

Bruno Schober

Medizinstudium
und Ärztebedarf
in Österreich

Europa Verlag

BRUNO SCHÖBER

Medizinstudium
und Ärztebedarf in Österreich

Bruno Schober

**Medizinstudium
und Ärztebedarf
in Österreich**

Europa Verlag
Wien · Frankfurt · Zürich

Bruno Schöber

Medizinische
und Hygiene
in Österreich

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks
und der fotomechanischen Wiedergabe, vorbehalten
© 1971 by Europa Verlag Wien
ISBN-3-203-50385-2
Printed in Austria
Druck Thalia Wien
Bindearbeit Engelbert Treschers Witwe Wien

Seit vielen Jahren sind Bemühungen um eine Reform der ärztlichen Ausbildung im Gange. Wiederholt wurden Probleme und Mängel in der Universitätsausbildung kritisch aufgezeigt. Möglichkeiten der Neuordnung wurden durch längere Zeit hin gründlich diskutiert und es muß Aufgabe aller sein, die berufen in der Medizin arbeiten, konkrete Lösungen zu erarbeiten.

Durch die in diesem Buch umfassend dargelegte Studie über das Medizinstudium und den Ärztebedarf in Österreich werden Fakten zur Verfügung gestellt, durch welche nicht nur die allgemeine Diskussion um die gegenwärtige Situation bereichert, sondern auch Entscheidungshilfe angeboten wird. Den am Reformwerk Beteiligten werden Unterlagen vermittelt, welche möglicherweise Anlaß geben, die Reformprinzipien neu zu durchdenken und die Universitäten diesen Prinzipien anzupassen.

Es besteht wohl kaum ein Zweifel, daß sich Arzt, Hochschule und Recht ändern müssen, um in der sich wandelnden Welt funktionstüchtig zu bleiben und der gewandelten Aufgabenstellung gerecht zu werden.

Ein seit Jahren anstehender Nachholbedarf verlangt nach klaren Entscheidungen hinsichtlich einer sinnvollen Begrenzung der personellen, räumlichen und finanziellen Forderungen an einzelnen Fakultäten.

Es muß ernstlich die Frage geprüft werden, in welcher Form und nach welchen Auslesekriterien Zielsetzungen für Zahl und Größe der Medizinschulen in Österreich festgelegt werden können.

Im gegenwärtigen Zeitpunkt wird durch legislative Maßnahmen das Hochschulorganisationsrecht und das besondere Studiengesetz für die Fachrichtung Medizin neu zu regeln sein. Ich begrüße es daher, daß die in diesem Buch erarbeiteten statistischen Unterlagen bekanntgemacht werden, um bei den künftigen Entscheidungen Beachtung zu finden.



BUNDESMINISTER
FÜR WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

Inhalt

Vorwort	7
Zielsetzungen einer Erfassung statistischer Daten über Medizinstudenten und Ärzte	9
Richtlinien und Vorschriften für das Medizinstudium	13
Studenten an den medizinischen Fakultäten	21
Studiendauer und Studienerfolg	35
Personelle und räumliche Ausstattung der medizinischen Fakultäten	45
Postpromotionelle ärztliche Ausbildung	55
Ärzte in Österreich	67
Zahnärzte in Österreich	87
Voraussichtliche Entwicklung der Studenten- und Promoventenzahlen und der Ärztebestände	95
Anhang	
Eine Verlaufsstatistik des Medizinstudiums am Beispiel der Studienjahrgänge 1956 und 1958	105
Tabellen	137
Anmerkungen	189

Vorwort

Diese Studie wurde von der Arbeitsgemeinschaft für Hochschulentwicklung in Auftrag gegeben. Ursprünglich ging es darum, statistische Grundlagen zu den Fragen der Ausbildung für den Arztberuf und zur Bedarfsituation auf diesem Gebiet zusammenzustellen.

Diese Sammlung von statistischem Grundmaterial entwickelte sich zu einer umfangreichen Arbeit, in deren Verlauf neben der Auswertung von vorhandenen Unterlagen sich auch eigene Erhebungen als nötig erwiesen.

Die vorliegende Studie betrifft nun den gesamten inhaltlichen Bereich von Medizinstudium (Studienverlauf und Studienbedingungen) über Ausstattung der medizinischen Fakultäten und postpromotionelle ärztliche Ausbildung bis zu einer Beschreibung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung, der Zusammensetzung des Ärztebestandes und der Nachwuchssituation.

Die gesamte Studie ist darauf abgestimmt, einen großen Überblick über diesen sehr breiten Problemkreis zu geben. Der Breite der Themenstellung mußte manchmal einiges an Tiefe geopfert werden: So konnte zum Beispiel die Frage des medizinischen Studienverlaufs im Hauptteil der Studien nur sehr kurz behandelt werden; über die zu diesem Zwecke durchgeführte Erhebung wird daher in einem gesonderten Anhang ausführlich berichtet, um den Rahmen der Darstellungen nicht zu sprengen.

Der leichteren Lesbarkeit willen und zur Wahrung der Straffheit des allgemeinen Überblicks wurde auch häufig darauf verzichtet, andernorts publizierte statistische Unterlagen hier in extenso wiederzugeben; nur jene Daten, die zur Abstützung der hier gemachten Aussagen unerlässlich waren, wurden in den Text aufgenommen; sonstiges Datenmaterial wurde teils in den Tabellen-Anhang aufgenommen, teils nur kommentiert. Bei dieser Auslese wurde Wert darauf gelegt, statistische Zusammenstellungen zu diesem Problembereich, die zwar nicht unmittelbar inhaltlich relevant, jedoch im allgemeinen nicht oder nur sehr schwer zugänglich sind, als Quellenmaterial dem Tabellenteil beizufügen.

Es ist dem Autor bewußt, daß eine aufmerksame Lektüre der Studie an dieser oder jener Stelle Daten vermissen lassen wird, welche inhaltlich naheliegen oder eine wertvolle zusätzliche Information darstellen würden. Jeder, der mit der Erfassung von statistischem Material in diesem Bereich vertraut ist, wird jedoch damit übereinstimmen, daß bei Fragestellungen, die auch nur etwas mehr Zahlen erfordern als die routinemäßig erfaßten Personaldaten, alle Quellen völlig zum Versiegen kommen.

Mit viel Mühe wurde versucht, durch größere oder kleinere eigene Erhebungen Lücken zu ergänzen, so zum Beispiel zur Frage des Studienverlaufs und der

Ab- und Zugänge zum Ärztebestand; diesen Sonderuntersuchungen waren jedoch in den finanziellen und personellen Mitteln Grenzen gesetzt.

Dr. S. Höllinger, dem Leiter des Büros für Hochschulplanung, ist für sein Entgegenkommen bei der Bereitstellung von statistischen Unterlagen und für seine Mitarbeit in der Anlage der Längsschnittuntersuchung bei Medizinstudenten besonderer Dank auszusprechen. Ebenso zu Dank verpflichtet sind wir Dr. F. Daume, dem Präsidenten der Österreichischen Ärztekammer, für seine Bereitschaft, die vorhandenen Materialien zugänglich zu machen, sowie H. Cerny für seine Hilfsbereitschaft bei deren Aufbereitung.

Ferner soll allen studentischen Mitarbeitern, insbesondere Fräulein Marina Fischer, die durch mühsame Kleinarbeit zum Gelingen dieser Arbeit beitrugen, der Dank ausgesprochen werden.

Wien, Januar 1971

Dr. Bruno Schober
Sektionsrat im Bundesministerium
für Wissenschaft und Forschung

Zielsetzungen einer Erfassung statistischer Daten über Medizinstudenten und Ärzte

Wie bei allen anderen Berufen bildet sich auch bei denen mit Hochschulvorbildung in einer Gesellschaft mit freier Berufswahl ein Arbeitsmarkt heraus, bei dem das *Angebot* an Ausgebildeten dem *Bedarf* an Akademikern einer bestimmten Sparte gegenübersteht. Die Schwierigkeiten infolge eines Abweichens vom Gleichgewichtszustand sind jedoch bei akademischen Berufen, und hier besonders beim Ärzteberuf, im Vergleich zu anderen Berufen aus folgenden Gründen größer: Ein *Mangel an Ausgebildeten* kann auch bei sofortigen Maßnahmen zur Erhöhung der Zahl der Studienanfänger in der betreffenden Sparte wegen der langen Studiendauer erst mit beträchtlicher Verzögerung abgebaut werden.

Während bei der *Unterbesezung* in anderen, auch manchen akademischen Berufen Hilfsmaßnahmen durch Umschichtung und Anlernen von Arbeitskräften und durch Übertragung mancher Aufgaben an Personen mit geringerem Ausbildungsstand möglich sind, ist dies im Tätigkeitsfeld von Ärzten fast durchwegs unmöglich.

Ein *Zuwenig* an Ärzten betrifft nicht, wie bei den meisten anderen Berufen, ökonomische Bereiche, sondern grundlegende vitale Bedürfnisse einer Gemeinschaft.

Ein *Zuwiel* an Ärzten stellt zwar nicht für die Gemeinschaft, jedoch für die Betroffenen selbst ein Existenzproblem dar. In diesem Falle wäre die Berufsausübung mit unzumutbaren finanziellen Nachteilen verbunden; ein Abwandern in andere, annähernd gleichwertige Berufe ist jedoch bei nur wenigen anderen akademischen Berufen so schwierig wie bei Ärzten.

Auf Grund dieser Lage werden von verschiedenen Seiten explizit oder unausgesprochen Einflüsse auf die Berufswahl ausgeübt (dies ist für die Angleichung der Studienwünsche an den Bedarf gewiß notwendig), wobei oft Steuerungsmaßnahmen angeregt oder verlangt werden. So hat die Ärzteschaft wiederholt Besorgnis wegen eines Überschusses von Jungärzten und Anfängern des Medizinstudiums geäußert, während in manchen Teilen der Öffentlichkeit, besonders in den abseits der Städte liegenden Gegenden, das Gefühl eines Mangels an Ärzten auftritt. Diese Fragen stehen ferner natürlich in direktem Zusammenhang mit der Größe der akademischen Ausbildungsstätten.

Hier hat sich nun diese Studie die Aufgabe gestellt, klare Daten über Anzahl von Studierenden und Ärzten und die zeitlichen Veränderungen dieser Zahlenwerte darzustellen und zu untersuchen, inwieweit aus den vorhandenen Zahlen Trends abzulesen sind. Es ist jedoch von vornherein klarzustellen, daß die angeführten Zahlen allein nicht ausreichen können, um die von den verschiedenen Seiten geforderten oder gewünschten Aussagen, besonders über künftige Zu-

stände, geben zu können, da dafür nicht nur eine Reihe anders gearteter Fakten, sondern wesentlich auch sozial- und erziehungspolitische, ökonomische und letztlich weltanschauliche Grundsatzentscheidungen notwendig sind, die zum Teil außerhalb jeder Möglichkeit einer Erfassung in Zahlen liegen. Wo in dieser Studie derartige Aussagen vorkommen, sind sie als Meinung des Autors und nicht als wissenschaftliche Fakten oder als Vorwegnahme von Entscheidungen aufzufassen; in der Studie geht es in der Hauptsache darum, sicherzustellen, daß Interpretationen und Begründungen von Entscheidungen auf einem kritisch gesichteten Zahlenmaterial aufbauen können.

Wenn das Aufzählen statistischer Daten nicht zum Selbstzweck entarten soll, ist es notwendig, wesentliche Werte hervorzuheben, das heißt in diesem Falle, sich Rechenschaft darüber zu geben, für welche Stellen bestimmte Zahlenwerte über Medizinstudenten und Ärzte brauchbare Informationen darstellen, die diese Stellen als eine von vielen Entscheidungsgrundlagen in ihrem Handeln berücksichtigen können. Ein Katalog von aussagekräftigen Daten wird folgende Werte einschließen müssen (wobei die Anordnung ungefähr nach der zeitlichen Abfolge von Berufswahl, Studium und Berufsausübung getroffen wurde):

Schülern allgemeinbildender höherer Schulen mit Interesse für das Medizinstudium können Daten über Studiendauer, Studienerfolg (Retentionszahlen), Ausbildungsstellen, Ärztebedarf und Ärztebestand zu Überlegungen Anlaß geben. Die Berufswahl selbst wird jedoch wohl mehr von anderen Faktoren, wie perzipiertem Prestige des Ärzteberufes, Herkunftsfamilie und persönlichen Interessen, beeinflußt.

Berufsberatung in direkter Form oder durch die verschiedenen Informationsmedien muß die oben genannten Daten berücksichtigen, und zwar in besonders kritischer Weise, da ihr eine doppelte Verantwortung — einerseits gegenüber der Gemeinschaft und andererseits gegenüber der beruflichen Existenz der angesprochenen Personen — erwächst. Bei Wahrung des Prinzips der freien Berufswahl (ein *numerus clausus* an den Hochschulen ist gesetzlich nicht möglich) ist die Berufsberatung der einzige Weg zur Steuerung des Ärztenachwuchses.

Die *Universitätsplanung* in organisatorischer, baulicher und finanzieller Hinsicht kann nur auf Daten aufbauen, welche die Anzahl der Studienanfänger, die Studentenbestände, das heißt die Gesamtzahl der Studierenden aller Semester, die Promoventenanzahl und die Aufgliederung der Ärzte in der postpromotionalen Ausbildung in die einzelnen Fächer umfassen. Ferner muß sie differenziertere Daten, wie beispielsweise die Aufgliederung der Studierenden in die einzelnen Studienabschnitte, Studiendauer, Ausländeranteile, Retentionszahlen, regionale Unterschiede und ähnliches, berücksichtigen. Es ist selbstverständlich, daß in die Planung auch fachlich-medizinische Überlegungen, etwa die Entwicklung einzelner Disziplinen, sowie ökonomische und sozialpolitische, beispielsweise die Versorgung der Bevölkerung mit Spezialkliniken, eingehen müssen.

Der *Ärztstand und seine Vertretung* wird auf Grund der ihm obliegenden Nachwuchspflege und des ihm selbstverständlich zugestandenen Standesinteresses, die Verdienstmöglichkeiten durch einen Überschuß an Jungärzten nicht unangemessen herabgesetzt zu sehen, dazu angeregt, sich für Daten über Promovenzahlen und damit verbunden über Studienanfänger und Retentionsraten, sowie über Ärztebestände und Abgänge zu interessieren.

Stellen mit sozialpolitischem Interesse im Rahmen der Krankenversicherungsanstalten und des Bundesministeriums für soziale Verwaltung werden auf Daten hingewiesen, welche ein Bild über Ärztebestände und Zu- und Abgänge vermitteln. Hier liegen auch die Interessen der breiten Öffentlichkeit.

Da sich die von den einzelnen Stellen und Interessengruppen benötigten Angaben teilweise überschneiden, wurde die Darstellungsart der Daten aus der Zeitfolge von Studium, postpromotioneller Ausbildung und Berufsausübung entwickelt.

Richtlinien und Vorschriften für das Medizinstudium

Eine der grundsätzlichen Voraussetzungen für die Interpretation statistischer Fakten über das Medizinstudium ist die Kenntnis der normativen Grundlagen. Der folgende, kurzgefaßte Überblick über Gesetze, Verordnungen und Regelungen für das Studium an den medizinischen Fakultäten Österreichs stellt darüber hinaus die Begriffe und Bezeichnungen bereit, die in den statistischen Darstellungen Verwendung finden. Er zeigt ferner auf, welche vorschriftgebende Stelle ein eventueller Änderungsvorschlag oder Reformgedanke anspricht, das heißt, ob er sich auf der Ebene von Gesetz, Verordnung oder Vorschrift anderer Stellen bewegt.

Es kann nicht Ziel dieser informativen Erläuterung sein, fachlich medizinische oder juristische Grundlagen für die in angemessenen Zeitabständen naturgemäß notwendig werdenden Neuerungen und Reformen in diesen Regelungen — die für das Medizinstudium wesentliche Regelung, die Rigorosenordnung, stammt aus dem Jahre 1903 — zu erarbeiten¹.

An den Regelungen über das Medizinstudium sind drei Institutionen beteiligt: die Gesetzgebung, das Bundesministerium für Unterricht² und die akademischen Behörden.

Die Gesetzgebung

Der gesetzgebende Wille drückt sich im Hochschulorganisationsgesetz³, im allgemeinen Hochschulstudiengesetz⁴ und in den besonderen Studiengesetzen aus.

Hochschulorganisationsgesetz

Das Hochschulorganisationsgesetz (1955) leistet die Abgrenzung der Wirkungsbereiche und somit die Regelung von Kompetenzfragen für die akademischen Behörden in der Vorschriftgebung und in Personalfragen. Damit ist in diesem Gesetz auch der Bereich der Autonomie der Hochschulen gesichert und abgegrenzt.

Allgemeines Hochschulstudiengesetz

Das allgemeine Hochschulstudiengesetz enthält einen Katalog der leitenden Grundsätze und Ziele für die Studien an den wissenschaftlichen Hochschulen.

Aus den wesentlichen Grundsätzen sei die Freiheit der Wissenschaft und ihrer Lehre, die Lernfreiheit und die Verbindung von Lehre und Forschung erwähnt, aus den grundsätzlichen Zielen die Entwicklung der Wissenschaft, die wissenschaftliche Berufsvorbildung und die Weiterbildung der Absolventen der Hochschulen entsprechend den Fortschritten der Wissenschaft. Ferner legt dieses Gesetz fest, daß Vorschriften für die einzelnen Studienrichtungen von der Gesetzgebung her in besonderen Studiengesetzen, vom Bundesministerium für Unterricht⁵ in Studienordnungen und von den zuständigen akademischen Behörden in Studienplänen zu treffen sind. Schließlich enthält das allgemeine Hochschulstudiengesetz Vorschriften über Inskription und Immatrikulation, Anrechnung von Studienzeiten und Anerkennung von Prüfungen, über Prüfungsordnungen, Dissertationen und Diplomarbeiten und akademische Grade.

Besondere Studiengesetze

Besondere Studiengesetze, denen laut allgemeinem Hochschulstudiengesetz die Festlegung der Studienabschnitte und der Pflichtfächer für die Diplomprüfungen und Rigorosen vorbehalten ist, sind für die Studienrichtung Medizin noch nicht vorhanden. Diese Fragen unterliegen damit derzeit noch immer der Rigorosenordnung aus dem Jahre 1903⁶, die damit im Rang einem Gesetz gleichkommt. Es bedarf keiner näheren Erläuterung, daß diese Rigorosenordnung heute den wissenschaftlichen Erfordernissen und organisatorischen Notwendigkeiten nicht mehr voll gerecht werden kann.

Das Bundesministerium für Unterricht⁷

Dem Bundesministerium für Unterricht⁷ obliegt laut allgemeinem Hochschulstudiengesetz die Aufstellung der Studienordnungen, in denen die Zuweisung der einzelnen Gebiete der Wissenschaft an die Fakultäten und Bestimmungen über die Stundenzahlen von Pflicht- und Wahlfächern aufzunehmen sind. Inhaltliche Regelungen sind damit in Übereinstimmung mit den Autonomiefestlegungen nicht berührt.

Ferner kommt dem Bundesministerium für Unterricht⁷ die Behandlung von Vorschlägen zur Erlassung und Abänderung besonderer Studiengesetze zu, wozu Beratungen mit Vertretern der akademischen Behörden und der österreichischen Hochschülerschaft einzuberufen sind.

Schließlich werden laut Hochschulorganisationsgesetz vom Bundesministerium für Unterricht⁷, nach Anhörung des Professorenkollegiums, Lehrkanzeln, Institute und Kliniken errichtet, benannt und aufgelassen. Die Besetzung bestehender Dienstposten erfolgt nach dem Dienstpostenplan des Bundes, wobei das Professorenkollegium das Recht zu einem Terna-Vorschlag hat. Zur Gewährleistung der Erfüllung der Aufgaben der Hochschulen hat das Bundesministerium für Unterricht⁷ die erforderlichen personellen, finanziellen und allenfalls organisatorischen Maßnahmen vorzusehen und die entsprechenden legislativen Maßnahmen vorzubereiten.

Die akademischen Behörden

In den Wirkungsbereich der zuständigen akademischen Behörden, insbesondere des Professorenkollegiums der Fakultät, fällt die Erlassung eines Studienplanes nach Maßgabe des betreffenden besonderen Studiengesetzes und der Studienordnung des Bundesministeriums für Unterricht⁷. Diese Studienpläne stellen das endgültige Programm einer Studienrichtung auf und haben für die Vollständigkeit der Lehrgebiete zu sorgen, wobei Lehrveranstaltungen im Rahmen der Pflicht-, Wahl- und Freifächer vorzusehen sind. Die Abhaltung von Praktika und die Fristen für die Ablegung von Kolloquien fallen ebenfalls in den Bereich der Studienpläne.

Die Professorenkollegien der medizinischen Fakultäten haben also im autonomen Bereich nach wissenschaftlichen und pädagogischen Gesichtspunkten die Lehrveranstaltungen selbst einzurichten und zu koordinieren und die besonderen Verhältnisse der Studienrichtung zu berücksichtigen. Der Lehrbetrieb ist den Erfordernissen der wissenschaftlichen Berufsvorbildung und Fortbildung in stetem Zusammenhang mit den Fortschritten der Wissenschaft anzupassen.

Aus der Vorschriftengebung der vorher genannten drei Stellen sind die Regelungen für das Medizinstudium abzuleiten. Die für die in der Studie angesprochenen Fragestellung relevanten Bestimmungen werden im folgenden dargestellt.

Aufnahme in den Verband der Hochschule

In den Verband der Hochschule kann man als ordentlicher Hörer, als außerordentlicher Hörer oder als Gasthörer aufgenommen werden.

Anspruch auf Aufnahme als ordentlicher Hörer (*Immatrikulation*) haben alle jene, die das 17. Lebensjahr vollendet haben und den Nachweis der Hochschulreife erbringen können. Ferner sind Unbescholtenheit im Sinne des Strafgesetzes und Freisein von schweren Infektionskrankheiten nachzuweisen.

Als außerordentlicher Hörer können vom Rektor nach Maßgabe der verfügbaren Plätze jene Personen aufgenommen werden, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und die erforderlichen Vorkenntnisse besitzen.

Als Gasthörer können vom Rektor nach Maßgabe der verfügbaren Plätze Absolventen einer Hochschule, die ein ordentliches Studium abgeschlossen haben, aufgenommen werden.

Weder außerordentliche Hörer noch Gasthörer sind zu den für ordentliche Studien eingerichteten Prüfungen zugelassen. Sie sind nur zur Ablegung von Kolloquien und Ergänzungsprüfungen berechtigt.

Die Wahl der Studienrichtung ist jedermann freigestellt.

Nur für Ausländer ist eine Aufnahmebeschränkung gesetzlich möglich. Diese dürfen nur im Rahmen der verfügbaren Plätze und nach Maßgabe der in ihren Reifezeugnissen nachgewiesenen Leistungen immatrikuliert werden. Die Immatrikulation ist zu verweigern, wenn die Zulassung zum Studium oder die Fortsetzung des Studiums im Heimatland des Bewerbers mangels erforderlichen Studienerfolges nicht statthaft wäre. Ausländer, deren Reifezeugnis nicht den Erfordernissen entspricht, haben vor Beginn des ordentlichen Studiums die nötigen

Ergänzungsprüfungen abzulegen. Dies erfolgt in Wien und Graz zur Zeit im Rahmen dreisemestriger Vorstudienlehrgänge.

Inskription

Die Studierenden genießen grundsätzlich Lernfreiheit. Sie haben das Recht, die Lehrveranstaltungen frei zu wählen, zu inskribieren und zu besuchen und zwischen den Angehörigen des Lehrkörpers bei Inskription und Lehrveranstaltungen des gleichen Faches frei zu wählen. Einschränkungen für einzelne Lehrveranstaltungen sind zulässig, wenn die Zahl der Plätze begrenzt ist oder wenn zum Verständnis der Lehrveranstaltungen besondere Vorkenntnisse erforderlich sind. Bei Platzmangel hat die Inskription nach der Reihenfolge der Anmeldung oder, wenn dies vorher angekündigt wurde, nach Leistungsgraden zu erfolgen. Studierende, deren Anmeldung zurückgestellt wurde, sind beim nächsten Anmeldestermin jedenfalls zu berücksichtigen. Durch Errichtung von Parallelveranstaltungen ist vorzusorgen, daß die ordentlichen Hörer die im Studienplan vorgeschriebenen Lehrveranstaltungen innerhalb der dafür vorgeschriebenen Semester besuchen können.

Bestimmungen der medizinischen Rigorosenordnung

Im folgenden Abschnitt wird der Versuch unternommen, die wesentlichsten Bestimmungen der medizinischen Rigorosenordnung⁸, die in Ermangelung der noch nicht erlassenen besonderen Studiengesetze und Studienordnungen den Ablauf des Medizinstudiums weiterhin regelt, darzustellen, soweit sie heute in der Praxis Anwendung finden. Die folgenden Ausführungen beruhen daher sowohl auf den in der genannten Verordnung erlassenen Bestimmungen, als auch auf den aus den Vorlesungsverzeichnissen der einzelnen Hochschulen ersichtlichen Leitfäden für die Regelung des Medizinstudiums.

Allgemeine Bestimmungen

Zur Erlangung des Doktorates der gesamten Heilkunde ist erforderlich, daß der Studierende mindestens zehn anrechenbare Semester als ordentlicher Hörer an einer inländischen Fakultät ordnungsgemäß absolviert und drei strenge Prüfungen (*Rigorosen*) mit Erfolg abgelegt hat.

Ein Semester ist nur dann anrechenbar, wenn außer den Kursen mindestens 20 wöchentliche Unterrichtsstunden belegt sind. Lediglich in dem Semester, in dem das 1. Rigorosum erfolgreich beendet wird (gültiges 5. Semester) genügt die Inskription von wöchentlich 16 Unterrichtsstunden.

Ob und inwieweit Semester an ausländischen Universitäten oder an inländischen nichtmedizinischen Fakultäten für das Medizinstudium angerechnet werden können, wird über Ansuchen von Fall zu Fall entschieden.

