

Projektbericht
Research Report

Dezember 2024

Einkünfte von Ärztinnen und Ärzten in Österreich

Eine Analyse anhand von Lohn- und
Einkommensdaten – Update 2022

Thomas Czypionka
Miriam Reiss
Christoph Stegner

Studie im Auftrag
des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

AutorInnen

Thomas Cypionka, Miriam Reiss, Christoph Stegner

Titel

Einkünfte von Ärztinnen und Ärzten in Österreich – Update 2022

Kontakt

T +43 1 59991-127

E cypionka@ihs.ac.at

Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS)

Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien

T +43 1 59991-0

F +43 1 59991-555

www.ihs.ac.at

ZVR: 066207973

Die Publikation wurde sorgfältig erstellt und kontrolliert. Dennoch erfolgen alle Inhalte ohne Gewähr. Jegliche Haftung der Mitwirkenden oder des IHS aus dem Inhalt dieses Werks ist ausgeschlossen.

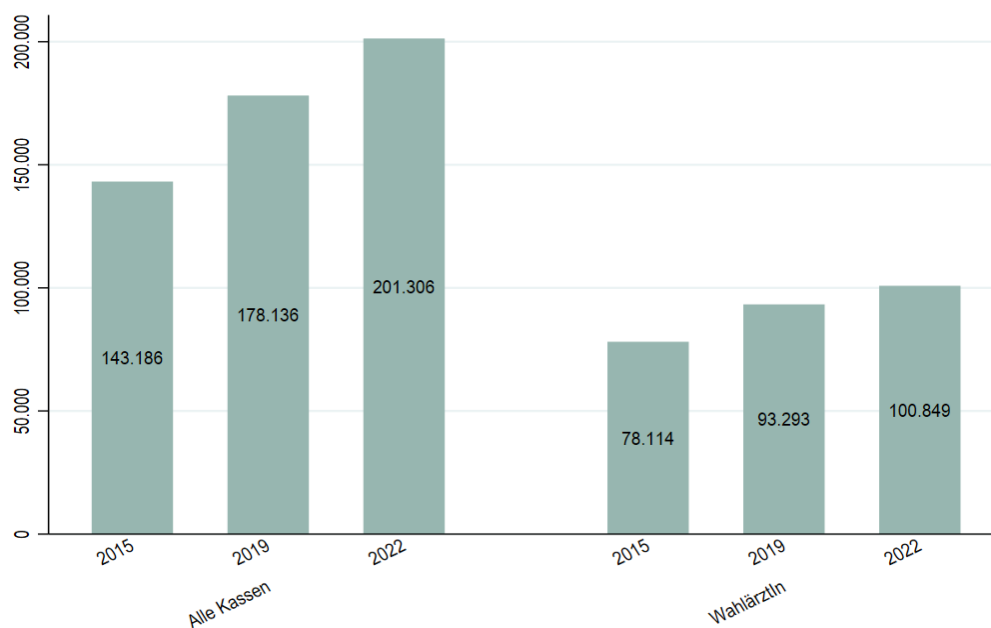
Inhaltsverzeichnis

1	Highlights	4
2	Einleitung	5
3	Daten	7
3.1	Datenquellen	7
3.2	Datenschutz	8
3.3	Datenaufbereitung	9
3.3.1	Daten des Bundesministeriums für Finanzen	9
3.3.2	Daten des Dachverbands der Sozialversicherungsträger	13
3.3.3	Datenzusammenführung	15
3.4	Selektion der arztrelevanten Einkünfte	16
3.4.1	Kriterium Branchenkenzahl nach ÖNACE	16
3.4.2	Steuer- und Nullfälle	24
3.4.3	Auswahl der Einkunftsvariablen.....	25
3.4.4	Deskriptive Analyse zu den relevanten NACE-Klassen	25
3.4.5	Fazit	28
4	Ergebnisse	30
4.1	Einkünfte der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen.....	31
4.2	Einkünfte der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag	43
4.3	Einkünfte der WahlärztInnen.....	48
5	Fazit	58
5.1	Limitationen der Studie	58
6	Verzeichnisse	61
6.1	Abbildungsverzeichnis	61
6.2	Tabellenverzeichnis	63
6.3	Abkürzungsverzeichnis	65
6.4	Literaturverzeichnis	66

1 Highlights

- ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen erzielten im Jahr 2022 ca. doppelt so hohe Medianeinkünfte wie WahlärztInnen
- Ein Viertel der WahlärztInnen war ausschließlich selbständig tätig und drei Viertel waren zusätzlich auch unselbständig beschäftigt
- Generell ist eine hohe Streuung der Einkünfte zu erkennen
- Relativ geringe Unterschiede in den Medianeinkünften zwischen den Bundesländern
- ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen erzielten in städtischen Bezirken geringere Einkünfte als jene in ländlichen oder intermediären Bezirken
- Der Betrieb einer Hausapotheke ermöglicht AllgemeinmedizinerInnen einen beträchtlichen Anstieg der Einkünfte
- Große Unterschiede in den Medianeinkünften nach Fachrichtung

Abbildung 1: Entwicklung der medianen arztrelevanten Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit nach Vertragsstatus und Jahr in EUR



Darstellung: IHS (2024)

2 Einleitung

Die Frage leistungsadäquater Entlohnung spielt eine große Rolle für die Gerechtigkeit in einer arbeitsteiligen Wirtschaft, insbesondere bei der Festlegung von jenen Tarifen, die sich nicht nach Marktmechanismen bilden können. Da in Österreich kaum Transparenz bzgl. der Einkommensverhältnisse herrscht, ist es für die Gesundheitspolitik in besonderem Maße schwierig, die Einkommensverhältnisse der LeistungserbringerInnen in ihr Kalkül miteinzubeziehen. Es bestehen im Detail viele Probleme bei der Ermittlung der tatsächlichen Einkommensverhältnisse, da das Einkommen von ÄrztInnen sehr heterogen ist und aus mehreren Bestandteilen besteht. Bei den niedergelassenen ÄrztInnen besteht zudem auch Unklarheit über die Kosten, die den Tarifen gegenüberstehen, ebenso über private Honorare, sowie über den rein wahlärztlichen Bereich.

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

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

Die vorliegende Studie stellt ein Update jener aus dem Jahr 2018 dar. Sie wurde vom DV in Auftrag gegeben und stellt im Gegensatz zur Vorgängerstudie ausschließlich die Einkünfte der selbständig tätigen ÄrztInnen dar. Betrachtet werden dafür arztrelevante Jahreseinkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb aus

Einzelunternehmerschaft und Personengesellschaften sowie die Jahreseinkünfte aus unselbständiger Arbeit (inkl. Pensionen). Die zentrale Einkunftsvariable der Studie ist die Summe dieser Komponenten, bezeichnet als **arztrelevante Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (SA/GW) und unselbständiger Arbeit (UA)**. Um die Einkünfte aus UA mit jenen aus SA/GW vergleich- und summierbar zu machen, wurde statt der Netto- oder Bruttoeinkünfte die Lohnsteuerbemessungsgrundlage herangezogen. Dabei handelt es sich um die Bruttoeinkünfte abzüglich der Sozialversicherungsbeiträge sowie einiger weiterer Posten.¹ Ärztekammerumlage bzw. Beiträge für den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer sind sowohl bei den Einkünften aus UA als auch bei den Einkünften aus SA/GW bereits abgezogen.

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

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

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

Der Studientext gliedert sich folgendermaßen: Kapitel 3 beschreibt die Primärdaten der jeweiligen Datenquelle sowie die durchgeführte Datenaufbereitung und erläutert darüber hinaus die Selektion der arztrelevanten Einkünfte. Kapitel 4 zeigt die wichtigsten

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

Ergebnisse für die relevanten ÄrztInnengruppen in Form einer deskriptiven Untersuchung und Kapitel 5 schließt mit einem Fazit.

3 Daten

3.1 Datenquellen

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

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

Um den Datenschutz zu gewährleisten, wurde folgende Herangehensweise gewählt:

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

Die Datenlieferung durch das BMF und den DV erfolgte bis Oktober 2024. Der **Zeitraum** des fusionierten Datensatzes umfasst die Jahre **2015 bis 2022** (Beobachtungszeitraum der Vorgängerstudie: 2012 bis 2015).

Für das Vorgängerprojekt wurden darüber hinaus auch Daten durch den KAV (nunmehr WIGEV) geliefert, welche Informationen zu den dort angestellten ÄrztInnen enthielten. Der Datensatz umfasste die vom KAV ausbezahlten Bruttogehälter (in Bestandteile gegliedert) und das Beschäftigungsausmaß sowie Merkmale der ÄrztInnen wie Geschlecht, Altersgruppe, Dienstaltersgruppe, Fachbereich und Berufsgruppe. Dies erlaubte die Analyse der Gehälter, aber insbesondere auch der gesamten ärztlichen Einkünfte inkl. Nebeneinkünfte aus etwaiger niedergelassener Tätigkeit und/oder Sonderklasseentgelten. Für das vorliegende Update der Studie war eine analoge Datenlieferung seitens des WIGEV bis zum Zeitpunkt der Berichtslegung leider nicht möglich, sodass keine gesonderte Auswertung für die SpitalärztInnen des WIGEV durchgeführt werden konnte. Etwaige Einkünfte aus Spitalstätigkeit der im Datensatz erfassten ÄrztInnen sind aber selbstverständlich in deren gesamten arztrelevanten Einkünften enthalten.

3.2 Datenschutz

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

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

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

Verschwiegenheitsverpflichtung der mit dem Datenverkehr beauftragten Personen ist auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit für das gegenständliche Projekt aufrecht.

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

3.3 Datenaufbereitung

3.3.1 Daten des Bundesministeriums für Finanzen

Die Datenlieferung des BMF umfasste die Daten folgender Formulare über den Zeitraum 2015-2022:

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

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

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

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

Die vom BMF übermittelten Daten enthielten keine Detaildaten zu Einkünften aus Kapitalvermögen (E1kv und K1). In der E1-Variable „Gesamtbeträge der Einkünfte“ sind jedoch Einkünfte aus Kapitalvermögen enthalten, welche bspw. Zuflüsse aus Besitz (Aktividenden, Ausschüttungen, Darlehenszinsen, etc.) oder Veräußerungsgewinne (Spekulationsgewinne, Realisierung von Wertsteigerung einer Beteiligung, etc.) von Kapitalvermögen umfassen, sofern sie nicht durch die Kapitalertragsteuer (KESt) oder andere Fixsteuersätze auf Kapitaleinkünfte bereits endbesteuert sind. Dementsprechend stellen die E1-veranlagten Einkünfte aus Kapitalvermögen eine sehr geringe Größe dar.

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

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

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

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

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

Quelle: BMF (2019)

Nicht alle ÄrztInnen veranlagten nach E1. Sobald jedoch neben den Einkünften aus unselbständiger Erwerbstätigkeit auch Einkünfte aus selbständiger Arbeit, Gewerbebetrieb etc. vorliegen, ist ab einem jährlichen selbständigen Einkommen (Gewinn) von 730 EUR eine Veranlagung nach E1 für das Steuersubjekt zwingend. Liegen nur Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit vor, so ist ab der Einkommensgrenze von 12.816 EUR („steuerliches Existenzminimum“) ebenfalls zwingend nach E1 zu veranlagern. Die E1a-Beilagen zum E1-Formular dienen zur Konkretisierung der Einkunftsarten aus Land- und Forstwirtschaft (LF), Vermietung und Verpachtung (VV), selbständiger Arbeit (SA) sowie aus Gewerbebetrieb (GW).

Für den mit den Daten des Dachverbands (siehe Kapitel 3.3.3) fusionierten Datensatz ergibt sich bspw. für das Jahr 2022 die in Tabelle 2 angeführte Verteilung der Einkunftsarten e1a_art (nicht der Individuen; pro E1-Veranlagung können mehrere Einkunftsarten mittels E1a-Formulars deklariert werden; auch von derselben Einkunftsart, wenn unterschiedliche Einkunftsquellen vorliegen).

Tabelle 2: Verteilung der Einkunftsarten im fusionierten Datensatz, 2022

Einkunftsart	Häufigkeit	Anteil in %
E1 ohne E1a	2.161	8,2%
E1 mit GW	919	3,5%
E1 mit LF	51	0,2%
E1 mit SA	23.327	88,2%
Gesamt	26.458	100,0%

Darstellung: IHS (2024)

Der Hauptanteil der veranlagten Einkunftsarten von ÄrztInnen, welche eine E1-Veranlagung im Jahr 2022 durchführten, ist demnach durch selbständige Arbeit (SA) mit knapp 90% gegeben. 2.161 ÄrztInnen¹ veranlagten im Jahr 2022 mittels E1 ohne E1a-Beilage bzw. fehlt eine entsprechende E1a-Beilage im übermittelten Datensatz. Ein Grund für den relativ hohen Anteil dieser Fälle ist u.a., dass Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie aus Kapitalvermögen nicht mittels Formular E1a erfasst werden und die Einkünfte aus unselbständiger Arbeit automatisch, also ohne Beilage, bei Veranlagung mittels E1 erfasst werden.

Mithilfe der gelieferten Beilagedaten ließ sich für jede in E1 deklarierten Einkünfte sowohl die Einkunftsart (LF, SA, GW, VV) als auch die Branchenkenzahl sowie Unternehmerschaft (Einzelunternehmen vs. Personengesellschaft) bestimmen, sofern die jeweiligen Einträge vorhanden waren. Der Befüllungsgrad der Felder Einkunftsart und Branchenkenzahl lag bei 92%.

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

Die Einkunftsart spielte nach Ausscheiden von LF- und VV-Beilagen in weiterer Folge keine Rolle mehr, da wir im Unterschied zum Rechnungshofbericht (RH 2022) nicht

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

zwischen den Einkünften aus selbständiger Arbeit (SA) und Gewerbebetrieb (GW) unterschieden haben.

3.3.2 Daten des Dachverbands der Sozialversicherungsträger

Der vom DV im Sommer 2024 übermittelte Datensatz umfasst alle niedergelassenen ÄrztInnen, die in den Jahren 2015 bis 2022 beim DV als Vertrags- oder WahlärztInnen erfasst sind. Darunter fallen auch ÄrztInnen ohne kurative und Vorsorgeuntersuchungsverträge (= rein wahlärztlich Tätige). Nicht im Datensatz erfasst sind BetreiberInnen eines Witwenfortbetriebs.

