ umfasst die Sonderfächer Kinder– und Jugendpsychiatrie sowie Kinder– und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin (inklusive Additivfach zum 1. Jänner)

⁵ umfasst die Sonderfächer Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

Quellen: BMBWF; ÖÄK



Ärzteausbildung

Prüfungsablauf und –gegenstand

- 1 (1) Der RH überprüfte von November 2019 bis September 2020 mit Unterbrechung die Ärzteausbildung. Die Gebarungsüberprüfung erfolgte gemäß Art. 126b Abs. 4 Bundes-Verfassungsgesetz (**B-VG**) aufgrund des Beschlusses des Nationalrates vom 27. März 2019 gemäß § 99 Abs. 1 Geschäftsordnungsgesetz 1975² (517 der Beilagen, XXVI. Gesetzgebungsperiode). Diesem Beschluss lag ein Antrag der Abgeordneten Gabriela Schwarz und Dr. Brigitte Povysil sowie Kolleginnen und Kollegen vom 29. Jänner 2019 (561/A) zugrunde. Der Auftrag des Nationalrates zur Durchführung der Gebarungsüberprüfung umfasste 27 Themen, die der RH in drei Schwerpunkte gliederte – „Gesundheitsförderung und Prävention“, „Ärzteausbildung“ sowie „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ – und auf drei Gebarungsüberprüfungen aufteilte. Der vorliegende Bericht umfasst den Schwerpunkt „Ärzteausbildung“. Die weiteren Schwerpunkte behandelt der RH in zwei gesonderten Berichten³.

(2) Der vorliegende Bericht „Ärzteausbildung“ befasst sich mit der gesamten Ausbildung bzw. der bedarfsgerechten Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses vor allem in den Bereichen Allgemeinmedizin, Psychiatrie (Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene) und Kinder- und Jugendheilkunde für alle Versorgungsstrukturen des österreichischen Gesundheitssystems, also etwa sowohl für die Krankenanstalten als auch für den niedergelassenen Bereich. Beim Studium der Humanmedizin behandelt er dem Nationalratsbeschluss entsprechend vor allem die Verankerung der Allgemeinmedizin.

Ziele der Gebarungsüberprüfung waren die Beurteilung von rechtlichen, organisatorischen, finanziellen und personellen Maßnahmen im Bereich der ärztlichen Ausbildung sowie die Beurteilung der damit verbundenen Kosten und Wirkungen. Entsprechend dem Beschluss des Nationalrates lag der Fokus auf dem Studium der Humanmedizin und der postpromotionellen Ärzteausbildung bis zur selbstständigen ärztlichen Berufsberechtigung (in der Folge: **Ärzteausbildung**), vor allem in den genannten Bereichen Allgemeinmedizin, Psychiatrie (Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene) und Kinder- und Jugendheilkunde.

Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2009 bis 2019.

Eine zusammenfassende Beantwortung des Beschlusses des Nationalrates findet sich in TZ 52.

² BGBl. 410/1975 i.d.g.F.

³ davon bereits veröffentlicht: „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30)

(3) Demgegenüber war Ziel des RH-Berichts „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30) die Beurteilung, inwiefern die Rahmenbedingungen für die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich sichergestellt waren, insbesondere hinsichtlich der Ärztedichte, der Vergütung im Bereich der Allgemeinmedizin und der rechtlichen Vorgaben. Der RH orientierte sich dabei insbesondere an dem gesetzlichen Auftrag zur ausreichenden ärztlichen Versorgung als Teil der Krankenbehandlung.

Die ärztliche Versorgung etwa im Krankenanstaltenbereich war somit nicht Gegenstand dieser vom Nationalrat beschlossenen Gebarungsüberprüfungen.

(4) Der RH überprüfte das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Gesundheitsministerium**⁴), das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (in der Folge: **Wissenschaftsministerium**⁵), die Medizinischen Universitäten Graz und Wien sowie die Österreichische Ärztekammer.

Darüber hinaus führte der RH Erhebungen beim Dachverband der Sozialversicherungsträger (in der Folge: **Dachverband**) durch. Dieser übernahm mit 1. Jänner 2020 die Rechtsnachfolge des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (in der Folge: **Hauptverband**).

(5) Zu dem im Juni 2021 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die Medizinische Universität Graz im Juli 2021, das Gesundheitsministerium und das Wissenschaftsministerium im August 2021 sowie die Österreichische Ärztekammer und die Medizinische Universität Wien im September 2021 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Dezember 2021.

⁴ Der RH verwendet die Bezeichnung Gesundheitsministerium auch für die vor dem 29. Jänner 2020 für Gesundheit zuständigen Ressorts. Die Bezeichnungen für das mit den Angelegenheiten der Gesundheit betraute Ministerium lauteten im Zeitablauf wie folgt: von 1. März 2007 bis 31. Jänner 2009: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend; von 1. Februar 2009 bis 30. Juni 2016: Bundesministerium für Gesundheit; von 1. Juli 2016 bis 7. Jänner 2018: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; von 8. Jänner 2018 bis 28. Jänner 2020: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; seit 29. Jänner 2020: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

⁵ Der RH verwendet die Bezeichnung Wissenschaftsministerium auch für die vor dem 8. Jänner 2018 für Wissenschaft und Forschung zuständigen Ressorts. Die Bezeichnungen für das mit den Angelegenheiten der Wissenschaft und Forschung betraute Ministerium lauteten im Zeitablauf wie folgt: von 1. März 2007 bis 28. Februar 2014: Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung; von 1. März 2014 bis 7. Jänner 2018: Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft; seit 8. Jänner 2018: Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung.

(a) Die Österreichische Ärztekammer hielt in ihrer Stellungnahme allgemein Folgendes fest:

- Die Österreichische Ärztekammer sehe die Umsetzung der umfassenden Empfehlungen für Verbesserungsmaßnahmen, Bedarfsanalysen und Versorgungsforschung als wichtig an und unterstütze sie. Als besonders dringlich erscheine ihr die Attraktivierung der Berufstätigkeit für Ärztinnen und Ärzte, auch um die im Bericht erwähnte hohe Drop-out-Rate zu verringern. Diese resultiere auch aus der immer höher werdenden Arbeitsbelastung.
- Durch die Umsetzung der vom RH empfohlenen Maßnahmen könnten bedeutende Kosteneinsparungen – die Kosten für eine Medizinabsolventin bzw. einen Medizinabsolventen würden sich auf rd. 500.000 EUR belaufen – erzielt werden. Zudem könnten der ärztliche Nachwuchs und die künftige ärztliche Versorgungssituation sichergestellt werden.
- Die Österreichische Ärztekammer führe zentrale Register (z.B. Ärzteliste, Ausbildungsstättenverzeichnis, Ausbildungsstellenverwaltung). Das dem Bericht zugrunde liegende Datenmaterial resultiere zum größten Teil aus diesen Datenbanken und sei für eine gesamthafte Planung unumgänglich. Allerdings sei die Verfügbarkeit dieser Daten aufgrund der Ärztegesetz-Novelle BGBl. I 172/2021 in Zukunft nicht gesichert (TZ 18).

(b) Die Medizinische Universität Graz hielt allgemein fest, dass sie – um die zukünftige allgemeinmedizinische Versorgung sicherzustellen – alle Empfehlungen begrüße, die auf eine Verbesserung der Ärzteausbildung abzielten.

(6) Am 17. Juni 2021 beschloss der Nationalrat eine Novelle des Ärztegesetzes 1998 (BGBl. I 172/2021). Ihr Inkrafttreten war – je nach Bestimmung (1. Juli 2021, 27. August 2021 und 1. Jänner 2023) – unterschiedlich geregelt. Diese Novelle sah Änderungen auch im Bereich der Ärzteausbildung vor. So sollen etwa mit 2023 wesentliche Zuständigkeiten von der Österreichischen Ärztekammer auf die Landeshauptleute übergehen, z.B. Genehmigung von Ausbildungsstätten, Festlegung von Ausbildungsstellen, Ausbildungsstättenverzeichnis, Ausbildungsstellenverwaltung. Der RH verwies darauf, dass der vorliegende Bericht auf der zur Zeit der Gebärungsüberprüfung geltenden Rechtslage basiert – somit noch vor Beschluss und Inkrafttreten dieser Ärztegesetz-Novelle (TZ 18). Dessen ungeachtet behalten die vom RH getroffenen Feststellungen und Empfehlungen grundsätzlich ihre volle Gültigkeit und Aussagekraft und sind für zukünftige Regelungen von entsprechender Relevanz.

Ausgangslage und Umfeld

Allgemeines

- 2 (1) Voraussetzung für die Absolvierung einer Ärzteausbildung bzw. für eine ärztliche Tätigkeit in Österreich war der Abschluss eines Studiums der Humanmedizin. Dieses boten in Österreich zur Zeit der Gebärungsüberprüfung drei öffentliche Medizinische Universitäten (Wien, Graz, Innsbruck), die Medizinische Fakultät an der Universität Linz in Kooperation mit der Medizinischen Universität Graz (in der Folge: **Medizinische Universitäten**) und mehrere private Medizinische Universitäten an.

Das Studium der Humanmedizin an den öffentlichen Medizinischen Universitäten dauerte zumindest sechs Jahre. Das letzte Studienjahr war das sogenannte Klinisch–Praktische Jahr (**KPJ**), in dem die Studierenden in einem Lehrkrankenhaus und teilweise in einer Lehrordination tätig waren. Für die Curricula (Studienpläne) für Humanmedizin bzw. die Ausgestaltung des Klinisch–Praktischen Jahres waren die Medizinischen Universitäten aufgrund ihrer Autonomie selbst zuständig. Wesentliche Rechtsgrundlage für die Medizinischen Universitäten war das Universitätsgesetz 2002⁶.

Die öffentlichen Medizinischen Universitäten boten für das Studium der Humanmedizin zur Zeit der Gebärungsüberprüfung insgesamt rd. 1.540 Studienplätze jährlich an.⁷

- (2) Nachdem die grundsätzliche Ausgestaltung der Ärzteausbildung über Jahrzehnte im Wesentlichen unverändert geblieben war (in der Folge: **Ärzteausbildung Alt**), wurde sie – nach jahrelangen Vorbereitungsarbeiten – 2014 bis 2015 umfassend rechtlich neu gestaltet (in der Folge: **Ausbildungsreform 2014/15**). Ziele waren u.a. die Schaffung einer dem Stand der Wissenschaft und den modernen Anforderungen entsprechende qualitätsvolle Ärzteausbildung sowie die Attraktivierung der Allgemeinmedizin.

Kernstück der reformierten Ausbildung (in der Folge: **Ärzteausbildung Neu**⁸) war die Teilung der Ausbildung in Krankenanstalten in eine neunmonatige Basisausbildung und die darauf aufbauende allgemeinmedizinische Ausbildung oder Facharztausbildung in 50 (vor der Reform 45) Sonderfächern (z.B. chirurgische und internistische Sonderfächer). Als weitere wesentliche Neuerung war der letzte Teil der allgemeinmedizinischen Ausbildung in einer Lehr(gruppen)praxis oder einem Lehrambulatorium (in der Folge für alle: **Lehrpraxis**) im niedergelassenen Bereich zu absolvieren.

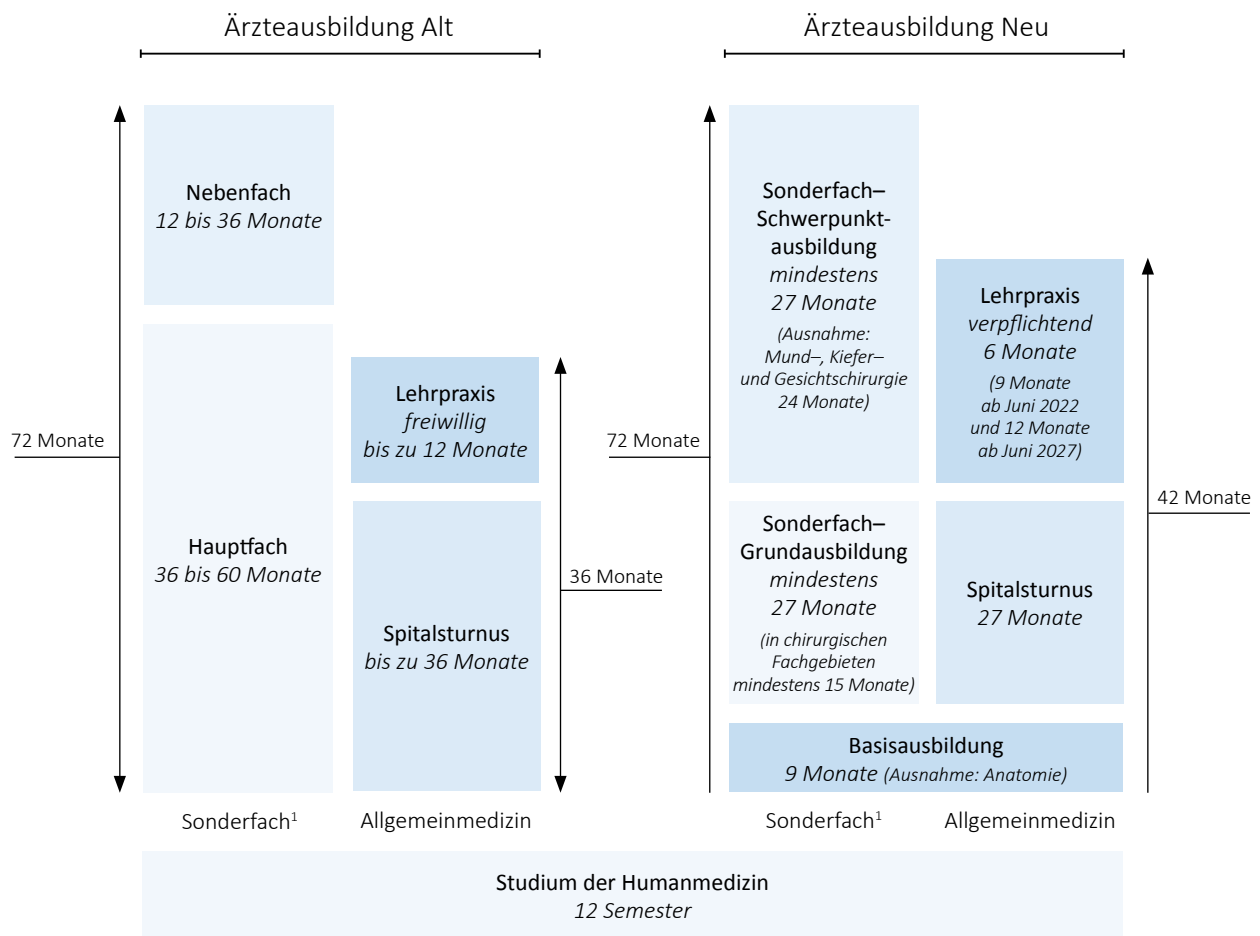
⁶ BGBl. I 120/2002 i.d.g.F.

⁷ siehe dazu auch RH–Bericht „Aufnahmeverfahren Human– und Zahnmedizin“ (Reihe Bund 2020/47, TZ 7)

⁸ Die Begriffe „Ärzteausbildung Alt“ und „Ärzteausbildung Neu“ werden nur dann verwendet, wenn diese Unterscheidung inhaltlich relevant ist. Ansonsten wird in der Folge der Begriff „Ärzteausbildung“ verwendet.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Struktur und Minstdauer der Ärzteausbildung Alt und Neu (nach der Ausbildungsreform 2014/15 ab 1. Jänner bzw. 1. Juni 2015):

Abbildung 1: Ärzteausbildung vor (Ärzteausbildung Alt) und nach der Ausbildungsreform 2014/15 (Ärzteausbildung Neu)



¹ teilweise auch Lehrpraxis möglich

Quellen: ärztrechtliche und universitätsrechtliche Grundlagen; Darstellung: RH

Vom Beginn des Studiums der Humanmedizin bis zur selbstständigen Berufsberechtigung zur Allgemeinmedizinerin bzw. zum Allgemeinmediziner dauerte es nach der Ärzteausbildung Neu mindestens neuneinhalb Jahre, zur Fachärztin bzw. zum Facharzt mindestens zwölf Jahre.⁹

⁹ Im Unterschied zu Österreich konnten in Deutschland Medizinabsolventinnen und -absolventen unter bestimmten Voraussetzungen unmittelbar nach dem Medizinstudium eine Approbation beantragen. Damit waren sie in Deutschland als Ärztinnen bzw. Ärzte zugelassen und durften eigenverantwortlich und selbstständig ihren Beruf ausüben. Eine weitere Ausbildung war grundsätzlich nicht notwendig, um praktizieren zu dürfen. Wer Kassenpatientinnen und -patienten behandeln oder im Krankenhaus Oberärztin bzw. Oberarzt oder Chefärztin bzw. Chefarzt werden wollte, benötigte jedoch eine mehrjährige Facharztausbildung.

(3) Die Ärzteausbildung von allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Turnusärztinnen und Turnusärzten¹⁰ fand insbesondere in Krankenanstalten (Abteilungen, Universitätskliniken etc.) und Lehrpraxen statt (in der Folge alle: **Ausbildungsstätten**). Die rechtlichen Vorgaben für die Ärzteausbildung legten insbesondere das Ärztegesetz 1998 sowie mehrere Verordnungen der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnungen 2006 bzw. 2015¹¹) und der Österreichischen Ärztekammer fest (**TZ 18**). Um den Arztberuf selbstständig ausüben zu dürfen, hatten die Turnusärztinnen und Turnusärzte auch eine Arztprüfung abzulegen.

(4) Im Jahr 2015 trat nicht nur die Ausbildungsreform 2014/15 in Kraft; ab Jänner 2015 leitete die Novelle zum Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz 2014¹² eine stufenweise Reduktion der zulässigen ärztlichen Arbeitszeit und der verlängerten Dienste¹³ ein. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von ärztlichem Personal in Krankenanstalten durfte – ausgenommen etwa bei Vorliegen einer entsprechenden Betriebsvereinbarung – nur mehr bis zu 48 Stunden betragen und ein verlängerter Dienst bis zu 25 Stunden dauern.¹⁴ Dies betraf sowohl die Turnusärztinnen und Turnusärzte als auch die ausbildenden (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzte und konnte eine (organisatorische) Herausforderung für die Krankenanstalten darstellen, da sie neben Patientenbetreuung und Routinetätigkeiten (z.B. Dokumentationsarbeiten) etc. ausreichende zeitliche Ressourcen für die Ärzteausbildung sicherzustellen hatten.

(5) Als entscheidende Faktoren für eine attraktive Ärzteausbildung ergaben die Ausbildungsevaluierungen der Österreichischen Ärztekammer 2017, 2018 und 2019 (**TZ 21**) u.a. die Umsetzung eines guten Ausbildungskonzepts, das Bemühen der Ausbildungsverantwortlichen um die Ausbildung, ausreichend Zeit der Auszubildenden für die Ausbildungsaufgabe sowie die Erreichbarkeit und Unterstützung durch die Stammmannschaft.

¹⁰ Laut Ärztegesetz 1998, BGBl. I 169/1998 i.d.g.F., beziehen sich die Bezeichnungen Turnusärztin und Turnusarzt auf alle Turnusärztinnen und Turnusärzte in Ausbildung (allgemeinmedizinische und fachärztliche Ausbildung).

¹¹ BGBl. II 286/2006 i.d.F. BGBl. II 259/2011 und BGBl. II 147/2015 i.d.g.F.

¹² BGBl. I 76/2014

¹³ „Bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die während der Arbeitszeit nicht durchgehend in Anspruch genommen werden, kann durch eine Betriebsvereinbarung eine längere Arbeitszeit zugelassen werden. Es sind innerhalb des Durchrechnungszeitraums durchschnittlich 6 verlängerte Dienste pro Monat zulässig. Durch Betriebsvereinbarung sind folgende verlängerte Höchstgrenzen möglich: [...] Bis zu durchschnittlich acht verlängerte Dienst pro Monat.“ (https://www.arbeitsinspektion.gv.at/Arbeitszeit_Arbeitsruhe/Arbeitszeit/Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz_-_KA-AZG.html#heading_Verlaengerte_Dienste; abgerufen am 15. Oktober 2021)

¹⁴ Bis 31. Dezember 2014: Wochenarbeitszeit bis zu 60 Stunden und verlängerter Dienst bis zu 32 Stunden möglich. Das Regierungsprogramm 2020–2024 sah eine befristete Verlängerung des Opt-outs vor, also der Möglichkeit der Erhöhung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit u.a. durch Betriebsvereinbarung. In diesem Fall etwa konnte die durchschnittliche Wochenarbeitszeit bis Ende Juni 2025 55 Stunden und bis Ende Juni 2028 52 Stunden betragen (BGBl. I 168/2021).

(6) Zur Beratung in Angelegenheiten der ärztlichen Ausbildung sah die Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens¹⁵ aus 2013 (in der Folge: **Reformvereinbarung 2013**) in Art. 44 die Einrichtung einer Kommission gemäß § 8 Bundesministeriengesetz 1986¹⁶ vor (in der Folge: **Ärzte-Ausbildungskommission**) (TZ 20).

(7) Die Regierungsprogramme 2013–2018¹⁷ und 2017–2022¹⁸ sowie insbesondere jenes für 2020–2024 legten einige – teilweise sehr allgemein formulierte – Maßnahmen für die Ärzteausbildung fest, u.a. zuletzt „Ärzteausbildung NEU mit Fokus Allgemeinmedizin“.

¹⁵ BGBl. I 199/2013

¹⁶ BGBl. 76/1986 i.d.g.F.

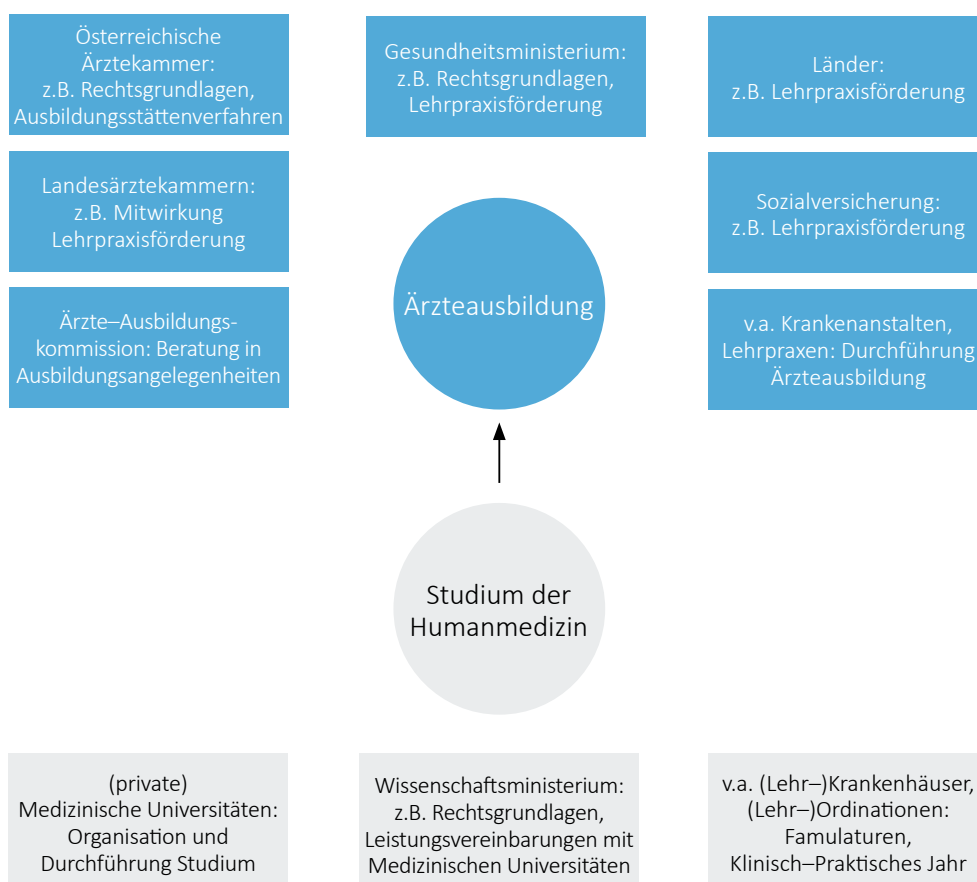
¹⁷ „Die ‚ÄrztInnenausbildung Neu‘ ist nach dem Konzept der Ausbildungskommission, inklusive Lehrpraxis, umzusetzen.“ (S. 64)

¹⁸ z.B. „Prüfung der Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin“

Zuständigkeiten

- 3.1 Mit der Ausgestaltung und Durchführung der gesamten ärztlichen Ausbildung vom Studium der Humanmedizin bis zur selbstständigen ärztlichen Berufsberechtigung waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung viele verschiedene Einrichtungen befasst:

Abbildung 2: Befasste Einrichtungen beim Studium der Humanmedizin und bei der Ärzteausbildung (Auswahl)



Quellen: universitätsrechtliche und ärztrechtliche Grundlagen; Darstellung: RH

Das Studium der Humanmedizin fiel in den Zuständigkeitsbereich des Wissenschaftsministeriums und der Medizinischen Universitäten, für die Ärzteausbildung waren u.a. das Gesundheitsministerium, die Österreichische Ärztekammer sowie Krankenanstalten und Lehrpraxen zuständig. Darüber hinaus wirkte in einzelnen Abschnitten noch eine Reihe von weiteren Einrichtungen (Lehrkrankenhäuser und -ordinationen, Länder, Sozialversicherung etc.) mit.

- 3.2 Der RH hielt fest, dass für die rechtliche und organisatorische Konzeption sowie die Durchführung der gesamten ärztlichen Ausbildung vom Studium der Humanmedizin bis zur selbstständigen allgemeinmedizinischen oder fachärztlichen Berufsberechtigung eine Vielzahl von Einrichtungen zuständig bzw. in diese eingebunden war.

Schnittstellen und Zusammenwirken

- 4.1 (1) In verschiedenen Bereichen gab es Schnittstellen zwischen den zuständigen Ministerien (Gesundheitsministerium und Wissenschaftsministerium) bzw. den jeweils für die Organisation und Durchführung der Ausbildung zuständigen Einrichtungen.

Ein daraus resultierendes Zusammenwirken betraf z.B. die ärzterechtlich vorgesehene Einbindung des Wissenschaftsministeriums in die Ausbildungsstättenverfahren von Universitätskliniken¹⁹ oder die teilweise gegenseitige Einbindung verschiedener Einrichtungen in Begutachtungsverfahren von Gesetzen, Verordnungen bzw. Curricula. Die Medizinische Universität Graz teilte weiters mit, etwa in einem regelmäßigen Austausch mit der Ärztekammer Steiermark zu stehen, z.B. hinsichtlich Maßnahmen zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin. Nach Angaben der Medizinischen Universität Wien habe es etwa im Zusammenhang mit der Erstellung des Logbuchs für das Klinisch–Praktische Jahr intensive Gespräche u.a. mit Krankenanstaltenträgern gegeben. Darüber hinaus nahm z.B. das Wissenschaftsministerium an Projektgruppen bzw. Gremien des Gesundheitsministeriums im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit teil.

(2) Im Unterschied dazu waren etwa das Gesundheitsministerium und die Österreichische Ärztekammer z.B. nicht unmittelbar in die Entwicklung von Kompetenzlevel– und Lernzielkatalog der Medizinischen Universitäten eingebunden (TZ 9). An den Sitzungen der Ärzte–Ausbildungskommission nahm das Wissenschaftsministerium nicht teil, eine offizielle Vertretung der Medizinischen Universitäten war nicht vorgesehen. Eine gemeinsame Evaluierung von Verschränkungen zwischen Klinisch–Praktischem Jahr, Basisausbildung und der weiteren allgemeinmedizinischen Ausbildung war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht erfolgt (TZ 36).

- 4.2 Der RH wies auf die Schnittstellen zwischen den beiden zuständigen Ministerien bzw. den jeweils für die Organisation und Durchführung der Ausbildung zuständigen Einrichtungen in verschiedenen Bereichen der universitären medizinischen Ausbildung und der Ärzteausbildung hin. Auch wenn daraus teilweise ein Zusammenwirken resultierte, sah er – gemessen an einer vom Studienbeginn bis zur selbstständigen ärztlichen Berufsberechtigung kontinuierlich aufbauenden und inhaltlich abgestimmten Ausbildung – aber noch Verbesserungspotenzial etwa bei der durchgängi-

¹⁹ §§ 9 Abs. 10 und 10 Abs. 12 Ärztegesetz 1998

gen gegenseitigen Einbeziehung in wesentliche Prozesse (z.B. umfassende Abstimmung des Klinisch–Praktischen Jahres mit der Basisausbildung und der weiteren allgemeinmedizinischen Ausbildung).

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Wissenschaftsministerium, gemeinsam mit den Medizinischen Universitäten und der Österreichischen Ärztekammer ein Konzept zur Sicherstellung einer regelmäßigen, durchgängigen und institutionalisierten Abstimmung über Vorhaben und Maßnahmen für die gesamte Ausbildung zum Arztberuf zu erarbeiten. Dies auch vor dem Hintergrund der im Regierungsprogramm 2020–2024 vorgesehenen Maßnahmen für die ärztliche Ausbildung.

- 4.3 (1) Das Gesundheitsministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass es einen Austausch mit dem Wissenschaftsministerium und den Medizinischen Universitäten regelmäßig pflege. In diesem Zusammenhang werde die Weiterentwicklung des Studiums der Humanmedizin, vor allem in Hinblick auf die aktuellen Herausforderungen und eine bestmögliche Abstimmung mit der anschließenden ärztlichen Ausbildung, behandelt.
- (2) Laut Stellungnahme des Wissenschaftsministeriums sei es gerne bereit, neben der bisherigen Zusammenarbeit auch an einer regelmäßigen und institutionalisierten Abstimmung über die Ausbildung zum Arztberuf teilzunehmen. Da es sich allerdings vor allem um die Fragen zur Ausbildung zum Arztberuf handle, liege die grundsätzliche Initiative dazu beim Gesundheitsministerium.
- (3) Laut Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer sehe sie sich, nicht zuletzt aufgrund ihrer umfassenden medizinisch–fachlichen Expertise, als integrativen Bestandteil und zentralen Ansprechpartner für den Diskurs in ausbildungsrechtlichen Angelegenheiten und in ihrer Planung.
- 4.4 (1) Der RH hielt gegenüber dem Gesundheitsministerium fest, dass er auf das Zusammenwirken zwischen den beiden zuständigen Ministerien bzw. den jeweils für die Organisation und Durchführung der Ausbildung zuständigen Einrichtungen in verschiedenen Bereichen der universitären medizinischen Ausbildung und der Ärzteausbildung hinwies. Neben dem regelmäßigen Austausch mit dem Wissenschaftsministerium und den Medizinischen Universitäten sah er allerdings noch Verbesserungspotenzial bei der Zusammenarbeit, um eine vom Studienbeginn bis zur selbstständigen ärztlichen Berufsberechtigung kontinuierlich aufbauende und inhaltlich abgestimmte Ausbildung zu gewährleisten. Als Grundlage für diese verstärkte Zusammenarbeit hielt der RH die Erarbeitung eines Konzepts zur Sicherstellung einer regelmäßigen, durchgängigen und institutionalisierten Abstimmung über Vorhaben und Maßnahmen für die gesamte Ausbildung zum Arztberuf für zweckmäßig.

(2) Der RH nahm die Bereitschaft des Wissenschaftsministeriums, auch an einer regelmäßigen und institutionalisierten Abstimmung über die Ausbildung zum Arztberuf teilzunehmen, positiv zur Kenntnis. Zur vom Wissenschaftsministerium erwarteten Initiative des Gesundheitsministeriums hielt der RH fest, dass das Wissenschaftsministerium ebenso proaktiv initiativ werden könnte, dies im Hinblick auf dessen Zuständigkeit für das Studium der Humanmedizin als Grundlage für die spätere zum Gesundheitsministerium ressortierende Ärzteausbildung und mit dem Ziel einer partnerschaftlichen Vorgangsweise.

Zahl der Absolventinnen und Absolventen

5.1 (1) Der Zugang zum Studium der Humanmedizin an den öffentlichen Medizinischen Universitäten war in der jüngeren Vergangenheit mehreren Änderungen unterworfen. Mit Urteil vom Juli 2005 erkannte der Europäische Gerichtshof die österreichische Regelung, wonach Studienwerbende mit ausländischem Reifeprüfungszeugnis nur zugelassen waren, wenn sie in dem das Reifeprüfungszeugnis ausstellenden Staat studienberechtigt waren, für europarechtswidrig. Um durch die europarechtlich gebotene Öffnung eine Überlastung des österreichischen Hochschulsystems und eine Beeinträchtigung der öffentlichen Gesundheit zu vermeiden, führte der österreichische Gesetzgeber folgende Steuerungsmechanismen zum humanmedizinischen Hochschulzugang ein:

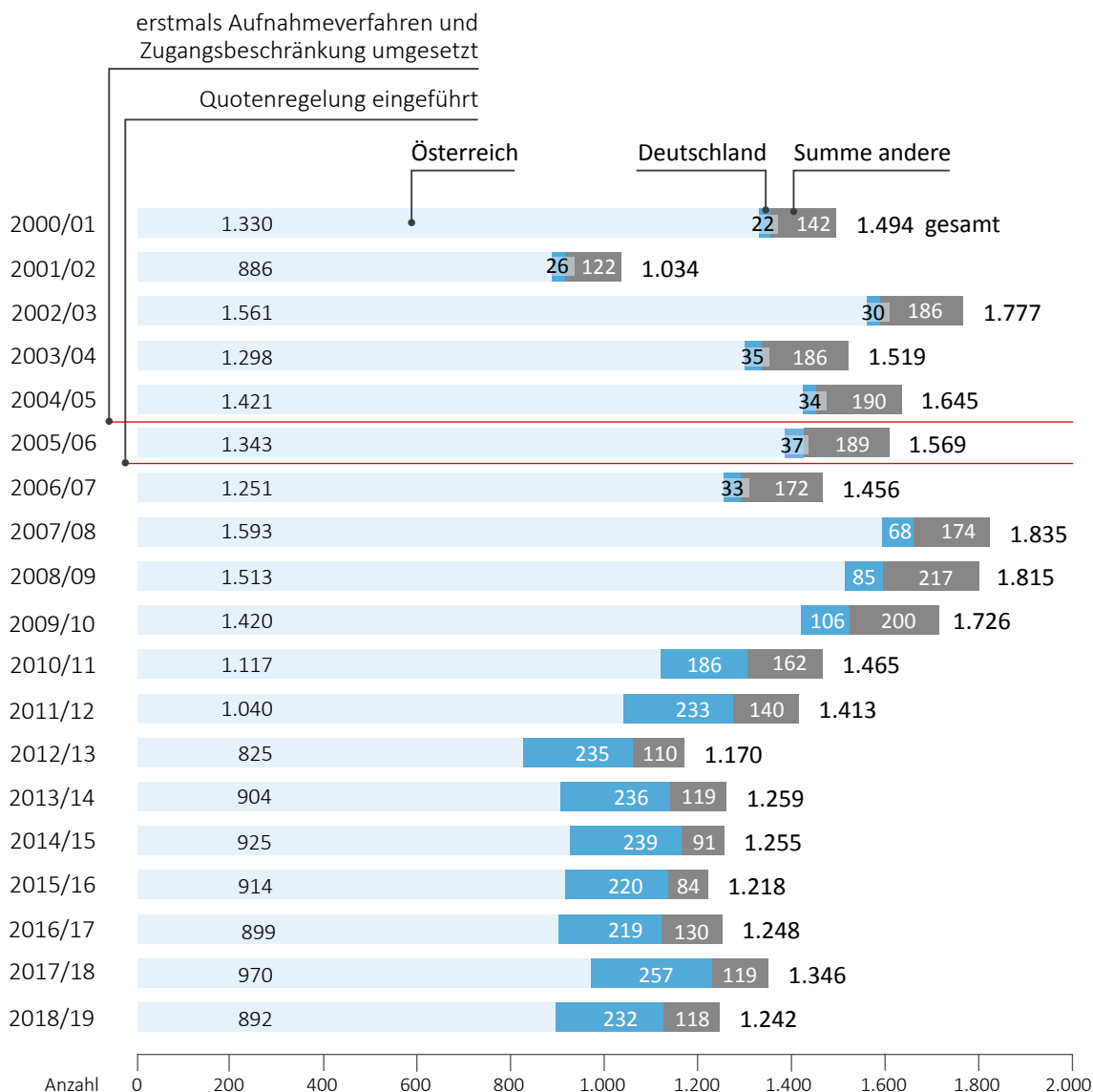
- Möglichkeit der Beschränkung der Anzahl der Studienplätze für Studienanfängerinnen und Studienanfänger verbunden mit einem Aufnahmeverfahren für die Vergabe der Studienplätze seit dem Studienjahr 2005/06; zur Zeit der Gebärungsüberprüfung waren die Studienanfängerzahlen für Humanmedizin wie folgt festgelegt: Medizinische Universität Graz: 336, Medizinische Universität Innsbruck: 360, Medizinische Universität Wien: 660, Medizinische Fakultät der Universität Linz: 180 (die Anzahl der Studienplätze wurde im Vollausbau, der mit dem Studienjahr 2022/23 erreicht werden soll, mit 300 festgelegt)²⁰;
- Quotenregelung bei der Vergabe der Studienplätze seit dem Studienjahr 2006/07: 75 % der Studienplätze waren Inhaberinnen und Inhabern österreichischer Reifeprüfungszeugnisse vorzubehalten; insgesamt 95 % der Studienplätze hatten EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern zur Verfügung zu stehen.²¹

²⁰ siehe dazu auch RH-Bericht „Aufnahmeverfahren Human- und Zahnmedizin“ (Reihe Bund 2020/47, TZ 2, TZ 7)

²¹ § 71c Universitätsgesetz 2002, siehe dazu auch RH-Bericht „Aufnahmeverfahren Human- und Zahnmedizin“ (Reihe Bund 2020/47, TZ 3)

(2) Wie sich vor diesem Hintergrund die Absolventenzahlen im Studium der Humanmedizin (inklusive Privatuniversitäten ab dem Studienjahr 2007/08) seit dem Studienjahr 2000/01 entwickelten, zeigt folgende Abbildung:

Abbildung 3: Absolventenzahlen im Studium der Humanmedizin



Studienjahr jeweils von 1. Oktober bis 30. September

Um Doppelzählungen zu vermeiden, enthält die Abbildung die Absolventinnen und Absolventen der Diplom- und Masterstudien, nicht jedoch der Bachelor- und Doktoratsstudien. Die Zahlen der Absolventinnen und Absolventen von Privatuniversitäten waren erst ab dem Studienjahr 2005/06 verfügbar.

Quelle: BMBWF; Darstellung: RH

Die Beschränkung des Zugangs zum Studium der Humanmedizin an den öffentlichen Medizinischen Universitäten ab dem Studienjahr 2005/06 begann sich – bei einer Mindeststudiendauer von zwölf Semestern – nach dem Studienjahr 2010/11 auf die

Absolventenzahlen auszuwirken: Die jährliche Absolventenzahl lag im Durchschnitt der Studienjahre 2011/12 bis 2018/19 bei 1.269 und war damit um 19 % niedriger als die jährliche Absolventenzahl im Durchschnitt der Studienjahre 2000/01 bis 2010/11 (1.576).

Der Anteil der Frauen an den Absolventinnen und Absolventen schwankte in den 19 betrachteten Studienjahren zwischen 62 % (2008/09) und 47 % (2015/16 und 2016/17).

Während die Absolventenzahlen insgesamt zurückgingen, erhöhte sich der Anteil der Absolventinnen und Absolventen mit nicht-österreichischem Reifeprüfungszeugnis von 11 % (2000/01) auf 28 % (2018/19). In dieser Gruppe stieg der Anteil der Absolventinnen und Absolventen mit deutschem Reifeprüfungszeugnis von 13 % auf 66 %. Insgesamt erhöhte sich der Anteil der Absolventinnen und Absolventen mit deutschem Reifeprüfungszeugnis im betrachteten Zeitraum von 1 % auf 19 %. Der Anteil der Absolventinnen und Absolventen mit nicht-österreichischem Reifeprüfungszeugnis lag ab dem Absolventenjahr 2012/13 stabil bei durchschnittlich 28 %, jener mit deutschem Reifeprüfungszeugnis stabil bei durchschnittlich 19 % jährlich.

- 5.2 Der RH verwies darauf, dass sich die Beschränkung des Zugangs zum Studium der Humanmedizin an den öffentlichen Universitäten auszuwirken begann. Dies deshalb, weil die jährliche Absolventenzahl im Durchschnitt der Studienjahre 2011/12 bis 2018/19 bei 1.269 lag und damit um 19 % niedriger war als die jährliche Absolventenzahl im Durchschnitt der Studienjahre 2000/01 bis 2010/11 (1.576). Demgegenüber erhöhte sich von 2009 bis 2020 die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Österreich von insgesamt rd. 38.290 auf rd. 47.220 um 23 %, jene der Turnusärztinnen und Turnusärzte von rd. 6.710 auf rd. 8.020 um 20 % (TZ 7).

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Wissenschaftsministerium, gemeinsam mit den Medizinischen Universitäten die Absolventenzahlen des Studiums der Humanmedizin auch im Hinblick auf die Sicherstellung des Ärztenachwuchses zu evaluieren.

- 5.3 (1) Das Gesundheitsministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass eine Evaluierung der Absolventenzahlen sowie die Sicherstellung eines vergleichbaren Abschlussniveaus der Universitäten ausschließlich in der Zuständigkeit des Wissenschaftsministeriums bzw. der Universitäten lägen. Ein Austausch des Gesundheitsministeriums mit den dafür zuständigen Institutionen erfolge regelmäßig.

(2) Laut Stellungnahme des Wissenschaftsministeriums sei der Ärztebedarf zuletzt 2012 gemeinsam vom Gesundheitsministerium, der Österreichischen Ärztekammer und von ihm evaluiert worden. Auf Basis dieser Evaluierung (mit einem Zeitraum bis

2030) habe das Wissenschaftsministerium die Errichtung der Medizinischen Fakultät an der Universität Linz gemeinsam mit dem Land Oberösterreich veranlasst. Weitere Evaluierungen dieser Ärztebedarfsstudie im Zuge der Verteidigung der Quotenregelung gegenüber der EU habe das Wissenschaftsministerium alleine im Wege der Gesundheit Österreich GmbH durchgeführt. Aus dieser Studie ergebe sich langfristig eine Deckung des Ärztebedarfs in Österreich. Das Wissenschaftsministerium sei aber gerne bereit, sich an einer neuen grundsätzlichen Evaluierung zu beteiligen. Die Zuständigkeit dafür liege aber im Bereich des Gesundheitsministeriums.

- 5.4 Der RH wies gegenüber dem Gesundheitsministerium und dem Wissenschaftsministerium darauf hin, dass sie in ihren Stellungnahmen das jeweils andere Ministerium als zuständig für die Empfehlung des RH erachteten. Der RH richtete seine Empfehlung deshalb an beide Ministerien (unter Einbeziehung der Medizinischen Universitäten), weil die empfohlene Evaluierung der Absolventenzahlen des Studiums der Humanmedizin auch im Hinblick auf die Sicherstellung des Ärztenachwuchses aus Sicht des RH nur gemeinsam umgesetzt werden kann.

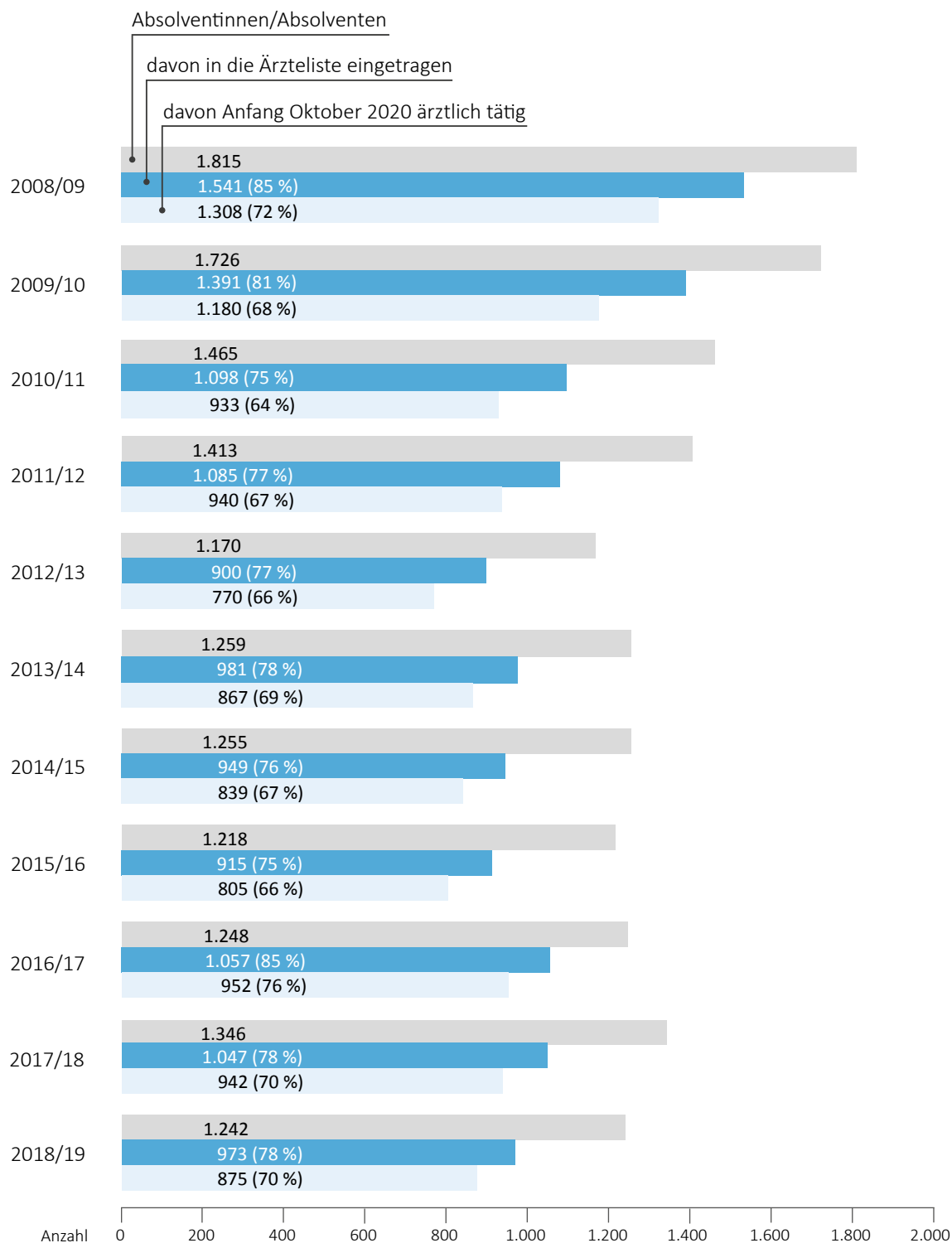
Drop-out vom Studienabschluss bis zur ärztlichen Tätigkeit in Österreich

- 6.1 (1) Zwischen der Zahl der Medizinabsolventinnen und –absolventen und der Zahl der in der Folge im Arztberuf tätigen Ärztinnen und Ärzte in Österreich bestand eine erhebliche Differenz. Gründe dafür konnten z.B. die Wahl eines anderen Berufsweges oder eine ärztliche Tätigkeit außerhalb Österreichs sein.

Die folgende Abbildung zeigt für die Jahre 2008/09 bis 2018/19 – den Absolventenzahlen an österreichischen Medizinischen Universitäten (inklusive Privatuniversitäten) gegenübergestellt – die Zahl der jemals in die Ärzteliste²² der Österreichischen Ärztekammer eingetragenen Absolventinnen und Absolventen sowie den Anteil jener aus dieser Gruppe, die Anfang Oktober 2020 (Auswertungszeitpunkt) in Österreich ärztlich tätig waren:

²² Gemäß Ärztegesetz 1998 hatte die Österreichische Ärztekammer die Anmeldungen für die Ausübung des ärztlichen Berufes entgegenzunehmen und eine elektronische Liste der zur Berufsausübung berechtigten Ärztinnen und Ärzte und Gruppenpraxen mit einer Reihe von Daten (z.B. Angaben zur Person, Kassenverträge, Aufnahme und Ende der Tätigkeit) zu führen. Die Ärzteliste war u.a. nach Fachärztinnen und Fachärzten, Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern sowie Turnusärztinnen und Turnusärzten gegliedert.

Abbildung 4: Drop-out vom Studienabschluss bis zur ärztlichen Tätigkeit in Österreich



Quelle: ÖÄK; Darstellung: RH

Im Durchschnitt der betrachteten Studienjahre ließen sich jährlich 21 % weniger Absolventinnen und Absolventen in die Ärzteliste eintragen als im selben Jahr das Studium der Humanmedizin an einer österreichischen Medizinischen Universität abgeschlossen hatten. Die Differenz zwischen den Absolventenzahlen und den Zahlen der ärztlich Tätigen war in der Folge um weitere 10 Prozentpunkte größer: Bezogen auf Anfang Oktober 2020 waren jährlich durchschnittlich 31 % weniger Personen ärztlich tätig, als im Zeitraum 2008/09 bis 2018/19 jährlich das Studium in Österreich abgeschlossen hatten. 31 % des jährlichen Absolventenpotenzials standen somit für die ärztliche Versorgung in Österreich nicht zur Verfügung. Bei den deutschen Medizinabsolventinnen und –absolventen betrug die Differenz zwischen Absolventenpotenzial und ärztlich Tätigen 79 %: Je Jahrgang standen den durchschnittlich 216 Absolventinnen und Absolventen 45 in Österreich ärztlich Tätige gegenüber.

