



ABTEILUNG ÖFFENTLICHKEITSARBEIT DER
ÖSTERREICHISCHEN ÄRZTEKAMMER

presseunterlage

PRESSEKONFERENZ

Thema:

Präsentation der aktuellen Ärztestatistik 2025

Teilnehmer:

OMR Dr. Johannes Steinhart

Präsident der Österreichischen Ärztekammer

Doz. (FH) Dr. Lukas Stärker

Kammeramtsdirektor der Österreichischen Ärztekammer

Zeit:

Mittwoch, 29. Juli 2026, 10:30 Uhr

Ort:

Österreichische Ärztekammer

1. Stock, Saal 3

Weihburggasse 10-12, 1010 Wien

Aktuelle Ärztestatistik: Trends, die in der Gesundheitspolitik bedacht werden sollten

Mehr Ärztinnen, besonders im Wahlarztbereich, weniger Ärztinnen und Ärzte im mittleren Alter im angestellten Bereich und ein hoher Altersgipfel im niedergelassenen Bereich: Das sind einige Ergebnisse aus der aktuellen Ärztestatistik.

Die Auswertung der neuesten Ärztezahlen der Österreichischen Ärztekammer zeigt aktuelle Trends auf. Kammeramtsdirektor Lukas Stärker präsentierte einen Auszug aus dem Zahlenmaterial, das in seiner Gesamtheit auf der ÖÄK-Homepage publiziert wurde (<https://www.aerztekammer.at/daten-fakten>) und Einblick in die Zusammensetzung der österreichischen Ärzteschaft gibt.

Frauenanteil im Steigen

„Grundsätzlich gibt es ein leichtes Plus“, analysierte Stärker. Im Vergleich zu 2024 ist die Zahl der Ärztinnen und Ärzte um 2,4 Prozent gestiegen: Bei den Turnusärzten gibt es ein Plus von 6,6 Prozent, bei den Fachärzten eines von 1,8 Prozent und bei den Allgemeinmedizinerinnen – inklusiven Fachärztinnen für Allgemeinmedizin und Familienmedizin – ein Plus von 1,5 Prozent. Die gesamte Ärzteschaft umfasste zum 31.12.2025 eine Kopfzahl von 53.353 Ärztinnen und Ärzten. Von diesen sind 50,4 Prozent Frauen: Am höchsten sind die Frauenanteile in der Allgemeinmedizin mit 60,3 Prozent und unter den Turnusärzten mit 57,9 Prozent. Auch sind bereits 43 Prozent der Fachärztinnen und Fachärzte Frauen. „Auch im Vergleich der Tätigkeitsstrukturen zum Stand 2015 zeigt sich, dass Frauen mittlerweile in allen Bereichen stärker vertreten sind“, resümierte Stärker. Zwar seien immer noch mehr Ärztinnen als Ärzte ausschließlich angestellt tätig, Frauen würden aber auch im niedergelassenen Sektor sichtbar: „Der prozentuale Anteil der Männer in Wahlarztbereich verändert sich kaum und die Ärztinnen holen hier deutlich auf“, sagte Stärker.