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

Im übermittelten Datensatz weisen rund 0,34% der Einträge mehrfache Vertragsarten auf. Dies ist auf einen unterjährigen Wechsel des Vertragsstatus zurückzuführen. Um Mehrfacheinträge für ein Individuum innerhalb eines Kalenderjahres zu vermeiden, ordneten wir dem Individuum denjenigen Vertragsstatus – und die dazugehörigen restlichen Variablen – zu, der die längste Vertragsdauer innerhalb eines Kalenderjahres aufweist.

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

Entsprechend identifiziert die Dummy-Variable *klein* jene VertragsärztInnen mit einem kurativen Vertrag mit zumindest einem der Träger der sogenannten „*kleinen Kassen*“. Bis zur Zusammenführung der Sozialversicherungsträger handelte es sich dabei um die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA), die SVB, die Versicherungsanstalt der öffentlich Bediensteten (BVA) sowie die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB). Seit 2020 sind das die SVS, welche aus SVA und

SVB entstand, sowie die BVAEB, in welcher BVA und VAEB zusammengelegt wurden. In der Vorgängerstudie wurden diese ÄrztInnen, sofern sie keinen ÖGK-Vertrag hatten, als „ÄrztInnen mit nur kleinen Kassen“ bezeichnet. In diesem Bericht wird stattdessen die Bezeichnung „VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag“ verwendet.

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

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

Tabelle 3 zeigt die Anzahl der niedergelassenen ÄrztInnen des finalen Datensatzes für den Beobachtungszeitraum 2015 bis 2022. Die Anzahl der Vertrags-/WahlärztInnen nimmt über den Zeitraum zu (2015: 22.015 bzw. 2022: 24.002). Allerdings ist zu beachten, dass zur Zeit der Datenlieferung die Veranlagung für das Jahr 2022 noch nicht vollständig abgeschlossen war und die Information über die NACE-Zugehörigkeit in den rezentere Jahren weniger oft vorhanden war.¹ Für das Jahr 2022 befinden sich 24.002 Vertrags-/WahlärztInnen im Datensatz und 20.320 fielen in die für die Analyse relevante enge NACE-Auswahl (siehe Kapitel 3.4.1). Davon halten 43,4% (8.819 ÄrztInnen) Verträge mit allen Kassen und nur 2,5% (500 ÄrztInnen) sind VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag. Mit 11.001 ÄrztInnen ist die Mehrheit (54,1%) wahlärztlich tätig. Im Jahr 2015 waren hingegen nur 50,9% aller im Datensatz enthaltenen ÄrztInnen wahlärztlich tätig.

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

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

Tabelle 3: Anzahl der ÄrztInnen im finalen Datensatz nach Vertragsstatus und Jahr

	ÄrztInnen gesamt		ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen		VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag		WahlärztInnen	
	gesamt	enge NACE-Auwahl	gesamt	enge NACE-Auwahl	gesamt	enge NACE-Auwahl	gesamt	enge NACE-Auwahl
2015	22,015	20,529	9,430	9,330	773	753	11,812	10,446
2016	22,399	20,785	9,447	9,355	745	729	12,207	10,701
2017	22,681	20,947	9,435	9,347	723	710	12,523	10,890
2018	22,982	21,112	9,487	9,398	704	697	12,791	11,017
2019	23,282	21,268	9,538	9,438	650	639	13,094	11,191
2020	23,461	20,812	9,370	9,183	619	602	13,472	11,027
2021	23,969	21,230	9,401	9,263	581	569	13,987	11,398
2022	24,002	20,320	9,163	8,819	545	500	14,294	11,001

Darstellung: IHS (2024)

3.3.3 Datenzusammenführung

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

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

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

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

erachten wir als Datenfehler oder irrelevante E1a-Veranlagungen, die demgemäß keinen Informationsgehalt haben.¹

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

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

Im dritten Schritt fusionierten wir den DV-Datensatz mit dem in Schritt 2 generierten Einkommensdatensatz. Diejenigen Datenzeilen mit leeren oder Null-Einträgen sowohl in E1 als auch L16, d.h. jene ohne Angaben zu unselbständigen oder selbständigen Einkünften, wurden gelöscht (nicht jedes Individuum erzielte Einkünfte in allen Jahren des Beobachtungszeitraums 2015 bis 2022).

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

3.4 Selektion der arztrelevanten Einkünfte

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

3.4.1 Kriterium Branchenkennzahl nach ÖNACE

Allen in Österreich tätigen Unternehmen wird von der Statistik Austria gemäß § 21 Bundesstatistikgesetz eine wirtschaftliche **Haupttätigkeit** in Form der

¹ Im Datensatz verblieben hingegen jene E1a-Beilagen mit $E1a-Gewinn=0$ UND $E1a-Einnahmen = E1a-Ausgaben >0$.

Branchenkennzahl nach dem Klassifikationsschema der ÖNACE zugeordnet. Bei Vorliegen mehrerer Aktivitäten erfolgt dies durch eine schwerpunktmäßige Zuordnung. Die Klassifikation erfolgt gemäß der österreichischen Version der NACE-Systematik (*Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne*).

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

1) Selbständige ÄrztInnen als EinzelunternehmerInnen:

Die Beilage E1a zum Einkommensteuererklärungsformular E1 enthält die Variable *Branchenkennzahl* (BKZ; diese entspricht den ersten drei Ziffern der ÖNACE) sowie die Einkunftsart (SA, GW, LF). Das E1a-Formular sieht die Selbstauskunft für die Branchenkennzahl durch die E1a-Veranlager vor. Gemäß Formular E2 (Ausfüllhilfe bzw. Erklärungen zu E1) ist dazu die NACE-Mitteilung der Statistik Austria an die UnternehmerInnen heranzuziehen¹.

2) Selbständige ÄrztInnen als PersonengesellschafterInnen:

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

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

Die Daten zu den Einkünften aus Personengesellschaften E106 und zu den korrespondierenden NACE-Einträgen in E6a wurden separat geliefert und mit dem bestehenden Datensatz fusioniert. Die Datengüte der Variablen NACE in den E6a-Daten ist hoch, jedoch sind in dem an uns übermittelten Datensatz nur ca. 34% der E106-

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

Beilagen mit dem Formular E6a verknüpft. Da nicht alle E6a-Einträge der Branchenkennzahl befüllt sind, weisen effektiv nur rund 34% aller E106-Einträge von 2015 bis 2022 einen entsprechenden E6a-NACE-Eintrag auf. Bei den Einkunftsarten SA bzw. GW liegt die Vollständigkeitsquote jedoch bei 92% bzw. 77%.

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

Selektionskriterien des RH-Berichts

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

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

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

- ÖNACE (Q 862.x: „Arzt- und Zahnarztpraxen“, siehe Tabelle 4) aus den E1a- und E6a-Beilagen¹

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

- Einkünfte aus selbständiger Arbeit (SA), entnommen aus den E1a- und E6a-Beilagen (Einkunftsart=„SA“)
- sofern betragsmäßig größer als etwaige Einkünfte aus unselbständiger Arbeit

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

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

Zum Vergleich mit dem RH-Bericht: Schränkt man die E1-Veranlagungen des **aufbereiteten Datensatzes** auf [E1-SA > E1-LZ UND NACE= 862 UND E1a-Art= SA] ein, erhält man für das **Jahr 2019** einen Medianwert von EUR 144.933 (N= 13.978). Der Unterschied zu den RH-Berichtsergebnissen liegt vermutlich darin, dass der vorliegende Datensatz auf Vertrags-/WahlärztInnen einschränkt. D.h. 1.643 ÄrztInnen (= Differenz zum RH-Bericht), die durch den DV-Datensatz nicht erfasst sind, waren 2019 schwerpunktmäßig extramural tätig, jedoch im Vergleich zu den DV-ÄrztInnen mit unterdurchschnittlichen Einkünften.

Vom RH-Bericht abweichende Selektionskriterien

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

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

Weiters folgen wir nicht dem Schwerpunktprinzip des RH-Berichts, sondern erfassen alle arztrelevanten Einkünfte und nicht nur diejenigen, die betragsmäßig größer als die Einkünfte aus unselbständiger Arbeit (UA) sind. Damit betrachten wir im Unterschied

zum RH-Bericht auch extramural tätige ÄrztInnen mit Haupteinkünften aus deren Spitalstätigkeit. Der Nachteil bei dieser Vorgehensweise besteht darin, dass heterogene Subgruppen entstehen, die große Unterschiede in ihren medianen Einkünften aus SA und GW aufweisen. Aufgrund der Struktur des vorliegenden Datensatzes sind wir jedoch in der Lage, diese Subgruppen zu identifizieren und im Rahmen der deskriptiven Analyse getrennt darzustellen.

Das Hauptidentifikationskriterium für ÄrztInnen des RH-Berichts ist NACE=862. Für die vorliegende Studie sind im Unterschied zum RH-Bericht aufgrund der DV-Datenlieferung die Steuerpflichtigen bereits als ÄrztInnen identifiziert, sodass wir bei der Isolierung der ärztlichen Tätigkeiten nicht ausschließlich auf NACE 862 angewiesen sind und die Streuung der arztrelevanten Einkünfte über die NACE-Klassen hinweg untersuchen können. Tatsächlich sind im Jahr 2022 rund 19% der von den ÄrztInnen des vorliegenden Datensatzes eingereichten E1a-Beilagen außerhalb NACE 862 gelistet. Im Folgenden gehen wir näher auf die von uns vorgenommene NACE-Selektion ein.

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

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

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

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

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

Der Großteil der SA-Einkünfte im Jahr 2022 (83,5%) stammen nicht unerwartet aus der NACE-Kategorie 862 (= „Arzt- und Zahnarztpraxen“). Bei den Gewerbeeinkünften beinhaltet diese NACE-Kategorie nur 26,2%.

Die zweithäufigste Klasse NACE 869 (= „Gesundheitswesen a.n.g.“) ist mit ca. 11% für SA- bzw. 8% für GW-Einkünfte deutlich vertreten. Wie in Tabelle 4 ersichtlich, enthält diese NACE-Klasse neben ärztlichen Rettungsdiensten und ärztlichen Tätigkeiten außerhalb von Krankenhäusern auch nicht-ärztliche Berufsgruppen wie etwa HauskrankenpflegerInnen, PsychotherapeutInnen und PsychologInnen.

¹ Gemäß Lohnsteuerrichtlinie 2000 (RZ970ff LStR2000).

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

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

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

Quelle: WKO (2008)

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

Weiters ist zu beobachten, dass sich vermutlich die diversen Einkünfte aus gutachterlichen Tätigkeiten, Forschung, Lehre, etc. über die Hauptkategorien „M“ (Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen), „N“ (Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen), „P“ (Erziehung und

Unterricht) und der Kategorie „960“ (Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen, wie etwa Nagel-, Kosmetik-, Fitnessstudios, Heil-, Kur- und Thermalbäder) verteilen. Die unspezifischen Einkunftsarten der Hauptkategorie „I“ (Beherbergung und Gastronomie), „D“ (Energieversorgung), etc. erachten wir für unser Studienziel in jedem Fall als unerheblich.

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

1. Ärztliche Kerntätigkeiten („enge Auswahl“):

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

2. Weiterführende Tätigkeiten („breite Auswahl“):

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

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

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

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

P856	Erbringung von Dienstleistungen für den Unterricht
Q861	Krankenhäuser
Q862	Arzt- und Zahnarztpraxen
Q869	Gesundheitswesen a. n. g.
Q871	Pflegeheime
Q872	Stationäre Einrichtungen zur psychosozialen Betreuung, Suchtbekämpfung u. Ä.
Q873	Altenheime; Alten- und Behindertenwohnheime
Q879	Sonstige Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)
Q881	Soziale Betreuung älterer Menschen und Behinderter
Q889	Sonstiges Sozialwesen (ohne Heime)
S960	Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen

	„enge“ Auswahl
	„breite“ Auswahl

Darstellung: IHS (2024)

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

3.4.2 Steuer- und Nullfälle

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

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

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

3.4.3 Auswahl der Einkunftsvariablen

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

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

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

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

3.4.4 Deskriptive Analyse zu den relevanten NACE-Klassen

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

Von den 24.002 Einträgen für Vertrags-/WahlärztInnen im finalen Datensatz für 2022 (siehe Tabelle 6) finden sich 22.022 Einträge mit einer E1-Veranlagung (inkl. Nullfälle).

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

Davon waren bei 19.876 korrespondierende E1a-Beilagen und bei 19.643 E1a-Beilagen in den relevanten NACE-Klassen („enge Auswahl“) der Einkünfte aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb vorhanden.

Im Unterschied dazu waren nur bei 1.487 von 22.002 Einträgen mit E1-Veranlagung arztrelevante Einkünfte aus Personengesellschaften (E106-Formular) zu verzeichnen. Arztrelevante Einkünfte werden demnach vorwiegend über Einzelunternehmerschaft erwirtschaftet.