(2) Zur Ausübung des ärztlichen Berufs in Österreich waren auch Absolventinnen und Absolventen von nicht-österreichischen Universitäten befugt – im Wege der Nostrifikation²³ von im Ausland erworbenen akademischen Graden samt Arztprüfung bei der Österreichischen Ärztekammer oder im Wege der (automatischen) Anerkennung ausländischer ärztlicher Berufsqualifikationen.²⁴

Im Zeitraum Studienjahr 2008/09 bis Studienjahr 2018/19 ließen sich 2.225 Personen mit Studienabschluss an einer nicht-österreichischen medizinischen Universität in die Ärzteliste eintragen. Anfang Oktober 2020 waren 1.775 oder 80 % davon ärztlich tätig.

²³ Nach § 51 Abs. 2 Z 28 Universitätsgesetz 2002 war eine Nostrifizierung die Anerkennung eines ausländischen Studienabschlusses als Abschluss eines inländischen ordentlichen Studiums.

²⁴ siehe § 4 Abs. 3 Z 1a und Z 3 in Verbindung mit §§ 5 und 5a Ärztegesetz 1998



Die folgende Tabelle zeigt die Auswirkungen des Zustroms von Personen mit ausländischem Studienabschluss in das österreichische Versorgungssystem:

Tabelle 1: Medizinabsolventinnen und –absolventen (nicht–)österreichischer Universitäten im österreichischen Versorgungssystem

Studienjahre 2008/09 bis 2018/19	jemals in Ärzteliste eingetragen	Anfang Oktober 2020 ärztlich tätig
	Anzahl	
Medizinabsolventinnen und –absolventen österreichischer Universitäten	11.937	10.411
<i>davon</i>		
<i>mit österreichischer Staatsbürgerschaft</i>	10.505	9.316
<i>mit deutscher Staatsbürgerschaft</i>	671	500
Medizinabsolventinnen und –absolventen nicht–österreichischer Universitäten	2.225	1.775
<i>davon</i>		
<i>mit österreichischer Staatsbürgerschaft</i>	204	183
<i>mit deutscher Staatsbürgerschaft</i>	572	398
Summe 2008/09 bis 2018/19	14.162	12.186
Differenz zu den insgesamt 15.157 Medizinabsolventinnen und –absolventen österreichischer Universitäten (inklusive Medizinabsolventinnen und –absolventen nicht–österreichischer Universitäten)	-995	-2.971
Differenz zu den insgesamt 15.157 Medizinabsolventinnen und –absolventen österreichischer Universitäten (exklusive Medizinabsolventinnen und –absolventen nicht–österreichischer Universitäten)	-3.220	-4.746

Quelle: ÖÄK

Der Zustrom von Medizinabsolventinnen und –absolventen nicht–österreichischer Universitäten nach Österreich konnte teilweise kompensieren, dass 31 % der Absolventinnen und Absolventen österreichischer Universitäten für die ärztliche Versorgung in Österreich nicht zur Verfügung standen. Die Differenz reduzierte sich dadurch auf 20 %. Auffallend war dabei, dass die Zahl der Turnusärztinnen und Turnusärzte mit ausländischem Studienabschluss seit 2013 deutlich anstieg (2013: 89, 2019: 381).

(3) Das Wissenschaftsministerium führte im Zusammenhang mit der Quotenregelung und einer daraus resultierenden Verpflichtung Österreichs gegenüber der Europäischen Kommission regelmäßig Medizinstudierendenbefragungen u.a. zum angestrebten Ort der Berufsausübung durch. Laut Erhebung aus 2020 präferierten 78 % der an der Befragung Teilnehmenden eine Berufsausübung in Österreich. Gründe für den Wegzug waren u.a. die Qualität der Ärzteausbildung im Wunschland, die sofortige Zuteilung einer Facharztausbildungsstelle im Wunschland, famili-

äre Bindungen, Unzufriedenheit mit dem Aufgabenspektrum in der österreichischen Ärzteausbildung und bessere Verdienstmöglichkeiten im Wunschland.

(4) Laut Statistischem Taschenbuch 2020 des Wissenschaftsministeriums²⁵ betrugen die durchschnittlichen Bundesaussgaben (Mittelwert 2017 bis 2019) je Absolventin bzw. Absolventen zwischen rd. 436.000 EUR (Medizinische Universität Graz) und rd. 542.000 EUR (Medizinische Universität Wien). Sie waren damit mehr als doppelt so hoch wie laut Statistischem Taschenbuch 2010; demnach machten die durchschnittlichen Bundesaussgaben (Mittelwert 2007 bis 2009) je Absolventin bzw. Absolventen zwischen rd. 192.000 EUR (Medizinische Universität Graz) und rd. 258.000 EUR (Medizinische Universität Wien) aus.

Wie der RH in seinem Bericht „Aufnahmeverfahren Human- und Zahnmedizin“ (Reihe Bund 2020/47, TZ 31) darstellte, sank in der Humanmedizin die durchschnittliche Studiendauer von rd. 14 Semestern (Studienjahr 2008/09) auf rund zwölf Semester (Studienjahr 2017/18).

- 6.2 Der RH wies darauf hin, dass der Zuzug von Absolventinnen und Absolventen nicht-österreichischer Universitäten die im Zeitraum 2008/09 bis 2018/19 jährliche Differenz (Drop-out-Rate) von 31 % zwischen Absolventenzahlen inländischer Universitäten und in Österreich ärztlich Tätigen teilweise kompensierte. Vor dem Hintergrund, dass Österreich je Absolventin bzw. Absolventen bis zu rd. 542.000 EUR ausgab, verwies der RH auf den verbleibenden Verlust ärztlichen Potenzials zwischen Studienabschluss und aktiv ausgeübter ärztlicher Tätigkeit im Ausmaß von 20 %. Dies auch vor dem Hintergrund, dass Medizinabsolventinnen und -absolventen auch andere Berufe (z.B. Forschung, Privatwirtschaft) ergriffen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, dem Wissenschaftsministerium und den Medizinischen Universitäten, gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer, den Ländern und dem Dachverband im Lichte der festgestellten Drop-out-Rate nach dem Studienabschluss von letztlich mehr als 30 % geeignete Maßnahmen zu setzen, um die Ärzteausbildung und Berufstätigkeit von Medizinabsolventinnen und -absolventen in Österreich zu forcieren.²⁶

²⁵ BMBWF, Statistisches Taschenbuch (2020) S. 127

²⁶ In seinem Bericht „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30) empfahl der RH dem Gesundheitsministerium u.a. in TZ 19, eine Strategie zur Besetzung von Planstellen zu entwickeln, dazu gezielte Maßnahmen (z.B. Flexibilisierung von Rahmenbedingungen) vorzusehen und diese nach einheitlichen Rahmenbedingungen regional bedarfsgerecht anzuwenden. Weiters empfahl er, dem Gesetzgeber Maßnahmen vorzuschlagen, um die Attraktivität der ärztlichen Planstellen der Österreichischen Gesundheitskasse zu erhöhen.

6.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums sei in Abbildung 4 kein klarer Trend ersichtlich. Über den Betrachtungszeitraum 2008/09 bis 2018/19 hinweg habe sich der Anteil an Absolventinnen und Absolventen, die in die Ärzteliste eingetragen seien, bzw. der Anteil derer, die ärztlich tätig seien, zunächst verkleinert und später wieder vergrößert. Das Gesundheitsministerium werde sich im Rahmen seiner Möglichkeit auch in Zukunft in die Erarbeitung von Maßnahmen und Anreizen einbringen, damit mehr Medizinabsolventinnen und –absolventen nachhaltig ärztlich tätig werden.

(2) Laut Stellungnahme des Wissenschaftsministeriums sei das Studium der Humanmedizin nicht automatisch mit einem nachfolgenden Arztberuf verbunden, da auch andere Möglichkeiten für die Medizinabsolventinnen und –absolventen offenstünden bzw. offenstehen müssten. Das Wissenschaftsministerium habe im Zusammenhang mit dem EU–Moratorium Befragungen der Studierenden über den Ort ihrer künftigen Berufsausübung sowie die Motive durchgeführt. Die auch im Bericht dargelegten Gründe seien – insbesondere bei sozialen Motiven (familiäre Bindungen) – durch Österreich kaum zu beeinflussen. Die anderen Gründe müssten durch Attraktivierungen in der postpromotionellen Ausbildung bzw. bei der späteren Berufsausübung beachtet werden. Diese Aktivitäten lägen aber außerhalb der Zuständigkeit des Wissenschaftsministeriums. Allerdings würden unterstützend im Rahmen der Leistungsvereinbarungs–Verhandlungen für die Periode 2022–2024 die Medizinischen Universitäten ersucht, Möglichkeiten für Gebietskörperschaften und das Österreichische Bundesheer vorzusehen, um mit den Studierenden für eine spätere Berufsausübung in ihren Bereichen Kontakt aufzunehmen.

(3) Wie die Medizinische Universität Graz in ihrer Stellungnahme mitteilte, begrüße sie die Empfehlung sehr.

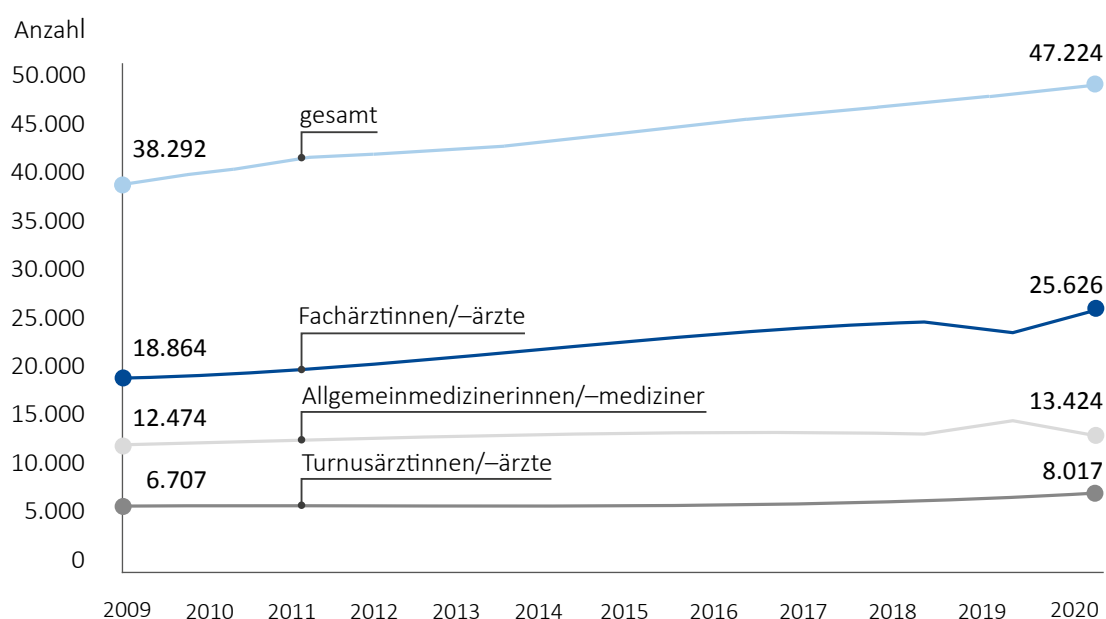
6.4 Der RH nahm von den Bemühungen des Wissenschaftsministeriums im Rahmen der Leistungsvereinbarungs–Verhandlungen für die Periode 2022–2024 Kenntnis. Er verwies in diesem Zusammenhang auch auf das Regierungsprogramm 2020–2024, das im Kapitel „Wissenschaft und Forschung“ als eine Maßnahme die Schaffung von Anreizsystemen vorsah, damit u.a. Medizinstudierende nach Studienabschluss in Österreich bleiben. Insgesamt betonte der RH angesichts des Verlusts ärztlichen Potenzials einerseits und des ökonomischen Aspekts andererseits – die durchschnittlichen Bundesausgaben je Medizinabsolventin bzw. Medizinabsolventen beliefen sich auf bis zu rd. 542.000 EUR – erneut den dabei bestehenden Handlungsbedarf.

Ärztinnen und Ärzte in Österreich

Überblick

7.1 (1) Laut statistischer Auswertung aus der Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer stellte sich die Entwicklung der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Österreich seit 2009 wie folgt dar (Daten jeweils zum 1. Jänner):

Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in Österreich nach Köpfen



- Die Auswertung nach Köpfen erfasste jede Ärztin und jeden Arzt, die bzw. der in die Ärzteliste eingetragen war, nur einmal, unabhängig davon, ob diese bzw. dieser eine oder mehrere (Sonderfach–)Ausbildungen abgeschlossen hatte.
- Eine Ärztin bzw. ein Arzt in Ausbildung mit bereits erworbener Berufsberechtigung (z.B. Berufsberechtigung Allgemeinmedizin oder Sonderfach–Ausbildung) konnte in der Ärzteliste sowohl als Turnusärztin bzw. Turnusarzt als auch zur selbstständigen Berufsausübung berechnete Ärztin bzw. berechtigter Arzt geführt werden.
- Bei Absolvierung von Mehrfachausbildungen erfolgte die Zuordnung einer Ärztin bzw. eines Arztes zur Allgemeinmedizin oder zu einem bestimmten Sonderfach für statistische Auswertungen nach einem bestimmten Algorithmus, in dem ebenfalls konkrete ärztliche Tätigkeiten und etwaige zusätzliche Informationen hinsichtlich der Versorgungswirksamkeit berücksichtigt wurden.

Quelle: ÖÄK; Darstellung: RH

Mit Stand 1. Jänner 2020 gab es laut Österreichischer Ärztekammer in Österreich insgesamt rd. 47.220 Ärztinnen und Ärzte (seit 2009: +23 %), davon rd. 8.020 Turnusärztinnen und Turnusärzte (seit 2009: +20 %), rd. 13.420 Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner (seit 2009: +8 %) sowie rd. 25.630 Fachärztinnen und Fachärzte (seit 2009: +36 %).

Die Relation zwischen Ärztinnen und Ärzten entwickelte sich seit 2009 unterschiedlich:

- Bei den Turnusärztinnen und Turnusärzten lag der Frauenanteil 2009 bei 60 %; nach einem Anstieg auf 62 % im Jahr 2011 sank er bis 2020 auf 54 %.
- In der Allgemeinmedizin stieg der Anteil der Ärztinnen von 2009 bis 2020 von 50 % auf 60 %.
- Demgegenüber überwog im fachärztlichen Bereich der Anteil der Ärzte deutlich; der Frauenanteil stieg zwischen 2009 und 2020 von 32 % auf 40 %.

Gleichzeitig erhöhte sich laut Daten der Österreichischen Ärztekammer der Anteil der Wahlärztinnen und Wahlärzte²⁷ an allen niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern bzw. Fachärztinnen und Fachärzten – unabhängig von ihrer Versorgungswirksamkeit – um rd. 7 Prozentpunkte (Allgemeinmedizin) bzw. rd. 11 Prozentpunkte (fachärztlicher Bereich); der Wahlarztanteil betrug zum 1. Jänner 2020 40 % im Bereich der Allgemeinmedizin und 66 % im fachärztlichen Bereich. Die Zahl der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte (einschließlich „kleine Kassen“ z.B. Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen oder Krankenfürsorgeanstalten) sank in beiden Bereichen seit 2009 leicht um 5 % bzw. 3 %.

(2) Seit 2009 nahm die österreichische Bevölkerung insgesamt um 7 % zu und betrug zum 1. Jänner 2020 rd. 8,90 Mio. Personen. Die Entwicklung verlief in den Ländern sehr unterschiedlich mit einer Bandbreite von 0 % Zuwachs in Kärnten und 14 % Zuwachs in Wien.

(3) Sowohl betreffend die Allgemeinmedizin als auch hinsichtlich bestimmter Sonderfächer (z.B. Psychiatrie Kinder- und Jugendliche sowie Erwachsene, Kinder- und Jugendheilkunde) gab es in den vergangenen Jahren immer wieder eine öffentliche Diskussion über bestehende bzw. potenzielle künftige Versorgungsengpässe.²⁸

²⁷ Wahlärztinnen und Wahlärzte haben keinen Vertrag mit dem jeweils zuständigen Krankenversicherungsträger oder der Krankenfürsorgeanstalt. Die Kosten für eine Konsultation sind zunächst von der Patientin oder dem Patienten selbst zu tragen. Eine etwaige Kostenerstattung durch die zuständige Krankenversicherung bzw. Krankenfürsorgeanstalt erfolgt im Nachhinein.

²⁸ In seinem Bericht „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30) stellte der RH u.a. fest, dass die vorhandenen Kennzahlen zur Analyse der Ärztedichte nicht aussagekräftig waren. Die routinemäßig von Gesundheitsministerium, Sozialversicherung und Österreichischer Ärztekammer ermittelten Daten waren nicht geeignet, das Angebot an ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Bereich valide abzubilden, da sie insbesondere die Öffnungszeiten nicht ausreichend berücksichtigten. (TZ 4, TZ 5) Für die Beurteilung der Versorgungssituation waren neben der Anzahl der unbesetzten Kassenplanstellen jedenfalls auch die Ärztedichte und die Auslastung der Vertragspartnerinnen und –partner sowie alternative Versorgungsformen (Wahlärztinnen und Wahlärzte, Ärztinnen und Ärzte mit kleinen Kassen, Spitalsambulanzen) zu berücksichtigen. Weiters wäre die Einbeziehung von Informationen über Diagnosen und Behandlungsleistungen zweckmäßig. (TZ 17) Insgesamt zeigte die Analyse des RH zur Versorgungssituation in verschiedenen ärztlichen Fachbereichen (z.B. Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendheilkunde) ein regional differenziertes Bild. (u.a. TZ 11, TZ 15 bis TZ 17)

- 7.2 Der RH wies darauf hin, dass sich die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte im Zeitraum 2009 bis 2020 um 23 % erhöhte. Die größte Steigerung verzeichneten in diesem Zeitraum mit 36 % die Fachärztinnen und Fachärzte, am geringsten stieg die Anzahl der Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner mit 8 %. Der fachärztliche Bereich wies etwa mit 66 % im Jahr 2020 auch einen deutlich höheren Wahlarztanteil auf als der allgemeinmedizinische Bereich mit 40 %. In der Allgemeinmedizin machte der Frauenanteil 60 % (2020) aus, im fachärztlichen Bereich erst 40 %.

Turnusärztinnen und Turnusärzte – Allgemeinmedizin und Sonderfach

- 8.1 Die Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer ermöglichte keine Auswertung getrennt nach Turnusärztinnen und Turnusärzten in allgemeinmedizinischer Ausbildung und in Sonderfachausbildung, weil dieses Gliederungsmerkmal in den rechtlichen Vorgaben²⁹ nicht vorgesehen war. Eine Differenzierung, nach welcher Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung die Ausbildung absolviert wurde, war ebenfalls nicht festgelegt.

Demgegenüber enthielt die 2015 implementierte Ausbildungsstellenverwaltung (TZ 51) alle auf allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Ausbildungsstellen nach den Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnungen 2006 und 2015 in Krankenanstalten gemeldeten Turnusärztinnen und Turnusärzte, nicht jedoch jene, die in Lehrpraxen gemeldet waren. Das lag daran, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung die Lehrpraxen im Unterschied zu den Krankenanstaltenträgern nicht zur elektronischen Meldung über die Ausbildungsstellenverwaltung verpflichtet waren.³⁰

²⁹ Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über die Einrichtung der Ärzteliste und über Inhalt und Form des Ärzteausweises (Ärzteliste-Verordnung 2011)

³⁰ Gemäß Ärztegesetz–Novelle BGBl. I 172/2021 bestand die Verpflichtung für Krankenanstalten, elektronisch einzumelden, seit Ende August 2021 nicht mehr.

Für den Zeitraum 2016 bis 2020 (jeweils zum Stichtag 1. Jänner) stellte sich die Entwicklung der Anzahl der Turnusärztinnen und Turnusärzte in Krankenanstalten wie folgt dar:

Tabelle 2: Turnusärztinnen und Turnusärzte in Krankenanstalten (jeweils zum Stichtag 1. Jänner)

	2016	2017	2018	2019	2020
Basisausbildung	555	913	1.018	985	985
Allgemeinmedizin	1.813	1.450	1.279	1.280	1.075
<i>davon</i>					
<i>nach Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015</i>	–	258	630	943	904
Sonderfach¹	4.972 ²	5.381	5.721	5.811	5.668
<i>davon</i>					
<i>nach Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015</i>	–	490	1.314	2.195	2.903

¹ ohne Additivfächer und Spezialisierungen

² Turnusärztinnen und Turnusärzte, die neben dem Hauptfach Nebenfächer nach der Ärzteausbildung vor der Ausbildungsreform 2014/15 absolvierten, waren nicht vollständig erfasst, da die Meldepflicht für Nebenfächer erst ab 1. Dezember 2016 bestand.

Quelle: ÖÄK

Ungeachtet der dargestellten Unschärfe zeigt die Tabelle, dass die Anzahl der allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte in Krankenanstalten zwischen 2016 und 2020 um 41 % abnahm; in den Sonderfächern war insgesamt eine steigende Tendenz erkennbar. Mit Jänner 2020 befanden sich bereits 84 % der allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte im System der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015, bei den Sonderfächern erst 51 %; dies lag u.a. an der längeren Dauer der Sonderfachausbildung.

- 8.2 Der RH wies darauf hin, dass die verfügbaren Daten der Österreichischen Ärztekammer keinen unmittelbaren, vollständigen und differenzierten Überblick über die Gesamtzahl der in Ärzteausbildung befindlichen Turnusärztinnen und Turnusärzte (getrennt nach Allgemeinmedizin und Sonderfach bzw. nach Ärzteausbildung Alt und Neu) boten. So wies etwa die 2015 implementierte Ausbildungsstellenverwaltung die in Lehrpraxen gemeldeten allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte nicht aus. Der RH verwies auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium in **TZ 30**, auf eine elektronische Meldepflicht für Daten von Turnusärztinnen und Turnusärzten in die Ausbildungsstellenverwaltung auch für Lehrpraxen hinzuwirken.

Ungeachtet dieser Unschärfe hielt der RH fest, dass die Anzahl der allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte seit 2016 (jeweils Stichtag 1. Jänner) um 41 % abnahm. Dies stand in einem Spannungsverhältnis zur Intention der Ausbildungsreform 2014/15, die auf eine Attraktivierung der allgemeinmedizinischen Ausbildung abzielte.

Studium der Humanmedizin

Ausbildung und Ausbildungsinhalte

Rolle der Universitäten

- 9.1 (1) Gemäß Universitätsgesetz 2002 war es u.a. Aufgabe der Medizinischen Universitäten, die wissenschaftliche Berufsvorbildung zu leisten³¹, welche die Studierenden befähigte, nach Abschluss des Studiums der Humanmedizin die Ärzteausbildung in allen Fachrichtungen (Allgemeinmedizin und Sonderfächer) zu absolvieren. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gab es in Österreich gemäß Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 neben der Allgemeinmedizin 50 Sonderfächer (z.B. chirurgische und internistische Sonderfächer).

Inwieweit diese Fachrichtungen an den Medizinischen Universitäten gelehrt wurden und inwieweit diese Lehrveranstaltungen von den Studierenden verpflichtend oder wahlweise zu besuchen waren, legten die Medizinischen Universitäten eigenverantwortlich in ihren Curricula fest. Dabei waren die Universitäten autonom und an keine Weisungen von außen (etwa vom Wissenschaftsministerium) gebunden.

- (2) Um dennoch in den Medizinischen Universitäten ein annähernd gleiches Abschlussniveau aller Absolventinnen und Absolventen zu ermöglichen, auf das die Ärzteausbildung österreichweit aufbauen konnte, entwickelten die Medizinischen Universitäten Graz, Innsbruck und Wien sowie eine Privatuniversität in den Jahren 2010 und 2011 den sogenannten „Österreichischen Kompetenzlevelkatalog für Ärztliche Fertigkeiten“ (in der Folge: **Kompetenzlevelkatalog**). Er formulierte für drei Kompetenzlevels – Antritt der Famulatur³² (Famulatureife), Antritt des Klinisch-Praktischen Jahres im sechsten Studienjahr (KPJ-Reife) und Abschluss des Studiums (Approbationsreife³³) – gemeinsame Mindestanforderungen für ärztliche Fähigkei-

³¹ Siehe dazu § 3 Z 3 Universitätsgesetz 2002; den Universitäten oblag weiters etwa die Heranbildung und Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses (§ 3 Z 4 Universitätsgesetz 2002).

³² Eine Famulatur war ein Praktikum, das die Studierenden der Humanmedizin während des Studiums im stationären oder ambulanten Bereich zu absolvieren hatten.

³³ Mit der Approbationsreife war noch keine Berechtigung zu einer selbstständigen ärztlichen Tätigkeit verbunden.

ten und Fertigkeiten.³⁴ Die Gesetzesmaterialien zu jener Novelle des Universitätsgesetzes 2002 aus dem Jahr 2015, welche das Klinisch–Praktische Jahr rechtlich verankerte bzw. klarstellte³⁵, nannten den Kompetenzlevelkatalog als Grundlage für die im Klinisch–Praktischen Jahr zu erwerbenden Kompetenzen.

Dem gemeinsamen Ziel der Outcome–Harmonisierung verpflichtet gaben im Frühjahr 2020 die Medizinischen Universitäten den „Klinischen Lernzielkatalog Österreichs“ (in der Folge: **Lernzielkatalog**)³⁶ heraus; in den Lernzielkatalog integriert war die aktualisierte zweite Auflage des Kompetenzlevelkatalogs. Aufgegliedert auf 41 Fächer (von Allgemeinmedizin bis Zahn–Mund–Kieferheilkunde) enthielt der Lernzielkatalog 2.910 Lernziele³⁷, abgestuft nach mehreren Graden der Lerntiefe. Darüber hinaus war bei jenen Lernzielen der klinischen Fächer, die eine Vernetzung mit der Allgemeinmedizin aufwiesen, diese Allgemeinmedizin–Relevanz in einer eigenen Spalte vermerkt.

Die Privatuniversität war in die Entwicklung des Lernzielkatalogs nicht eingebunden; dies u.a. deshalb, weil es sich um ein öffentlich finanziertes Projekt zur Harmonisierung der Curricula an den öffentlichen Medizinischen Universitäten handelte. Auch das Gesundheitsministerium und die Österreichische Ärztekammer waren in die Entwicklung von Kompetenzlevel– und Lernzielkatalog nicht unmittelbar eingebunden.

- 9.2 Der RH hielt fest, dass den autonomen Medizinischen Universitäten die Verantwortung oblag, den Studierenden in der ganzen Breite der 51 ärztlichen (Sonder–) Fächer jene ausreichende Berufsvorbildung zu vermitteln, die sie zur Ärzteausbildung in allen Fächern befähigte.

Der RH anerkannte die Zusammenarbeit der Medizinischen Universitäten beim Kompetenzlevel– und Lernzielkatalog und hob hervor, dass der Kompetenzlevelkatalog auch im Gesetzgebungsprozess 2015 als Benchmark für die Ausbildung im Klinisch–Praktischen Jahr herangezogen wurde. Vor dem Hintergrund der öffentli-

³⁴ Beispiele: Erheben einer Anamnese, Nähen von Hautschnitt– und Rissquetschwunden, Entfernen von Nähten, Anlegen eines Verbandes, Blutabnahme, Verabreichen von intravenösen Injektionen, Schreiben eines Ruhe–EKG (Elektrokardiogramm), Abfassen von Entlassungs– und Begleitschreiben

³⁵ BGBl. I 131/2015

³⁶ Dem Lernzielkatalog war in zwei Auflagen (2014 und 2018) der „Klinische Lernzielkatalog der Med Uni Graz“ vorausgegangen.

³⁷ Beispiele im Fach Allgemeinmedizin: 5–Sinne–Diagnostik, spezifische Problemlösungsfähigkeiten bei frühen, undifferenzierten Problemen im Hinblick auf die Fälleverteilung (Epidemiologie), Psychosoziale Krisensituation, Impfstatus und reisemedizinische Beratung, Funktion, Arten und Organisation von Hausbesuchen, Gegenmaßnahmen gegen Gewalterfahrungen von Patientinnen und Patienten, Rezeptverordnungen

chen Diskussion um einen auch allgemeinmedizinischen Ärztemangel³⁸ wies der RH darauf hin, dass der Lernzielkatalog durch die zusätzliche Darstellung der allfälligen interdisziplinären Vernetzung von Lernzielen der klinischen Fächer mit der Allgemeinmedizin dieser einen besonderen Stellenwert einräumte.

Der RH empfahl dem Wissenschaftsministerium sowie den Medizinischen Universitäten Graz und Wien, auf die weitere Zusammenarbeit zur Sicherstellung eines vergleichbaren Abschlussniveaus der Studierenden aller Medizinischen Universitäten hinzuwirken und bei künftigen Auflagen des Kompetenzlevel- und Lernzielkatalogs nach Möglichkeit auch die Privatuniversitäten am Prozess zu beteiligen.

Hinsichtlich der fehlenden unmittelbaren Einbindung des Gesundheitsministeriums und der Österreichischen Ärztekammer in die Entwicklung des Kompetenzlevel- und Lernzielkatalogs verwies der RH auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium und das Wissenschaftsministerium in **TZ 4**, gemeinsam mit den Medizinischen Universitäten und der Österreichischen Ärztekammer ein Konzept zur Sicherstellung einer regelmäßigen, durchgängigen und institutionalisierten Abstimmung über Vorhaben und Maßnahmen für die gesamte Ausbildung zum Arztberuf zu erarbeiten.

- 9.3 (1) Das Wissenschaftsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Bestrebungen der Medizinischen Universitäten hinsichtlich eines gemeinsamen Kompetenzlevel- und Lernzielkatalogs auch in den nächsten Leistungsvereinbarungsperioden ein wichtiges Ziel darstellen würden und die Entwicklung weitergeführt werden solle. Möglichkeiten zur Einbeziehung der Privatuniversitäten müssten die Universitäten selbst prüfen, wobei aber die grundsätzliche Bereitschaft bestehe, den Privatuniversitäten die Ergebnisse des Katalogs bei Bedarf zur Verfügung zu stellen. Das Wissenschaftsministerium habe im Hinblick auf die Curriculaentwicklung an Privatuniversitäten keine Zuständigkeit. Die Prüfung der Curricula erfolge im Rahmen der Akkreditierung durch die zuständige Behörde (Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria), die Weiterentwicklung der Curricula im Rahmen der hochschulischen Autonomie.

³⁸ In seinem Bericht „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30) stellte der RH u.a. fest, dass für die Beurteilung der Versorgungssituation neben der Anzahl der unbesetzten Kassenplanstellen jedenfalls auch die Ärztedichte und die Auslastung der Vertragspartnerinnen und -partner sowie alternative Versorgungsformen (Wahlärztinnen und Wahlärzte, Ärztinnen und Ärzte mit kleinen Kassen, Spitalsambulanzen) zu berücksichtigen waren. Weiters wäre die Einbeziehung von Informationen über Diagnosen und Behandlungsleistungen zweckmäßig. (TZ 17) Insgesamt zeigte die Analyse des RH zur Versorgungssituation in verschiedenen ärztlichen Fachbereichen (z.B. Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendheilkunde) ein regional differenziertes Bild. (u.a. TZ 11, TZ 15 bis TZ 17)

Das Studium der Humanmedizin an Privatuniversitäten solle sich durch innovative und spezifisch entwickelte Curricula von der Ausbildung an öffentlichen Universitäten unterscheiden. Es entspreche dem bildungspolitischen Ziel der Gründung des Privatuniversitätensektors, dass diese Hochschulen durch eine andere inhaltliche oder didaktische Ausrichtung eine Ergänzung zu den Studien an den öffentlichen Universitäten darstellen. Die Privatuniversitäten, die vom Bund vor allem aus Kostengründen nicht eingerichtet werden könnten, sollen neuartige Zugänge zu Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Studierende eröffnen. Dadurch könne die Einbeziehung in die Entwicklung eines Kompetenzlevel- und Lernzielkatalogs für das Studium der Humanmedizin aus inhaltlicher Sicht erschwert sein.

(2) Laut Stellungnahme der Medizinischen Universität Graz sei der Lernzielkatalog im Rahmen des Hochschulraumstrukturmittel-Projekts „Machbarkeitsstudie zur Harmonisierung der humanmedizinischen Ausbildung (Studienjahre 1 – 5) an den öffentlichen Medizinischen Universitäten Österreichs zur Erhöhung der nationalen Mobilität“ erstellt worden. Aus diesem Grund seien die Privatuniversitäten nicht in die Entwicklung miteingebunden gewesen. Da Lernziele dynamischen Charakter hätten, sei eine Aktualisierung des österreichweit akkordierten Lernzielkatalogs auch zukünftig angedacht. Aktuell setze die Medizinische Universität Graz ihren Schwerpunkt auf die Implementierung von Lernzielen im Sinne des kompetenzbasierten Roadmappings sowie auf die Umsetzung der Lehre gemäß dem Constructive Alignment.

(3) Die Medizinische Universität Wien führte in ihrer Stellungnahme aus, dass die gemeinsame österreichweite Harmonisierung eines klinischen Lehr- und Lernzielkatalogs aller öffentlichen Medizinischen Universitäten das Endergebnis eines diesbezüglichen Hochschulraumstrukturmittel-Projekts des Wissenschaftsministeriums gewesen sei, in welches das Know-how der öffentlichen Medizinischen Universitäten eingeflossen sei. Es sei wichtig, dass Medizinabsolventinnen und -absolventen ein annähernd gleiches Qualifikationsprofil vorweisen könnten. Die Lernzielkataloge seien öffentlich, weshalb auch Privatuniversitäten diese heranziehen und ihre Lehre danach ausrichten könnten. Es wäre wünschenswert, wenn die Privatuniversitäten die Qualitätsstandards der öffentlichen Medizinischen Universitäten übernehmen würden.

- 9.4 Zu seiner Empfehlung, bei künftigen Auflagen des Kompetenzlevel- und Lernzielkatalogs nach Möglichkeit auch die Privatuniversitäten am Prozess zu beteiligen, wies der RH gegenüber dem Wissenschaftsministerium und den Medizinischen Universitäten Graz und Wien darauf hin, dass eine Privatuniversität bereits in die Entwicklung des Kompetenzlevelkatalogs in den Jahren 2010 und 2011 eingebunden war.

Rolle des Wissenschaftsministeriums

10.1 (1) Gemäß Universitätsgesetz 2002 oblag dem Bund bzw. dem Wissenschaftsministerium die Rechtsaufsicht über die Medizinischen Universitäten.³⁹ Sie umfasste die Einhaltung der Gesetze und Verordnungen, aber nicht eine inhaltliche Aufsicht z.B. zur Gestaltung der Curricula.

(2) Alle drei Jahre schloss der Bund (vertreten durch die Wissenschaftsministerin bzw. den Wissenschaftsminister) eine Leistungsvereinbarung mit den Medizinischen Universitäten ab.⁴⁰ Die Leistungsvereinbarungen waren öffentlich-rechtliche Verträge zwischen dem Bund und den Universitäten, mit denen die Vertragspartner zur Steuerung der Universitäten gemeinsam Ziele und Leistungen festlegten. Über diese Leistungsvereinbarungen konnte der Bund (Wissenschaftsministerium) allfällige Akzente bei der inhaltlichen Curriculumsgestaltung setzen.

So verpflichteten etwa die Leistungsvereinbarungen 2016–2018 die Medizinischen Universitäten Graz und Wien zur Implementierung des Lernzielkatalogs im Prüfungswesen, die Leistungsvereinbarungen 2019–2021 zur Einführung eines Erweiterungsstudiums⁴¹ Allgemeinmedizin. Die Leistungsvereinbarung 2019–2021 der Medizinischen Universität Wien sah darüber hinaus den Ausbau des „KPI–Exzellenzprogramms Allgemeinmedizin“ (TZ 11) vor.

(3) Das im Jahr 2018 fertiggestellte „Gemeinsames Positionspapier des BMBWF sowie der Medizinischen Universitäten Wien, Graz, Innsbruck und der Universität Linz“ zur Sicherung der Gesundheitsversorgung in Österreich war auf eine freiwillige Zusammenarbeit des Wissenschaftsministeriums und der Medizinischen Universitäten zurückzuführen. Das Papier nannte Beiträge, welche die Medizinischen Universitäten leisten konnten bzw. schon geleistet hatten (z.B. Gewährleistung einer stabilen Zahl an Absolventinnen und Absolventen, Verankerung der Allgemeinmedizin in der Pflichtlehre, Einrichtung eines Erweiterungsstudiums in der Allgemeinmedizin), um die Gesundheitsversorgung insbesondere auch in der Allgemeinmedizin aufrechtzuerhalten. Das Positionspapier erhielt Verbindlichkeit dadurch, dass in ihm genannte Maßnahmen teilweise in die Leistungsvereinbarungen mit den Universitäten übernommen wurden.

³⁹ § 9 Universitätsgesetz 2002

⁴⁰ § 13 Universitätsgesetz 2002

⁴¹ Ein Erweiterungsstudium gemäß § 51 Abs. 2 Z 5a in Verbindung mit § 54a Universitätsgesetz 2002 war ein ordentliches Studium im Ausmaß von mindestens 30 ECTS–Anrechnungspunkten, das die in einem ordentlichen Studium erworbenen Kompetenzen um zusätzliche Kompetenzen erweitern sollte. Zum Abschluss wurde ein Zeugnis ausgestellt, aber kein Recht auf die Verleihung eines akademischen Grades erworben.

- 10.2 Der RH hielt fest, dass der Bund (vertreten durch die Wissenschaftsministerin bzw. den Wissenschaftsminister) und die Medizinischen Universitäten Graz und Wien die Leistungsvereinbarungen auch dazu nutzten, um u.a. eine bessere Verankerung der Allgemeinmedizin in der universitären Ausbildung sicherzustellen.

Er verwies darüber hinaus auf die Zusammenarbeit des Wissenschaftsministeriums und der Medizinischen Universitäten beim Positionspapier und hob insbesondere hervor, dass Inhalte dieses Dokuments u.a. zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Rahmen des Studiums der Humanmedizin über den Weg der Leistungsvereinbarungen Verbindlichkeit erlangten.

Verankerung der Allgemeinmedizin an den Medizinischen Universitäten Graz und Wien

Überblick

- 11.1 (1) An den Medizinischen Universitäten Graz und Wien betrug die Mindeststudien-dauer für das Studium der Humanmedizin zwölf Semester und entsprach 360 ECTS–Anrechnungspunkten⁴².

⁴² ECTS steht für European Credit Transfer and Accumulation System (Europäisches System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen); mit ECTS–Anrechnungspunkten wird das geschätzte Arbeitspensum einer bzw. eines durchschnittlichen Studierenden für sämtliche Lernaktivitäten ausgedrückt, wobei 1 ECTS–Punkt für ein Arbeitspensum von 25 mal 60 Minuten steht (<https://www.oesterreich.gv.at> > Themen > Bildung und Neue Medien > Universität; abgerufen im Oktober 2021).

Die folgende Tabelle zeigt im Überblick, wie an diesen beiden Medizinischen Universitäten die Allgemeinmedizin strategisch, organisatorisch, personell und in der Lehre verankert war:

Tabelle 3: Verankerung Allgemeinmedizin im Vergleich Medizinische Universitäten Graz und Wien

Elemente Allgemeinmedizin	Medizinische Universität Graz	Medizinische Universität Wien
strategische Verankerung in Entwicklungsplan und Leistungsvereinbarung (Auswahl)	Entwicklungsplan 2006–2020: – Gründung Institut für Allgemeinmedizin Entwicklungsplan 2019–2024, Leistungsvereinbarung 2019–2021: – Einrichtung Erweiterungsstudium Allgemeinmedizin ¹	Leistungsvereinbarung 2007–2009: – verpflichtende Präsenzphasen in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen Entwicklungsplan Version 3.0 (2015), Leistungsvereinbarung 2016–2018: – Neupositionierung Allgemeinmedizin Entwicklungsplan 2019–2024, Leistungsvereinbarung 2019–2021: – Förderung Allgemeinmedizin: Einrichtung Erweiterungsstudium Allgemeinmedizin, Ausbau „KPJ–Exzellenzprogramm Allgemeinmedizin“
eigene Organisationseinheit	seit 2015: Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung	seit 2001: Abteilung für Allgemein- und Familienmedizin
eigene Professur	seit 2015	seit 2004
Verankerung als Pflichtlehre	ja	ja
Angebote Wahl(pflicht)lehre	ja	ja
Diplomarbeit möglich	ja	ja
Praktikum in allgemeinmedizinischer Praxis verpflichtend	ja: im Klinisch–Praktischen Jahr	nein: im Klinisch–Praktischen Jahr ist Allgemeinmedizin Wahlfach
Famulatur in allgemeinmedizinischer Praxis ² möglich	ja	ja; in Famulatur kann statt Praxis Allgemeinmedizin auch etwa Erstversorgungseinrichtung in einer Krankenanstalt (Ambulanz) gewählt werden
Lehre durch praktizierende Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner	ja	ja
freiwillige Zusatzprojekte zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin	ja: Projekte „Landarzt Zukunft“ und „Allgemeinmedizin – die erste Wahl“ (u.a. gemeinsam mit Ärztekammer für Steiermark und Gesundheitsfonds Steiermark)	ja: KPJ–Exzellenzprogramm Allgemeinmedizin (Wiener Zielsteuerungsprojekt)

KPJ = Klinisch–Praktisches Jahr

Quellen: Medizinische Universität Graz; Medizinische Universität Wien

¹ Curriculum beschlossen im Juni 2020

² umfasst auch Primärversorgungseinheiten

(2) Im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit erarbeitete eine Projektgruppe von 2016 bis 2017 Maßnahmen, um – von der universitären Ausbildung bis zur Berufsausübung – den Beruf der Allgemeinmedizinerin bzw. des Allgemeinmediziners attraktiver zu gestalten; daran nahm auch das Wissenschaftsministerium teil. Den

Endbericht „Attraktivierung Allgemeinmedizin“ nahm die Bundes-Zielsteuerungskommission im April 2018 zur Kenntnis.

Wie Tabelle 3 zeigt, waren an beiden überprüften Medizinischen Universitäten von sechs Maßnahmen folgende bereits umgesetzt: „Forcierung von Praktika in Allgemeinmedizin“, „Lehrstuhl für Allgemeinmedizin“, „Pflichtlehrveranstaltungen Allgemeinmedizin“. Weiters hatten die Medizinischen Universitäten im Sinne der Maßnahme „Bessere Abstimmung der Curricula“ den Kompetenzlevel- und Lernzielkatalog erarbeitet. Zu den Maßnahmen „Analyse des Studienzugangs“ und „Multiprofessionelles Lernen mit Fachhochschulen“ waren laut einer Erhebung der Gesundheit Österreich GmbH vom Frühjahr 2020 Umsetzungs- bzw. Vorbereitungsarbeiten im Gange.

11.2 (1) Der RH hob hervor, dass an beiden überprüften Medizinischen Universitäten die Allgemeinmedizin als eines von 51 ärztlichen (Sonder-)Fächern strategisch, organisatorisch, personell und in der Lehre präsent war:

- Auf strategischer Ebene bekannten sich beide Medizinischen Universitäten zur Stärkung der Allgemeinmedizin (Erweiterungsstudium);
- beide wendeten Ressourcen auf, um der Allgemeinmedizin durch eine eigene Organisationseinheit und eine eigene Professur Profil zu geben;
- beide holten mit praktizierenden Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern die allgemeinmedizinische Praxis in die universitäre Ausbildung herein;
- durch die Ermöglichung von Diplomarbeiten förderten sie wissenschaftliches Arbeiten in der Allgemeinmedizin;
- im Laufe des Studiums waren die Studierenden durch allgemeinmedizinische Anteile in der Pflichtlehre mit diesem Fach befasst;
- beide hatten zusätzliche Projekte zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin implementiert.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Medizinischen Universitäten bestand darin, dass Studierende in Wien zur Zeit der Gebärungsüberprüfung kein Praktikum in einer allgemeinmedizinischen Praxis machen mussten. Anders als an der Medizinischen Universität Graz war in Wien die Allgemeinmedizin im Klinisch-Praktischen Jahr ein Wahlfach, und die vierwöchige Pflichtfamulatur Allgemeinmedizin konnte anstatt in einer allgemeinmedizinischen Praxis auch etwa in einer Ambulanz einer Krankenanstalt absolviert werden.

(2) Der RH hielt weiters fest, dass die Mehrzahl der sechs einer Statuserhebung unterzogenen Maßnahmen aus dem Endbericht „Attraktivierung der Allgemeinmedizin“ der Zielsteuerung-Gesundheit, die von den Medizinischen Universitäten umzusetzen waren, in den überprüften Medizinischen Universitäten Graz und Wien im Frühjahr 2020 bereits erfüllt war.

Zuständige Organisationseinheiten

- 12.1 (1) Die Medizinische Universität Graz unterschied in ihrem Organisationsplan zwischen dem Klinischen Bereich und dem Nichtklinischen Bereich. Eines von insgesamt vier Instituten im Nichtklinischen Bereich war das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (in der Folge: **Institut Allgemeinmedizin**).

Auch die Medizinische Universität Wien hatte neben dem Klinischen Bereich einen medizinisch–theoretischen Bereich eingerichtet, der aus zwölf sogenannten Zentren bestand. Im Zentrum für Public Health war eine von sechs Abteilungen die Abteilung Allgemein– und Familienmedizin (in der Folge: **Abteilung Allgemeinmedizin**).

(2) Die in den Leistungsvereinbarungen zwischen Bund und Medizinischen Universitäten definierten Vorhaben und Ziele sollten – gemäß dem mit dem Universitätsgesetz 2002 eingeführten Kontraktmanagement zur Steuerung der Universitäten und ihrer Organisationseinheiten⁴³ – über Zielvereinbarungen auf den verschiedenen Organisationsebenen der Universität umgesetzt werden. Dazu war in den Zielvereinbarungen festzulegen, innerhalb welchen Zeitraums die bzw. der Bedienstete welche Leistungen zu erbringen bzw. welche Ziele sie bzw. er zu erreichen hatte.

(3) Das Rektorat der Medizinischen Universität Graz hatte mit der Leitung des Instituts Allgemeinmedizin seit der Professorenberufung 2015 keine Zielvereinbarung abgeschlossen. Laut Angaben der Universität seien Zielvereinbarungen im Nichtklinischen Bereich ab 2020 vorgesehen.

(4) An der Medizinischen Universität Wien schloss der Rektor als Vertreter des Rektorats Zielvereinbarungen mit der Organisationseinheitsleitung. Nach Angaben der Medizinischen Universität Wien komme die Zielvereinbarung durch Übermittlung des um die Inhalte des Zielvereinbarungsgesprächs ergänzten Textes des Zielvereinbarungsformulars zustande; die Abstimmung der Zielvereinbarungen erfolge gesamthaft über alle Zielvereinbarungen durch Beschluss des Rektorats.

Für das Zentrum Public Health gab es etwa zur Zeit der Gebarungsüberprüfung eine Zielvereinbarung für die Leistungsvereinbarungsperiode 2019–2021 (Abschluss der Leistungsvereinbarung: Anfang Dezember 2018). Das Zielvereinbarungsgespräch fand Anfang August 2019 statt, die Protokollübermittlung an die Zentrumsleitung erfolgte im Dezember 2019, der Beschluss des Rektorats Anfang Jänner 2020.

Maßnahmen aus der Leistungsvereinbarung, welche die Abteilung Allgemeinmedizin betrafen – zuletzt z.B. die Einrichtung eines Erweiterungsstudiums Allgemeinmedi-

⁴³ § 22 Abs. 1 Z 6 und § 20 Abs. 5 Universitätsgesetz 2002 sowie § 11 Abs. 1 Z 3 Organisationsplan der Medizinischen Universität Wien; siehe auch die Gesetzesmaterialien Regierungsvorlage 1134 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXI. Gesetzgebungsperiode, S. 78 ff.

zin –, seien laut Medizinischer Universität Wien über die Zielvereinbarung auch Thema der Mitarbeitergespräche zwischen Zentrumsleitung und Abteilungsleitung Allgemeinmedizin.

- 12.2 Der RH kritisierte, dass an der Medizinischen Universität Graz entgegen den Vorgaben des Universitätsgesetzes 2002 Zielvereinbarungen mit der Leitung des Instituts Allgemeinmedizin seit 2015 fehlten, wenngleich sie diese zur Zeit der Gebarungsüberprüfung plante. Damit verzichtete die Universität auf ein wesentliches Steuerungsinstrument, um die Leistungen dieser Organisationseinheit verbindlich in die gesamtuniversitäre Umsetzung der Leistungsvereinbarung einzubinden.

Der RH empfahl der Medizinischen Universität Graz, in Umsetzung des Universitätsgesetzes 2002 die Verpflichtungen aus den Leistungsvereinbarungen durch Zielvereinbarungen mit dem Institut Allgemeinmedizin auch inneruniversitär verbindlich zu machen.

Der RH hielt fest, dass an der Medizinischen Universität Wien etwa in der Leistungsvereinbarungsperiode 2019–2021 bis zum Abschluss der Zielvereinbarung mit dem Zentrum Public Health bereits ein Teil der Leistungsvereinbarungsperiode verstrichen war.

Der RH empfahl der Medizinischen Universität Wien im Sinne der Wirksamkeit dieses Steuerungsinstruments, Zielvereinbarungen mit dem Zentrum Public Health künftig möglichst zeitnah nach Unterzeichnung der Leistungsvereinbarung abzuschließen.

- 12.3 (1) Die Medizinische Universität Graz wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass sie mit der Leitung des Instituts für Allgemeinmedizin im Zuge des universitätsinternen standardmäßigen Steuerungsprozesses zur Professorinnen-/Professoren-Evaluierung fünf Ziele vereinbart habe und zwar zu Personal, Lehre, Forschung, Internationales sowie zu einem frei formulierbaren Ziel aus einem vorgegebenen Katalog. Die Evaluierungsperiode sehe einen schriftlich vereinbarten Drei-Jahres-Zeitraum vor. In Ergänzung dazu werde die Medizinische Universität Graz die Verpflichtung zur Zielvereinbarung mit dem Institut für Allgemeinmedizin selbstverständlich umsetzen.