Laut medizinischer Rigorosenordnung (1903) ist vorgeschrieben, sämtliche Rigorosen an derselben Universität abzulegen. Diese Bestimmung wird durch das Allgemeine Hochschulstudiengesetz (1966) außer Kraft gesetzt, in dem fest-

gehalten ist, daß die an einer inländischen Hochschule abgelegten Prüfungen für das weitere Studium derselben Studienrichtung an einer anderen inländischen Hochschule anzuerkennen sind.

Das Medizinstudium gliedert sich in den vorklinischen und den klinischen Studienabschnitt.

Vorklinischer Studienabschnitt

Der vorklinische Studienabschnitt wird mit dem 1. Rigorosum abgeschlossen. Während in der medizinischen Rigorosenordnung (1903) als Zulassungsbedingung zum 1. Rigorosum der Nachweis über die gültige Inskription von mindestens vier Semestern und die Teilnahme an zwei anatomischen Sezierungsbungen zu erbringen ist, wird darüber hinaus heute im allgemeinen die Inskription von Vorlesungen oder praktischen Übungen in Biologie, Physik, medizinischer und physiologischer Chemie, Anatomie, Histologie, Embryologie und Physiologie verlangt.

Das 1. Rigorosum wird in Form von Einzelprüfungen abgehalten, wobei die in der Rigorosenordnung angeführten Prüfungsfächer beibehalten wurden und in folgender Reihenfolge geprüft werden:

- Physik für Mediziner frühestens am Ende des 2. Semesters
- Chemie für Mediziner frühestens am Ende des 3. Semesters
- Anatomie frühestens im 5. Semester
- Histologie und Embryologie,
- Physiologie.

Klinischer Studienabschnitt

Nach der Inskription von sechs anrechenbaren Semestern, gerechnet von der erfolgreichen Ablegung des 1. Rigorosums, erfolgt die Zulassung zu den Abschlußprüfungen des 2. und 3. Rigorosums. In diesen sechs Semestern sind derzeit im allgemeinen folgende Vorlesungen und Übungen zu inskribieren:

- Allgemeine und experimentelle Pathologie 2 Semester
- Pathologische Anatomie 3 Semester
- Sezierkurs 1 Semester
- Pathologisch-histologischer Kurs 1 Semester
- Pharmakologie, Toxikologie und Arzneiverordnungslehre 2 Semester
- Innere Medizin mit Praktikum 4 Semester
- Kinderheilkunde mit Praktikum 3 Semester
- Impfkurs mit Praktikum 1 Semester
- Neurologie und Psychiatrie 2 Semester
- Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten mit Praktikum 2 Semester
- Chirurgie und Praktikum 4 Semester
- Geburtshilfe und Gynäkologie 3 Semester
- Internat in Geburtshilfe 2 Semester
- Haut- und Geschlechtskrankheiten 2 Semester
- Praktikum aus Haut- und Geschlechtskrankheiten 1 Semester

Augenheilkunde mit Praktikum	2 Semester
Hygiene	2 Semester
Gerichtliche Medizin	2 Semester
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mit Praktikum	1 Semester

Ausländische Studierende sind laut Beschluß der Professorenkollegien zur Ablegung eines zusätzlichen praktisch-klinischen Semesters verpflichtet. Diese Regelung wird jedoch derzeit vorwiegend so gehandhabt, daß Famulaturen in den Semesterferien als praktisches klinisches Semester angerechnet werden.

Das 2. Rigorosum wird ebenfalls in Form von Einzelprüfungen, und zwar in folgender Reihenfolge abgehalten:

Pathologische Anatomie	Kinderheilkunde
Pharmakologie und Rezeptierkunde	Neurologie und Psychiatrie
Innere Medizin	

Von diesen werden Pharmakologie und Rezeptierkunde theoretisch, die anderen theoretisch und praktisch geprüft.

Nach erfolgreichem Abschluß des 2. Rigorosums erfolgt die Zulassung zum 3. Rigorosum. Dessen Prüfungsfächer sind:

Chirurgie	Haut- und Geschlechtskrankheiten
Geburtshilfe und Gynäkologie	Hygiene
Augenheilkunde	Gerichtliche Medizin

Die ersten vier Prüfungen werden theoretisch und praktisch, die beiden letzten theoretisch geprüft. Die Reihenfolge der Prüfungen des 3. Rigorosums kann vom Kandidaten frei gewählt werden.

Nichterscheinen bei Prüfungen

Versäumt der Kandidat den für eine Prüfung angesetzten Termin ein zweites Mal ohne triftigen Entschuldigungsgrund, so ist er so zu behandeln, als ob er die Prüfung nicht bestanden hätte.

Wiederholungsprüfungen

Nichtbestandene Teilprüfungen können erst nach der letzten Teilprüfung des betreffenden Rigorosums wiederholt werden. Ist mehr als eine Prüfung zu wiederholen, muß eine Reprobationsfrist eingehalten werden. Bei Wiederholungsprüfungen sind bestimmte Fristen einzuhalten.

Ausschluß vom Studium

Wenn ein Kandidat zwei Jahre nach dem Zeitpunkt der Ablegung der Teilprüfung aus Anatomie das 1. medizinische Rigorosum noch nicht bestanden hat oder vier Jahre nach Beginn des 2. Rigorosums das Doktorat noch nicht erlangt hat, wird er vom Medizinstudium sowie von der Erlangung des medizinischen Doktorgrades an einer inländischen Universität und ebenso von dessen Erwerbung auf Grund eines im Ausland erworbenen Diploms für immer ausgeschlossen. Diese Rechtsfolge tritt auch dann ein, wenn ein Kandidat trotz dreimaliger

Wiederholung nicht bei allen abzulegenden Prüfungen mindestens die Note *genügend* erhält.

Die zweijährige Frist für die Ablegung des ersten medizinischen Rigorosums kann vom Professorenkollegium in Ausnahmefällen verlängert werden, wenn der Kandidat glaubhaft machen kann, daß er das erste Rigorosum unverschuldeterweise nicht rechtzeitig vollendet hat.

Eine Verlängerung der vierjährigen Frist für die Ablegung der Prüfungen des zweiten und dritten Rigorosums wurde durch das Inkrafttreten des § 31 des Allgemeinen Hochschulstudiengesetzes⁹ in folgender Weise geregelt: Zwischen den einzelnen Teilprüfungen des Rigorosums dürfen nicht mehr als drei Semester verstreichen. Liegt jedoch ein wichtiger Grund vor, hat der Präses der zuständigen Prüfungskommission diese Frist zu verlängern.

Studenten an den medizinischen Fakultäten

In den folgenden Abschnitten soll ein geordneter Überblick über Studentenzahlen und Studienverlauf an den medizinischen Fakultäten gegeben werden. Dazu werden sowohl Daten der österreichischen Hochschulstatistik als auch — im Kapitel *Studiendauer und Studienerfolg* — die Ergebnisse eigens durchgeführter Erhebungen herangezogen. Es soll sowohl festgestellt werden, inwieweit die bestehenden Ausbildungsstätten dem Bedarf an Ärztenachwuchs genügen können, als auch, inwieweit sie der Nachfrage nach Ausbildungsstätten gewachsen sind.

In den folgenden statistischen Darstellungen wird vor allem das Problem der Nachfrage nach Ausbildungsplätzen näher umrissen. Zugleich betrifft die Analyse der Zusammensetzung der Studierenden die Frage des potentiellen Ärztenachwuchses: So zum Beispiel bewirkt die Verlängerung der Studiendauer eine gewisse Verkürzung der Dauer ärztlicher Berufstätigkeit; die Höhe des Frauenanteils ist insofern interessant, als diese durchschnittlich eine weit geringere Zahl von Jahren ihren Beruf ausüben als ihre männlichen Kollegen; Ausländer wiederum verbleiben nur zu einem kleinen Teil in Österreich, weshalb sie als Nachwuchspotential wenig ins Gewicht fallen, und ähnliches mehr.

Derzeitige Hörerbestände an den medizinischen Fakultäten Österreichs

Den folgenden statistischen Darstellungen werden nur die Zahlen der ordentlichen Hörer zugrunde gelegt. Die außerordentlichen Hörer und Gasthörer¹ können bei der vorliegenden Untersuchung praktisch vernachlässigt werden, da von den Studierenden der Studienrichtung Medizin 99 Prozent aller Studenten als ordentliche Hörer immatrikuliert sind (Tabelle 1).

Tabelle 1 **Studierende der Medizin im Wintersemester 1969/70, gegliedert nach ordentlichen, außerordentlichen und Gasthörern und nach Fakultäten**

	Wien		Graz		Innsbruck		Österreich	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ordentliche Hörer	4.056	99	1.589	99	1.420	99	7.065	99
Außerordentliche Hörer	—	—	—	—	—	—	—	—
Gasthörer*	61	1	20	1	15	1	96	1
Studierende insgesamt	4.117	100	1.609	100	1.435	100	7.161	100

* In diesen Zahlen sind auch Ärzte enthalten, die den zahnärztlichen Lehrgang absolvieren.

Die Gesamtzahl der Medizinstudenten (ordentliche Hörer) betrug im Wintersemester 1969/70 also 7065; das sind 14,4 Prozent aller Studenten an österreichischen wissenschaftlichen Hochschulen.

Von den Medizinstudenten entfielen 57,5 Prozent auf Wien, 22,5 Prozent auf Graz und 20 Prozent auf Innsbruck.

29 Prozent aller Medizinstudenten waren Ausländer. Wie Abbildung 1 zeigt, weist die medizinische Fakultät Innsbruck den höchsten Ausländeranteil auf.

Abbildung 1 Verteilung der Medizinstudenten auf die einzelnen Hochschulorte im Wintersemester 1969/70

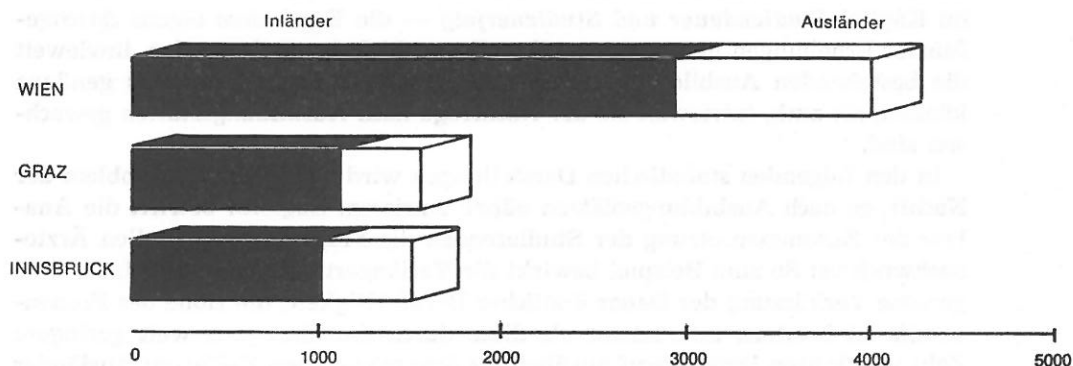


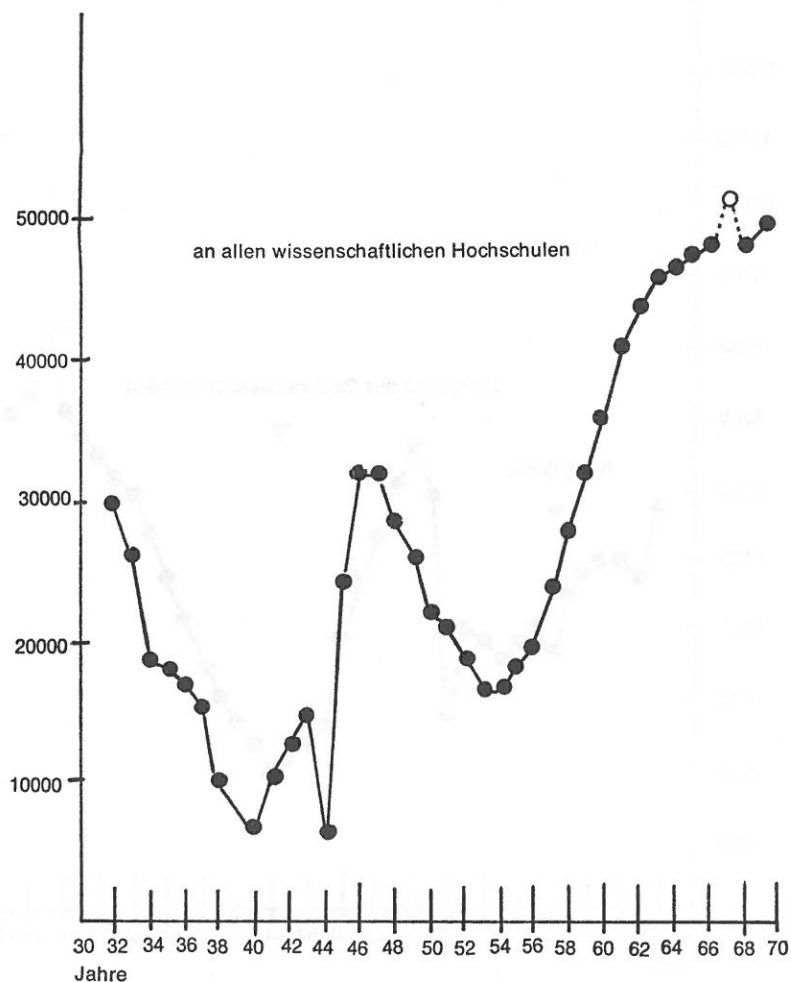
Tabelle 2 (zu Abbildung 1)

	Wien		Graz		Innsbruck	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Ausländer	1.166	29	464	29	443	31
Inländer	2.890	71	1.125	71	977	69
Insgesamt	4.056	100	1.589	100	1.470	100

Die Entwicklung der Hörerzahlen

Betrachtet man die historische Entwicklung der Gesamtzahlen der Studenten an den wissenschaftlichen Hochschulen Österreichs in den letzten vier Dezennien (ab 1932), so ist zunächst ein stetes Absinken vom Studienjahr 1932/33 bis zum Kriegsausbruch erkennbar (siehe Abbildung 2 und Tabelle A 1 im Anhang). Die entsprechende Entwicklung in der Studienrichtung Medizin weist zwar ebenfalls eine sinkende Tendenz auf, jedoch weit weniger ausgeprägt (Abbildung 2 a). So betrug im Jahre 1932 der Anteil der Mediziner an allen Studenten 19 Prozent, im Jahre 1938 hingegen bereits 34 Prozent (Tabelle A 1 im Anhang). Die

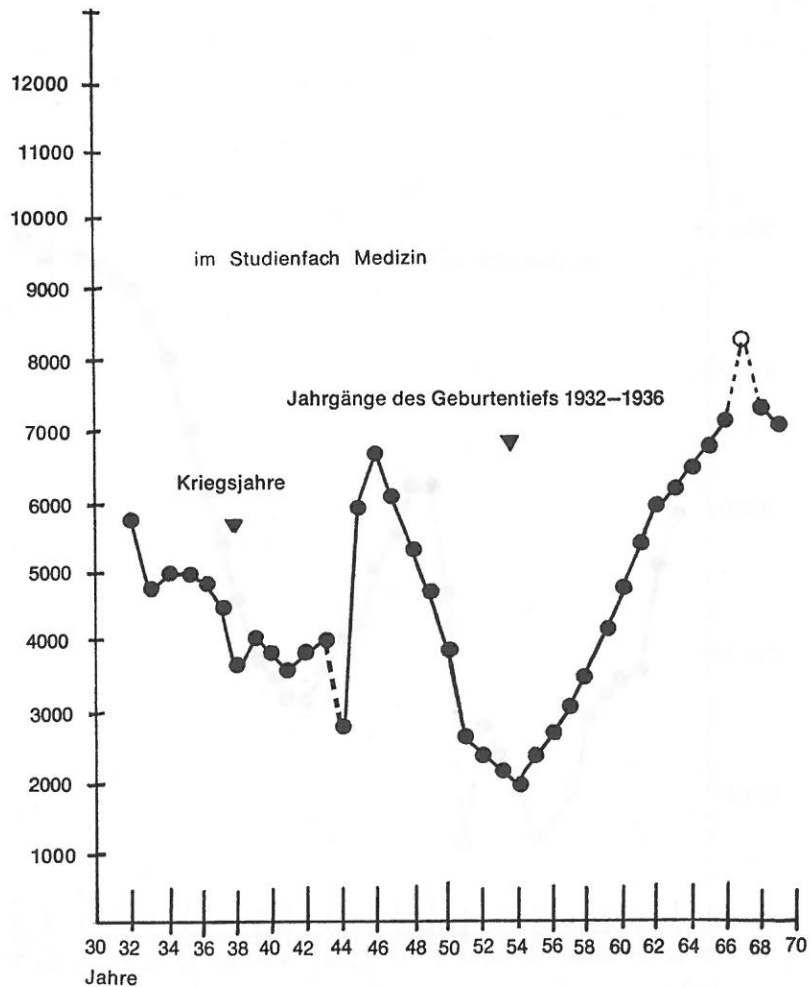
Abbildung 2 **Anzahl der Studierenden in den Jahren 1930 bis 1970**
 (Ordentliche Hörer an allen wissenschaftlichen Hochschulen je Wintersemester)



Gründe hierfür sind durch die damaligen wirtschaftlichen und politischen Verhältnisse gegeben.

In den Kriegsjahren blieb die Zahl der Medizinstudenten relativ konstant. Dies ist damit zu erklären, daß das Medizinstudium im Krieg besonders gefördert wurde. Im Studienjahr 1944/45 war die Zahl der Studenten und auch der Medizinstudenten am niedrigsten. In den unmittelbaren Nachkriegsjahren überstieg die jeweilige Zahl der Medizinstudenten die Vorkriegszahlen und erreichte beispielsweise im Jahre 1946/47 die doppelte Höhe des Jahres 1938/39. Vom

Abbildung 2 a **Anzahl der Studierenden in den Jahren 1930 bis 1970**
 (Ordentliche Hörer im Studienfach Medizin je Wintersemester)

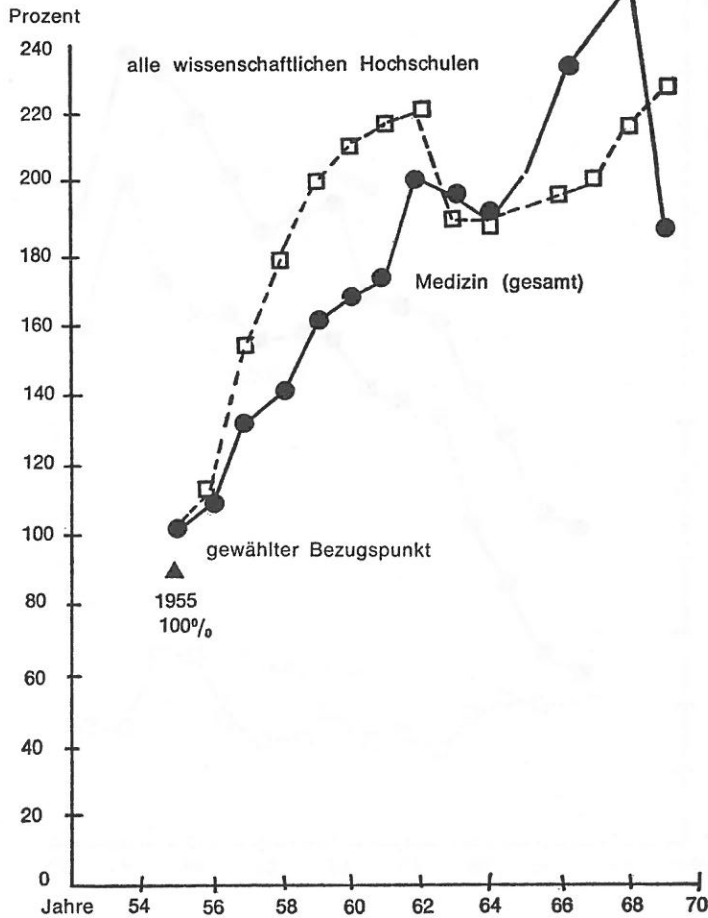


Studienjahr 1947/48 an sank die Zahl der Medizinstudenten jährlich konstant ab und erreichte im Jahre 1954/55 mit 1955 Hörern einen Tiefpunkt. Diese rückläufige Entwicklung gilt nicht nur für die Medizinstudenten.

In der Folge ist eine ständig steigende Tendenz zu beobachten, welche im Studienjahr 1966/67 zu der bis heute etwa gleichgebliebenen Hörerzahl von rund 7100 bis 7200 führt².

Der prozentuelle Anteil der Medizinstudenten an der Gesamtzahl der Studierenden hat sich nach den hohen Werten der Kriegs- und unmittelbaren Nach-

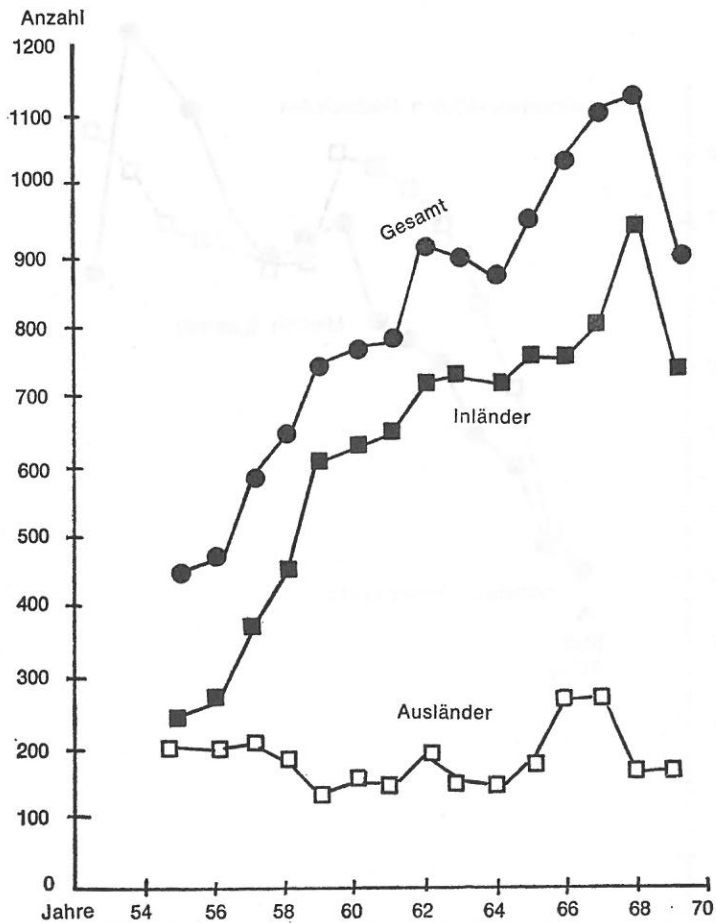
Abbildung 3 a Vergleich der Veränderung der Studienanfänger in Medizin und an allen wissenschaftlichen Hochschulen



kriegszeit seit etwa 1951/52 auf einen ziemlich konstant bleibenden Wert von 13 bis 15 Prozent eingespielt.

Während sich die Zahl der Studierenden an wissenschaftlichen Hochschulen insgesamt zwischen den Tiefpunkten der Jahre 1953/54 und 1954/55 sowie den letzten Studienjahren 1967/68 und 1968/69 verdreifacht hat, stieg die Zahl der Medizinstudenten im gleichen Zeitraum auf das Dreieinhalbfache. Daraus ist zu verstehen, welche enorme Belastung dies für die Hochschuleinrichtungen bedeutet.

Abbildung 3 Studienanfänger Medizin



Die Entwicklung der Studienanfängerzahlen ab 1955/56

Wie bei den Studienanfängern an allen wissenschaftlichen Hochschulen, war auch bei den erstsemestrigen Medizinern in der Zeit von 1955/56 bis 1968/69 eine deutlich steigende Tendenz zu verzeichnen (Abbildung 3 und Abbildung 3 a; vergleiche auch Tabelle A 8 im Anhang).

Die Anstiegsrate liegt bei den Medizinerinnen zwar in vergleichbarer Größenordnung wie bei den anderen Studienrichtungen, unterscheidet sich jedoch im zeitlichen Ablauf und auf Grund des relativ hohen Ausländeranteils.

Die Zahl der inländischen Studienanfänger (der Wintersemester), die bei Trendberechnungen für den Ärztenachwuchs Bedeutung hat, stieg bis 1968/69 im Vergleich zum Jahre 1955/56 (= 100 Prozent) auf 395 Prozent (von 241 auf 953), während die Erstsemestrigen aus dem Ausland, mit Ausnahme eines geringen Absinkens zwischen 1959/60 und 1961/62, in ihrer Zahl nur geringfügig schwankten.

Die Summe der inländischen und ausländischen Studienanfänger, die für die Belastung der Universität maßgeblich sind, stieg im Vergleich zu 1955/56 (= 100 Prozent) auf 246 Prozent im Jahre 1968/69. Im Vergleich dazu seien die entsprechenden Zahlen der Studienanfänger an allen wissenschaftlichen Hochschulen hervorgehoben (Inländer und Ausländer): der relative Anstieg gegenüber 1955/56 betrug hier im Jahre 1968/69 214 Prozent.

Im Studienjahr 1969/70 sank die Zahl der erstsemestrigen Mediziner sowohl bei den Inländern als auch bei den Ausländern merklich ab, die Inländer gegenüber dem Spitzenwert von 1968/69 um 23 Prozent, die Ausländer gegenüber dem Spitzenwert von 1967/68 um 43 Prozent. Ob es sich hierbei um ein Abbrechen des stetigen Aufwärtstrends der vorhergehenden Jahre oder nur um einen kurzfristigen Rückgang — hervorgerufen durch die intensive Kampagne von Seiten der Ärzteschaft zur Verminderung der Zahl der Studienanfänger — handelt, können erst die Zahlen der folgenden Jahre zeigen.

Von den medizinischen Studienanfängerinnen im Jahre 1969/70 entfielen auf die Medizinische Fakultät in Wien 48 Prozent (433), Graz 27,5 Prozent (246) und Innsbruck 24,5 Prozent (218)³.