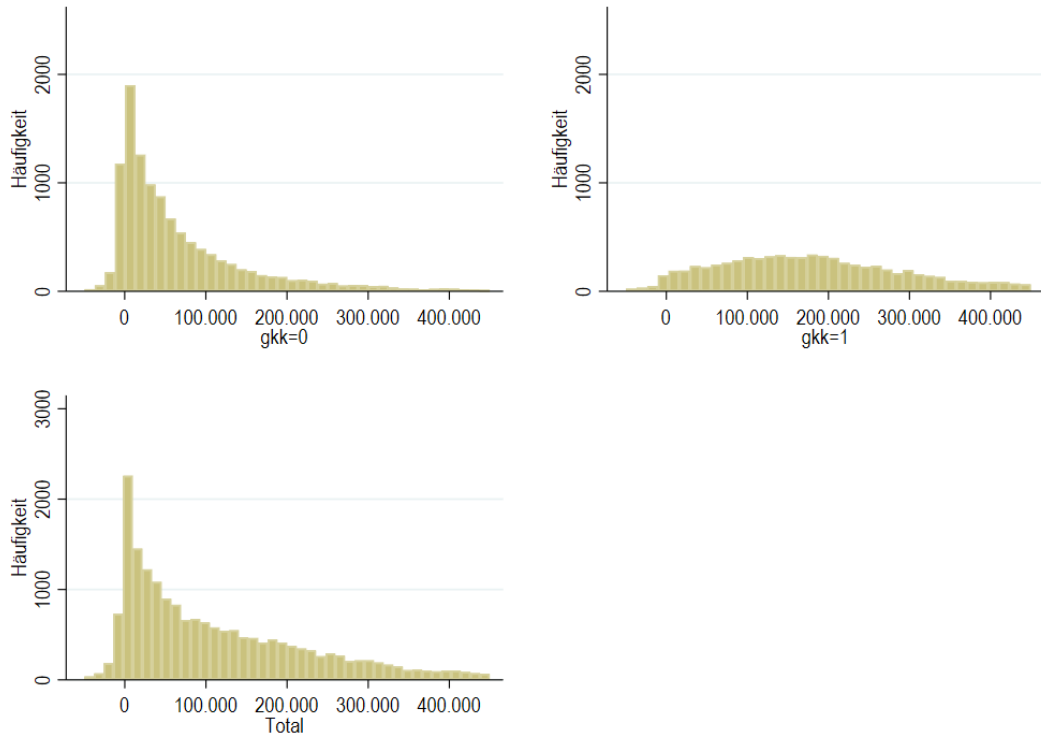
Tabelle 6: Häufigkeit der Einkünfteveranlagungen nach Einzelunternehmerschaft (E1a) und Personengesellschaften (E106) für die engere NACE-Auswahl, 2022

		E106 engere Auswahl		Gesamt
		nein	ja	
E1a engere Auswahl	nein	1.980	0	1.980
	ja	20.535	1.487	22.022
Gesamt		22.515	1.487	24.002

Darstellung: IHS (2024)

Abbildung 2 zeigt die Verteilung der E1a-Gewinne aus arztrelevanter Tätigkeit (enge Auswahl) bei vorhandener E1a-Beilage ($e1a_eng = 1$) für ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen bzw. ohne ÖGK-Vertrag ($gkk = 1$ bzw. $gkk = 0$) sowie insgesamt für das Jahr 2022. ÄrztInnen ohne ÖGK-Vertrag umfassen hier also sowohl WahlärztInnen als auch VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag. Die korrespondierenden Verteilungen unterscheiden sich deutlich. Während sich die jährlichen Gewinne der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen relativ symmetrisch um den Medianwert von rund EUR 185.000 gruppieren, ist die Gewinnverteilung der ÄrztInnen ohne ÖGK-Vertrag stark asymmetrisch mit einem deutlich niedrigeren Medianwert von rund EUR 39.000. Über alle Vertrags-/WahlärztInnen befindet sich der Medianwert bei rund EUR 86.000.

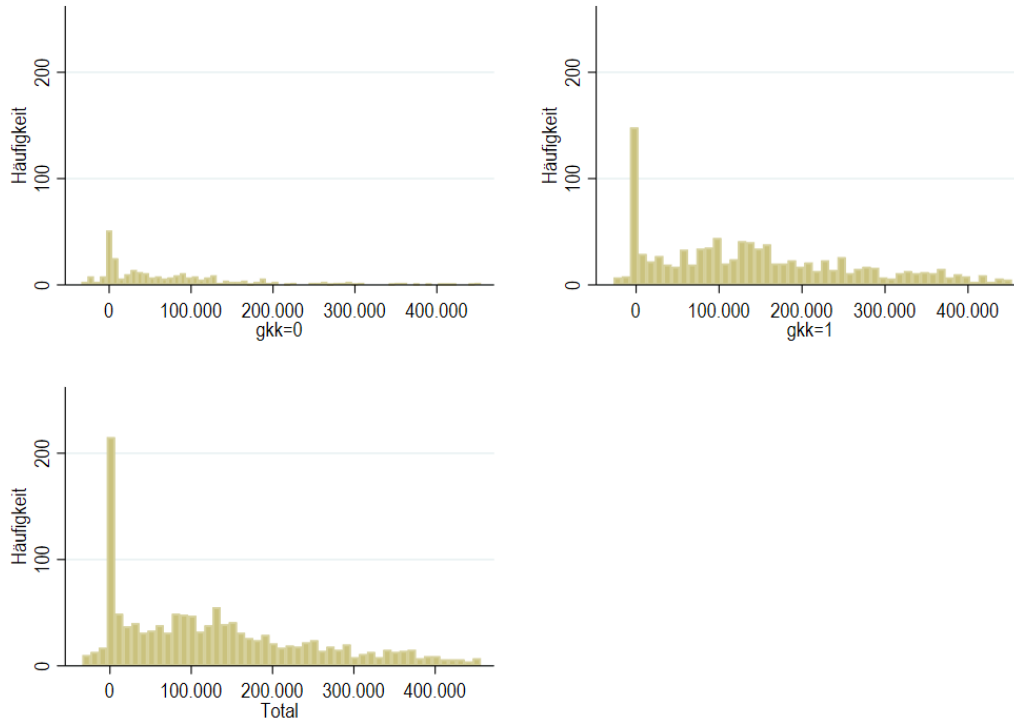
Abbildung 2: Verteilung der E1a-Gewinne („engere Auswahl“) nach Vorhandensein von ÖGK-Vertrag (gkk), 2022



Darstellung: IHS (2024)

Abbildung 3 zeigt dieselbe Darstellung wie Abbildung 2, jedoch nun für die Gewinnverteilung der **Personengesellschaften** aus arztrelevanter Tätigkeit (enge Auswahl) bei vorhandener E106-Beilage ($e106_eng = 1$) für ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen bzw. ohne ÖGK-Vertrag ($gkk = 1$ bzw. $gkk = 0$) sowie insgesamt für das Jahr 2022. Die Verteilung der Gewinne aus Besitz oder Beteiligung von Personengesellschaften unterscheidet sich deutlich von den E1a-Gewinnen, da ein höherer Anteil der Personengesellschaftsgewinne negativ oder im niedrigen positiven Bereich liegt. Die jährlichen Mediengewinne der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen in Personengesellschaften liegen weit unter jenen aus Einzelunternehmenschaft, nämlich bei rund EUR 142.000. Allerdings beträgt der Mediengewinn der ÄrztInnen in Personengesellschaften ohne ÖGK-Vertrag rund EUR 58.000, liegt also höher als bei Einzelunternehmenschaft. Betrachtet man die gesamten Vertrags-/WahlärztInnen so beläuft sich der Medianwert auf rund EUR 124.000.

Abbildung 3: Verteilung der E106-Gewinne („engere Auswahl“) nach Vorhandensein von ÖGK-Vertrag (gkk), 2022



Darstellung: IHS (2024)

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

3.4.5 Fazit

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

sondern konnten aufgrund der durch die gelieferten Informationen der DV-Datensätze die ÄrztInnen direkt identifizieren.

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

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

Abbildung 4: Schematische Darstellung arztrelevanter Einkünfte

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

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

Darstellung: IHS (2024)

4 Ergebnisse

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

Die folgenden ÄrztInnengruppen werden dabei im Speziellen betrachtet:

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

In diesem Kapitel werden die Einkünfte niedergelassener ÄrztInnen auf Basis der vom BMF zur Verfügung gestellten Lohn- und Einkommensdaten analysiert. Während von uns zwar wiederum Auswertungen zu diversen Einkunftsarten durchgeführt wurden, liegt der Fokus der Auswertungen auch in diesem Kapitel auf den **arztrelevanten Einkünften aus selbständiger Arbeit und Gewerbebetrieb** (Einzelunternehmen und Personengesellschaften) und den **Einkünften aus unselbständiger Arbeit** bzw. im Speziellen auf der **Summe** aus diesen beiden Einkunftsarten. Zudem wird auch bei den Vertrags- und WahlärztInnen ausschließlich auf die Einkünfte nach **enger NACE-Auswahl** eingegangen (vgl. Kapitel 3.4.1 zur Erklärung der NACE-Auswahl). Die Unterschiede zwischen den Auswertungen nach enger bzw. breiter NACE-Auswahl sind auch hier weitgehend gering. So war die Anzahl der Vertrags-/WahlärztInnen mit arztrelevanten Einkünften nach breiter NACE-Auswahl im Jahr 2022 um 1,1% höher als jene nach enger

Auswahl, und ihre Medianeinkünfte lagen um 0,7% unter jenen der Vertrags-/WahlärztInnen mit Einkünften nach enger Auswahl.

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

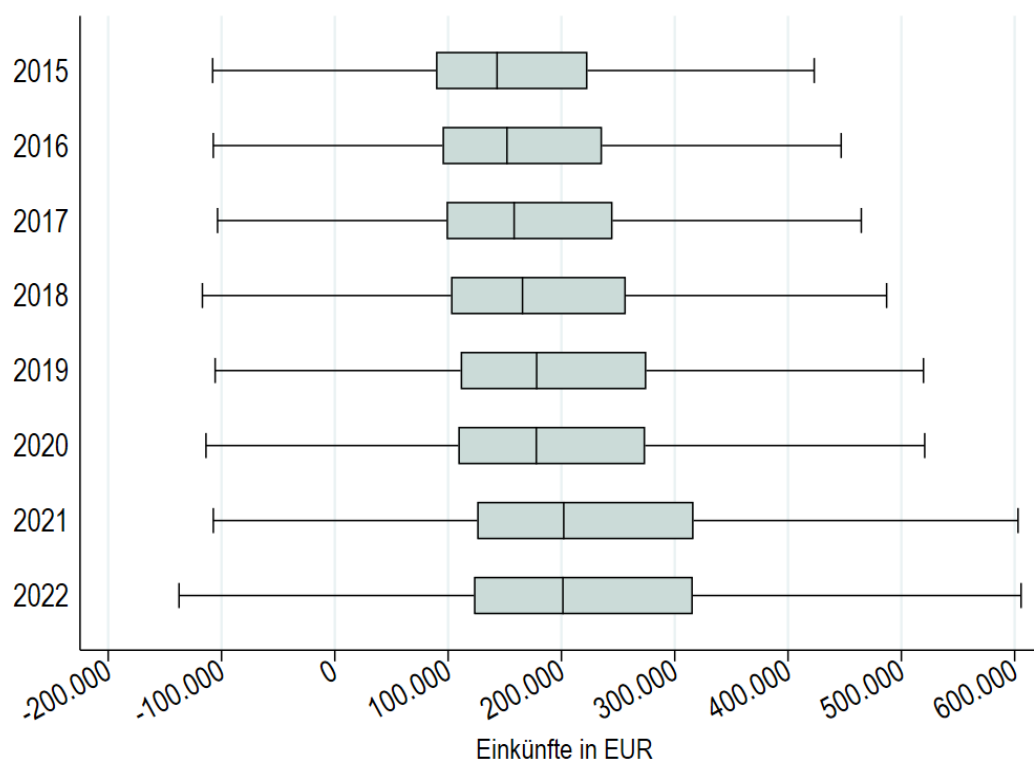
Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt nach ÄrztInnengruppe im Zeitverlauf über die Jahre 2015 bis 2022 gefolgt von Detailergebnissen, die sich auf das Jahr 2022 beziehen. Es ist darauf zu achten, dass bei allen Abbildungen von Boxplots im folgenden Kapitel Ausreißer aus Anonymitätsgründen nicht dargestellt sind.

4.1 Einkünfte der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen

Von den betrachteten ÄrztInnen hatten im Jahr 2022 insgesamt 8.819 ÄrztInnen Verträge bei allen Kassen. Die Medianeinkünfte der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen betrugen im Jahr 2022 EUR 201.306, der Mittelwert lag mit EUR 254.965 höher.

Abbildung 5 und Tabelle 7 zeigen die Entwicklung der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen von 2015 bis 2022. Die Medianeinkünfte sind dabei von EUR 143.186 im Jahr 2015 auf EUR 178.136 im Jahr 2019 und EUR 201.306 im Jahr 2022 gestiegen. Relativ entspricht dies einem Anstieg von insgesamt 40,6%. Betrachtet man stattdessen die Mittelwerte zeigt sich von 2015 bis 2022 ein Anstieg um insgesamt EUR 72.881 oder 40,0%. Weiters ist die Verteilung der Einkünfte ist von einer relativ großen Streuung gekennzeichnet. So lagen im Jahr 2022 die Einkünfte des 1. bzw. 3. Quartils bei EUR 122.774 bzw. EUR 315.968.