(2) Laut Stellungnahme der Medizinischen Universität Wien habe es laut dem damals geltenden Organisationsplan insgesamt 41 Organisationseinheiten (zwölf Zentren des vorklinischen Bereichs und 29 Universitätskliniken bzw. Klinische Institute) gegeben (derzeit 43), mit denen Zielvereinbarungen abzuschließen gewesen seien. Die Vorbereitung und Durchführung der Zielvereinbarungsgespräche mit allen Organisationseinheiten hätten einen entsprechenden administrativen und zeitlichen Aufwand erfordert. Der Abschluss aller Zielvereinbarungen sei daher aus logistisch-organisatorischen Gründen nicht zeitnahe zum Zeitpunkt der Unterzeich-

nung der Leistungsvereinbarung möglich, sondern erfordere eine Priorisierung und zeitliche Staffelung der Termine und Abschlüsse.

12.4 Der RH verkannte gegenüber der Medizinischen Universität Wien nicht den mit der Vorbereitung und Durchführung der Zielvereinbarungsgespräche mit allen Organisationseinheiten verbundenen Aufwand. Er wies aber neuerlich darauf hin, dass zwischen dem Abschluss der Leistungsvereinbarung Anfang Dezember 2018 und der Protokollübermittlung an die Leitung des Zentrums Public Health im Dezember 2019 bereits ein Jahr und fast ein Drittel der Leistungsvereinbarungsperiode 2019–2021 verstrichen war.

13 Das Institut Allgemeinmedizin der Medizinischen Universität Graz und die Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Universität Wien erfüllten Aufgaben in der Lehre und in der Forschung. Die Personalstände sowie der Personal- und Sachaufwand der beiden Organisationseinheiten entwickelten sich seit 2015 (Gründung Institut Allgemeinmedizin) wie folgt:

Tabelle 4: Personal sowie Personal- und Sachaufwand Allgemeinmedizin im Vergleich Medizinische Universitäten Graz und Wien

	2015	2016	2017	2018	2019	Veränderung 2015 bis 2019
	in Vollzeitäquivalenten					in %
Personal ¹						
Institut Allgemeinmedizin ² (MUG)	6,3	7,6	9,0	11,1	11,8	87
Abteilung Allgemeinmedizin ³ (MUW)	7,4	6,8	4,1	4,0	5,6	-24
	in EUR					in %
Personalaufwand						
Institut Allgemeinmedizin (MUG)	453.228	556.348	672.514	791.184	839.326	85
davon						
Globalbudget-Mittel in %	66	56	55	49	48	–
Abteilung Allgemeinmedizin (MUW)	480.991	438.113	214.982	268.981	456.398	-5
davon						
Globalbudget-Mittel in %	75	67	97	96	99	–
	in EUR					in %
Sachaufwand ⁴						
Institut Allgemeinmedizin (MUG)	39.276	58.856	83.027	132.918	147.121	275
davon						
Globalbudget-Mittel in %	75	36	38	23	17	–
Abteilung Allgemeinmedizin (MUW)	164.700	184.767	33.420	31.938	41.052	-75
davon						
Globalbudget-Mittel in %	18	14	73	82	97	–

Abteilung Allgemeinmedizin = Abteilung Allgemein- und Familienmedizin (Medizinische Universität Wien)

Institut Allgemeinmedizin = Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (Medizinische Universität Graz)

MUG = Medizinische Universität Graz

MUW = Medizinische Universität Wien

¹ umfasst u.a. Leitung sowie wissenschaftliches und allgemeines Personal

² Der RH ermittelte den Jahreswert als Mittelwert der Stichtagsdaten zum jeweiligen Monatsende.

³ im Jahresdurchschnitt

⁴ inklusive Investitionsaufwand

Quellen: Medizinische Universität Graz; Medizinische Universität Wien

Das Institut Allgemeinmedizin der Medizinischen Universität Graz beschäftigte im Jahr 2019 rund doppelt so viele Vollzeitäquivalente (11,8 VZÄ; Erhöhung seit 2015 um 87 %) wie die Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Universität Wien (5,6 VZÄ; Reduktion seit 2015 um 24 %).

Ein weiterer wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Medizinischen Universitäten bestand darin, dass sich etwa 2018 und 2019 das Institut Allgemeinmedizin der Medizinischen Universität Graz überwiegend über Drittmittel⁴⁴, die Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Universität Wien hingegen zum Großteil über Mittel aus dem Globalbudget⁴⁵ finanzierte.

Praktische Ausbildung Allgemeinmedizin

Famulatur

- 14.1 Eine Famulatur war ein Praktikum, das die Studierenden der Humanmedizin während des Studiums im stationären oder ambulanten Bereich zu absolvieren hatten. Das für Famulaturen von den Studierenden erwartete Kompetenzniveau entsprach der ersten Reifegradstufe des Kompetenzlevelkatalogs (Famulatureife).⁴⁶

An beiden Medizinischen Universitäten waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung zwölf Wochen Pflichtfamulatur vorgesehen. In Graz waren davon sechs Wochen in einer allgemeinmedizinischen Praxis möglich. Bis zur Einführung des Klinisch–Praktischen Jahres im Studienjahr 2014/15 waren die Studierenden verpflichtet, zusätzlich zur 16–wöchigen Pflichtfamulatur (im zweiten Studienabschnitt) fünf Wochen (drei Tage je Woche, in Summe 15 Tage) im sechsten Studienjahr in einer allgemeinmedizinischen Praxis zu famulieren.

In Wien waren vier Wochen Famulatur Allgemeinmedizin verpflichtend. Seit Einführung des Klinisch–Praktischen Jahres konnten die Studierenden statt der Pflichtfamulatur Allgemeinmedizin das Wahlfach Allgemeinmedizin im Klinisch–Praktischen Jahr absolvieren. Im Unterschied zu Graz war die Famulatur Allgemeinmedizin in Wien anstatt in einer allgemeinmedizinischen Praxis auch in einer Einrichtung der Erstversorgung in Krankenanstalten (Ambulanzen) möglich.

⁴⁴ Drittmittel sind jene finanziellen Mittel, die den Universitäten und Forschungseinrichtungen zusätzlich zu den von den Erhaltern zur Verfügung gestellten laufenden Mitteln (Basisfinanzierung) von dritter Seite zufließen. Sie werden in der Regel für bestimmte Projekte, vor allem Forschungsprojekte, zeitlich befristet zur Verfügung gestellt.

⁴⁵ Gemäß Universitätsgesetz 2002 sind die öffentlichen Universitäten vom Bund zu finanzieren. Sie erhalten jeweils ein in der Leistungsvereinbarung festgelegtes Globalbudget und können im Rahmen ihrer Aufgaben und der Leistungsvereinbarungen frei über den Einsatz der Globalbudgets verfügen.

⁴⁶ Erwartete praktische Fähigkeiten der Famulatureife waren z.B. Basismaßnahmen der Reanimation, Blutstillen, intramuskuläre und subkutane Injektion, Venenpunktion/Blutabnahme, Fingerbeerenstich, Entfernen von Nähten, Anlegen eines Verbands.

- 14.2 Der RH wies darauf hin, dass an beiden überprüften Medizinischen Universitäten die Studierenden im Rahmen der Famulatur ein Praktikum Allgemeinmedizin machen konnten, aber nicht mussten. Dadurch konnten sie ihr erstes Praktikum Allgemeinmedizin mitunter erst im sechsten Studienjahr (im Klinisch–Praktischen Jahr) absolvieren.

An der Medizinischen Universität Wien war ein Praktikum in einer allgemeinmedizinischen Praxis sogar vermeidbar, wenn die Studierenden zur Absolvierung der Famulatur eine Einrichtung der Erstversorgung in Krankenanstalten (Ambulanzen) wählten.

Der RH verwies auf seine Empfehlung in TZ 15 zum allgemeinmedizinischen Praktikum im niedergelassenen Bereich.

Klinisch–Praktisches Jahr

- 15.1 (1) Mit einer Novelle des Universitätsgesetzes 2002 im Jahr 2015 wurde das sogenannte „Klinisch–Praktische Jahr“ als Teil des Studiums der Humanmedizin rechtlich verankert bzw. klargestellt.⁴⁷ Auch bereits vor Einführung des Klinisch–Praktischen Jahres war an beiden überprüften Medizinischen Universitäten die praktische Ausbildung ein Schwerpunkt des sechsten Studienjahres, wenn auch in einem geringeren Ausmaß.⁴⁸

Das bei Beginn des Klinisch–Praktischen Jahres erwartete, auf die Famulatureife aufbauende Kompetenzniveau war im Kompetenzlevelkatalog als die KPJ–Reife⁴⁹ definiert. Im Laufe des Klinisch–Praktischen Jahres sollten folglich die im Kompetenzlevelkatalog genannten Kompetenzen der dritten Kompetenzstufe (Approbationsreife⁵⁰) durch praktisch–medizinischen Unterricht erworben und vertieft werden, insbesondere durch aktive Teilnahme an der Betreuung von Patientinnen und Patienten unter Aufsicht und Anleitung.⁵¹

⁴⁷ § 35a Universitätsgesetz 2002 i.d.F. BGBl. I 131/2015; siehe dazu die Regierungsvorlage 797 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXV. Gesetzgebungsperiode, S. 8

⁴⁸ „Praktisches Jahr“ in Graz, „Klinische Tertiale“ in Wien, in Graz waren dabei 15 Tage Praktikum (verteilt auf fünf Wochen der insgesamt 30 Wochen) in einer allgemeinmedizinischen Lehrordination Pflicht; in Wien war ein Allgemeinmedizin–Praktikum im sechsten Studienjahr nicht vorgesehen.

⁴⁹ Erwartete praktische Fähigkeiten der KPJ–Reife waren z.B. Kommunizieren mit schwerstkranken und sterbenden Menschen, richtiges Rezeptieren, Hörtest, Anlegen eines Augenverbandes, Reinigen einer Wunde.

⁵⁰ Erwartete praktische Fähigkeiten der Approbationsreife waren z.B. ethisch korrektes und professionelles Informieren der Patientinnen und Patienten, Ausfüllen des Totenscheins, Beurteilen von medizinischen Notfällen, Begleiten von Notfalltransporten (in einer Lehrsituation), Lokalanästhesie, Management von Medikamentennebenwirkungen, Basic Life Support bei Kindern.

⁵¹ Gemäß § 49 Abs. 4 und 5 Ärztegesetz 1998 waren Studierende unter Anleitung und Aufsicht ausbildender Ärztinnen und Ärzte zur unselbstständigen Ausübung folgender Tätigkeiten berechtigt: Erhebung der Anamnese, einfache physikalische Krankenuntersuchung einschließlich Blutdruckmessung, Blutabnahme aus der Vene, intramuskuläre und subkutane Injektionen, unter bestimmten Voraussetzungen einzelne weitere ärztliche Tätigkeiten.

(2) Nach einem interuniversitären Abstimmungsprozess sahen alle drei öffentlichen Medizinischen Universitäten ab dem Studienjahr 2014/15 das Klinisch–Praktische Jahr im sechsten Studienjahr als durchgängige praktische Ausbildung über 48 Wochen vor. Die 48 Wochen waren an den beiden vom RH überprüften Medizinischen Universitäten in drei Blöcke zu je 16 Wochen (sogenannte **Tertiale**) gegliedert; ein Tertial war chirurgischen und perioperativen Fächern, ein weiteres Tertial der Inneren Medizin vorbehalten. Das dritte Tertial gestalteten die beiden Medizinischen Universitäten individuell.

An der Medizinischen Universität Graz waren von den 16 Wochen des dritten Tertials je vier Wochen (20 Tage) verpflichtend in der Psychiatrie, in der Kinder– und Jugendheilkunde sowie in einer allgemeinmedizinischen Praxis zu absolvieren, das Ausbildungsfach der verbleibenden vier Wochen konnten die Studierenden frei wählen. In Summe standen daher Studierenden der Medizinischen Universität Graz im Klinisch–Praktischen Jahr zwischen vier und acht Wochen allgemeinmedizinisches Praktikum offen.

An der Medizinischen Universität Wien war das dritte Tertial für die Studierenden frei gestaltbar (ein Wahlfach über 16 Wochen oder zwei Wahlfächer über je acht Wochen). Sie konnten z.B. die 16 Wochen durchgehend in einer allgemeinmedizinischen Praxis verbringen. Verpflichtend war das Praktikum Allgemeinmedizin nicht.

(3) Der Lernfortschritt im Klinisch–Praktischen Jahr wurde regelmäßig während der Praktika und am Ende des Klinisch–Praktischen Jahres überprüft.

- 15.2 Der RH hob hervor, dass mit Einführung des Klinisch–Praktischen Jahres an beiden Medizinischen Universitäten der Praktikumsteil im sechsten Studienjahr auf durchgehend 48 Wochen erhöht wurde. Diese Erhöhung kam auch der Allgemeinmedizin zugute: in Graz, indem der verpflichtende Allgemeinmedizin–Block von 15 auf 20 Tage erhöht wurde und zusätzlich weitere vier Wochen (20 Tage) freiwillig möglich waren; in Wien, indem erstmals auch im sechsten Studienjahr ein Praktikumsblock Allgemeinmedizin von acht bzw. 16 Wochen möglich war.

Da bei der Famulatur das Praktikum Allgemeinmedizin an der Medizinischen Universität Wien nicht zwingend in einer allgemeinmedizinischen Praxis zu absolvieren war und Allgemeinmedizin im Rahmen des Klinisch–Praktischen Jahres ein Wahlfach darstellte, konnten Studierende der Medizinischen Universität Wien ihren Studienabschluss erlangen, ohne ein allgemeinmedizinisches Praktikum im niedergelassenen Bereich absolviert zu haben.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer und der Medizinischen Universität Wien zu prüfen, ob bzw. in welchem Ausmaß sich ein allgemeinmedizinisches Praktikum im niedergelassenen Bereich im Rahmen des Medizinstudiums auf die spätere Berufsentscheidung auswirkt; dies auch angesichts der damit verbundenen möglichen finanziellen Auswirkungen.

- 15.3 Das Gesundheitsministerium verwies in seiner Stellungnahme auf die ausschließliche Zuständigkeit des Wissenschaftsministeriums bzw. der Universitäten.
- 15.4 Der RH entgegnete dem Gesundheitsministerium, dass die Frage nach der Auswirkung eines allgemeinmedizinischen Praktikums im niedergelassenen Bereich im Rahmen des Medizinstudiums auf die spätere Berufsentscheidung erst im Zusammenhang mit der postpromotionellen ärztlichen Ausbildung nach der Basisausbildung beantwortet werden kann. Dieser Aspekt könnte z.B. im Rahmen der Evaluierungen der Österreichischen Ärztekammer mitabgedeckt werden.
- 16.1 (1) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gewährten viele Träger von Lehrkrankenhäusern den Studierenden im Klinisch–Praktischen Jahr freiwillig eine Aufwandsentschädigung⁵², überwiegend in der Höhe von 650 EUR je Monat. In den Lehrordinationen erhielten die Studierenden nach Angabe der überprüften Medizinischen Universitäten keine Aufwandsentschädigung (Ausnahme KPJ–Exzellenzprogramm Allgemeinmedizin in Wien).
- (2) Die Medizinische Universität Graz gewährte den Lehrordinationen für die Ausbildung einer bzw. eines Studierenden im vierwöchigen Pflichtpraktikum Allgemeinmedizin im Rahmen des Klinisch–Praktischen Jahres – bzw. vor Einführung des Klinisch–Praktischen Jahres für die Ausbildung in der 15–tägigen Pflichtfamulatur im Praktischen Jahr – ein Honorar von 1.000 EUR (inklusive Umsatzsteuer). Im Zeitraum 2010 bis 2019 beliefen sich diese Honorarzahlungen der Medizinischen Universität Graz insgesamt auf 2,48 Mio. EUR.
- (3) Die Lehrordinationen der Medizinischen Universität Wien erhielten – mit Ausnahme jener im KPJ–Exzellenzprogramm Allgemeinmedizin⁵³ – kein Honorar. Laut ihrer Angabe sei bereits 2010 die Einführung einer Pflichtfamulatur in einer allgemeinmedizinischen Praxis an der dafür erforderlichen Zahl an Lehrordinationen und der Forderung nach einer Entschädigung für die Lehrordinationen, die bei 660 Studierenden je Jahrgang zu hohen Kosten führen würde, gescheitert.

⁵² Gemäß § 35a Universitätsgesetz 2002 war das Klinisch–Praktische Jahr Teil des Studiums, wodurch die Studierenden während des Klinisch–Praktischen Jahres nicht in einem Dienst– oder Arbeitsverhältnis zum Träger der Lehrereinrichtung (Lehrkrankenhaus oder Lehrordination) standen und keinen Anspruch auf Entlohnung hatten.

⁵³ Die Lehrordinationsleiterinnen und –leiter erhielten einen Lehrauftrag für Mentoring im Rahmen einer Semesterwochenstunde.

- 16.2 Der RH wies darauf hin, dass die Studierenden im Klinisch–Praktischen Jahr in Lehrkrankenhäusern eine Aufwandsentschädigung erhielten, in Lehrordinationen jedoch (mit einer Ausnahme) nicht. Dies betraf insbesondere die Studierenden der Medizinischen Universität Graz, für die im Unterschied zur Medizinischen Universität Wien ein vierwöchiges Praktikum in einer Lehrordination Pflicht war.

Der RH hielt fest, dass die Honorarzahungen der Medizinischen Universität Graz an die Lehrordinationen mit 2,48 Mio. EUR in zehn Jahren einen bedeutenden Kostenfaktor darstellten. Für umso wichtiger erachtete er daher die Qualitätssicherung der Ausbildung in diesen Einrichtungen und verwies auf seine Empfehlungen zu stichprobenweisen Vor–Ort–Überprüfungen und zu Rezertifizierungen (TZ 17).

- 17.1 (1) Im Jahr 2019 verfügten die Medizinischen Universitäten Graz und Wien über Kooperationsvereinbarungen mit 80 bzw. 116 Lehrkrankenhäusern und 208 bzw. 75 Lehrordinationen.

(2) Beide Medizinischen Universitäten setzten für die Anerkennung von Lehrkrankenhäusern voraus, dass die für Studierende vorgesehenen Organisationseinheiten als ärztrechtliche Ausbildungsstätten genehmigt waren; für Lehrordinationen war dies nicht erforderlich. Beide Medizinischen Universitäten sahen eigene Akkreditierungsverfahren vor. Die Kooperationsvereinbarungen waren befristet, ausgenommen jene der Medizinischen Universität Graz mit den Lehrordinationen. Dort hatten die Lehrordinationsinhaberinnen und –inhaber alle drei Jahre ein Lehrordinations–Refresher–Seminar zu besuchen, um ihre Kooperation aufrechtzuerhalten.

In den Anerkennungs Voraussetzungen bzw. Kooperationsverträgen beider überprüften Medizinischen Universitäten war deren Recht zu stichprobenweisen Vor–Ort–Überprüfungen zur Qualitätssicherung der Ausbildung in den Lehrkrankenhäusern und Lehrordinationen verankert. Zur Zeit der Gebärungsüberprüfung führte nur die Medizinische Universität Wien anlassbezogen solche Überprüfungen durch.

(3) Rezertifizierungen mit einer Evaluierung, ob die Genehmigungsvoraussetzungen nach Ablauf einer bestimmten Zeit weiterhin vorlagen, sah nur die Medizinische Universität Wien vor.

- 17.2 Der RH hielt fest, dass die Medizinische Universität Graz keine Vor–Ort–Überprüfungen in den Lehrkrankenhäusern und Lehrordinationen durchführte, die Medizinische Universität Wien nur anlassbezogen. In dem Zusammenhang anerkannte er, dass die Medizinische Universität Wien die Anerkennung von Lehrkrankenhäusern und Lehrordinationen befristete und Rezertifizierungen als Qualitätssicherungsmaßnahme vorsah.

Der RH empfahl den Medizinischen Universitäten Graz und Wien, stichprobenartig (nicht nur anlassbezogen) auch durch Vor–Ort–Besuche zu überprüfen, ob die Lehrkrankenhäuser und Lehrordinationen die Voraussetzungen zur Ausbildung der Studierenden erfüllen.

Der Medizinischen Universität Graz empfahl der RH darüber hinaus, die Anerkennungen von Lehrordinationen zu befristen und diese sowie jene ihrer Lehrkrankenhäuser erst nach positiven Evaluierungen zu rezertifizieren.

- 17.3 (1) Laut Stellungnahme der Medizinischen Universität Graz sehe sie die unbefristeten Verträge mit den Lehrordinationsinhaberinnen und –inhabern nicht als zeitlich unbegrenzt an: Wenn z.B. das Refresher–Seminar nicht besucht werde und/oder die Evaluierung durch die Studierenden nicht positiv ausfalle (nach Prüfung der Richtigkeit), könne und werde die Medizinische Universität Graz die Kooperationsvereinbarung kündigen. Stichprobenartige Vor–Ort–Besuche seien aus Sicht der Medizinischen Universität Graz wünschenswert, aber aufgrund der Ressourcenknappheit vor allem bei Bedarf vorgesehen. Sie werde sich bemühen, die Empfehlungen mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln umzusetzen.

(2) Die Österreichische Ärztekammer teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sie das Instrument der Visitation – ebenso wie der RH – als wesentlichen Aspekt zur Qualitätssicherung erachte und die Empfehlung stichprobenartiger Vor–Ort–Besuche in Lehrkrankenhäusern unterstütze.

Ärzteausbildung

Entwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen

- 18.1 (1) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren die wesentlichen rechtlichen Grundlagen der Ärzteausbildung das Ärztegesetz 1998, die Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015 sowie die von der Österreichischen Ärztekammer erlassenen Verordnungen, insbesondere die Verordnung über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse⁵⁴, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher (**KEF und RZ–V 2015**).

⁵⁴ Das Rasterzeugnis war der Nachweis über die mit Erfolg zurückgelegte Ärzteausbildung; die Inhalte (z.B. Richtzahlen) waren durch Verordnung der Österreichischen Ärztekammer festgelegt.

(2) Die nachfolgende Tabelle zeigt die wesentlichen rechtlichen Entwicklungen in der Ärzteausbildung von 2008 bis 2020:

Tabelle 5: Wesentliche rechtliche Änderungen in der Ärzteausbildung 2008 bis 2020

Datum Kundmachung	Quelle	wesentliche Inhalte (Auswahl)
Juli 2008	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 105/2008 (Reformvereinbarung 2008)	– Übertragung der Zuständigkeit für Anerkennung von ärztlichen Ausbildungsstätten bzw. –stellen an eine eigene Bundesbehörde geplant; in der Folge nicht umgesetzt
Juli 2009	12. Ärztegesetz–Novelle, BGBl. I 62/2009	– Festsetzung des Fachärzteschlüssels für Ausbildungsstellen – Verordnungsermächtigung für Mangelfächer
Dezember 2009	13. Ärztegesetz–Novelle, BGBl. I 144/2009	– Neuordnung des ärztlichen Kammerrechts (Zuordnung der Aufgaben zum eigenen und zum übertragenen Wirkungsbereich) – Abschaffung der Ausbildungskommissionen in den Landesärztekammern
Oktober 2013	Änderung Reformvereinbarung 2008, BGBl. I 199/2013 (Reformvereinbarung 2013)	– Einrichtung Ärzte–Ausbildungskommission, Leitung Gesundheitsministerium, Beratung bei Planung, Steuerung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung Ärzteausbildung
November 2014	Änderung u.a. Ärztegesetz 1998, BGBl. I 82/2014	– Einführung der neunmonatigen Basisausbildung – Verlängerung der Ausbildung Allgemeinmedizin um sechs Monate (auf insgesamt 42 Monate) – verpflichtende Lehrpraxis für die Allgemeinmedizin – verschiedene Qualitätssicherungselemente – Rezertifizierung der Ausbildungsstätten nach sieben Jahren – elektronische Meldeverpflichtung (Ausbildungsstellenverwaltung)
Mai 2015	Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015, BGBl. II 147/2015	– Definition Allgemeinmedizin und Sonderfächer – Definition Planungsinstrumente
Juni 2015	KEF und RZ–V 2015 ¹ , Stammfassung	– Ausbildungsinhalte Allgemeinmedizin und Sonderfächer – Richtzahlen pro Fachgebiet
Juni 2016	1. Novelle KEF und RZ–V 2015	– Verpflichtung zur Führung von Logbüchern der Österreichischen Ärztekammer
Dezember 2016	Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über die Durchführung von Visitationen (Visitationsverordnung 2017), Stammfassung	– Regelungen: z.B. Auswahl der zu visitierenden Ausbildungsstätten, Visitationsteam, Organisation, Visitationsbericht
Juli 2017	Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 98/2017 (Reformvereinbarung 2017)	– Zielsetzung: Etablierung einer bundesweit einheitlichen Förderung von Lehrpraxen
Mai 2018	1. Novelle Visitationsverordnung 2017	– Visitationen auch in anerkannten Ausbildungsstätten für die Basisausbildung
März 2019	Änderung u.a. Ärztegesetz 1998, BGBl. I 20/2019	– Regelungen zu Turnusärztinnen und Turnusärzten im Notarztwesen
Dezember 2019	3. Novelle KEF und RZ–V 2015	– für einige Sonderfächer Änderungen bei Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten

Datum Kundmachung	Quelle	wesentliche Inhalte (Auswahl)
März 2020	2. COVID-19-Gesetz, BGBl. I 16/2020	– Änderung Ärztegesetz 1998 hinsichtlich selbstständigeren Tätigwerdens von Turnusärztinnen und Turnusärzten bei Pandemie
April und Juli 2020	Aufhebung von Ärztegesetz-Bestimmungen durch Verfassungsgerichtshof, BGBl. I 26/2020, BGBl. I 70/2020	– Rücknahme der Zuständigkeit der Österreichischen Ärztekammer für Aberkennungsverfahren betreffend fachärztliche Ausbildungsstätten
Juli 2020	Ärztegesetz–Novelle 2020, BGBl. I 86/2020	– Meldung der Besetzung von Lehrpraxen direkt an die Österreichische Ärztekammer

¹ Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher

Quellen: ärztrechtliche Grundlagen

Seit 2008 gab es eine Reihe von Änderungen im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung. Ein zentraler Schritt dabei war vor allem nach jahrelangen Bemühungen die Ausbildungsreform 2014/15 mit der Ärztegesetz–Novelle 2014 und den darauf basierenden Verordnungen; dies, nachdem die Ärzteausbildung über Jahrzehnte im Wesentlichen unverändert geblieben war. Diese Ausbildungsreform hatte auch maßgebliche finanzielle Auswirkungen ([TZ 35](#), [TZ 50](#), [TZ 51](#)).

(3) Den Änderungen ging eine Neuordnung des ärztlichen Kammerrechts voran, in deren Rahmen die Zuständigkeit für Genehmigungsverfahren von Ausbildungsstätten vom Gesundheitsministerium auf die Österreichische Ärztekammer überging.⁵⁵ Mit der 5. Ärztegesetz–Novelle von Dezember 2003⁵⁶ erhielt die Österreichische Ärztekammer weitere Kompetenzen, so u.a. weitreichende Verordnungsermächtigungen im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung – allerdings unter Genehmigungsvorbehalt der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers.

(4) Mit der 13. Ärztegesetz–Novelle⁵⁷ vom Dezember 2009 wurden u.a. die Aufgaben der Österreichischen Ärztekammer zum eigenen weisungsfreien und zum neu eingeführten übertragenen Wirkungsbereich⁵⁸ zugeordnet. Im übertragenen Wirkungsbereich bestand ein Weisungsrecht der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers. Die Verfahren zur An- und Aberkennung von Ausbildungsstätten im Krankenanstaltenbereich waren dem übertragenen Wirkungsbereich

⁵⁵ Verwaltungsreformgesetz 2001, BGBl. I 65/2002

⁵⁶ BGBl. I 140/2003

⁵⁷ Die Änderungen erfolgten aufgrund einer B–VG–Novelle (BGBl. I 2/2008), mit der die „nicht-territoriale Selbstverwaltung“ im B–VG (Art. 120a bis 120c) verankert und somit den Kammern eine verfassungsrechtliche Grundlage gegeben wurde. Demnach waren die Aufgaben eines Selbstverwaltungskörpers per Gesetz zum eigenen und zum übertragenen Wirkungsbereich zuzuordnen und eine Weisungsbindung für die Aufgaben im übertragenen Wirkungsbereich zu normieren.

⁵⁸ §§ 117b und 117c Ärztegesetz 1998

zugeordnet, die Verfahren betreffend Lehrpraxen im niedergelassenen Bereich dem eigenen Wirkungsbereich der Österreichischen Ärztekammer.

(5) Im Jahr 2020 hob der Verfassungsgerichtshof⁵⁹ Bestimmungen des Ärztegesetzes 1998 mit Wirksamkeit 1. April 2021 als verfassungswidrig auf, die u.a. die Durchführung von Verfahren zur Aberkennung fachärztlicher Ausbildungsstätten betrafen. Es hätte diesbezüglich zum Tätigwerden der Österreichischen Ärztekammer als Bundesbehörde im übertragenen Wirkungsbereich der Zustimmung der Länder bedurft.⁶⁰

Laut Angaben des Gesundheitsministeriums zur Zeit der Gebarungsüberprüfung würden dazu Gespräche u.a. mit den Ländern und der Österreichischen Ärztekammer stattfinden. Nachdem bisher eine Einigung fehle, sei Ziel, die vom Verfassungsgerichtshof aufgehobenen Bestimmungen betreffend Aberkennungsverfahren bis Juni 2021 zu reparieren; bis dahin seien ab April 2021 für etwaige Aberkennungsverfahren „automatisch“ die Länder in mittelbarer Bundesverwaltung zuständig. Ende Mai 2021 war eine Neuregelung dieser Zuständigkeit noch offen, obwohl die Aufhebung mit 1. April 2021 wirksam wurde.

Geplant sei, auch etwa die Zuständigkeit für ärztrechtliche Anerkennungsverfahren unter Einbeziehung der Länder (neu) zu regeln, um allfällige weitere Aufhebungen durch den Verfassungsgerichtshof zu vermeiden. Es gebe verschiedene Möglichkeiten, z.B. Verbleib der Zuständigkeit bei der Österreichischen Ärztekammer oder Übertragung an die Bezirksverwaltungsbehörden oder an einen Dritten (z.B. eine eigene GmbH).

- 18.2 Der RH hielt fest, dass die grundsätzliche Ausgestaltung der Ärzteausbildung über Jahrzehnte im Wesentlichen unverändert geblieben war, bevor nach jahrelangen Bemühungen die Ärzteausbildung durch die Ausbildungsreform 2014/15 umfassend neu gestaltet wurde. Für die österreichweit einheitliche Durchführung etwa der ärztrechtlichen Ausbildungsstättenverfahren war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung die Österreichische Ärztekammer zuständig.

In diesem Zusammenhang wies der RH darauf hin, dass der Verfassungsgerichtshof wesentliche Bestimmungen des Ärztegesetzes 1998, die u.a. die Durchführung von Verfahren betreffend Aberkennung fachärztlicher Ausbildungsstätten durch die Österreichische Ärztekammer betrafen, im März 2020 bzw. Juni 2020 mit Wirksam-

⁵⁹ VfGH 5. März 2020, G 157/2019–16, V 54/2019–16, VfGH 12. Juni 2020, G 252/2019–13, V 86/2019–13

⁶⁰ Obwohl die Ermächtigung gemäß Art. 120b Abs. 2 B–VG bestand, Selbstverwaltungskörpern – so auch der Österreichischen Ärztekammer – Aufgaben staatlicher Verwaltung zu übertragen, hätte dies nur mit Zustimmung der Länder gemäß Art. 102 Abs. 4 B–VG erfolgen dürfen. Denn in Art. 102 Abs. 2 B–VG war der Kompetenztatbestand „Gesundheitswesen“ des Art. 10 Abs. 1 Z 12 B–VG, auf den sich die Bestimmungen über die Anerkennung als Ausbildungsstätte sowie über die Eintragung in die bzw. die Streichung aus der Ärzteliste stützten, nicht angeführt und wäre somit nicht in unmittelbarer Bundesverwaltung ohne sonstige verfassungsgesetzliche Ermächtigung zu vollziehen gewesen.

keit 1. April 2021 als verfassungswidrig aufhob und das Gesundheitsministerium eine diesbezügliche Reparatur plante. Er hielt fest, dass Ende Mai 2021 eine Neuregelung noch offen und erst bis Juni 2021 geplant war.

Darüber hinaus wies der RH darauf hin, dass das Gesundheitsministerium beabsichtigte, auch etwa die Zuständigkeit für ärztrechtliche Anerkennungsverfahren unter Einbeziehung der Länder (neu) zu regeln, um allfällige weitere Aufhebungen durch den Verfassungsgerichtshof zu vermeiden.⁶¹

- 18.3 Die Österreichische Ärztekammer führte in ihrer Stellungnahme aus, dass mit der Ärztegesetz–Novelle BGBl. I 172/2021 die Anerkennung, Zurücknahme bzw. Einschränkung von Ausbildungsstätten und die Festsetzung von Ausbildungsstellen neu geregelt worden seien. Diese Novelle sehe vor, dass die Anerkennung von Ausbildungsstätten und –stellen bzw. deren Zurücknahme und Einschränkung ab 2023 die Bezirksverwaltungsbehörden zu vollziehen hätten. Die Führung der Ausbildungsstellenverwaltung sei in der Novelle derart mangelhaft geregelt, dass ihr künftiger Einsatz derzeit unklar sei, Gleiches gelte für das Ausbildungsstättenverzeichnis. Nicht zuletzt würden durch diese Novelle – sofern keine entsprechende Ersatzlösung geschaffen werde – die bisherigen finanziellen Aufwände der Österreichischen Ärztekammer für die Einrichtung dieser Strukturen frustriert.

Besonders kritisch sei in diesem Zusammenhang, dass dadurch künftige Planungen zur Umsetzung von Maßnahmen im Gesundheitswesen erschwert würden. So solle, aufgrund der Ärztegesetz–Novelle, offensichtlich die Führung der Ausbildungsstellenverwaltung (bzw. auch des Ausbildungsstättenverzeichnisses) an die Länder übergehen. Dadurch werde sich nicht nur der Verwaltungsaufwand für die Führung von neun Ausbildungsstellenverwaltungen (Datenweitergabe durch die Bezirksverwaltungsbehörden, Erfassung durch Länderbehörden?) erhöhen, sondern würden die Datenqualität und Verfügbarkeit beeinträchtigt. Dies berühre auch die Grundlage für die Empfehlungen des RH und die Umsetzung der Maßnahmen.

Zu befürchten sei auch, dass es durch die „geplante“ Dezentralisierung der bewährte zentral geführten Verwaltungsverfahren zur Anerkennung und Zurücknahme bzw. Einschränkung von Ausbildungsstätten bis auf Bezirksverwaltungsebene neben einer Zersplitterung zu einer unterschiedlichen Spruchpraxis je Bundesland bzw. Bezirk, zu mangelnder Steuerung, Qualitätsverlust und Verlust der medizinischen Expertise zur Beurteilung von Ausbildungsstätten komme. Eine Steuerung der Ausbildungskapazitäten nach Bedarf (TZ 38, TZ 40) und nicht durch die Anzahl der verfügbaren und tatsächlich besetzten Dienstposten als Einflussfaktor auf die künftige Zahl an selbstständig berufsberechtigten Ärztinnen und Ärzten sowie die Prognosegenauigkeit der Bedarfsanalysen würden damit in weite Ferne rücken.

⁶¹ BGBl. I 172/2021; nähere Ausführungen in TZ 1

Trotz der Ärztegesetz–Novelle sei gemäß den rechtlichen Vorgaben aktuell (September 2021) die Österreichische Ärztekammer für die genannten Agenden zuständig; sie habe auch die im Jahr 2022 beginnende Rezertifizierungsphase zu planen und durchzuführen. Hierzu habe sie die notwendigen organisatorischen und finanziellen Aufwendungen vorzuhalten, obwohl nach wie vor klare und vollziehbare Kriterien fehlten (TZ 50).

- 18.4 Der RH hielt gegenüber der Österreichischen Ärztekammer nochmals (TZ 1) fest, dass der Nationalrat die relevante Novelle des Ärztegesetzes 1998, BGBl. I 172/2021, erst nach der Übermittlung des Prüfungsergebnisses an die überprüften Stellen beschloss. Der vorliegende Bericht basiert daher auf der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Rechtslage vor Beschluss und Inkrafttreten dieser Ärztegesetz–Novelle.

Inwiefern die mit der Novelle voraussichtlich verbundenen Änderungen im Bereich Ärzteausbildung mit einer effizienteren, kostengünstigeren, einfacheren und transparenteren Verwaltung verbunden sind, oder ob die Einwände der Österreichischen Ärztekammer zutreffen, bleibt einer allfälligen Gebarungsüberprüfung vorbehalten.

Kommissionen für die Ärzteausbildung

Ausbildungskommission 2011

- 19 (1) Im Frühjahr 2011 beauftragte der damalige Gesundheitsminister eine Arbeitsgruppe „Ausbildungskommission“ (in der Folge: **Ausbildungskommission 2011**) mit der Erarbeitung von zukunftsorientierten Empfehlungen für eine Ausbildungsreform. Die zwölf Mitglieder kamen von Krankenanstaltenträgern, vom Hauptverband, der Österreichischen Ärztekammer und von öffentlichen Medizinischen Universitäten; den Vorsitz übernahm das Gesundheitsministerium.

Ziel war die Schaffung eines durchgängigen, abgestimmten Konzepts vom Studium der Humanmedizin bis zur selbstständigen Berufsberechtigung, um die medizinische Ausbildung in Österreich auf einem hohen internationalen Standard zu halten. Zudem sollte u.a. die allgemeinmedizinische Ausbildung aufgewertet werden. Eine langfristige, sektorenübergreifende Bedarfsplanung zur allgemeinmedizinischen Ausbildung war ebenfalls Thema.

(2) Der Bericht der Ausbildungskommission „Reform der Ärzteausbildung – Bericht über den Zeitraum März – Dezember 2011“ aus 2011 legte im Wesentlichen bereits die Eckpunkte der neuen Struktur der Ärzteausbildung fest. So waren im universitären Bereich u.a. die verpflichtende Einführung eines Klinisch–Praktischen Jahres und in der Ärzteausbildung z.B. die verpflichtende neunmonatige Basisausbildung sowie für die Allgemeinmedizin eine Ausbildungsverlängerung unter Änderung des Ausbil-

dungsschemas samt einer verpflichtenden Lehrpraxis festgehalten. Allerdings hätte dem Bericht zufolge die allgemeinmedizinische Ausbildung unmittelbar sechs Monate länger dauern sollen (48 Monate statt – wie letztlich beschlossen – 42 Monate); dies u.a. unter Einbeziehung des Fachgebiets Neurologie (TZ 27).

Kommission für die ärztliche Ausbildung gemäß Art. 44 der Reformvereinbarung 2013

- 20.1 (1) Die Reformvereinbarung 2013 sah in Art. 44 die Einrichtung der Ärzte–Ausbildungskommission unter Einbeziehung der Länder, der Träger der Sozialversicherung, der Österreichischen Ärztekammer und der Krankenanstaltenträger vor. Laut den Erläuterungen sollten alle Verantwortungsträger der öffentlichen Gesundheitsversorgung dazu verpflichtet werden, gemeinsam die in Art. 44 genannten Fragestellungen zu beraten, weil Fragen der Ärzteausbildung nicht nur die Interessen dieser Berufsgruppe betrafen.

Aufgabe der Ärzte–Ausbildungskommission war laut Reformvereinbarung 2013 die Beratung in Angelegenheiten der Planung, Steuerung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der ärztlichen Ausbildung. Laut ihrer Geschäftsordnung aus 2013 gehörten dazu u.a. die Erarbeitung von Planungsgrundsätzen und –inhalten für die Verteilung von Ausbildungskapazitäten sowie von Überwachungs– und Steuerungsinstrumenten für die bedarfsorientierte Schaffung und Nutzung von Ausbildungskapazitäten.

(2) Gemäß § 8 Bundesministeriengesetz 1986 oblag der zuständigen Bundesministerin bzw. dem zuständigen Bundesminister die Zusammensetzung der von ihr bzw. ihm eingesetzten Kommission. Im Frühjahr 2013 legte der damalige Gesundheitsminister für die Ärzte–Ausbildungskommission die Anzahl von 15 Mitgliedern und deren gleichmäßige Verteilung auf die in Art. 44 der Reformvereinbarung 2013 genannten Gebietskörperschaften bzw. Institutionen fest.

Die Ärzte–Ausbildungskommission setzte sich schließlich aus 15 Vertreterinnen und Vertretern folgender Bereiche zusammen:

- Gesundheitsministerium (Vorsitz und zwei weitere Mitglieder),
- Länder (Kärnten, Niederösterreich und Wien – jeweils ein Mitglied),
- Hauptverband (drei Mitglieder),
- Österreichische Ärztekammer (drei Mitglieder) und
- Krankenanstaltenträger (drei Mitglieder).

Bedienstete anderer Bundesministerien durften laut Geschäftsordnung der Ärzte–Ausbildungskommission an ihren Sitzungen teilnehmen. Ihnen kam jedoch kein Antrags– und Stimmrecht zu.

(3) Die Reformvereinbarung 2017 erwähnte die Ärzte–Ausbildungskommission nicht mehr, sie war aber weiterhin im Ärztegesetz 1998⁶² sowie in den Krankenanstaltengesetzen der Länder verankert.

(4) Im Frühjahr 2018 änderte sich die Geschäftsordnung der Ärzte–Ausbildungskommission⁶³ folgendermaßen:

- Erhöhung der Mitgliederzahl von 15 auf 21,
- Vertretung aller neun Länder (statt bisher drei Länder),
- mögliche Teilnahme von Bediensteten der Medizinischen Universitäten (ohne Antrags– und Stimmrecht).

Die nunmehrige Vergrößerung der Ärzte–Ausbildungskommission begründete das Gesundheitsministerium mit mehr „Achtung auf eine ausgewogene, paritätische Zusammensetzung“ und mit einer „bundesweit einheitlich zu erfolgenden Umsetzung der Förderabwicklung der Lehrpraxen“.

(5) Weder Art. 44 der Reformvereinbarung 2013 noch die Geschäftsordnungen der Ärzte–Ausbildungskommission sahen das Wissenschaftsministerium und die Medizinischen Universitäten als Mitglieder vor; ihre Teilnahme ohne Antrags– und Stimmrecht war jedoch (für die Medizinischen Universitäten ab 2018) möglich.

Das Wissenschaftsministerium nahm bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung an den Sitzungen der Ärzte–Ausbildungskommission nicht teil. Laut Gesundheitsministerium seien Abstimmungen mit dem Wissenschaftsministerium auf informellem Weg erfolgt.

Zur Teilnahme bzw. Vertretung der Medizinischen Universitäten gab es unterschiedliche Auffassungen. So war – einer aktenmäßigen Erledigung des Gesundheitsministeriums aus 2013 zufolge – ein Bediensteter der Medizinischen Universität Wien, der gleichzeitig Primar am Universitätsklinikum – Allgemeines Krankenhaus Wien war, als Vertreter der Krankenanstaltenträger festgelegt. Laut Medizinischer Universität Wien vertrat dieser hingegen alle Medizinischen Universitäten. Die Medizinische Universität Graz wiederum sah sich in der Ärzte–Ausbildungskommission nicht vertreten.

(6) Von Beginn an zog die Ärzte–Ausbildungskommission immer wieder Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen bei. Regelmäßig nahm etwa der Leiter der Rechtsabteilung der Medizinischen Universität Wien an ihren Sitzungen teil.

⁶² §§ 7 Abs. 4, 10 Abs. 5, 13a Abs. 1 und 196 Ärztegesetz 1998

⁶³ Ärzte–Ausbildungskommission, Protokoll der 22. Sitzung vom 13. März 2018

- 20.2 Der RH hielt kritisch fest, dass in der Ärzte–Ausbildungskommission bis 2018 nicht alle Länder vertreten waren, obwohl die Reformvereinbarung 2013 ihre Einbeziehung vorsah. Damit wurde der Intention der Einrichtung dieser Kommission, dass alle Verantwortungsträger gemeinsam die in Art. 44 genannten Fragestellungen beraten, erst ab 2018 vollständig entsprochen.

Der RH wies darauf hin, dass das Wissenschaftsministerium und die Medizinischen Universitäten als Mitglieder der Ärzte–Ausbildungskommission nicht vorgesehen waren. Auffassungsunterschiede gab es u.a. zur Funktion eines Primars des Universitätsklinikums – Allgemeines Krankenhaus Wien.

[Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, klarzustellen, welches Mitglied der Ärzte–Ausbildungskommission welche Einrichtung bzw. Gebietskörperschaft vertritt.](#)

Der RH vertrat die Auffassung, dass für eine langfristige, gesamthafte und bedarfsgerechte Planung, Steuerung und Weiterentwicklung der gesamten ärztlichen Ausbildung – vom Studium der Humanmedizin bis zur selbstständigen ärztlichen Berufsberechtigung – und damit der künftigen ärztlichen Versorgungssituation die gleichberechtigte Einbeziehung aller beteiligten Einrichtungen in die Ärzte–Ausbildungskommission zweckmäßig wäre. Dies unter Berücksichtigung der jeweiligen Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

[Vor diesem Hintergrund und zur Umsetzung dieser gemeinsamen Aufgabe empfahl der RH dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit dem Wissenschaftsministerium und den Medizinischen Universitäten Zielsetzung, Auftrag, Konzeption und Zusammensetzung der Ärzte–Ausbildungskommission sowie deren Aufgabenspektrum \(neu\) zu definieren und dies in der Geschäftsordnung festzulegen.](#)

- 20.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums sei in der Geschäftsordnung der Ärzte–Ausbildungskommission mittlerweile festgelegt, welche Organisation mit wie vielen Personen vertreten sei. In der Sitzung der Ärzte–Ausbildungskommission am 31. Mai 2021 seien nach Umstrukturierungen und Neunominierungen von den vertretenen Organisationen die Personen klargestellt worden, welche diese Organisationen in der Kommission repräsentieren würden. Da in der Ärzte–Ausbildungskommission derzeit alle für die Ausbildung Verantwortlichen bzw. die Finanziere der Ausbildung vertreten seien, erscheine die Einbeziehung zusätzlicher Institutionen in die Ärzte–Ausbildungskommission nicht notwendig.
- (2) Laut Stellungnahme der Medizinischen Universität Wien begrüße sie Vertreterinnen bzw. Vertreter der Medizinischen Universitäten als stimmberechtigte Mitglieder in der Ärzte–Ausbildungskommission.

- 20.4 Der RH nahm gegenüber dem Gesundheitsministerium die Klarstellung zur Zusammensetzung der Ärzte–Ausbildungskommission zur Kenntnis. Er hielt neuerlich fest, dass das Wissenschaftsministerium und die Medizinischen Universitäten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine Mitglieder der Ärzte–Ausbildungskommission waren. Vor dem Hintergrund, dass für eine langfristige, gesamthafte und bedarfsgerechte Planung, Steuerung und Weiterentwicklung der gesamten ärztlichen Ausbildung und damit der künftigen ärztlichen Versorgungssituation die gleichberechtigte Einbeziehung aller beteiligten Einrichtungen in die Ärzte–Ausbildungskommission zweckmäßig war, verblieb der RH bei seiner Empfehlung, gemeinsam mit dem Wissenschaftsministerium und den Medizinischen Universitäten Zielsetzung, Auftrag, Konzeption und Zusammensetzung der Ärzte–Ausbildungskommission sowie deren Aufgabenspektrum (neu) zu definieren und dies in der Geschäftsordnung festzulegen.

Evaluierungen und Visitationen

- 21.1 (1) Trotz der maßgeblichen Neugestaltung der Ärzteausbildung im Rahmen der Ausbildungsreform 2014/15 (z.B. Einführung der Basisausbildung, Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung um mindestens sechs Monate) sahen die ärzterechtlichen Grundlagen keine umfassende Evaluierung der Ärzteausbildung Neu vor.

(2) Mit dem Ziel, die Ausbildungsqualität sicherzustellen, ließ die Österreichische Ärztekammer seit 2011 kontinuierlich Evaluierungen der ärztlichen Ausbildung durchführen (Kosten pro Evaluierung rd. 33.000 EUR); anfangs betrafen diese nur die allgemeinmedizinische Ausbildung, ab 2015 folgten Basis– und Facharztausbildung. Mittels eines Online–Fragebogens beantworteten Turnusärztinnen und Turnusärzte verschiedene Fragenkomplexe (z.B. Ausbildungsqualität, Ausbildungsorganisation, Arbeitsabläufe, Arbeitsbelastung), die nach dem Schulnotensystem ausgewertet wurden.

So war 2019 die Gesamtbewertung bei der fachärztlichen Ausbildung mit 2,30 am besten, die allgemeinmedizinische Ausbildung wurde mit 2,45 und die Basisausbildung mit 2,37 bewertet. Im Zeitverlauf ergab sich für die Basisausbildung und die allgemeinmedizinische Ausbildung ein positiver Trend. Die Bewertung der fachärztlichen Ausbildung war stabil. Die Bewertung der Ausbildung nach der Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015 (Allgemeinmedizin: 2,41) fiel geringfügig besser aus als jene nach der Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2006 (Allgemeinmedizin: 2,50).

(3) Die Ärzte–Ausbildungskommission thematisierte die von der Österreichischen Ärztekammer beauftragten Evaluierungen der Ärzteausbildung kaum; sie war vorab in die Konzeption bzw. Gestaltung dieser Evaluierungen nicht eingebunden.

(4) Im Zusammenhang mit der Einführung der verpflichtenden Lehrpraxis für das Fachgebiet Allgemeinmedizin waren verschiedene Evaluierungen vorgesehen, z.B. im Ärztegesetz 1998⁶⁴ (ab Juni 2022). Vom Dezember 2020 stammte der Bericht des Dachverbands über die von der Bundes-Zielsteuerungskommission beauftragte Evaluierung der Lehrpraxisförderung u.a. betreffend die Erhöhung des Eigenanteils der Lehrpraxisinhaberin bzw. des Lehrpraxisinhabers (**TZ 31**). Die Österreichische Ärztekammer führte im Herbst 2020 eine eigene Online-Umfrage zur Lehrpraxis u.a. über den Lerngewinn und die Zufriedenheit der Lehrpraktikantinnen und –praktikanten sowie der Lehrpraxisinhaberinnen und –inhaber durch, die überwiegend positive Ergebnisse brachte.