Frauenanteil unter den Medizinstudenten

Einleitend wurde erwähnt, daß der Frauenanteil unter den Medizinstudenten hinsichtlich des Potentials für den Ärztenachwuchs von Bedeutung ist. Im Studienjahr 1969/70 waren 24 Prozent der Medizinstudenten weiblichen Geschlechts (ebenso 24 Prozent bei allen Studenten wissenschaftlicher Hochschulen); diesbezüglich gab es innerhalb der letzten zehn Jahre keine wesentlichen Veränderungen; eine steigende Tendenz des Frauenanteils ist nicht festzustellen. Auch der Frauenanteil unter den medizinischen Studienanfängerinnen bewegte sich in der Zeit von 1955/56 bis 1969/70 stets nahe bei 30 Prozent⁴. (Zu diesem Abschnitt siehe die Tabellen A 1, A 5, A 14 und A 18 im Anhang.)

Die Entwicklung der Promoventenzahlen an den medizinischen Fakultäten

Entwicklung und Anzahl der Promoventen sind für die Berechnung des ärztlichen Nachwuchspotentials von unmittelbarer Bedeutung.

Abbildung 4 **Jährliche Promotionszahlen von Medizinern**
(nur Inländer)

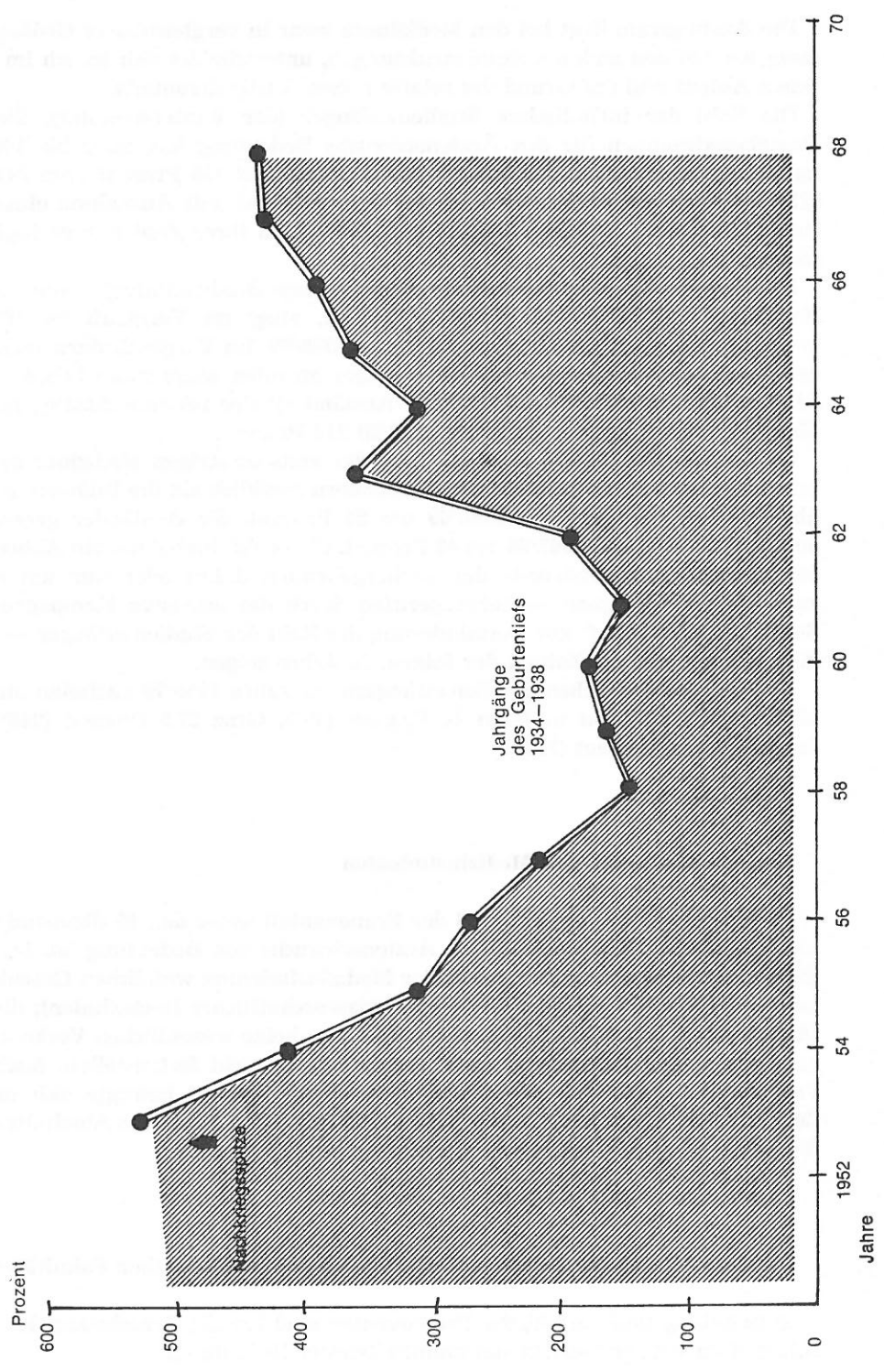


Abbildung 5 **Prozentanteil ausländischer Studierender**
(ordentliche Hörer)

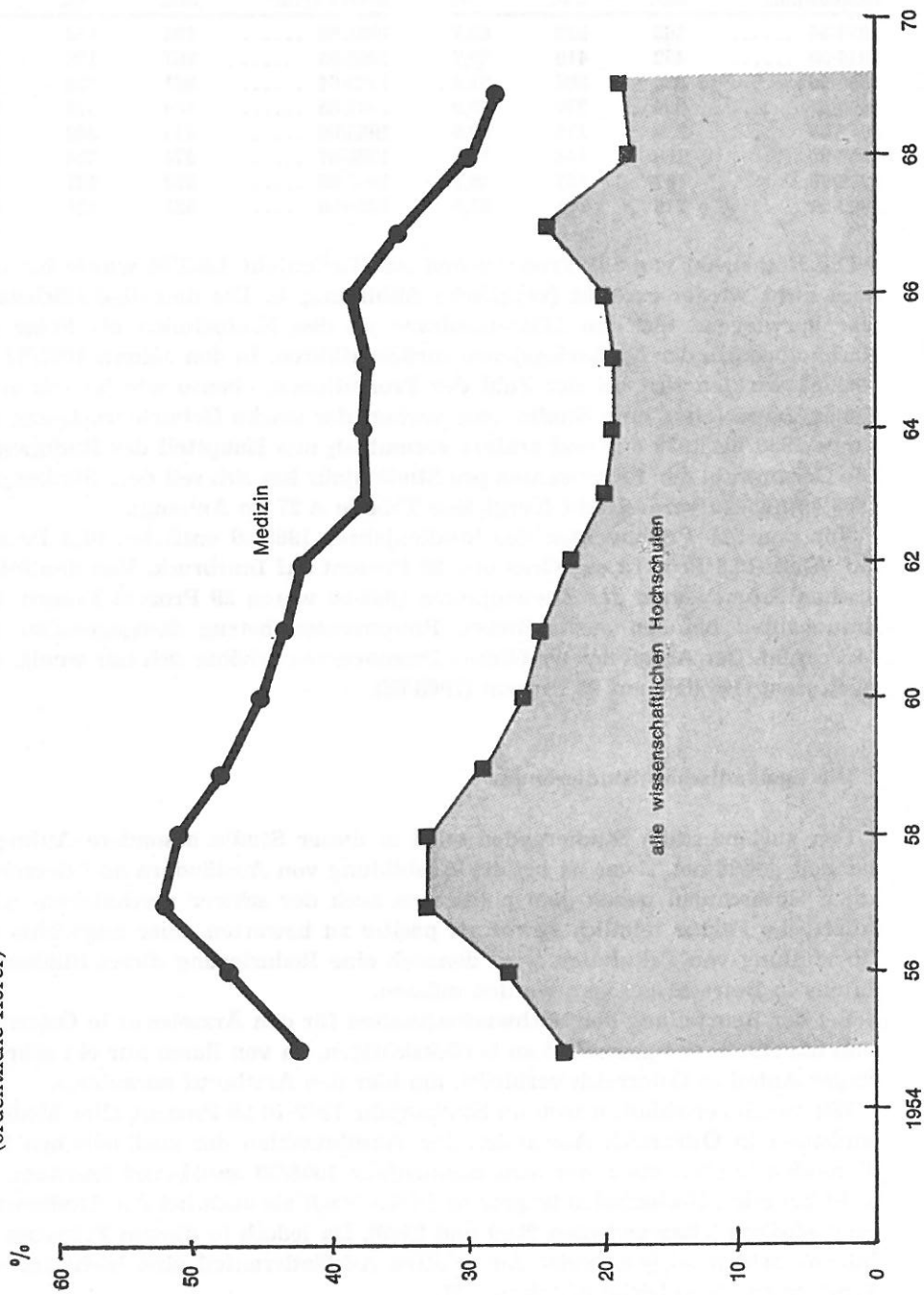


Tabelle 3 Promotion von Medizinern an den österreichischen Hochschulen in den Jahren 1953/54 bis 1968/69

Studienjahr	Insgesamt			Inländer		
	abs.	abs.	%	abs.	abs.	%
1953/54	563	522	92,7	194	148	76,3
1954/55	452	410	90,7	267	196	73,4
1955/56	335	307	91,6	361	258	71,5
1956/57	300	270	90,0	430	319	74,2
1957/58	239	215	90,0	448	362	80,8
1958/59	168	142	84,5	474	384	81,0
1959/60	197	159	80,7	529	427	80,5
1960/61	216	176	81,5	521	421	80,8

Die Höchstzahl von 563 Promoventen im Studienjahr 1953/54 wurde bis 1968 noch nicht wieder erreicht (vergleiche Abbildung 4). Die damalige Höchstzahl war vorwiegend auf den Massenandrang zu den Hochschulen als Folge des Nachholbedarfs der Nachkriegsjahre zurückzuführen. In den Jahren 1957/58 bis 1962/63 wirkten sich bei der Zahl der Promotionen, ebenso wie jeweils zirka sieben Jahre (etwa eine Studienzeit) vorher, der starke Geburtenrückgang der Jahre 1930 bis 1938 aus und erklärt vermutlich den Hauptteil des Rückganges. Die Gesamtzahl der Promoventen pro Studienjahr hat sich seit dem Studienjahr 1958/59 nahezu verdreifacht (vergleiche Tabelle A 27 im Anhang).

Von den 521 Promoventen des Studienjahres 1968/69 entfielen 61,2 Prozent auf Wien, 18,8 Prozent auf Graz und 20 Prozent auf Innsbruck. Von den inländischen Promoventen des Studienjahres 1968/69 waren 29 Prozent Frauen. Der Frauenanteil bei den ausländischen Promoventen betrug demgegenüber nur 14 Prozent. Der Anteil der weiblichen Promoventen erhöhte sich nur wenig, von 23 Prozent (1952/53) auf 26 Prozent (1968/69).

Die ausländischen Studierenden

Den ausländischen Studierenden wird in dieser Studie besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Zwar ist bei der Ausbildung von Ausländern an österreichischen Hochschulen neben dem politischen auch der schwer abschätzbare wirtschaftliche Faktor letztlich gewiß als positiv zu bewerten, aber angesichts der Überfüllung von Fakultäten wird dennoch eine Reduzierung dieses Studentenanteils in Betracht gezogen werden müssen.

Bei der Beurteilung der Nachwuchssituation für den Ärzteberuf in Österreich sind die Ausländer gesondert zu berücksichtigen, da von ihnen nur ein sehr geringer Anteil in Österreich verbleibt, um hier den Arztberuf auszuüben.

Wie bereits erwähnt, waren im Studienjahr 1969/70 29 Prozent aller Medizinstudenten in Österreich Ausländer. Die Absolutzahlen der ausländischen Studierenden blieben etwa seit dem Studienjahr 1958/59 annähernd konstant, sowohl bei allen Hochschulen insgesamt (zirka 9000) als auch bei der Studienrichtung Medizin (etwa zwischen 2000 und 2500). Da jedoch in diesem Zeitraum die Inländerzahlen stiegen, weist der relative Ausländeranteil eine leicht fallende Tendenz auf (vergleiche Abbildung 5).

Während der Anteil der Ausländer an allen wissenschaftlichen Hochschulen Österreichs seit 1962/63 von 23 auf 18 Prozent sank, nahm er an den medizinischen Fakultäten in demselben Zeitraum etwas stärker (von 43 auf 29 Prozent) ab. (Tabelle A 13 im Anhang; für den historischen Gesamtüberblick siehe Tabelle A 2 im Anhang.)

Der Anteil der ausländischen Medizinstudenten in Österreich ist im Vergleich zu Deutschland (12 Prozent⁵) und der Schweiz (26 Prozent⁶) relativ hoch. Bei diesem Vergleich ist jedoch auch die Größe des Landes als eigener Faktor zu berücksichtigen.

Von allen Studienanfängern an den medizinischen Fakultäten waren 1969/70 18 Prozent (163) Ausländer (Tabelle A 10 im Anhang). Der Ausländeranteil unterliegt infolge politischer und bildungspolitischer Maßnahmen in den Herkunftsländern immer wieder stärkeren Schwankungen.

Die Tatsache, daß der Ausländeranteil bei den Studienanfängern mit 18 Prozent niedriger ist als der Anteil an den Medizinstudenten überhaupt, 29 Prozent, ist sowohl darauf zurückzuführen, daß ausländische Studierende gerade für das Vorklinikum mehr Zeit benötigen als die Inländer, als auch darauf, daß manche Ausländer nur einzelne Semester (meist im klinischen Studienabschnitt) in Österreich belegen⁷.

Betrachtet man die Verteilung der ausländischen Medizinstudenten auf die einzelnen Hochschulorte, so waren im Studienjahr 1969/70 56 Prozent der Ausländer in Wien, 21,5 Prozent in Graz und 21,5 Prozent in Innsbruck inskribiert (vergleiche Tabelle 2). Die Entwicklung des relativen Anteils ausländischer Studenten an allen Medizinstudenten zwischen 1955/56 und 1969/70 verlief an den einzelnen Hochschulorten nicht ganz parallel (Tabelle 4). Wien hatte die geringste und Innsbruck die stärkste Abnahme zu verzeichnen (vergleiche auch Tabelle A 6 im Anhang).

Tabelle 4 **Veränderungen des Anteils ausländischer Medizinstudenten nach Hochschulorten (in Prozent)**

Mittelwerte*	Wien	Graz	Innsbruck	Gesamt
1955/56 bis 1959/60	42,7	47,3	65,7	48,4
1960/61 bis 1964/65	37,7	37,2	55,9	45,5
1965/66 bis 1969/70	32,1	29,4	42,6	34,0

* Die Berechnung von Mittelwerten scheint auf Grund der etwas unregelmäßigen Schwankungen zwischen einzelnen Jahren zur Vermittlung eines Bildes von der allgemeinen Tendenz geeigneter als einzelne Jahresvergleiche.

Die Frage nach den Herkunftsländern der ausländischen Medizinstudenten ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung: Betrachtet man die Ausbildung ausländischer Studierender unter anderem als kulturpolitische Aufgabe Österreichs, so kommt den einzelnen Ländern in diesem Sinne unterschiedlicher Stellenwert zu. In vielen Fällen geht es um eine Form der Entwicklungshilfe, in anderen wieder um die Aufnahme von Studenten aus hochentwickelten Staaten, die infolge von Zulassungsbeschränkungen das Studium in ihrem Land nicht beginnen können.

Aus Tabelle 5 ist ersichtlich, daß ein Großteil der ausländischen Medizinstu-

dentem, und zwar mehr als die Hälfte, aus europäischen Staaten kommt. Die zweitgrößte Gruppe der ausländischen Studenten kommt aus asiatischen Staaten (vergleiche dazu die Tabellen A 15, A 16 und A 17 im Anhang).

Tabelle 5 Herkunft der ausländischen Medizinstudenten in Österreich

	1956/57		1961/62		1969/70	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Europa	936	74,3	1.333	55,9	1.363	65,7
Afrika	105	8,3	168	7,0	62	3,0
Amerika	54	4,3	84	3,5	82	4,0
Asien	135	10,7	769	32,3	524	25,3
Australien	—	—	2	0,1	1	0,0
ungeklärt	31	2,4	28	1,2	41	2,0
Gesamt	1.261	100,0	2.384	100,0	2.073	100,0

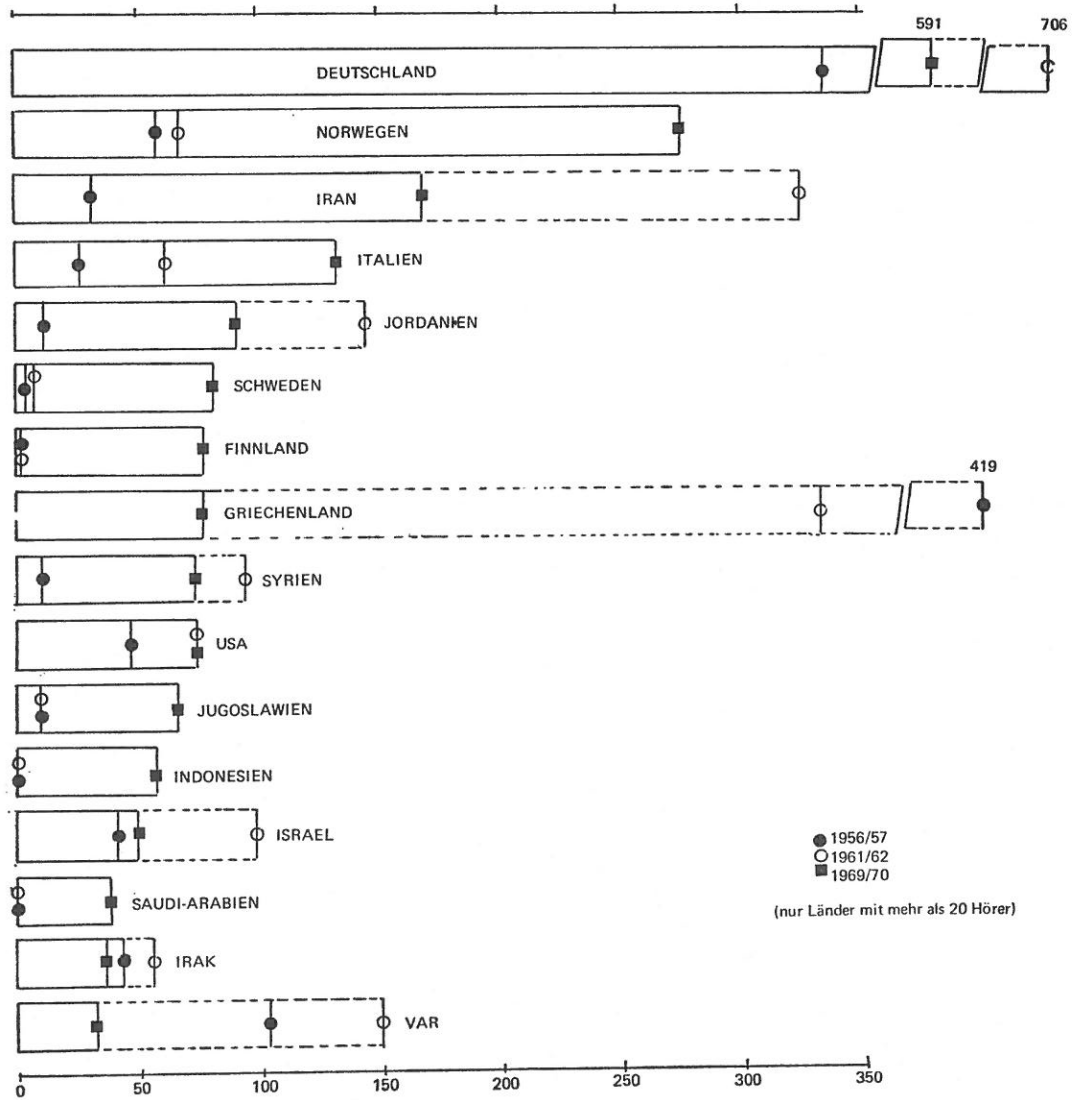
In den Studienjahren 1961 und 1969 überwiegen die Studenten aus Deutschland (Tabelle 6), was auch darauf zurückzuführen ist, daß ein Teil dieser Studenten in Österreich nur wenige Semester inskribiert. Die Anzahl der Studenten aus Deutschland und den skandinavischen Ländern nimmt deutlich zu (vermutlich als Folge der neu eingeführten Zulassungsbeschränkungen). Die Anzahl griechischer, persischer und ägyptischer Studenten ist im Studienjahr 1969/70 gegenüber dem Jahr 1961 wesentlich geringer, was vor allem auf politische Umstände zurückzuführen sein dürfte (siehe Tabelle 6 und Abbildung 6)

Tabelle 6 Ausgewählte Herkunftsländer ausländischer Medizinstudenten

Staaten	1956/57		1961/62		1969/70	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Bundesrepublik Deutschland ..	332	26,3	706	29,6	591	28,5
Norwegen	43	3,4	61	2,6	275	13,3
Iran	25	2,0	331	13,9	168	8,1
Italien	22	1,7	57	2,4	139	6,7
Jordanien	14	1,1	144	6,0	88	4,2
Schweden	2	0,2	7	0,3	76	3,7
Finnland	1	0,1	2	0,1	73	3,5
Griechenland	419	33,2	336	14,1	72	3,5
USA	47	3,7	73	3,1	70	3,4
Syrien	4	0,3	92	3,1	70	3,3
Indonesien	1	0,1	3	0,1	53	2,6
Israel	69	5,5	97	4,1	48	2,3
Irak	37	2,9	52	2,2	31	1,5
VAR	103	8,1	150	6,3	30	1,4
Nigeria	1	0,1	8	0,3	11	0,5
Schweiz	28	2,2	25	1,0	10	0,5
Ungarn	34	2,7	107	4,5	6	0,3

Die Ergebnisse aus Tabelle 6 berechtigen zu der Aussage, daß die Ausbildung ausländischer Medizinstudenten weniger eine Hilfeleistung an Entwicklungsländer darstellt, als vielmehr Ärztenachwuchs für hochentwickelte Staaten liefert.

Abbildung 6 **Ausländische Studenten der Medizin nach Herkunftsländern**
 Ordentliche Hörer (nur Länder mit mehr als 20 Hörern)



Studiendauer und Studienerfolg

Der folgende Abschnitt stellt sich zur Aufgabe, Grundlagen für nachstehende Aussagen zu erarbeiten:

In welchem Alter schließen Medizinstudenten ihr Studium ab (Studiendauer, Altersstruktur)?

Welcher Anteil der Studienanfänger eines Jahrganges schließt das Medizinstudium erfolgreich ab (Retentionsrate)?

Was ist im besonderen für Dauer und Erfolgsquote des Medizinstudiums verantwortlich?

Dazu ist es erforderlich, die Altersverteilung der Studenten bei Studienbeginn und Promotion zu behandeln, soweit sich dies aus der Hochschulstatistik ergibt. Zur Beantwortung der übrigen Fragen werden Ergebnisse einer für diese Studie durchgeführten Längsschnittuntersuchung¹ herangezogen.

Alter bei Beginn des Medizinstudiums

Das Medizinstudium wird in weit höherem Maße als andere Studien bereits sehr bald nach Abschluß der Reifeprüfung in Angriff genommen. In Tabelle 7 zeigt sich sehr deutlich, daß Medizinstudenten nur in seltenen Fällen bereits vorher ein anderes Studium abgeschlossen oder abgebrochen haben und daß 84 Prozent der Studienanfänger 20 Jahre oder jünger waren (Wintersemester 1967/68)².

Tabelle 7 **Neuinskribenten verschiedener Studienrichtungen des Wintersemesters 1967/68 nach Alter bei Studienantritt und Vorstudien**
(in Prozent von 100 Erstinskribenten)

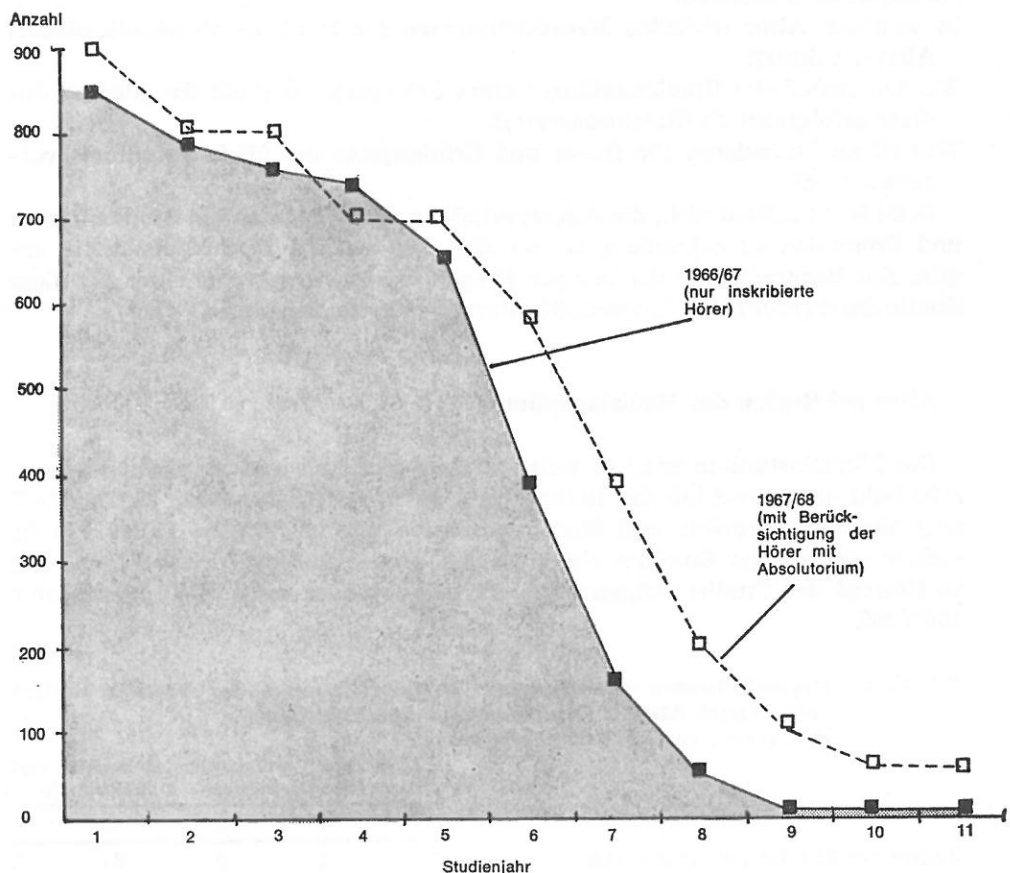
	1 Medizin Staatswissenschaften	2 Technik	3 Rechts- und Philosophie	4
	1	2	3	4
Vorher ein Studium abgeschlossen	1	2	6	3
Vorher ein Studium abgebrochen	7	7	13	13
Alter 20 Jahre oder jünger	84	69	61	75

Nur 8,6 Prozent aller Studienanfänger sind 22 Jahre oder älter. Sollte das derzeit sistierte 9. Schuljahr an Allgemeinbildenden Höheren Schulen eingeführt werden, werden vermutlich nur noch etwa 64 Prozent aller Studienanfänger an den medizinischen Fakultäten weniger als 21 Jahre alt sein. Schon im Studienjahr 1967/68 dürfte sich die Neuregelung bezüglich des Präsenzdienstes (kein

Gewähren von Aufschub wegen Beginns eines Hochschulstudiums) auf die Altersstruktur der Studienanfänger ausgewirkt haben³.