Abbildung 5: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Jahr



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 7: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Jahr

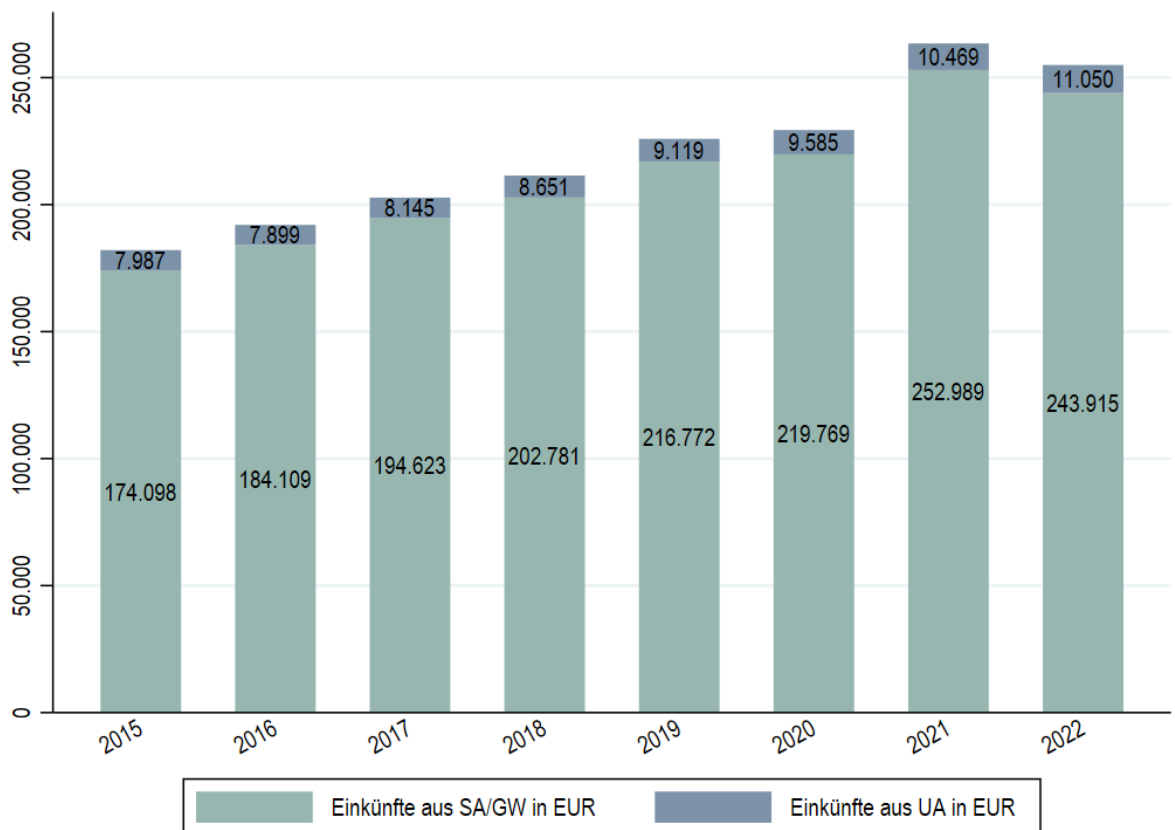
Jahr	Mittelwert	1. Quartil	Median	Wachstumsrate Median	3. Quartil	N
2015	182.084	89.246	143.186		222.994	9.330
2016	192.007	95.045	151.931	6,1%	235.835	9.355
2017	202.768	98.578	158.268	4,2%	245.117	9.347
2018	211.432	102.534	165.650	4,7%	256.837	9.398
2019	225.891	111.072	178.136	7,5%	274.926	9.438

2020	229.355	108.981	177.836	-0,2%	273.872	9.183
2021	263.459	125.620	202.041	13,6%	316.613	9.263
2022	254.965	122.774	201.306	-0,4%	315.968	8.819

Darstellung: IHS (2024)

Abbildung 6 zeigt zusätzlich die Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Jahr. Wie aus der Abbildung klar zu erkennen ist, stammt in allen Jahren der Großteil der Einkünfte aus SA/GW und nur ein Bruchteil aus UA. Im Jahr 2022 waren etwa EUR 243.915 Einkünften aus SA/GW und EUR 11.050 Einkünften aus UA zuzuordnen.

Abbildung 6: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Jahr



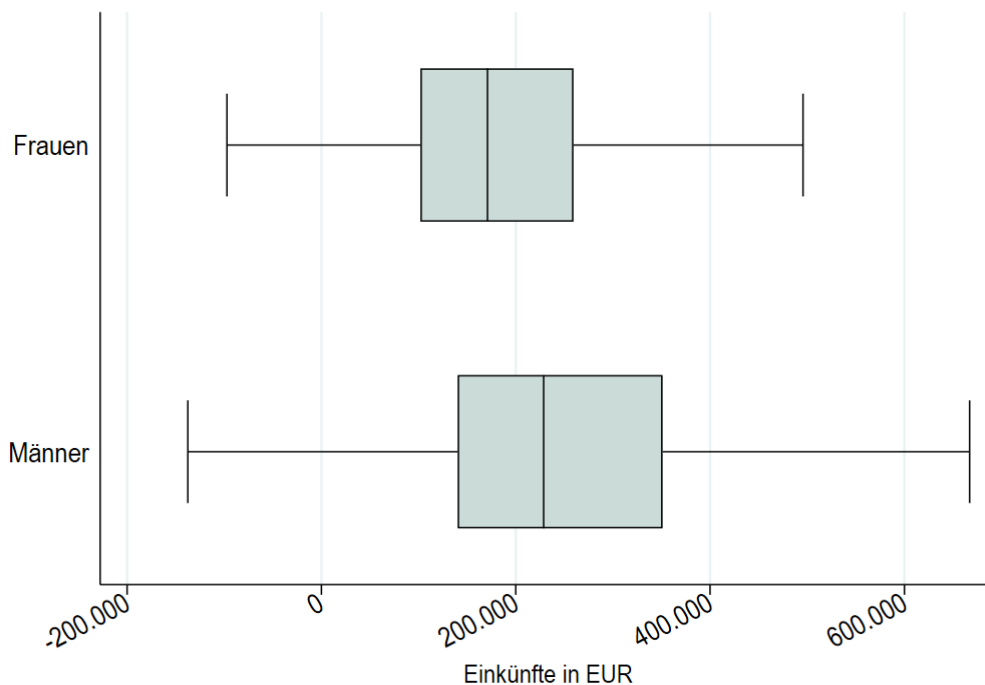
Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Geschlecht

Im Jahr 2022 waren insgesamt 40,8% der analysierten ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen weiblich. Bei Betrachtung der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA nach Geschlecht ist ein relativ großer Unterschied festzustellen. Bei den Frauen lag der Median im Jahr 2022 bei EUR 170.906, bei den Männern hingegen bei EUR 227.711. Die Streuung der Einkünfte ist bei den Männern höher.

Dieser Unterschied ist beinahe ausschließlich auf die Einkünfte aus SA/GW zurückzuführen: Während sich die Medianeinkünfte aus UA derer, die solche Einkünfte bezogen, zwischen Männern und Frauen nur geringfügig unterschieden (EUR 31.630 vs. 27.575), war die Differenz bei den Einkünften aus SA/GW relativ groß (EUR 217.400 vs. 160.503). Die Unterschiede in den Einkünften aus SA/GW zwischen Männern und Frauen hängen u.a. mit der unterschiedlichen Geschlechterverteilung innerhalb der Fachgruppen bzw. den Unterschieden in den Einkünften zwischen diesen Gruppen zusammen. Auf die Unterschiede in den Einkünften nach Fachgruppe wird in der Folge noch eingegangen.

Abbildung 7: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Geschlecht, 2022



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 8: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Geschlecht, 2022

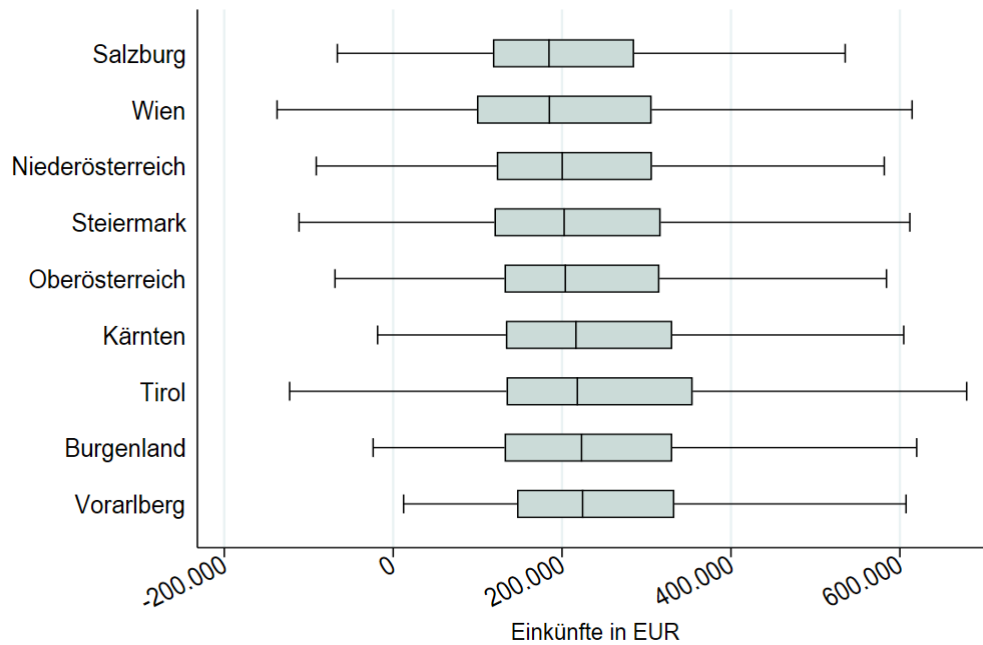
Geschlecht	Mittelwert	1. Quartil	Median	3. Quartil	N
Frauen	207.106	101.858	170.906	259.438	3.598
Männer	287.946	140.234	228.711	351.118	5.221

Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Bundesland

In Abbildung 8 und Tabelle 9 sind die arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Bundesland dargestellt. Beim Vergleich der Einkünfte nach Bundesländern ist einschränkend vorzuschicken, dass sich innerhalb der einzelnen Bundesländer die Zusammensetzung nach Fachgruppen und auch das angebotene Leistungsspektrum zum Teil regional unterscheidet. Nichtsdestotrotz variieren die arztrelevanten Medianeinkünfte nur relativ gering zwischen den Bundesländern, wie Abbildung 8 zeigt. In Oberösterreich beliefen sich die arztrelevanten Medianeinkünfte etwa auf EUR 203.884 und die übrigen Bundesländer weichen maximal 10% davon ab.

Abbildung 8: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Bundesland, 2022



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 9: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Bundesland, 2022

Bundesland	Mittelwert	1. Quartil	Median	3. Quartil	N
Salzburg	229.217	118.089	184.530	285.414	528
Wien	254.030	99.192	184.999	306.106	1.863
Niederösterreich	244.106	122.682	200.236	306.497	1.617
Steiermark	255.839	119.942	202.488	316.797	1.183
Oberösterreich	253.335	131.883	203.884	315.350	1.421
Kärnten	258.664	133.464	216.453	330.566	594
Tirol	291.011	134.283	218.148	354.669	730
Burgenland	258.454	131.976	223.082	330.552	273
Vorarlberg	261.614	146.662	224.337	333.008	424

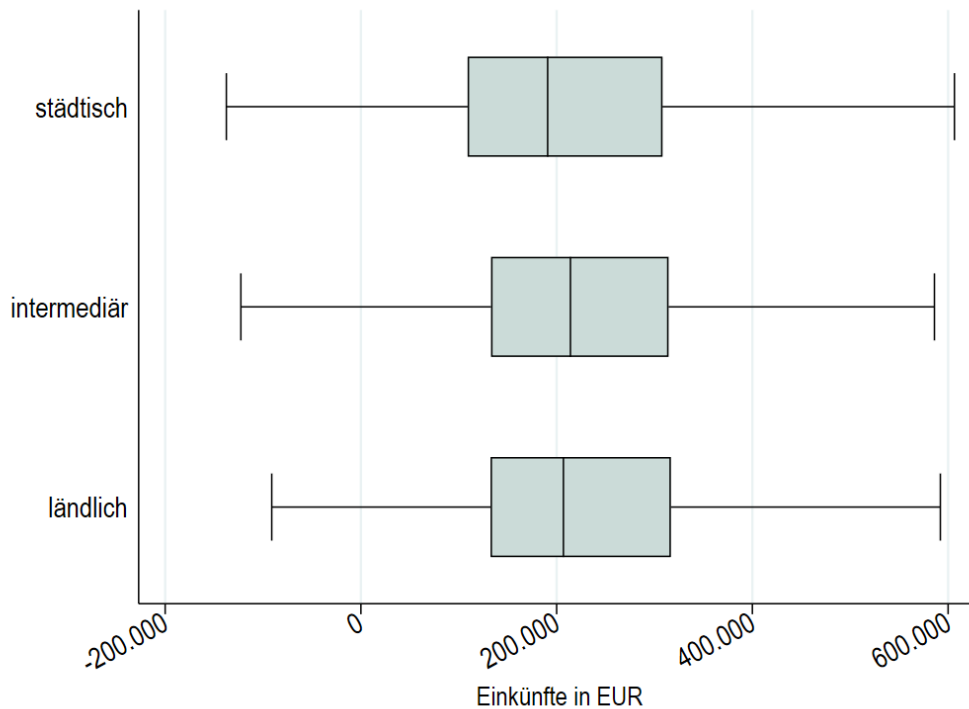
Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Urbanisierungsgrad

Von den betrachteten ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen hatten im Jahr 2022 ca. 45% ihren Praxissitz in vorwiegend städtischen Bezirken, ca. 16% in vorwiegend intermediären Bezirken und 39% in vorwiegend ländlichen Bezirken. In Einklang mit der Beobachtung, dass Ärztinnen mit Verträgen bei allen Kassen aus Wien tendenziell niedrigere Einkünfte verzeichneten, steht auch die Betrachtung der Einkünfte nach Urbanisierungsgrad. ÄrztInnen mit Praxissitz in einem vorwiegend städtischen Bezirk (Median EUR 190.815) erzielten 2022 geringere Einkünfte aus SA/GW und UA als ihre KollegInnen in vorwiegend intermediären (EUR 214.117) bzw. ländlichen (EUR 206.902) Bezirken (vgl. Abbildung 9 bzw. Tabelle 10). Insgesamt hatten 50% der in städtischen Gebieten tätigen ÄrztInnen ihren Praxissitz in Wien. Schränkt man die Betrachtung auf Einkünfte aus SA/GW ein, so erzielten ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen in

vorwiegend städtischen Bezirken ebenfalls die niedrigsten Medianeinkünfte (EUR 180.424 vs. EUR 203.947 intermediär bzw. EUR 197.1115 ländlich).

Abbildung 9: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Urbanisierungsgrad, 2022



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 10: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Urbanisierungsgrad, 2022

Urbanisierungsgrad	Mittelwert	1.Quartil	Median	3.Quartil	N
städtisch	255.016	109.022	190.815	308.191	3.742
intermediär	263.056	132.985	214.117	314.359	1.305
ländlich	247.659	132.467	206.902	316.741	3.291

Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Fachgruppen

Zwischen den einzelnen Fachgruppen existieren bzgl. der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA teilweise sehr deutliche Unterschiede (vgl. Abbildung 10 und Tabelle 11).

Die höchsten Einkünfte erzielten ÄrztInnen der Fachgruppe Labor/Pathologie/Physikalische Medizin. Der Median lag 2022 für diese Gruppe bei EUR 590.949, der Mittelwert bei EUR 1.293.068. Das 3. Quartil betrug 1.895.807, d.h. ein Viertel hatte Einkünfte über diesem Wert zu verzeichnen – Extremwerte fallen teilweise noch deutlich höher aus. Aufgrund der Notwendigkeit einer erweiterten Skalierung sind die Einkünfte dieser Fachgruppe in einem separaten Boxplot am unteren Ende der Abbildung dargestellt. Es ist davon auszugehen, dass diese ÄrztInnen teils große medizinische Laboratorien betreiben, in denen hohe Umsätze erzielt werden. Von detaillierteren Analysen zu dieser Gruppe sehen wir aus Anonymitätsgründen ab.