Darüber hinaus sah der Lehrpraxis-Gesamtvertrag zwischen Österreichischer Ärztekammer und Hauptverband⁶⁵ eine Evaluierung des Gesamtvertrags vor, die u.a. die Kernthemen Leistungsausweitung, Verbleib der Lehrpraktikantinnen bzw. –praktikanten als Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im System und Ausbildungsqualität umfassen sollte. Diese lag bis Oktober 2020 noch nicht vor.

- 21.2 Der RH hielt fest, dass trotz der maßgeblichen Neugestaltung der Ärzteausbildung keine umfassende Evaluierung der Ärzteausbildung Neu vorgesehen war. Weiters wies er darauf hin, dass die Evaluierungen der Österreichischen Ärztekammer in der Ärzte-Ausbildungskommission kaum thematisiert wurden und diese Kommission in die Konzeption bzw. Gestaltung der Evaluierung vorab nicht eingebunden war.

In diesem Zusammenhang hielt der RH fest, dass das Regierungsprogramm 2020–2024 eine Neugestaltung der Ärzteausbildung vorsah. Dafür war es aus Sicht des RH zweckmäßig, die Schwachstellen und Verbesserungspotenziale der Ärzteausbildung umfassend zu kennen, um darauf im Rahmen einer Neugestaltung gezielt reagieren zu können.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, darauf hinzuwirken, dass sich die Ärzte-Ausbildungskommission verstärkt mit den Evaluierungsergebnissen der Österreichischen Ärztekammer zur Ärzteausbildung befasst, um daraus gemeinsam Verbesserungsmaßnahmen bzw. –vorschläge ableiten zu können. Gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer wären Lösungen zu entwickeln, wie sich die Ärzte-Ausbildungskommission aktiv in die Konzeption der Evaluierung einbringen kann. Erforderlichenfalls sollte das Gesundheitsministerium ergänzende Evaluierungen durchführen.

⁶⁴ § 235 Abs. 8 Ärztegesetz 1998

⁶⁵ Entsprechend der Reformvereinbarung 2017 wurde am 31. März 2017 der Gesamtvertrag über den Einsatz von Turnusärztinnen und Turnusärzten bei Vertragsärztinnen und Vertragsärzten und in Vertragsgruppenpraxen (Lehrpraxis-Gesamtvertrag) abgeschlossen. Dieser regelte u.a., dass die von der Lehrpraktikantin bzw. vom Lehrpraktikanten erbrachten Leistungen nach der für das jeweilige Fachgebiet geltenden, gesamtvertraglichen Honorarordnung des jeweiligen Krankenversicherungsträgers verrechenbar waren.

21.3 (1) Das Gesundheitsministerium verwies zur Empfehlung nach einer aktiven Einbringung der Ärzte–Ausbildungskommission in die Konzeption der Ausbildungs–Evaluierung der Österreichischen Ärztekammer und erforderlichenfalls ergänzenden Evaluierungen auf seine Stellungnahme zu **TZ 20**, wonach die Einbeziehung zusätzlicher Institutionen in die Ärzte–Ausbildungskommission nicht notwendig erscheine. Die Empfehlung zur verstärkten Befassung der Ärzte–Ausbildungskommission mit den Evaluierungsergebnissen der Österreichischen Ärztekammer und zur Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen werde in einer der nächsten Kommissionssitzungen thematisiert.

(2) Laut Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer habe die Bundeskurie Angestellte Ärzte auf eigene Initiative und Kosten jährlich eine Ausbildungsevaluierung durchgeführt, deren Ergebnisse dem Gesundheitsministerium mit der Bitte um Besprechung übermittelt worden seien. Zumeist habe die Österreichische Ärztekammer die Ergebnisse auch persönlich der Gesundheitsministerin bzw. dem Gesundheitsminister präsentiert. Auf Grundlage der Ergebnisse der Ausbildungsevaluierung würden oftmals über Empfehlung der Landesärztekammer anlassbezogene Visitationen durchgeführt. Die Kritik des RH an einer mangelnden Einbindung der relevanten Institutionen im Gesundheitswesen weise sie daher zurück. Die Österreichische Ärztekammer sei stets bemüht gewesen, die georteten Schwachstellen und Verbesserungspotenziale im Bereich der Ausbildung zu diskutieren und an deren Behebung mitzuarbeiten.

21.4 (1) Der RH hielt gegenüber dem Gesundheitsministerium fest, dass eine seiner Empfehlungen an das Gesundheitsministerium darauf gerichtet war, gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer Lösungen zu entwickeln, wie sich die Ärzte–Ausbildungskommission vorab aktiv in die Konzeption der Ausbildungs–Evaluierung der Österreichischen Ärztekammer einbringen kann und erforderlichenfalls ergänzende Evaluierungen durchzuführen. Diese Empfehlung stand nicht in Zusammenhang mit der Empfehlung des RH in **TZ 20** zur (Neu–)Definition der Ärzte–Ausbildungskommission (Zielsetzung, Auftrag, Konzeption, Zusammensetzung und Aufgabenspektrum). Ergänzend verwies der RH auf seine Gegenäußerung an das Gesundheitsministerium in **TZ 20** zur Zusammensetzung und Weiterentwicklung der Ärzte–Ausbildungskommission.

(2) Gegenüber der Österreichischen Ärztekammer hielt der RH fest, dass er ihre Evaluierungstätigkeit anerkannte und die Evaluierungsergebnisse an mehreren Stellen des Berichts darlegte. Er wies darauf hin, dass er nicht die mangelnde Einbeziehung der betroffenen Institutionen in die Evaluierungsergebnisse durch die Österreichische Ärztekammer kritisierte. Aus Sicht des RH wäre die frühzeitige aktive Einbindung der aufgrund der Reformvereinbarung 2013 beim Gesundheitsministerium eingerichteten Ärzte–Ausbildungskommission, als zentrales Beratungsgremium in Ausbildungsangelegenheiten mit einer Vielzahl unterschiedlicher Stake-

holder, in die Konzeption bzw. Gestaltung der Ausbildungs–Evaluierung der Österreichischen Ärztekammer zweckmäßig. Ebenso sollte sich die Ärzte–Ausbildungskommission verstärkt mit den Evaluierungsergebnissen befassen, um aus dieser Initiative der Österreichischen Ärztekammer den größtmöglichen Nutzen für die Verbesserung der Ärzteausbildung ziehen zu können.

- 22.1 Mangels Rechtsgrundlage konnte die Österreichische Ärztekammer erst nach Erlassung ihrer Visitationsverordnung 2017 (übertragener Wirkungsbereich) wieder Vor–Ort–Visitationen von Ausbildungsstätten durchführen. Diese Verordnung sah – neben anlassbezogenen Visitationen – zusätzlich stichprobenartig pro Halbjahr Visitationen an mindestens zwei anerkannten Ausbildungsstätten vor.

In den Jahren 2017 bis 2019 führte die Österreichische Ärztekammer insgesamt 32 Visitationen durch; die durchschnittlichen Kosten je Visitation betrugen rd. 3.600 EUR.

Der RH hatte bereits mehrfach festgehalten, dass der Zielwert von nur mindestens zwei Stichproben–Visitationen pro Halbjahr angesichts der großen Zahl an Ausbildungsstätten gering war, und dem Gesundheitsministerium empfohlen, auf eine Überprüfung dieses Zielwerts hinzuwirken.⁶⁶ Nach der Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015 gab es rd. 1.880 anerkannte Ausbildungsstätten.

- 22.2 Der RH hielt erneut fest, dass der Zielwert von nur mindestens zwei Stichproben–Visitationen pro Halbjahr durch die Österreichische Ärztekammer angesichts von rd. 1.880 ärztlichen Ausbildungsstätten gering war.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium unter Hinweis auf seinen Bericht „Geburtshilfe–Versorgung in Niederösterreich und Wien“ (Reihe Bund 2021/2, TZ 51) neuerlich, auf eine Überprüfung der Erhöhung des Zielwerts von lediglich zwei Stichproben–Visitationen pro Halbjahr hinzuwirken.

- 22.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums führe die Österreichische Ärztekammer Stichproben–Visitationen einschließlich der damit zusammenhängenden Modalitäten im eigenen Wirkungsbereich durch. Daher liege es auch in ihrer Zuständigkeit, die Anzahl der Stichproben–Visitationen festzulegen.

(2) Die Österreichische Ärztekammer teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sie nunmehr – unter Berücksichtigung der pandemischen Situation – wieder Visitationen in den Krankenanstalten durchführen und allenfalls den Zielwert erhöhen werde. Allerdings gebe es beim Übergang der Anerkennungskompetenz (Ärzte–

⁶⁶ siehe u.a. RH–Bericht „Geburtshilfe–Versorgung in Niederösterreich und Wien“ (Reihe Bund 2021/2, TZ 51)

gesetz–Novelle BGBl. I 172/2021) auch für die Durchführung von Visitationen durch die Österreichische Ärztekammer keine Rechtsgrundlage mehr.

- 22.4 Der RH verwies gegenüber dem Gesundheitsministerium und der Österreichischen Ärztekammer darauf, dass die Erlassung der „Verordnung über die Visitationen“ gemäß § 117c Abs. 2 Z 9 Ärztegesetz 1998 der Österreichischen Ärztekammer im übertragenen Wirkungsbereich oblag. Laut der Visitationsverordnung 2017 (§ 2 Abs. 2) war zusätzlich zu den anlassbezogenen Visitationen pro Halbjahr an mindestens zwei anerkannten Ausbildungsstätten stichprobenartig jeweils eine Visitation durchzuführen. Da gemäß § 195f Ärztegesetz 1998 die Österreichische Ärztekammer bei der Erlassung von Verordnungen des übertragenen Wirkungsbereichs gemäß § 117c Abs. 2 Ärztegesetz 1998 auch weiterhin an die Weisungen der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers gebunden war, verblieb der RH bei seiner Empfehlung.

Ausbildungsabschnitte und –dauer

Basisausbildung

Zeitraum Studienabschluss bis Basisausbildung

- 23.1 (1) Der Zeitraum zwischen Studienabschluss und Beginn der Ärzteausbildung stellte sich – bei einem österreichischen Studienabschlusssdatum ab 2015 – für den Zeitraum 2015 bis 2019 österreichweit wie folgt dar:

Tabelle 6: Zeitraum zwischen Studienabschluss und Beginn der Basisausbildung

	2015		2016		2017		2018		2019	
	Anzahl ¹	in %	Anzahl ¹	in %	Anzahl ¹	in %	Anzahl ¹	in %	Anzahl ¹	in %
0 bis 30 Tage	123	18	194	20	209	21	239	23	256	27
31 bis 90 Tage	216	31	380	40	451	44	441	43	420	45
91 bis 180 Tage	163	24	232	24	216	21	227	22	203	22
181 bis 360 Tage	94	14	79	8	71	7	81	8	49	5
über 361 Tage	95	14	63	7	69	7	33	3	1	0

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: ÖÄK

¹ der Studienabsolventinnen und –absolventen

Der Zeitraum zwischen Studienabschluss und Beginn der Basisausbildung betrug – bezogen auf die Studienabschlussjahre 2018 und 2019 – bei 23 % bzw. 27 % der Studienabsolventinnen und –absolventen bis zu 30 Tagen, bei 43 % bzw. 45 % zwischen 31 und 90 Tagen und bei 8 % bzw. 5 % zwischen 181 und 360 Tagen. Seit 2015 war insgesamt eine Verkürzung erkennbar. Auf Ebene der Länder waren diese Zeiträume sehr unterschiedlich und die Entwicklung schwankend. Von den Studienabsolventinnen und –absolventen 2015 bis 2019 begannen – prozentuell – im Burgenland und in Oberösterreich die meisten eine Basisausbildung innerhalb eines Monats nach Studienabschluss (durchschnittlich 36 %), in Wien die wenigsten (durchschnittlich 12 %). Wien verzeichnete etwa mit durchschnittlich 14 % auch den höchsten Anteil in der Kategorie 181 bis 360 Tage.

(2) Ein österreichweiter Vergleich der Zeiträume zwischen Studienabschluss (2015 bis 2019) und Beginn der Basisausbildung zeigte auch, dass bei nachfolgender allgemeinmedizinischer Ausbildung in diesen Jahren prozentuell weniger Studienabsolventinnen und –absolventen eine Basisausbildung bereits innerhalb eines Monats nach Studienabschluss (2019: 51 %) begannen als bei nachfolgender Sonderfachausbildung (2019: 55 %). In den Ländern waren die Zahlen schwankend; zum Teil fiel das Verhältnis auch zugunsten der Allgemeinmedizin aus.

(3) Von 2015 bis 2018 begannen mehr Studienabsolventen als Studienabsolventinnen eine Basisausbildung; 2019 überwogen die Studienabsolventinnen. In Bezug auf die in Tabelle 6 definierten Zeiträume zwischen Studienabschluss und Beginn der Basisausbildung war das Verhältnis zwischen Studienabsolventinnen und Studienabsolventen im Zeitraum 2015 bis 2018 jeweils unterschiedlich. 2020 war das Verhältnis in allen in Tabelle 6 definierten Zeiträumen nahezu ident; so begannen etwa 27,8 % der Studienabsolventinnen und 27,3 % der Studienabsolventen die Basisausbildung innerhalb eines Monats nach Studienabschluss.

(4) Die Gründe für die Dauer zwischen Studienabschluss und Beginn der Basisausbildung konnten vielfältig sein und etwa durch fehlende Basisausbildungsstellen in den Krankenanstalten und/oder privat bedingt sein. In der Ausbildungsstellenverwaltung der Österreichischen Ärztekammer (TZ 51) waren diese Gründe nicht vermerkt.

23.2 Der RH hielt fest, dass die Zeiträume zwischen Studienabschluss und Beginn der Basisausbildung seit 2015 tendenziell sanken, jedoch betrugen sie 2019 bei 67 % der Studienabsolventinnen und –absolventen zwischen einem Monat und sechs Monaten. Weiters wies der RH auf die Unterschiede zwischen nachfolgender Ausbildung Allgemeinmedizin oder Sonderfach sowie zwischen den Ländern hin. Da die Gründe

für die Dauer zwischen Studienabschluss und Beginn der Basisausbildung in der Ausbildungsstellenverwaltung nicht erfasst wurden, war unklar, ob bzw. in welchem Ausmaß die Zeiträume etwa durch fehlende Basisausbildungsstellen in den Krankenanstalten bedingt waren und sich dadurch der Abschluss der Ärzteausbildung verzögerte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern und der Österreichischen Ärztekammer die Gründe für die Zeiträume zwischen Studienabschluss und Beginn der Basisausbildung zu erheben und Maßnahmen (z.B. Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl an Basisausbildungsstellen in den Krankenanstalten) zu entwickeln, um krankenanstaltenorganisatorische Verzögerungen des Ärzteausbildungsbeginns zu vermeiden bzw. zu reduzieren.

- 23.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums lägen bei der Basisausbildung keine Stellenbeschränkungen vor, da Studienabsolventinnen und Studienabsolventen lediglich dreimal pro Jahr zur Verfügung stünden. Es sei jedoch nicht auszuschließen, dass es in den Krankenanstalten zu unbesetzten Stellen kommen könne, z.B. in den Sommermonaten. Hier könnte eine Abfrage bei den Krankenanstaltenträgern, ob sie immer – vor allem im Sommer – alle Stellen besetzen könnten, zu einer aussagekräftigeren Aussage beitragen. Auch zusätzliche Gründe, wie eine freiwillige Pause vor Beginn der Basisausbildung oder Fortbildungsprogramme, seien in die Interpretation zu den Gründen der Wartezeit zwischen Studienabschluss und Beginn der Basisausbildung miteinzubeziehen.
- 23.4 Der RH nahm von den Ausführungen des Gesundheitsministeriums Kenntnis. Er betonte das Erfordernis einer umfassenden und detaillierten Analyse und wiederholte seine Empfehlung, gemeinsam mit den Ländern und der Österreichischen Ärztekammer die Gründe für die Zeiträume zwischen Studienabschluss und Beginn der Basisausbildung zu erheben und Maßnahmen (z.B. Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl an Basisausbildungsstellen in den Krankenanstalten) zu entwickeln, um krankenanstaltenorganisatorische Verzögerungen des Ärzteausbildungsbeginns zu vermeiden bzw. zu reduzieren.

Konzeption und Inhalte

24.1 (1) Die neunmonatige Basisausbildung war eine der wesentlichen Neuerungen im Rahmen der Ausbildungsreform 2014/15.⁶⁷ Alle Turnusärztinnen und Turnusärzte⁶⁸, die ab 1. Juni 2015 eine Ärzteausbildung begannen, hatten zu Beginn diese Basisausbildung zu absolvieren; danach startete entweder eine allgemeinmedizinische oder fachärztliche Ausbildung. Laut ärztrechtlichen Grundlagen und bezughabenden Erläuterungen waren Ziele der Basisausbildung

- Erwerb klinischer Basiskompetenzen in chirurgischen und konservativen Fachgebieten,
- Befähigung, Notfallsituationen zu erkennen,
- Setzen von Erstmaßnahmen und eine durchgängige Patientenversorgung, bis höherwertigere Hilfe möglich war,
- Diagnostik und Basistherapie der 15 häufigsten Krankheitsbilder⁶⁹.

(2) Nähere Festlegungen zu den Inhalten der Basisausbildung trafen die Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 und die KEF und RZ-V 2015.

⁶⁷ § 6a Ärztegesetz 1998

⁶⁸ Ausnahme: Anatomie; siehe Anlage 3 der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015

⁶⁹ Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen oder Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates, Stoffwechselerkrankungen, psychische Erkrankungen oder cerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Demenz und Schlaganfälle

Die Konzeption der Basisausbildung unterschied sich in einigen wesentlichen Punkten von der darauffolgenden allgemeinmedizinischen oder fachärztlichen Ausbildung:

Tabelle 7: Wesentliche Unterschiede zwischen Basisausbildung und allgemeinmedizinischer oder fachärztlicher Ausbildung

	Basisausbildung	allgemeinmedizinische oder fachärztliche Ausbildung
Absolvierung für alle Turnusärztinnen und Turnusärzte verpflichtend	ja ¹	ja: entweder Allgemeinmedizin oder Sonderfach
Anerkennung als Ausbildungsstätte durch Österreichische Ärztekammer	– nein: allgemeine Krankenanstalt – ja: Sonderkrankenanstalten	ja: Anerkennung je Abteilung bzw. Universitätsklinik oder Lehrpraxis
Festsetzung der Zahl der Ausbildungsstellen durch Österreichische Ärztekammer	nein: Träger bzw. Krankenanstalt entschied selbst über Zahl der Basisausbildungsstellen	ja: Zahl abhängig von der Erfüllung der rechtlich normierten Voraussetzungen
Anerkennung befristet	nein	ja: Rezertifizierung nach sieben Jahren erforderlich
Ausbildungskonzept verpflichtend	nein	ja
Ausbildungsplan verpflichtend	nein	ja
Rasterzeugnis	ja	ja
Richtzahlen im Rasterzeugnis ²	nein	– teilweise: Allgemeinmedizin – häufig: Sonderfach
Logbuch ³ der Österreichischen Ärztekammer vorhanden	ja	nein

¹ Anatomie ausgenommen

Quellen: ärztrechtliche Grundlagen; ÖÄK

² Die Richtzahl war jene Anzahl je Fertigkeit oder Technik für z.B. operative Eingriffe oder Untersuchungen, welche die Turnusärztin bzw. der Turnusarzt selbstständig unter Anleitung und Aufsicht durchführen sollte. Das Rasterzeugnis war der Nachweis über die mit Erfolg zurückgelegte Ärzteausbildung; die Inhalte (z.B. Richtzahlen) waren durch Verordnung der Österreichischen Ärztekammer festgelegt.

³ Ausbildungsbücher (sogenannte Logbücher) der Österreichischen Ärztekammer dienten zur detaillierten Dokumentation der einzelnen Ausbildungsschritte durch die Turnusärztinnen und Turnusärzte und waren von diesen und der bzw. dem Ausbildungsverantwortlichen zu verwenden. Der Inhalt der Logbücher ergab sich den ärztrechtlichen Vorgaben zufolge aus den Rasterzeugnissen.

Wie die Tabelle zeigt, war die Basisausbildung im Unterschied zu den nachfolgenden Ärzteausbildungs-Phasen kaum rechtlichen – zumeist im Interesse der Qualitätssicherung getroffenen – Regelungen unterworfen. Die Anzahl der Basisausbildungsstellen in allgemeinen Krankenanstalten bestimmten die Krankenanstalten bzw. die Krankenanstaltenträger selbst; es gab weder eine Mindest- noch eine Maximalzahl an vorzuhaltenden Basisausbildungsstellen. Zu erfüllende Richtzahlen bei der Erlangung von Fertigkeiten waren nicht vorgesehen. Zwar gab es für die Basisausbildung ein Logbuch der Österreichischen Ärztekammer, dieses gab aber im Wesentlichen nur die Inhalte des Rasterzeugnisses wieder, ohne weitere Klärungen und Detaillierungsgrade aufzuweisen.⁷⁰

⁷⁰ siehe dazu auch den RH-Bericht „Geburtshilfe-Versorgung in Niederösterreich und Wien“ (Reihe Bund 2021/2, TZ 56)

Laut Gesundheitsministerium habe im Hinblick darauf, dass die neustrukturierte Basisausbildung im Rahmen der internistischen und chirurgischen Abteilungen stattzufinden habe, auf eine ausdrückliche „Bewilligung von Stätten und Stellen“ verzichtet werden können. Darüber hinaus sollte auch auf die Studienabschlusstermine der Universitäten (Mai, Juni) Rücksicht genommen werden, so dass ein sofortiger Ausbildungsbeginn erfolgen könne und kein „Flaschenhals“ erzeugt werde.

Die Österreichische Ärztekammer hielt das fehlende Anerkennungsverfahren zwar nicht für optimal, habe diese „Ex-lege-Anerkennung“ aber im Sinne einer Gesamtlösung mitgetragen. Darüber hinaus sollte dies der Verwaltungsvereinfachung und Entbürokratisierung dienen.

Hinsichtlich der Qualitätssicherung verwiesen das Gesundheitsministerium und die Österreichische Ärztekammer auf das Rasterzeugnis und das Logbuch, darüber hinaus sei laut Gesundheitsministerium die Qualität auch dadurch gesichert, dass „die Basisausbildung in jedem Sonderfach integriert“ sei.

(3) Nach den von der Österreichischen Ärztekammer beauftragten regelmäßigen Evaluierungen der Ärzteausbildung beurteilten die Turnusärztinnen und Turnusärzte die Basisausbildung für den Zeitraum Jänner 2017 bis Juni 2019 bezogen auf die einzelnen Länder in der Bandbreite von 2,09 bis 2,54 nach dem Schulnotensystem. Dabei wurden u.a. folgende Problembereiche identifiziert: viele Routineaufgaben mit wenig Lernzuwachs, wenig aktives Lernen, wenig Feedback, fehlende Ausbildungskapazität des Stammpersonals, ungenügende Vorbereitung für einzelne Fächer, fehlende Einführungsgespräche und Einschulungen.⁷¹ Die Turnusärztinnen und Turnusärzte bewerteten etwa das Bemühen der bzw. des Ausbildungsverantwortlichen um die Ausbildung bei der Basisausbildung (2016 bis 2018) deutlich schlechter als bei der allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Ausbildung (2018).

- 24.2 Der RH hielt fest, dass die Ausbildungsreform 2014/15 mit der Basisausbildung eine zentrale Neuerung am Beginn der Ärzteausbildung schuf, die deutlich weniger rechtlichen Vorgaben unterworfen war als die darauffolgende allgemeinmedizinische oder fachärztliche Ausbildung. Zwar gab es für die Basisausbildung ein Logbuch der Österreichischen Ärztekammer, dieses gab aber im Wesentlichen nur die Inhalte des Rasterzeugnisses wieder, ohne weitere Klärungen und Detaillierungsgrade aufzuweisen. Die von der Österreichischen Ärztekammer beauftragten Evaluierungen zeigten deutliches Verbesserungspotenzial für die Basisausbildung, etwa in Hinblick auf einen strukturierten Ablauf bzw. den Umfang der Lerninhalte.

⁷¹ Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch die Studie des Instituts für Sozialpolitik an der Wirtschaftsuniversität Wien zur Frage, welche Faktoren für Medizinabsolventinnen und –absolventen dafür ausschlaggebend wären, ob sie in Österreich ärztlich tätig werden oder sich für eine Karriere im Ausland entschieden: *Buh/Frey/Friedl/Mitrofanenko*, Explaining the emigration patterns of Austrian physicians: A qualitative study of medical graduates (2020).

Der RH empfahl daher dem Gesundheitsministerium, etwa unter Zugrundelegung der Evaluierungsergebnisse weitere Qualitätssicherungsvorgaben (z.B. Ausbildungskonzept) auch für die Basisausbildung zu prüfen, um eine strukturierte und einheitliche Vermittlung der festgelegten Ausbildungsinhalte sicherzustellen.

Der RH wiederholte seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium aus seinem Bericht „Geburtshilfe–Versorgung in Niederösterreich und Wien“ (Reihe Bund 2021/2, TZ 56), bei der Erstellung der Logbücher sicherzustellen, dass diese den für eine qualitätsvolle Ausbildung notwendigen Inhalt und Detaillierungsgrad aufweisen sowie die dafür erforderliche Dokumentation festlegen.

- 24.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums sei durch die Erfüllung des Rasterzeugnisses für die Basisausbildung eine einheitliche Vermittlung der festgelegten Ausbildungsinhalte gewährleistet. Die Basisausbildung werde im Zuge der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Ausbildungsinhalte jedoch regelmäßig von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Österreichischen Ärztekammer ergänzt und – wenn notwendig – im Rahmen der Sitzungen der Ärzte–Ausbildungskommission adaptiert, um eventuelle Mehrkosten oder strukturelle Engpässe zu diskutieren.

Das Gesundheitsministerium habe die Österreichische Ärztekammer in den Sitzungen der Ärzte–Ausbildungskommission mehrmals auf die Bereitstellung von elektronischen Logbüchern aufmerksam gemacht. In der Sitzung der Ärzte–Ausbildungskommission im März 2020 habe die Österreichische Ärztekammer mitgeteilt, dass sie eine Fertigstellung des eLogbuchs bis zum Jahresende 2021 anstrebe und dieses dann verfügbar sei.

Allgemeinmedizin

Ausbildungsdauer Soll – Ist

- 25.1 (1) Der RH erhob – auf Basis der Daten der Österreichischen Ärztekammer – den Karriereweg jener in Österreich und im Ausland promovierten Turnusärztinnen und Turnusärzte, die von Juni 2015 bis November 2016 eine Basisausbildung sowie danach eine allgemeinmedizinische Ärzteausbildung nach der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 begannen und damit bis Juni 2020 über eine selbstständige allgemeinmedizinische Berufsberechtigung verfügen konnten.⁷²

Insgesamt begannen von Juni 2015 bis November 2016 1.543 Turnusärztinnen und Turnusärzte eine Basisausbildung. Davon starteten in der Folge 730 (47 %) den allgemeinmedizinischen Spitalsturnus (Frauenanteil: 56 %):

Tabelle 8: Karriereverläufe von allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzten (bis Juni 2020)

	gesamt	davon			
		Turnusärztinnen	Turnusärzte	Medizinische Universität Graz	Medizinische Universität Wien
	Anzahl (in %)				
Beginn Basisausbildung zwischen 1. Juni 2015 und 30. November 2016	1.543	773	770	343	620
davon					
in der Folge Spitalsturnus Allgemeinmedizin begonnen	730 (47)	410 (53)	320 (42)	220 (64)	266 (43)
davon					
bis Juni 2020 selbstständige Berufsberechtigung Allgemeinmedizin erlangt	258 (35)	134 (33)	124 (39)	79 (36)	94 (35)
davon					
danach Sonderfachausbildung begonnen	90 (35)	47 (35)	43 (35)	32 (41)	30 (32)

Quelle: ÖÄK

Bis Juni 2020 erlangten von diesen 730 Turnusärztinnen und Turnusärzten 258 (35 %) eine selbstständige allgemeinmedizinische Berufsberechtigung; davon waren 66 % zwischen 28 und 31 Jahre alt. Von diesen 258 fertigen Allgemeinmedizinerin-

⁷² Der RH betrachtete alle Turnusärztinnen und Turnusärzte, die zwischen 1. Juni 2015 und 30. November 2016 eine Basisausbildung begannen. Ausgehend von insgesamt 42 Monaten Mindestausbildungszeit konnte diese Gruppe bis Juni 2020 die allgemeinmedizinische Ausbildung abgeschlossen haben (Dezember 2016: ein Monat, 2017 bis 2019: 36 Monate, Jänner bis Mai 2020: fünf Monate).

nen und –medizinerinnen begannen 90 (35 %) danach noch eine Sonderfachausbildung, insbesondere in anästhesiologischen und internistischen Sonderfächern.

Bei Betrachtung der Studienabschlussuniversitäten zeigte sich, dass – bezogen auf jene Turnusärztinnen und Turnusärzte, die zwischen 1. Juni 2015 und 30. November 2016 eine Basisausbildung begannen – die Medizinische Universität Graz (mit 79 von 343 bzw. 23 %) bis Juni 2020 mehr Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner hervorbrachte als die Medizinische Universität Wien (mit 94 von 620 bzw. 15 %).

Rund 470 weitere Turnusärztinnen und Turnusärzte (65 % der 730) hatten bis Ende November 2016 eine Basisausbildung und danach einen allgemeinmedizinischen Spitalsturnus begonnen, verfügten aber bis Juni 2020 (noch) über keine selbstständige allgemeinmedizinische Berufsberechtigung. Davon waren 58 % in eine Sonderfach–Grundausbildung – vor allem in internistische Sonderfächer, Orthopädie und Traumatologie sowie Neurologie – gewechselt.

Eine Sonderfach–Grundausbildung starteten von den 1.543 Turnusärztinnen und Turnusärzten, die zwischen Juni 2015 und November 2016 eine Basisausbildung begannen, rd. 720 Turnusärztinnen und Turnusärzte; ein Wechsel in die Allgemeinmedizin erfolgte bis zur Zeit der Gebärungsüberprüfung nicht.

(2) Einer Auswertung der Österreichischen Ärztekammer zufolge betrug das Durchschnittsalter aller Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner zum Zeitpunkt der Erlangung der selbstständigen Berufsberechtigung 2020 34,3 Jahre, 2010 waren es 32,9 Jahre. Auch das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Erlangung eines Kassenvertrags war seit 2010 von 40,5 Jahren auf 42,9 Jahre gestiegen. Allerdings dauerte die allgemeinmedizinische Ausbildung bis Mitte 2015 mindestens 36 Monate und seither mindestens 42 Monate.

- 25.2 Der RH hielt fest, dass von 730 Turnusärztinnen und Turnusärzten, die einen allgemeinmedizinischen Spitalsturnus begannen und bis Juni 2020 fertige Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner sein hätten können, nur 35 % (258) über diese selbstständige Berufsberechtigung verfügten; davon begannen 90 (35 %) danach noch eine Sonderfachausbildung. Die übrigen – noch nicht berufsberechtigten – 65 % (rd. 470) wechselten teilweise bereits während der allgemeinmedizinischen Ausbildung in eine Sonderfach–Grundausbildung.

Auch wenn die Ärzteausbildung Neu erst 2015 in Kraft trat, konnte der festgestellte Trend, während und nach der allgemeinmedizinischen Ausbildung in die Sonderfachausbildung zu wechseln, ein Indiz dafür sein, dass die Neugestaltung der allgemeinmedizinischen Ausbildung ihr Ziel einer Attraktivierung der Allgemeinmedizin noch nicht erreicht hatte; auch die Intention, durch eine „geradlinige Ärzteausbil-

dung“ (Basisausbildung und danach entweder Allgemeinmedizin oder Sonderfach) die Ärzteausbildung insgesamt zu verkürzen, sah der RH durch die aufgezeigten Wechsel von Allgemeinmedizin zu Sonderfach nicht durchgängig verwirklicht. Dies vor dem Hintergrund, dass das Durchschnittsalter aller Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner zum Zeitpunkt der Erlangung der selbstständigen Berufsberechtigung 2020 34,3 Jahre betrug, 2010 waren es 32,9 Jahre.

Der RH verwies auf seine Empfehlungen zu einer verstärkten Befassung der Ärzte–Ausbildungskommission mit den Evaluierungsergebnissen der Österreichischen Ärztekammer bzw. ergänzenden Evaluierungen (TZ 21) und zu einer Überprüfung der Erhöhung der Zahl der Visitationen (TZ 22).

- 25.3 Die Medizinische Universität Graz führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie bereits seit Jahren allgemeinmedizinische Inhalte durchgehend im Curriculum Diplomstudium Humanmedizin verankert habe. Zusätzliche Angebote seien allgemeinmedizinische Vertiefungsfächer, prä– und postpromotionelles Mentoring und das Erweiterungsstudium Allgemeinmedizin. Diese Maßnahmen und Bemühungen für allgemeinmedizinische Inhalte würden mittlerweile deutliche Effekte zeigen. In Graz gebe es – wie im Bericht ersichtlich – wesentlich mehr Absolventinnen und Absolventen, die sich für die Allgemeinmedizin entschieden, als an anderen Universitäten. Auch würden in Graz deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte mit dem Spitalsturnus Allgemeinmedizin beginnen.

Ergänzend gab die Medizinische Universität Graz an, dass ihr Institut für Allgemeinmedizin das größte in Österreich sei; es sei federführend in Bezug auf wissenschaftliche Publikationen und Drittmittelbeschaffung, Lehre und Programme (Attraktivierung der Allgemeinmedizin, etabliertes Erweiterungsstudium etc.). Ein herausragendes Alleinstellungsmerkmal der Medizinischen Universität Graz sei es, dass alle Studierenden verpflichtend ein vierwöchiges Praktikum in einer allgemeinmedizinischen Praxis absolvieren müssten.

Ausbildungskonzeption und Inhalte

- 26.1 (1) Die allgemeinmedizinische Ausbildung war vor allem im Ärztegesetz 1998, in den Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnungen 2006 bzw. 2015 sowie in den KEF und RZ VO 2006 bzw. KEF und RZ-V 2015 geregelt. Die Ausbildungsreform 2014/15 brachte umfangreiche Änderungen mit dem Ziel, die allgemeinmedizinische Ausbildung aufzuwerten und zu attraktivieren. Die Änderungen betrafen sowohl die Konzeption (Anerkennung, Voraussetzungen, Qualitätserfordernisse etc.) als auch die Ausbildungsinhalte bzw. deren Dauer (TZ 27).

Die wesentlichen konzeptionellen Neuerungen werden in der folgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 9: Wesentliche Unterschiede in der Konzeption der allgemeinmedizinischen Ärzteausbildung vor (Allgemeinmedizin Alt) und nach der Ausbildungsreform 2014/15 (Allgemeinmedizin Neu)

	Allgemeinmedizin Alt	Allgemeinmedizin Neu
Ausbildungsdauer gesamt	mindestens 36 Monate	mindestens 42 Monate (45 ab Juni 2022, 48 ab Juni 2027)
Basisausbildung	nein	ja, mindestens neun Monate
Spitalsturnus	mindestens 36 Monate (davon bis zu zwölf Monate Lehrpraxis möglich)	mindestens 27 Monate
Lehrpraxis	nicht verpflichtend	verpflichtend (sechs Monate; neun Monate ab Juni 2022, zwölf Monate ab Juni 2027)
Anerkennung als Ausbildungsstätte durch Österreichische Ärztekammer	ja, – Krankenanstalt oder sonstige Organisationseinheit als Ganzes – Lehrpraxis	ja, – für jede Abteilung bzw. Universitätsklinik gesondert – Lehrpraxis
Festsetzung der Maximalzahl der Ausbildungsstellen durch Österreichische Ärztekammer	nein	ja
Anerkennung befristet	nein	ja, nach sieben Jahren Rezertifizierung erforderlich
rechtliche „Bedarfsregelung“	ja, je 15 systemisierte Betten war mindestens eine Turnusärztin bzw. ein Turnusarzt zu beschäftigen ¹	ja, ausreichende Mindestanzahl an Ausbildungsstellen war durch Fonds-Krankenanstaltenträger gemäß Ergebnissen der Ärzte-Ausbildungskommission sicherzustellen
Ausbildungskonzept verpflichtend	nein	ja
Ausbildungsplan verpflichtend	nein	ja
Rasterzeugnis mit Richtzahlen	nein	ja, Richtzahlen teilweise vorgesehen

¹ ausgenommen Universitätskliniken

Quellen: ärztrechtliche Grundlagen

Die Ausbildungsreform 2014/15 brachte eine Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung um zunächst sechs Monate mit einer verpflichtenden Lehrpraxis im Fachgebiet Allgemeinmedizin und die Festsetzung der Maximalzahl der Ausbildungsstellen in Ausbildungsstätten durch die Österreichische Ärztekammer nach Maßgabe des Vorliegens der notwendigen Voraussetzungen.

Gemäß den Erläuterungen zur Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 habe vor allem die Österreichische Ärztekammer die Verlängerung der Ausbildung forciert, weil damit eine Aufwertung der Allgemeinmedizin verbunden sei; diese sollte zu einer Steigerung der Attraktivität des Berufs führen und so einer Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin aus Österreich entgegenwirken. Wie auch bei der fachärztlichen Ausbildung war die Anerkennung als Ausbildungsstätte auf sieben Jahre befristet, danach war eine Rezertifizierung erforderlich. Richtzahlen für die Erlangung von Fertigkeiten waren nur teilweise festgelegt.

Ein österreichweit anzuwendendes Logbuch⁷³ – wie in der KEF und RZ-V 2015 seit Mitte 2016 (1. Novelle der KEF und RZ-V 2015) verpflichtend vorgesehen – gab es zur Zeit der Gebarungsüberprüfung weder für die Allgemeinmedizin noch für die Sonderfächer.

(2) In den von der Österreichischen Ärztekammer beauftragten Ausbildungsevaluierungen beurteilten die Turnusärztinnen und Turnusärzte die allgemeinmedizinische Ausbildung in den Krankenanstalten für den Zeitraum Jänner 2017 bis Juni 2019 bezogen auf die einzelnen Länder in der Bandbreite von 2,08 bis 2,60 nach dem Schulnotensystem. Mit insgesamt 2,45 war die Beurteilung der Allgemeinmedizin nur geringfügig besser als in der vorangegangenen Evaluierung (2,52 für die Periode 2015 bis 2017). Die Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 wurde geringfügig besser bewertet als die Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006.

Lediglich in Salzburger Krankenanstalten lagen – der Evaluierung aus 2019 zufolge – in über 50 % der von Turnusärztinnen und Turnusärzten beurteilten Abteilungen ein tatsächlich verwendetes Ausbildungskonzept, ein Ausbildungs-Logbuch, ein Ausbildungsleitfaden oder etwas Vergleichbares vor (Bandbreite in den anderen Ländern zwischen 48,5 % in Tirol und 26,6 % in Niederösterreich).

(3) Für eine hochqualitative, abgestufte, flächendeckende und wohnortnahe Gesundheitsversorgung legte das Regierungsprogramm 2020–2024 u.a. in der „Ärzteausbildung NEU“ den Fokus auf die Allgemeinmedizin; dies ohne nähere Erläuterungen.

⁷³ § 26 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 und § 9 Abs. 1 KEF und RZ-V 2015

26.2 Der RH hielt fest, dass sich durch die Ausbildungsreform 2014/15 die allgemeinmedizinische Ausbildung um zunächst sechs Monate von 36 Monaten auf 42 Monate verlängerte. Gleichzeitig nahm die Zahl der allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte von 2016 bis 2020 um 33 % ab (TZ 39). Darüber hinaus erfolgten Änderungen u.a. hinsichtlich der Anerkennung von Ausbildungsstätten und qualitätssichernder Maßnahmen. Die von der Österreichischen Ärztekammer beauftragten Evaluierungen zeigten deutliches Verbesserungspotenzial bei der Organisation bzw. Durchführung der allgemeinmedizinischen Ausbildung in den Krankenanstalten.

Der RH verwies auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium zu einer verstärkten Befassung der Ärzte–Ausbildungskommission mit den Evaluierungsergebnissen der Österreichischen Ärztekammer bzw. zu ergänzenden Evaluierungen (TZ 21) und zu einer Überprüfung der Erhöhung der Zahl der Visitationen (TZ 22).

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, auf Basis der aus den Evaluierungen und Visitationen gewonnenen Erkenntnisse gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer und den Krankenanstaltenträgern geeignete Maßnahmen zur Verbesserung bzw. Attraktivierung der allgemeinmedizinischen Ausbildung zu setzen.

Der RH hielt fest, dass die Rasterzeugnisse für die Allgemeinmedizin Neu nur teilweise Richtzahlen enthielten.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer einen verstärkteren Einsatz von Richtzahlen in der allgemeinmedizinischen Ausbildung zu überlegen; dies u.a. zur Sicherstellung einer vergleichbaren Ausbildung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft.

Weiters kritisierte der RH, dass es keine Logbücher der Österreichischen Ärztekammer für die allgemeinmedizinische und fachärztliche Ausbildung gab, obwohl diese seit Mitte 2016 verpflichtend vorgesehen waren.⁷⁴

Wie bereits in seinem Bericht „Geburtshilfe–Versorgung in Niederösterreich und Wien“ (Reihe Bund 2021/2, TZ 56) empfahl der RH dem Gesundheitsministerium, auf die zeitnahe Erstellung der Logbücher hinzuwirken. Aus Transparenzgründen sollte das Logbuch den Rasterzeugnissen beizulegen sein.

Schließlich verwies der RH auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium in TZ 24, bei der Erstellung der Logbücher sicherzustellen, dass diese den für eine qualitätsvolle Ausbildung notwendigen Inhalt und Detaillierungsgrad aufweisen sowie die dafür erforderliche Dokumentation festlegen.

⁷⁴ siehe dazu den RH–Bericht „Geburtshilfe–Versorgung in Niederösterreich und Wien“ (Reihe Bund 2021/2, TZ 56)

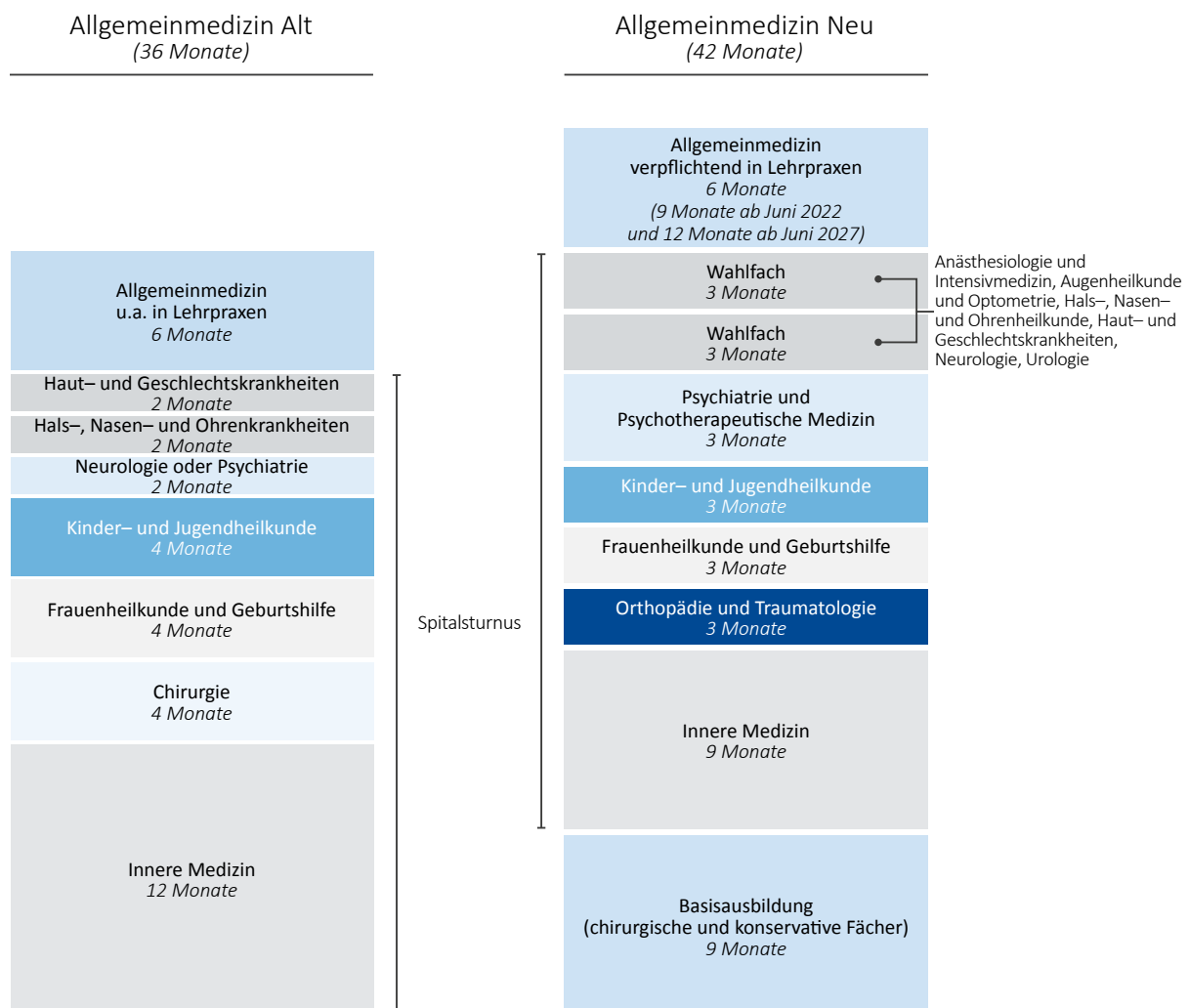
- 26.3 (1) Das Gesundheitsministerium hielt in seiner Stellungnahme fest, dass der Mangel an Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern ein multifaktorielles Problem sei, dem mit einem Maßnahmenbündel zu begegnen sei. Im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit sei bereits ein Maßnahmenkatalog zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin erarbeitet worden. Die Schaffung eines Facharztes für Allgemeinmedizin stelle eine von mehreren Möglichkeiten der Attraktivierung dieses Berufs dar. Um dieses Vorhaben, das auch im Regierungsprogramm 2020–2024 festgeschrieben sei, umzusetzen, habe die Ärzte–Ausbildungskommission zur Bearbeitung dieses Themas eine Untergruppe „Facharzt Allgemeinmedizin“ eingesetzt, der Vertreterinnen und Vertreter der Österreichischen Ärztekammer, der Sozialversicherung, der Landesgesundheitsfonds (mit medizinischem Feedback), der Rechtsträger und des Gesundheitsministeriums angehören würden. Diese Untergruppe werde voraussichtlich erstmals im Herbst 2021 tagen.

Betreffend die Empfehlung zu den Logbüchern verwies das Gesundheitsministerium auf seine Stellungnahme in TZ 24, wonach die Österreichische Ärztekammer eLogbücher bis Ende 2021 anstrebe.

- (2) Die Österreichische Ärztekammer teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sie zur Einführung eines eLogbuchs ein Lastenheft ausgearbeitet und ein Vergabeverfahren eingeleitet habe; derzeit würden Bewerber zur Umsetzung ausgewählt. Auch damit seien für die Österreichische Ärztekammer sehr hohe personelle, organisatorische und finanzielle Aufwendungen verbunden.

- 27.1 (1) Auch die Ausbildungsinhalte bzw. die jeweilige Ausbildungsdauer der allgemeinmedizinischen Ausbildung änderten sich durch die Ausbildungsreform 2014/15 und stellten sich zur Zeit der Gebarungsüberprüfung wie folgt dar:

Abbildung 6: Ausbildungsinhalte und –dauer vor (Allgemeinmedizin Alt) und nach der Ausbildungsreform 2014/15 (Allgemeinmedizin Neu) in der Allgemeinmedizin



Quellen: ärztrechtliche Grundlagen; Darstellung: RH

Laut den Erläuterungen zur Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 war das neue Fächerspektrum das Ergebnis umfassender jahrelanger Beratungen des Gesundheitsministeriums, der Länder, des Hauptverbands, der Österreichischen Ärztekammer und der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.

Bis auf die Innere Medizin betrug die Ausbildungsdauer in den anderen Fachgebieten nunmehr durchgängig drei Monate, wodurch es je Fachgebiet zu Verkürzungen oder Verlängerungen gegenüber der Ausbildung Alt kam. Die Innere Medizin war zusammen mit der Chirurgie bereits Teil der Basisausbildung.

(2) Ein wesentlicher Diskussionspunkt war der Stellenwert der Neurologie in der allgemeinmedizinischen Ausbildung. Im Rahmen der Ausbildung Alt entschieden sich die Turnusärztinnen und Turnusärzte für das Pflichtfach Neurologie oder Psychiatrie. Während der Begutachtungsentwurf zur Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 beide Fächer noch verpflichtend vorsah, legte die endgültige Fassung – nach Durchführung des Konsultationsmechanismus⁷⁵ – die Neurologie nur mehr als Wahlfach fest. Da die Materialien unverändert blieben, war die Änderung vom ursprünglich vorgesehenen Pflichtfach zum Wahlfach nicht nachvollziehbar.

Laut Protokoll der Sitzung der Ärzte-Ausbildungskommission vom Juni 2015 befürchteten die Länder, dass durch die vergleichsweise geringe Anzahl an neurologischen Abteilungen in der Ausbildung ein „Nadelöhr“ entstehen könnte; es sollte sichergestellt werden, dass auch kleine Krankenanstalten die Ausbildung für die Allgemeinmedizin anbieten könnten. Diesem Protokoll zufolge wäre die Ausbildungsreform 2014/15 ohne den erzielten Kompromiss nicht umgesetzt worden.