Nur im Studienjahr 1968/69 kann die Altersverteilung aller Medizinstudenten dargestellt werden, da in diesem Jahr auch jene in der Statistik aufscheinen, die bereits zu den Abschlußprüfungen zugelassen sind (und daher nicht mehr inskribieren). Wie aus Tabelle A 22 (im Anhang) zu entnehmen ist, sind von allen Medizinstudenten 29 Prozent bis 20 Jahre alt, 59 Prozent zwischen 21 und 25 Jahren und 12 Prozent älter als 25 Jahre.

Abbildung 7 **Verteilung der österreichischen Medizinstudenten auf die einzelnen Studienjahre**



Interessant für die Frage der Studiendauer an den medizinischen Fakultäten ist jedoch die Verteilung der Studierenden auf die einzelnen Studienjahre. Tabelle 8 stellt die aus der Hochschulstatistik der Jahre 1966/67 ermittelte Verteilung jener des Studienjahres 1967/68 gegenüber, um zu demonstrieren, welche Fehleinschätzungen sich aus der Nichtberücksichtigung der Studenten im Absolutorium ergeben (vergleiche Abbildung 7 und Tabelle 8).

Tabelle 8 **Verteilung der österreichischen Medizinstudenten auf die einzelnen Studienjahre** (inskribierte ordentliche Hörer)

	1966/67		1967/68		
	abs.	%	abs.	%	
1. Studienjahr	853	19,3	896	16,9	
2. Studienjahr	791	17,9	805	15,2	
3. Studienjahr	767	17,4	790	14,9	
4. Studienjahr	739	16,7	695	13,1	
5. Studienjahr	660	14,9	696	13,1	73,2
6. Studienjahr	386	8,7	570	10,9	
7. Studienjahr	162	3,7	385	7,3	18,2
8. Studienjahr	47	1,1	228	4,3	
9. Studienjahr	10	0,2	118	2,2	
10. Studienjahr	5	0,1	54	1,0	
11. Studienjahr und mehr	3	—	43	0,8	
unbekannt	2	—	16	0,3	8,6
zusammen	4.225	100,0	5.296	100,0	

Während im Jahre 1966/67 87 Prozent aller Hörer innerhalb der ersten zehn Semester aufscheinen, sind es im Jahre 1967/68 nur noch 74 Prozent, wobei sich auch die absoluten Hörerstände sehr beträchtlich unterscheiden. Aus diesen Unterschieden läßt sich schätzen, daß etwa 16 Prozent aller Medizinstudenten (1967/68) sich im Stadium der Abschlußprüfungen befinden. Insgesamt befinden sich 16 Prozent aller Medizinstudenten im 7. oder einem höheren Studienjahr.

Daraus allein lassen sich noch keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Studiendauer ziehen. Etwas klarer wird das Bild jedoch, wenn man die Altersverteilung der Promoventen betrachtet (siehe Abbildungen 8 und 8 a).

Abbildung 8 zeigt, daß mehr als die Hälfte aller, die das Medizinstudium im Jahre 1966/67 erfolgreich abschlossen, das 26. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten. Vor Erreichung des 29. Lebensjahres hatten mehr als 90 Prozent aller inländischen Studenten, die überhaupt das Medizinstudium erfolgreich abschlossen, promoviert.

Für die Ausländer verschiebt sich die Altersverteilung der Promoventen ziemlich stark nach oben, was sowohl auf höheres durchschnittliches Alter bei Studienbeginn als auch auf die Verpflichtung zur Inskription eines zusätzlichen praktisch-klinischen Semesters sowie auf längere Studiendauer — vor allem in vorklinischen Semestern (Anpassungsschwierigkeiten) — zurückzuführen ist.

Retentionsraten an den medizinischen Fakultäten

Wie aus dem Vorhergegangenen deutlich wird, sind klare Aussagen über Retentionsraten, Studiendauer und Studienverlauf aus der Hochschulstatistik allein nicht möglich. Daher wurde eine gesonderte Längsschnittstudie der medizinischen Studienanfänger der Wintersemester 1956/57, 1958/59, 1961/62, 1963/64, 1965/66 und 1966/67 angestellt. Für die genannten Jahrgänge wurden alle in den Nationale und Prüfungsprotokollen enthaltenen Daten erhoben. Wie festgestellt

88 **Abbildung 8 Kumulative Altersverteilung der Promoventen an den medizinischen Fakultäten 1966/67**

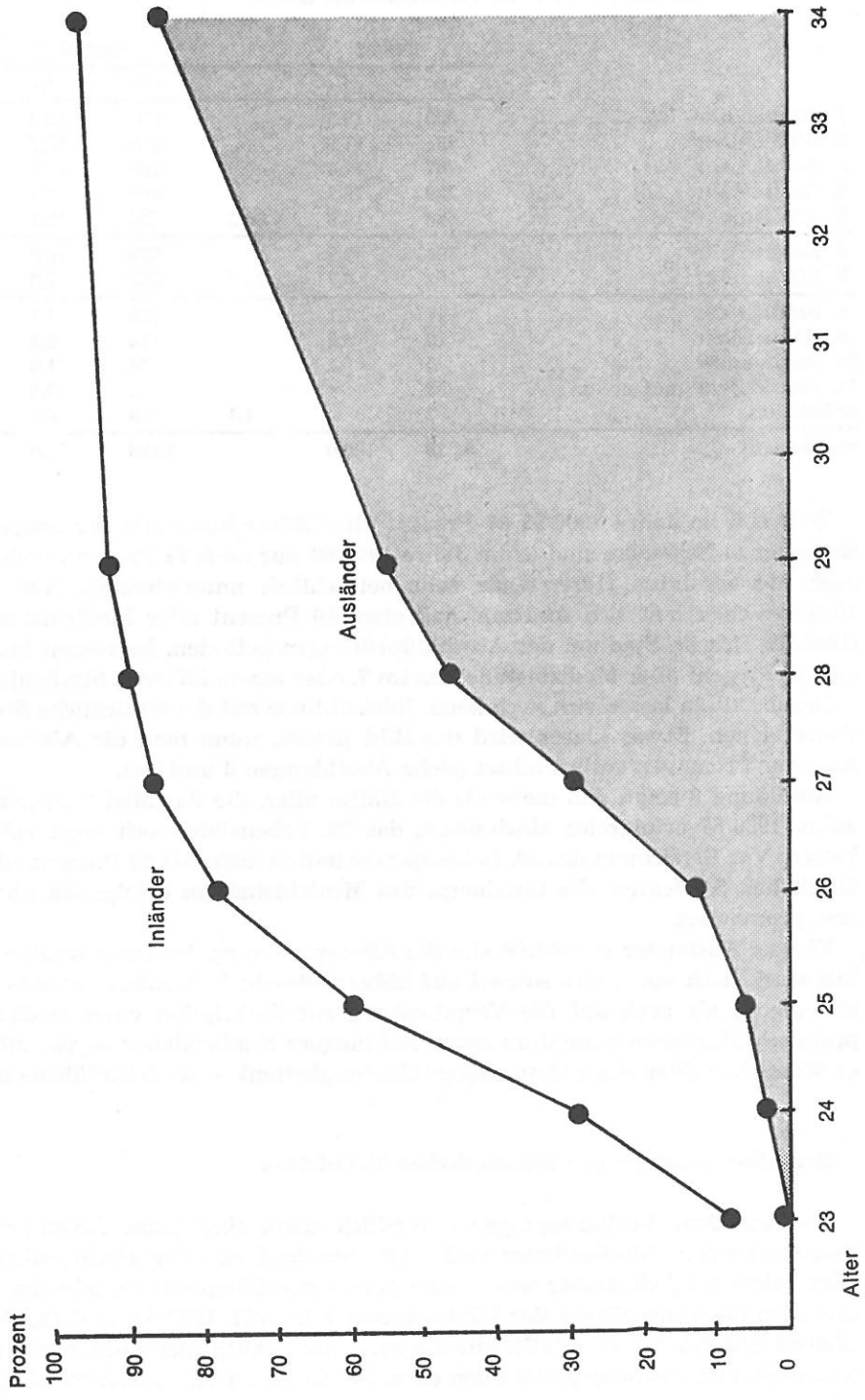
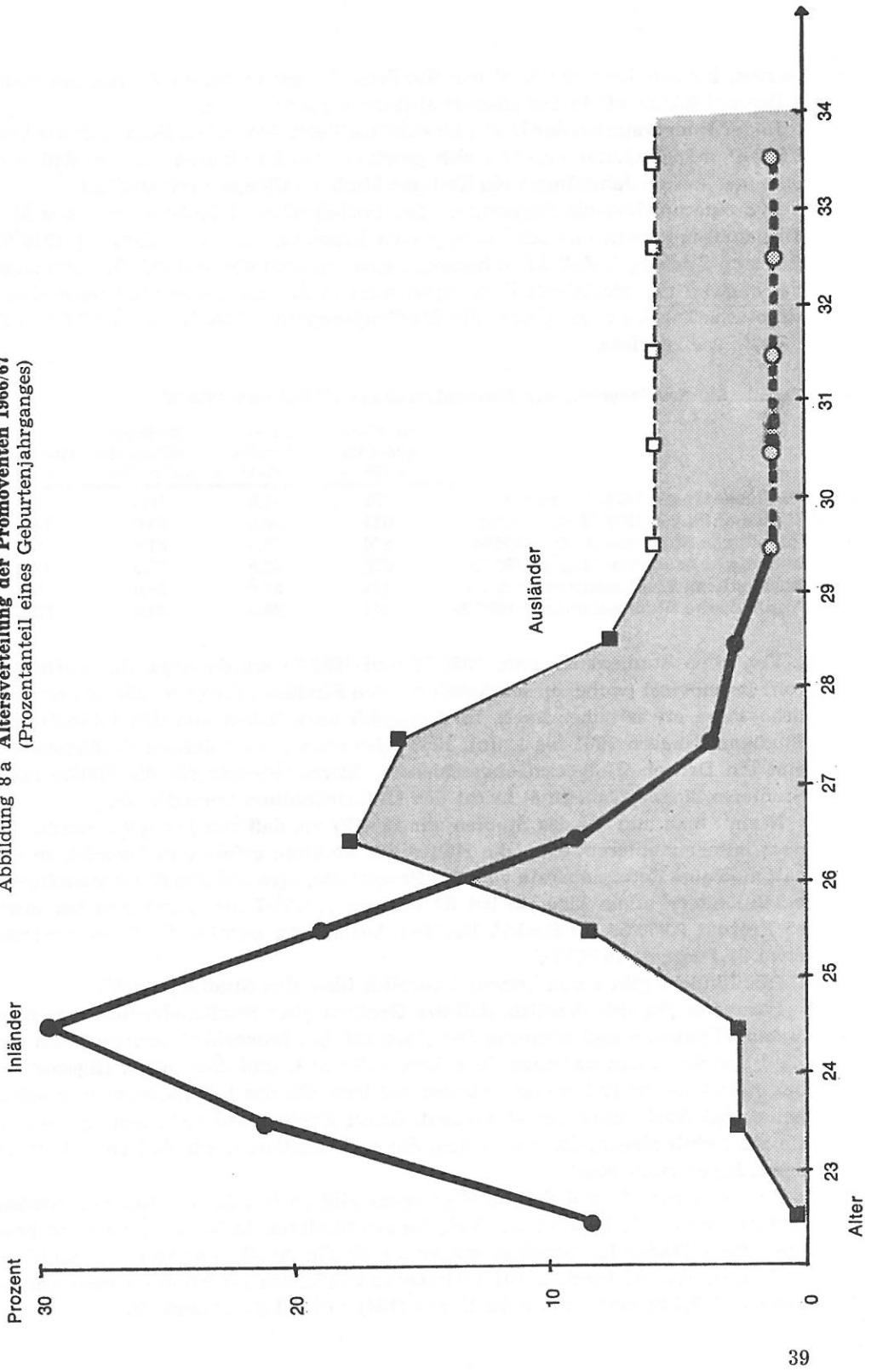


Abbildung 8 a Altersverteilung der Promoventen 1966/67
(Prozentanteil eines Geburtsjahrganges)



werden konnte, liegt die Zahl der Studienanfänger in diesen Jahren um etwa 4 Prozent höher, als in der Hochschulstatistik ausgewiesen.

In der Interpretation der Daten hinsichtlich Retentionsraten, Studiendauer und Verlauf des Studiums ergeben sich gewisse Schwierigkeiten daraus, daß von allen genannten Jahrgängen ein Teil der Studienanfänger noch studiert.

Für eine annähernde Berechnung der tatsächlichen Retentionsraten des Medizinstudiums kann aus der vorliegenden Erhebung nur der Jahrgang 1956/57 (bis zum Stichtag 1. Juli 1968) herangezogen werden: ein Teil der Studierenden hat nämlich das Medizinstudium selbst nach 12 Jahren Dauer noch nicht abgeschlossen. Tabelle 8 vergleicht die Studienjahrgänge 1956/57 und 1958/59 nach ihrem Studienerfolg.

Tabelle 8 Studienerfolg der Studienjahrgänge 1956/57 und 1958/59

	Studien- anfänger = 100 %	davon bereits promoviert	Medizin- studium ab- gebrochen	studieren noch
Studienanfänger 1956/57 insgesamt ..	505	45,0	46,0	9,0
Studienanfänger 1958/59 insgesamt ..	695	50,5	35,0	14,5
Inländische Studienanfänger 1956/57..	276	55,0	37,0	8,0
Inländische Studienanfänger 1958/59..	472	61,0	28,0	11,0
Ausländische Studienanfänger 1956/57	229	32,0	59,0	9,0
Ausländische Studienanfänger 1958/59	223	28,0	49,0	23,0

Von allen Studienanfängern 1956/57 und 1958/59 wurde etwa die Hälfte bereits promoviert (wobei dieser Anteil bei den Studienanfängern 1958/59 erstaunlicherweise etwas höher liegt). Im Vergleich dazu haben von den inländischen Studienanfängern 1961 bis 1. Juli 1968 (also nach etwa 7 Jahren Studiendauer) erst ein Drittel erfolgreich abgeschlossen. Etwas weniger als die Hälfte aller Studienanfänger (Tabelle 8) bricht das Medizinstudium vorzeitig ab.

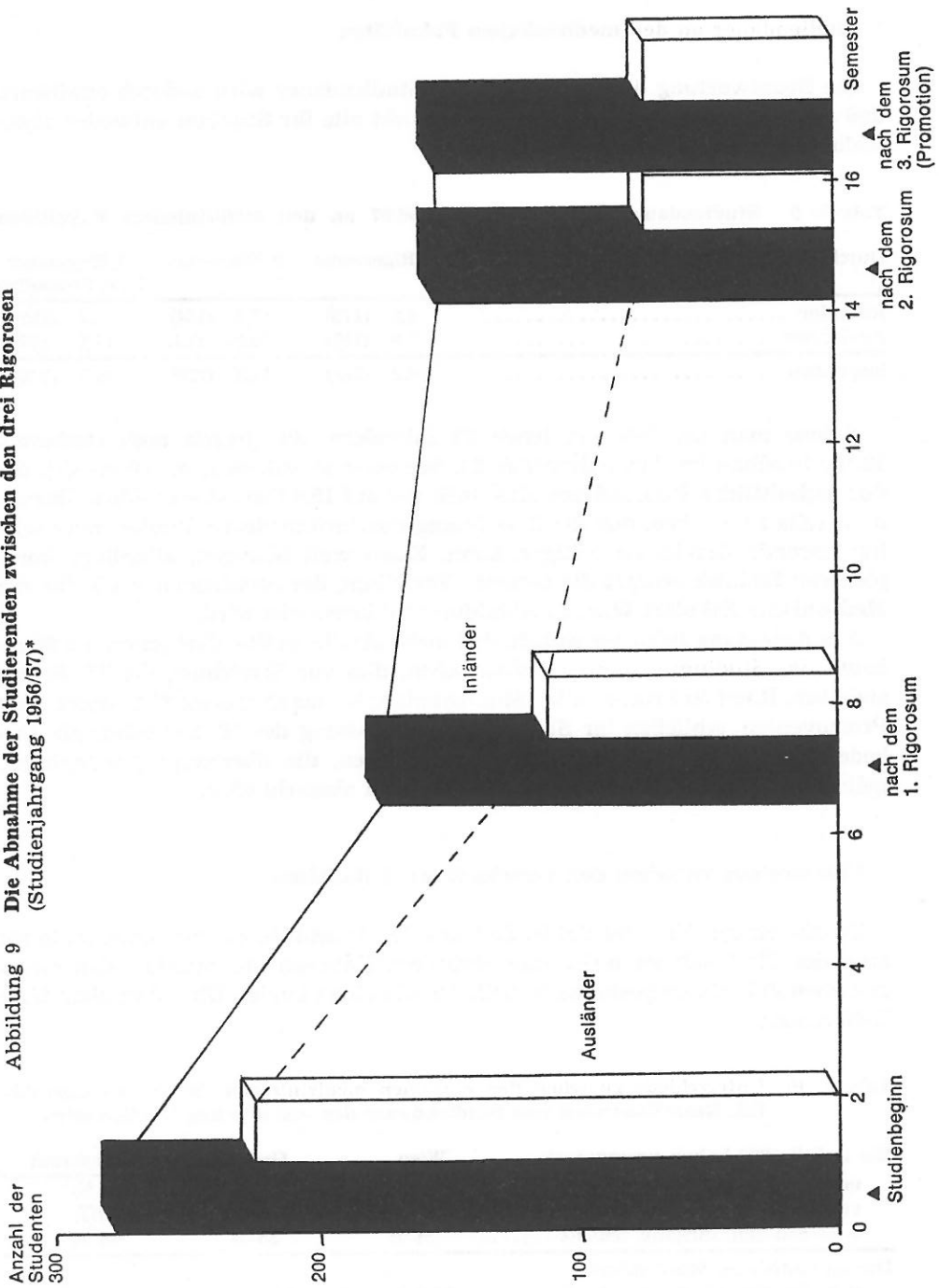
Nimmt man nun für das Studienjahr 1956/57 an, daß von jenen 9 Prozent, die noch immer studieren, etwa die Hälfte das Studium erfolgreich beendet, so erhält man eine Retentionsrate von 49,5 Prozent, bezogen auf alle Studienanfänger; bei Inländern allein läge sie bei 59 Prozent (1956/57 als Basis) und bei etwa 65 Prozent (1958/59 als Basis)⁴. Bei den Ausländern beträgt die Retentionsrate etwa 37 Prozent (1956/57).

Abbildung 9 gibt einen kurzen Überblick über den Studienprozeß⁵.

Daraus ergibt sich deutlich, daß der Großteil aller Studienabbrüche vor dem ersten Rigorosum und während desselben erfolgt. Immerhin verringert sich die Zahl der Studenten zwischen dem Abschluß des 1. und dem des 2. Rigorosums bei Inländern um 12 Prozent, bezogen auf jene, die das 1. Rigorosum bestanden haben, bei Ausländern um 31 Prozent. (Diese Zahlen sind nicht ganz genau, da sie nicht einbeziehen, daß von jenen, die noch studieren, ein Teil vor Abschluß des 2. Rigorosums steht.)

Zwischen dem 2. und dem 3. Rigorosum gibt es fast keine Studienabbrüche. Drückt man den Zeitpunkt der Aufgabe des Studiums in Semestern aus, so brechen die Inländer ihr Studium später ab als die Ausländer; von den Studienanfängern 1956/57 brachen 101 inländische Studenten ihr Studium nach durchschnittlich 7,5 Semestern, die Ausländer (134) nach 5,1 Semestern ab.

Abbildung 9 Die Abnahme der Studierenden zwischen den drei Rigorosen
(Studienjahrgang 1956/57)*



* Dieser Jahrgang wurde so behandelt, als zählten jene, die das Studium noch nicht abgeschlossen haben, zu den Studienabbrechern.

Studiendauer an den medizinischen Fakultäten

Die Beantwortung der Frage nach der Studiendauer wird dadurch erschwert, daß selbst vom Studienjahrgang 1956/57 nicht alle ihr Studium entweder abgeschlossen oder abgebrochen haben.

Tabelle 9 Studiendauer des Jahrgangs 1956/57 an den medizinischen Fakultäten

Durchschnittliche Semesterzahl bis	1. Rigorosum	2. Rigorosum	3. Rigorosum bzw. Promotion
Inländer	6,3 (176)	13,4 (154)	14,7 (152)
Ausländer	7,9 (110)	16,0 (76)	17,1 (74)
insgesamt	6,9 (286)	14,3 (230)	15,5 (226)

Nähme man an, daß von jenen 23 Inländern, die derzeit noch studieren, 12 ihr Studium im durchschnittlich 26. Semester abschließen, so würde sich die durchschnittliche Studiendauer aller Inländer auf 15,8 Semester erhöhen. Daraus ist bereits zu ersehen, daß die Berechnung *durchschnittlicher* Studiendauer sehr irreführende Ergebnisse zeitigen kann. Einen weit besseren, allerdings komplexeren Einblick erlaubt die gesamte Verteilung der Studiendauer, die für die Medizinische Fakultät Wien in Abbildung 10 dargestellt wird.

Aus Abbildung 10 ist ersichtlich, daß mehr als die Hälfte aller jener, die überhaupt das Studium erfolgreich abschließen, dies vor Erreichung des 15. Semesters tun. Rund 50 Prozent aller Studienanfänger, das sind etwa 85 Prozent aller Promoventen, schließen ihr Studium vor Erreichung des 19. Semesters ab. Das bedeutet, daß es nur der Hälfte der Studenten, die überhaupt promovieren, gelingt, in weniger als 7 1/2 Jahren ihr Studium abzuschließen.

Unterschiede zwischen den verschiedenen Fakultäten

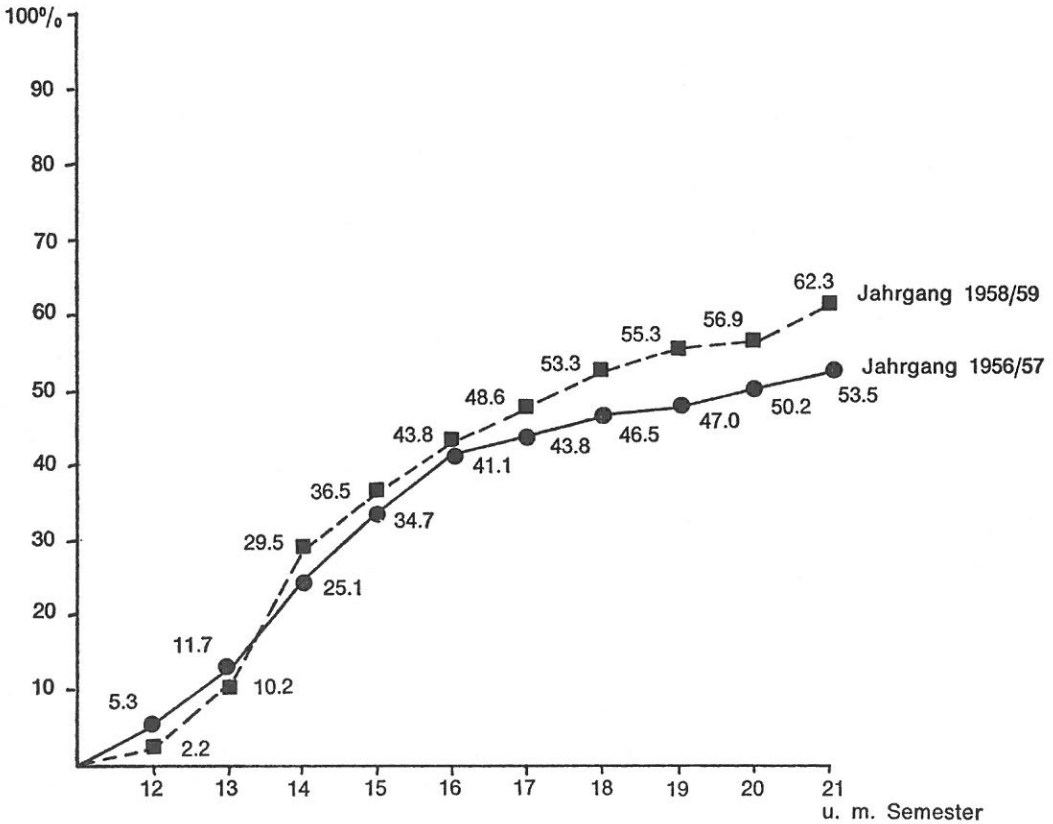
Es gibt einige Hinweise dafür, daß sowohl hinsichtlich der Retentionsrate als auch der Studiendauer nicht unbeträchtliche Unterschiede zwischen den medizinischen Fakultäten bestehen. Tabelle 10 gibt einen kurzen Überblick über diese Differenzen.