Altersgipfel bei 63 Jahren

Auch die Alterszusammensetzung habe sich im Laufe der Zeit deutlich verändert. Per 31.12.2025 waren 32,7 Prozent der Gesamtärzteschaft über 55 Jahre alt, während beispielweise zwischen 1990 und 2000 der Anteil konstant bei etwa 17 Prozent lag. In den 1970er Jahren war zwar der Anteil der über 55-jährigen ebenfalls sehr hoch, doch gab es damals auch einen beträchtlichen Anteil unter 35-Jähriger, dieser Wert ist in den vergangenen 20 Jahren beinahe konstant geblieben und nur zuletzt leicht auf 21,1 Prozent gestiegen. Gleichzeitig verkleinert sich der Teil der Ärztinnen und Ärzte im mittleren Alter zusehends – das sind besonders Ärztinnen und Ärzte, die im angestellten Bereich tätig sind. Die über 55-Jährigen erreichen in den nächsten zehn Jahren das Regelpensionsalter oder werden es überschreiten. Zwar gibt es Ärztinnen und Ärzte, die auch nach dem Erreichen des Pensionsalters noch ärztlich tätig sind, jedoch verschiebt sich dieser Tätigkeitsbereich zunehmend in Sektoren, die außerhalb der Versorgungswirksamkeit im (öffentlichen) Gesundheitssystem anzusiedeln sind. Dabei handelt es sich oft um privatmedizinische Tätigkeiten oder um solche mit sehr geringe Beschäftigungsausmaße. Besonders auffällig sei hier der niedergelassene Sektor (und damit die wohnortnächste Patientenversorgung), der seinen Altersgipfel bei 63 Jahren hat. Insgesamt werden 18.346 Ärztinnen und Ärzten in den nächsten zehn Jahren das Pensionsalter von 65 Jahren erreichen bzw. überschreiten. „Dank der Anpassung des Regelpensionsalters für Frauen hat sich die Situation zwar etwas entschärft, dennoch ergibt sich ein jährlicher Nachbesetzungsbedarf von 1.836 Ärzten pro Jahr, allein um eine Aufrechterhaltung des Status-quo der Kopfzahl zu gewährleisten“, resümierte Stärker.

Unterschiedliche Daten zur Ärztedichte

„Die immer wieder angeführte OECD-Darstellung zur hohen Ärztedichte muss in den richtigen Kontext gesetzt werden“, stellte Stärker zudem klar. Man könne keine Äpfel mit Birnen vergleichen – und auch trotz dieses illegitimen Vergleichs lande Österreich anders als in den vergangenen Jahren mit einem aktuellen Wert von 5,64 Ärzten (Kopfzahl) je 1.000 Einwohner auf Platz 3 der Vergleichsländer hinter Griechenland und Italien. Die zugrundeliegenden Datendefinitionen der Länder weisen zum Teil große Unterschiede hinsichtlich der betrachteten Datenmenge auf. Verursacht werden sie unter anderem durch die jeweiligen rechtlichen Rahmenbedingungen, die beeinflussen, wie in welchem Detailgrad und in welchem Umfang Ärztedaten erfasst werden können. So zählt das Vereinigte Königreich Ärzte außerhalb des National Health Service nur teilweise, Tschechien keine Privatärzte, oder Belgien nur Ärzte ab einer bestimmten Mindestanzahl an Patienten. Auch Ärzte in Ausbildung sind oftmals teilweise oder ganz exkludiert, genauso Ärzte, die außerhalb der klinischen Praxis (z.B. Forschung, Labor, Arbeitsmedizin) tätig sind. Da laut den österreichischen gesetzlichen Regelungen die meisten dieser Gruppen aber vollständig in der Ärzteliste inkludiert sind, ergibt sich für Österreich dieser (methodisch korrekte) Spitzenwert, der dem im internationalen Vergleich hohen Lebensniveau in Österreich entspricht.

Zu wenig Basisausbildungsplätze

„Die aktuellen Auswertungen der Ärztestatistik geben einen guten Einblick über die Struktur in der ärztlichen Versorgung“, sagte ÖÄK-Präsident Johannes Steinhart. Grundsätzlich habe Österreich zahlenmäßig genügend Ärztinnen und Ärzte, um die Gesundheitsversorgung abzusichern: „Es gibt also keinen Ärztemangel an sich, sondern einen deutlichen Mangel im öffentlichen System, sei es im Kassenbereich oder in den Krankenhäusern“, führte er aus. Spüren würde das jeder, nämlich durch die offenen Kassenstellen und langen Wartezeiten auf Arzttermine oder Operationen. Angesichts der Demografie sei die Situation kritisch. Allein um den Status Quo aufrecht zu erhalten benötige Österreich mehr als 1.800 neue Ärztinnen und Ärzte pro Jahr. Österreichweit gibt es jährlich 1.806 Studienplätze für Humanmedizin (ohne Privatus, plus 144 für Zahnmedizin): „Das klingt zwar auf den ersten Blick ausreichend, doch rund ein Drittel unserer Absolventinnen und Absolventen werden nicht im österreichischen Gesundheitssystem versorgungswirksam“, sagte Steinhart. Effektiv schließen lasse sich diese Lücke nicht über mehr Studienplätze: „Wir würden bloß noch mehr gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte an das Ausland verlieren – bei beträchtlichen Zusatzkosten“, führte der ÖÄK-Präsident aus. Ein Nadelöhr in Österreich seien die Wartezeiten auf einen Platz in der Basisausbildung. Teilweise warten die jungen Medizinabsolventinnen und -absolventen bis zu ein Jahr darauf, ihre Basisausbildung in einem Spital beginnen zu können: „Verantwortlich dafür sind die Spitalsträger, denn für Basisausbildungsplätze gibt es formal keine Mindestzahlen“, stellt Steinhart klar. Es liege also allein in der Verantwortung und in der Hand der Spitäler, wie viele Ärztinnen und Ärzte in Basisausbildung aufgenommen werden.