Da sich die Österreichische Gesellschaft für Neurologie im Vorfeld gegen die Verankerung der Neurologie in der allgemeinmedizinischen Ausbildung nur als Wahlfach ausgesprochen hatte, empfahl die Ärzte-Ausbildungskommission in dieser Juni-Sitzung einstimmig eine Konkretisierung und Verankerung der erforderlichen neurologischen Inhalte im Rasterzeugnis bzw. Logbuch zur Basisausbildung, was in der Folge ansatzweise umgesetzt wurde. Weiters sollten die Krankenanstaltenträger Auszubildende sowohl in der Basis- als auch in der Allgemeinmedizin-Ausbildung neurologischen Abteilungen zuweisen. Zudem sollte mittels Monitoring beobachtet werden, wie viele Auszubildende für Allgemeinmedizin das Wahlfach Neurologie absolvieren; dazu legte das Gesundheitsministerium keine Unterlagen vor. Die Österreichische Ärztekammer verwies auf einen fehlenden Auftrag des Gesundheitsministeriums für ein solches Monitoring.

⁷⁵ Gebietskörperschaften können u.a. bei Gesetzesvorhaben oder bei beschlussreifen Verordnungsentwürfen verlangen, dass in einem Konsultationsgremium Verhandlungen über die durch das Vorhaben im Fall seiner Verwirklichung dem Antragsteller zusätzlich verursachten finanziellen Ausgaben, einschließlich zusätzlicher Personalkosten, aufgenommen werden (Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Konsultationsmechanismus und einen künftigen Stabilitätspakt der Gebietskörperschaften, BGBl. I 35/1999).

Auch die erste Novelle zur Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 vom Februar 2021⁷⁶ beließ die Neurologie unverändert als Wahlfach. Die Chirurgie wurde auf Anregung der Österreichischen Ärztekammer als zusätzliches Wahlfach festgelegt. Das der Novelle zugrunde liegende, im Frühjahr 2019 durchgeführte Begutachtungsverfahren enthielt noch keine Änderungen zum Fächerspektrum der allgemeinmedizinischen Ausbildung.

(3) In den von der Österreichischen Ärztekammer beauftragten Ausbildungsevaluierungen fielen die Fächerbewertungen 2019 innerhalb der allgemeinmedizinischen Ausbildung sehr unterschiedlich aus. So schnitten die Fächer Anästhesiologie und Intensivmedizin (nach dem Schulnotensystem mit 1,39), Kinder- und Jugendheilkunde sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin (mit 1,90 bzw. 1,92) am besten, die Frauenheilkunde und Geburtshilfe (mit 3,04) deutlich am schlechtesten ab; der Österreichdurchschnitt über alle Fächer lag bei 2,41.

- 27.2 Der RH hielt fest, dass das Fächerspektrum der neuen allgemeinmedizinischen Ausbildung insofern einen Kompromiss darstellte, als etwa die Neurologie letztlich nur ein Wahlfach und kein Pflichtfach war. Auch die erste Novelle zur Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 vom Februar 2021 beließ die Neurologie unverändert als Wahlfach. Die Chirurgie wurde auf Anregung der Österreichischen Ärztekammer als zusätzliches Wahlfach festgelegt.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, auch im Zusammenhang mit der im Regierungsprogramm 2020–2024 geplanten „Ärzteausbildung NEU“ das Fächerspektrum der allgemeinmedizinischen Ausbildung zu evaluieren und die Dauer der einzelnen zu absolvierenden Fachgebiete bzw. der allgemeinmedizinischen Ausbildung insgesamt gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer im Hinblick auf ihre Wirkung zu überprüfen.

Der RH hielt fest, dass die von der Österreichischen Ärztekammer beauftragten Evaluierungen deutliche Unterschiede bei der Bewertung der einzelnen allgemeinmedizinischen Fächer aufzeigten.

Der RH verwies auf seine Empfehlungen an das Gesundheitsministerium zu einer verstärkten Befassung der Ärzte-Ausbildungskommission mit den Evaluierungsergebnissen der Österreichischen Ärztekammer bzw. zu ergänzenden Evaluierungen (TZ 21) und zu einer Überprüfung der Erhöhung der Zahl der Visitationen (TZ 22). Auf Basis der aus den Evaluierungen und Visitationen gewonnenen Erkenntnisse wären gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer und den Krankenanstaltenträgern geeignete Maßnahmen zur Verbesserung bzw. Attraktivierung der allgemeinmedizinischen Ausbildung zu setzen (TZ 26).

⁷⁶ BGBl. II 89/2021

- 27.3 Das Gesundheitsministerium verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 26, wonach der Mangel an Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern ein multifaktorielles Problem sei, dem mit einem Maßnahmenbündel zu begegnen sei. Im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit sei bereits ein Maßnahmenkatalog zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin erarbeitet worden. Die Schaffung eines Facharztes für Allgemeinmedizin stelle eine von mehreren Möglichkeiten der Attraktivierung dieses Berufs dar. Um dieses Vorhaben, das auch im Regierungsprogramm 2020–2024 festgeschrieben sei, umzusetzen, habe die Ärzte–Ausbildungskommission zur Bearbeitung dieses Themas eine Untergruppe „Facharzt Allgemeinmedizin“ eingesetzt, der Vertreterinnen und Vertreter der Österreichischen Ärztekammer, der Sozialversicherung, der Landesgesundheitsfonds (mit medizinischem Feedback), der Rechtsträger und des Gesundheitsministeriums angehören würden. Diese Untergruppe werde voraussichtlich erstmals im Herbst 2021 tagen.

Lehrpraxis im Fachgebiet Allgemeinmedizin

Allgemeines

- 28.1 Sowohl in der Ärzteausbildung Alt als auch in der Ärzteausbildung Neu hatten die allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte das Fachgebiet Allgemeinmedizin zu absolvieren. Im Unterschied zur Ärzteausbildung Alt⁷⁷ sah die Ausbildungsreform 2014/15 als ein Kernstück die verpflichtende Absolvierung des Fachgebiets Allgemeinmedizin im niedergelassenen Bereich vor. Den Erläuterungen zur Ärztegesetz–Novelle 2014 zufolge, sollte diese praktische Ausbildung den Turnusärztinnen und Turnusärzten die Möglichkeit bieten, sich besser auf ihre spätere Berufsausübung vorzubereiten.

Gleichzeitig stellte die Ausbildungsreform 2014/15 auch – im Vergleich zur Ärzteausbildung Alt – höhere (Qualitäts–)Anforderungen an Lehrpraxen. So hatte die Österreichische Ärztekammer zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Rahmen des Anerkennungsverfahrens das Vorliegen bestimmter Voraussetzungen zu prüfen (z.B. Berufserfahrung, bestimmte Patientenfrequenz, entsprechende räumliche Ausstattung, Kenntnisse der Grundlagen der Gesundheitsökonomie, Vorlage eines schriftlichen Ausbildungskonzepts). Ebenso wie bei Ausbildungsstätten in Krankenanstalten erfolgte die Anerkennung befristet für sieben Jahre; danach war eine Rezertifizierung erforderlich.

- 28.2 Der RH hielt fest, dass die Ausbildungsreform 2014/15 die allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte zur besseren Vorbereitung auf die spätere Berufsausübung dazu verpflichtete, einen Teil ihrer Ausbildung im niedergelassenen Bereich zu absolvieren. Damit verbunden waren auch höhere (Qualitäts–)Anforderungen an die ausbildenden Lehrpraxen.

⁷⁷ § 7 Ärztegesetz 1998 i.d.F. 31. Dezember 2014

Zeitpunkt und Dauer

29.1 (1) Laut Ärztegesetz–Novelle 2014 bzw. Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015 hatte die verpflichtende Lehrpraxis nach dem Spitalsturnus am Ende der Ausbildung zu erfolgen. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit war mit 30 Stunden (35 Stunden bei Lehrambulatorien) festgelegt und war untertags zu leisten. Zusätzlich durfte die Turnusärztin bzw. der Turnusarzt auch in einer Krankenanstalt tätig sein. Diese Lehrpraxis hatte zunächst sechs Monate zu dauern, ab Juni 2022 neun Monate und ab Juni 2027 zwölf Monate, wodurch die allgemeinmedizinische Ausbildungsdauer letztlich mindestens 48 Monate betragen wird.

(2) Der der Gebarungsüberprüfung zugrunde liegende Nationalratsbeschluss umfasste auch Maßnahmen zur „Prüfung der Möglichkeit, dass die Lehrpraxis auch parallel zur Spitalsturnusausbildung absolviert werden kann“. Diese Überlegung behandelte schon der Gesundheitsausschuss des Nationalrates im Rahmen des Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes 2017⁷⁸ im Juni 2017 im Zusammenhang mit notwendigen Maßnahmen zur Aufwertung der Allgemeinmedizin.

Die Länder regten in der Sitzung der Ärzte–Ausbildungskommission im Jänner 2018 die Möglichkeit an, die Lehrpraxis bereits ab dem 30. Ausbildungsmonat beginnen zu können; dies um Stehzeiten in der Ausbildung zu vermeiden.

Die Österreichische Ärztekammer hielt eine teilweise Vorverlegung der Lehrpraxis in der Allgemeinmedizin nur bei einer Verlängerung der Lehrpraxis über sechs Monate hinaus für diskussionswürdig. Grundsätzlich sei in der Allgemeinmedizin die Lehrpraxis am Ende der Ausbildung u.a. aus Qualitätsgründen sinnvoll, da die Turnusärztinnen bzw. Turnusärzte die fachlichen Inhalte aus dem Spitalsturnus in einem hausärztlichen Setting anwenden und praxisrelevant vertiefen könnten.

(3) Den Erläuterungen zur Ärztegesetz–Novelle 2014 zufolge sollte die vorgesehene Verlängerung der Lehrpraxis den niedergelassenen Bereich und die Ausbildungsqualität stärken. Turnusärztinnen und Turnusärzte, die die allgemeinmedizinische Berufsberechtigung anstrebten, sollten „grundsätzlich durch eine längere Ausbildungszeit im niedergelassenen Bereich besser auf ihre spätere Berufsausübung vorbereitet werden“.

Ein Teil der über den Umfang von sechs Monaten hinausgehenden Ausbildungszeit konnte auch in einer anderen Einrichtung der medizinischen Erstversorgung (z.B. in Ambulanzen von Krankenanstalten) absolviert werden.⁷⁹ Das Ausmaß dieses Teils war in der Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015 noch festzulegen.

⁷⁸ BGBl. I 131/2017

⁷⁹ § 235 Abs. 7 Ärztegesetz 1998

- 29.2 Der RH hielt fest, dass die verpflichtende Lehrpraxis – den geltenden rechtlichen Bestimmungen zufolge – am Ende der allgemeinmedizinischen Ausbildung nach Absolvierung des Spitalsturnus zu erfolgen hatte. Eine Vorverlegung der Lehrpraxis – parallel zum Spitalsturnus – wäre daher nur aufgrund einer Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen möglich. Dabei wäre jedoch zu beachten, dass für die Absolvierung der Lehrpraxis die zuvor im Rahmen des Spitalsturnus erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten von Vorteil waren.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Vorverlegung der im Rahmen der allgemeinmedizinischen Ausbildung verpflichtenden Lehrpraxis unter Einbeziehung aller Stakeholder zu hinterfragen und die rechtlichen Rahmenbedingungen allenfalls anzupassen.

Der RH wies darauf hin, dass – den Erläuterungen zur Ärztegesetz–Novelle 2014 zufolge – die Verlängerung der Lehrpraxis darauf abzielte, Turnusärztinnen und Turnusärzte durch eine längere Ausbildung im niedergelassenen Bereich besser auf ihre spätere Berufsausübung vorzubereiten. Er hielt fest, dass die gesetzlichen Bestimmungen jedoch ermöglichten, einen Teil der über die sechs Monate hinausgehenden Ausbildungszeit im Fachgebiet Allgemeinmedizin nicht notwendigerweise im niedergelassenen Bereich zu absolvieren. Das Ausmaß dieses Teils war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht durch die Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015 festgelegt.

- 29.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums sehe es die Absolvierung einer Lehrpraxis, ohne zuvor grundlegende Kenntnisse in einer Krankenanstalt–Ausbildung erlangt zu haben, kritisch. Lehrpraktikantinnen und –praktikanten würden über weniger Erfahrung in Diagnostik und Therapie verfügen. Daher wäre diese Ausbildungszeit für die auszubildende Person mit weniger Kenntnisgewinn verbunden. Die Lehrpraxis sei auf Wunsch der Länder und der Krankenanstaltenträger zeitlich zum Ende der Ausbildung gelegt worden; dies mit der Begründung, dass sonst die Finanzierung und Anstellung der Lehrpraktikantinnen und –praktikanten noch schwieriger zu gewährleisten seien.

Erfassung und Auswertung von Lehrpraxis–Daten

30.1 (1) Die Österreichische Ärztekammer hatte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung die bewilligten Lehrpraxen (Vertrags– und Wahlarztpraxen) in ein laufend zu aktualisierendes, elektronisch geführtes Verzeichnis aufzunehmen und dieses auf ihrer „Homepage“ zu veröffentlichen.⁸⁰

(2) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war der aktuelle österreichweite Stand der freien bzw. besetzten Lehrpraxisstellen Allgemeinmedizin nicht IT–mäßig auswertbar. Einzelne Landesärztekammern boten eine solche Übersicht auf ihren Websites an. Daten über Turnusärztinnen und Turnusärzte in Lehrpraxen enthielt u.a. die Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer; darin war jedoch z.B. nicht vermerkt, ob die Turnusärztin oder der Turnusarzt eine verpflichtende Lehrpraxis nach der Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015 absolvierte. Eine Verpflichtung, die Daten in die Ausbildungsstellenverwaltung elektronisch einzumelden, bestand für Lehrpraxen nicht; diese konnten ihrer Meldepflicht an die Österreichische Ärztekammer auch in anderer Weise nachkommen. Die gesetzlich vorgesehene Datenmeldung im Wege der Landesärztekammern an die Österreichische Ärztekammer erfolgte teilweise zeitverzögert und unvollständig.

Die Österreichische Ärztekammer plante, die Lehrpraxen künftig auch in der Ausbildungsstellenverwaltung abzubilden, zur Zeit der Gebarungsüberprüfung fehlte dazu die rechtliche Grundlage.⁸¹

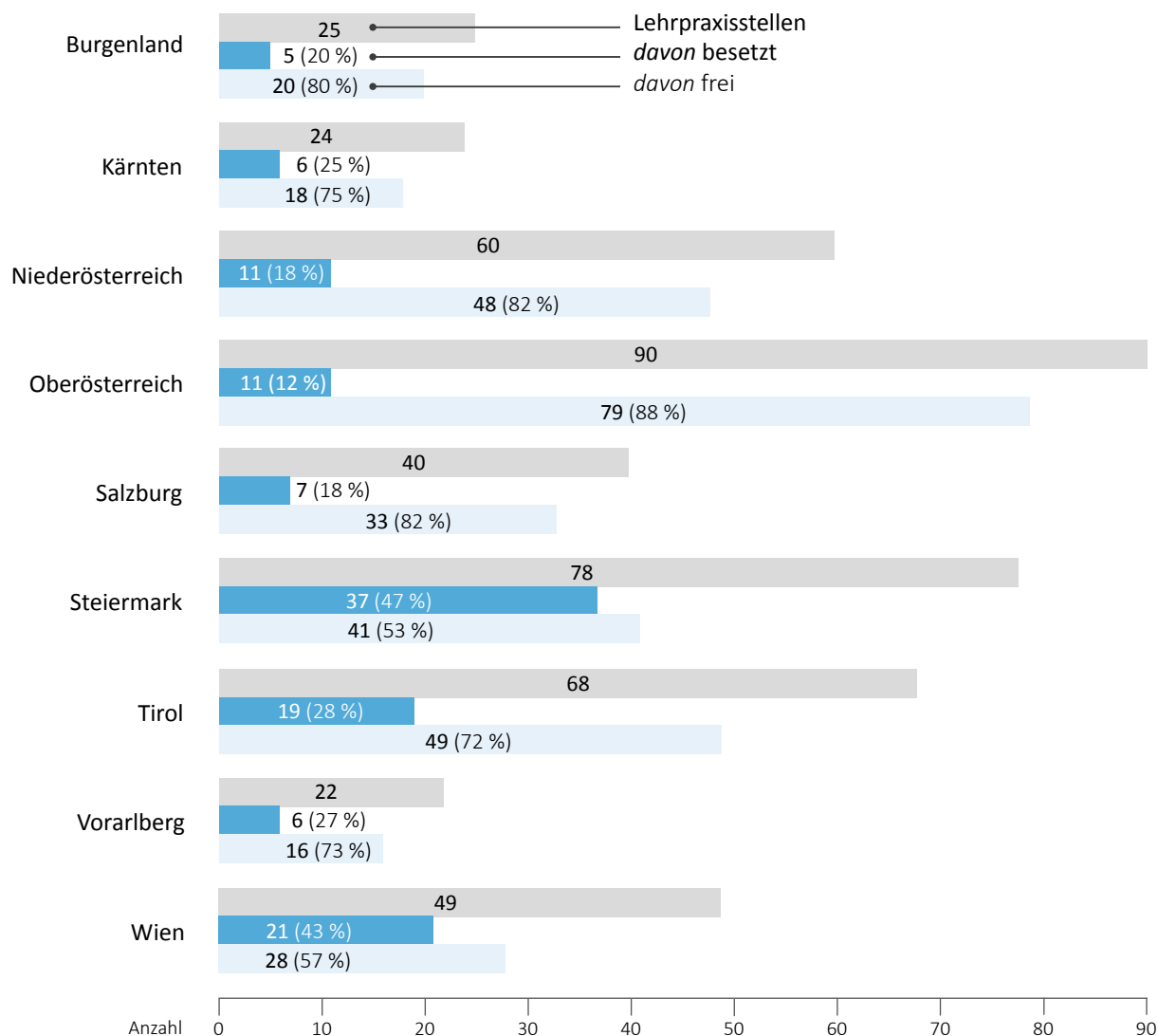
(3) Nach Anforderung der Ärzte–Ausbildungskommission führte die Österreichische Ärztekammer bis September 2020 zweimal eine österreichweite „händische“ Erhebung des „Umsetzungsstandes der Lehrpraxisförderung gemäß Ärztinnen–/Ärzteausbildungsordnung 2015“ durch (Ende November 2019 und Anfang Juni 2020). Diese Erhebung beinhaltete auch die Auswertung, welche Lehrpraxisstellen zu diesen Zeitpunkten jeweils frei bzw. besetzt waren.

⁸⁰ §§ 12, 12a und 13 Ärztegesetz 1998

⁸¹ Durch die Ärztegesetz–Novelle BGBl. I 172/2021 sollen ab 2023 die Landeshauptleute für die Ausbildungsstellenverwaltung zuständig sein.

(4) Die Zusammenfassung der bewilligten, besetzten oder freien Lehrpraxisstellen Allgemeinmedizin in Österreich ergab im Juni 2020 folgendes Bild:

Abbildung 7: Besetzte und freie Lehrpraxisstellen Allgemeinmedizin im Juni 2020



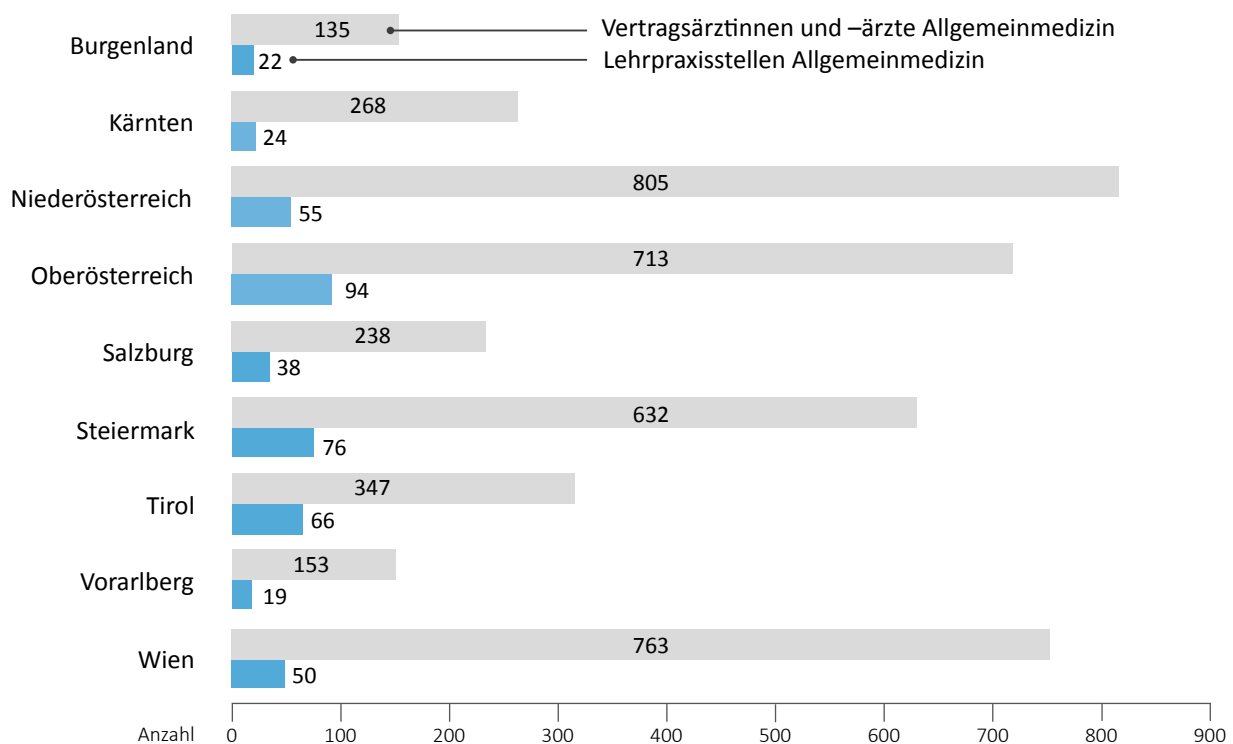
Quelle: ÖÄK; Darstellung: RH

Mit Stand Juni 2020 waren von den österreichweit bewilligten 456 Lehrpraxisstellen Allgemeinmedizin 27 % besetzt. Die Auslastung der Lehrpraxisstellen lag in der Steiermark (47 %) und Wien (43 %) deutlich über dem Österreichschnitt, in Niederösterreich (18 %), Salzburg (18 %) und Oberösterreich (12 %) bewegte sie sich deutlich darunter.

Die Österreichische Ärztekammer sah die Zahl der bewilligten Lehrpraxisstellen auch für die Zeit der vorgesehenen Verlängerung der Lehrpraxis als ausreichend an.

(5) Die Zahl der bewilligten Lehrpraxisstellen Allgemeinmedizin bezogen auf die Zahl der allgemeinmedizinischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte⁸² stellte sich zum 1. Jänner 2020 wie folgt dar:

Abbildung 8: Bewilligte Lehrpraxisstellen sowie Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Allgemeinmedizin zum 1. Jänner 2020



Quelle: ÖÄK; Darstellung: RH

Zum 1. Jänner 2020 standen österreichweit 4.054 allgemeinmedizinischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten 444 bewilligte Lehrpraxisstellen Allgemeinmedizin gegenüber. Tirol, Salzburg und Burgenland hatten im Verhältnis zu den allgemeinmedizinischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten deutlich mehr Lehrpraxisstellen als etwa Niederösterreich und Wien. Dies vor dem Hintergrund, dass etwa in Wien 74 % der allgemeinmedizinischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte über 49 Jahre alt und 14 % über 64 Jahre alt waren; in Niederösterreich beliefen sich diese Anteile auf 59 % und 7 %.

⁸² Der überwiegende Teil der Lehrpraxis fand bei allgemeinmedizinischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten statt, allgemeinmedizinische Wahlärztinnen und Wahlärzte boten nur vereinzelt Lehrpraxisstellen an.

(6) Die lehrpraxisrelevanten Bestimmungen der Ärztegesetz–Novelle 2020⁸³ vom Juli 2020 traten mit September 2020 in Kraft. Diesen zufolge hatten die Lehrpraxen ihre Meldungen direkt an die Österreichische Ärztekammer zu richten. Laut Österreichischer Ärztekammer seien daher bestehende Abläufe zu adaptieren.

- 30.2 Der RH hielt fest, dass der aktuelle österreichweite Stand der freien bzw. besetzten Lehrpraxisstellen Allgemeinmedizin nicht IT–mäßig auswertbar war. Dies u.a. deshalb, weil die Lehrpraxen nicht über die Ausbildungsstellenverwaltung einmelden mussten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, auf eine elektronische Meldepflicht für Daten betreffend Turnusärztinnen und Turnusärzte in die Ausbildungsstellenverwaltung auch für Lehrpraxen hinzuwirken.

Der RH wies darauf hin, dass es mit 1. Jänner 2020 im Verhältnis zu den rd. 4.050 allgemeinmedizinischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten nur rd. 440 bewilligte Lehrpraxisstellen Allgemeinmedizin gab. Ein Engpass war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung jedoch insofern nicht gegeben, als im Juni 2020 nur 27 % der verfügbaren Lehrpraxisstellen besetzt waren; einen solchen erwartete die Österreichische Ärztekammer auch künftig nicht.

- 30.3 (1) Das Gesundheitsministerium nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis.

(2) Laut Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer erfolge die Meldung von Lehrpraktikantinnen und –praktikanten in der Lehrpraxis nunmehr – auch ohne gesetzliche Verpflichtung – freiwillig durch die Landesärztekammern in der Ausbildungsstellenverwaltung. Aufgrund der Ärztegesetz–Novelle (BGBl. I 172/2021) solle die Führung der Ausbildungsstellenverwaltung offensichtlich an die Länder übergehen. Dadurch werde sich nicht nur der Verwaltungsaufwand für die Führung von neun Ausbildungsstellenverwaltungen (Datenweitergabe durch die Bezirksverwaltungsbehörden, Erfassung durch Länderbehörden?) erhöhen, sondern würden die Datenqualität und Verfügbarkeit beeinträchtigt.

- 30.4 Der RH verwies gegenüber dem Gesundheitsministerium und der Österreichischen Ärztekammer auf die Ärztegesetz–Novelle BGBl. I 172/2021. Inwiefern die mit dieser Novelle voraussichtlich verbundenen Änderungen im Bereich Ärzteausbildung mit einer effizienteren, kostengünstigeren, einfacheren und transparenteren Verwaltung verbunden sind, oder ob die Einwände der Österreichischen Ärztekammer zutreffen, bleibt einer allfälligen Gebarungsüberprüfung vorbehalten.

⁸³ BGBl. I 86/2020

Lehrpraxisförderung

Überblick

31.1 (1) Die Förderung der freiwilligen Lehrpraxis nach der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 finanzierte der Bund bis Ende 2017 alleine. Die maximale vom Gesundheitsministerium zur Verfügung gestellte Fördersumme belief sich auf 1 Mio. EUR pro Jahr. In den Folgejahren förderte das Gesundheitsministerium Lehrpraxen nach dieser Ausbildungsordnung nur mehr in wenigen Ausnahmefällen.

(2) Ein wesentlicher Diskussionspunkt bei der Einführung der verpflichtenden Lehrpraxis im Rahmen der Ausbildungsreform 2014/15 war die Finanzierung.

(3) Die Basis für die Förderung der verpflichtenden Lehrpraxis nach der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 bildete die Reformvereinbarung 2017. Sie sah u.a. die „Etablierung einer bundesweit einheitlichen Förderung von Lehrpraxen“ vor.

Basierend auf dieser Reformvereinbarung 2017 bzw. deren Festlegungen zur Lehrpraxisförderung und ausgehend von einer Fördersumme von 24,8 Mio. EUR (2018 bis 2020) einigte sich die Bundes-Zielsteuerungskommission im April 2018 über die Finanzierungsanteile für die Jahre 2018 bis 2020:

- 25 % Bund,
- je 32,5 % Länder und Sozialversicherung sowie
- 10 % Lehrpraxisinhaberinnen bzw. -inhaber.

Ab 2021 sollte sich der Anteil der Sozialversicherung und der Länder auf je 30 % reduzieren, die Lehrpraxen sollten ihren Anteil auf 15 % aufstocken. Diesbezüglich beauftragte die Bundes-Zielsteuerungskommission den Hauptverband zu evaluieren, ob die ab 2021 geplante Erhöhung auf 15 % durch die Verrechenbarkeit der Leistungen der Lehrpraktikantinnen bzw. -praktikanten mit der Sozialversicherung (laut Gesamtvertrag zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer) abgedeckt war. Laut Evaluierungsbericht des Dachverbands vom Dezember 2020 sei die Steigerung des abgerechneten Betrags pro Quartal für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit allgemeinmedizinischer Lehrpraxis signifikant höher als für jene ohne Lehrpraxis.

(4) In ihrer Sitzung im April 2018 diskutierte die Bundes-Zielsteuerungskommission auch die „bundesweit einheitliche Umsetzung der Lehrpraxen und -finanzierung“ mit dem Ergebnis, dass es je nach Ausgestaltung des Anstellungsverhältnisses der Turnusärztin bzw. des Turnusarztes (direkt bei der Lehrpraxis oder weiterhin beim Krankenanstaltenträger) zwei Abwicklungspfade geben sollte.

Wien, Steiermark und Tirol wählten das Modell der direkten Anstellung der Turnusärztin bzw. des Turnusarztes bei der Lehrpraxis, Vorarlberg, Salzburg, Oberösterreich, Niederösterreich sowie Kärnten das Modell der Anstellung beim Krankenanstalten-träger; das Burgenland ermöglichte beide Anstellungsformen. Die Anstellung bzw. Weiterbeschäftigung beim Krankenanstaltenträger sollte die Möglichkeit bieten, die Turnusärztin bzw. den Turnusarzt neben der 30-stündigen Lehrpraxis auch noch für zehn Wochenstunden in der Krankenanstalt zu beschäftigen.

(5) Im März 2019 beschloss der Ständige Koordinierungsausschuss⁸⁴, Pauschalbeträge für die Lehrpraxisförderung anzustreben (angedacht waren drei Pauschalbeträge). Die Ärzte-Ausbildungskommission (im März 2019) und die Bundes-Zielsteuerungskommission (im April 2019) erörterten ebenfalls das Thema pauschale Lehrpraxisförderung. Mit Einsetzung der Expertenregierung im Juni 2019 wurde dieses Vorhaben in den Zielsteuerungsgremien allerdings nicht mehr weiter bearbeitet.

(6) Im Dezember 2020 beschloss die Bundes-Zielsteuerungskommission zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Lehrpraxisfinanzierung den bisherigen Verteilungsschlüssel auch für das Jahr 2021. Diese Zustimmung erfolgte unter der Bedingung, dass eine Gruppe bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Sozialversicherung, der Länder und der Österreichischen Ärztekammer eingerichtet werde, die sich ab Jänner 2021 mit einer Reihe von Themen (z.B. vorliegende Evaluierungsberichte) befassen soll. Ein Vorschlag zur weiteren Vorgangsweise bei der Lehrpraxisförderung ab Jänner 2022 soll im Juni 2021 der Bundes-Zielsteuerungskommission zur Beschlussfassung vorgelegt werden.

31.2 Der RH hielt fest, dass zwischen der Kundmachung der Ärztegesetz-Novelle 2014 im November 2014 und der Einigung über die Lehrpraxisfinanzierung dreieinhalb Jahre lagen.

Er wies darauf hin, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung österreichweit zwei verschiedene Abwicklungsmodalitäten existierten. Aus Sicht des RH standen diese unterschiedlichen Vorgangsweisen in einem Spannungsverhältnis zur intendierten bundesweiten Einheitlichkeit der Lehrpraxisförderung.

Weiters hielt der RH fest, dass ein Vorschlag zur weiteren Vorgangsweise bei der Lehrpraxisförderung ab Jänner 2022 im Juni 2021 der Bundes-Zielsteuerungskommission zur Beschlussfassung vorgelegt werden soll.

⁸⁴ Aufgabe des Ständigen Koordinierungsausschusses war es, die Agenden der Bundes-Zielsteuerungskommission vorzubereiten und zu koordinieren sowie die Umsetzung von Beschlüssen der Bundes-Zielsteuerungskommission zu unterstützen. Er setzte sich aus je neun Vertreterinnen bzw. Vertretern des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung zusammen.

Grundlagen und Höhe der Lehrpraxisförderung

- 32.1 (1) Die Grundlage für die Förderung der freiwilligen Lehrpraxis durch den Bund (bis Ende 2017) bildeten zwei Sonderrichtlinien „betreffend die Förderung von Lehrpraxen aufgrund § 40 der Verordnung des Bundesministers für Finanzen über Allgemeine Rahmenrichtlinien für die Gewährung von Förderungen aus Bundesmitteln (ARR 2004), BGBl. II Nr. 51/2004“; die erste (in der Folge: **Sonderrichtlinie 2006–2010**) galt von Februar 2006 bis September 2010, die zweite (in der Folge: **Sonderrichtlinie 2010–2017**) von Oktober 2010 bis Dezember 2017. Beide sahen einen fixen monatlichen Förderbetrag von 1.345 EUR je Lehrpraktikantin bzw. –praktikant vor.

Mit der Sonderrichtlinie 2006–2010 förderte der Bund sowohl Turnusärztinnen bzw. Turnusärzte der Allgemeinmedizin als auch eines Sonderfachs gleichermaßen für maximal sechs Monate. Die Sonderrichtlinie 2010–2017 beschränkte die Förderwürdigkeit auf Turnusärztinnen bzw. Turnusärzte der Allgemeinmedizin.

- (2) Die dritte, zur Zeit der Gebärungsüberprüfung gültige „Sonderrichtlinie Lehrpraxisförderung für den Zeitraum 2018 bis 2020“ (in der Folge: **Sonderrichtlinie 2018–2020**) betraf die Förderperiode 2018 bis 2020. Sie sah eine Förderung des Gehalts (inklusive Sonderzahlungen) für die Ausbildungsdauer von sechs Monaten vor. Förderwerberin bzw. –werber waren je nach Anstellungsverhältnisse die Lehrpraxisinhaberin bzw. der Lehrpraxisinhaber oder der Krankenanstaltenträger. Im Jänner 2021 informierte das Gesundheitsministerium den RH über die Verlängerung der Sonderrichtlinie bis Ende 2021.

- (3) Basis für die Abwicklung und Auszahlung des Finanzierungsanteils der Sozialversicherung an der Lehrpraxisförderung war der Beschluss der Trägerkonferenz⁸⁵ vom Juni 2018. Die Trägerkonferenz stimmte dem Bericht über den Lehrpraxisgesamtvertrag, dem Bericht über die in der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Finanzierungsschlüssel und Abwicklungsmodalitäten sowie der vorgeschlagenen zentralen Abwicklung des Anteils der Sozialversicherung durch den Hauptverband zu.

- (4) Die Länder hatten neben der Reformvereinbarung 2017 und dem Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission ihrerseits unterschiedliche Grundlagen für ihren Finanzierungsanteil an der Lehrpraxisförderung. Es waren dies z.B. länderspezifische Richtlinien oder Gesamtverträge. Zusätzlich beriefen sich auch alle Länder auf die Sonderrichtlinie 2018–2020 des Bundes.

⁸⁵ Die Trägerkonferenz war das rechtsetzende Organ des Hauptverbands. Sie bestand aus den Obfrauen und Obmännern und der ersten Stellvertreterin bzw. dem ersten Stellvertreter der vertretenen Versicherungsträger sowie drei Seniorenvertreterinnen bzw. Seniorenvertretern.

- 32.2 Der RH hielt fest, dass sowohl der Bund als auch die Sozialversicherung und die Länder neben der Reformvereinbarung 2017 und dem Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission ihrerseits unterschiedliche Grundlagen für ihren Finanzierungsanteil an der Lehrpraxisförderung hatten.

Webtool und Förderabwicklung

- 33 (1) In ihrer Sitzung vom April 2018 einigte sich die Bundes-Zielsteuerungskommission auch auf den Ablauf der Förderabwicklung. Das Gesundheitsministerium sagte die Errichtung einer Datenbank zur Steuerung der Förderabwicklung zu. Länder, Sozialversicherung und Österreichische Ärztekammer sollten dazu Zugang haben. Dieser Ablauf galt für die Lehrpraxis aller Turnusärztinnen und Turnusärzte nach der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015.

(2) Das Gesundheitsministerium stellte die Lehrpraxisförderdatenbank (in der Folge: **Webtool**) ab Mitte November 2018 zur Verfügung. Zuvor gewährte Förderungen gemäß Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 wurden im Webtool nachgetragen. Ab September 2018 – zeitgleich mit der Genehmigung der Sonderrichtlinie 2018–2020 – gab es standardisierte Formulare für den Förderantrag und die Abrechnung, die eine einheitliche Berechnung der Förderhöhe sicherstellen sollten. Das Webtool wurde auf Basis der ersten Erfahrungen laufend adaptiert und an die Nutzeranforderungen angepasst. Die externen Aufwendungen beliefen sich bis Juli 2020 auf rd. 64.000 EUR.

Ein wesentlicher Kritikpunkt von Nutzerinnen und Nutzern am Webtool war der hohe administrative Aufwand. So mussten etwa einige Unterlagen mehrmals hochgeladen bzw. dieselben Daten mehrmals erfasst werden oder es gab Probleme beim Hochladen sowie beim Befüllen. Auch wies das Webtool zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch keine funktionierende Export-Funktion auf, die eine übersichtliche Liste aller Förderfälle (in den jeweiligen Bearbeitungsschritten) hätte bereitstellen können.

- 34.1 (1) Das Abwicklungsverfahren der Lehrpraxisförderung – an die Erfordernisse des Webtools angepasst – war aufwändig, bedurfte vieler Kommunikationsschritte und gestaltete sich je nach Art der Anstellung der Turnusärztin bzw. des Turnusarztes unterschiedlich. Maßgeblich beteiligt waren – je nach Anstellungsart unterschiedlich – Gesundheitsministerium, Länder, Sozialversicherung, Landesärztekammern, Krankenanstalten(–träger) sowie Lehrpraxisinhaberin bzw. –inhaber.

(2) Während im Falle der Weiterbeschäftigung bei den Krankenanstaltenträgern diese den Großteil der administrativen Aufgaben übernahmen, waren es im Fall der Anstellung in der Lehrpraxis die jeweiligen Landesärztekammern, welche die Admi-

nistration für die Lehrpraxen erledigten. Die Rolle des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung war bei beiden Varianten weitestgehend dieselbe.

(3) Gemeinsam war beiden Abläufen, dass sich die Turnusärztin bzw. der Turnusarzt mindestens sechs Monate vor Absolvierung der Lehrpraxis einen Lehrpraxisplatz suchen musste und ein Dienstvertrag zwischen ihr bzw. ihm und dem Krankenanstaltenträger oder der Lehrpraxis abgeschlossen sein musste. Auch hatte die Landesärztekammer in jedem Fall die formalen Voraussetzungen für die Förderung zu prüfen und die Vollständigkeit im Webtool zu bestätigen. Der Bund bestätigte der Fördernehmerin bzw. dem Fördernehmer gegenüber die voraussichtliche und die anerkannte Förderhöhe im Webtool.

(4) Die Varianten unterschieden sich im Wesentlichen darin, dass im Fall der Anstellung in der Lehrpraxis Akontierungen und eine Endabrechnung erfolgten, im anderen Fall die Förderbeträge zur Gänze im Nachhinein endabgerechnet wurden.

(5) Die Förderhöhe variierte vor allem aufgrund unterschiedlicher Gehaltsschemata in den Ländern und bewegte sich (für die Dauer von sechs Monaten) – für die von Jänner 2019 bis April 2021 beantragten und abgerechneten Lehrpraxisförderungen – in einer Bandbreite von rd. 22.100 EUR bis rd. 30.500 EUR je Fall.

- 34.2 Der RH wies darauf hin, dass sich die zwei verschiedenen Abwicklungsmodalitäten als aufwändig darstellten und umfassende Kommunikation zwischen den Beteiligten erforderten. Auch waren Basis und Höhe der Lehrpraxisförderung von Fall zu Fall unterschiedlich – die Bandbreite lag zwischen rd. 22.100 EUR und rd. 30.500 EUR. Der RH wiederholte, dass aus seiner Sicht diese unterschiedlichen und komplexen Vorgangsweisen in einem Spannungsverhältnis zur intendierten bundesweiten Einheitlichkeit der Lehrpraxisförderung standen.

[Er empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit dem Dachverband, den Ländern und der Österreichischen Ärztekammer im Rahmen der Neugestaltung auf eine Vereinfachung der Abwicklung der Lehrpraxisförderung hinzuwirken.](#)

- 34.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums habe die Bundes–Zielsteuerungskommission in ihrer Sitzung im Dezember 2020 die Verlängerung der Lehrpraxisförderung auf Basis der bisherigen Prozentsätze und Kostentragungsregeln um ein Jahr bis Ende 2021 beschlossen. Diese Zustimmung sei unter der Bedingung erfolgt, dass umgehend eine kleine Gruppe – bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Sozialversicherung, der Länder und der Österreichischen Ärztekammer – eingerichtet und von dieser Arbeitsgruppe bis spätestens Mai 2021 ein Vorschlag zur weiteren Vorgangsweise ab Jänner 2022 erarbeitet werde. Das Ergebnis sei der Bundes–Zielsteuerungskommission im Juli 2021 vorgelegt worden: Fortführung der Lehrpraxisförderung ab 2022 unter Beibehaltung der bisherigen

Berechnungsgrundlagen ohne jegliche Pauschalierungen und mit folgendem Kostentragungsschlüssel: Länder 30 %, Sozialversicherung 30 %, Bund 25 % und Ärzteschaft 15 %.

(2) Die Österreichische Ärztekammer teilte in ihrer Stellungnahme zur Lehrpraxisförderung mit, dass sie bereits Arbeitsgruppengespräche zur Fortsetzung initiiert und Vorschläge zur Neugestaltung und Vereinfachung eingebracht habe.

- 34.4 Der RH verwies gegenüber dem Gesundheitsministerium auf den Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission und hielt neuerlich fest, dass die unterschiedlichen und komplexen Vorgangsweisen in der Lehrpraxisförderung aus seiner Sicht in einem Spannungsverhältnis zur intendierten bundesweiten Einheitlichkeit dieser Förderung standen und eine Vereinfachung der Abwicklung der Lehrpraxisförderung zweckmäßig wäre. Er verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Ausbezahlte Förderungen und Transparenzdatenbank

- 35.1 (1) Die Lehrpraxisförderung des Bundes nach der Sonderrichtlinie 2006–2010 sowie der Sonderrichtlinie 2010–2017 im Rahmen der Ärzteausbildung Alt betrug im Zeitraum 2009 bis 2017 zwischen rd. 868.000 EUR (2010) und rd. 364.000 EUR (2017), 2018 noch rd. 56.000 EUR und 2019 rd. 4.000 EUR.

(2) Für die Ärzteausbildung Neu konnte das Webtool keine Auflistung der gesamten tatsächlich ausbezahlten Lehrpraxisförderbeträge von Bund, Ländern und Sozialversicherung liefern. Eine österreichweite Gesamtsumme für 2018 und 2019 konnte der RH nur durch Abfrage bei den einzelnen Fördergebern ermitteln. Laut deren Angaben stellten sich die tatsächlich ausbezahlten Lehrpraxisförderbeträge für 2018 und 2019 bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung wie folgt dar:

Tabelle 10: Ausbezahlte Lehrpraxisförderungen

	2018	2019
	in EUR (in %)	
Lehrpraxisförderung laut Fördergeber	1.091.354 (100)	3.731.191 (100)
<i>davon</i>		
<i>Bund</i>	234.263 (21)	1.092.721 (29)
<i>Länder</i>	542.817 (50)	1.486.080 (40)
<i>Sozialversicherung</i>	314.274 (29)	1.152.390 (31)
Lehrpraxisförderung laut Transparenzdatenbank¹	63.246	609.915

¹ kann vereinzelt auch noch Lehrpraxisförderungen nach der Ärzteausbildung Alt enthalten; Stand Juli 2020

Die Abweichungen der ausbezahlten anteiligen Lehrpraxisfördersummen von dem in der Bundes-Zielsteuerungskommission von den Fördergebern festgelegten Finanzierungsschlüssel (TZ 31) konnten aus Verzögerungen bei der Abrechnung resultieren.

(3) Die Transparenzdatenbank⁸⁶ hatte den Zweck, Leistungsangebote der öffentlichen Hand systematisch zu erfassen und öffentlich, mittels Transparenzportal, zugänglich zu machen. Allerdings bestand nur auf Bundesebene die Verpflichtung, auch Zahlungen in die Transparenzdatenbank einzumelden, die Länder konnten dies freiwillig tun.

Die Lehrpraxisförderung wurde zum Teil in die Transparenzdatenbank eingemeldet. Das Gesundheitsministerium befüllte die Transparenzdatenbank mit den Förderanteilen des Bundes. Ein Vergleich der dem RH vom Bund übermittelten Förderbeträge mit dem Auszug aus der Transparenzdatenbank ergab je Kalenderjahr wesentliche Differenzen.

Der Dachverband meldete die Förderbeträge nicht ein und verwies auf die aus seiner Sicht diesbezüglich unklare Rechtslage. Für ihn sei vor allem der Nutzen der eingesetzten Mittel für die Sozialversicherung das entscheidende Argument für die Nichteintragung im Sinne des Gesetzes („Gegenwert“). Weiters erfolge die Übermittlung der Daten auch deshalb nicht, weil der Dachverband als vorgelagerte Stelle der Träger sich nicht als „Leistende Stelle“ im Sinne des § 16 Transparenzdatenbankgesetz 2012 betrachte. In seinem Jahresbericht 2018 hatte der Hauptverband die Lehrpraxisförderung noch als „Förderung“ bezeichnet.

Die Länder behandelten die Lehrpraxisförderung unterschiedlich. Einige Länder meldeten die Beträge in die Transparenzdatenbank ein, allerdings wurden diese einer anderen Förderart zugewiesen und schienen deshalb nicht als „Lehrpraxisförderung“ auf. Andere Länder meldeten nicht ein, weil sie die Förderung an die Landesärztekammern überwiesen, ihnen die Software-Schnittstelle fehlte oder sie von einer Einmeldung durch den Bund ausgingen. Weitere Länder wiederum interpretierten die Lehrpraxisförderung nicht als Förderung, sondern z.B. „als Teil der Ausbildung“, und sahen daher keinen Grund für eine Einmeldung in die Transparenzdatenbank.

(4) Aus Sicht des Bundesministeriums für Finanzen, das die Transparenzdatenbank betrieb, hatte der Dachverband seine Leistungen zur Lehrpraxisförderung in der Transparenzdatenbank abzubilden. Dem Argument, dass es sich bei der Lehrpraxisförderung um keine Förderung handle, weil eine Gegenleistung in Form der Arbeitsleistung erbracht werde, folgte das Bundesministerium für Finanzen nicht. Dies, weil

⁸⁶ Transparenzdatenbankgesetz 2012, BGBl. I 99/2012 i.d.g.F.

die Gegenleistung nicht gegenüber den Fördergebern, sondern gegenüber den Lehrpraxen bzw. Krankenanstalten erbracht werde. Gemäß § 8 Transparenzdatenbankgesetz 2012 handle es sich um eine Förderung, wenn Zahlungen aus öffentlichen Mitteln gewährt werden, ohne dafür unmittelbar eine angemessene geldwerte Gegenleistung zum eigenen Nutzen zu erhalten.

(5) Aus den genannten Gründen konnte daher die Transparenzdatenbank keine vollständige Übersicht über die Höhe der österreichweit jährlich ausbezahlten Lehrpraxisförderbeträge liefern.

- 35.2 Der RH hielt kritisch fest, dass die jährlich österreichweit tatsächlich ausbezahlte Lehrpraxisfördersumme im Webtool nicht abrufbar war; eine österreichweite Gesamtsumme für 2018 und 2019 konnte der RH nur durch Abfrage bei den einzelnen Fördergebern ermitteln. Dies, obwohl die österreichweit tatsächlich ausbezahlte Lehrpraxisfördersumme etwa 2019 laut Angaben der Fördergeber zur Zeit der Gebarungsüberprüfung rd. 3,73 Mio. EUR ausmachte.

Auch die Transparenzdatenbank war kein geeignetes Instrument, um diese gesamte Lehrpraxisförderung mittels Monitoring zu beobachten. So stimmten die vom Bund an den RH übermittelten Förderbeträge nicht mit den Bundes-Beträgen in der Transparenzdatenbank überein. Darüber hinaus meldete die Sozialversicherung unter Berufung auf ihre Rechtsansicht nicht in die Transparenzdatenbank ein. Sofern die Länder die Lehrpraxisförderung einmeldeten, dann nicht gesondert als „Lehrpraxisförderung“; damit war sie nicht im Einzelnen nachvollziehbar.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, auf eine korrekte bzw. vollständige Einmeldung seiner Lehrpraxisförderbeträge in die Transparenzdatenbank hinzuwirken.

Um einen bundesweiten automatisierten Überblick über die tatsächlich ausbezahlten Lehrpraxisförderungen zu erhalten, empfahl der RH dem Gesundheitsministerium, im Rahmen der Bundes-Zielsteuerungskommission darauf hinzuwirken, dass alle Lehrpraxisfördergeber (Bund, Länder, Sozialversicherung) ihre ausbezahlten Förderungen in die Transparenzdatenbank einmelden. Dabei wäre auch eine entsprechende Nutzung des Webtools zu prüfen.

- 35.3 Das Gesundheitsministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass es die Förderbeträge korrekt in die Transparenzdatenbank einmelde. Auf die Einmeldung der anderen Fördergeber habe das Gesundheitsministerium keinen Einfluss. Es werde jedoch die Möglichkeit nutzen, in einer der nächsten Bundes-Zielsteuerungskommissionen die Sozialversicherung und die Länder darauf hinzuweisen, dieser Aufgabe nachzukommen.