Tabelle 10 Unterschiede zwischen den einzelnen medizinischen Fakultäten hinsichtlich Retentionsraten und Studiendauer der inländischen Studierenden

Bis 1. Juli 1968 haben promoviert	Wien	Graz	Innsbruck
vom Studienjahrgang 1956/57	52 %	54 %	70 %
vom Studienjahrgang 1958/59	56 %	67 %	80 %
vom Studienjahrgang 1961/62	24 %	35 %	46 %
Durchschnittliche Studiendauer ¹			
vom Studienjahrgang 1956/57	15,2 Semester	14,8 Semester	13,3 Semester
vom Studienjahrgang 1958/59	15,1 Semester	14,5 Semester	13,3 Semester

¹ Dabei wurden die noch nicht Studierenden nicht berücksichtigt, womit sich erklärt, warum die Studiendauer des Jahrganges 1957/58 etwas niedriger liegt als jene von 1956/57.

Abbildung 10 **Prozentsatz aller inländischen Studienanfänger an der medizinischen Fakultät in Wien, die bis zum jeweiligen Semester promovierten (kumulative Darstellung)***



* Diese Prozentsätze beruhen zum Teil auf den vorher explizierten Annahmen. Zahlen-
grundlage siehe Tabelle A 26 im Anhang.

Innsbruck erweist sich deutlich als jene Fakultät, an der die Chance, das Medizinstudium in verhältnismäßig kurzer Zeit zu beenden, am höchsten ist. Als Erklärung dafür kann nicht die Kleinheit und damit die bessere Kontaktmöglichkeit zwischen Lehrkörper und Studenten dieser Fakultät ins Treffen geführt werden. Die medizinische Fakultät Graz ist kaum größer und weist doch weit schwierigere Studienbedingungen auf.

Es ist jedoch durchaus möglich, daß für die verschiedenen schwierigen Studienbedingungen an den einzelnen medizinischen Fakultäten unterschiedliche Lehrkörperstruktur und unterschiedliche Ausstattung der Ausbildungsstätten verantwortlich sind. Auf diese Fragen wird im Kapitel über die Ausbildungskapazität näher eingegangen.

Personelle und räumliche Ausstattung der medizinischen Fakultäten

Die Ausbildungskapazität der Hochschuleinrichtungen ist entscheidend sowohl für die quantitative und qualitative Sicherung des Bedarfes an Ärztenachwuchs als auch für die Erfüllung der Nachfrage nach medizinischer Ausbildung. Die Ausbildungskapazität der medizinischen Fakultäten ist vor allem abhängig

von der Anzahl und Zusammensetzung des vorhandenen Lehrpersonals,
von der Definition des Aufgabenbereiches des vorhandenen Personals, das heißt
von der zumutbaren Lehrbelastung,
von der Organisation des Unterrichts (Großveranstaltungen, Gruppenunterricht,
Studiendauer und so weiter),
von der Größe, Ausstattung und Ausnützung der Hörsäle und Übungsplätze,
von der Anzahl der Krankenbetten in Kliniken, an denen die praktische
Ausbildung durchgeführt werden kann.

Diese Aufzählung macht schon deutlich, von wievielen Faktoren die Ausbildungskapazität der vorhandenen Einrichtungen beeinflußt wird. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich darauf, Grundlagen für die Berechnung der Ausbildungskapazität in personeller und räumlicher Hinsicht zu liefern.

Diese Grundlagen können erst in Verbindung mit bestimmten normativen Annahmen über wünschenswerte Regelungen des Medizinstudiums zu Schlußfolgerungen über die Ausbildungskapazität führen; ohne solche normativen Zielsetzungen läßt sich eine in die Zukunft weisende Berechnung nicht anstellen¹.

Das Lehrpersonal an den medizinischen Fakultäten Österreichs

Wie bereits aus dem Vorangegangenen zu entnehmen ist, gestattet die Kenntnis der Anzahl der dem Lehrkörper angehörenden Personen allein noch keine Aussagen über die effektive personelle Ausstattung der medizinischen Fakultäten. Entscheidend ist, wieviel Zeit diese Lehrpersonen für den Lehrbetrieb aufwenden und wie ertragreich die Form der Lehrveranstaltungen für die Ausbildung der Studenten ist. Darüber geben jedoch die verfügbaren Daten nur lückenhaft Aufschluß.

Zieht man die Angaben des Vorlesungsverzeichnisses des Wintersemesters 1969/70 heran, so beträgt die Summe der von Angehörigen der medizinischen Fakultät der Universität Wien abgehaltenen Lehrveranstaltungen 937 Semesterwochenstunden. Demnach fielen auf jedes Mitglied des Lehrkörpers durchschnitt-

lich 3,5 Wochenstunden Unterricht. Professoren kündigen unter ihrem Namen durchschnittlich 14,7 Stunden, Universitätsdozenten durchschnittlich 1,8 Stunden an.

Tabelle 11 **Universität Wien: Größe des Lehrkörpers**¹ (Stichtag 1. Dezember 1969)

	Medizinische Fakultät	Philosophische Fakultät	Technische Hochschule
Professoren ² Anzahl	45	130	81
auf diese entfallen Studenten	90	64	79
Mitglieder des Lehrkörpers ³ Anzahl	305	562	248
auf diese entfallen Studenten	13	15	26
Wissenschaftliche Angehörige ⁴ .. insgesamt	1.031	1.064	678
auf diese entfallen Studenten	4	8	9

¹ Laut Österreichischer Hochschulstatistik.

² Ordentliche, außerordentliche und emeritierte Universitätsprofessoren.

³ Neben den Professoren auch Universitätsdozenten sowie Lehrbeauftragte, Lektoren und Instruktoren.

⁴ Neben den unter 1 und 2 Genannten auch Assistenten (Oberärzte und Assistenzärzte), wissenschaftliche Hilfskräfte, sonstige Beamte und Angestellte des wissenschaftlichen Dienstes.

Diese Angaben sind jedoch insofern nicht schlüssig, als erstens durch Professoren angekündigte Lehrveranstaltungen nicht notwendigerweise von diesen selbst abgehalten werden (in der Regel halten Professoren nur ihre Hauptvorlesungen selbst ab) und zweitens nicht alle angekündigten Lehrveranstaltungen tatsächlich stattfinden². Der geringe Anteil der Dozenten erklärt sich jedoch nicht nur aus der Tendenz der Professoren, Lehrveranstaltungen unter dem eigenen Namen anzukündigen, sondern auch daraus, daß von den im Personalstandsverzeichnis der Universität Wien 1967/68 aufscheinenden Hochschuldozenten 56 Prozent hauptberuflich außerhalb der Universität beschäftigt sind (zum Beispiel als Primärärzte in Krankenhäusern). Dem entspricht auch die Tatsache, daß die von Dozenten angekündigten Lehrveranstaltungen nicht zu den Pflichtvorlesungen oder -übungen für Medizinstudenten zählen. Die Hochschuldozenten haben daher mit den von ihnen selbst angekündigten Lehrveranstaltungen keinen maßgeblichen Anteil am vorgeschriebenen Studiengang der Medizinstudenten.

Demzufolge sind jene in Tabelle 11 für die medizinische Fakultät der Universität Wien ausgewiesenen Verhältniszahlen von Medizinstudenten zu Mitgliedern des Lehrkörpers vollkommen unrealistisch. Der Lehrbetrieb an den medizinischen Fakultäten wird getragen einerseits von Professoren in Form von Hauptvorlesungen und Prüfungen, andererseits von Dozenten und Ärzten der Universitätsklinik in Form von Übungen und Praktika, die jedoch zumindest in Wien unter den Namen der Professoren angekündigt werden. Für die praktischen Übungen in den vorklinischen Fächern werden als Demonstratoren zusätzlich Medizinstudenten aus höheren Semestern herangezogen.

Von der Möglichkeit der Erteilung von Lehraufträgen an Nichthabilitierte wird an den medizinischen Fakultäten wenig Gebrauch gemacht.

An allen Hochschulorten finden außerhalb der angekündigten Lehrveranstaltungen Rigorosantenkurse für fast alle Prüfungsfächer statt, die zumeist von wissenschaftlichen Angehörigen der medizinischen Fakultät abgehalten und pri-

vat honoriert werden. Ihnen dürfte kein unwesentlicher Teil des Prüfungserfolges der Studierenden zuzuschreiben sein.

All dies demonstriert, daß aus den verfügbaren Unterlagen keine klaren Schlüsse auf die Zusammensetzung und Lehrbelastung des faktisch den Lehrbetrieb tragenden Personenkreises zu ziehen sind.

Die in Tabelle 11 ausgewiesenen Zahlen für die Proportion von Studenten zu Angehörigen des Lehrkörpers an der philosophischen und der medizinischen Fakultät sind auch insofern unvergleichbar, als zwar von studentischer Seite an den Lehrbetrieb ähnliche Anforderungen gestellt werden, von der Seite der Angehörigen der medizinischen Fakultät jedoch über die Aufrechterhaltung des Lehrbetriebes hinaus noch weit mehr Aufgaben erfüllt werden müssen als von den Angehörigen der philosophischen Fakultät. Dies gilt besonders für die klinischen Fächer, in denen Bettenstationen zu führen sind und die postgraduelle Ausbildung der Ärzte geleistet werden muß; auch in den theoretischen Fächern sind diverse zusätzliche Ausbildungsaufgaben (wie Kurse für medizinisches Hilfspersonal) zu erfüllen und Fachgutachten (zum Beispiel im Bereich der Pharmakologie, der Gerichtsmedizin und der Hygiene) zu erledigen. Schließlich kann eventuell noch die Führung einer Privatpraxis den Aufgabenbereich erweitern.

Das bedeutet, daß Angehörige des medizinischen Lehrkörpers schon von der offiziellen Definition ihres Aufgabenbereiches her pro Kopf weit weniger Zeit für die Studenten aufwenden können als Angehörige anderer Fakultäten. Daraus ergibt sich, daß die medizinischen Fakultäten im Effekt an Lehrpersonal schlechter ausgestattet sind als die übrigen. Dieses Problem ist nicht durch Aufstockung des Personals allein, sondern im wesentlichen nur durch Aufgabentflechtung zu lösen.

Die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft fordert zunehmende Verselbständigung von Teilgebieten. Diese Tendenz ist an der medizinischen Fakultät der Universität Wien bereits deutlich zu merken, kündigt sich jedoch auch in Graz und Innsbruck mit der Einrichtung von Dozenturen für Spezialgebiete an. Hier soll nicht näher auf die widersprüchlichen Meinungen über Wahrung der Einheit traditioneller Fächer oder Förderung der Spezialisierung eingegangen werden; es sei jedoch angemerkt, daß die Verselbständigung von Teilgebieten bei gleichzeitiger organisatorischer Sicherung der Zusammenarbeit zwischen diesen vermutlich dem Fortschritt der Wissenschaft am besten Rechnung trüge³.

In diesem Zusammenhang ist auch zu überlegen, ob die in Wien bisher übliche Errichtung von zwei organisatorisch getrennten Kliniken mit Lehrkanzeln für das gleiche Fachgebiet sinnvoll ist und ob es nicht zweckmäßiger wäre, wenn sich jede Lehrkanzeln speziellen Forschungs- und Lehrzielen zuwendete. Die Errichtung von Parallel-Lehrkanzeln führt bisweilen zu einer unökonomischen Verdoppelung der klinischen und Forschungseinrichtungen, ohne die wissenschaftliche Leistungsfähigkeit in entsprechendem Maße anzuheben.

Als Beispiel dafür, wie bei Errichtung einer zweiten Lehrkanzeln innerhalb eines Fachgebietes eine sinnvolle schwerpunktmäßige Differenzierung vorgenommen werden kann, wäre die Röntgenologie zu nennen. Indem sich eine Lehrkanzeln vorwiegend der Diagnostik, die andere vorwiegend der Therapie widmet, kann dem heute sehr wichtigen Gebiet der Strahlentherapie Rechnung getragen werden. Die Errichtung von Parallel-Lehrkanzeln auf dem Gebiete der

Tabelle 12 Ausstattung der medizinischen Fakultäten mit Lehrkanzeln¹
(Stand Jänner 1970)

	Wien	Graz	Innsbruck
Lehr- und Prüfungsfächer des 1. Rigorosums			
Biologie für Mediziner	1	1	1
Physik für Mediziner ²	1	—	—
Medizinische Chemie	1	1	1
Biochemie	1	1	1 vakant
Anatomie	2, 1 vakant	1	1
Histologie und Embryologie	1	1	1 vakant
Physiologie	2	1 vakant	1
Lehr- und Prüfungsfächer des 2. und 3. Rigorosums			
Pathologische Anatomie	1	1	1
Pharmakologie	1	1	1
Interne Medizin	2	1	1
Kinderheilkunde	1	1	1
Neurologie und Psychiatrie	1 vakant	1	1
Chirurgie	2	1	1
Geburtshilfe und Gynäkologie	2	1	1
Augenheilkunde	2	1	1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	2	1	1
Hygiene	1	1	2, 1 vakant
Gerichtliche Medizin	1	1	1
Sonstige Fächer			
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	2	1	1
Röntgenologie	2 ³	1	1 vakant
Zahnheilkunde	1	1	1
Experimentielle Pathologie	1	1 vakant	1
Blutgruppenserologie	1	—	—
Neurologie	1	—	1
Neurochirurgie	1	—	1
Anästhesiologie	1	—	1
Urologie	1	—	1
Orthopädie	1	—	1
Kieferchirurgie	1	—	—
Arbeitsmedizin	1 ⁴	—	—
Cardiologie	1	—	—
Geschichte der Medizin	1	—	—
Krebsforschung	1	—	—
Plastische und Wiederherstellungschirurgie	—	—	1
Medizinische Statistik und Dokumentation	1	—	1
Unfallchirurgie	2 vakant	—	1 vakant
Neuropharmakologie	1 vakant	—	—
Medizinische Psychologie und Psychotherapie	—	1	—
Audiologie, Phoniatrie und Logopädie	—	—	1
Chemotherapie	1 vakant	—	—
Elektronenmikroskopie	1 vakant	—	—
Chirurgische Geriatrie	—	—	1
Zusammen	49	22	32
davon vakant	6	2	5

Unfallchirurgie folgt jedoch eher dem oben in Frage gestellten Prinzip der reinen Verdoppelung.

Die Tatsache, daß es an den medizinischen Fakultäten von Graz und Innsbruck keine Lehrkanzeln für Arbeitsmedizin gibt und jene an der Fakultät in Wien räumlich nicht versorgt ist, entspricht in keiner Weise der Wichtigkeit dieser Disziplin⁴.

Weitere Teilgebiete der Medizin, deren Bedeutung heute allgemein anerkannt wird, finden auch an der Universität Wien noch keine hinreichende Berücksichtigung. Darunter wären beispielsweise zu nennen:

Lungenerkrankungen	klinische Psychologie
Geriatric	Humangenetik
Präventivmedizin	Sportmedizin.

Ein mindestens ebenso wichtiger — wenn nicht wichtigerer — Maßstab für die Berücksichtigung von Spezialdisziplinen wie die Errichtung eigener Lehrkanzeln ist jedoch die übrige, eine Spezialisierung und Schwerpunktbildung ermöglichende personelle, räumliche und apparative Ausstattung der medizinischen Fakultäten. Es erwies sich leider als gänzlich unmöglich, auch nur über die personelle Ausstattung aller Institute und Kliniken in Österreich verlässliche Angaben zu erhalten.

Derzeit haben die Inhaber von Lehrkanzeln für Spezialgebiete der Medizin einen nur sehr geringen Anteil an der Ausbildung von Studenten; der Vorteil einer großen Fakultät kommt daher unter den gegenwärtig geltenden Studiensvorschriften kaum zur Wirkung. Die Beteiligung der Inhaber von Speziallehrkanzeln am Unterricht könnte jedoch die Ordinarien der Hauptfächer wesentlich entlasten und die laufende Übermittlung von neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen an die Studenten ermöglichen.

Überblick über die personelle und räumliche Ausstattung in den Fächern des vorklinischen Studienabschnittes

Ein wesentliches Kriterium für die Ausbildungskapazität der bestehenden medizinischen Fakultäten stellt die Zahl der vorhandenen Ausbildungsplätze im vorklinischen Studienabschnitt dar. Hierbei sind vor allem jene Fächer entscheidend, in denen praktische Übungen veranstaltet werden müssen, das heißt medizinische Chemie, Anatomie, Histologie, Biochemie und Physiologie. Die folgenden Ausführungen geben einen Überblick über die Situation im Wintersemester 1967/68. Da inzwischen nur unwesentliche bauliche, ausstattungsmaßige

¹ Diese Angaben wurden dem Dienstpostenplan des Bundesministeriums für Unterricht und Kunst und dem Personalstandesverzeichnis der Universitäten Wien, Graz und Innsbruck entnommen. Zwischen den einzelnen Datenquellen bestehen einige Nicht-Übereinstimmungen. Die Bezeichnung der einzelnen Lehrkanzeln an den drei Fakultäten ist nicht völlig einheitlich.

² In Graz und Innsbruck müssen die Medizinstudenten die Vorlesung für das Fach Physik an der philosophischen Fakultät hören.

³ Bei einer der Wiener Lehrkanzeln für Röntgenologie liegt das fachliche Schwergewicht auf Therapie, bei der anderen auf Diagnostik.

⁴ Räumlich nicht versorgt.

und personelle Veränderungen vorgenommen worden sind, kann an Hand dieser Lagebeschreibung beurteilt werden, unter welcher schwierigen Bedingungen der Unterricht in diesen Fächern abgewickelt werden muß.

Universität Wien

Situation im Wintersemester 1967/68: 613 Studienanfänger.

Im medizinisch-chemischen Institut steht ein Hörsaal mit 240 Plätzen zur Verfügung. Parallelvorlesungen für medizinische Chemie und Biochemie werden im Hörsaal des histologischen und physiologischen Institutes gehalten. Die praktischen Übungen werden in zwei Gruppen in zwei großen Übungssälen (je 120 Übungsplätze für etwa 640 Studenten) durchgeführt. Am praktischen Unterricht beteiligen sich 13 Assistenten und 5 Demonstratoren des medizinisch-chemischen Institutes sowie 6 Assistenten des Institutes für Biochemie. Das Institut für Biochemie besitzt keine eigenen Hörsäle und Räume für die Abhaltung von Übungen, sondern muß die Einrichtungen des medizinisch-chemischen Institutes mitbenützen.

Im anatomischen Institut stehen zwei gleich große Hörsäle mit je 300 Sitzplätzen zur Verfügung. Die Hauptvorlesung wird mit einer Fernsehanlage in den zweiten Hörsaal übertragen. Für die anatomischen Sezierungsbüchsen sind in sechs Sälen je 20 Sezierungstische vorhanden; im Ausbildungsprogramm sind pro Sezierungstisch sechs Studenten vorgesehen, somit kämen 120 Studenten auf einen Seziersaal. Tatsächlich befinden sich in den Wintersemestern derzeit bis 280 Studenten in einem Seziersaal, da zwei Jahrgänge zugleich sezieren. Einem Sezierungstisch werden 8 bis 12 Studenten zugeteilt. Für die Betreuung der Studenten stehen 8 Assistenten, 15 Demonstratoren, die für ihre Tätigkeit entlohnt werden, und 15 bis 20 nicht bezahlte Demonstratoren als Hilfskräfte zur Verfügung.

Der Hörsaal für Histologie verfügt über knapp 500 Plätze (Hörsaal: 389 Sitzplätze und Galerie: 92 Sitzplätze). Histologische Übungen finden nur im Sommersemester statt. Es stehen bloß 240 Mikroskope zur Verfügung. Die Studenten werden von 9 Assistenten, 15 besoldeten und 15 freiwilligen Demonstratoren betreut. Die Demonstratoren sind Studenten, die Eignungsprüfungen abzulegen haben.

Der Hörsaal des physiologischen Instituts weist 350 Sitzplätze auf. Für die praktischen Übungen stehen 100 Übungsplätze zur Verfügung. In 12 bis 14 Gruppen werden pro Semester die erforderlichen 6 Übungsprogramme abgehalten. Mit der Durchführung sind 6 Assistenten, 2 wissenschaftliche Beamte und 8 Demonstratoren betraut.

Universität Graz

Situation im Wintersemester 1967/68: 265 Studienanfänger.

Durch einen Ausbau des Hörsaales des medizinisch-chemischen Institutes wurden 126 Sitzplätze errichtet. Die chemischen Übungen werden nur im Sommersemester durchgeführt. An drei Nachmittagen finden Übungen statt. 112 vorhandene Praktikumsplätze werden in zwei Turnussen benützt. Für den Rest

der Studenten wird ein zusätzliches Praktikum abgehalten. Die Studenten werden von 7 Assistenten angeleitet.

Der Hörsaal des anatomischen Institutes mit 250 Sitzplätzen muß in der Hauptvorlesung Anatomie bis zu 400 Hörer aufnehmen. Im Wintersemester findet für zwei Jahrgänge gleichzeitig der anatomische Präparierkurs statt. Im ersten Jahrgang nehmen an diesen Übungen 280 und im zweiten Jahrgang 240 Studenten teil. 34 Seziertische sind vorhanden. Jedem Tisch sind 8 Studenten zugeteilt. Die Übungen sind so eingeteilt, daß Montag, Mittwoch und Freitag der Jahrgang I das Praktikum durchführt, der Jahrgang II Dienstag, Donnerstag und Samstag. Deshalb muß das Leichenmaterial ständig umgelagert werden, wodurch es in Mitleidenschaft gezogen wird; für das Personal stellt dies eine enorme Mehrbelastung dar. Den Studenten stehen 4 Assistenten ganztätig, drei halbtätig und zusätzlich 4 Demonstratoren und 10 unbezahlte Hilfskräfte zur Verfügung.

Der Histologie-Hörsaal wird zugleich als Praktikumsraum verwendet. Er ist mit 84 Sitzplätzen ausgestattet, mit Notplätzen kann er bis zu 120 Studenten aufnehmen. Etwa ein Drittel der Hörer muß bei der Vorlesung stehen, weil die Sitzplätze nicht ausreichen. Das Institut verfügt über 135 Mikroskope. Die Übungen sind zwar nicht obligat, doch setzen Ausbildungsgang und Prüfungsvorbereitung praktische Übungen voraus. Die Übungen im Rahmen der Lehrveranstaltungen vermitteln nicht hinreichende Vorkenntnisse für die Prüfung. Deshalb müßten über die offiziellen Übungen hinaus für die Studenten Mikroskopiermöglichkeiten geschaffen werden. Dafür stehen jedoch nur 84 Übungsplätze im Hörsaal und weitere 22 auf dem Gang und in den Demonstratorenzimmern zur Verfügung.

Der Physiologie-Hörsaal sollte 260 Studenten Platz bieten, hat aber nur 128 Sitzplätze. In einem 80 Quadratmeter großen Übungssaal mit 22 Tischen wird das Praktikum durchgeführt. 6 Assistenten und 3 Demonstratoren bilden in 18 Gruppen jeweils 14 Studenten aus.

Für die physiologische Chemie findet die Vorlesung im Chemie-Hörsaal statt. In einem 70 Quadratmeter großen Kellerraum des Institutes finden jeweils im Wintersemester praktische Übungen statt. Dieser Praktikumsraum dient auch der praktischen Ausbildung der medizinisch-technischen Assistentinnen.

Universität Innsbruck

Situation im Wintersemester 1967/68: 218 Studienanfänger.

Der Hörsaal für medizinische Chemie hat 96 Sitzplätze. Mit Hilfe von Sesseln kann notfalls für 120 Hörer Platz geschaffen werden. Da 300 Studenten die Vorlesung besuchen, wird sie im Anatomie-Hörsaal gehalten. An vier Tagen der Woche findet der theoretische Unterricht statt. Im Anatomie-Hörsaal können keine chemischen Versuche demonstriert werden, deshalb wird an einem Tag in der Woche im kleinen Chemie-Hörsaal eine Vorlesung abgehalten, bei der chemische Versuche gezeigt werden. Für praktische Übungen stehen nur 50 Plätze zur Verfügung; diese werden allerdings auch von den Pharmaziestudenten mitbenützt. Das Praktikum muß daher unter Doppelbesetzung der Plätze und in vier Parallelgruppen abgehalten werden. Der anorganische Teil

der chemischen Übungen wird im Sommersemester durchgeführt; der organische und physiologisch-chemische Teil fällt auf das dritte reguläre Semester (Wintersemester). Biochemie wird derzeit noch im Rahmen der Physiologie unterrichtet. Vier Assistenten, zwei halbtags angestellte wissenschaftliche Hilfskräfte und zwei Demonstratoren betreuen die Studenten. In unmittelbarer Nachbarschaft des medizinisch-chemischen Institutes befindet sich das alte chemische Institut. Durch Adaptierung dort leerstehender Räume könnten in kurzer Zeit 80 zusätzliche Praktikumsplätze gewonnen werden.

Der Hörsaal des anatomischen Institutes hat 168 Sitzplätze. An der Anatomievorlesung nehmen jedoch 350 bis 400 Studenten teil. Für Sezierübungen wurden ursprünglich 80 Plätze geschaffen. Derzeit stehen 160 Arbeitsplätze zur Verfügung. Anatomische Sezierübungen finden nur im Wintersemester, und zwar für zwei Jahrgänge gleichzeitig, statt. Etwa 600 Studenten müssen in diesem Semester Arbeitsplätze bekommen. Zu ihrer Ausbildung stehen 5 Assistenten und 15 Demonstratoren zur Verfügung.

Der Hörsaal für Histologie verfügt über 170 Sitzplätze. Für die praktischen Übungen ist ein großer Mikroskopiersaal vorhanden. Ursprünglich für 80 Übungsplätze bestimmt, wurden jetzt 160 Arbeitsplätze untergebracht.

Im Hörsaal des physiologischen Institutes können maximal 100 Studenten Aufnahme finden (70 Plätze); allerdings besteht ein Bedarf für 250 Studenten. Für die praktischen Übungen gibt es nur 20 Plätze. Ein Praktikumsplatz wird deshalb mit zwei Studenten besetzt, und die Ausbildung erfolgt in fünf Gruppen.

Eine zusammenfassende Betrachtung ergibt folgende Kapazitätswerte: Für die Fächer des vorklinischen Studienabschnittes stehen an der medizinischen Fakultät der Universität Wien derzeit etwa 60 Prozent, in Graz und in Innsbruck etwas weniger als 50 Prozent der erforderlichen Hörsaal- und Übungsplätze zur Verfügung. An allen drei Fakultäten sind die Verhältnisse im Fach Medizinische Chemie räumlich besonders ungünstig; dort ist nur etwas mehr als ein Drittel der erforderlichen Plätze vorhanden. Die personellen Verhältnisse liegen um nichts günstiger: überall entfallen auf einen Assistenten oder Demonstrator 30 bis 40 Studenten.