Teilzeitkassenstellen fördern, Facharztzentren in ärztlicher Hand

Die Kopffzahlen müssten zudem höher angesetzt werden, um den Status Quo angesichts des Trends zu Teilzeit aufrecht erhalten zu können. „Die neue Generation möchte anders arbeiten. Sie möchte mehr Zeit für die Patientinnen und Patienten haben, aber auch Zeit für Familie und Privatleben“, betonte Steinhart. Dass Teilzeitmodelle sehr gefragt sind, sei auch ein internationaler Trend: „Diese veränderte Situation dürfen wir in Österreich nicht

ignorieren: Sowohl Kassenverträge als auch die Arbeitsbedingungen im Spital müssen flexibler werden, sonst werden sich immer weniger Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitssystem interessieren und die bestehenden Versorgungslücken noch größer werden“, warten Steinhart. Daher sei es erfreulich, dass im Rahmen der Gesundheitsreform auch Teilkassenstellen ein Thema sind: „Jede Ärztin und jeder Arzt mit einem Kassenvertrag ist ein Gewinn für das Gesundheitssystem – unabhängig von den geleisteten Arbeitsstunden“, führte Steinhart aus: „Wer mehr in Teams arbeiten möchte, soll das auch unkompliziert dürfen – umgekehrt dürfen aber Einzelordinationen nicht vernachlässigt werden, denn sie sind eine tragende Säule der niedergelassenen Versorgung“, sagte er. Zu den geplanten Facharztzentren: „Es muss aber klar sein: Diese Facharztzentren müssen unbedingt – genauso wie Primärversorgungseinheiten – in ärztlicher Hand bleiben, um nicht die Türen für private Investoren zu öffnen“, betonte der ÖÄK-Präsident.

Blick in die Zukunft

Eines dürfe jedenfalls nicht übersehen werden: „Wir sprechen hier immer vom Aufrechterhalten des Status quo, dabei ist nicht berücksichtigt, dass sich die Bevölkerungsstruktur ändert“, sagte Steinhart. Immerhin wachse die Bevölkerung in Österreich, werde älter und brauche natürlich mehr medizinische Betreuung. Das müsse auch für Zukunftspläne eingerechnet werden. Immerhin sei die Zahl der Kassenärzte in den vergangenen 20 Jahren mehr oder weniger unverändert geblieben, die Bevölkerung aber gleichzeitig von rund 8 Millionen Menschen auf rund 9,2 Millionen Menschen angewachsen: „Das unterstreicht natürlich auch die immense Bedeutung des Wahlarztsbereichs für die medizinische Versorgung“, sagte Steinhart. Daher gilt es, folgendes zu beachten:

- Ausbau des öffentlichen Gesundheitssystems

„Definitiv keine Lösung ist, dass das sehr gut funktionierende Wahlarztsystem von manchen Politikern und Kassenvertretern schlecht geredet und behindert wird“, sagte Steinhart. Das rasch wachsende Wahlarztsystem sei ja unter anderem eine Reaktion darauf, dass das Kassensystem strauchelt und Versorgungslücken größer werden. Hier müsse die Ursache behandelt werden, nicht die Folge: „Man darf auch nicht übersehen, dass von Wahlärztinnen und Wahlärzten erbrachte Leistungen für die Sozialversicherungen besonders kostengünstig sind, denn sie bezahlen maximal 80 Prozent der Kassentarife“, führte er aus. Das sei für die Sozialversicherung günstiger als der Ausbau von Kassenstellen: „Ohne Wahlärztinnen und Wahlärzte, die die Probleme im kassenärztlichen Bereich bis zu einem gewissen Grad auffangen, hätte die Sozialversicherung viel größere Probleme“, betonte der ÖÄK-Präsident. Zudem zeige die Ärztestatistik, dass sich im zeitlichen Verlauf viele Ärztinnen für eine Wahlarztordination entscheiden. Das habe mehrere Gründe: „Wahlärztinnen sind wesentlich freier in der Zeiteinteilung und bei den Öffnungszeiten, und können Beruf und Familie viel besser vereinbaren“, stellte Steinhart klar. Der aktuelle Trend in der Ärztestatistik zeige deutlich: „Wenn die Sozialversicherung die Arbeitsbedingungen nicht verbessert, wird sich diese Tendenz weiter verstärken“, sagte Steinhart. Die dringend erforderliche Flexibilisierung der ärztlichen Tätigkeit bedeute auch, Teilzeitmodelle, Teilkassenverträge, Job-Sharing, Anstellungen in Arztpraxen und gleichzeitige Tätigkeit im Spital und in einer Ordination unbürokratisch zu ermöglichen.

- EU-weite Quote von Mindeststudienplätzen

„Auf europäischer Ebene brauchen wir eine EU-weite Quote von Mindeststudienplätzen, um Sogwirkungen zwischen den Ländern zu minimieren“, führte der ÖÄK-Präsident aus. So müssten Länder wie Deutschland ausreichend Studienplätze zur Verfügung stellen, um Absaugeffekte zu verhindern.

- Garantie auf Ausbildungsplätze

Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums in Österreich müssten sofort nach Abschluss des Studiums Ausbildungsstellen angeboten werden: „Junge Ärztinnen und Ärzte brauchen konkrete Perspektiven, sie dürfen nicht, wie es gegenwärtig vielfach der Fall ist, zum Teil jahrelang auf eine Ausbildungsstelle warten müssen“, betonte Steinhart.

- Braindrain verhindern

„Sowohl in den Spitälern als auch in den Niederlassungen ist die Erfahrung und das Knowhow älterer und erfahrener Ärztinnen und Ärzte unverzichtbar“, so Steinhart. Sie seien unentbehrlich für die Ausbildung der jungen Ärztinnen und Ärzte, zudem würden niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die bis 70 ihre Kassenordination weiterführen, den Mangel an besetzten Kassenstellen kompensieren: „Den Abgang der älteren Ärztinnen und Ärzte vermeidet man übrigens auch damit, dass man sie nicht mit weiteren administrativen Tätigkeiten überschüttet“, betonte Steinhart.

- Klare Patientenpfade

Eine ressourcenschonende Gesundheitsversorgung müsse danach trachten, Patientinnen und Patienten klar durch das Gesundheitssystem zu führen: „Spitäler als kostenintensivster Faktor müssen entlastet, der niedergelassene Bereich gestärkt werden“, so Steinhart: „PVE und Fachärztezentren sollten in ärztlicher Hand bleiben und möglichst unbürokratisch umsetzbar sein“, führte er aus.

- Mehr Zeit für Patientinnen und Patienten

Die wertvolle und knappe Ressource Zeit soll besser den Patientinnen und Patienten zugutekommen. Daher müsse grundsätzlich alles dafür getan werden, die ärztliche Arbeit vor zu viel Bürokratie zu befreien. Laut der letzten Spitalsärztebefragung fließen bis zu 51 Prozent der ärztlichen Arbeitszeit in bürokratische Tätigkeiten: „Das ist zu viel“, betonte Steinhart.