Die im Schnitt zweit- bzw. dritthöchsten Einkünfte erzielten ÄrztInnen in den Fachgruppen Radiologie (Median: EUR 385.852) und Innere Medizin (Median: EUR 306.510). Wie in der Grafik ersichtlich ist, streuten die Einkünfte innerhalb der Fachgruppen Radiologie und Labor/Pathologie/Physikalische Medizin relativ stark.

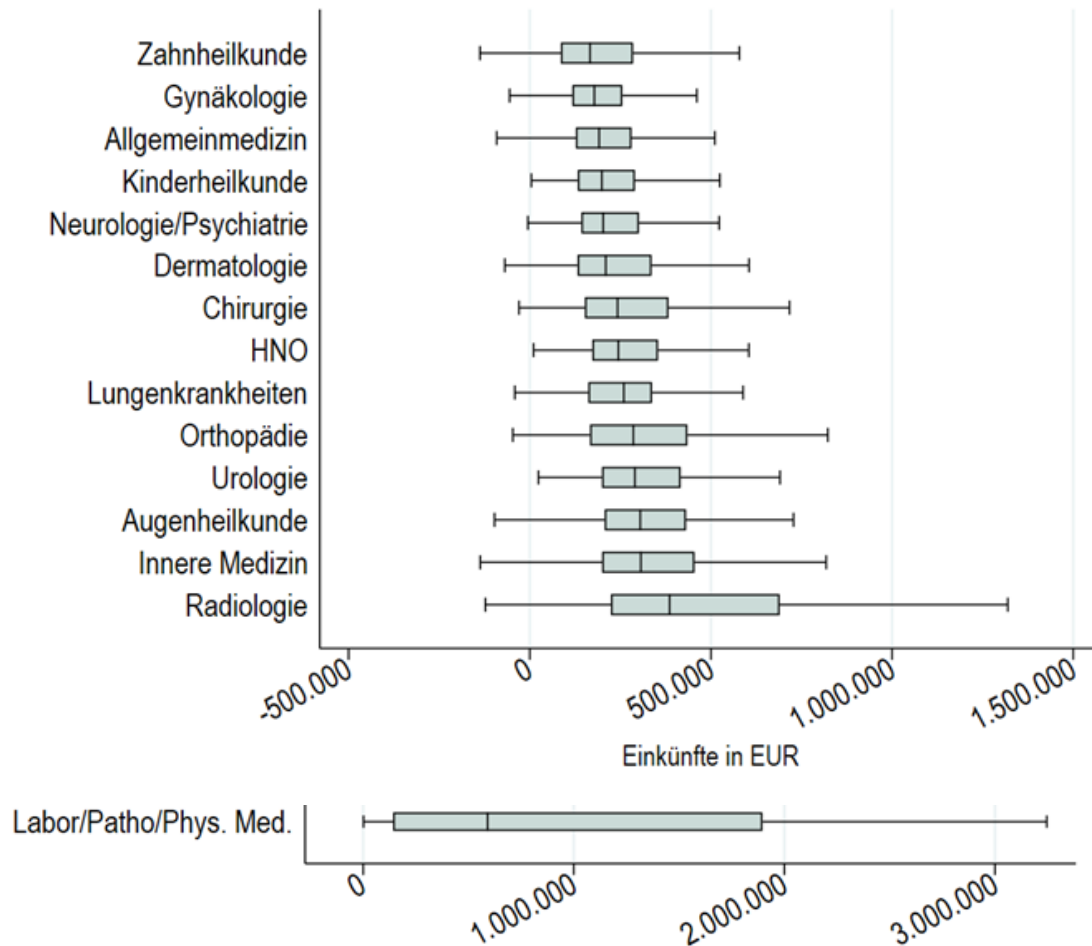
Vor allem bei den Fachgruppen Labor/Pathologie/Physikalische Medizin und Radiologie ist zu beachten, dass in den Einkünfte- und Gehaltsdaten keine Einkünfte aus Kapitalgesellschaften enthalten sind (vgl. Erklärung in Kapitel 3.3.1). Es ist davon auszugehen, dass eine Berücksichtigung der Einkünfte, die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

Unter den untersuchten Fachgruppen verzeichneten FachärztInnen für Zahnheilkunde mit EUR 166.109 die geringsten Medianeinkünfte. Im Vergleich ebenfalls niedrige Einkünfte erzielten GynäkologInnen bzw. AllgemeinmedizinerInnen mit Medianeinkünften in Höhe von EUR 178.057 bzw. EUR 191.649 (mit Hausapotheke: EUR 263.854, ohne Hausapotheke: EUR 189.104; in der Grafik jedoch nicht dargestellt, da bei diesem Vergleich auf AllgemeinmedizinerInnen in ruralen und intermediären Regionen eingeschränkt wird).

Im Rahmen der Betrachtung der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA nach Geschlecht stellten wir die Vermutung an, dass die Unterschiede zwischen Frauen und Männern teilweise mit der unterschiedlichen Geschlechterverteilung innerhalb der bzw. den Einkünfteunterschieden zwischen den Fachgruppen zusammenhängen¹. Tatsächlich wiesen jene Fachgruppen mit besonders hohen Einkünften einen vergleichsweise geringen Frauenanteil auf. In den Fachgruppen Innere Medizin und Radiologie, die hohe Einkünfte zu verzeichnen hatten, lag er im Jahr 2022 bspw. bei 21% und 22%. In Fachgruppen mit relativ niedrigen Einkünften, wie Gynäkologie oder Allgemeinmedizin, betrug er hingegen 44% und 46%.

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

Abbildung 10: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Fachgruppe, 2022



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 11: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Fachgruppe, 2022

Fachgruppe	Frauenanteil	Mittelwert	1. Quartil	Median	3. Quartil	N
Zahnheilkunde	43%	218.224	85.804	166.109	285.051	2.384
Gynäkologie	44%	199.943	117.625	178.057	255.262	356
Allgemeinmedizin	46%	221.687	127.173	191.649	280.804	3.489
Kinderheilkunde	46%	239.140	132.628	198.897	290.336	238

Neurologie/Psychiatrie	44%	238.188	142.297	202.404	301.151	278
Dermatologie	50%	252.626	132.114	209.799	335.968	208
Chirurgie	15%	298.044	152.179	242.490	382.807	118
HNO	29%	296.358	172.527	244.269	353.930	234
Lungenkrankheiten	40%	275.244	161.889	259.584	337.209	145
Orthopädie	14%	349.531	166.306	285.737	434.962	241
Urologie	14%	317.700	199.221	290.236	416.558	160
Augenheilkunde	41%	346.517	206.806	304.924	431.388	334
Innere Medizin	21%	357.993	199.559	306.510	454.578	369
Radiologie	22%	526.856	223.966	385.852	689.828	203
Labor/Patho/Phys. Med.	44%	1.293.068	142.241	590.949	1.895.807	54

Darstellung: IHS (2024)

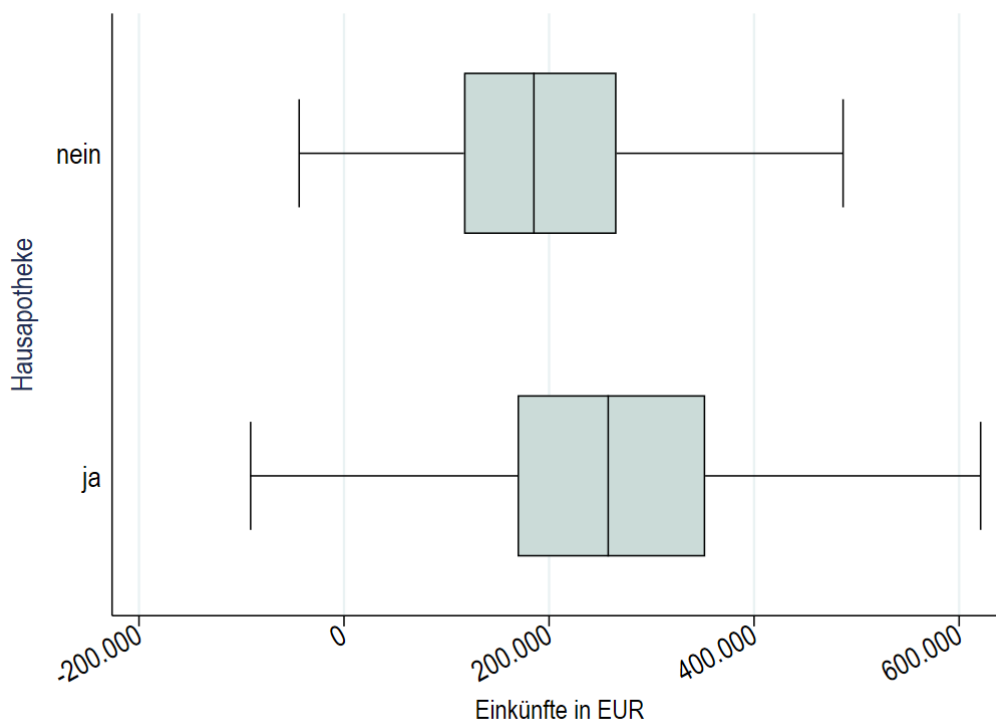
Einkünfte nach Hausapotheke

Hausapotheken dürfen ausschließlich von AllgemeinmedizinerInnen betrieben werden, daher schränken wir die Analyse im Folgenden auf diese Subgruppe der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen ein. Weiters sind Hausapotheken nur im ländlichen bzw. intermediären Bereich von Relevanz. Um etwaige Verzerrungen der Ergebnisse durch das oben beschriebene Land-Stadt-Gefälle zu vermeiden, schränken wir daher zusätzlich auf AllgemeinmedizinerInnen mit Praxissitz in vorwiegend ländlichen oder intermediären Bezirken ein. Von diesen betrieben im Jahr 2022 26,6% eine Hausapotheke.

In Abbildung 11 und Tabelle 12 sind die arztrelevanten Einkünfte der AllgemeinmedizinerInnen in ländlichen und intermediären Gebieten mit bzw. ohne Hausapotheke dargestellt. Die Medianeinkünfte jener, die eine Hausapotheke betrieben, lagen 2022 bei EUR 263.854. Jene AllgemeinmedizinerInnen, die keine Hausapotheke betrieben, erzielten Medianeinkünfte von EUR 189.104. Bei Betrachtung des Mittelwerts fällt die Differenz etwas höher aus. Da Einkünfte aus dem Betreiben einer Hausapotheke in der Regel als Einkünfte aus Gewerbetätigkeit geführt werden (sollten), entstammt die Einkünfte-Differenz den arztrelevanten Einkünften aus SA/GW (Median EUR 257.725 mit Hausapotheke vs. EUR 181.559 ohne Hausapotheke). In diesem Zusammenhang ist jedoch anzumerken, dass die Differenz in den Einkünften

nicht notwendigerweise vollständig auf die Gewinne der Hausapotheke zurückzuführen sein muss. Es könnten darüber hinaus noch andere intervenierende Effekte vorliegen, wie z.B. andere Öffnungszeiten bei ÄrztInnen mit Hausapotheke.

Abbildung 11: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der AllgemeinmedizinerInnen mit Verträgen bei allen Kassen in ländlichen und intermediären Gebieten mit bzw. ohne Hausapotheke, 2022



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 12: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der AllgemeinmedizinerInnen mit Verträgen bei allen Kassen in ländlichen und intermediären Gebieten mit bzw. ohne Hausapotheke, 2022

Hausapotheke	Mittelwert	1.Quartil	Median	3.Quartil	N
nein	210.939	124.411	189.104	269.142	1.701
ja	292.889	179.236	263.854	362.717	617

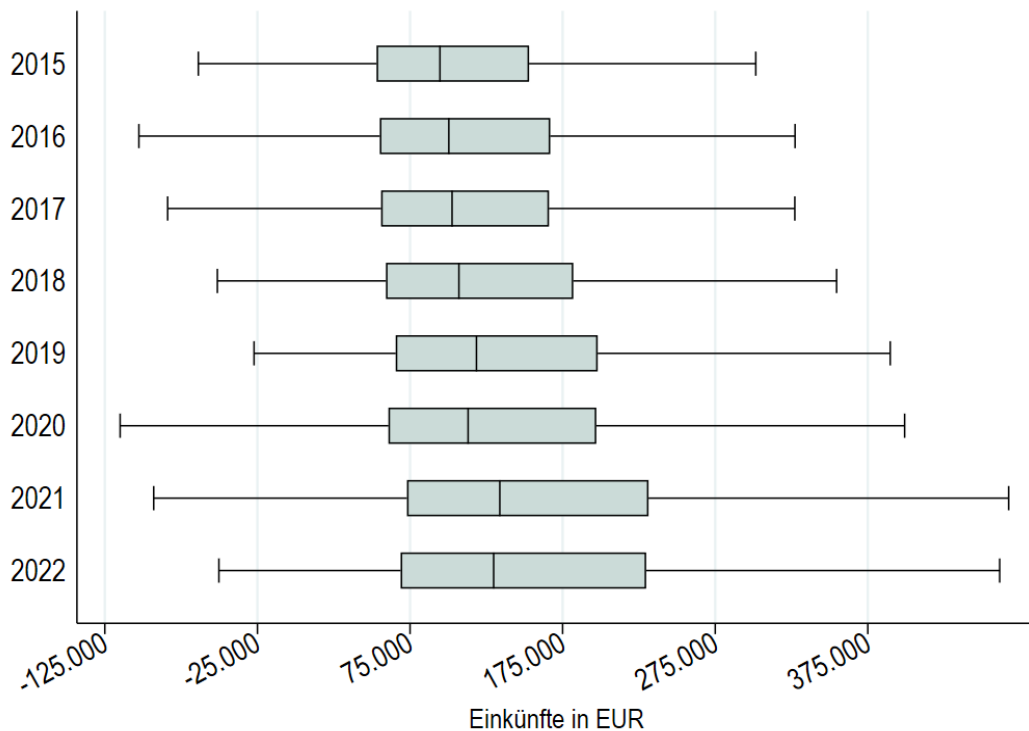
Darstellung: IHS (2024)

4.2 Einkünfte der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag

Von den betrachteten ÄrztInnen waren im Jahr 2022 insgesamt 500 VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag. Ihre Medianeinkünfte betragen im Jahr 2022 EUR 129.788, der Mittelwert lag mit EUR 180.676 höher.