Diesen Schwierigkeiten wird vielfach dadurch begegnet, daß Studenten nicht — wie eigentlich vorgesehen — ein ganzes Semester lang an praktischen Übungen teilnehmen, sondern wesentlich kürzer. Dieser Turnusbetrieb — der sicherlich effizienter organisiert werden könnte — ermöglicht zwar die Ausbildung einer weit größeren Anzahl von Studenten, als der Zahl der Ausbildungsplätze entspräche, hat jedoch eine entscheidende Verringerung der Ausbildungsintensität zur Folge.

Hinsichtlich der räumlichen Unterbringung der vorklinischen Fächer besteht für Graz und Innsbruck einige Aussicht auf Besserung: Neubauprojekte befinden sich bereits im Stadium der baulichen Durchführung.

Die klinischen Fächer bedürfen im Rahmen dieser Studie keiner gesonderten Behandlung; unter den derzeit geltenden Studienbestimmungen nimmt die praktisch-klinische Ausbildung der Studenten so wenig Raum ein (in der Regel muß jeder Student nur eine Woche pro Semester und Fach an praktischen Übungen teilnehmen), daß die vorhandene Patientenzahl und Anzahl von Ärzten den

Lehranforderungen genügen können. Daher ist in den klinischen Fächern die Ausbildungskapazität der medizinischen Fakultäten derzeit nicht in einer Weise nach oben begrenzt, daß man von einem Engpaß sprechen könnte. Eine Studienreform, die der praktischen Ausbildung von Medizinstudenten größeres Gewicht beimäße, würde jedoch eine weitgehende Umstrukturierung des derzeitigen Aufgabenbereichs der Universitätskliniken voraussetzen. Unter solchen Umständen könnten die Universitätskliniken nur noch in geringerem Ausmaß normale Versorgungsaufgaben für ihren Einzugsbereich übernehmen und müßten sich bei der Auswahl der Patienten vornehmlich an Forschungs- und Ausbildungszielen orientieren⁵. Zugleich wäre ein stärkeres Einbeziehen der an den Kliniken beschäftigten Ärzte in den studentischen Ausbildungsbetrieb erforderlich.

Postpromotionelle ärztliche Ausbildung

Der postpromotionellen Ausbildung der Mediziner wird in dieser Studie aus mehreren Gründen besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Das Medizinstudium hat, wie die meisten Universitätsstudien, im wesentlichen nur eine *berufsvorbildende Funktion*; ein Großteil der praktischen Berufsausbildung erfolgt postpromotionell. Wenngleich der promovierte Mediziner in dieser Phase bereits erste Aufgaben im Bereich der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung zu übernehmen hat, kann dies noch nicht als Eintritt in eine gesicherte berufliche Existenz gewertet werden; er verbleibt weiterhin jahrelang in der relativ untergeordneten Stellung eines Lernenden, im Stadium der Vorbereitung auf seine angestrebte Position, deren Erreichung noch von vielen, oft zufälligen Umständen abhängt.

Obwohl in diesem ersten Abschnitt der ärztlichen Berufsausübung sehr wesentliche Selektionsfaktoren wirksam werden, die sowohl die Anzahl als auch die Zusammensetzung des zukünftigen Ärztenachwuchses entscheidend mitbestimmen (so etwa den Zeitpunkt des endgültigen Berufsantrittes, die Verteilung auf Facharztdisziplinen, die Anzahl der praktischen Ärzte und ähnliches), wurde er bis jetzt so gut wie nie zum Gegenstand von Untersuchungen gemacht.

Deshalb wird in diesem Kapitel ein kurzer Überblick über die gesetzlichen Regelungen der postpromotionellen Ausbildung gegeben; im Anschluß daran werden die Ergebnisse einer eigenen Studie referiert, die Aussagen über die tatsächliche Dauer dieser Ausbildung und die Zusammensetzung des ärztlichen Nachwuchses erlauben. Der letzte Abschnitt ist dem Problem der vorhandenen Ausbildungsstellen gewidmet und versucht, einen allgemeinen Überblick über die Angebot- und Nachfragesituation auf diesem Gebiet zu liefern.

Ärztegesetz und Ausbildungsverordnung

In Österreich werden die Normen der ärztlichen Tätigkeit durch das Ärztegesetz¹ umrissen. Das geltende Gesetz stammt aus dem Jahre 1949 und wurde 1964 sehr weitgehend novelliert, unter anderem auch in einzelnen Bestimmungen, die die postpromotionelle Ausbildung des Arztes betreffen. Diese Vorschriften beziehen sich auf die Ausbildung zum praktischen Arzt und Facharzt, auf die Normen über die Ausbildungsstätten, den Erfolgsnachweis, die Eintragung in die Ärzteliste und anderes mehr. Das Gesetz ermächtigt das Bundesministerium für soziale Verwaltung gleichzeitig zur Erlassung einer speziellen Verordnung

über die ärztliche Ausbildung. Gegenwärtig ist die *Ärzteausbildungsverordnung* aus dem Jahre 1950 in vielen Bestimmungen des Ärztegesetzes derogiert.

Auf Grund der Bestimmungen des Ärztegesetzes, der *Ärzteausbildungsverordnung* und einzelner Erlässe des Bundesministeriums für soziale Verwaltung ist die Ausbildung zum praktischen Arzt oder Facharzt wie folgt geregelt:

Ausbildung zum praktischen Arzt

Die Gesamtausbildungszeit zum praktischen Arzt beträgt mindestens 3 Jahre praktischer ärztlicher Ausbildung (Turnus) an einer zugelassenen Ausbildungsstätte, wobei der Erfolg der Ausbildung durch Zeugnisse für die vorgeschriebenen Fächer nachzuweisen ist. Heute knüpfen die Sozialversicherungsträger vielfach die Zulassung als Vertragsarzt an eine vierjährige Ausbildungsdauer. Der Turnus umfaßt die Ausbildung auf den Gebieten Innere Medizin (9 Monate), Chirurgie (6 Monate), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (8 Monate), Kinderheilkunde (6 Monate), Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten sowie Haut- und Geschlechtskrankheiten (je 3 Monate). Die auf die Gesamtausbildung von 3 Jahren fehlende Zeit ist durch weitere praktische Tätigkeit in einer beliebigen Facharztdisziplin zu ergänzen.

Ausbildungsstätten für die Ausbildung zum praktischen Arzt sind alle Universitätskliniken und jene Abteilungen von Krankenanstalten, die vom Bundesministerium für soziale Verwaltung nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer als Ausbildungsstätten für die Ausbildung zum praktischen Arzt anerkannt worden sind. Nur an den Heil- und Pflegeanstalten ist die Zahl der Ausbildungsstellen insofern limitiert, als nach den Bestimmungen des Ärztegesetzes auf einen in Ausbildung befindlichen Arzt höchstens 30 Spitalsbetten entfallen dürfen.

Praktisch steht jedoch an allen Ausbildungsstätten nur eine beschränkte Anzahl bezahlter Planposten zur Verfügung. Eine Abteilung wird nur dann als Ausbildungsstätte anerkannt, wenn sie von einem zuständigen Facharzt geleitet wird und die fachliche Ausrüstung sowie das erforderliche Lehr- und Untersuchungsmaterial vorhanden ist. Die Zahl der Ausbildungsstellen an diesen Ausbildungsstätten ist nicht gesetzlich begrenzt².

Ausbildung zum Facharzt

Die Gesamtausbildungszeit ist mit einer mindestens sechsjährigen praktischen Ausbildung im jeweiligen klinischen oder nichtklinischen Sonderfach sowie in den einschlägigen Nebenfächern vorgeschrieben. Gegenwärtig ist eine Ausbildung in 16 Sonderfächern möglich, voraussichtlich in absehbarer Zeit sogar in 18 Disziplinen (durch Hinzukommen von außerklinischer Medizin und Neurochirurgie). Die Ausbildung im Hauptfach umfaßt in der Regel einen Zeitraum von 4 oder 5 Jahren, wovon zumeist 3 Jahre in einer Assistentenstellung zu verbringen sind. Die restliche Ausbildungszeit wird mit der Absolvierung der Nebenfächer (unterschieden nach Pflicht- und Wahlfächern) verbracht.

Bei der Facharztausbildung wird neben den zu erfüllenden allgemeinen Erfordernissen der Ausbildungsstätte vor allem die Zahl der auszubildenden Fach-

ärzte an der jeweiligen Abteilung (Ausbildungsstelle) limitiert. Das Ärztegesetz bestimmt hierüber:

... die Zahl der Auszubildenden, die wegen des Ausbildungserfolges nicht überschritten werden darf, (ist) unter Berücksichtigung der Bettenzahl beziehungsweise in Instituten unter Berücksichtigung der Zahl der Ausbildungsplätze, des Umfanges der Ausbildungseinrichtungen und der Anzahl der ausbildenden Ärzte vom Bundesministerium für soziale Verwaltung festzusetzen.

Die Einschränkungen gelten nicht für die jeweiligen Universitätskliniken.

Die Ausbildungsverordnung 1950 sieht folgende Sonderdisziplinen vor:

Sonderfach	Mindestausbildung im Hauptfach
1. Augenheilkunde	5 Jahre, davon 3 Jahre als Assistent
2. Chirurgie	5 Jahre, davon 3 Jahre als Assistent
3. Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4 Jahre, davon 3 Jahre als Assistent
4. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	4 Jahre, davon 3 Jahre als Assistent
5. Haut- und Geschlechtskrankheiten	4 Jahre, davon 3 Jahre als Assistent
6. Innere Medizin	5 Jahre, davon 3 Jahre als Assistent
7. Kinderheilkunde	4 Jahre, davon 3 Jahre als Assistent
8. Lungenkrankheiten	4 Jahre, davon 3 Jahre als Assistent
9. Nerven- und Geisteskrankheiten	5 Jahre, davon 3 Jahre als Assistent
10. Orthopädie	3 Jahre und 6 Monate, davon 3 Jahre als Assistent
11. Physikalische Medizin	4 Jahre
12. Röntgenologie	4 Jahre, davon 3 Jahre als Assistent
13. Urologie	4 Jahre, davon 3 Jahre als Assistent
14. Zahnheilkunde	
15. Unfallchirurgie	3 Jahre, davon 2 Jahre als Assistent
16. Anästhesiologie	3 Jahre praktische Ausbildung in möglichst allen Anästhesiemethoden

Die Ausbildung im Sonderfach Zahnheilkunde ist durch die Ministerialverordnung BGBl. Nr. 381/1925, in der Fassung des BGBl. Nr. 51/1930, geregelt. Sie kann nur an einer Universitätszahnklinik absolviert werden, dauert zwei Jahre (4 Semester) und ist mit einer Prüfung abzuschließen.

Gemeinsame Ausbildungsbestimmungen für praktische Ärzte und Fachärzte

Eine Unterbrechung der praktischen Ausbildung ist nur in begründeten Fällen zulässig und darf in der Regel sechs Monate nicht überschreiten (gesetzliche Ausnahmen: Mutterschutzfrist, Wehrdienstleistung). Die ärztliche Ausbildung ist derart zu gestalten, daß in Ausbildung stehenden Ärzten hinreichend Gelegenheit gegeben ist, sich umfassende praktische Kenntnisse und Erfahrungen auf den einschlägigen Fachgebieten anzueignen.

Ausländische Ausbildungszeiten können unter der Voraussetzung der Gleichartigkeit der Ausbildung bis zur Hälfte auf die jeweilige Gesamtausbildungszeit (das heißt eineinhalb bis drei Jahre) angerechnet werden.

Der Erfolgsnachweis über die ordnungsgemäße Ausbildung ist durch Zeugnisse für jedes Ausbildungsfach zu erbringen. Die Zeugnisse sind von den ausbildenden Ärzten der Ausbildungsstätten, bei denen die Ausbildung erfolgt ist, auszustellen. Sie haben laut Ärztegesetz die Feststellung zu enthalten, daß die Ausbildung in dem betreffenden Fach in der vorgeschriebenen Art und Dauer mit Erfolg zurückgelegt worden ist.

Die Anerkennung als praktischer Arzt oder Facharzt erfolgt seit der Ärztegesetz-Novelle 1964 durch die Österreichische Ärztekammer. Erfüllt der Bewerber die für die Art der Berufsausübung vorgeschriebenen Voraussetzungen, so ist er in die Ärzteliste als praktischer Arzt oder Facharzt einzutragen.

Der Ablauf der postpromotionellen Ausbildung der Ärzte

Für die postpromotionelle Ausbildung gilt ebenso wie für das Medizinstudium, daß die gesetzlich vorgesehenen Mindestzeiten tatsächlich meist beträchtlich überschritten werden. Über die Dauer der tatsächlichen Ausbildung waren bisher keinerlei geordnete Unterlagen vorhanden, deshalb mußte zu ihrer Ermittlung eine eigene Erhebung angestellt werden. Da die Anerkennung zentral durch die Österreichische Ärztekammer erfolgt, wurden die dort verfügbaren Unterlagen über die Dekreterteilungen der Jahre 1967/68 und 1969 gesichtet und hier als statistisches Quellenmaterial verwendet. Diese Daten sind zwei Einschränkungen unterworfen:

1. Es steht nicht fest, daß alle Ärzte sofort nach Abschluß ihrer Ausbildung um Dekreterteilung zum praktischen Arzt oder Facharzt ansuchen;
2. infolge der großen erhebungstechnischen Schwierigkeiten konnten detailliertere Daten über die Dekreterteilungen, wie etwa Altersverteilung, nur für das Jahr 1967 erfaßt werden, was die Verallgemeinbarkeit der Daten etwas vermindert. Vor allem über die spezifische Ausbildungsdauer innerhalb einzelner Facharzt-disziplinen können wegen der geringen Zahl der Fälle keine Aussagen gemacht werden.

Pro Jahr werden in letzter Zeit rund 300 Dekrete verteilt, davon rund 5 Prozent an Zahnärzte und von den übrigen Dekreterteilungen je die Hälfte an praktische Ärzte und Fachärzte. Da sich diese Ärzte aus rund 20 verschiedenen Promotionsjahrgängen rekrutieren⁴, ist es nicht möglich, zu berechnen, wieviel Prozent eines Promotionsjahrganges die postpromotionelle Ausbildung erfolgreich abschließen. Retentionsraten dieses Ausbildungsganges sind daher aus den vorliegenden Daten nicht zu berechnen.

Von allen Dekreterteilungen entfallen im Mittel rund 50 Prozent auf praktische Ärzte. Es wäre jedoch verfehlt, daraus zu schließen, daß die Hälfte aller Promoventen praktische Ärzte werden; da die Ausbildungszeit für den praktischen Arzt viel kürzer ist als jene für den Facharzt (vergleiche Tabelle 14), rekrutieren sich die hier aufscheinenden praktischen Ärzte in weit höherem Maße bereits aus den promoventenreichen Jahrgängen als die Fachärzte. Hinzu kommt, daß ein Teil der Ärzte nach Abschluß der Ausbildung zum praktischen Arzt noch

Tabelle 13 Dekreterteilungen nach Disziplinen (ganz Österreich)

	1967		1968		1969	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Praktische Ärzte	112	38,2	132	45,5	161	49,2
Zahnärzte	16	5,5	13	4,5	20	6,1
sonstige Fachärzte	165	56,3	145	50,0	146	44,7
davon:						
Anästhesiologie	13	4,4	6	4,1	16	11,0
Augenheilkunde	10	3,4	6	4,1	3	2,1
Chirurgie	18	6,1	16	11,0	12	8,2
Frauenheilkunde	17	5,8	13	9,0	11	7,5
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	8	2,7	5	3,5	10	6,8
Haut- und Geschlechtskrankheiten	4	1,4	4	2,8	9	6,2
Interne Medizin	33	11,2	36	24,8	32	21,9
Kinderheilkunde	15	5,5	18	12,4	10	6,8
Lungenkrankheiten	9	3,1	4	2,8	3	2,1
Nerven- und Geisteskrankheiten	5	1,7	6	4,1	17	11,6
Orthopädie	5	1,7	7	4,8	4	2,8
Physikalische Medizin	—	—	2	1,4	—	—
Röntgenologie	11	3,8	8	5,6	1	0,7
Unfallchirurgie	10	3,4	8	5,6	13	8,9
Urologie	6	2,1	6	4,0	5	3,4

eine Facharztausbildung beginnt. Es kann daher nur geschätzt werden, daß von den entsprechenden Promoventenjahrgängen nur etwa ein Viertel bis ein Drittel die Laufbahn des praktischen Arztes einschlägt.

Tabelle 14 Dauer der Ausbildung und Alter bei Dekreterteilung (1967)

	Praktische Ärzte	Zahnärzte	Sonstige Fachärzte
Durchschnittlicher Zeitabstand zwischen Promotion und Dekreterteilung	Jahre 4,9	4,8	11,2
Durchschnittliches Alter bei Dekreterteilung	Jahre 32,4	31,9	38,3
Zahl der Dekreterteilungen	112	16	165

Während praktische Ärzte und Zahnärzte durchschnittlich fünf Jahre für ihre Ausbildung benötigen (gesetzlich vorgeschriebene Mindestzeit: 3 beziehungsweise 2 Jahre), befinden sich Fachärzte durchschnittlich 11 Jahre in Ausbildung (laut Gesetz: 6 Jahre). Nur 9 Prozent aller Fachärzte können ihre Ausbildung in der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestzeit abschließen, etwa die Hälfte von ihnen benötigt dazu mehr als 10 Jahre.

Für diese lange Ausbildungszeit gibt es mehrere Gründe: Mancherorts wird vor Beginn einer Facharztausbildung der Abschluß einer Ausbildung zum praktischen Arzt verlangt; in Ausbildung befindliche Ärzte dürften sich zum Teil erst im Verlaufe der Ausbildung für ihre endgültige Disziplin entscheiden, wodurch einiger Zeitverlust infolge von Nichtanrechenbarkeit vorher absolvierter Ausbildungsphasen entsteht; das verfügbare Angebot an Ausbildungsstellen ist so gering, daß lange Wartezeiten auf freiwerdende Stellen in den gewünschten Disziplinen in Kauf zu nehmen sind, was noch dadurch verschärft wird, daß es

den Primärärzten obliegt, unter Bewerbern auf freiwerdenden Ausbildungsstellen auszuwählen. Häufig steht der in Ausbildung befindliche Arzt nicht vor der Entscheidung zwischen Ausbildungsstellen verschiedener Disziplinen, sondern nur vor der Entscheidung, überhaupt eine Ausbildungsstelle zu bekommen oder nicht. Die Selektion der Disziplin ist daher nur zum Teil Ergebnis der freien Wahl des einzelnen, zum anderen Teil jedoch von äußeren Umständen erzwungen.

Diese langen Ausbildungszeiten der Fachärzte spiegeln sich auch in deren Alter bei Dekreterteilung wider (Abbildung 11). Nur ein Viertel von allen erhält das Facharztdekret vor Erreichung des 35. Lebensjahres, nur zwei Drittel vor Erreichung des 40. Lebensjahres (Durchschnittsalter 38 Jahre, vergleiche Tabelle 14).

Die regionale Verteilung der Ausbildungsstellen für Fachärzte

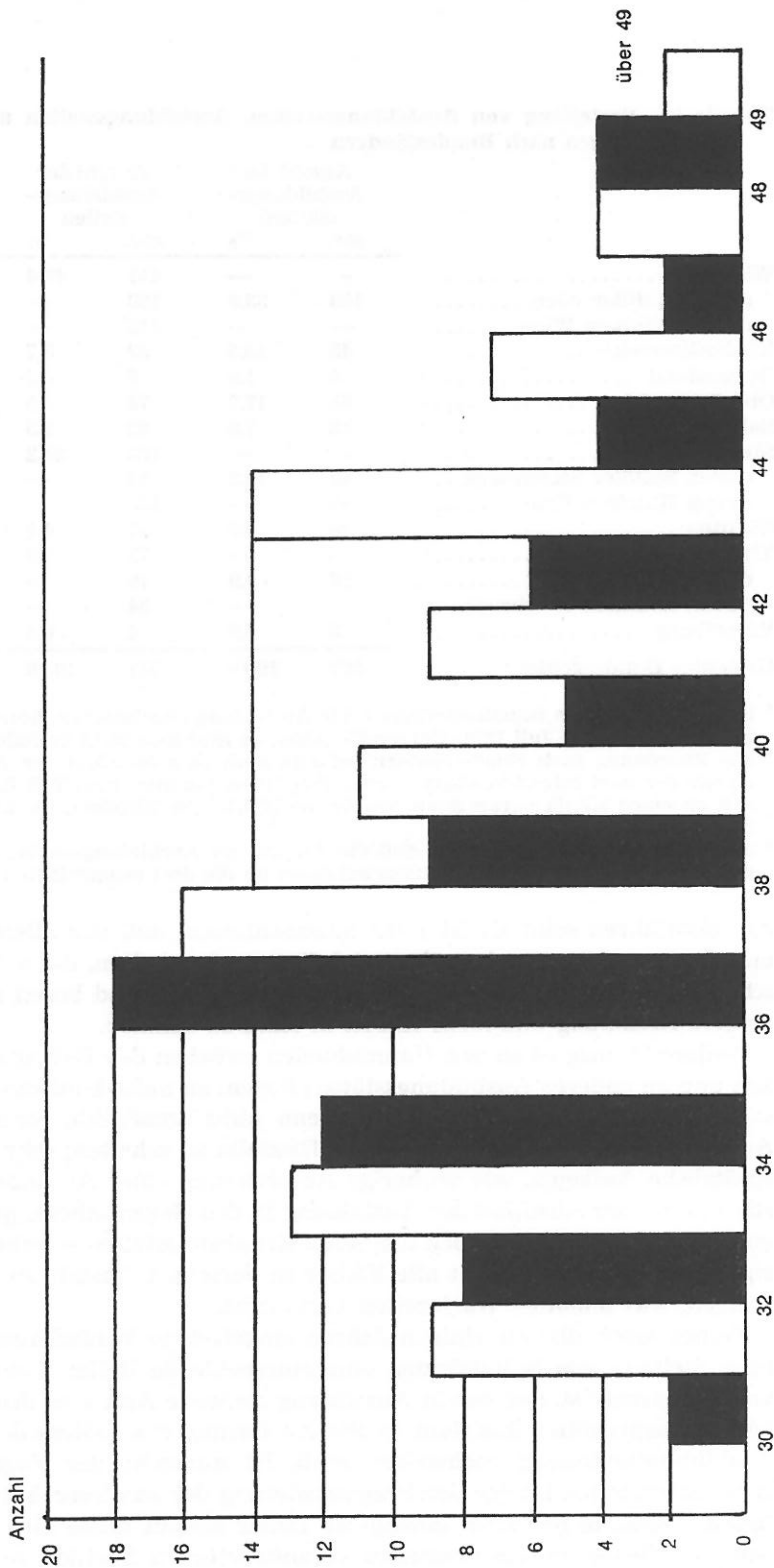
Die Probleme der postpromotionellen Ausbildung hängen eng mit Anzahl und Zusammensetzung der verfügbaren Ausbildungsplätze zusammen. Über die regionale Verteilung der vorhandenen Ausbildungsstätten und -stellen gibt Tabelle 15 Aufschluß. Die Zahl der an Universitätskliniken zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze wird theoretisch nur durch die Anzahl der im Dienstpostenplan vorgesehenen Assistenzarztstellen begrenzt. Die Zahl der an Kliniken tatsächlich angebotenen Ausbildungsplätze ist daher zahlenmäßig nicht fixiert und muß geschätzt werden. In allen jenen Bundesländern, in denen es keine Universitätskliniken gibt, entspricht die Zahl der ihre Fachausbildung durch Dekret abschließenden Ärzte etwa einem Viertel bis einem Fünftel der angegebenen Ausbildungsstellen. Dies stimmt damit überein, daß Fachärzte normalerweise 4 bis 5 Jahre lang Ausbildungsstellen in Anspruch nehmen (die übrige Zeit verwenden sie auf die Turnusausbildung und die Ausbildung in den Gegenfächern sowie auf anderen Posten, wo sie auf das Freiwerden einer Ausbildungsstelle warten). Nimmt man dasselbe für Universitätskliniken an, so kommt man zu folgenden Schätzungen der Anzahl der Ausbildungsplätze, die an diesen vergeben werden:

Universitätskliniken Wien	136 bis 170	Ausbildungsstellen
Universitätskliniken Graz	76 bis 96	Ausbildungsstellen
Universitätskliniken Innsbruck	32 bis 40	Ausbildungsstellen.

Insgesamt rekrutieren sich 37 Prozent aller Fachärzte aus den Universitätskliniken (hingegen nur 11 Prozent aller praktischen Ärzte) — dies beeinflußt natürlich die regionale Verteilung der Fachärzte und führt zu einer unterschiedlichen Versorgung der Bevölkerung (siehe Kapitel *Ärzte in Österreich*).

Zugleich unterscheiden sich Universitätskliniken von den übrigen Spitälern hinsichtlich der durchschnittlichen Ausbildungszeit der dort beschäftigten Ärzte. Die ihre Ausbildung ausschließlich an Kliniken absolvierenden Ärzte benötigen durchschnittlich 8,8 Jahre, hingegen jene, die ihre gesamte Ausbildung außerhalb der Kliniken erhalten, 12 Jahre. Dies mag einerseits auf Selektionseffekte

Abbildung 11 Altersverteilung der Fachärzte bei Dekreterteilung (1967)¹
 (Gesamtzahl 165)



¹ Zahlengrundlage siehe Tabelle A 34 im Anhang.