Klinisch–Praktisches Jahr und allgemeinmedizinische Ärzteausbildung

- 36.1 (1) Das Klinisch–Praktische Jahr im sechsten Studienjahr, die Basisausbildung und die allgemeinmedizinische Ärzteausbildung nach der Ärzteausbildung Neu stellten sich zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Vergleich wie folgt dar:

Tabelle 11: Klinisch–Praktisches Jahr, Basisausbildung, allgemeinmedizinische Ärzteausbildung im Vergleich

	Klinisch–Praktisches Jahr	Basisausbildung	allgemeinmedizinische Ärzteausbildung
Ausbildungsabschnitt	Studium der Humanmedizin	Ärzteausbildung	
Zielsetzung	Erwerb und Vertiefung ärztlicher Fertigkeiten, insbesondere im Bereich des praktisch–medizinischen Unterrichts	– Erwerb klinischer Basiskompetenzen – Befähigung zur Erkennung von Notfallsituationen und Setzen von Erstmaßnahmen – Diagnose und Behandlung der 15 häufigsten Krankheitsbilder	Befähigung zur selbstständigen Ausübung der Allgemeinmedizin
Adressaten	alle Studierenden der Humanmedizin	alle Turnusärztinnen und Turnusärzte	Turnusärztinnen und Turnusärzte Allgemeinmedizin
Einführung	Studienjahr 2014/15	Juni 2015 (Basisausbildung und Änderungen Allgemeinmedizin aufgrund Ausbildungsreform 2014/15)	
Grundlagen (Auswahl)	– Universitätsgesetz 2002 – Curricula der Medizinischen Universitäten	– Ärztegesetz 1998 – Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015 – KEF und RZ–V 2015	
Zuständigkeit	– Wissenschaftsministerium – Medizinische Universitäten	– Gesundheitsministerium – Österreichische Ärztekammer	
Dauer	48 Wochen (im sechsten Studienjahr)	9 Monate (zu Beginn der Ärzteausbildung)	33 Monate (nach der Basisausbildung)
Inhalte	– Erwerb und Vertiefung der im Kompetenzlevelkatalog genannten Kompetenzen/dritte Kompetenzstufe (Approbationsreife) – durch praktisch–medizinischen Unterricht, insbesondere aktive Teilnahme an Patientenbetreuung	– 15 häufigste Krankheitsbilder – durchgängige Patientenbetreuung – Notfallsituationen	– Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten – in unterschiedlichen Fachgebieten

	Klinisch–Praktisches Jahr	Basisausbildung	allgemeinmedizinische Ärzteausbildung
praktische Durchführung	Lehrkrankenhäuser, Lehrordinationen	– allgemeine Krankenanstalten (ärztegesetzliche Anerkennung) – Sonderkrankenanstalten (gesonderte Anerkennung durch Österreichische Ärztekammer)	vor allem Krankenanstalten, Lehrpraxen (gesonderte Anerkennung durch Österreichische Ärztekammer)
Befugnisse der Auszubildenden	§ 49 Ärztegesetz 1998 – Tätigkeiten immer unter Anleitung und Aufsicht, auch durch Turnusärztinnen und Turnusärzte	§ 3 Ärztegesetz 1998 – vorübergehend ärztliche Tätigkeiten auch ohne Aufsicht durch Fachärztin oder Facharzt möglich	

KEF und RZ–V 2015 = Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher 2015

Quellen: BMBWF; BMSGPK; rechtliche Grundlagen; Medizinische Universität Graz; Medizinische Universität Wien

Wie die Tabelle zeigt, fielen das Klinisch–Praktische Jahr als letzter Abschnitt des Studiums der Humanmedizin einerseits sowie die Basisausbildung und die allgemeinmedizinische Ärzteausbildung andererseits in verschiedene Zuständigkeiten und wiesen auch sonst eine Reihe von Unterschieden auf (z.B. Zielsetzung, Dauer, Befugnisse der Auszubildenden).

Zum Bestehen inhaltlicher Verschränkungen bzw. Doppelgleisigkeiten zwischen den angestrebten aufeinander aufbauenden Ausbildungsabschnitten, insbesondere zwischen dem Klinisch–Praktischen Jahr und der Basisausbildung, gab es unterschiedliche Ansichten:

- So standen etwa laut Gesundheitsministerium Aspekte der Ausbildungsqualität und der optimalen Versorgung im Mittelpunkt der Überlegungen für die Basisausbildung. Die Basisausbildung ersetze die ehemaligen Nebenfächer⁸⁷, sollte die notwendige Grundversorgung der Bevölkerung abbilden und in allen Krankenanstalten absolvierbar sein. Hinsichtlich der inhaltlichen Abstimmung der verschiedenen Ausbildungsabschnitte verwies das Gesundheitsministerium vor allem auf die Ärzte–Ausbildungskommission. Laut deren Protokoll vom August 2014 baue die Basisausbildung auf das Klinisch–Praktische Jahr auf.
- Die Österreichische Ärztekammer hielt die Basisausbildung für ein Entgegenkommen der Ärzteschaft an die Länder bzw. Rechtsträger von Krankenanstalten. Durch die Bildungsreform 2014/15 gebe es weniger allgemeinmedizinische Turnusärztinnen und Turnusärzte. Früher hätten Turnusärztinnen und Turnusärzte vielfach vor einer Facharztausbildung auch eine allgemeinmedizinische Ausbildung absolviert. Die dadurch größere Zahl an allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnus-

⁸⁷ Nach der Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2006 gab es Pflichtnebenfächer (Gegenfächer) in der fachärztlichen Ausbildung, die neben dem Hauptfach verpflichtend, und Wahlnebenfächer, die wahlweise zu absolvieren waren. Wahlnebenfächer konnten gebundene Wahlnebenfächer sein, die aus einem Katalog bestimmter Sonderfächer, und freie Wahlnebenfächer, die aus dem Katalog sämtlicher Sonderfächer zu wählen waren. Wahlnebenfächer konnten auch das Hauptfach oder Pflichtnebenfächer sein.

ärzten habe den Krankenanstalten als „Systemerhalter“ gedient. Als Ersatz dafür hätten die Länder im Rahmen der Ausbildungsreform 2014/15 eine Basisausbildung gefordert. Zwischen dem Klinisch–Praktischen Jahr und der Basisausbildung gebe es Doppelgleisigkeiten.

- Laut Wissenschaftsministerium würden sowohl das Klinisch–Praktische Jahr als auch die Basisausbildung praktische Ausbildungen umfassen. Durch Anrechnung des Klinisch–Praktischen Jahres könne die Ärzteausbildung verkürzt und könnten damit die Ärztinnen und Ärzte schneller eine eigenverantwortliche Tätigkeit aufnehmen. Dies sei auch Teil des Regierungsprogramms 2020–2024.
- Die Medizinischen Universitäten Graz und Wien verwiesen zu allfällig sich wiederholenden Lerninhalten u.a. auf die unterschiedlichen Lerntiefen und Verantwortlichkeiten der Auszubildenden im Klinisch–Praktischen Jahr (als Teil des Studiums) einerseits sowie in der Basisausbildung andererseits sowie auf den stufenweisen Aufbau und Lernfortschritt.

(2) Im Zusammenhang mit der Erlassung des Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes 2017⁸⁸ thematisierte der Gesundheitsausschuss zur nachhaltigen Sicherstellung der Attraktivität der Allgemeinmedizin u.a. die Evaluierung der Verschränkungen zwischen Klinisch–Praktischem Jahr, Basisausbildung sowie der weiteren allgemeinmedizinischen Ärzteausbildung. Das Gesundheitsministerium verwies dazu u.a. auf die Evaluierungen der Österreichischen Ärztekammer. Laut Österreichischer Ärztekammer habe bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine solche Evaluierung stattgefunden; das Wissenschaftsministerium sowie die Medizinischen Universitäten Graz und Wien verneinten dies ebenso.

(3) Das Gemeinsame Positionspapier des Wissenschaftsministeriums und der öffentlichen Medizinischen Universitäten vom März 2018 nannte als eine Maßnahme zur Sicherung der Gesundheitsversorgung die Verkürzung der Dauer der allgemeinmedizinischen Ausbildung durch vermehrte Anrechnung von Inhalten des Studiums. Dies sei auch die Intention bei der Etablierung des Klinisch–Praktischen Jahres gewesen.

(4) Das Regierungsprogramm 2020–2024 definierte als Ziel die „Integration der Inhalte der Basisausbildung um das Klinisch–praktische Jahr“, ohne dies genauer auszuführen.

- 36.2 Der RH hielt fest, dass das Klinisch–Praktische Jahr einerseits sowie die allgemeinmedizinische Ärzteausbildung (einschließlich Basisausbildung) andererseits in unterschiedliche Zuständigkeiten fielen, diese Ausbildungsabschnitte für sich jeweils verschiedene Ziele verfolgten und das ärztegesetzlich normierte Maß der notwendigen Aufsicht über die Tätigkeiten der Auszubildenden unterschiedlich hoch war. Über die zweckmäßige Ausgestaltung der angestrebten aufeinander aufbauenden

⁸⁸ BGBl. I 131/2017

Ausbildungsabschnitte bestanden verschiedene Ansichten. Eine optimale Abstimmung zwischen Klinisch–Praktischem Jahr, Basisausbildung und allgemeinmedizinischer Ärzteausbildung war damit zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch offen.

Der RH wies darauf hin, dass der Gesundheitsausschuss im Rahmen der Erlassung des Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes 2017 eine Evaluierung der Verschränkung der Ausbildungsabschnitte thematisierte. Eine umfassende Analyse konnte dem RH zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht vorgelegt werden.

Auch vor dem Hintergrund der im Regierungsprogramm 2020–2024 definierten Vorhaben („Ärzteausbildung NEU mit Fokus Allgemeinmedizin“, „Integration der Inhalte der Basisausbildung um das Klinisch–praktische Jahr“) empfahl der RH dem Gesundheitsministerium und dem Wissenschaftsministerium, gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer und den Medizinischen Universitäten die inhaltliche Verschränkung der einzelnen Ausbildungsabschnitte bis zur Erlangung der selbstständigen allgemeinmedizinischen Berufsberechtigung zu evaluieren und einen optimal abgestimmten Aufbau bzw. Verlauf der ärztlichen Ausbildung sicherzustellen.

36.3 (1) Das Gesundheitsministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass es im Jahr 2015 eine Abstimmung zwischen dem Klinisch–Praktischen Jahr und dem Turnus gegeben habe. Bei dieser Abstimmung hätten sich die verantwortlichen Institutionen für einen modulhaften Aufbau entschieden. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass sowohl rechtlich als auch fachlich gravierende Unterschiede zwischen diesen Abschnitten bestünden. Erst in der Basisausbildung seien die nun in der Ausbildung stehenden Ärztinnen bzw. Ärzte aufgrund des Berufsrechts berechtigt, ärztliche Tätigkeiten im vorgesehenen rechtlichen Rahmen vorzunehmen und somit zu erlernen.

(2) Laut Stellungnahme des Wissenschaftsministeriums sei die Einbeziehung bzw. Anrechnung der Inhalte des Klinisch–Praktischen Jahres in die postpromotionelle Ärzteausbildung grundsätzlich ein geeigneter Weg, um die Zeit bis zur späteren Berufsausübung zu verkürzen und damit Absolventinnen und Absolventen rascher in die eigenverantwortliche Tätigkeit bringen zu können. Da es sich allerdings vor allem um Fragen zur Ausbildung zum Arztberuf handle, liege die grundsätzliche Initiative dazu beim Gesundheitsministerium.

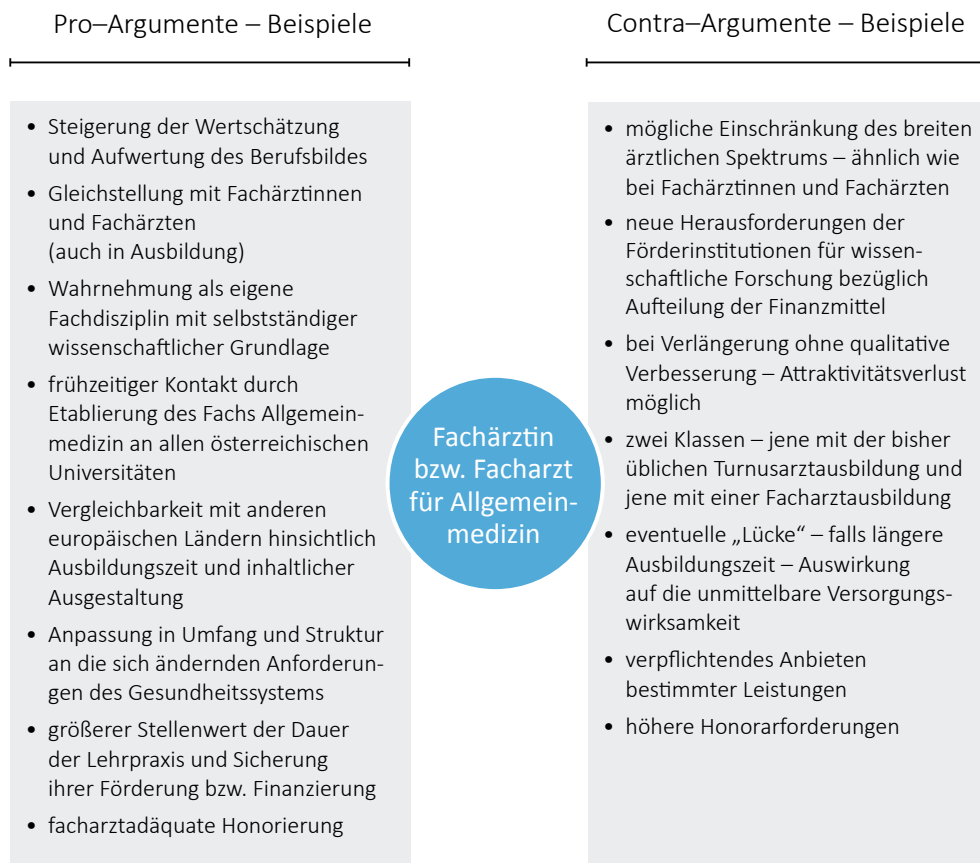
36.4 Der RH wies gegenüber dem Gesundheitsministerium und dem Wissenschaftsministerium darauf hin, dass er seine Empfehlung deshalb an beide Ministerien (u.a. unter Einbeziehung der Medizinischen Universitäten) richtete, weil die empfohlene Evaluierung zur Sicherstellung des optimal abgestimmten Aufbaus bzw. zeitlich optimierten Verlaufs der gesamten ärztlichen Ausbildung vom Studium der Humanmedizin bis zur selbstständigen ärztlichen Berufsberechtigung führen sollte.

Fachärztin und Facharzt für Allgemeinmedizin

- 37.1 (1) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gab es kein Sonderfach Allgemeinmedizin und keine Fachärztin bzw. keinen Facharzt für Allgemeinmedizin. Die Etablierung dieser Facharztrichtung wurde seit vielen Jahren in verschiedenen Gremien thematisiert; dies auch vor dem Hintergrund der öffentlichen Diskussion um einen auch allgemeinmedizinischen Ärztemangel und der daraus resultierenden Bestrebungen, die Allgemeinmedizin zu attraktivieren und eine Abwanderung der Studienabsolventinnen und –absolventen hintanzuhalten.

Die nachfolgende Abbildung zeigt wesentliche – z.B. in Studien, Fachliteratur oder Befragungen aufgezeigte – Pro– und Contra–Argumente zur Einführung einer Facharztrichtung für Allgemeinmedizin:⁸⁹

Abbildung 9: Argumente für und gegen einen Facharzt Allgemeinmedizin



Quellen: Befragungen, Studien und Fachliteratur (u.a. Zeitschrift für Gesundheitspolitik 2017); Darstellung: RH

⁸⁹ siehe z.B. *Maier*, Facharzt für Allgemeinmedizin – Chance oder Gefahr? Option oder Notwendigkeit? Zeitschrift für Gesundheitspolitik 2017, S. 9

Für die Einführung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Allgemeinmedizin sprach sich vor allem die Österreichische Ärztekammer aus, ebenso die Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin in ihrem im August 2018 veröffentlichten „Masterplan Allgemeinmedizin“.⁹⁰ Im Hinblick auf die Attraktivierung der Allgemeinmedizin bezweifelte der Dachverband hingegen die Zweckmäßigkeit der mit der Einführung der neuen Facharztrichtung verbundenen Ausbildungsverlängerung.

Die „Prüfung“ der Einführung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Allgemeinmedizin schlug z.B. die Fachgruppe Versorgungsstruktur im Rahmen eines Berichts zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin an die Bundes-Zielsteuerungskommission im April 2018⁹¹ vor.

Das Gesundheitsministerium verwies auf Überlegungen des Obersten Sanitätsrats⁹². In dessen Rahmen beschäftigte sich eine Arbeitsgruppe mit den Vor- und Nachteilen der Einführung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Allgemeinmedizin, ohne jedoch in ihrem Endbericht vom Mai 2019 eine klare Empfehlung abzugeben.

(2) In der Sitzung der Ärzte-Ausbildungskommission vom März 2020 sagte die Österreichische Ärztekammer zu, eine Arbeitsgruppe zu dieser Facharztthematik einzurichten und sich dabei an internationalen Good-Practice-Beispielen zu orientieren. Einigkeit bestand u.a. bei einer mindestens fünfjährigen Ausbildung. In ihrer Sitzung im September 2020 vereinbarte die Ärzte-Ausbildungskommission, dass die Österreichische Ärztekammer bis Jänner 2021 ein Konzept für eine Facharztrichtung Allgemeinmedizin vorlegt.

(3) Das Regierungsprogramm 2020–2024 legte die Einführung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Allgemeinmedizin ausdrücklich fest, allerdings ohne weitere Begründung.

37.2 Der RH hielt fest, dass eine mehrjährige Diskussion um die Einführung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Allgemeinmedizin in verschiedenen Gremien stattgefunden hatte. Dabei wurde eine Reihe von Vor- und Nachteilen einer solchen neuen Facharztrichtung identifiziert; es gab sowohl befürwortende als auch ablehnende Meinungen zur Einführung eines Sonderfachs Allgemeinmedizin. Auch der Oberste

⁹⁰ in Kooperation der Jungen Allgemeinmedizin Österreich gemeinsam mit der Bundessektion Allgemeinmedizin der Österreichischen Ärztekammer, mit Unterstützung der universitären Allgemeinmedizin Österreichs

⁹¹ Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 legte im Strategischen Ziel 1 („Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes“) und Operativen Ziel 2 als Maßnahme 3 auf Bundesebene u.a. fest: „Analyse der Einflussfaktoren inklusive Arbeitszufriedenheit auf die Attraktivität des Berufsfeldes Allgemeinmedizin“.

⁹² Aufgabe des von der Gesundheitsministerin bzw. dem Gesundheitsminister einzurichtenden Obersten Sanitätsrats war die Beratung der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers in wissenschaftlichen Angelegenheiten des Gesundheitswesens.

Sanitätsrat sprach keine klare Empfehlung aus. Die Österreichische Ärztekammer plante die Einrichtung einer Arbeitsgruppe zu diesem Thema und sollte der Ärzte-Ausbildungskommission bis Jänner 2021 ein Konzept für eine Facharztrichtung Allgemeinmedizin vorlegen.

Der RH wies darauf hin, dass das Regierungsprogramm 2020–2024 die Einführung dieser neuen Facharztrichtung zwar ausdrücklich festlegte, eine diesbezügliche Begründung darin jedoch fehlte.

Er empfahl daher dem Gesundheitsministerium, die vorliegenden und geplanten Evaluierungsergebnisse bzw. Konzepte zur Etablierung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Allgemeinmedizin in die Entscheidung, diese Fachrichtung einzuführen, einfließen zu lassen.

37.3 (1) Das Gesundheitsministerium hielt in seiner Stellungnahme fest, dass der Mangel an Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern ein multifaktorielles Problem sei, dem mit einem Maßnahmenbündel zu begegnen sei. Im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit sei bereits ein Maßnahmenkatalog zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin erarbeitet worden. Die Schaffung eines Facharztes für Allgemeinmedizin stelle eine von mehreren Möglichkeiten der Attraktivierung dieses Berufs dar. Um dieses Vorhaben, das auch im Regierungsprogramm 2020–2024 festgeschrieben sei, umzusetzen, habe die Ärzte–Ausbildungskommission zur Bearbeitung dieses Themas eine Untergruppe „Facharzt Allgemeinmedizin“ eingesetzt, der Vertreterinnen und Vertreter der Österreichischen Ärztekammer, der Sozialversicherung, der Landesgesundheitsfonds (mit medizinischem Feedback), der Rechtsträger und des Gesundheitsministeriums angehören würden. Diese Untergruppe werde voraussichtlich erstmals im Herbst 2021 tagen.

(2) Laut Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer befürworte sie die Einführung der Fachärztin bzw. des Facharztes für Allgemeinmedizin. Sie habe bereits entsprechende Gespräche mit dem Gesundheitsministerium geführt. In einem weiteren Schritt sei nunmehr im Rahmen der Ärzte–Ausbildungskommission eine Unterarbeitsgruppe eingerichtet worden. Bedauerlicherweise habe diese Arbeitsgruppe ihre Gesprächsrunden aber noch nicht aufgenommen.

37.4 Der RH betonte gegenüber dem Gesundheitsministerium die Wichtigkeit einer zeitnahen Erzielung von Evaluierungsergebnissen der Ärzte–Ausbildungskommission, um über eine mögliche Einführung der neuen Fachrichtung Allgemeinmedizin entscheiden zu können.

Ausbildungskapazitäten und Steuerung der Ärzteausbildung

Allgemeines

38.1 (1) Die Anerkennung von Ausbildungsstätten und die Festsetzung der maximalen Anzahl von Ausbildungsstellen je Ausbildungsstätte entsprechend den ärztlichen Vorgaben waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung Aufgabe der Österreichischen Ärztekammer. Das Gesundheitsministerium war in die Anerkennung der Ausbildungsstätten und Festsetzung der Ausbildungsstellen nicht eingebunden, die Gesundheitsministerin bzw. der Gesundheitsminister hatte dafür jedoch gegenüber der Österreichischen Ärztekammer (übertragener Wirkungsbereich) ein Weisungsrecht.⁹³

(2) Ärztliche Vorgaben im Hinblick auf eine (ansatzweise) Bedarfssteuerung der Ausbildungskapazitäten in der Ärzteausbildung Alt und Neu stellten sich wie folgt dar:

Tabelle 12: Bedarfssteuerung der Ärzteausbildungskapazitäten im Überblick

Ausbildungsabschnitt	Ärzteausbildung Alt	Ärzteausbildung Neu
Basisausbildung	–	nein, – keine vorgegebene Mindest- oder Maximalzahl an auszubildenden Turnusärztinnen und Turnusärzten, Entscheidung der Krankenanstalt bzw. des Trägers
Allgemeinmedizin	ja, ansatzweise (§ 196 Ärztegesetz 1998 i.d.F. BGBl. I 46/2014): – je 15 systemisierte Betten mindestens eine Turnusärztin bzw. einen Turnusarzt für Allgemeinmedizin beschäftigen – galt für als allgemeinmedizinische Ausbildungsstätten anerkannte Krankenanstalten – ausgenommen Universitätskliniken	ja, ansatzweise (§ 196 Ärztegesetz 1998 i.d.F.): alle Träger von Fonds-Krankenanstalten mussten sicherstellen, dass – dem künftigen Bedarf an Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern entsprechend und – unter Bedachtnahme auf die Beratungsergebnisse der Ärzte-Ausbildungskommission, „eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen für die Ausbildung zur Ärztin bzw. zum Arzt für Allgemeinmedizin zur Verfügung steht“
Sonderfach	ja, ansatzweise als Ausnahmeregelung für Mangelfächer: – seit 12. Ärztegesetz-Novelle 2009: Gesundheitsministerin bzw. Gesundheitsminister konnte – wenn für Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung notwendig – bei Festsetzung der Ausbildungsstellen für einzelne Sonderfächer befristet eine Lockerung des strengen 1:1-Prinzips ¹ zwischen Auszubildenden und Auszubildenden festlegen (sogenannte Mangelfachregelung) – zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bzw. bis Februar 2021 zwei Sonderfächer als Mangelfächer festgelegt: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin	

¹ Das 1:1-Prinzip bedeutete, dass für jede festzulegende Sonderfach-Ausbildungsstelle in einer Organisationseinheit – zusätzlich zur bzw. zum Ausbildungsverantwortlichen (z.B. Abteilungsleitung) – mindestens eine weitere zur selbstständigen Berufsausübung berechnete Fachärztin bzw. ein weiterer zur selbstständigen Berufsausübung berechneter Facharzt des jeweiligen Sonderfachs beschäftigt sein musste; siehe dazu Regierungsvorlage zur Stammfassung Ärztegesetz 1998 – 1386 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates, XX. Gesetzgebungsperiode, S. 88 f.

Quellen: ärztliche Grundlagen

⁹³ Aufgrund der Ärztegesetz-Novelle BGBl. I 172/2021 hatten seit Ende August 2021 auch die Landeshauptleute im übertragenen Wirkungsbereich ein Weisungsrecht im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung.

Für die Basisausbildung gab es keine rechtlichen Vorgaben für eine Bedarfssteuerung der Ausbildungskapazitäten. Zumeist fand die Basisausbildung in allgemeinen Krankenanstalten statt, die bzw. deren Träger die Anzahl der Basisausbildungsstellen selbst bestimmen konnten; es gab weder eine Mindest- noch eine Maximalzahl. Die Zahl der in Basisausbildung befindlichen Turnusärztinnen und Turnusärzte in den Ländern war – bezogen auf eine Reihe von Leistungszahlen (z.B. Betten, Belagstage, stationäre Aufnahmen, ambulante Fälle, Bevölkerungsanzahl) – sehr unterschiedlich. Etwa bezogen auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner bildeten Tirol, Vorarlberg und Wien 2018 bis 2020 die meisten (durchschnittlich 14) und das Burgenland die wenigsten (durchschnittlich sechs) Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Basisausbildung aus.

§ 196 Ärztegesetz 1998 normierte für die Allgemeinmedizin – mit dem Ziel, ausreichende allgemeinmedizinische Ausbildungskapazitäten sicherzustellen – eine „Ausbildungsverpflichtung“. Demgegenüber boten die Regelungen für Sonderfächer insofern erleichterte Ausbildungsbedingungen, als in definierten Mangelfächern mit einer definierten Anzahl von Ausbildungsverantwortlichen eine höhere Anzahl von Turnusärztinnen und Turnusärzten ausgebildet werden konnte als in anderen Sonderfächern. Die von der Österreichischen Ärztekammer festgesetzte Zahl an allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Ausbildungsstellen stellte einen Maximalrahmen dar. Ob die Krankenanstalten diese auch tatsächlich mit Turnusärztinnen und Turnusärzten besetzten, oblag ihnen bzw. ihren Trägern und hing von den verfügbaren Dienstposten ab.

(3) Aufgrund der weitgehend bedarfsunabhängigen Anerkennung von Ausbildungsstätten und Festsetzung von Ausbildungsstellen bedeutete eine Unterauslastung der verfügbaren Ausbildungsstellen nicht, dass es (k)einen Versorgungsengpass gab. Zum einen deshalb, weil die Zahl der Ausbildungsstellen keine Maßzahl für den Bedarf war, zum anderen konnten für eine Nichtauslastung auch andere Gründe maßgeblich sein, etwa die Bereitstellung einer begrenzten Anzahl von Dienstposten durch den Krankenanstaltenträger oder eine wahrgenommene inhaltliche bzw. finanzielle Unattraktivität des Fachs.

- 38.2 Der RH hielt fest, dass die Ärzteausbildungskapazitäten insgesamt kaum bedarfs-gesteuert waren, weil die Österreichische Ärztekammer zur Zeit der Gebärungs-überprüfung die Maximalzahl an ärztlichen Ausbildungsstellen weitgehend bedarfsunabhängig auf Antrag der Ausbildungsstätten entsprechend den ärzte-rechtlichen Vorgaben festzulegen hatte und in der Basisausbildung keine quantitati-ven Vorgaben für die Anzahl der Ausbildungsstellen bestanden. Somit war letztlich die Anzahl der verfügbaren und tatsächlich besetzten Dienstposten für Turnusärztin-nen und Turnusärzte ein Einflussfaktor auf die künftige Zahl an selbstständig berufs-berechtigten Ärztinnen und Ärzten in der Allgemeinmedizin und den Sonderfächern.

Allgemeinmedizin

Turnusärztinnen und Turnusärzte

- 39.1 (1) Die Anzahl der allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte in Krankenanstalten entwickelte sich seit 2016 in den Ländern wie folgt (betrachtet werden – im Unterschied zu **TZ 8** – die Mittelwerte verschiedener Stichtage):

Tabelle 13: Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Allgemeinmedizin

	2016 ¹	2017 ¹	2018 ¹	2019 ¹	2020 ¹	Veränderung 2016 bis 2020
	Anzahl					in %
Burgenland	27	23	22	19	23	-15
Kärnten	89	74	56	44	51	-43
Niederösterreich	338	260	235	214	204	-40
Oberösterreich	195	174	137	137	141	-28
Salzburg	91	59	50	61	52	-43
Steiermark	309	260	244	237	202	-35
Tirol	140	130	107	93	105	-25
Vorarlberg	96	72	55	61	68	-29
Wien	347	287	259	255	250	-28
Österreich	1.631	1.337	1.164	1.119	1.095	-33
davon						
<i>gemäß Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 und früher</i>	<i>1.568</i>	<i>980</i>	<i>481</i>	<i>265</i>	<i>148</i>	<i>-91</i>

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: ÖÄK

¹ Mittelwerte der Stichtage 1. Jänner, 1. März (2018: 26. März), 1. Juni (2018: 4. Juli) und 1. November (2018: 13. November), daher auch die Abweichungen zu **TZ 8**

Von 2016 bis 2020 nahm die Zahl der allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte in allen Ländern ab; dies in einer Bandbreite von 15 % im Burgenland bis 43 % in Kärnten und Salzburg. Der Frauenanteil betrug österreichweit durchschnittlich mehr als 60 %, in Kärnten seit 2018 rd. 70 %; in Vorarlberg gab es seit 2018 mehr allgemeinmedizinische Turnusärzte als Turnusärztinnen (Frauenanteil etwa 2020: 48 %). Der Anteil der allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte nach der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 betrug 2020 noch 14 %.

(2) Die von der Österreichischen Ärztekammer je Ausbildungsstätte (z.B. Abteilung) festgesetzten Ausbildungsstellen stellten seit 2015 auch für die Allgemeinmedizin den maximalen Rahmen für die Zahl der gleichzeitig auszubildenden Turnusärztinnen und Turnusärzte dar; vor 2015 hatte die Österreichische Ärztekammer die Zahl der

allgemeinmedizinischen Ausbildungsstellen in Krankenanstalten den ärztrechtlichen Bestimmungen zufolge nicht festzulegen.

Tabelle 14: Festgesetzte und besetzte Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizin gemäß Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015

Ausbildungsstellen	2017	2018	2019	2020
	Anzahl			
Turnusärztinnen und Turnusärzte Allgemeinmedizin nach Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 ¹	980	481	265	148
Turnusärztinnen und Turnusärzte Allgemeinmedizin nach Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 ¹	358	683	854	948
Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizin nach Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 ²	3.125	3.289	3.333	3.350
Besetzung in % nach Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015	11	21	26	28

Rundungsdifferenzen im Vergleich zu Tabelle 13 möglich

Quelle: ÖÄK

¹ Mittelwerte der Stichtage 1. Jänner, 1. März (2018: 26. März), 1. Juni (2018: 4. Juli) und 1. November (2018: 13. November)

² zum Stichtag 1. Jänner

Im Jahr 2020 waren von den insgesamt 3.350 allgemeinmedizinischen Ausbildungsstellen nach der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 28 % besetzt. Nach Einbeziehung aller allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte wäre ein Besetzungsgrad von 33 % gegeben; in den Ländern läge dabei eine Bandbreite von 19 % (Burgenland) bis 47 % (Steiermark) vor. Zu beachten war, dass die unterschiedliche Dauer und die Vielzahl der Fächer (Pflicht- und Wahlfächer, **TZ 27**) in der allgemeinmedizinischen Ärzteausbildung im Ausmaß von jeweils drei bzw. neun Monaten organisatorische und personelle Herausforderungen darstellten, die den Besetzungsgrad der Ausbildungsstellen beeinflussten.

(3) Um die Verteilung der allgemeinmedizinischen Ärzteausbildung auf die einzelnen Länder darzustellen, erhob der RH eine Reihe von Kennzahlen:

- Bezogen etwa auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner bildete das Burgenland am wenigsten Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner aus (2019: 7), die Steiermark am meisten (2019: 19).
- Im Verhältnis zu einer Reihe von stationären und ambulanten Leistungszahlen⁹⁴ war die Anzahl der allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte 2019 in Vorarlberg und in der Steiermark am höchsten, in Kärnten und im Burgenland am niedrigsten; bezogen etwa auf 1.000 tatsächliche Betten bildete z.B. Vorarlberg rd. 29 Turnusärztinnen und Turnusärzte aus, Kärnten hingegen rund zehn.

⁹⁴ Turnusärztinnen und Turnusärzte je 1.000 tatsächliche Betten, 10.000 stationäre Aufnahmen, 100.000 Pflegetage bzw. Belagstage und je 100.000 ambulante Kontakte, Besuche bzw. Patientinnen und Patienten

- 39.2 Der RH hielt fest, dass die Anzahl der allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte im Zeitraum 2016 bis 2020 in allen Ländern – in einer Bandbreite zwischen 15 % im Burgenland und 43 % in Kärnten und Salzburg – abnahm. Die allgemeinmedizinischen Ausbildungsstellen stiegen im Zeitraum 2017 bis 2020 um 7 % und waren etwa 2020 österreichweit zu rd. 30 % besetzt. Hinzu kam, dass viele allgemeinmedizinische Turnusärztinnen und Turnusärzte während und nach der allgemeinmedizinischen Ausbildung in eine Sonderfachausbildung wechselten und so möglicherweise nicht als künftige Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner zur Verfügung standen.

Bezogen auf eine Reihe von Kennzahlen (z.B. Einwohnerinnen und Einwohner, tatsächliche Betten, stationäre Aufnahmen) trugen die Länder in unterschiedlichem Ausmaß zur Ausbildung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses bei. Vorarlberg und die Steiermark bildeten gemessen an diesen Kennzahlen die meisten allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte aus, Kärnten und das Burgenland am wenigsten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern und der Österreichischen Ärztekammer die Gründe für die Abnahme der Zahl der allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte zu erheben sowie die unterschiedlichen Beiträge der Länder bzw. deren Krankenanstalten zum allgemeinmedizinischen Nachwuchs zu monitoren, um daraus geeignete Maßnahmen zur Sicherstellung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses ableiten zu können.

- 39.3 Das Gesundheitsministerium verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 37, wonach der Mangel an Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern ein multifaktorielles Problem sei, dem mit einem Maßnahmenbündel zu begegnen sei. Im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit sei bereits ein Maßnahmenkatalog zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin erarbeitet worden. Die Schaffung eines Facharztes für Allgemeinmedizin stelle eine von mehreren Möglichkeiten der Attraktivierung dieses Berufs dar. Um dieses Vorhaben, das auch im Regierungsprogramm 2020–2024 festgeschrieben sei, umzusetzen, habe die Ärzte–Ausbildungskommission zur Bearbeitung dieses Themas eine Untergruppe „Facharzt Allgemeinmedizin“ eingesetzt, der Vertreterinnen und Vertreter der Österreichischen Ärztekammer, der Sozialversicherung, der Landesgesundheitsfonds (mit medizinischem Feedback), der Rechtsträger und des Gesundheitsministeriums angehören würden. Diese Untergruppe werde voraussichtlich erstmals im Herbst 2021 tagen.

Bedarfsberechnungen und Monitoring durch die Ärzte–Ausbildungskommission

- 40.1 (1) Die Ärzte–Ausbildungskommission beschloss im Juni 2015, „den Ländern als Grundlage für die Umsetzung der Grundsatzbestimmung gemäß § 196 Ärztegesetz 1998 folgende Empfehlung zu übermitteln: Den durchschnittlichen geschätzten jährlichen Bedarf an angestellten und Kassenärzten als Mindestanzahl der jährlich für Einsteiger/innen in die Ausbildung für Allgemeinmedizin zur Verfügung zu stellenden Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizin“. Für den Zeitraum 2017 bis 2023 wies die Schätzung österreichweit jährlich 400 „Ausbildungsstellen“ (zwischen elf „Ausbildungsstellen“ in Vorarlberg und 108 in Wien) aus.

Basis für die Bedarfsrechnung der Ärzte–Ausbildungskommission waren die auf Grundlage der Daten der Österreichischen Ärztekammer geschätzten Pensionierungen der angestellten Ärztinnen und Ärzte sowie der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte; diese wurden um 10 % erhöht, um „unvorhersehbare Entwicklungen“ aufzufangen. Dass die Wahlärztinnen und Wahlärzte nicht einbezogen wurden, sah etwa der Hauptverband kritisch. Weitere Einflussfaktoren auf den Bedarf, wie (Änderungen im) Beschäftigungsausmaß (z.B. Teilzeit), neue Versorgungsmodelle (z.B. Primärversorgungseinheiten), Öffnungszeiten, Nachfrage nach ärztlichen Leistungen oder demografische Entwicklungen, waren von der Bedarfsanalyse nicht umfasst.⁹⁵

Die Ärzte–Ausbildungskommission befasste sich jährlich mit den jeweils aktualisierten Bedarfsrechnungen. In Sinne eines Monitorings verglich die Ärzte–Ausbildungskommission weiters pro Land die prognostizierten Pensionierungen aller Ärztinnen und Ärzte (also auch der Wahlärztinnen und Wahlärzte) mit dem Durchschnittswert (aus drei Stichtagen, zumeist⁹⁶ 1. März, 1. Juni und 1. November) der in der Ausbildungsstellenverwaltung der Österreichischen Ärztekammer gemeldeten allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte. Laut Auswertung vom Oktober 2019 war dieser Durchschnittswert in den Jahren 2016 bis 2019 meist höher als die prognostizierten Pensionierungen.

- (2) Das Gesundheitsministerium veröffentlichte auf seiner Website unter dem Titel „Ärztinnen– und Ärztemonitoring“ die Zahlen der zu jährlich drei Stichtagen besetzten allgemeinmedizinischen Ausbildungsstellen sowie eine Gegenüberstellung der geschätzten Pensionierungen mit den tatsächlichen aus der Ärzteliste ausgetrete-

⁹⁵ siehe dazu auch den RH–Bericht „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30), z.B. TZ 6 und TZ 8 zu einer Reihe von Kennzahlen zu Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern sowie zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung 2009 und 2019 in Österreich, TZ 15 und TZ 16 zu (unbesetzten) Planstellen in Österreich und im Bezirk Scheibbs, TZ 20 zur Altersverteilung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie TZ 21, TZ 22 und TZ 23 zu Wartezeitenmanagement und Öffnungszeiten

⁹⁶ Insbesondere 2018 gab es leicht abweichende Stichtage (z.B. statt Stichtag 1. März hier Stichtag 26. März).

nen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin ab 60 Jahren. Für die Jahre 2017 und 2018 ergab diese Gegenüberstellung folgendes Bild⁹⁷:

Tabelle 15: Geschätzte Pensionierungen und tatsächliche Austritte aus der Ärzteliste betreffend Allgemeinmedizin

Land	Sektor	geschätzte Pensionierungen 2017 ⁴	tatsächliche Austritte 2017 ⁵	geschätzte Pensionierungen 2018 ⁴	tatsächliche Austritte 2018 ⁵
		Anzahl			
Burgenland	gesamt ¹	22	10	21	6
	davon mit Kassenvertrag ² oder angestellt ³	13	6	13	3
Kärnten	gesamt ¹	52	16	43	18
	davon mit Kassenvertrag ² oder angestellt ³	34	8	28	13
Niederösterreich	gesamt ¹	115	61	110	75
	davon mit Kassenvertrag ² oder angestellt ³	57	13	54	36
Oberösterreich	gesamt ¹	91	52	85	46
	davon mit Kassenvertrag ² oder angestellt ³	58	35	54	31
Salzburg	gesamt ¹	48	19	48	23
	davon mit Kassenvertrag ² oder angestellt ³	19	5	20	12
Steiermark	gesamt ¹	94	42	87	28
	davon mit Kassenvertrag ² oder angestellt ³	66	20	61	19
Tirol	gesamt ¹	46	26	49	25
	davon mit Kassenvertrag ² oder angestellt ³	28	13	29	13
Vorarlberg	gesamt ¹	18	6	18	8
	davon mit Kassenvertrag ² oder angestellt ³	12	3	12	5
Wien	gesamt ¹	176	69	173	24
	davon mit Kassenvertrag ² oder angestellt ³	116	42	111	16
Österreich	gesamt ¹	662	301	634	253
	davon mit Kassenvertrag ² oder angestellt ³	403	145	382	148

¹ umfasst alle Ärztinnen und Ärzte (mit Kassenverträgen, angestellte, Wahlärztinnen und Wahlärzte sowie Wohnsitzärztinnen und –ärzte)

² Ärztinnen und Ärzte mit mindestens einem Kassenvertrag; Annahmen für Schätzung: Pensionierung mit gesetzlichem Pensionsantrittsalter, ab 2024 schrittweise Erhöhung des Pensionsantrittsalters von Frauen (pro Jahr um ein halbes Jahr), nach Erreichen des gesetzlichen Pensionsantrittsalters behält die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte eines Jahrgangs den Kassenvertrag, jedes weitere Jahr legt die Hälfte davon den Kassenvertrag zurück, fünf Jahre nach Pensionsantrittsalter sind alle Verträge zurückgelegt.

³ ausschließlich angestellte Ärztinnen und Ärzte; Annahmen für Schätzung: Pensionierung mit gesetzlichem Pensionsantrittsalter, ab 2024 schrittweise Erhöhung des Pensionsantrittsalters von Frauen (pro Jahr um ein halbes Jahr)

⁴ bei allen Schätzungen Daten um 10 % erhöht, um „unvorhergesehene Entwicklungen abzufangen“

⁵ Ärztinnen und Ärzte ab 60 Jahren

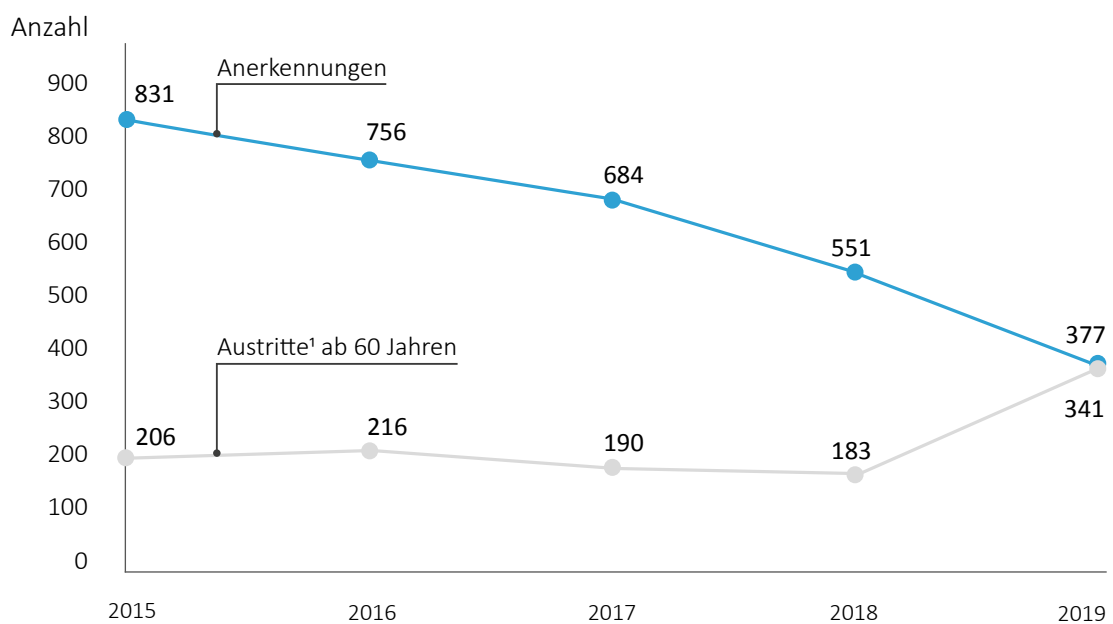
Quellen: Ärzte–Ausbildungskommission; BMSGPK

⁹⁷ <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Aerztinnen--und-Aerzteausbildung/Aerztinnen--und-Aerztemonitoring.html> (abgerufen am 6. Oktober 2020)

Die Schätzungen der Ärzte–Ausbildungskommission zu den Pensionierungen von allgemeinmedizinischen Ärztinnen und Ärzten auf Basis der Daten der Österreichischen Ärztekammer für die Jahre 2017 und 2018 übertrafen die tatsächlichen Austritte deutlich. So waren etwa für 2018 die Schätzungen für Wien um 621 %, für die Steiermark um 211 % und für das Burgenland um 250 % höher als die Austritte.

(3) Die folgende Abbildung stellt die Entwicklung der inländischen⁹⁸ berufsrechtlichen Anerkennungen von Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern jener der Austritte aus der Ärzteliste ab 60 Jahren (ohne Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzärzte) von 2015 bis 2019 gegenüber:

Abbildung 10: Inländische berufsrechtliche Anerkennungen und Austritte ab 60 Jahren in der Allgemeinmedizin



¹ Umfasst angestellte Ärztinnen und Ärzte, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Wahlärztinnen und Wahlärzte; nicht umfasst sind Wohnsitzärztinnen und Wohnsitzärzte, das sind zur selbstständigen Berufsausübung berechnigte Ärztinnen und Ärzte, die ausschließlich solche ärztliche Tätigkeiten ausüben beabsichtigen, die weder eine Ordinationsstätte erfordern noch in einem Angestelltenverhältnis ausgeübt werden (z.B. Erstellung von Aktengutachten, Vertretungen in Ordinationsstätten, arbeitsmedizinische und schulärztliche Tätigkeiten).

Quelle: ÖÄK; Darstellung: RH

⁹⁸ Inländische Anerkennungen waren die von der Österreichischen Ärztekammer ausgestellten Anerkennungen. Inkludiert waren inländische und ausländische Ärztinnen und Ärzte, unabhängig vom Ort des Studiums und davon, ob im Anschluss an die Anerkennung eine Tätigkeit im Inland aufgenommen wurde oder nicht. Nicht erfasst waren „fertige“ einwandernde Ärztinnen und Ärzte, deren ausländische Anerkennung in Österreich automatisch oder nach Prüfung anerkannt wurde.

Im Zeitraum 2015 bis 2019 war in der Allgemeinmedizin die Anzahl der Austritte aus der Ärzteliste zumeist deutlich geringer als jene der inländischen berufsrechtlichen Anerkennungen und näherte sich erst 2019 an. Die Anzahl der zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten, aus dem Ausland zugewanderten Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner bewegte sich im gleichen Zeitraum zwischen 14 (2015) und 20 (2016, 2018 und 2019) jährlich.

- 40.2 Der RH hielt fest, dass die tatsächlichen Austritte aus der Ärzteliste von den Schätzungen der Ärzte–Ausbildungskommission für 2017 und 2018 deutlich abwichen. So waren etwa für 2018 die Schätzungen für Wien um 621 %, für die Steiermark um 211 % und für das Burgenland um 250 % höher als die Austritte.

Die geschätzten Pensionierungen waren jedoch Grundlage für die Vorgabe, wie viele Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizin jedes Land zur Verfügung stellen sollte. Zudem wies der RH darauf hin, dass weitere Einflussfaktoren auf den Bedarf, wie (Änderungen im) Beschäftigungsausmaß (z.B. Teilzeit), neue Versorgungsmodelle (z.B. Primärversorgungseinheiten), Öffnungszeiten, Nachfrage nach ärztlichen Leistungen oder demografische Entwicklungen in dieser Bedarfsanalyse nicht berücksichtigt waren.

Darüber hinaus wies der RH darauf hin, dass im Zeitraum 2015 bis 2019 in der Allgemeinmedizin die Anzahl der Austritte aus der Ärzteliste zumeist deutlich geringer war als jene der inländischen berufsrechtlichen Anerkennungen; sie näherte sich erst 2019 an.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern, dem Dachverband, den Krankenanstaltenträgern und der Österreichischen Ärztekammer geeignete Instrumente zu entwickeln, um die Prognosegenauigkeit der Bedarfsanalysen für allgemeinmedizinische Ausbildungskapazitäten zu verbessern.

- 40.3 Das Gesundheitsministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass es das Ziel einer Prognose sei, ein möglichst genaues Bild der Zukunft zu zeichnen. Für die seriöse Erstellung sei es aber erforderlich, Annahmen zu treffen, z.B. wann die endgültige Zurücklegung eines Kassenvertrags in der Regel erfolge. Die Annahmen, die für die Prognose getroffen worden seien, sowie die Methodik seien den Stakeholdern bekannt. Möglichkeiten zur Verbesserung der Methodik würden regelmäßig geprüft.
- 40.4 Vor dem Hintergrund der vielfältigen Einflussfaktoren unterstrich der RH gegenüber dem Gesundheitsministerium erneut die Wichtigkeit, die Bedarfsprognosen laufend zu verbessern. Er nahm daher von der regelmäßigen Prüfung durch das Gesundheitsministerium in diesem Zusammenhang Kenntnis.

Ausgewählte Sonderfächer

Allgemeines

- 41 Zur Zeit des Nationalratsbeschlusses zu gegenständlicher Gebarungsüberprüfung im März 2019 war eine potenzielle ärztliche Versorgungslücke – neben der Allgemeinmedizin – insbesondere in den Sonderfächern Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin sowie Kinder- und Jugendheilkunde Gegenstand öffentlicher Berichterstattung und Diskussion. Der RH beleuchtet daher die Ausbildungskapazitäten in diesen Sonderfächern näher.

Monitoring der Ausbildung und Bedarfsermittlungen

- 42.1 (1) Das Gesundheitsministerium veröffentlichte auf seiner Website unter dem Titel „Ärztinnen- und Ärztemonitoring“ u.a. die Anzahl der zu jährlich drei Stichtagen besetzten Ausbildungsstellen in den einzelnen Sonderfächern.