Abbildung 12 und Tabelle 13 zeigen die Entwicklung der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag von 2015 bis 2022. Die Medianeinkünfte sind dabei von EUR 94.609 im Jahr 2015 auf EUR 118.528 im Jahr 2019 und EUR 129.788 im Jahr 2022 gestiegen. Relativ entspricht dies einem Anstieg von insgesamt 37,2%. Betrachtet man stattdessen die Mittelwerte zeigt sich von 2015 bis 2022 ein Anstieg um insgesamt EUR 54.767 oder 43,5%. Weiters ist die Verteilung der Einkünfte von einer relativ großen Streuung gekennzeichnet. So lagen im Jahr 2022 die Einkünfte des 1. bzw. 3. Quartils bei EUR 68.868 bzw. EUR 229.759.

Abbildung 12: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Jahr



Darstellung: IHS (2024)

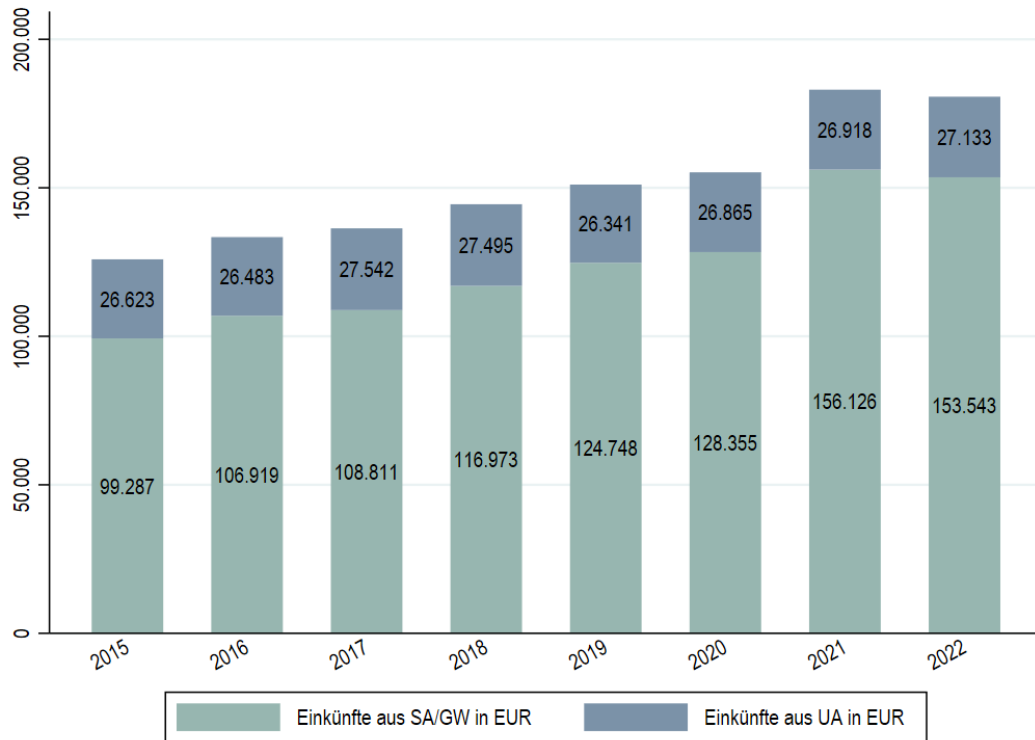
Tabelle 13: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Jahr

Jahr	Mittelwert	1. Quartil	Median	Wachstumsrate Median	3. Quartil	N
2015	125.910	53.083	94.609		153.017	753
2016	133.401	55.225	100.414	6.1%	166.861	729
2017	136.354	56.054	102.552	2.1%	166.055	710
2018	144.467	59.242	107.040	4.4%	181.968	697
2019	151.090	65.638	118.528	10.7%	197.971	639
2020	155.220	60.839	113.043	-4.6%	197.088	602
2021	183.044	73.005	133.845	18.4%	231.288	569
2022	180.676	68.868	129.788	-3.0%	229.759	500

Darstellung: IHS (2024)

Abbildung 13 zeigt zusätzlich die Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Jahr. Wie aus der Abbildung klar zu erkennen ist, stammt auch bei den VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag der Großteil der Einkünfte aus SA/GW. Im Vergleich zu den ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen ist der Anteil der Einkünfte aus UA an den Gesamteinkünften jedoch erhöht. Im Jahr 2022 waren EUR 153.543 Einkünften aus SA/GW und EUR 27.133 Einkünften aus UA zuzuordnen.

Abbildung 13: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Jahr



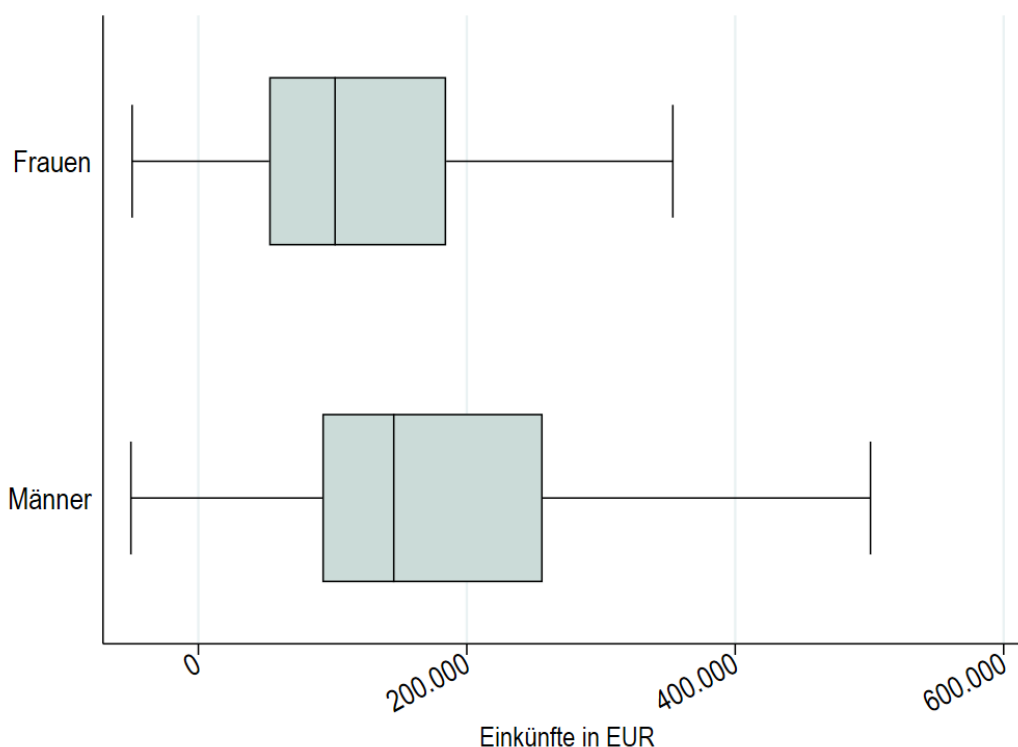
Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Geschlecht

Im Jahr 2022 waren insgesamt 40,0% der analysierten VertragsärztInnen ÖGK-Vertrag weiblich. Bei Betrachtung der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA nach Geschlecht ist ein relativ großer Unterschied festzustellen. Bei den Frauen lag der Median im Jahr 2022 bei EUR 101.857, bei den Männern hingegen bei EUR 145.587. Die Streuung der Einkünfte ist bei den Männern höher (vgl. Abbildung 14 und Tabelle 14).

Die relative Zusammensetzung der Einkünfte aus SA/GW und UA ist zwischen den Geschlechtern jedoch ähnlich. Bei Frauen machen Einkünfte aus SA/GW 81,6% der Gesamteinkünfte aus, bei den Männern 79,5%. Die Medianeinkünfte aus SA/GW betragen EUR 115.748 bei den Männern und EUR 83.072 bei den Frauen. Von den weiblichen Ärztinnen waren im Jahr 2019 51,5% unselbständig beschäftigt, bei den männlichen Ärzten waren es 52,7%.

Abbildung 14: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Geschlecht, 2022



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 14: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Geschlecht, 2022

Geschlecht	Mittelwert	1. Quartil	Median	3. Quartil	N
Frauen	153.234	52.773	101.857	184.636	200
Männer	198.971	92.364	145.587	256.541	300

Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Bundesland

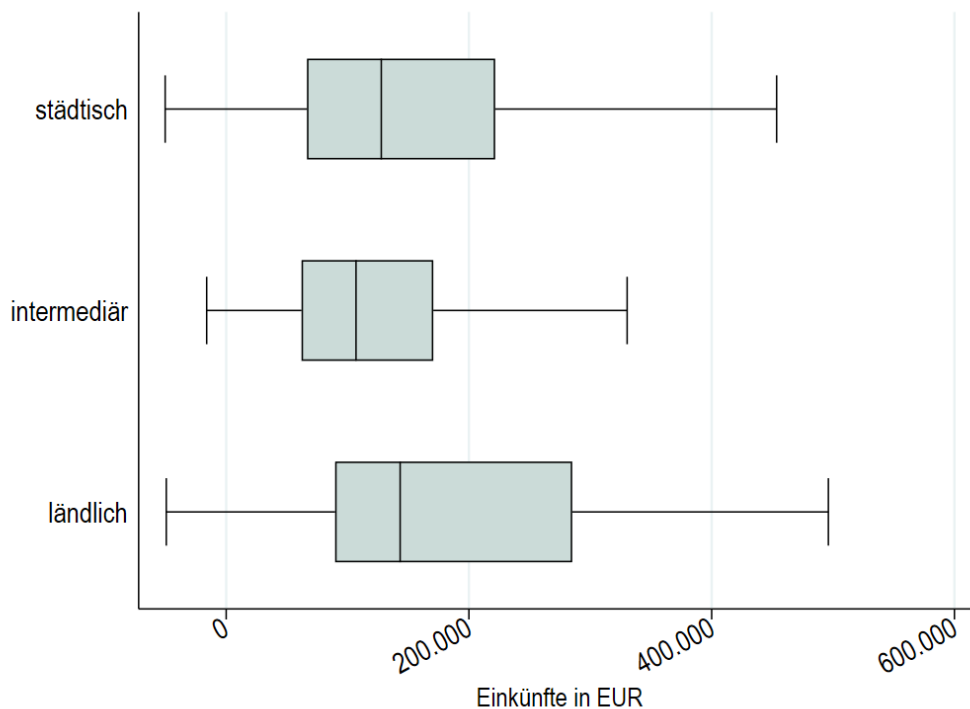
Aufgrund der vergleichsweise geringen Anzahl an VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag in mehreren Bundesländern und der daraus resultierenden eingeschränkten Aussagekraft nehmen wir hier keine ausführliche vergleichende Beschreibung der Einkünfte nach Bundesland vor. Um dennoch die Relevanz des Praxissitzes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

VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag abzubilden, nehmen wir nachfolgend einen Vergleich nach Urbanisierungsgrad vor.

Einkünfte nach Urbanisierungsgrad

Von den betrachteten VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag hatten im Jahr 2022 67% ihren Praxissitz in einem vorwiegend städtischen Bezirk, 10% in einem vorwiegend intermediären Bezirk und 23% in einem vorwiegend ländlichen Bezirk. Anders als bei den zuvor betrachteten ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen erzielten die VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag in intermediären Bezirken nicht die höchsten, sondern die niedrigsten arztrelevanten Medianeinkünfte aus SA/GW und UA im Jahr 2022. Wie Abbildung 15 und Tabelle 15 zeigen, lagen sie mit Medianeinkünften von EUR 106.985 hinter ihren KollegInnen in städtischen (EUR 127.802) sowie ländlichen Bezirken (EUR 143.332).

Abbildung 15: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Urbanisierungsgrad, 2022



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 15: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Urbanisierungsgrad, 2022

Urbanisierungsgrad	Mittelwert	1. Quartil	Median	3. Quartil	N
städtisch	166.943	66.575	127.802	221.632	312
intermediär	138.041	62.082	106.985	170.641	47
ländlich	213.235	89.784	143.332	285129	105

Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Fachgruppen

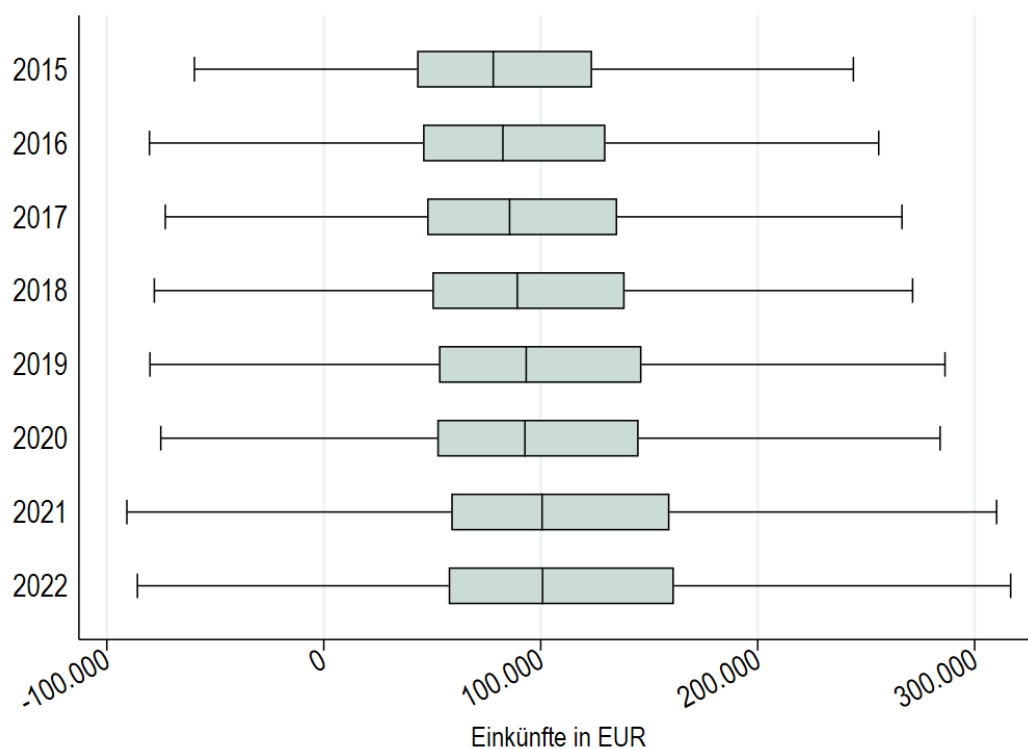
Aufgrund der niedrigen Individuenzahl in den meisten Fachgruppen nehmen wir auch diesbezüglich keine detaillierte Beschreibung der Einkünfteunterschiede vor.