Tabelle 15 **Verteilung von Ausbildungsstätten, Ausbildungsstellen und Dekreterteilungen nach Bundesländern**

	Anzahl der Ausbildungsstätten ¹		Anzahl der Ausbildungsstellen		Anzahl der Dekreterteilungen ²	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Wien	—	—	441	48,4	139	42,5
davon Spitäler Wien	108	33,0	193	—	84	—
davon Kliniken Wien	—	—	248 ³	—	55	—
Niederösterreich	45	13,8	52	5,7	33	10,1
Burgenland	5	1,5	6	0,7	6	1,8
Oberösterreich	58	17,7	73	8,0	40	12,2
Salzburg	23	7,0	32	3,5	12	3,7
Steiermark	—	—	193	21,2	55	16,8
davon Spitäler Steiermark ..	43	13,2	58	—	25	—
davon Kliniken Graz	—	—	135	—	30	—
Kärnten	26	8,0	37	4,1	21	6,4
Tirol	—	—	73	8,0	14	4,3
davon Spitäler Tirol	16	4,9	19	—	2	—
davon Kliniken Innsbruck ..	—	—	54	—	12	—
Vorarlberg	3	0,9	4	0,4	7	2,2
Gesamtes Bundesgebiet	327	100,0	911	100,0	327	100,0

¹ Entspricht den vom Sozialministerium für Ausbildung zugelassenen Abteilungen in Krankenhäusern, Stand Juli 1969; Universitätskliniken sind hier nicht enthalten.

² Die Zuordnung nach Bundesländern erfolgte nach dem Standort der Ausbildungsstätte, an der der Arzt zuletzt beschäftigt war. Von jenen, die nur einen Teil ihrer Ausbildungszeit an einer Klinik verbrachten, wurde die Hälfte den Kliniken, die andere Hälfte den Spitälern zugerechnet.

³ Schätzung unter der Annahme, daß die Anzahl der Ausbildungsstellen an den Kliniken dem Viereinhalbfachen der Dekreterteilungen an die dort ausgebildeten Ärzte entspricht.

zurückzuführen sein: Es ist nicht auszuschließen, daß vor allem jene sich um eine Stelle in Kliniken bemühen und diese auch erhalten, die mit mehr Ehrgeiz schon bestimmte fachärztliche Berufsziele anstreben und bereit sind, dafür geringere Bezahlung und mehr Arbeit in Kauf zu nehmen.

Andererseits mag es an den Unterschieden zwischen den Bedingungen an Kliniken und an anderen Ausbildungsstätten liegen: an nicht-klinischen Ausbildungsstätten ist es weitaus schwieriger, wenn nicht unmöglich, jeweils sofort eine Ausbildungsstelle für die gewünschte Disziplin zu erhalten; sehr häufig werden zusätzliche Auflagen, wie vorherige Absolvierung einer Ausbildung als praktischer Arzt oder Abschluß der Ausbildung in den Gegenfächern, gemacht. Zudem entstehen — vor allem in den kleineren Krankenanstalten — erhebliche Schwierigkeiten daraus, daß nicht alle Fächer in derselben Anstalt absolviert werden können, was unnötige Wartezeiten verursacht.

Ferner spielt die vor einigen Jahren eingetretene Veränderung der dienstlichen Stellung von Spitalsärzten eine entscheidende Rolle: Während gesetzlich vorgeschrieben ist, daß der in Ausbildung stehende Arzt eine dreijährige Tätigkeit als angestellter Assistent in Stellvertretung des Leiters der betreffenden Ausbildungsabteilung nachweisen muß, ist nunmehr der Zugang zu diesen Assistentenstellen infolge der Pragmatisierung der an dieser Abteilung beschäftigten Fachärzte praktisch unmöglich. Daher kommt heute eine Ausbildung in der vom Gesetz vorgeschriebenen verantwortlichen Position so gut wie nicht

mehr vor. Doch selbst dem Zugang zu den — für die Ausbildungszeit anrechenbaren — *assistentoiden* Stellungen geht meist eine längere Tätigkeit als Sekundararzt — für die Ausbildungszeit nicht oder nur teilweise anrechenbar — voraus.

Die fachliche Zusammensetzung der Ausbildungsstellen

Tabelle 16 zeigt die Aufteilung der Ausbildungsstellen auf die einzelnen Facharztdisziplinen.

Tabelle 16 Die Anzahl der Facharztausbildungsstätten und -stellen (Österreich, Juli 1968), verglichen mit den Dekreterteilungen und dem Facharztbestand

	Aus- bildungs- stätten ¹ abs.	Aus- bildungs- stellen ¹ ‰	Dekret- erteilungen ‰	Fachärzte- stand 1967 ² ‰
Anästhesiologie	6	1,6	7,9	4,2
Augenheilkunde	13	3,7	6,1	6,6
Chirurgie	61	18,0	10,9	11,7
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	13	3,5	4,9	5,7
Haut- und Geschlechtskrankheiten..	8	2,4	2,4	4,8
Interne Medizin	71	22,2	20,0	19,9
Kinderheilkunde	17	6,7	9,6	9,0
Lungenkrankheiten	22	7,5	5,5	5,4
Nerven- und Geisteskrankheiten	17	6,0	3,0	6,8
Orthopädie	7	2,9	3,0	2,5
Physikalische Medizin	5	1,8	—	1,3
Röntgenologie	19	6,7	6,7	5,9
Unfallchirurgie	16	5,5	6,1	3,3
Urologie	13	4,0	3,6	2,5
	311	100,0 (451)	100,0 (165)	100,0 (4358)

¹ Ohne Universitätskliniken; Verteilung nach Bundesländern siehe Tabelle A 31 im Anhang.

² Absolutzahlen siehe nächstes Kapitel; ohne Theoretiker.

Hier geht es darum, zwei entscheidende Fragen zu beantworten: Inwieweit entspricht die fachliche Zusammensetzung der Ausbildungsstellen der Nachfrage nach Ausbildung in bestimmten Fächern und inwieweit entspricht sie dem Nachwuchsbedarf an Fachärzten? Tabelle 16 ist in diesem Zusammenhang nur sehr vorsichtig zu interpretieren: In den Ausbildungsstellen sind die an den Universitätskliniken verfügbaren Ausbildungsplätze nicht enthalten; Differenzen zwischen der fachlichen Zusammensetzung der Dekreterteilungen und der Ausbildungsstätten können daher entweder heißen, daß die Kliniken in verstärktem Maße Ausbildungsaufgaben in den betreffenden Fächern übernehmen (dies dürfte zum Beispiel für Anästhesiologie und Unfallchirurgie zutreffen), oder, im gegenteiligen Fall, daß diese Fächer nur wenig von den Kliniken versorgt werden (so zum Beispiel Nerven- und Geisteskrankheiten). Ferner können solche Differenzen an der Anziehungskraft der Fächer liegen — in Frauen- und Kin-

derheilkunde gibt es relativ weit weniger Ausbildungsstellen als Dekreterteilungen, weshalb die Anwärter auf solche Stellen vermutlich länger warten müssen. In den Fächern Interne Medizin und Lungenheilkunde ist das Gegenteil der Fall: Dort gibt es mehr Ausbildungsstellen als Dekreterteilungen, was vielleicht den Effekt hat, daß zumindest einige Ärzte den Ausbildungsweg in diesen Disziplinen beschreiten, ohne dies ursprünglich beabsichtigt zu haben. Das Fach Chirurgie stellt eine Ausnahme dar: Da dort die Ausbildung wesentlich länger dauert, ist es völlig verständlich, daß der Anteil der chirurgischen Ausbildungsstellen höher liegt als der Anteil der Dekreterteilungen.

Zum Problem der Sicherung des ärztlichen Nachwuchses läßt sich folgendes sagen: Es ist nicht von vornherein zu postulieren, daß die neuausgebildeten Ärzte in ihrer Aufteilung auf die einzelnen Fachrichtungen dem derzeitigen Bestand entsprechen müssen. So sind Röntgenologie, Anästhesiologie und Unfallchirurgie durchaus als neue, aufstrebende Fächer zu betrachten, für die ein großer Nachholbedarf besteht. Ob jedoch der Mangel an Nachwuchs in den Fächern Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten (beides vermutlich mitbedingt durch einen Mangel an Ausbildungsstellen) sowie Nerven- und Geisteskrankheiten den allgemeinen Entwicklungen auf dem Gebiet der Medizin entspricht, läßt sich nicht klar feststellen.

Da jedoch die Verfügbarkeit von Ausbildungsstellen ein sehr wesentliches Regulativ für die Sicherung des fachärztlichen Nachwuchses darstellt, sollte in Hinkunft bei der Einrichtung von Ausbildungsstellen auf die Nachfrage einerseits und auf den ärztlichen Nachwuchsbedarf andererseits Bedacht genommen werden.

Zur Frage des postpromotionellen Ausbildungspotentials für Fachärzte

Der herrschende Mangel an Ausbildungsstellen für Fachärzte, sogar relativ zu den geringen Promovenzahlen früherer Jahre, wurde im Vorangegangenen bereits hervorgehoben. Hier soll jedoch versucht werden, dies durch Gegenüberstellung einiger Zahlen genauer zu belegen.

Nach unseren in Tabelle 15 angestellten Berechnungen wäre die Anzahl der insgesamt verfügbaren Ausbildungsstellen auf etwa 730 zu schätzen, wovon 450 auf Krankenanstalten und 280 auf die Universitätskliniken entfallen. Nimmt man an, daß in Ausbildung befindliche Fachärzte diese Stellen durchschnittlich 4,5 Jahre hindurch blockieren, so wäre ein jährliches Freiwerden von 160 Ausbildungsstellen zu erwarten (dies stimmt sehr gut überein mit der Anzahl der Dekreterteilungen im Jahre 1969: 166). Zugleich brachten die Jahre 1965/66 und 1966/67 362 beziehungsweise 384 Promoventen. Nimmt man an, daß von diesen zumindest 60 Prozent eine Facharztausbildung absolvieren wollen⁵, so treten mehr als 230 Ärzte jährlich in die fachärztliche Ausbildung ein.

Die Gesamtdauer der postpromotionellen Ausbildung zum Facharzt betrug für jene Ärzte, die im hier untersuchten Jahr ihre Dekrete erhielten (Dekreterteilungen 1967) etwas mehr als 11 Jahre statt der für die Ausbildung vorgeschriebenen 6 Jahre.

Dennoch wäre auch bei einer zahlenmäßigen Entsprechung von Ausbildungs-

stellen und Anwärtern auf diese noch keine wesentliche Verkürzung der Ausbildungsdauer zu erwarten: Infolge der regionalen und fachlichen Differenzierung dieser Ausbildungsstellen könnte ja — sofern nicht eine so extreme Knappheit wie derzeit herrscht — nicht damit gerechnet werden, daß jeweils alle Ausbildungsstellen besetzt werden können (wird zum Beispiel in Vorarlberg eine Ausbildungsstelle für einen Chirurgen frei, so ist es durchaus möglich, daß zwar kein Anwärter für eine chirurgische, wohl aber für eine interne Ausbildungsstelle vorhanden ist). Will man die Ärzte nicht zwingen, eine Ausbildung in einem von ihnen nicht bevorzugten Fach zu absolvieren, so wäre mit einer Besetzung der verfügbaren Ausbildungsstellen von nur etwa 90 Prozent zu rechnen.

Das bedeutet, daß zur Ausbildung der derzeit einen Facharztberuf anstrebenden Promoventen der Medizin ein jährliches Freiwerden von 260 Ausbildungsstellen erforderlich wäre, somit ein Gesamtbestand von etwa 1100 Ausbildungsstellen. Bei proportionaler Vermehrung an Kliniken und Spitälern müßten jene etwa 380 Ausbildungsplätze zur Verfügung stellen (gegenüber zirka 275 derzeit), diese etwa 720 (derzeit 451).

All dies wurde unter der Voraussetzung berechnet, daß es tatsächlich sinnvoll erscheint, 60 Prozent aller Promoventen der Medizin eine fachärztliche Ausbildung zu ermöglichen, deren Dauer etwas besser mit der gesetzlich vorgesehenen übereinstimmt. Wie weit dies jedoch vom Standpunkt der ärztlichen Nachwuchssituation wünschenswert wäre, wird im Abschnitt *Ersatz- und Erweiterungsbedarf an Ärzten* näher behandelt.

Bei der Erstellung eines Grundkonzeptes für das österreichische Krankenhauswesen ist entsprechend der Schwerpunktbildung für regionale Versorgungsaufgaben auch auf die qualitative und quantitative postpromotionelle Ausbildung für die einzelnen Arztsparten Bedacht zu nehmen. Mindestkriterien personeller und medizinisch-technischer Anforderungen sind aufzustellen. Die Ausbildungskrankenhäuser wären als akademische Krankenanstalten personell mit hochqualifizierten Abteilungsleitern und Lehrassistenten zu besetzen, um eine Straffung des postpromotionellen Ausbildungsganges zu ermöglichen und die Effizienz anzuheben.

Ärzte in Österreich

Eine statistische Behandlung der derzeitigen Situation des Arztberufes und der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung steht einer Anzahl von schwer lösbaren Problemen gegenüber, weil sich die Lückenhaftigkeit und Ungenauigkeit der vorhandenen Unterlagen stark auf die Verlässlichkeit der Aussagen auswirkt. Folgende wesentliche Einschränkungen, denen alle verfügbaren statistischen Daten unterliegen, seien hier vorweggenommen.

Statistiken über den Ärztebestand und ähnliches werden vor allem von zwei Zentralstellen geführt, nämlich vom Bundesministerium für soziale Verwaltung und von der Österreichischen Ärztekammer. An beiden Stellen ist nicht auszuschließen, daß Ärzte gelegentlich mehrfach geführt werden; dies sowie die Behandlung von Neuzugängen und Abgängen scheint unterschiedlich gehandhabt zu werden: zwischen beiden Datenquellen ergeben sich häufig beträchtliche Abweichungen.

Der laut Ärztegesetz vorgeschriebene Vorgang ist folgender: Jeder Arzt ist verpflichtet, im Wege der örtlich zuständigen Landesärztekammer der österreichischen Ärztekammer zu melden:

1. Den Eintritt in eine postpromotionelle Ausbildung. Damit wird er in der Liste der Ärztekammer als sogenannter *Turnusarzt* eingetragen. Als solcher wird er so lange geführt, bis er um ein Dekret als praktischer Arzt oder Facharzt ansucht oder seine Mitgliedschaft bei der Österreichischen Ärztekammer kündigt (zum Beispiel wegen Auslandsaufenthalt, Antritt eines Postens in der Industrie und ähnlicher Gründe).
2. Die Dekreterteilung als praktischer Arzt oder Facharzt, die ihn zur selbstständigen Berufsausbildung berechtigt, bewirkt eine neuerliche Eintragung in die Ärzteliste unter seiner Fachbezeichnung sowie Streichung aus der Reihe der Turnusärzte. Beginnt er jedoch nach Erlangung eines Dekretes als praktischer Arzt eine Ausbildung zum Facharzt, so kann es gelegentlich vorkommen, daß er entweder zusätzlich als Turnusarzt geführt wird (damit Mehrfachzählung) oder nur in einer der beiden Kategorien.
3. Jede regionale Veränderung ist zu melden; hiebei sind jedoch Überschneidungen möglich (Anmeldung in einem neuen Bundesland erfolgt früher als Abmeldung im alten Bundesland), was ebenfalls zu Doppelzählungen führen kann.
4. Unter folgenden Umständen müssen promovierte Mediziner nicht der Österreichischen Ärztekammer angehören:

- a) Wenn sie nach Beendigung ihrer Turnusausbildung ausschließlich Amtsärzte, Polizeiärzte oder Militärärzte sind¹;
 - b) wenn sie Angestellte in der pharmazeutischen Industrie sind² (dann müssen sie auch nicht notwendigerweise eine Turnusausbildung begonnen haben);
 - c) wenn sie aus anderen Gründen ihre ärztliche Tätigkeit nicht angetreten oder abgebrochen haben³.
5. Bei Eröffnung einer eigenen Praxis hat der Arzt dies ebenfalls der Österreichischen Ärztekammer zu melden; damit wird er als *niedergelassener Arzt* geführt.

Auf Grund dieser Meldungen führen Ärztekammer und Bundesministerium für soziale Verwaltung Statistiken, in denen sie die Ärzte nach Turnusärzten, praktischen Ärzten und Fachärzten (der verschiedenen Disziplinen) ausweisen, sowie danach, ob sie eine eigene Praxis führen.

Sonstige Formen der tatsächlichen Berufsausübung, das heißt Tätigkeit in Krankenhäusern⁴, im schulärztlichen Dienst⁵, als Gemeindearzt⁶, Tätigkeiten auf sozial-medizinischem oder pharmazeutischem Gebiet, in Mutterberatungsstellen⁷, als Betriebsärzte und ähnliches mehr werden in der Ärztestatistik nicht systematisch ausgewiesen.

Die folgende Bestandsanalyse beruht auf den Daten der Österreichischen Ärztekammer und des Bundesministeriums für soziale Verwaltung. Für die Behandlung der Fragen des ärztlichen Nachwuchsbedarfes sind diese Statistiken jedoch zu ungenau. Deshalb wurde zusätzlich eine Erhebung angestellt: Alle in den Jahren 1965 bis 1967 bei der Österreichischen Ärztekammer von Ärzten eingebrachten Meldungen wurden einzeln erhoben und nach Abgängen und Zugängen ausgewertet. Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden in einem gesonderten Abschnitt referiert.

Die Versorgung der Bevölkerung mit Ärzten

Ärzte haben eine Reihe von Funktionen gegenüber der Bevölkerung zu erfüllen. In welchem Ausmaß von der Bevölkerung Leistungen in Anspruch genommen werden, hängt sowohl von der Zusammensetzung der Bevölkerung ab (zum Beispiel von der Altersstruktur) als auch — und das ist ein sehr entscheidender Faktor — vom System der Vergütung ärztlicher Leistungen, das heißt vom Sozialversicherungssystem. Wie aus Tabelle 17 ersichtlich, stehen im Bezug auf Arztdichte vor allem jene Länder an der Spitze, die über ein gut ausgebautes Sozialversicherungssystem verfügen; unter der Bedingung bargeldloser Behandlung werden vermutlich mehr ärztliche Leistungen beansprucht.

Im internationalen Vergleich der Arztdichte nimmt Österreich eine gute Position ein (vergleiche Abbildung 12). Aus diesem rohen Maß für die ärztliche Versorgung lassen sich jedoch wegen der sehr unterschiedlichen Verhältnisse in den einzelnen Ländern kaum brauchbare Aussagen ableiten.

Wie sich zeigt, bestehen hinsichtlich dieser Richtzahl innerhalb Österreichs selbst große Unterschiede (Tabelle 18). Die Großstadt Wien ist um ein Vielfaches besser versorgt als beispielsweise Burgenland oder Vorarlberg, wobei jedoch

Abbildung 12 Ärztedichte je 100.000 Einwohner einiger ausgewählter Länder

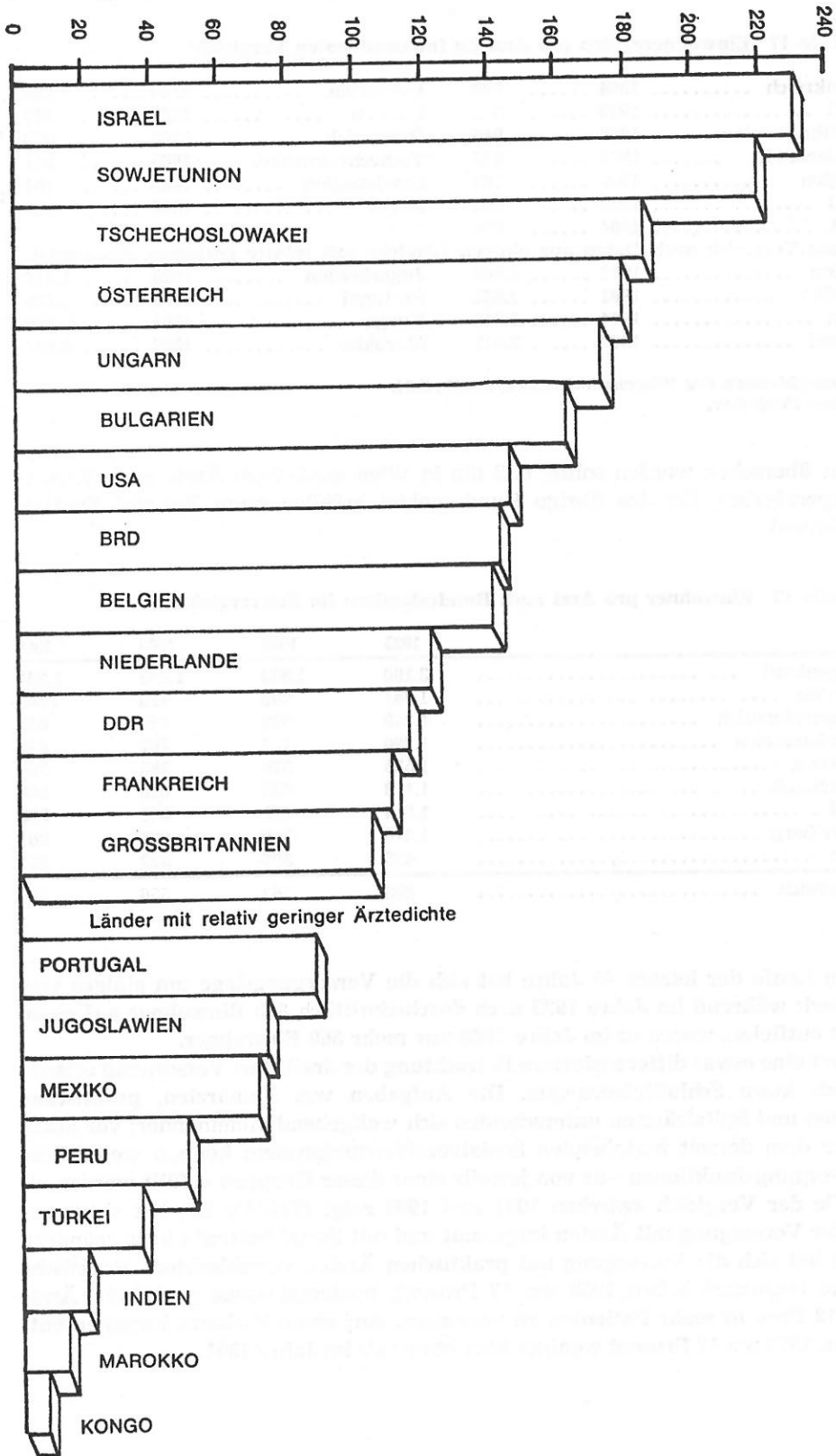


Tabelle 17 **Einwohnerzahlen pro Arzt im internationalen Vergleich¹**

Frankreich	1964	890	Bulgarien	1965	605
DDR	1965	872	Ungarn	1965	568
Großbritannien	1963	945	Österreich	1965	556
Niederlande	1964	825	Tschechoslowakei	1965	541
Belgien	1965	705	Sowjetunion	1965	454 ²
BRD	1966	690	Israel	1963	430
USA	1964	680			
Zum Vergleich auch Daten aus einigen Ländern mit relativ geringem Ärzteanteil					
Indien	1962	5.599	Jugoslawien	1963	1.316
Mexiko	1961	1.961	Portugal	1963	1.180
Peru	1964	1.942	Kongo	1961	26.546
Türkei	1963	3.017	Marokko	1962	8.943

¹ Empfehlungen des Wissenschaftsrates, a.a.O., S.94.

² Ohne Feldscher.

nicht übersehen werden sollte, daß die in Wien ansässigen Ärzte auch Versorgungsaufgaben für das übrige Bundesgebiet erfüllen (zum Beispiel Spezialstationen).

Tabelle 18 **Einwohner pro Arzt nach Bundesländern im Zeitvergleich**

	1925	1955	1965	1968
Burgenland	3.190	1.353	1.245	1.221
Kärnten	1.741	798	726	765
Niederösterreich	1.749	922	820	817
Oberösterreich	1.720	754	767	814
Salzburg	1.525	579	583	599
Steiermark	1.118	605	618	608
Tirol	1.034	467	507	528
Vorarlberg	1.410	740	803	861
Wien	436	327	322	315
Österreich	893	563	556	560

Im Laufe der letzten 40 Jahre hat sich die Versorgungslage um einiges verbessert: während im Jahre 1925 noch durchschnittlich 823 Einwohner auf einen Arzt entfielen, waren es im Jahre 1968 nur mehr 560 Einwohner.

Erst eine etwas differenziertere Betrachtung der ärztlichen Versorgung erlaubt jedoch klare Schlußfolgerungen. Die Aufgaben von Fachärzten, praktischen Ärzten und Spitalsärzten unterscheiden sich weitgehend voneinander; vor allem unter dem derzeit bestehenden Sozialversicherungssystem können wesentliche Versorgungsfunktionen nur von jeweils einer dieser Gruppen erfüllt werden.

Wie der Vergleich zwischen 1961 und 1968 zeigt (Tabelle 19), hat sich zwar an der Versorgung mit Ärzten insgesamt und mit Spitalsbetten⁸ nichts geändert, doch hat sich die Versorgung mit praktischen Ärzten verschlechtert. Praktische Ärzte insgesamt haben 1968 um 17 Prozent, niedergelassene praktische Ärzte um 13 Prozent mehr Patienten zu versorgen. Auf einen Facharzt hingegen entfallen 1968 um 17 Prozent weniger Einwohner als im Jahre 1961.

Tabelle 19 **Ärztliche Versorgung nach Bundesländern¹ (1968) und im Zeitvergleich zu 1961**

	Einwohner pro				Spitalsbetten auf 100.000 Einwohner
	3 niedergelassener 1	1 Arzt, 2	2 Praktischer Arzt, 3	4 Facharzt	
Burgenland	1.221	1.919	2.145	5.070	427
Kärnten	765	1.632	1.984	2.535	944
Niederösterreich	817	1.482	1.586	3.122	950
Oberösterreich	814	1.597	1.675	2.915	814
Salzburg	599	1.421	1.541	1.735	1.121
Steiermark	608	1.398	1.677	1.934	1.081
Tirol	528	1.460	1.720	1.646	948
Vorarlberg	861	1.992	2.561	2.462	781
Wien	315	924	1.370	743	1.156
Bundesgebiet 1968	560	1.333	1.623	1.609	978
Bundesgebiet 1961	558	1.137	1.432	1.937	981
Veränderungen in Prozent	0	+ 17 %	+ 13 %	- 17 %	0

¹ Aufgliederung nach politischen Bezirken siehe Tabellen A 52 bis A 62 im Anhang.

² Ohne Fachärzte der Zahnheilkunde (Quellen siehe Anhangtabellen A 52 bis A 62).