(2) Im Zusammenhang mit der Möglichkeit, Mangelfachregelungen (**TZ 43**) zu erlassen, beriet die Ärzte-Ausbildungskommission allfällige Versorgungsengpässe in diversen Sonderfächern. Diesen Beratungen lagen u.a. Zahlen zu den festgesetzten und besetzten Ausbildungsstellen sowie zu den berufstätigen Fachärztinnen und Fachärzten im jeweiligen Sonderfach samt Altersangabe und Beschäftigungsausmaß zugrunde. Darüber hinausgehende standardisierte Überwachungsinstrumente – z.B. ein Monitoring anhand von Bedarfskennzahlen⁹⁹, das den Versorgungsbedarf je Sonderfach in Kennzahlen ausdrückte und beobachtete –, um einen allfälligen ärztlichen Versorgungsengpass je Sonderfach und dem vorgelagert allfällige zusätzliche Ausbildungsbedarfe evidenzbasiert frühzeitig erkennen zu können, verwendete die Ärzte-Ausbildungskommission nicht.

Diesbezüglich verwies das Gesundheitsministerium auf die Gremien des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (**ÖSG**). Ebenso gab das Gesundheitsministerium hinsichtlich umfassender Bedarfsanalysen bzw. –prognosen in den betrachteten Sonderfächern an, dass solche nicht vorliegen würden bzw. die Vorgaben des ÖSG relevant seien.

(3) Der ÖSG stellte den österreichweit verbindlichen Rahmenplan für die Gesundheitsstruktur- und Leistungsangebotsplanung dar, die in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (**RSG**) vorzunehmen war. Er enthielt Vorgaben für den stationären und ambulanten Bereich. Dazu zählten etwa Grundsätze und Ziele der Planung sowie Planungsgrundlagen und –richtwerte. Planungsgrundlage war u.a. der zuletzt

⁹⁹ Bedarfskennzahlen könnten z.B. sein: Häufigkeit eines Krankheitsbildes, ärztliche Leistungsanspruchnahme, Versorgungsangebot, allfällige Wartezeiten.

verfügbare Ist-Datenstand (für den ÖSG 2017 – bis Ende 2020 – das Jahr 2014; für den ÖSG 2012 das Jahr 2010) je Versorgungsregion nach Fachgebiet bzw. Versorgungsbereich bezogen auf Betten (stationär) und ärztliche ambulante Versorgungseinheiten¹⁰⁰ (ambulant).

Darauf aufbauend legte der ÖSG für die Planung auf Ebene der RSG Planungsrichtwerte für jedes einzelne Fachgebiet fest (z.B. Bettenmessziffer¹⁰¹ (stationär), Versorgungsdichte (ambulant), Erreichbarkeit (beide Bereiche)). Im Rahmen der Qualitätskriterien gab es für manche Fachgebiete auch Personalvorgaben.

Planungshorizont des ÖSG 2017 war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung das Jahr 2020, ab Ende 2020¹⁰² das Jahr 2025. Die Planungshorizonte des ÖSG 2017 und der RSG waren nur eingeschränkt vereinheitlicht: So waren manche RSG (oder Teile davon) zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nur bis zum Planungshorizont 2020 verfügbar, andere reichten – obwohl die Richtwerte des ÖSG 2017 für diese Planungshorizonte zur Zeit der Erstellung der RSG noch fehlten – (teilweise) bis 2025 bzw. 2030.

- 42.2 Der RH hielt fest, dass das Gesundheitsministerium auf seiner Website unter dem Titel „Ärztinnen- und Ärztemonitoring“ u.a. die Anzahl der zu jährlich drei Stichtagen besetzten Ausbildungsstellen in den einzelnen Sonderfächern veröffentlichte.

Er wies darauf hin, dass sich die Beratungen in der Ärzte-Ausbildungskommission betreffend Versorgungsbedarfe in diversen Sonderfächern u.a. auf Ausbildungsstellen und Facharztzahlen bezogen. Als Grundlage für eine mögliche gesamthafte langfristige Steuerung der Ausbildungskapazitäten in den Sonderfächern hielt der RH auch die ÖSG- und die RSG-Vorgaben für kaum geeignet; dies – abgesehen etwa von der für diesen Zweck wenig aussagekräftigen Bettenmessziffer bzw. Zahl der Betten im stationären Bereich¹⁰³ – z.B. auch deshalb, weil (uneinheitliche) Planungshorizonte von fünf Jahren für eine nachhaltige und zeitgerechte Ausbildungssteuerung zu kurz waren.

Der RH hielt die näherungsweise Kenntnis des gesamten künftigen Bedarfs an fachärztlichem Personal (stationär und ambulant) für wesentlich, um allfällige Versor-

¹⁰⁰ Die ärztliche ambulante Versorgungseinheit ist eine Kennzahl für die Zählung von Ärztinnen und Ärzten, die dabei im niedergelassenen Bereich nach den von ihnen behandelten Quartalspatientinnen bzw. -patienten im Vergleich zum Durchschnitt der Fachgruppe gewichtet werden.

¹⁰¹ Bettenmessziffer: systemisierte Akutbetten pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner; umfasst alle Betten in sämtlichen bettenführenden Organisationsformen des stationären Bereichs

¹⁰² Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 18. Dezember 2020

¹⁰³ siehe dazu auch RH-Bericht „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30), worin der RH in TZ 10 u.a. kritisch festhielt, dass der ÖSG im niedergelassenen Bereich die Planung auf „ärztliche ambulante Versorgungseinheiten“ aufbaute und damit die Inanspruchnahme, nicht aber die Angebotsstruktur, plante

gungsengpässe frühzeitig erkennen und diesen mit Maßnahmen auch in der Ärzteausbildung gegensteuern zu können.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern, dem Dachverband und der Österreichischen Ärztekammer Kennzahlen (z.B. ärztliche Leistungsanspruchnahme) zu erarbeiten, die konkretere Aussagen über den künftigen Gesamtbedarf an fachärztlicher Versorgung (stationär und ambulant) in den einzelnen Sonderfächern zulassen. In weiterer Folge wären diese Kennzahlen auch für ein Monitoring in der ärztlichen Ausbildung heranzuziehen.

- 42.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums sei die Entwicklung von Kennzahlen (die dann auch potenzielle Engpässe bei der Facharztversorgung aufzeigen sollten) ein komplexes Thema, bei dem zahlreiche Faktoren berücksichtigt werden müssten. Eine kurzfristige Umsetzung sei aufgrund der Komplexität nur schwer zu erzielen. Weiters stelle auch die Datenlage im niedergelassenen Bereich hierbei eine große Herausforderung dar (z.B. fehlende Abbildung von Wahlärztinnen und Wahlärzten, fehlende Diagnosendokumentation), so dass das Gesundheitsministerium mit den Ländern und Sozialversicherungen sowie anderen Stakeholdern weiter an diesem Thema im Rahmen der verschiedenen Zielsteuerungsgremien arbeiten werde.
- 42.4 Der RH verkannte nicht, dass die Entwicklung von Kennzahlen ein komplexes Thema war und nahm von den zugesagten Bemühungen des Gesundheitsministeriums im Rahmen der verschiedenen Zielsteuerungsgremien Kenntnis. Er betonte gegenüber dem Gesundheitsministerium, dass der Erarbeitung von aussagekräftigen Kennzahlen für konkretere Aussagen über den künftigen Gesamtbedarf an fachärztlicher Versorgung (stationär und ambulant) in den einzelnen Sonderfächern besondere Bedeutung beizumessen wäre, um allfällige ärztliche Versorgungsengpässe frühzeitig erkennen und diesen mit Maßnahmen auch in der Ärzteausbildung rechtzeitig gegensteuern zu können.

Mangelfachregelung

- 43.1 (1) Als Ausnahme von der gemäß ärztrechtlichen Vorgaben bedarfsunabhängigen Festsetzung von fachärztlichen Ausbildungsstellen konkretisierte das Ärztegesetz 1998 seit der 12. Ärztegesetz-Novelle im Jahr 2009 mit der sogenannten Mangelfachregelung den künftigen fachärztlichen Bedarf als Anknüpfungspunkt: Die Gesundheitsministerin bzw. der Gesundheitsminister konnte – wenn dies notwendig war, um die fachärztliche Versorgung der österreichischen Bevölkerung längerfristig sicherzustellen – bei der Festsetzung der Ausbildungsstellen an anerkannten Ausbildungsstätten für einzelne Sonderfächer befristet eine Lockerung des strengen 1:1-Prinzips zwischen

Ausbildenden und Auszubildenden festlegen.¹⁰⁴ Das 1:1-Betreuungsverhältnis sollte vor allem der Qualitätssicherung in der ärztlichen Ausbildung dienen.

Kriterien, wann in einem Sonderfach die fachärztliche Versorgung der Bevölkerung längerfristig nicht sichergestellt war und wann damit die Voraussetzungen für eine Mangelfachregelung vorlagen, waren weder im Gesetz definiert noch hatte das Gesundheitsministerium solche festgelegt.

(2) Die Mangelfachregelung war bundesweit zu verordnen. Regional begrenzte (mögliche) Versorgungsengpässe konnten daher unter Umständen keine bundesweite Regelung rechtfertigen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung arbeitete das Gesundheitsministerium an einer regional begrenzbaren Mangelfachregelung. Dem Sitzungsprotokoll der Ärzte-Ausbildungskommission vom März 2020 zufolge sei dafür u.a. ein strukturiertes Vorgehen mit klar vordefinierten Kriterien (z.B. Leistungsspektrum, Leistungszahlen) erforderlich.

(3) Durch die Mangelfachregelung erhöhte sich zunächst nicht die Anzahl der fertig ausgebildeten Fachärztinnen und Fachärzte im Versorgungssystem, sondern konnte jene der Auszubildenden steigen. Da die Facharztausbildung bis zur selbstständigen Berufsberechtigung mindestens sechs Jahre dauerte, konnte diese Maßnahme allfälligen fachärztlichen Versorgungsengpässen nicht kurzfristig, sondern erst nach einigen Jahren vollwirksam begegnen.

(4) Wie das Beispiel des Sonderfachs Strahlentherapie-Radioonkologie zeigte, konnte die Umsetzung der Mangelfachregelung mehrere Jahre dauern: Die Ärzte-Ausbildungskommission beschloss in ihrer Sitzung vom September 2015 die Empfehlung, für dieses Sonderfach eine Mangelfachregelung zu erlassen. Erst im Februar 2021, fast fünfeinhalb Jahre später, lag eine entsprechende Verordnung vor.

- 43.2 Der RH hielt fest, dass – als Ausnahme von der bedarfsunabhängigen Festsetzung von Ausbildungsstellen – in der Mangelfachregelung der künftige Bedarf an fachärztlichem Personal relevant für die Festsetzung von Ausbildungsstellen war. Er wies darauf hin, dass das Gesundheitsministerium keine Kriterien dafür definiert hatte, wann – z.B. bei Vorliegen welcher Kenngrößen – der Bedarf eine Mangelfachregelung für ein Sonderfach rechtfertigte; ein transparentes und nachvollziehbares Vorgehen war dadurch wesentlich erschwert. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die Mangelfachregelung eine Abweichung vom 1:1-Betreuungsverhältnis ermöglichte, das vor allem der Qualitätssicherung in der Ausbildung dienen sollte.

¹⁰⁴ § 10 Abs. 5 Ärztegesetz 1998 und § 37 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 bzw. § 14 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006

Um die Transparenz der Mangelfachregelung zu erhöhen, empfahl der RH dem Gesundheitsministerium, die Festlegung eines Sonderfachs als Mangelfach an das Vorliegen nachvollziehbar festgelegter Kriterien und Kenngrößen zu binden.

Der RH wiederholte seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium, Kennzahlen (z.B. ärztliche Leistungsanspruchnahme) zu erarbeiten, die konkretere Aussagen über den künftigen Gesamtbedarf an fachärztlicher Versorgung (stationär und ambulant) in den einzelnen Sonderfächern zulassen (TZ 42).

Der RH wies darauf hin, dass regionalen Versorgungsengpässen mit der Mangelfachregelung bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht spezifisch entgegengesteuert werden konnte und anerkannte die bisherigen Bemühungen der Ärzte–Ausbildungskommission um regionale Regelungen.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, die Arbeiten für eine auch regionale Anwendung der Mangelfachregelung zügig fortzusetzen.

Am Beispiel des Sonderfachs Strahlentherapie–Radioonkologie zeigte der RH Zeitverzögerungen bei der Umsetzung der geplanten Mangelfachregelung auf, die ihr Ziel – Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung – konterkarieren konnten. Zeitverzögerungen in der Inkraftsetzung einer Mangelfachregelung wirkten insofern erschwerend, als diese nicht unmittelbar, sondern erst nach einigen Jahren (nach Abschluss der Facharztausbildung) wirksam werden konnte. Insgesamt wies der RH daher darauf hin, dass die Mangelfachregelung nur eine Maßnahme von mehreren sein konnte, um zeitgerecht den ärztlichen Nachwuchs sicherzustellen bzw. etwaigen Versorgungsengpässen vorzubeugen.

Zur verbesserten Wirksamkeit dieser Maßnahme empfahl der RH dem Gesundheitsministerium, Mangelfachregelungen zeitnah zu verordnen.

Weiters empfahl er dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer, den Ländern und dem Dachverband ein Konzept zu erarbeiten, wie über die Mangelfachregelung hinaus potenziellen fachärztlichen Versorgungsengpässen rechtzeitig begegnet werden kann.

- 43.3 Das Gesundheitsministerium verwies zur empfohlenen Erarbeitung von Kennzahlen und eines Konzepts dazu, wie über die Mangelfachregelung hinaus potenziellen fachärztlichen Versorgungsengpässen rechtzeitig begegnet werden könne, auf seine Stellungnahme zu TZ 42. Demnach sei die Entwicklung von Kennzahlen (die dann auch potenzielle Engpässe bei der Facharztversorgung aufzeigen sollten) ein komplexes Thema, bei dem zahlreiche Faktoren berücksichtigt werden müssten. Eine kurzfristige Umsetzung sei aufgrund der Komplexität nur schwer zu erzielen. Weiters stelle auch die Datenlage im niedergelassenen Bereich hierbei eine große Herausfor-

derung dar (z.B. fehlende Abbildung von Wahlärztinnen und Wahlärzten, fehlende Diagnosendokumentation), so dass das Gesundheitsministerium mit den Ländern und Sozialversicherungen sowie anderen Stakeholdern weiter an diesem Thema im Rahmen der verschiedenen Zielsteuerungsgremien arbeiten werde.

Zur Mangelfachregelung führte das Gesundheitsministerium aus, dass im Rahmen der Ärzte–Ausbildungskommission für jedes infrage kommende Sonderfach eine Beurteilung vorgenommen werde, dies anhand der vorhandenen Anzahl an Fachärztinnen und Fachärzten, des Leistungsspektrums, der Leistungszahlen, der bewilligten Ausbildungsstellen und insbesondere der tatsächlich besetzten Ausbildungsstellen sowie individuellen Sonderkonstellationen (etwa belegte Engpässe).

Hinsichtlich eines regionalen Mangelfachs wies das Gesundheitsministerium auf die Schwierigkeiten der bundesweit vorgesehenen ärztegesetzlichen Regelung im Vergleich zu einer auf Krankenanstalten bezogenen Sonderregelung hin. Letztlich biete die Mangelfachregelung immer nur eine Option, die von der Krankenanstalt bei Bedarf in Anspruch genommen werden könne.

Die Empfehlung, Mangelfachregelungen zeitnah zu verordnen, sei nach Maßgabe der jeweiligen fachlich und sachlich notwendigen Abstimmung mit den dafür infrage kommenden Stakeholdern, wie Ländern, Trägern der Ausbildungsstätten, Sozialversicherung, ärztlicher Standesvertretung und Universitäten, umzusetzen.

- 43.4 Der RH wies gegenüber dem Gesundheitsministerium darauf hin, dass seine Empfehlung auf nachvollziehbar (schriftlich) festgelegte Kriterien und Kenngrößen für die Festlegung eines Sonderfachs als Mangelfach gerichtet war; dies zur Sicherstellung höchstmöglicher Transparenz und Objektivität. Dass sich die Ärzte–Ausbildungskommission im Zusammenhang mit der Beurteilung eines Sonderfachs als Mangelfach mit einer Reihe von Daten befasste, führte der RH in TZ 42 aus.

Entwicklung der Mangelfächer Kinder–Psychiatrie und Erwachsenen–Psychiatrie

- 44.1 (1) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bzw. bis Februar 2021¹⁰⁵ waren zwei Sonderfächer als Mangelfächer festgelegt: Kinder– und Jugendpsychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin.

Das Sonderfach Kinder– und Jugendpsychiatrie wurde mit der Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2006 geschaffen (in Kraft ab 1. Februar 2007) und mit der Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015 um die psychotherapeutische Medizin erweitert (in der Folge: **Kinder–Psychiatrie**). Vor 2007 war die Kinder– und Jugend–

¹⁰⁵ Mit der 1. Novelle der Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015 folgte neben der Strahlentherapie–Radioonkologie auch die Gerichtsmedizin als Mangelfach.

psychiatrie ein Additivfach zu den Sonderfächern Psychiatrie, Neurologie oder Kinder- und Jugendheilkunde. Im Jahr 2010 wurde es zum Mangelfach erklärt.¹⁰⁶ Als Gründe nannte das Gesundheitsministerium u.a. die Neuetablierung der Kinder-Psychiatrie als Sonderfach, erhebliche Unterversorgung, Ersatz von pensionierten Fachärztinnen und Fachärzten mit Additivfach und verwies auf die zustimmenden Rückmeldungen im Rahmen der Begutachtung; detaillierte Entscheidungsgrundlagen (z.B. Bedarfsrechnungen) legte das Gesundheitsministerium nicht vor.

(2) Im Unterschied zur Kinder-Psychiatrie war die Psychiatrie für Erwachsene schon seit 1950 ein Sonderfach. Sowohl seine Bezeichnung als auch sein Inhalt wurden seither mehrmals geändert. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war es als Sonderfach Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin etabliert, wobei auch noch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie (seit 1974) bzw. Psychiatrie (seit 1994) aktiv waren. Für eine gesamthafte Bezeichnung der drei Fächer zusammen verwendet der RH im Folgenden den Begriff **Erwachsenen-Psychiatrie**.

Das Sonderfach Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin wurde mit Juni 2015 zum Mangelfach erklärt.¹⁰⁷ Als Gründe nannte das Gesundheitsministerium u.a. die zu geringe Anzahl an psychiatrischen Fachärztinnen und Fachärzten, insbesondere als Ausbildungsverantwortliche für die weitere Ausbildung; detaillierte Entscheidungsgrundlagen (z.B. Bedarfsrechnungen) legte das Gesundheitsministerium auch hier nicht vor.

- 44.2 Der RH hielt fest, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung zwei Sonderfächer als Mangelfächer festgelegt waren. Er wies darauf hin, dass für die Erklärung der Kinder-Psychiatrie und der Erwachsenen-Psychiatrie zum Mangelfach keine detaillierten Entscheidungsgrundlagen (z.B. Bedarfsrechnungen) vorgelegt wurden.

Der RH wiederholte seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium in TZ 43, die Festlegung eines Sonderfachs als Mangelfach an das Vorliegen nachvollziehbar festgelegter Kriterien und Kenngrößen zu binden, um die Transparenz der Mangelfachregelung zu erhöhen.

- 44.3 Das Gesundheitsministerium verwies auf seine diesbezügliche Stellungnahme zu TZ 43, wonach im Rahmen der Ärzte-Ausbildungskommission für jedes infrage kommende Sonderfach eine Beurteilung vorgenommen werde, dies anhand der vorhandenen Anzahl an Fachärztinnen und Fachärzten, des Leistungsspektrums, der Leistungszahlen, der bewilligten Ausbildungsstellen und insbesondere der tatsächlich besetzten Ausbildungsstellen sowie individuellen Sonderkonstellationen (etwa belegte Engpässe).

¹⁰⁶ § 14 Abs. 5 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 i.d.F. BGBl. II 167/2010

¹⁰⁷ § 37 Abs. 1 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 in Verbindung mit § 10 Abs. 5 Ärztegesetz 1998

- 44.4 Wie in **TZ 43** erwiderte der RH dem Gesundheitsministerium, dass seine Empfehlung auf nachvollziehbar (schriftlich) festgelegte Kriterien und Kenngrößen für die Festlegung eines Sonderfachs als Mangelfach gerichtet war; dies zur Sicherstellung höchstmöglicher Transparenz und Objektivität. Dass sich die Ärzte–Ausbildungskommission im Zusammenhang mit der Beurteilung eines Sonderfachs als Mangelfach mit einer Reihe von Daten befasste, führte der RH in **TZ 42** aus.

Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Kinder–Psychiatrie und Erwachsenen–Psychiatrie

- 45.1 (1) Die Zahl der Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Kinder–Psychiatrie in Krankenanstalten entwickelte sich seit 2016 in den einzelnen Ländern wie folgt (betrachtet werden die Mittelwerte verschiedener Stichtage):

Tabelle 16: Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Kinder–Psychiatrie (inklusive Additivfach)

Kinder–Psychiatrie	2016 ²	2017 ²	2018 ²	2019 ²	2020 ²	Veränderung 2016 bis 2020
	Anzahl					in %
Burgenland ¹	1	0	0	0	0	–
Kärnten	3	3	4	6	5	67
Niederösterreich	11	11	15	16	17	55
Oberösterreich	8	11	9	8	8	–
Salzburg	3	5	7	7	6	100
Steiermark	7	7	7	10	9	29
Tirol	3	3	6	7	8	167
Vorarlberg	3	3	2	3	3	–
Wien	15	18	17	17	22	47
Österreich	54	61	67	74	78	44
davon						
<i>gemäß Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2006 und früher (zuzüglich Additivfach³)</i>	49 (4)	52 (7)	50 (6)	37 (3)	29 (2)	-41 (-50)

¹ Das Burgenland verfügte nur über eine Ausbildungsstelle für Kinder– und Jugendpsychiatrie nach der Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2006.

² Mittelwerte der Stichtage 1. Jänner, 1. März (2018: 26. März), 1. Juni (2018: 4. Juli) und 1. November (2018: 13. November)

³ zum Stichtag 1. Jänner

Quelle: ÖÄK

In der Erwachsenen–Psychiatrie stellte sich diese Entwicklung wie folgt dar:

Tabelle 17: Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Erwachsenen–Psychiatrie

Erwachsenen–Psychiatrie	2016 ¹	2017 ¹	2018 ¹	2019 ¹	2020 ¹	Veränderung 2016 bis 2020
	Anzahl					in %
Burgenland	6	6	7	7	7	17
Kärnten	16	17	16	19	16	–
Niederösterreich	52	57	52	50	49	-6
Oberösterreich	51	49	47	43	42	-18
Salzburg	19	18	21	25	24	26
Steiermark	58	58	58	60	56	-3
Tirol	34	28	29	32	35	3
Vorarlberg	12	11	13	13	12	–
Wien	87	91	95	95	100	15
Österreich	335	335	338	344	341	2
davon						
gemäß Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2006 und früher	326	299	260	222	182	-44

¹ Mittelwerte der Stichtage 1. Jänner, 1. März (2018: 26. März), 1. Juni (2018: 4. Juli) und 1. November (2018: 13. November)

Quelle: ÖÄK

Für die Erwachsenen–Psychiatrie blieb in den ersten zwei Jahren nach Einführung der Mangelfachverordnung (2016 und 2017) die Zahl der Turnusärztinnen und Turnusärzte österreichweit mit 335 unverändert und erhöhte sich bis 2020 um 2 %. Hingegen stieg in der 2007 neu geschaffenen und 2010 zum Mangelfach erklärten Kinder–Psychiatrie im Zeitraum 2016 bis 2020 die Zahl der Turnusärztinnen und Turnusärzte um 44 %. Der Anteil der Turnusärztinnen betrug in der Erwachsenen–Psychiatrie durchschnittlich 66 %, in der Kinder–Psychiatrie (ohne Additivfach) 75 %; er war damit deutlich höher als der durchschnittliche Anteil der Turnusärztinnen in den Sonderfächern insgesamt (2020: 53 %).

In den Ländern verlief die Entwicklung unterschiedlich: So stieg etwa in Wien in beiden psychiatrischen Sonderfächern die Anzahl der Turnusärztinnen und Turnusärzte deutlich an, in Oberösterreich nahm sie in der Erwachsenen–Psychiatrie ab.

(2) Eine Gegenüberstellung der gemäß der Österreichischen Ärztekammer besetzbaren Ausbildungsstellen¹⁰⁸ mit den tatsächlich besetzten Ausbildungsstellen ergab Ende Dezember 2019 bzw. Anfang Jänner 2020 österreichweit folgendes Bild:

Tabelle 18: Besetzung der Ausbildungsstellen in der Kinder–Psychiatrie und Erwachsenen–Psychiatrie (Ende Dezember 2019 bzw. Anfang Jänner 2020)

Ausbildungsstellen	Kinder–Psychiatrie	Erwachsenen–Psychiatrie
Anzahl maximal gleichzeitig besetzbar	133 ¹	674
Anzahl tatsächlich besetzt	79	343
Anteil besetzt in %	59	51

¹ inklusive Additivfächer

Quelle: ÖÄK

Bei den besetzbaren Ausbildungsstellen handelte es sich um teilweise hypothetische Werte, weil etwa nach der Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2006 genehmigte Ausbildungsstellen nicht mehr besetzt werden durften oder manche Stellen nur eine Teilausbildung ermöglichten. Trotzdem kann aus Tabelle 18 geschlossen werden, dass bis zu 41 % bzw. 49 % der Ausbildungsstellen der Kinder– und Erwachsenen–Psychiatrie unbesetzt sein konnten.

Wien wies in beiden Sonderfächern mehr als ein Viertel der österreichweit besetzbaren und besetzten Ausbildungsstellen auf. Außerhalb Wiens verteilten sich sowohl die Anzahl der besetzbaren Ausbildungsstellen als auch die tatsächliche Inanspruchnahme in beiden Sonderfächern in einer großen Bandbreite auf die weiteren acht Länder, mit geringeren Anteilen an besetzbaren Ausbildungsstellen vor allem im Burgenland und Vorarlberg und an besetzten Ausbildungsstellen insbesondere in Kärnten (beide Sonderfächer), Oberösterreich (Kinder–Psychiatrie) und Niederösterreich (Erwachsenen–Psychiatrie).

(3) Bezogen auf die Einwohnerinnen und Einwohner bis zu 14 Jahren und bis zu 18 Jahren bzw. über 18 Jahren bildete etwa 2019 Salzburg die meisten und Oberösterreich die wenigsten Kinder–Psychiaterinnen und –Psychiater¹⁰⁹ aus, Wien die meisten und das Burgenland die wenigsten Erwachsenen–Psychiaterinnen und –Psychiater.

¹⁰⁸ Personen, die bis 31. Mai 2015 eine ärztliche Ausbildung begonnen hatten, konnten diese gemäß Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2006 abschließen oder ab 1. März 2016 in die Ausbildung gemäß Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015 übertreten. Dadurch gab es in Krankenanstalten genehmigte Stellen für beide Ausbildungsordnungen. Durch die gleichzeitige Besetzung von neuen und alten Ausbildungsstellen an einer Ausbildungsstätte durften sich jedoch die Ausbildungsstellen insgesamt nicht erhöhen; durch die sogenannte „Abschmelzungsregel“ war daher die Zahl der gleichzeitig maximal besetzbaren Stellen zu ermitteln.

¹⁰⁹ Burgenland blieb unberücksichtigt, weil es dort nur eine Ausbildungsstelle nach der Ärzteausbildung Alt gab.

(4) In seinem Bericht „Psychiatrische Versorgung in Krankenanstalten in Kärnten und Tirol“¹¹⁰ hatte der RH – vor dem Hintergrund, dass Ausbildungs– und Kassenstellen in den psychiatrischen Sonderfächern teilweise nicht besetzt werden konnten – dem Gesundheitsministerium empfohlen, den künftigen Bedarf an (kinder– und jugend–) psychiatrischen Fachärztinnen und Fachärzten zu ermitteln und gemeinsam mit den Krankenanstaltenträgern auf (Ausbildungs–)Maßnahmen hinzuwirken, um den fachärztlichen Nachwuchs zu fördern.

Das Gesundheitsministerium beobachtete regelmäßig (drei Stichtagsauswertungen je Jahr) auf Basis der Daten der Österreichischen Ärztekammer die Entwicklung der festgesetzten und besetzten Ausbildungsstellen sowie der Zahl der in die Ärzteliste eingetragenen Fachärztinnen und Fachärzte in den Mangelfächern. Hinsichtlich (Ausbildungs–)Maßnahmen mit den Krankenanstaltenträgern zur Förderung des fachärztlichen Nachwuchses verwies das Gesundheitsministerium auf die Visitationen der Österreichischen Ärztekammer und informelle Gespräche mit den Krankenanstaltenträgern.

- 45.2 Der RH wies darauf hin, dass die Anzahl der Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Kinder–Psychiatrie österreichweit seit 2016 deutlich (44 %) stieg, in der Erwachsenen–Psychiatrie jedoch kaum (2 %). Manche Länder verzeichneten sogar einen Rückgang dieser Turnusärztinnen und Turnusärzte. Daraus konnte geschlossen werden, dass die Mangelfachregelung zu keiner maßgeblichen Steigerung der Anzahl der Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Erwachsenen–Psychiatrie führte.

Der RH hielt fest, dass sowohl in der Kinder– als auch in der Erwachsenen–Psychiatrie – in unterschiedlicher Ausprägung in den einzelnen Ländern – bis zu 41 % bzw. 49 % der Ausbildungsstellen unbesetzt sein konnten. Er betonte dazu neuerlich, dass eine Unterauslastung der verfügbaren Ausbildungsstellen aufgrund der bedarfsunabhängigen Genehmigungsvoraussetzungen nicht zwingend Aussagen über vorhandene oder mögliche Versorgungsengpässe zuließ (TZ 38). Mangels umfassender Bedarfsermittlung bzw. –prognosen blieb daher offen, ob die Zahl der besetzten oder besetzbaren Ausbildungsstellen ausreichte, um Versorgungsengpässe zu verhindern und die psychiatrische Versorgung nachhaltig sicherzustellen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern, dem Dachverband, den Krankenanstaltenträgern und der Österreichischen Ärztekammer den Bedarf, die Ausbildungskapazitäten und deren Inanspruchnahme im psychiatrischen Bereich zu evaluieren und erforderlichenfalls weitere Maßnahmen für eine wirksame, bedarfsorientierte Nachwuchssteuerung zu erarbeiten.

¹¹⁰ Reihe Bund 2018/57, Reihe Kärnten 2018/7, Reihe Tirol 2018/7, jeweils TZ 39



- 45.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums würden viele Anstrengungen unternommen, um dem Bedarf an Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern zukünftig gerecht zu werden. Im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit seien Maßnahmen zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin erarbeitet und umgesetzt worden bzw. würden weiterhin erarbeitet und umgesetzt. Trotzdem bedürfe es zusätzlicher Maßnahmen zur Sicherstellung der Allgemeinmedizin. Derzeit sei ein sehr intensiver Diskurs zu diesem Thema in Gange. Die Empfehlung des RH werde in die Diskussion aufgenommen.
- 45.4 Der RH stellte gegenüber dem Gesundheitsministerium klar, dass seine Empfehlung nicht auf den allgemeinmedizinischen, sondern den psychiatrischen Bereich gerichtet war, weshalb die Stellungnahme des Gesundheitsministeriums nicht nachvollziehbar war.

Weitere Faktoren zur Bedarfsermittlung in der Psychiatrie

- 46.1 (1) Neben den Ausbildungskapazitäten erhob der RH für die Psychiatrie auch die Entwicklung der in die Ärzteliste eingetragenen Fachärztinnen und Fachärzte, den Anteil der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte am niedergelassenen Bereich sowie die Altersstruktur der Fachärztinnen und Fachärzte als potenziell bestimmende Faktoren für bestehende oder absehbare Versorgungsengpässe (jeweils Stichtag 1. Jänner):¹¹¹

Tabelle 19: Fachärztliche Kenndaten in der Kinder–Psychiatrie und Erwachsenen–Psychiatrie

	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Veränderung 2009 bis 2020
	Anzahl bzw. in %									in %
Kinder–Psychiatrie										
Fachärztinnen und Fachärzte ¹	123	142	157	191	215	236	254	271	285	132
davon										
mit Ordination	67	75	88	101	107	110	115	119	135	101
davon										
mit Kassenvertrag ³	10	16	18	28	35	39	41	44	47	370
mit Kassenvertrag in %	15	21	20	28	33	35	36	37	35	–
älter als 49	59	77	101	115	127	145	147	151	161	173
älter als 49 in %	48	54	64	60	59	61	58	56	56	–
	Anzahl bzw. in %									in %
Erwachsenen–Psychiatrie										
Fachärztinnen und Fachärzte ²	1.098	1.192	1.246	1.385	1.430	1.516	1.545	1.576	1.625	48
davon										
mit Ordination	608	645	685	783	808	827	851	862	913	50
davon										
mit Kassenvertrag ³	157	164	168	174	171	170	174	174	173	10
mit Kassenvertrag in %	26	25	25	22	21	21	20	20	19	–
älter als 49	602	709	786	903	930	973	935	957	989	64
älter als 49 in %	55	59	63	65	65	64	61	61	61	–

¹ Umfasst Fachärztinnen und Fachärzte (auch angestellte) des Sonderfachs Kinder– und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin (etabliert mit der Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015), dessen Vorläufer Kinder– und Jugendpsychiatrie (seit Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2006) sowie mit Additivfach Kinder– und Jugendneuropsychiatrie. Nicht enthalten sind jene Ärztinnen und Ärzte, die zwar über die Anerkennung zum Additivfach Kinder– und Jugendneuropsychiatrie, aber über keines der sonst angeführten psychiatrischen Sonderfächer verfügen. Laut Österreichischer Ärztekammer betrug das Gesamtvolumen dieser Gruppe (die tendenziell der Kinder– und Jugendheilkunde zuzuordnen sei) zwischen zwölf (2009) und 53 (2020) Ärztinnen und Ärzte.

² umfasst alle Fachärztinnen und Fachärzte (auch angestellte) des Sonderfachs Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin (etabliert mit der Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2006) sowie dessen Vorläufer Psychiatrie (seit 1994) und Psychiatrie und Neurologie (seit 1974)

³ umfasst die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte mit einem Kassenvertrag mit der Österreichischen Gesundheitskasse (vormals Gebietskrankenkassen) samt den sogenannten „kleinen Kassen“ (z.B. Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen oder Krankenfürsorgeanstalten)

Quelle: ÖÄK

¹¹¹ siehe dazu auch den RH–Bericht „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30), z.B. TZ 11 zu Unter– bzw. Überschreitungen der Unter– bzw. Obergrenzen der Planungsrichtwerte des ÖSG und vom Bundesdurchschnitt 2018, TZ 15 zu (unbesetzten) Planstellen sowie TZ 20 zur Altersverteilung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

Wie die Tabelle zeigt, stieg nach Schaffung des Sonderfachs Kinder–Psychiatrie im Jahr 2007 die Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte in diesem Fach stark an. Im Jahr 2020 gab es 285 Fachärztinnen und Fachärzte und damit mehr als doppelt so viele wie 2009, die im Bereich Kinder–Psychiatrie in der Ärzteliste eingetragen waren. Im Vergleich zur steigenden Entwicklung der Kinder–Psychiaterinnen und –Psychiater nahm die Anzahl der 0– bis 14–Jährigen in Österreich von 2009 bis 2019 um 3 % zu, die Zahl der 14– bis 18–Jährigen¹¹² um 13 % ab.

Auch die Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte der Erwachsenen–Psychiatrie stieg zwischen 2009 und 2020 um 48 % deutlich. Die Zahl der Über–18–Jährigen in Österreich erhöhte sich in den Jahren 2009 bis 2019 um 8,1 %.

(2) Ebenso stieg sowohl in der Kinder–Psychiatrie als auch in der Erwachsenen–Psychiatrie die Zahl der in Ordinationen (niedergelassener Bereich) tätigen Psychiaterinnen und Psychiater deutlich, wobei die in Tabelle 19 ausgewiesenen Fachärztinnen und Fachärzte mit Ordination auch jene umfassen, die eine Ordination neben einem Anstellungsverhältnis führen.

Bezogen auf die Fachärztinnen und Fachärzte mit Ordination verfügten im Jahr 2020 35 % der Kinder–Psychiaterinnen und –Psychiater (2009: 15 %) und 19 % der Erwachsenen–Psychiaterinnen und –Psychiater (2009: 26 %) über einen Kassenvertrag. Wie im fachärztlichen Bereich gesamt (66 % zum 1. Jänner 2020) lag auch in den psychiatrischen Sonderfächern der Anteil der Wahlärztinnen und Wahlärzte deutlich über 50 %.

In beiden Sonderfächern war mehr als die Hälfte der in die Ärzteliste eingetragenen Fachärztinnen und Fachärzte im Jänner 2020 über 49 Jahre alt. Der Anteil der Über–49–Jährigen stieg im überprüften Zeitraum in der Kinder–Psychiatrie um 8 Prozentpunkte auf 56 %, in der Erwachsenen–Psychiatrie um 6 Prozentpunkte auf 61 %.

- 46.2 Der RH wies darauf hin, dass sich in der Kinder–Psychiatrie die Anzahl der (niedergelassenen) Fachärztinnen und Fachärzte von 2009 bis 2020 mehr als verdoppelte und der Anteil an Vertragsärztinnen und Vertragsärzten im Jahr 2020 bei 35 % lag. In der Erwachsenen–Psychiatrie war er trotz des Anstiegs niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte im Ausmaß von 48 % gesunken und erreichte 2020 nur 19 %; demgegenüber betrug der Anteil an Vertragsärztinnen und Vertragsärzten bezogen auf alle Sonderfächer 34 %. Darüber hinaus verwies der RH auf die Altersstruktur in den beiden Sonderfächern und die Dauer der Facharztausbildung von zumindest zwölf Jahren (Studium und Ärzteausbildung).

¹¹² Gemäß ÖSG 2017 galten Menschen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr als Jugendliche. Für die Über–18–Jährigen war daher die Erwachsenen–Psychiatrie zuständig, wobei für Personen ab dem vollendeten 14. Lebensjahr Wahlfreiheit zwischen der Kinder– und der Erwachsenen–Psychiatrie bestand.

In beiden Sonderfächern blieb mangels umfassender Bedarfsermittlungen bzw. –prognosen offen, ob der Bestand bzw. der ärztliche Nachwuchs ausreichend war, um möglichen bestehenden oder zukünftigen Versorgungsengpässen nachhaltig gegenzusteuern.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern, dem Dachverband, den Krankenanstaltenträgern und der Österreichischen Ärztekammer die Entwicklungen u.a. zur Anzahl sowie der alters- und geschlechtermäßigen Verteilung der Fachärztinnen und Fachärzte in der Kinder- und Erwachsenen-Psychiatrie im Detail weiter zu beobachten und bei seinen Bedarfsermittlungen mitzubearbeiten.

- 46.3 Das Gesundheitsministerium verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 45, wonach viele Anstrengungen unternommen würden, um dem Bedarf an Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern zukünftig gerecht zu werden. Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit seien Maßnahmen zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin erarbeitet und umgesetzt worden bzw. würden weiterhin erarbeitet und umgesetzt. Trotzdem bedürfe es zusätzlicher Maßnahmen zur Sicherstellung der Allgemeinmedizin. Derzeit sei ein sehr intensiver Diskurs zu diesem Thema in Gange. Die Empfehlung des RH werde in die Diskussion aufgenommen.
- 46.4 Der RH stellte gegenüber dem Gesundheitsministerium neuerlich (TZ 45) klar, dass seine Empfehlung nicht auf den allgemeinmedizinischen, sondern den psychiatrischen Bereich gerichtet war, weshalb die Stellungnahme des Gesundheitsministeriums nicht nachvollziehbar war.

Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Kinder– und Jugendheilkunde

47.1 (1) Für das Sonderfach Kinder– und Jugendheilkunde gab es keine Mangelfachregelung. Vor dem Hintergrund der öffentlichen Diskussion eines Ärztemangels in diesem Sonderfach erhob der RH auch hier die bisherigen Entwicklungen.

(2) Die Zahl der Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Kinder– und Jugendheilkunde in Krankenanstalten entwickelte sich seit 2016 in den einzelnen Ländern wie folgt (betrachtet werden die Mittelwerte verschiedener Stichtage):

Tabelle 20: Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Kinder– und Jugendheilkunde

Kinder– und Jugendheilkunde	2016 ¹	2017 ¹	2018 ¹	2019 ¹	2020 ¹	Veränderung 2016 bis 2020
	Anzahl					in %
Burgenland	8	8	10	10	12	50
Kärnten	21	20	20	19	19	-10
Niederösterreich	38	39	38	41	45	18
Oberösterreich	56	58	54	55	53	-5
Salzburg	18	21	24	25	25	39
Steiermark	34	34	34	37	40	18
Tirol	30	28	42	47	49	63
Vorarlberg	11	13	14	14	18	64
Wien	89	89	99	83	111	25
Österreich	305	310	335	331	372	22
davon						
<i>gemäß Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 und früher</i>	300	283	255	207	165	-45

¹ Mittelwerte der Stichtage 1. Jänner, 1. März (2018: 26. März), 1. Juni (2018: 4. Juli) und 1. November (2018: 13. November)

Quelle: ÖÄK

Die Zahl der besetzten Ausbildungsstellen bzw. der Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Kinder– und Jugendheilkunde stieg von 2016 bis 2020 um 22 %. Rückgänge verzeichneten Kärnten und Oberösterreich, den höchsten prozentuellen Anstieg Tirol und Vorarlberg. Der Anteil der Turnusärztinnen betrug durchschnittlich 72 %; er war damit – ebenso wie in der Kinder– und Erwachsenen–Psychiatrie – deutlich höher als der durchschnittliche Anteil der Turnusärztinnen in den Sonderfächern insgesamt (2020: 53 %).

(3) Eine Gegenüberstellung der gemäß der Österreichischen Ärztekammer besetzbaren Ausbildungsstellen mit den tatsächlich besetzten Ausbildungsstellen ergab Ende Dezember 2019 bzw. Anfang Jänner 2020 österreichweit folgendes Bild:

Tabelle 21: Besetzung der Ausbildungsstellen in der Kinder- und Jugendheilkunde (Ende Dezember 2019 bzw. Anfang Jänner 2020)

Ausbildungsstellen	Kinder- und Jugendheilkunde
Anzahl maximal gleichzeitig besetzbar ¹	638
Anzahl tatsächlich besetzt	357
Anteil besetzt in %	56

¹ inklusive Additivfächer

Quelle: ÖÄK

Wien wies knapp ein Drittel der österreichweit besetzbaren und besetzten Ausbildungsstellen auf. Auf die anderen acht Länder verteilten sich die weiteren zwei Drittel der besetzbaren und besetzten Ausbildungsstellen in einer großen Bandbreite, mit geringeren Anteilen an besetzbaren Ausbildungsstellen vor allem im Burgenland und in Vorarlberg und an besetzten Ausbildungsstellen insbesondere in Kärnten und der Steiermark. Auch hier handelte es sich bei den besetzbaren Ausbildungsstellen um teilweise hypothetische Werte, weil etwa nach der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 genehmigte Ausbildungsstellen nicht mehr besetzt werden durften oder manche Stellen nur eine Teilausbildung ermöglichten. Dennoch kann aus Tabelle 21 geschlossen werden, dass bis zu 44 % der Ausbildungsstellen der Kinder- und Jugendheilkunde unbesetzt sein konnten.

(4) Bezogen auf die Einwohnerinnen und Einwohner bis zu 14 Jahren und bis zu 18 Jahren bildete etwa 2019 Tirol die meisten und Niederösterreich die wenigsten Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde aus.

- 47.2 Der RH wies darauf hin, dass die Anzahl der Turnusärztinnen und Turnusärzte in der Kinder- und Jugendheilkunde österreichweit seit 2016 um 22 % stieg. Manche Länder verzeichneten jedoch einen Rückgang dieser Turnusärztinnen und Turnusärzte. Der RH hielt fest, dass auch in der Kinder- und Jugendheilkunde – in unterschiedlicher Ausprägung in den einzelnen Ländern – bis zu 44 % der Ausbildungsstellen der Kinder- und Jugendheilkunde unbesetzt sein konnten. Der RH wiederholte, dass die Zahl der besetzten bzw. besetzbaren Ausbildungsstellen für sich allein – aufgrund deren bedarfsunabhängiger Festsetzung – nicht den Schluss auf eine bessere oder schlechtere Versorgungssituation und eine nachhaltige Sicherstellung der Versorgung zuließ.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern, dem Dachverband, den Krankenanstaltenträgern und der Österreichischen Ärztekammer den Bedarf, die Ausbildungskapazitäten und deren Inanspruchnahme im Bereich Kinder- und Jugendheilkunde zu evaluieren und erforderlichenfalls Maßnahmen für eine wirksame, bedarfsorientierte Nachwuchssteuerung zu erarbeiten.

- 47.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums zeige sich aus den vorhandenen Daten, dass derzeit kein Mangel, sondern ein Abwanderungsproblem – Abwanderung in die Wahlarztpraxis – bestehe.

In der Anlage zur Stellungnahme übermittelte das Gesundheitsministerium eine „Statistik der Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde nach Alters- und Bundeslandverteilung“ zum 1. Jänner 2019 gegliedert nach „Alle Ärzte“, „mit Ordination Ärzte“, „Ärzte mit Ordination und Anstellung“, „Wohnsitzärzte“ und „ausschl. angest. Ärzte“.

- 47.4 Der RH verwies gegenüber dem Gesundheitsministerium auf die Tabelle 22 in TZ 48 und den darin für den Zeitraum 2009 bis 2020 ausgewiesenen Rückgang des Anteils der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an allen Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde mit Ordination um 11 Prozentpunkte. Er betonte, dass diese Daten über die fachärztliche Situation in der Kinder- und Jugendheilkunde keine ausreichenden Aussagen darüber zuließen, ob etwa die Ausbildungskapazitäten und deren Inanspruchnahme eine künftige Versorgung sicherstellen können.

Weitere Faktoren zur Bedarfsermittlung in der Kinder– und Jugendheilkunde

- 48.1 (1) Die folgende Tabelle zeigt für die Kinder– und Jugendheilkunde im Zeitraum 2009 bis 2020 (jeweils Stichtag 1. Jänner) die Entwicklung der in die Ärzteliste eingetragenen Fachärztinnen und Fachärzte gesamt und mit Ordination, weiters den Anteil der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an diesen und den Anteil der Über–49–Jährigen:¹¹³

Tabelle 22: Fachärztliche Kenndaten in der Kinder– und Jugendheilkunde

Kinder– und Jugendheilkunde	2009	2011	2013	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Veränderung 2009 bis 2020
	Anzahl bzw. in %									in % (in Prozentpunkten)
Fachärztinnen und Fachärzte	1.135	1.183	1.234	1.340	1.383	1.335	1.359	1.313	1.464	29
davon										
mit Ordination	539	554	583	607	620	564	564	558	631	17
davon										
mit Kassenvertrag	326	320	325	329	336	318	317	316	312	-4
mit Kassenvertrag in %	60	58	56	54	54	56	56	57	49	(-11)
älter als 49	563	638	696	768	798	733	753	768	778	38
älter als 49 in %	50	54	56	57	58	55	55	58	53	(3)

Quelle: ÖÄK

Wie in den Sonderfächern der Kinder– und der Erwachsenen–Psychiatrie stieg auch in der Kinder– und Jugendheilkunde die Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte seit 2009, mit 29 % allerdings weniger stark. Die Anzahl der 0– bis 14–Jährigen nahm in Österreich von 2009 bis 2019 um 3 % zu, die Zahl der 14– bis 18–Jährigen um 13 % ab.

Ebenso stieg die Zahl der Ordinationen seit 2009 um 17 % auf 631, wobei die in Tabelle 22 ausgewiesenen Fachärztinnen und Fachärzte mit Ordination auch jene umfassen, die eine Ordination neben einem Anstellungsverhältnis führen.

¹¹³ siehe dazu auch RH–Bericht „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30), z.B. TZ 11 zu Unter– bzw. Überschreitungen der Unter– bzw. Obergrenzen der Planungsrichtwerte des ÖSG und vom Bundesdurchschnitt 2018, TZ 15 zu (unbesetzten) Planstellen, TZ 17 zur Kinder– und Jugendheilkunde in der Thermenregion Niederösterreich, TZ 20 zur Altersverteilung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie TZ 21 zum Wartezeitenmanagement

(2) Bezogen auf diese Gesamtzahl verfügten 2020 49 % der niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzte (2009: 60 %) über einen Kassenvertrag, der Anteil der Wahlärztinnen und Wahlärzte war damit geringer als im fachärztlichen Bereich gesamt (66 % zum 1. Jänner 2020).

(3) Mehr als die Hälfte der in die Ärzteliste eingetragenen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde war im Jänner 2020 über 49 Jahre alt. Der Anteil der Über-49-Jährigen stieg im überprüften Zeitraum um 3 Prozentpunkte auf 53 %. Von den im Jahr 2020 778 in die Ärzteliste eingetragenen über 49-jährigen Fachärztinnen und Fachärzten waren 140 (18 %) 65 Jahre und älter.

(4) Im Unterschied zum Fachärztinnenanteil am gesamten fachärztlichen Bereich von rd. 40 % zum 1. Jänner 2020 lag dieser in der Kinder- und Jugendheilkunde bei rd. 58 %.

- 48.2 Der RH hob hervor, dass Anfang 2020 der Anteil der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde mit 49 % deutlich höher war als in den psychiatrischen Sonderfächern und auch höher als im Facharztbereich gesamt (34 %). Im Sinne der niederschweligen Versorgungswirksamkeit wies der RH aber kritisch darauf hin, dass der Vertragsarztanteil im Fach Kinder- und Jugendheilkunde im Zeitraum 2009 bis 2020 trotz eines 17 %igen Anstiegs niedergelassener Fachärztinnen und Fachärzte um 11 Prozentpunkte gesunken war.