4.3 Einkünfte der WahlärztInnen

Von den betrachteten ÄrztInnen waren im Jahr 2022 insgesamt 11.001 WahlärztInnen. Ihre Medianeinkünfte betragen im Jahr 2022 EUR 100.849, der Mittelwert lag mit EUR 132.676 höher.

Abbildung 16 und Tabelle 16 zeigen die Entwicklung der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA WahlärztInnen von 2015 bis 2022. Die Medianeinkünfte sind dabei von EUR 78.114 im Jahr 2015 auf EUR 93.293 im Jahr 2019 und EUR 100.849 im Jahr 2022 gestiegen. Relativ entspricht dies einem Anstieg von insgesamt 29,1%. Betrachtet man stattdessen die Mittelwerte zeigt sich von 2015 bis 2022 ein Anstieg um insgesamt EUR 31.678 oder 31,3%. Auch bei den WahlärztInnen ist die Verteilung der Einkünfte von einer relativ großen Streuung gekennzeichnet. So lagen im Jahr 2022 die Einkünfte des 1. bzw. 3. Quartils bei EUR 58.558 bzw. EUR 161.371.

Abbildung 16: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Jahr



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 16: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Jahr

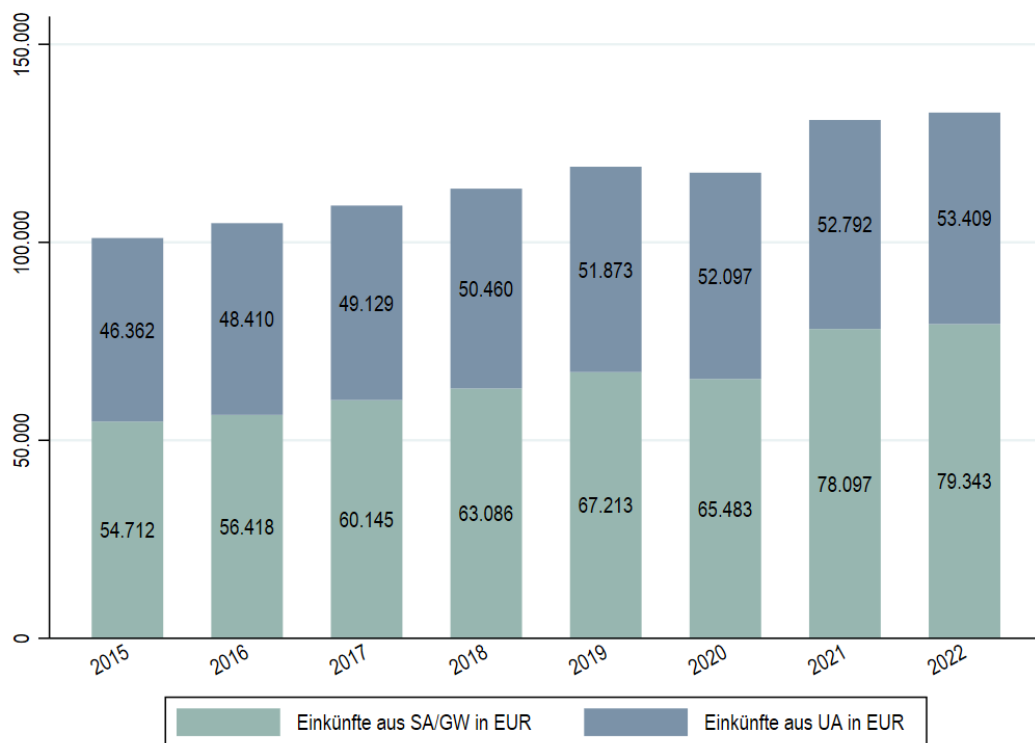
Jahr	Mittelwert	1. Quartil	Median	Wachstumsrate Median	3. Quartil	N
2015	101.074	42.983	78.114		123.687	10.446
2016	104.829	45.732	82.559	5.7%	129.817	10.701
2017	109.274	47.631	85.644	3.7%	135.248	10.890
2018	113.546	50.045	89.204	4.2%	138.672	11.017
2019	119.086	53.092	93.293	4.6%	146.440	11.191

2020	117.580	52.308	92.705	-0.6%	145.122	11.027
2021	130.889	58.758	100.638	8.6%	159.335	11.398
2022	132.753	57.558	100.849	0.2%	161.371	11.001

Darstellung: IHS (2024)

Abbildung 17 zeigt zusätzlich die Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der WahlärztInnen nach Jahr. Im Gegensatz zu den VertragsärztInnen erzielen die WahlärztInnen einen beträchtlichen Anteil ihrer Gesamteinkünfte aus UA. Allerdings ist dieser Anteil über die Zeit gesunken. Im Jahr 2015 betrug der Anteil der Einkünfte aus UA noch 45,9%, 2022 waren es schließlich 40,2%. Im Jahr 2022 waren EUR 79.343 Einkünften aus SA/GW und EUR 53.409 Einkünften aus UA zuzuordnen.

Abbildung 17: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der WahlärztInnen nach Jahr



Darstellung: IHS (2024)

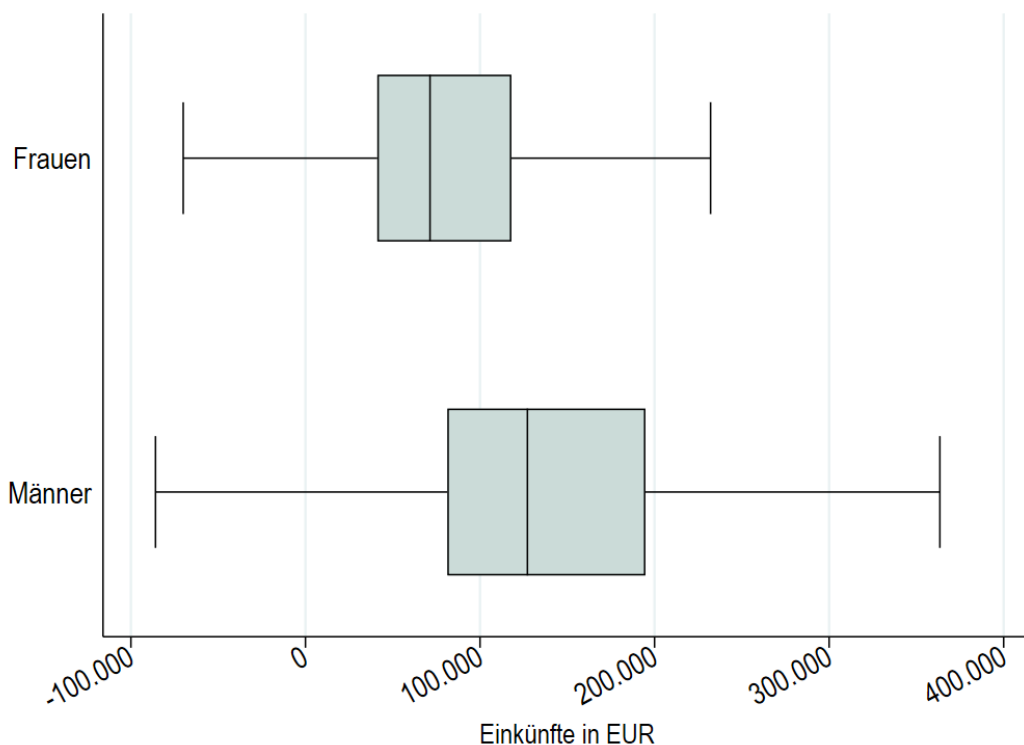
Einkünfte nach Geschlecht

Im Jahr 2022 waren 43,5% der betrachteten WahlärztInnen weiblich. Auch bei den WahlärztInnen gibt es bzgl. der arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA einen relativ deutlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern. Der Median der Einkünfte der weiblichen Ärztinnen lag 2022 bei EUR 71.356, jener der männlichen Ärzte lag bei EUR 127.169 (vgl.

Abbildung 18 und Tabelle 17).

Die relative Zusammensetzung der Einkünfte aus SA/GW und UA unterscheidet sich auch zwischen den Geschlechtern. Bei Frauen machen Einkünfte aus SA/GW 42,3% der Gesamteinkünfte aus, bei den Männern 36,7%. Die Medianeinkünfte aus SA/GW betragen EUR 46.691 bei den Männern und EUR 30.208 bei den Frauen. Von den weiblichen Ärztinnen waren im Jahr 2022 70,3% unselbständig beschäftigt, bei den männlichen Ärzten waren es 79,3%.

Abbildung 18: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Geschlecht, 2022



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 17: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Geschlecht, 2022

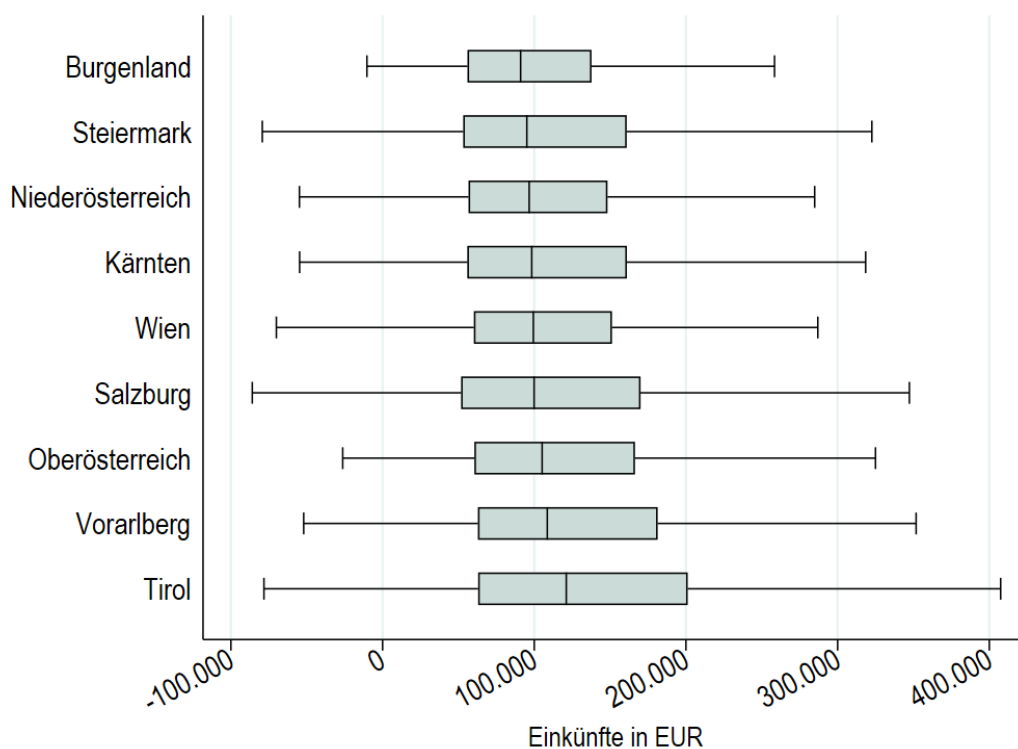
Geschlecht	Mittelwert	1. Quartil	Median	3. Quartil	N
Frauen	90.980	41.171	71.356	117.991	4.784
Männer	164.897	81.269	127.169	194.804	6.217

Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Bundesland

Die arztrelevanten Einkünfte aus SA/GW und UA der WahlärztInnen im Bundesländervergleich sind in Abbildung 19 und Tabelle 18 dargestellt. Abgesehen von den Tiroler WahlärztInnen unterscheiden sich die Einkünfte zwischen den Bundesländern nur relativ geringfügig. Ohne Tirol belaufen sich die maximalen Einkünfteunterschiede auf EUR 17.593, mit Tirol auf EUR 30.084.