Darüber hinaus verwies der RH auf die fachärztliche Altersstruktur in der Kinder- und Jugendheilkunde sowie die Dauer der Facharztausbildung von zumindest zwölf Jahren (Studium und Ärzteausbildung).

Auch in der Kinder- und Jugendheilkunde blieb mangels umfassender Bedarfsermittlungen bzw. –prognosen offen, ob der Bestand bzw. der ärztliche Nachwuchs ausreichend war, um möglichen bestehenden oder zukünftigen Versorgungsengpässen nachhaltig gegenzusteuern.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern, dem Dachverband, den Krankenanstaltenträgern und der Österreichischen Ärztekammer die Entwicklungen u.a. zur Anzahl sowie der alters- und geschlechtermäßigen Verteilung der Fachärztinnen und Fachärzte in der Kinder- und Jugendheilkunde im Detail weiter zu beobachten und bei seinen Bedarfsermittlungen mitzubetrachten.

- 48.3 Das Gesundheitsministerium verwies auf seine Stellungnahme zu [TZ 47](#), wonach sich aus den vorhandenen Daten zeige, dass derzeit kein Mangel, sondern ein Abwanderungsproblem – Abwanderung in die Wahlarztpraxis – bestehe.

In der Anlage zur Stellungnahme übermittelte das Gesundheitsministerium eine „Statistik der Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder– und Jugendheilkunde nach Alters– und Bundeslandverteilung“ zum 1. Jänner 2019 gegliedert nach „Alle Ärzte“, „mit Ordination Ärzte“, „Ärzte mit Ordination und Anstellung“, „Wohnsitzärzte“ und „ausschl. angest. Ärzte“.

- 48.4 Wie schon in TZ 47 verwies der RH gegenüber dem Gesundheitsministerium auf die Tabelle 22 in TZ 48, die für den Zeitraum 2009 bis 2020 einen Rückgang des Anteils der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an allen Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder– und Jugendheilkunde mit Ordination um 11 Prozentpunkte auswies. Er betonte, dass diese Daten über die fachärztliche Situation in der Kinder– und Jugendheilkunde keine ausreichenden Aussagen darüber zuließen, ob etwa die Ausbildungskapazitäten und deren Inanspruchnahme eine künftige Versorgung sicherstellen können.

Er hielt darüber hinaus fest, dass diese Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt bzw. für einen definierten Zeitraum für sich allein auch keine umfassenden Aussagen über die tatsächliche Versorgungssituation bzw. einen potenziellen Versorgungsmangel in der Kinder– und Jugendheilkunde ermöglichten. Der RH verwies in diesem Zusammenhang auf seinen Bericht „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ (Reihe Bund 2021/30, TZ 16, TZ 17, TZ 18). Darin hatte der RH aufgezeigt, dass zwar in einigen Versorgungsbereichen der Anteil unbesetzter Planstellen erheblich war, z.B. bei Fachärztinnen und Fachärzten der Kinder– und Jugendheilkunde in Niederösterreich (20 %). Eine nähere Analyse ergab jedoch, dass der Anteil unbesetzter Planstellen isoliert betrachtet kein geeigneter Indikator für die Identifikation von Versorgungsproblemen war, da gerade in den aufgezeigten Fällen unbesetzter Planstellen die Ärztedichte teils überdurchschnittlich hoch war.

Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017–2021

- 49.1 (1) Der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 legte als Strategisches Ziel 1¹¹⁴, Operatives Ziel 2 fest: „Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals (u.a. Nachwuchssicherung) sicherstellen“.

(2) Die Maßnahme 1 dieses Operativen Ziels 2 sah auf Bundesebene den „Aufbau eines zeitnahen, transparenten und gut definierten Analysewesens (IT–Tool) als gemeinsame Grundlage für die Planung der Personalressourcen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich mit dem Ziel der Bedarfsdeckung mit adäquat ausgebildetem Gesundheitspersonal“ vor.

¹¹⁴ Strategisches Ziel 1: Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes

Der Ergebnisbericht vom November 2019 sollte die prognostizierte österreichweite Entwicklung des Ärzteangebots für den Zeitraum 2020 bis 2030 mit dem Schwerpunkt Allgemeinmedizin abbilden. Die Prognose ging etwa – bei der Annahme einer Allgemeinmediziner–Quote von 33 % und einer fachärztlichen Quote von 67 % – davon aus, dass nach dem Zeitraum 2020 bis 2023 (Allgemeinmedizin) bzw. 2020 bis 2026 (fachärztlicher Bereich) die Zahl der Berufseinsteigerinnen und –einsteiger die Zahl der entsprechenden Pensionierungen übersteigen wird. Eine Bedarfsprognose enthielt dieser Ergebnisbericht nicht.

Der Ergebnisbericht wurde in der Bundes–Zielsteuerungskommission bis Juni 2020 nicht behandelt. Laut Gesundheitsministerium sei dieses Projekt im Jahr 2020 zurückgestellt worden. Im Jahr 2021 seien u.a. eine Modellierung der Bedarfsentwicklung und eine Differenzierung nach Ländern geplant.

(3) Als Messgrößen sah das Operative Ziel 2 u.a. die Anzahl der besetzten und genehmigten allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Ausbildungsstellen sowie die Ärztliche Versorgungsdichte (ohne Unterscheidung zwischen Allgemeinmedizin und Sonderfach) als Beobachtungswerte (Ist–Werte) ohne Zielvorgaben vor.

- 49.2 Der RH hielt fest, dass sich auch der Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 mit dem Gesundheitspersonal befasste. Der Ergebnisbericht zum Projekt IT–Tool enthielt zwar Prognosen über die Entwicklung etwa von ärztlichen Berufseinsteigerinnen und –einsteigern bis 2030, jedoch keine Bedarfsprognose. Auch die beiden Messgrößen zum Operativen Ziel 2 im Strategischen Ziel 1 des Bundes–Zielsteuerungsvertrags 2017–2021 (Ausbildungsstellen, Ärztliche Versorgungsdichte) waren reine Beobachtungswerte basierend auf Ist–Werten ohne Zielvorgaben.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern und dem Dachverband für den nächsten Bundes–Zielsteuerungsvertrag weiterführende, auf den künftigen ärztlichen Bedarf ausgerichtete Maßnahmen und Messgrößen für die allgemeinmedizinische und fachärztliche Ärzteausbildung vorzusehen.

- 49.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums sei für die Umsetzung dieser Empfehlung eine breite politische Abstimmung notwendig. Um weitere Mess– und Zielgrößen zur zukünftigen ärztlichen Bedarfserfassung zu erarbeiten und zu interpretieren, bedürfe es einer engen Kooperation des Gesundheitsministeriums, der Sozialversicherungsträger und der Länder. Das Gesundheitsministerium wünsche sich eine kontinuierliche gemeinsame Erarbeitung von weiteren Messgrößen und daraus ableitbaren Maßnahmen und treibe dies voran.

Ärzteausbildung – Verfahren und Ausbildungsstellenverwaltung

Verfahren

- 50 (1) Mit der Ausbildungsreform 2014/15 wurden neue (Qualitäts-)Vorgaben für Ausbildungsstätten und –stellen (z.B. Ausbildungskonzept, Leistungszahlen) geschaffen. Daher hatte die Österreichische Ärztekammer alle Ausbildungsstätten neu anzuerkennen und gleichzeitig die Anzahl der Ausbildungsstellen neu festzulegen. Dies führte zu einem deutlichen Anstieg der Verfahren ab 2015:

Tabelle 23: Beantragte Anerkennungen von Ausbildungsstätten bei der Österreichischen Ärztekammer

Ausbildungsstätten	2010	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	Anzahl						
beantragte Anerkennungen gesamt ¹	253	451	612	695	1.351	741	495
davon							
Basisausbildung ²	–	–	15	10	5	2	4
Allgemeinmedizin	5	22	122	325	302	69	26
Sonderfach ³	157	284	413	307	904	410	267
Lehrpraxen – Allgemeinmedizin	42	79	32	36	95	229	168
Lehrpraxen – Sonderfach	49	66	30	17	45	31	30
davon							
nach Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015	–	–	431	695	1.351	741	495

¹ einschließlich Zurückziehungen

² Anerkennungsverfahren nur bei Sonderkrankenanstalten erforderlich

³ ohne Verfahren betreffend Additivfach und Spezialisierungsstätten

Quelle: ÖÄK

Zum 1. Jänner 2020 gab es in Österreich insgesamt rd. 3.840 Ausbildungsstellen für Allgemeinmedizin (davon rd. 440 in Lehrpraxen Allgemeinmedizin) und rd. 8.390¹¹⁵ „tatsächliche“ Ausbildungsstellen für die 50 Sonderfächer nach der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015.

Jene Turnusärztinnen und Turnusärzte, die bis 31. Mai 2015 eine Ärzteausbildung begonnen hatten, konnten diese nach den Bestimmungen der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 und in danach anerkannten Ausbildungsstätten abschließen. Daher gab es – zusätzlich zu jenen nach der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungs-

¹¹⁵ Für die Sonderfach-Grundausbildung gab es rd. 7.480 Ausbildungsstellen, für die Sonderfach-Schwerpunktausbildung rd. 7.830 Ausbildungsstellen. Darin waren jedoch Doppelzählungen enthalten, weil rd. 6.920 dieser Ausbildungsstellen flexibel besetzbar waren. Die Summe aller Ausbildungsstellen minus der flexiblen Ausbildungsstellen ergibt rd. 8.390 „tatsächliche“ Ausbildungsstellen.

ordnung 2015 – zum 1. Jänner 2020 auch noch zahlreiche Ausbildungsstellen nach der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006.

Im Unterschied zur Rechtslage vor der Ausbildungsreform 2014/15, gemäß der die Anerkennung bzw. Festlegung von Ausbildungsstätten und –stellen unbefristet galten, hatte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung die Österreichische Ärztekammer diese nach sieben Jahren im Rahmen von entsprechenden Verfahren zu rezertifizieren.¹¹⁶

(2) Im Zusammenhang mit der Ausbildungsreform 2014/15 standen u.a. auch Verfahren zur Anrechnung von Ausbildungszeiten (2015 bis 2019: rd. 1.350 Verfahren¹¹⁷) und Verfahren zur Anerkennung von Spezialisierungsstätten.

(3) Für die Durchführung der Anerkennungs- und Festsetzungsverfahren (ohne Verfahren betreffend Additivfach und Spezialisierungsstätten) entstanden der Österreichischen Ärztekammer 2015 bis 2019 Kosten von insgesamt rd. 2 Mio. EUR; diese waren teilweise durch erhaltene Bearbeitungsgebühren abgedeckt.

Die Verfahren zur Anrechnung von Ausbildungszeiten nach der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 ergaben für 2015 bis 2019 Kosten von rd. 620.000 EUR.¹¹⁸

¹¹⁶ § 13a Ärztegesetz 1998

¹¹⁷ gemäß §§ 27 (rd. 850 Verfahren) und 34 (geschätzt 500 Verfahren) Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015

¹¹⁸ §§ 27 und 34 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015; durchschnittliche Kosten je Verfahren rd. 460 EUR – durch Kammerumlage abgedeckt

Ausbildungsstellenverwaltung

- 51.1 (1) Die Ärztegesetz–Novelle 2014 sah vor, dass der Krankenanstaltenträger der Österreichischen Ärztekammer Beginn, Wechsel, Unterbrechung, Änderung des Ausbildungsausmaßes sowie Abschluss der Basisausbildung bzw. der allgemeinmedizinischen oder fachärztlichen Ausbildung an einer Ausbildungsstelle innerhalb eines Monats zu melden hatte. Dies mittels einer von der Österreichischen Ärztekammer zur Verfügung gestellten Applikation.¹¹⁹ Ziel war ein bundesweit einheitliches Webtool, das größtmögliche Transparenz über die absolvierten und anrechenbaren Ausbildungszeiten schaffen sollte.

Die Lehrpraxen mussten laut Ärztegesetz–Novelle 2014 für ihre Meldungen diese Applikation nicht verwenden.¹²⁰ Daher konnten die Lehrpraxis–Zeiten im Rahmen der Ausbildungsstellenverwaltung nicht gesondert ausgewertet werden.

Die Gründe z.B. für einen Wechsel, eine Unterbrechung oder eine Änderung des Ausbildungsausmaßes waren nicht verpflichtend zu melden, freiwillige Eintragungen aber möglich.

(2) Die Österreichische Ärztekammer richtete diese Ausbildungsstellenverwaltung mit Juli 2015 ein, finanzierte sie und schulte die Krankenanstaltenträger in die Anwendung ein. Die Ausbildungsstellenverwaltung war ein Meldetool ohne konstitutive Wirkung. Allfällige Fehleintragungen konnten nur die Krankenanstaltenträger berichtigen.

(3) Im Zeitraum 2015 bis 2019 betrugen die Kosten (Entwicklungskosten und laufender Betrieb) für die Ausbildungsstellenverwaltung insgesamt rd. 1,32 Mio. EUR. Der Personaleinsatz bewegte sich zwischen 2,5 VZÄ (2015) und 1,3 VZÄ (2019), die Personalkosten machten rd. 975.000 EUR (74 % der Gesamtkosten) aus.

- 51.2 Der RH anerkannte die Einrichtung der Ausbildungsstellenverwaltung durch die Österreichische Ärztekammer. Er hielt aber fest, dass die konkrete Dauer der Lehrpraxis der Turnusärztinnen und Turnusärzte darin nicht erfasst war und daher nicht alle Ausbildungsabschnitte abgebildet waren. Aufgrund der ärztrechtlichen Bestimmungen waren die Lehrpraxen nicht verpflichtet, in die Ausbildungsstellenverwaltung einzumelden.

Der RH hielt weiters fest, dass die Gründe z.B. für einen Wechsel, eine Unterbrechung oder eine Änderung des Ausbildungsausmaßes nur freiwillig gemeldet werden konnten, obwohl diese Aspekte einen wertvollen Beitrag zur Ausbildungsplanung und –evaluierung leisten konnten.

¹¹⁹ Gemäß Ärztegesetz–Novelle BGBl. I 172/2021 bestand die Verpflichtung für Krankenanstalten, elektronisch einzumelden, seit Ende August 2021 nicht mehr.

¹²⁰ § 11 Abs. 7, § 12 Abs. 8 und § 12a Abs. 9 Ärztegesetz 1998



Der RH wiederholte seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium (TZ 30), auf eine elektronische Meldepflicht für Daten betreffend Turnusärztinnen und Turnusärzte in die Ausbildungsstellenverwaltung auch für Lehrpraxen hinzuwirken.

51.3 (1) Das Gesundheitsministerium nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis.

(2) Laut Stellungnahme der Österreichischen Ärztekammer erfolge die Meldung von Lehrpraktikantinnen und –praktikanten in der Lehrpraxis nunmehr – auch ohne gesetzliche Verpflichtung – freiwillig durch die Landesärztekammern in der Ausbildungsstellenverwaltung. Aufgrund der Ärztegesetz–Novelle (BGBl. I 172/2021) solle die Führung der Ausbildungsstellenverwaltung offensichtlich an die Länder übergehen. Dadurch werde sich nicht nur der Verwaltungsaufwand für die Führung von neun Ausbildungsstellenverwaltungen (Datenweitergabe durch die Bezirksverwaltungsbehörden, Erfassung durch Länderbehörden?) erhöhen, sondern würden die Datenqualität und Verfügbarkeit beeinträchtigt werden.

51.4 Der RH verwies gegenüber dem Gesundheitsministerium und der Österreichischen Ärztekammer auf seine Gegenäußerung in TZ 30.

Zusammenfassende Beantwortung

- 52 Die Gebarungsüberprüfung erfolgte gemäß Art. 126b Abs. 4 B-VG aufgrund des Beschlusses des Nationalrates vom 27. März 2019 gemäß § 99 Abs. 1 Geschäftsordnungsgesetz 1975 (517 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI. Gesetzgebungsperiode). Diesem Beschluss lag ein Antrag der Abgeordneten Gabriela Schwarz und Dr. Brigitte Povysil sowie Kolleginnen und Kollegen vom 29. Jänner 2019 (561/A) zugrunde.

Laut Auftrag des Nationalrates zur Durchführung der Gebarungsüberprüfung waren 27 Themen im Hinblick auf ihre Kosten und Wirkungen zu beurteilen und war anzugeben, welche Empfehlungen aus den bei der Gebarungsüberprüfung gewonnenen Erkenntnissen abgeleitet werden können. Soweit ein Zusammenwirken des Gesundheitsministeriums mit Sozialversicherungsträgern, Krankenanstalten und anderen Gebietskörperschaften erforderlich war, sollte der RH auch Maßnahmen im Rahmen der Aufsicht, am Verhandlungsweg oder durch gesetzliche Initiativen berücksichtigen. In die Beantwortung flossen sowohl die vom RH festgestellten Sachverhalte als auch die im Zuge der Erhebungen erhaltenen Informationen ein.

Der vorliegende Bericht umfasst neun Themen zur Ärzteausbildung (Themenbereiche 2 bis 9 bzw. 27). Die übrigen Themen „Gesundheitsförderung und Prävention“ sowie „Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich“ sind Gegenstand von zwei gesonderten Berichten des RH.

Nachstehende Tabelle und die nachfolgenden Erläuterungen beantworten im Überblick und jeweils unter Verweis auf die detaillierten Ausführungen im Bericht die Fragen aus den neun Themen zur Ärzteausbildung. Die sich daraus ergebenden Empfehlungen fasst der RH in der nachfolgenden TZ 53 zusammen.

Tabelle 24: Übersicht zur Beantwortung des Beschlusses des Nationalrates

Nummer laut Beschluss	Inhalt	TZ oder Quelle
Allgemeinmedizin		
2	bessere Verankerung von Allgemeinmedizin im Studium der Humanmedizin	<u>TZ 9</u> bis <u>TZ 17</u>
3	Evaluierung der allgemeinmedizinischen Ärzteausbildung	<u>TZ 21</u> , <u>TZ 24</u> , <u>TZ 26</u> , <u>TZ 27</u>
4	Verschränkungen Klinisch–Praktisches Jahr, Basisausbildung und weitere allgemeinmedizinische Ausbildung	<u>TZ 36</u>
5	Inhalte und Dauer der Ausbildung	<u>TZ 25</u> bis <u>TZ 27</u>
7	Finanzierung Lehrpraxen, Absolvierung der Lehrpraxis auch parallel zu Spitalsturnus	<u>TZ 29</u> , <u>TZ 31</u> bis <u>TZ 35</u>
8	Sicherstellung ausreichender Anzahl von allgemeinmedizinischen Postgraduate–Ausbildungsplätzen in öffentlichen Krankenanstalten für „kassenärztlichen“ Nachbesetzungsbedarf als Begleitmaßnahme zur „Ärzte–Ausbildungsreform 2015“	<u>TZ 38</u> bis <u>TZ 40</u>
„Mangelfächer–Sonderfächer“		
9	Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses für den extramuralen Bereich in Mangel–Sonderfächern wie z.B. Kinderheilkunde oder Psychiatrie	<u>TZ 41</u> bis <u>TZ 48</u>
Allgemeinmedizin und „Mangelfächer–Sonderfächer“		
6	Monitoring der Ausbildungsplätze im Hinblick auf den künftig zu erwartenden Ärztebedarf	<u>TZ 40</u> , <u>TZ 42</u> , <u>TZ 45</u>
27	Zusammenwirken mit Krankenversicherungsträgern, Spitalträgern oder anderen Gebietskörperschaften: Maßnahmen des Gesundheitsministeriums zur Erreichung einer gemeinsamen Vorgangsweise	<u>TZ 4</u> , <u>TZ 19</u> bis <u>TZ 20</u> , <u>TZ 31</u> bis <u>TZ 35</u>

Quelle: Nationalrat; Darstellung: RH

Allgemeinmedizin

Im Studium der Humanmedizin an den überprüften Medizinischen Universitäten Graz und Wien war die Allgemeinmedizin als eines von 51 ärztlichen (Sonder-) Fächern laut Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 strategisch, organisatorisch, personell und in der Lehre präsent. So gab es etwa an beiden Medizinischen Universitäten eine eigene Organisationseinheit und eine eigene Professur für Allgemeinmedizin; beide holten mit praktizierenden Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern die allgemeinmedizinische Praxis in die universitäre Ausbildung herein. Im Laufe des Studiums war jede bzw. jeder Studierende durch allgemeinmedizinische Anteile in der Pflichtlehre mit diesem Fach befasst. Weiters hatten beide Universitäten zusätzliche Projekte zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin umgesetzt. (TZ 9 bis TZ 17)

Trotz der maßgeblichen Neugestaltung der Ärzteausbildung im Rahmen der Ausbildungsreform 2014/15 (z.B. Einführung der Basisausbildung, Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung um mindestens sechs Monate) sahen die ärztrechtlichen Grundlagen keine umfassende Evaluierung der neuen Ärzteausbildung vor. Die regelmäßigen Ausbildungsevaluierungen der Österreichischen Ärztekammer wurden in der Ärzte-Ausbildungskommission kaum thematisiert, obwohl sie teilweise deutliches Verbesserungspotenzial aufzeigten. Die Ärzte-Ausbildungskommission – als zentrales Beratungsgremium der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers in Ärzteausbildungsangelegenheiten – war vorab in die Konzeption bzw. Gestaltung der Evaluierungen nicht eingebunden. (TZ 21, TZ 24, TZ 26, TZ 27)

Das Klinisch-Praktische Jahr als letzter Teil des Studiums der Humanmedizin einerseits sowie die allgemeinmedizinische Ärzteausbildung (einschließlich Basisausbildung) andererseits fielen in unterschiedliche Zuständigkeiten; diese Ausbildungsabschnitte verfolgten für sich jeweils verschiedene Ziele, das ärztgesetzlich normierte Maß der notwendigen Aufsicht über die Tätigkeiten der Auszubildenden war unterschiedlich hoch. Zur zweckmäßigen Ausgestaltung der angestrebten aufeinander aufbauenden Ausbildungsabschnitte bestanden verschiedene Ansichten. Obwohl bereits der Gesundheitsausschuss des Nationalrates im Rahmen der Erlassung des Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes 2017 eine Evaluierung der Verschränkung zwischen Klinisch-Praktischem Jahr, Basisausbildung und weiterer allgemeinmedizinischer Ausbildung thematisierte, war eine solche umfassende Analyse bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht erfolgt. (TZ 36)

Inhalt und Dauer der allgemeinmedizinischen Ärzteausbildung erfuhren durch die Ausbildungsreform 2014/15 eine Reihe von maßgeblichen Änderungen. So betrug zur Zeit der Gebarungsüberprüfung die Mindestausbildungszeit 42 Monate statt zuvor 36 Monate, sechs Monate Lehrpraxis im Fachgebiet Allgemeinmedizin nach

Abschluss der neunmonatigen Basisausbildung und des 27-monatigen Spitalsturnus waren verpflichtend. Bis auf die Innere Medizin betrug die Ausbildungsdauer in den anderen Fachgebieten (z.B. Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Orthopädie und Traumatologie) nunmehr durchgängig drei Monate, wodurch es zu Verkürzungen oder Verlängerungen gegenüber der Ausbildung Alt kam. Ein wesentlicher Diskussionspunkt war das Fachgebiet Neurologie; dieses verblieb – obwohl als Pflichtfach geplant – letztlich als Wahlfach in der allgemeinmedizinischen Ausbildung. (TZ 26, TZ 27)

Von jenen Turnusärztinnen und Turnusärzten, die einen allgemeinmedizinischen Spitalsturnus nach der Ärzteausbildung Neu begannen und bis Juni 2020 fertige Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner hätten sein können, verfügten im Juni 2020 erst 35 % über die selbstständige allgemeinmedizinische Berufsberechtigung; davon begannen wiederum 35 % danach noch eine Sonderfachausbildung. Mehr als die Hälfte der übrigen noch nicht berufsberechtigten Turnusärztinnen und Turnusärzte hatten in eine Sonderfach-Grundausbildung gewechselt. (TZ 25)

Die verpflichtende Lehrpraxis im Fachgebiet Allgemeinmedizin hatte – den geltenden gesetzlichen Bestimmungen zufolge – am Ende der allgemeinmedizinischen Ausbildung nach Absolvierung des Spitalsturnus zu erfolgen. Eine Vorverlegung dieser Lehrpraxis – parallel zum Spitalsturnus – wäre daher nur mit einer Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen möglich. Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Vorverlegung der im Rahmen der allgemeinmedizinischen Ausbildung verpflichtenden Lehrpraxis unter Einbeziehung aller Stakeholder zu hinterfragen und die rechtlichen Rahmenbedingungen allenfalls anzupassen. (TZ 29)

Im Zusammenhang mit der Absolvierung der verpflichtenden Lehrpraxis gab es zwei verschiedene Anstellungs- bzw. Abwicklungsmodalitäten für die Lehrpraxisförderung (Anstellung entweder weiterhin beim Krankenanstaltenträger oder direkt bei der Lehrpraxis), die sich aufwändig gestalteten. Diese unterschiedlichen und komplexen Vorgangsweisen standen in einem Spannungsverhältnis zur in der Reformvereinbarung 2017 intendierten bundesweiten Einheitlichkeit der Lehrpraxisförderung. Die Höhe der jährlich österreichweit tatsächlich ausbezahlten Lehrpraxisförderungen konnte der RH nur durch Abfrage bei den einzelnen Fördergebern ermitteln, obwohl diese laut Angaben der Fördergeber zur Zeit der Gebarungsüberprüfung etwa für das Jahr 2019 rd. 3,73 Mio. EUR ausmachte. (TZ 31, TZ 34, TZ 35)

Mit dem Ziel, ausreichende allgemeinmedizinische Ausbildungskapazitäten sicherzustellen, normierte § 196 Ärztegesetz 1998 eine „Ausbildungsverpflichtung“. Alle Träger von fondsfinanzierten Krankenanstalten mussten sicherstellen, dass dem

künftigen Bedarf an Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern entsprechend und unter Bedachtnahme auf die Beratungsergebnisse der Ärzte–Ausbildungskommission „eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin zur Verfügung steht“. (TZ 38, TZ 40)

Basis für die Bedarfsrechnung der Ärzte–Ausbildungskommission waren die auf Grundlage der Daten der Österreichischen Ärztekammer geschätzten Pensionierungen. Diese Schätzungen waren jedoch nicht sehr treffsicher; darüber hinaus waren weitere Einflussfaktoren auf den Bedarf von der Bedarfsanalyse nicht umfasst, wie (Änderungen im) Beschäftigungsausmaß (z.B. Teilzeit), neue Versorgungsmodelle (z.B. Primärversorgungseinheiten), Öffnungszeiten, Nachfrage nach ärztlichen Leistungen oder demografische Entwicklungen. Insgesamt nahm die Zahl der allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte von 1.631 (2016) um 33 % auf 1.095 (2020) ab. (TZ 38, TZ 39, TZ 40)

„Mangelfächer–Sonderfächer“

Im Unterschied zur Allgemeinmedizin und als Ausnahme von der bedarfsunabhängigen Festsetzung von Ausbildungsstellen im fachärztlichen Bereich ermöglichte das Ärztegesetz 1998 seit 2009 mit der sogenannten Mangelfachregelung den künftigen fachärztlichen Bedarf als Anknüpfungspunkt: Die Gesundheitsministerin bzw. der Gesundheitsminister konnte – wenn dies notwendig war, um die fachärztliche Versorgung der österreichischen Bevölkerung längerfristig sicherzustellen – die Ausbildungsbedingungen erleichtern und so die Möglichkeit schaffen, in definierten Mangelfächern mehr Turnusärztinnen und Turnusärzte auszubilden als in anderen Sonderfächern. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bzw. bis Februar 2021 gab es zwei Mangelfächer – die Kinder–Psychiatrie und die Erwachsenen–Psychiatrie. Die Kinder– und Jugendheilkunde war kein Mangelfach, obwohl in der öffentlichen Diskussion immer wieder Versorgungsengpässe thematisiert wurden. (TZ 43, TZ 44, TZ 47)

In der Kinder–Psychiatrie stieg die Zahl der Turnusärztinnen und Turnusärzte österreichweit seit 2016 mit 44 % deutlich an, auch in der Kinder– und Jugendheilkunde betrug der Anstieg 22 %, in der Erwachsenen–Psychiatrie hingegen nur 2 %. In den Ländern war die Entwicklung unterschiedlich, teilweise waren die Zahlen auch rückläufig. In allen drei Sonderfächern gab es auch viele unbesetzte Ausbildungsstellen. Dies, weil die von der Österreichischen Ärztekammer auf Antrag der Krankenanstaltenträger festgesetzte Zahl an allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Ausbildungsstellen einen Maximalrahmen darstellte; ob diese auch tatsächlich besetzt waren, hing u.a. von den verfügbaren Dienstposten ab. In allen drei Sonderfächern

war der Frauenanteil im turnusärztlichen Bereich mit 66 % bis 75 % (2016 bis 2020) deutlich höher als in den Sonderfächern insgesamt (2020: 53 %). (TZ 38, TZ 45, TZ 47)

Ein deutlicher Anstieg war auch bei den bereits berufsberechtigten Fachärztinnen und Fachärzten in diesen drei Sonderfächern zu verzeichnen, am deutlichsten in der Kinder–Psychiatrie mit einer Steigerung seit 2009 um 132 %. Allerdings lag der Anteil der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gerade in der Erwachsenen–Psychiatrie mit 19 % deutlich unter dem Österreichdurchschnitt für den gesamten fachärztlichen Bereich von 34 %. (TZ 46, TZ 48)

Allgemeinmedizin und „Mangelfächer–Sonderfächer“

Für die rechtliche und organisatorische Konzeption sowie die Durchführung der gesamten ärztlichen Ausbildung vom Studium der Humanmedizin bis zur selbstständigen allgemeinmedizinischen oder fachärztlichen Berufsberechtigung war eine Vielzahl von Einrichtungen zuständig. Die Zuständigkeit für das Medizinstudium lag beim Wissenschaftsministerium und den Medizinischen Universitäten; das Klinisch–Praktische Jahr im letzten Studienjahr fand in Lehrkrankenhäusern und teilweise in Lehrordinationen statt. Für die anschließende Ärzteausbildung waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung das Gesundheitsministerium u.a. für rechtliche Grundlagen, die Österreichische Ärztekammer daneben etwa auch für Ausbildungsstättenverfahren sowie u.a. Krankenanstalten und Lehrpraxen für die Durchführung der Ärzteausbildung zuständig. Darüber hinaus wirkten die Länder und die Sozialversicherung etwa an der Lehrpraxisförderung mit. (TZ 2, TZ 3)

In verschiedenen Bereichen gab es Schnittstellen zwischen den beiden Zuständigkeitsbereichen (Gesundheitsministerium, Wissenschaftsministerium) bzw. den jeweils für die Organisation und Durchführung der Ausbildung zuständigen Einrichtungen (z.B. teilweise gegenseitige Einbindung in Begutachtungsverfahren). Auch wenn daraus teilweise ein Zusammenwirken resultierte, sah der RH – gemessen an einer vom Studienbeginn bis zur selbstständigen ärztlichen Berufsberechtigung kontinuierlich aufbauenden und inhaltlich abgestimmten ärztlichen Ausbildung – aber noch Verbesserungspotenzial etwa bei der durchgängigen gegenseitigen Einbeziehung in wesentliche Prozesse (z.B. umfassende Abstimmung des Klinisch–Praktischen Jahres mit der Basisausbildung und der weiteren allgemeinmedizinischen Ausbildung). Weiters vertrat der RH die Auffassung, dass für eine langfristige, gesamthafte und bedarfsgerechte Planung, Steuerung und Weiterentwicklung der gesamten ärztlichen Ausbildung und damit der künftigen ärztlichen Versorgungssituation die gleichberechtigte Einbeziehung aller beteiligten Einrichtungen in die Ärzte–Ausbildungskommission zweckmäßig wäre. Vor diesem Hintergrund und zur

Umsetzung dieser gemeinsamen Aufgabe empfahl der RH dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit dem Wissenschaftsministerium und den Medizinischen Universitäten Zielsetzung, Auftrag, Konzeption und Zusammensetzung der Ärzte-Ausbildungskommission sowie deren Aufgabenspektrum (neu) zu definieren und dies in der Geschäftsordnung festzulegen. (TZ 4, TZ 20)

Die Beschränkung des Zugangs zum Medizinstudium an den öffentlichen Universitäten ab dem Studienjahr 2005/06 begann sich – bei einer Mindeststudiendauer von zwölf Semestern – nach dem Studienjahr 2010/11 auf die Absolventenzahlen auszuwirken: Die jährliche Absolventenzahl lag im Durchschnitt der Studienjahre 2011/12 bis 2018/19 bei 1.269 und war damit um 19 % niedriger als die jährliche Absolventenzahl im Durchschnitt der Studienjahre 2000/01 bis 2010/11 (1.576). Demgegenüber erhöhte sich von 2009 bis 2020 die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Österreich von insgesamt rd. 38.290 auf rd. 47.220 um 23 %, jene der Turnusärztinnen und Turnusärzte von rd. 6.710 auf rd. 8.020 um 20 %. (TZ 5, TZ 7)

Zwischen der Zahl der Medizinabsolventinnen und –absolventen und der Zahl der in der Folge im Arztberuf tätigen Ärztinnen und Ärzten in Österreich bestand eine erhebliche Differenz. Gründe dafür konnten etwa die Wahl eines anderen Berufsweges oder eine ärztliche Tätigkeit außerhalb Österreichs sein. Die jährliche Differenz betrug im Zeitraum 2008/09 bis 2018/19 durchschnittlich mehr als 30 %. Durch den Zuzug von Absolventinnen und Absolventen nicht-österreichischer Universitäten konnte die Differenz teilweise kompensiert werden. Österreich gab je Medizinabsolventin und –absolventen bis zu rd. 542.000 EUR aus. (TZ 6)

Für die Allgemeinmedizin veröffentlichte das Gesundheitsministerium auf seiner Website unter dem Titel „Ärztinnen– und Ärztemonitoring“ regelmäßig die Zahl der zu jährlich drei Stichtagen besetzten allgemeinmedizinischen Ausbildungsstellen sowie eine Gegenüberstellung der geschätzten Pensionierungen von Ärztinnen und Ärzten mit den tatsächlichen Austritten aus der Ärzteliste. Die Schätzungen der möglichen Pensionierungen der Ärzte-Ausbildungskommission waren um bis zu 621 % höher als die tatsächlichen Austritte. Die geschätzten Pensionierungen waren jedoch Grundlage für die Vorgabe, wie viele allgemeinmedizinische Turnusärztinnen und Turnusärzte jedes Land jährlich ausbilden sollte. (TZ 40)

Auch in den einzelnen Sonderfächern veröffentlichte das Gesundheitsministerium auf seiner Website unter dem Titel „Ärztinnen– und Ärztemonitoring“ u.a. die Anzahl der zu jährlich drei Stichtagen besetzten Ausbildungsstellen. Im Zusammenhang mit potenziellen Mangelfachregelungen fanden in der Ärzte-Ausbildungskommission Beratungen zu allfälligen Versorgungsengpässen in diversen Sonderfächern statt. Diesen Beratungen lagen u.a. Zahlen zu den genehmigten und besetzten Ausbildungs-

stellen sowie zu den berufstätigen Fachärztinnen und Fachärzten im jeweiligen Sonderfach samt Altersangabe und Beschäftigungsausmaß zugrunde. Darüber hinausgehende standardisierte Überwachungsinstrumente – z.B. ein Monitoring anhand von Bedarfskennzahlen, das den Versorgungsbedarf je Sonderfach in Kennzahlen ausdrückte und beobachtete –, um einen allfälligen ärztlichen Versorgungsengpass je Sonderfach und dem vorgelagert allfällige zusätzliche Ausbildungsbedarfe evidenzbasiert frühzeitig erkennen zu können, verwendete die Ärzte–Ausbildungskommission nicht. (TZ 42)

Hinsichtlich der Lehrpraxisförderung dauerte es von der Kundmachung der Ärztegesetz–Novelle 2014 im November 2014 bis zur Einigung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung über die Lehrpraxisfinanzierung dreieinhalb Jahre. Im April 2018 einigte sich die Bundes–Zielsteuerungskommission über die Finanzierungsanteile für die Jahre 2018 bis 2020 (25 % Bund, je 32,5 % Länder und Sozialversicherung sowie 10 % Lehrpraxisinhaberinnen bzw. –inhaber). Im Dezember 2020 beschloss die Bundes–Zielsteuerungskommission eine Verlängerung dieses Verteilungsschlüssels bis Ende 2021. Dies unter der Bedingung, dass ihr im Juni 2021 ein Vorschlag für die weitere Vorgangsweise für die Lehrpraxisförderung zur Beschlussfassung vorgelegt wird. (TZ 31)

Schlussempfehlungen

53 Zusammenfassend empfahl der RH:

	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung	Medizinische Universität Graz	Medizinische Universität Wien
(1) Gemeinsam mit den Medizinischen Universitäten und der Österreichischen Ärztekammer wäre ein Konzept zur Sicherstellung einer regelmäßigen, durchgängigen und institutionalisierten Abstimmung über Vorhaben und Maßnahmen für die gesamte Ausbildung zum Arztberuf zu erarbeiten. Dies auch vor dem Hintergrund der im Regierungsprogramm 2020–2024 vorgesehenen Maßnahmen für die ärztliche Ausbildung. <u>(TZ 4)</u>	X	X		
(2) Gemeinsam mit den Medizinischen Universitäten wären die Absolventenzahlen des Studiums der Humanmedizin auch im Hinblick auf die Sicherstellung des Ärztenachwuchses zu evaluieren. <u>(TZ 5)</u>	X	X		
(3) Gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer, den Ländern und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger wären im Lichte der festgestellten Drop-out-Rate nach dem Studienabschluss von letztlich mehr als 30 % geeignete Maßnahmen zu setzen, um die Ärzteausbildung und Berufstätigkeit von Medizinabsolventinnen und –absolventen in Österreich zu forcieren. <u>(TZ 6)</u>	X	X	X	X
(4) Auf die weitere Zusammenarbeit zur Sicherstellung eines vergleichbaren Abschlussniveaus der Studierenden aller Medizinischen Universitäten wäre hinzuwirken; bei künftigen Auflagen des Kompetenzlevel- und Lernzielkatalogs wären nach Möglichkeit auch die Privatuniversitäten am Prozess zu beteiligen. <u>(TZ 9)</u>		X	X	X
(5) In Umsetzung des Universitätsgesetzes 2002 wären die Verpflichtungen aus den Leistungsvereinbarungen durch Zielvereinbarungen mit dem Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung auch inneruniversitär verbindlich zu machen. <u>(TZ 12)</u>			X	
(6) Im Sinne der Wirksamkeit dieses Steuerungsinstruments wären Zielvereinbarungen mit dem Zentrum Public Health künftig möglichst zeitnah nach Unterzeichnung der Leistungsvereinbarung abzuschließen. <u>(TZ 12)</u>				X



	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung	Medizinische Universität Graz	Medizinische Universität Wien
(7) Gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer und der Medizinischen Universität Wien wäre zu prüfen, ob bzw. in welchem Ausmaß sich ein allgemeinmedizinisches Praktikum im niedergelassenen Bereich im Rahmen des Medizinstudiums auf die spätere Berufsentscheidung auswirkt; dies auch angesichts der damit verbundenen möglichen finanziellen Auswirkungen. <u>(TZ 15)</u>	X			
(8) Stichprobenartig (nicht nur anlassbezogen) wäre auch durch Vor–Ort–Besuche zu überprüfen, ob die Lehrkrankenhäuser und Lehrordinationen die Voraussetzungen zur Ausbildung der Studierenden erfüllen. <u>(TZ 17)</u>			X	X
(9) Die Anerkennungen von Lehrordinationen wären zu befristen und diese sowie jene der Lehrkrankenhäuser erst nach positiven Evaluierungen zu rezertifizieren. <u>(TZ 17)</u>			X	
(10) Welches Mitglied der Ärzte–Ausbildungskommission welche Einrichtung bzw. Gebietskörperschaft vertritt, wäre klarzustellen. <u>(TZ 20)</u>	X			
(11) Gemeinsam mit dem Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung und den Medizinischen Universitäten wären Zielsetzung, Auftrag, Konzeption und Zusammensetzung der Ärzte–Ausbildungskommission sowie deren Aufgabenspektrum (neu) zu definieren und dies in der Geschäftsordnung festzulegen. <u>(TZ 20)</u>	X			
(12) Auf eine verstärkte Befassung der Ärzte–Ausbildungskommission mit den Evaluierungsergebnissen der Österreichischen Ärztekammer zur Ärzteausbildung wäre hinzuwirken, um daraus gemeinsam Verbesserungsmaßnahmen bzw. –vorschläge ableiten zu können. <u>(TZ 21)</u>	X			
(13) Gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer wären Lösungen zu entwickeln, wie sich die Ärzte–Ausbildungskommission aktiv in die Konzeption der Ausbildungs–Evaluierung der Österreichischen Ärztekammer einbringen kann. Erforderlichenfalls wären ergänzende Evaluierungen durchzuführen. <u>(TZ 21)</u>	X			
(14) Auf eine Überprüfung der Erhöhung des Zielwerts von lediglich zwei Stichproben–Visitationen pro Halbjahr wäre hinzuwirken. <u>(TZ 22)</u>	X			

	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung	Medizinische Universität Graz	Medizinische Universität Wien
(15) Gemeinsam mit den Ländern und der Österreichischen Ärztekammer wären die Gründe für die Zeiträume zwischen Studienabschluss und Beginn der Basisausbildung zu erheben und Maßnahmen (z.B. Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl an Basisausbildungsstellen in den Krankenanstalten) zu entwickeln, um krankenanstaltenorganisatorische Verzögerungen des Ärzteausbildungsbegins zu vermeiden bzw. zu reduzieren. (TZ 23)	X			
(16) Etwa unter Zugrundelegung der Evaluierungsergebnisse der Österreichischen Ärztekammer wären weitere Qualitätssicherungsvorgaben (z.B. Ausbildungskonzept) auch für die Basisausbildung zu prüfen, um eine strukturierte und einheitliche Vermittlung der festgelegten Ausbildungsinhalte sicherzustellen. (TZ 24)	X			
(17) Bei der Erstellung der Logbücher wäre sicherzustellen, dass diese den für eine qualitätsvolle Ausbildung notwendigen Inhalt und Detaillierungsgrad aufweisen sowie die dafür erforderliche Dokumentation festlegen. (TZ 24)	X			
(18) Auf Basis der aus den Evaluierungen und Visitationen gewonnenen Erkenntnisse wären gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer und den Krankenanstaltenträgern geeignete Maßnahmen zur Verbesserung bzw. Attraktivierung der allgemeinmedizinischen Ausbildung zu setzen. (TZ 26)	X			
(19) Gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer wäre ein verstärkter Einsatz von Richtzahlen in der allgemeinmedizinischen Ausbildung zu überlegen; dies u.a. zur Sicherstellung einer vergleichbaren Ausbildung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft. (TZ 26)	X			
(20) Auf die zeitnahe Erstellung der Logbücher der Österreichischen Ärztekammer für die allgemeinmedizinische und fachärztliche Ausbildung wäre hinzuwirken. (TZ 26)	X			
(21) Aus Transparenzgründen sollte das Logbuch den Rasterzeugnissen beizulegen sein. (TZ 26)	X			
(22) Auch im Zusammenhang mit der im Regierungsprogramm 2020–2024 geplanten „Ärzteausbildung NEU“ wären das Fächerspektrum der allgemeinmedizinischen Ausbildung zu evaluieren und die Dauer der einzelnen zu absolvierenden Fachgebiete bzw. der allgemeinmedizinischen Ausbildung insgesamt gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer im Hinblick auf ihre Wirkung zu überprüfen. (TZ 27)	X			

	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung	Medizinische Universität Graz	Medizinische Universität Wien
(23) Die Vorverlegung der im Rahmen der allgemeinmedizinischen Ausbildung verpflichtenden Lehrpraxis wäre unter Einbeziehung aller Stakeholder zu hinterfragen und die rechtlichen Rahmenbedingungen wären allenfalls anzupassen. (TZ 29)	X			
(24) Auf eine elektronische Meldepflicht für Daten betreffend Turnusärztinnen und Turnusärzte in die Ausbildungsstellenverwaltung wäre auch für Lehrpraxen hinzuwirken. (TZ 30, TZ 51)	X			
(25) Gemeinsam mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger, den Ländern und der Österreichischen Ärztekammer wäre im Rahmen der Neugestaltung der Lehrpraxisförderung auf eine Vereinfachung ihrer Abwicklung hinzuwirken. (TZ 34)	X			
(26) Auf eine korrekte bzw. vollständige Einmeldung der Lehrpraxisförderbeiträge in die Transparenzdatenbank wäre hinzuwirken. (TZ 35)	X			
(27) Im Rahmen der Bundes-Zielsteuerungskommission wäre darauf hinzuwirken, dass alle Lehrpraxisfördergeber (Bund, Länder, Sozialversicherung) ihre ausbezahlten Förderungen in die Transparenzdatenbank einmelden. Dabei wäre auch eine entsprechende Nutzung des Webtools zu prüfen. (TZ 35)	X			
(28) Gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer und den Medizinischen Universitäten wäre die inhaltliche Verschränkung der einzelnen Ausbildungsabschnitte bis zur Erlangung der selbstständigen allgemeinmedizinischen Berufsberechtigung zu evaluieren und ein optimal abgestimmter Aufbau bzw. Verlauf der ärztlichen Ausbildung sicherzustellen. (TZ 36)	X	X		
(29) Die vorliegenden und geplanten Evaluierungsergebnisse bzw. Konzepte zur Etablierung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Allgemeinmedizin wären in die Entscheidung, diese Fachrichtung einzuführen, einfließen zu lassen. (TZ 37)	X			
(30) Gemeinsam mit den Ländern und der Österreichischen Ärztekammer wären die Gründe für die Abnahme der Zahl der allgemeinmedizinischen Turnusärztinnen und Turnusärzte zu erheben sowie die unterschiedlichen Beiträge der Länder bzw. deren Krankenanstalten zum allgemeinmedizinischen Nachwuchs zu monitoren, um daraus geeignete Maßnahmen zur Sicherstellung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses ableiten zu können. (TZ 39)	X			

	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung	Medizinische Universität Graz	Medizinische Universität Wien
(31) Gemeinsam mit den Ländern, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger, den Krankenanstaltenträgern und der Österreichischen Ärztekammer wären geeignete Instrumente zu entwickeln, um die Prognosegenauigkeit der Bedarfsanalysen für allgemeinmedizinische Ausbildungskapazitäten zu verbessern. (TZ 40)	X			
(32) Gemeinsam mit den Ländern, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer wären Kennzahlen (z.B. ärztliche Leistungsanspruchnahme) zu erarbeiten, die konkretere Aussagen über den künftigen Gesamtbedarf an fachärztlicher Versorgung (stationär und ambulant) in den einzelnen Sonderfächern zulassen. (TZ 42, TZ 43)	X			
(33) Die gemeinsam mit den Ländern, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer erarbeiteten Kennzahlen wären auch für ein Monitoring in der ärztlichen Ausbildung heranzuziehen. (TZ 42)	X			
(34) Die Festlegung eines Sonderfachs als Mangelfach wäre an das Vorliegen nachvollziehbar festgelegter Kriterien und Kenngrößen zu binden. (TZ 43, TZ 44)	X			
(35) Die Arbeiten für eine auch regionale Anwendung der Mangelfachregelung wären zügig fortzusetzen. (TZ 43)	X			
(36) Mangelfachregelungen wären zeitnah zu verordnen. (TZ 43)	X			
(37) Gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer, den Ländern und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger wäre ein Konzept zu erarbeiten, wie über die Mangelfachregelung hinaus potenziellen fachärztlichen Versorgungsempfängern rechtzeitig begegnet werden kann. (TZ 43)	X			
(38) Gemeinsam mit den Ländern, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger, den Krankenanstaltenträgern und der Österreichischen Ärztekammer wären der Bedarf, die Ausbildungskapazitäten und deren Inanspruchnahme im psychiatrischen Bereich zu evaluieren und erforderlichenfalls weitere Maßnahmen für eine wirksame, bedarfsorientierte Nachwuchssteuerung zu erarbeiten. (TZ 45)	X			
(39) Gemeinsam mit den Ländern, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger, den Krankenanstaltenträgern und der Österreichischen Ärztekammer wären die Entwicklungen u.a. zur Anzahl sowie der alters- und geschlechtermäßigen Verteilung der Fachärztinnen und Fachärzte in der Kinder- und Erwachsenen-Psychiatrie im Detail weiter zu beobachten und bei den Bedarfsermittlungen mitzubüberücksichtigen. (TZ 46)	X			



		Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung	Medizinische Universität Graz	Medizinische Universität Wien
(40)	Gemeinsam mit den Ländern, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger, den Krankenanstaltenträgern und der Österreichischen Ärztekammer wären der Bedarf, die Ausbildungskapazitäten und deren Inanspruchnahme im Bereich Kinder- und Jugendheilkunde zu evaluieren und erforderlichenfalls Maßnahmen für eine wirksame, bedarfsorientierte Nachwuchssteuerung zu erarbeiten. (TZ 47)	X			
(41)	Gemeinsam mit den Ländern, dem Dachverband der Sozialversicherungsträger, den Krankenanstaltenträgern und der Österreichischen Ärztekammer wären die Entwicklungen u.a. zur Anzahl sowie der alters- und geschlechtermäßigen Verteilung der Fachärztinnen und Fachärzte in der Kinder- und Jugendheilkunde im Detail weiter zu beobachten und bei den Bedarfsermittlungen mitzubüberücksichtigen. (TZ 48)	X			
(42)	Gemeinsam mit den Ländern und dem Dachverband der Sozialversicherungsträger wären für den nächsten Bundes-Zielsteuerungsvertrag weiterführende, auf den künftigen ärztlichen Bedarf ausgerichtete Maßnahmen und Messgrößen für die allgemeinmedizinische und fachärztliche Ärzteausbildung vorzusehen. (TZ 49)	X			



Ärzteausbildung



**Rechnungshof
Österreich**

Wien, im Dezember 2021

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

R
—
H