Abbildung 19: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Bundesland, 2022



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 18: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Bundesland, 2022

Bundesland	Mittelwert	1. Quartil	Median	3. Quartil	N
Burgenland	108.947	55.976	91.010	137.763	241
Steiermark	132.982	53.175	95.122	160.958	1.179
Niederösterreich	117.396	56.677	96.656	148.262	1.655
Kärnten	130.936	55.857	98.348	161.066	623
Wien	129.840	60.202	99.400	151.219	3.072
Salzburg	132.670	51.791	99.902	170.082	659

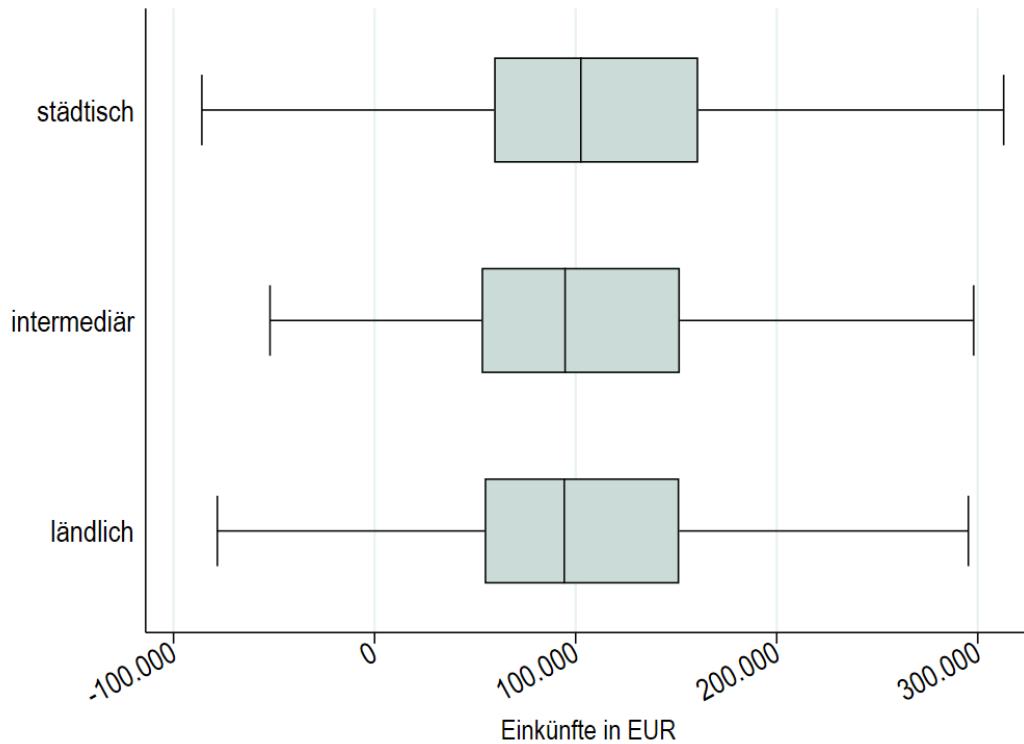
Oberösterreich	132.816	60.508	105.185	166.392	1.599
Vorarlberg	149.260	62.864	108.602	181.343	324
Tirol	166.264	63.020	121.094	201.141	826

Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Urbanisierungsgrad

Von den betrachteten WahlärztInnen hatten im Jahr 2022 ca. 64% ihren Praxissitz in vorwiegend städtischen Bezirken, ca. 12% in vorwiegend intermediären Bezirken und 24% in vorwiegend ländlichen Bezirken. ÄrztInnen mit Praxissitz in einem vorwiegend städtischen Bezirk (Median EUR 102.582) erzielten 2022 höhere Einkünfte aus SA/GW und UA als ihre KollegInnen in vorwiegend intermediären (EUR 94.745) bzw. ländlichen (EUR 94.341) Bezirken (vgl. Abbildung 20 bzw. Tabelle 19). Insgesamt hatten 50% der in städtischen Gebieten tätigen WahlärztInnen ihren Praxissitz in Wien. Schränkt man die Betrachtung auf Einkünfte aus SA/GW ein, so erzielten WahlärztInnen in vorwiegend intermediären Bezirken die höchsten Medianeinkünfte (EUR 41.137 vs. EUR 35.270 städtisch bzw. EUR 35.442 ländlich).

Abbildung 20: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Urbanisierungsgrad, 2022



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 19: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Urbanisierungsgrad, 2022

Urbanisierungsgrad	Mittelwert	1. Quartil	Median	3. Quartil	N
städtisch	135.504	59.458	102.582	160.959	6.170
intermediär	119.352	53.216	94.745	151.829	1.143
ländlich	119.783	54.755	94.341	151.484	2.373

Darstellung: IHS (2024)

Einkünfte nach Fachgruppe

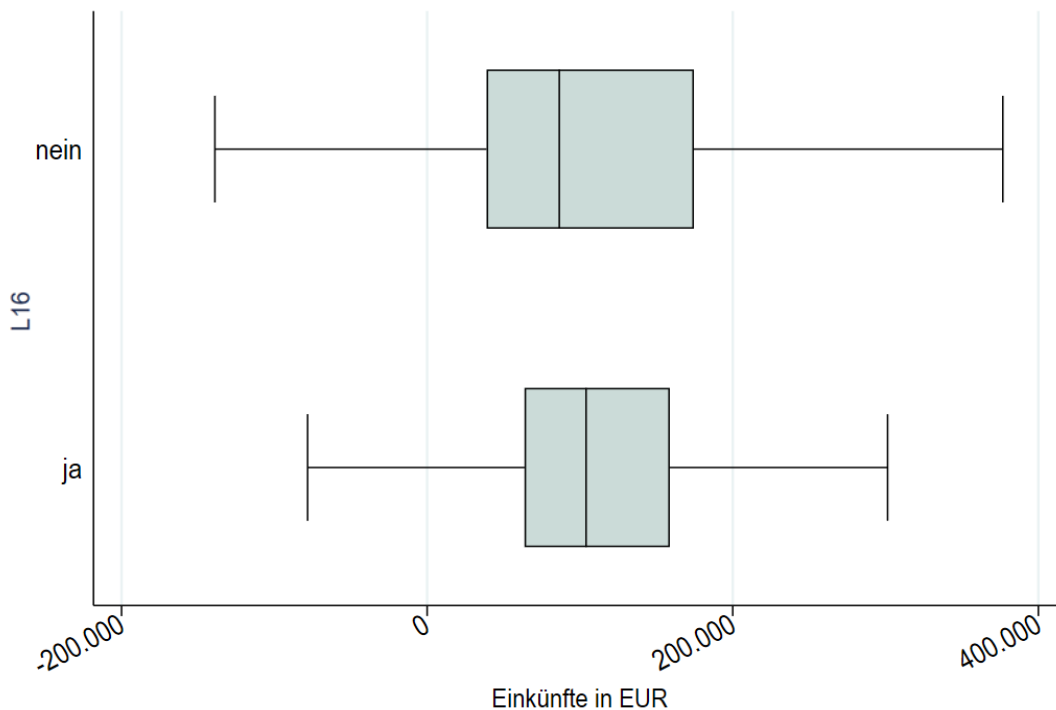
Eine Analyse der Einkünfte der WahlärztInnen nach Fachgruppenzugehörigkeit ist mit den uns vorliegenden Daten wenig aussagekräftig. Die Begründung dafür liegt darin,

dass für 60% der betrachteten WahlärztInnen im Jahr 2022 die Fachgruppenzuordnung unbekannt war. Die vorhandenen Fachgruppen sind teilweise nur gering besetzt. Wir sehen daher an dieser Stelle von einer ausführlicheren Analyse der Einkünfte nach Fachgruppe ab.

Einkünfte ausschließlich selbständiger WahlärztInnen

Die WahlärztInnen lassen sich außerdem in jene mit bzw. ohne unselbständige Tätigkeit unterteilen. Im Jahr 2022 waren 25% der Wahlärztinnen ausschließlich selbständig tätig und 75% bezogen Einkünfte aus selbständiger als auch unselbständiger Tätigkeit. Abbildung 21 und Tabelle 20 zeigen, dass die arztrelevanten Einkünfte der ausschließlich selbständig tätigen WahlärztInnen 2022 im Median EUR 86.491 betragen. WahlärztInnen mit Einkünften aus SA/GW und UA konnten hingegen arztrelevante Einkünfte in Höhe von EUR 104.019 verzeichnen. Bei Betrachtung des Mittelwerts anstelle des Medians fielen die Einkünfteunterschiede geringer aus. Ausschließlich selbständige WahlärztInnen kamen dabei auf Einkünfte in Höhe von EUR 133.551 und jene mit Einkünften aus SA/GW und UA auf EUR 132.492 (davon EUR 70.841 aus UA).

Abbildung 21: Arztrelevante E1- (und L16-)Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen mit bzw. ohne unselbständige Tätigkeit (L16-Formular), 2022



Darstellung: IHS (2024)

Tabelle 20: Arztrelevante E1- (und L16-)Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen mit bzw. ohne unselbständige Tätigkeit (L16-Formular), 2022

Unselbständige Tätigkeit (L16)	Mittelwert	1. Quartil	Median	3. Quartil	N
nein	133.551	38.909	86.491	174.576	2.707
ja	132.492	63.737	104.019	158.823	8.294

Darstellung: IHS (2024)

5 Fazit

Die vorliegende Studie analysierte die steuerlichen Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen für die Jahre 2015 bis 2022. Die zugrunde liegenden Einkünfte-Datenquellen stammten vom BMF. Dabei wurden nur die für die ärztliche Tätigkeit relevanten Einkünfte herangezogen, d.h. Einkünfte bspw. aus Vermietung und Verpachtung oder Land- und Forstwirtschaft wurden ausgeklammert. Wir untersuchten die selbständigen und unselbständigen relevanten Einkünfte der Vertrags-/WahlärztInnen, welche anhand der vom DV und BMF übermittelten Daten identifiziert werden konnten. Zu beachten ist allerdings, dass die Arbeitszeit der Vertrags-/WahlärztInnen mangels entsprechender Informationen nicht in der Analyse berücksichtigt werden konnte.

Die vorgestellten Zahlen zeigen die Heterogenität ärztlicher Einkünfte und sollen helfen, einen differenzierten Blick zu ermöglichen. Bei ärztlichen Einkünften ist grundsätzlich die lange Ausbildungszeit, die verkürzte Erwerbszeit, die hohe Verantwortung und der (internationale) Arbeitsmarkt zu berücksichtigen. Gleichzeitig setzen Einkommen auch Anreize in Hinblick auf die Entscheidung für den ärztlichen Beruf und die Fachrichtung bzw. auch in Hinblick auf die Annahme eines Kassenvertrags.

Im niedergelassenen Bereich, insbesondere im vertragsärztlichen Bereich, sind die Einkünfte grundsätzlich hoch und haben seit 2015 einen deutlichen Anstieg verzeichnet. Im kassenärztlichen Bereich sind die Medianeinkünfte an intermediären und ländlichen Standorten höher als in städtischen Regionen, was auf eine stärkere Nachfrage nach höherwertigen Leistungen in diesen Gebieten hindeuten könnte. Außerdem tragen Hausapotheken in ländlichen und intermediären Bezirken wesentlich dazu bei, die Einkünfte von AllgemeinmedizinerInnen zu erhöhen. Auch zwischen den Fachgruppen bestehen signifikante Unterschiede. So können vor allem technische Fachgruppen überdurchschnittliche Einkünfte erzielen.

5.1 Limitationen der Studie

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

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

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

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

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

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

Ausblick

Die vorliegende Studie kann als Anknüpfungspunkt für verschiedene weitere Untersuchungen dienen. So könnten auch die Einkünfte von **anderen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich** einer Analyse unterzogen werden – bspw. jene des Pflegepersonals. Des Weiteren könnten im Falle einer Bereitstellung der notwendigen Daten auch die Einkünfte von **SpitalsärztInnen** untersucht werden. So könnten Vergleiche zwischen den Bundesländern bzw. nach Urbanisierungsgrad auch für die SpitalsärztInnen vorgenommen werden.

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

Beschäftigungsausmaß und in Folge auf die Einkünfte sowie auch das Ausmaß von Nebentätigkeiten der SpitalsärztInnen auswirkt.

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

6 Verzeichnisse

6.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der medianen arztrelevanten Einkünfte selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb und unselbständiger Arbeit nach Vertragsstatus und Jahr in EUR	4
Abbildung 2: Verteilung der E1a-Gewinne („engere Auswahl“) nach Vorhandensein von ÖGK-Vertrag (gkk), 2022	27
Abbildung 3: Verteilung der E106-Gewinne („engere Auswahl“) nach Vorhandensein von ÖGK-Vertrag (gkk), 2022	28
Abbildung 4: Schematische Darstellung arztrelevanter Einkünfte	29
Abbildung 5: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Jahr.....	32
Abbildung 6: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Jahr	33
Abbildung 7: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Geschlecht, 2022.....	34
Abbildung 8: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Bundesland, 2022.....	36
Abbildung 9: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Urbanisierungsgrad, 2022	38
Abbildung 10: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Fachgruppe, 2022	40
Abbildung 11: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der AllgemeinmedizinerInnen mit Verträgen bei allen Kassen in ländlichen und intermediären Gebieten mit bzw. ohne Hausapotheke, 2022	42
Abbildung 12: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Jahr.....	43

Abbildung 13: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Jahr	45
Abbildung 14: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Geschlecht, 2022.....	46
Abbildung 15: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Urbanisierungsgrad, 2022	47
Abbildung 16: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Jahr	49
Abbildung 17: Zusammensetzung der durchschnittlichen arztrelevanten Einkünfte der WahlärztInnen nach Jahr	50
Abbildung 18: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Geschlecht, 2022 ..	51
Abbildung 19: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Bundesland, 2022 .	53
Abbildung 20: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Urbanisierungsgrad, 2022	55
Abbildung 21: Arztrelevante E1- (und L16-)Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen mit bzw. ohne unselbständige Tätigkeit (L16-Formular), 2022	56

6.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einkommensteuererklärung Formular E1, oberer Teil der Seite 3, Version 2019	11
Tabelle 2: Verteilung der Einkunftsarten im fusionierten Datensatz, 2022	12
Tabelle 3: Anzahl der ÄrztInnen im finalen Datensatz nach Vertragsstatus und Jahr	15
Tabelle 4: Detailauflistung der ÖNACE-Klasse Q86 (Gesundheitswesen).....	22
Tabelle 5: „Enge“ bzw. „breite“ Auswahl der ÖNACE-Klassen für ärztliche Einkünfte	23
Tabelle 6: Häufigkeit der Einkünfteveranlagungen nach Einzelunternehmerschaft (E1a) und Personengesellschaften (E106) für die engere NACE-Auswahl, 2022	26
Tabelle 7: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Jahr	32
Tabelle 8: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Geschlecht, 2022	35
Tabelle 9: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Bundesland, 2022	37
Tabelle 10: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Urbanisierungsgrad, 2022.....	38
Tabelle 11: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der ÄrztInnen mit Verträgen bei allen Kassen nach Fachgruppe, 2022	40
Tabelle 12: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der AllgemeinmedizinerInnen mit Verträgen bei allen Kassen in ländlichen und intermediären Gebieten mit bzw. ohne Hausapotheke, 2022	42
Tabelle 13: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Jahr	44
Tabelle 14: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Geschlecht, 2022	46

Tabelle 15: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der VertragsärztInnen ohne ÖGK-Vertrag nach Urbanisierungsgrad, 2022.....	48
Tabelle 16: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Jahr	49
Tabelle 17: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Geschlecht, 2022	52
Tabelle 18: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Bundesland, 2022	53
Tabelle 19: Arztrelevante E1- und L16-Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen nach Urbanisierungsgrad, 2022	55
Tabelle 20: Arztrelevante E1- (und L16-)Einkünfte aus selbständiger Arbeit/Gewerbebetrieb (enge NACE-Auswahl) und unselbständiger Arbeit der WahlärztInnen mit bzw. ohne unselbständige Tätigkeit (L16-Formular), 2022	57

6.3 Abkürzungsverzeichnis

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

6.4 Literaturverzeichnis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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