³ Angaben beziehen sich auf die Jahre 1967 (statt 1968) und 1959 (statt 1961); siehe *Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich*, herausgegeben vom Bundesministerium für soziale Verwaltung, Wien 1960 beziehungsweise 1968.

Wien hat von allen Bundesländern in jeder Hinsicht die beste ärztliche Versorgung; auch die Bundesländer Salzburg, Steiermark und Tirol sind relativ gut versorgt. An letzter Stelle liegt in bezug auf jede der angeführten Maßzahlen das Burgenland⁹. Allerdings ist es gerade in bezug auf die Versorgung mit niedergelassenen praktischen Ärzten, die ja quantitativ gesehen die meisten Versorgungsaufgaben zu erfüllen haben, nicht hinreichend, nur die Aufgliederung nach Bundesländern zu betrachten. Auch in durchschnittlich gut versorgten Bundesländern sind einzelne politische Bezirke auffallend schlecht mit praktischen Ärzten versorgt, wie aus Tabelle 20 zu ersehen ist.

Tabelle 20 **Die mit niedergelassenen praktischen Ärzten am schlechtesten versorgten politischen Bezirke**

	Anzahl der Bezirke	davon mit mehr als 2000 Einwohnern pro niedergelassenen praktischen Arzt	
		1961	1968
Burgenland	9	6	6
Kärnten	10	3	7
Niederösterreich	25	1	2
Oberösterreich	18	2	7
Salzburg	6	—	—
Steiermark	17	1	6
Tirol	9	1	2
Vorarlberg	3	2	3
Wien	23	—	2

Fast alle politischen Bezirke, die unmittelbar um größere Städte liegen, weisen mehr als 2000 Einwohner pro niedergelassenen praktischen Arzt auf; die Bevölkerung dieser Gebiete kann jedoch die Einrichtungen der zentralen Orte in Anspruch nehmen. Es bleibt aber noch eine Reihe weiterer Bezirke mit geringen Ärztezahlen. Mit Ausnahme der chronisch schlechten Situation im Burgenland und in Vorarlberg erklärt sich der Ärztemangel in den meisten dieser Gebiete aus der starken räumlichen Bevölkerungsbewegung (starke Zu- oder Abnahme in den letzten Jahren).

Der regionalspezifische Mangel an praktischen Ärzten spiegelt sich auch darin wider, daß derzeit von den für Österreich vorgesehenen 1228 Gemeindefacharztstellen nur 1062 definitiv besetzt sind, wobei 72 Stellen nicht einmal provisorisch besetzt werden können¹⁰. Ebenso waren bereits im Juli 1966 233 Stellen für praktische Ärzte nicht besetzt¹¹.

Dem Problem des Mangels an praktischen Ärzten und der Umverlagerung von Versorgungsfunktionen auf die Krankenanstalten einerseits und Fachärzten andererseits wird ein eigener Abschnitt gewidmet¹².

Als weiteres Ergebnis einer genaueren Analyse der zeitlichen Änderung der Versorgung mit Ärzten ist die wachsende Arbeitsbelastung der Ärzte, besonders aber der praktischen Vertragsärzte, festzustellen.

Tabelle 21 Zunahme der ärztlichen Leistungen in den Jahren 1957 bis 1966¹
(Index 1957 = 100)

Jahr	Fälle vertragsärztlicher Hilfe ²	Spitalsfälle ³	Ärztebestand insgesamt ⁴
1957	100	100	100
1958	98	102	100
1959	96	103	100
1960	102	102	100
1961	108	104	100
1962	107	104	100
1963	116	104	100
1964	120	108	100
1965	123	108	100
1966	124	114	101
1967	124	119	102

¹ E. Martinek, *Ärzte in Österreich*, zitiert aus *Statistische Nachrichten*, 10. Jahrgang, S. 323.

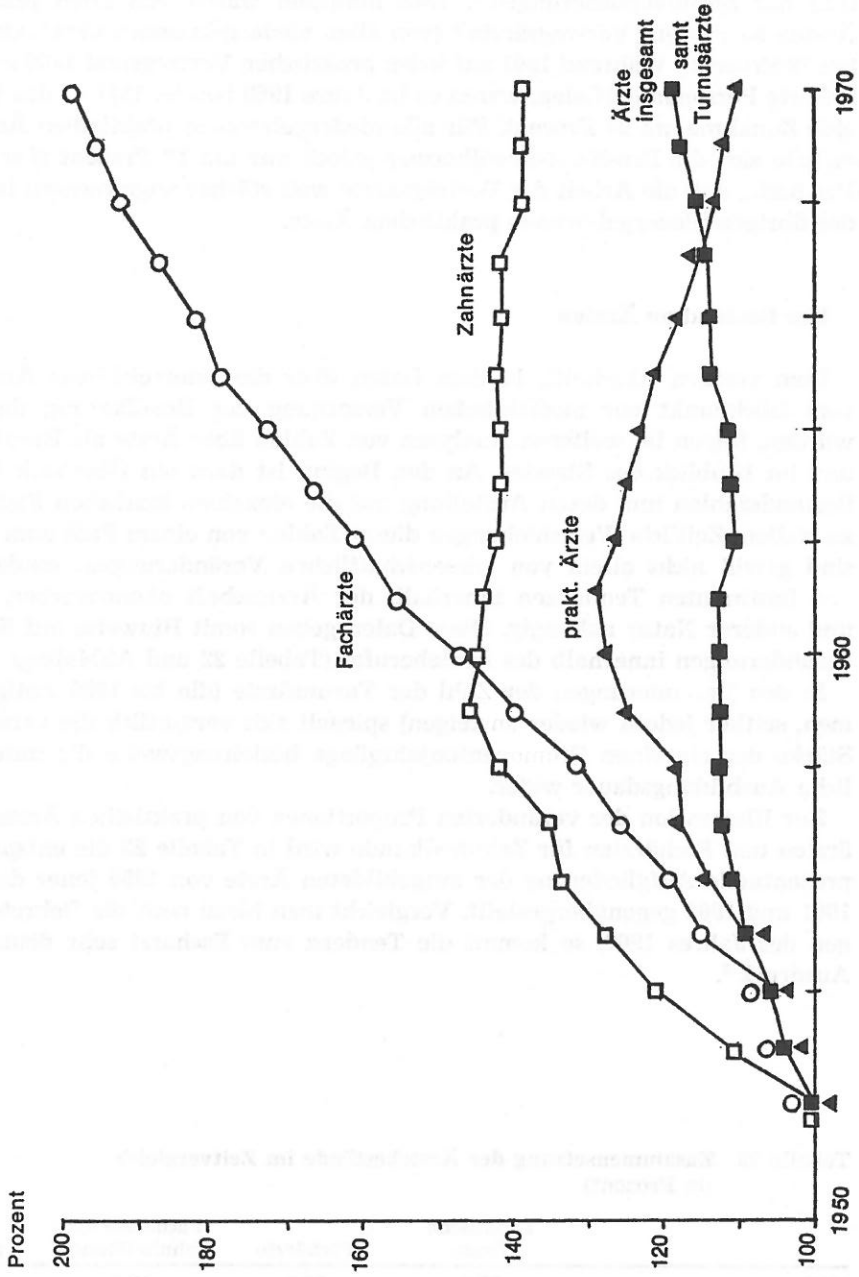
² Auch die Fälle vertragsärztlicher Hilfe je Versicherten verändern sich im gleichen Zeitraum von 4,37 auf 4,94 (vergleiche Tabelle A 50 im Anhang) jährlich.

³ Zugleich wäre noch zu berücksichtigen, daß im gleichen Zeitraum pro Patient der Umfang ärztlicher Arbeit gestiegen ist.

⁴ Siehe Tabelle A 22 im Anhang.

Die Zunahme der Fälle vertragsärztlicher Hilfe ist wohl zum Teil durch die Zunahme der sozialversicherten Personen bedingt¹³. Zugleich ist anzunehmen, daß der Umfang der privatärztlichen Leistungen deshalb kaum eine Einschränkung erfahren hat. Auch aus der Zunahme der Spitalsfälle um 14 Prozent ist auf eine Gesamtzunahme ärztlicher Hilfeleistungen zu schließen. Insgesamt zeigt der Vergleich der Indexzahlen von Ärzten und Behandlungsfällen, daß der Umfang der ärztlichen Leistungen sich in den letzten zehn Jahren weit mehr vergrößert hat als die Zahl der Ärzte, die relativ fast gleichgeblieben ist.

Abbildung 13 Änderung des Ärztebestandes in Österreich seit 1952'
(Stichtag 1. Jänner)



Besonders von diesem Arbeitszuwachs betroffen waren die praktischen Vertragsärzte. Von allen Ärzten standen 1966 insgesamt knapp 60 Prozent in Vertrag mit Sozialversicherungen¹⁴, 1968 hingegen waren von allen praktischen Ärzten 65 Prozent Vertragsärzte¹⁵ (von allen niedergelassenen praktischen Ärzten 79 Prozent). Während 1961 auf jeden praktischen Vertragsarzt 1480 sozialversicherte Personen entfielen, waren es im Jahre 1968 bereits 1841 — das bedeutet eine Zunahme um 24 Prozent. Für alle niedergelassenen praktischen Ärzte vermehrte sich die Pro-Kopf-Bevölkerung jedoch nur um 13 Prozent (Tabelle 12). Das heißt, daß die Arbeit der Vertragsärzte weit stärker angewachsen ist als die der übrigen niedergelassenen praktischen Ärzte.

Der Bestand an Ärzten

Dem vorigen Abschnitt, in dem Daten über die österreichische Ärzteschaft vom Blickpunkt der medizinischen Versorgung der Bevölkerung dargestellt wurden, folgen im weiteren Analysen von Zahlen über Ärzte als Berufsgruppe und im Hinblick des Standes. An den Beginn ist dazu ein Überblick über die Bestandszahlen und deren Aufteilung auf die einzelnen ärztlichen Fachsparten zu stellen. Zeitliche Verschiebungen dieser Zahlen von einem Fach zum anderen sind gewiß nicht allein von wissenschaftlichen Veränderungen, sondern auch von bestimmten Tendenzen innerhalb der Ärzteschaft ökonomischer, sozialer und anderer Natur abhängig. Diese Daten geben somit Hinweise auf Strukturveränderungen innerhalb des Ärzteberufes (Tabelle 22 und Abbildung 12).

In den Veränderungen der Zahl der Turnusärzte (die bis 1965 stetig abnahmen, seither jedoch wieder ansteigen) spiegelt sich vermutlich die verschiedene Stärke der einzelnen Promoventenjahrgänge beziehungsweise die unterschiedliche Ausbildungsdauer wider.

Zur Illustration der veränderten Proportionen von praktischen Ärzten, Fachärzten und Fachärzten für Zahnheilkunde wird in Tabelle 23 die entsprechende prozentuelle Aufgliederung der ausgebildeten Ärzte von 1955 jener des Jahres 1961 und 1969 gegenübergestellt. Vergleicht man hiezu noch die Dekreterteilungen des Jahres 1967, so kommt die Tendenz zum Facharzt sehr deutlich zum Ausdruck¹⁶.

Tabelle 23 **Zusammensetzung der Ärztebestände im Zeitvergleich**
(in Prozent)

	Praktische Ärzte	Fachärzte	Fachärzte für Zahnheilkunde	zusammen
1955	57,2	28,9	13,9	100,0
1961	54,8	32,2	12,9	100,0
1969	47,5	40,1	12,3	100,0
Dekreterteilungen				
1967	38,2	56,3	5,5	100,0

Tabelle 22 **Entwicklung des Ärztebestandes in Österreich seit 1952¹**
(Index 1952 = 100)

	Insgesamt		Turnusärzte		Praktische Ärzte		Fachärzte		Fachärzte für Zahnheilkunde	
	Index	abs.	Index	abs.	Index	abs.	Index	abs.	Index	abs.
1952	100	11.368	100	3.132	100	4.843	100	2.374	100	1.019
1953	103	11.745	102	3.200	103	4.973	103	2.443	111	1.129
1954	106	12.057	101	3.151	105	5.098	108	2.574	121	1.234
1955	109	12.374	97	3.040	110	5.340	114	2.699	127	1.295
1956	111	12.607	91	2.845	115	5.580	119	2.831	133	1.351
1957	112	12.703	84	2.625	118	5.705	126	2.983	136	1.390
1958	112	12.736	77	2.420	119	5.742	132	3.135	141	1.439
1959	112	12.753	62	1.948	125	6.037	139	3.309	143	1.459
1960	112	12.722	52	1.621	127	6.135	146	3.476	146	1.490
1961	112	12.700	43	1.347	129	6.226	154	3.656	144	1.471
1962	111	12.672	40	1.267	126	6.120	161	3.824	143	1.461
1963	111	12.651	38	1.192	125	6.052	167	3.956	142	1.451
1964	111	12.663	38	1.184	123	5.941	172	4.091	142	1.447
1965 ²	112	12.772	38	1.192	121	5.860	178	4.220	142	1.450
1966 ²	112	12.795	43	1.334	117	5.690	182	4.326	142	1.445
1967 ²	114	12.954	48	1.489	115	5.584	187	4.439	142	1.442
1968	115	13.113	82	1.818	117	5.505	182	4.861	140	1.429
1969	117	13.303	58	1.829	113	5.451	194	4.608	139	1.415
1970	119	13.558	65	2.026	110	5.394	199	4.716	140	1.422

¹ Laut Mitteilung der Österreichischen Ärztekammer.

² Die vom Ministerium für soziale Verwaltung in den Berichten über das Gesundheitswesen bekanntgegebenen Ziffern für die Zahl der Ärzte insgesamt lauten: 1965: 12.909, 1966: 13.108, 1967: 13.958.

Wenngleich in allen Facharztsparten eine gewisse Zunahme zu verzeichnen ist (Tabelle 24), gibt es bezüglich deren Ausmaß noch größere Unterschiede: die neuen Fächer Anästhesiologie und Unfallchirurgie liegen deutlich an der Spitze, während Theoretiker, Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Chirurgen und Lungenfachärzte im Vergleich dazu geringere Zuwachsraten aufweisen.

Umverlagerungen innerhalb der ärztlichen Aufgabenbereiche

Aus dem Vorhergegangenen ergaben sich folgende wesentliche Trends: eine Erhöhung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen überhaupt von seiten der Patienten und eine Hinwendung vom praktischen Arzt zum Facharzt innerhalb des Ärztestandes.

Eine dritte Entwicklung, die man ebenfalls als charakteristisch ansehen kann und die im Vorhergegangenen noch keine Erwähnung fand, ist die Verstärkung der Inanspruchnahme der Krankenanstalten anstelle von Behandlungen durch niedergelassene Ärzte. Sehr deutlich ist dies an den Entbindungen zu erkennen (Tabelle 25). Während 1955 noch die Hälfte aller Entbindungen außerhalb des Spitals stattfand, war es 1966 nur noch ein Viertel.

Tabelle 24 **Entwicklung des Fachärztesbestandes nach Fachgebieten¹**
(Index 1956 = 100, Absolutwerte fett)

	1956		1961		1966		1967		1968	
Anästhesiologie	100	38	226	86	452	172	487	185	510	194
Augenheilkunde	100	192	123	237	147	283	148	284	149	285
Chirurgie	100	405	112	454	139	561	126	511	127	514
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	100	314	126	395	140	441	144	452	141	443
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	100	182	124	225	137	250	136	248	136	242
Haut- und Geschlechts- krankheiten	100	176	111	196	120	211	118	208	120	211
Innere Medizin	100	532	134	713	160	852	163	869	177	890
Kinderheilkunde	100	292	122	355	131	381	135	394	141	411
Lungenkrankheiten	100	183	108	199	122	223	128	234	126	231
Nerven- und Geistes- krankheiten	100	199	131	260	147	293	149	297	151	300
Orthopädie	100	66	147	97	164	108	165	109	123	114
Physikalische Medizin ..	100	48	112	54	125	60	123	59	123	59
Röntgenologie	100	180	133	240	142	256	142	256	163	257
Unfallchirurgie	100	45	193	87	293	132	322	145	332	150
Urologie	100	58	145	84	176	102	184	107	190	110
Theoretiker	100	64	105	67	122	78	125	80	130	83
Insgesamt	100	2.974	126	3.749	148	4.403	149	4.438	149	4.449

¹ Bericht über das Gesundheitswesen 1966/67, Stand jeweils 31. Dezember.

Tabelle 25 **Anteil der Spitalsentbindungen im Zeitvergleich¹**

	Lebend- geborene ²	Davon Spitals- entbindungen in Prozent		Lebend- geborene ²	Davon Spitals- entbindungen in Prozent
1955	108.575	45	1963	134.809	66
1956	115.827	48	1964	133.841	67
1960	125.945	57	1965	129.924	71
1961	131.563	59	1966	128.577	76
1962	133.253	62			

¹ Aus den Jahrbüchern der österreichischen Sozialversicherung entnommen.

² Die Zahl der Totgeborenen wird hier nicht ausgewiesen. Nachdem ihr Verhältnis zu den Lebendgeborenen relativ konstant ist, bedeuten sie keine wesentliche Veränderung der hier ausgewiesenen zeitlichen Trends.

Für die große Zahl anderer Spitalsbeanspruchungen sind keine Zahlenunterlagen vorhanden. Doch während es heute selbstverständlich ist, daß Unfallverletzte in Krankenanstalten versorgt, daß Tuberkulose- und Lungenkranke unter der Kontrolle von Fürsorgestellen und Spitalsambulanzen behandelt, werdende Mütter und Kleinkinder von Behandlungsstellen betreut werden, geschah dies vor etwa 20 Jahren nur in viel geringerem Umfang.

Sowohl die Umverlagerung der ärztlichen Versorgung in die Krankenanstalt als auch vom praktischen Arzt zum Facharzt sowie die Steigerung der ärztlichen Leistungen pro Patient sind wohl teilweise Folgeerscheinung der Entwicklung im Bereich der medizinischen Wissenschaft. In zunehmendem Maße werden für

ärztliche Betreuung nach dem neueren Stand der Wissenschaft Einrichtungen und Spezialkenntnisse erforderlich, über die der einzelne Arzt nicht mehr verfügen kann. (Dies bezieht sich vor allem auf diverse Funktionsprüfungen, Röntgenuntersuchungen, chemische Laboruntersuchungen, chirurgische Spezialbehandlungen und ähnliches mehr.)

Aus diesen Entwicklungen ist ein gewisser Trend zum Spezialisten, zum Facharzt, durchaus gerechtfertigt und wünschenswert, solange eine ausreichende Anzahl von praktischen Ärzten erhalten bleibt.

Denn dem praktischen Arzt obliegt weiterhin eine große Anzahl von Aufgaben, deren Erfüllung ihm jedoch teilweise durch das derzeit bestehende System der Sozialversicherung erschwert wird. Einzelleistungen werden nicht oder schlecht honoriert. Der praktische Arzt ist ferner durch eine große Anzahl von mehr oder minder administrativen Aufgaben belastet, die seine Zeit in Anspruch nehmen. Somit trägt das Sozialversicherungssystem, das dem praktischen Arzt gleichsam die Rolle des zentralen Verteilers ärztlicher Hilfeleistungen zuweist (ihm obliegen Zuweisungen zu Fachärzten und Einweisungen in Krankenanstalten) und ihm Verwaltungsaufgaben (zum Beispiel Krankenstandsführungen) überträgt, zur Abwertung seiner ärztlichen Tätigkeit und damit seines Sozialprestiges bei; daher ist dieser Beruf für junge Ärzte wenig attraktiv. Daneben hat der praktische Arzt gegenüber dem Facharzt noch eine Reihe anderer Nachteile in Kauf zu nehmen: Seine Tätigkeit wird schlechter bezahlt, er hat geringere Freiheit in der Wahl des Ortes seiner Berufsausübung (zumindest wenn er darauf Wert legt, mit den Krankenkassen Verträge zu schließen), er ist hinsichtlich seiner Freiheit stärker gebunden (Nacht- und Wochenenddienste, Urlaubsvertretungen und dergleichen) und hat einen größeren Teil seiner Zeit mit reinen Routinetätigkeiten zuzubringen. Zu all dem hat er ebenso große Verantwortung zu tragen wie ein Facharzt und braucht eine sehr vielseitige Ausbildung.

Diesem Problem ist nicht durch eine Umbenennung von *praktischer Arzt* auf *Facharzt für allgemeine Medizin*, wie manchmal vorgeschlagen, abzuhelfen, sondern nur durch eine Änderung der beruflichen Situation des praktischen Arztes sowohl in finanzieller Hinsicht als auch durch Entlastung von unökonomischer Administration und durch Erleichterungen bei Eröffnung einer eigenen Praxis.

Der Frauenanteil unter den Ärzten

Langfristig betrachtet, hat sich der Frauenanteil unter den Ärzten wesentlich geändert: Während 1934 nur 9 Prozent aller in der Volkszählung aufscheinenden Ärzte Frauen waren, lag die Zahl 1951 bereits bei 16 Prozent. Bis zum Jahre 1961 erhöhte sich dieser Anteil auf 18 Prozent¹⁷, im Jahre 1967 waren bereits 20 Prozent aller Ärzte Frauen.

Dennoch liegt der Frauenanteil unter den Ärzten wesentlich niedriger als unter den Medizinstudenten und Promoventen, wie Tabelle 26 veranschaulicht:

Tabelle 26 **Frauenanteile in der medizinischen Ausbildung und bei den Ärzten**
(in Prozent)

Studienanfänger	Von allen inländischen Studienanfängern der Medizin des Wintersemesters 1967/68 waren Frauen	33 %
Medizinstudenten	Von allen Medizinstudenten waren im Wintersemester 1967/68 Frauen	25 %
Promoventen	Von allen inländischen Promoventen der Medizin des Studienjahres 1966/67 waren Frauen	32 %
Neuanmeldungen	Von allen ärztlichen Neuanmeldungen im Jahre 1967 waren Frauen ¹	29 %
Turnusärzte	Von allen Turnusärzten im Dezember 1967 waren Frauen ²	29 %
Dekreterteilungen	Von allen Dekreterteilungen zum praktischen Arzt oder Facharzt im Jahre 1967 entfielen auf Frauen ³	25 %
Praktische Ärzte	Von allen praktischen Ärzten waren 1967 Frauen ²	18 %
Fachärzte	Von allen Fachärzten waren 1967 Frauen ²	17 %
Zahnärzte	Von allen Zahnärzten waren 1967 Frauen ²	26 %

¹ Auf Grund der Ergebnisse der eigenen Erhebung der Veränderungsmeldungen der Österreichischen Ärztekammer.

² Aus: Bericht über das Gesundheitswesen 1966, a.a.O., S. 34.

³ Ergebnisse der eigenen Erhebung, vergleiche Abschnitt über postpromotionelle Ausbildung von Ärzten.

Die Ergebnisse von Tabelle 26 weisen deutlich darauf hin, daß Frauen zwar das Medizinstudium mit etwa den gleichen Retentionsraten abschließen wie ihre männlichen Kollegen, jedoch in etwas geringerem Maße dann tatsächlich in die ärztliche Berufslaufbahn eintreten. Wenngleich es sich hier nur um einen indirekten Beleg dieser Annahme handelt (es werden ja die Angaben über sehr verschiedene Jahrgänge miteinander in Beziehung gesetzt), so scheint er auf Grund der Tatsache vertretbar, daß sich in den letzten 10 Jahren weder der Frauenanteil an den medizinischen Studienanfängern, noch an den Promoventen systematisch verändert hat.

Zugleich läßt sich die Hypothese, daß Frauen nach der Promotion in geringerem Maße als ihre männlichen Kollegen in eine ärztliche Ausbildung eintreten, für die Jahre 1965 bis 1967 auch direkt belegen: Bezieht man die ärztlichen Neuanmeldungen auf die Anzahl der Promotionen des entsprechenden Studienjahres, so zeigt sich, daß sich im Durchschnitt der Jahre 1965 bis 1967 von allen weiblichen Promoventen nur 84 Prozent in die Ärzteliste eintragen ließen, von allen männlichen Promoventen dagegen 92 Prozent.

Über die Dauer der Berufsausübung von Ärztinnen sind keine genauen Daten vorhanden; nach den Ergebnissen der eigenen Erhebung erfolgten jedoch 83 Prozent aller weiblichen Abgänge aus der ärztlichen Berufsausübung (entweder infolge von Verzicht oder Tod) vor dem 50. Lebensjahr, während nur 16 Prozent aller männlichen Abgänge bis zu diesem Zeitpunkt erfolgten (Durchschnitt der Jahre 1965 bis 1967).

Ähnliche Unterschiede zeigen sich auch bei der Dauer der Ausübung einer ärztlichen Praxis: 47 Prozent aller Ärzte führen ihre Praxis mehr als 30 Jahre lang, hingegen nur 18 Prozent aller Ärztinnen.

Dies spiegelt sich auch wider im verhältnismäßig hohen Anteil jener Ärztinnen, die ihren Beruf nicht ausüben: Laut Angaben des Sozialministeriums be-

läuft sich dieser Anteil auf 15 Prozent, bei männlichen Ärzten jedoch nur auf 6 Prozent des gesamten Ärztebestandes¹⁹.

Aus all dem läßt sich die Schlußfolgerung ableiten, daß die Anzahl der weiblichen Promoventen der Medizin für den ärztlichen Nachwuchs in etwas geringem Maße ins Gewicht fällt als die ihrer männlichen Kollegen. Da sich jedoch im Laufe der letzten Jahre kein deutlicher Trend in Richtung auf ein Zunehmen der weiblichen Medizinstudenten gezeigt hat, scheint es nicht erforderlich, für die Schätzung des ärztlichen Nachwuchses einen stärkeren Anstieg des Frauenanteils gesondert zu berücksichtigen. Daß sich der Frauenanteil unter den Ärzten in den letzten Jahren geringfügig erhöht hat, dürfte eher darauf zurückzuführen sein, daß Frauen in zunehmendem Maße ihren Beruf länger ausüben, als darauf, daß eine größere Anzahl ausgebildet wird.

Frauen verteilen sich auf die verschiedenen ärztlichen Disziplinen keineswegs in völlig gleicher Weise wie Männer. Wie schon aus Tabelle 26 zu entnehmen, ist zwar ihr Anteil bei den praktischen Ärzten etwa gleich hoch wie bei den Fachärzten (18 Prozent beziehungsweise 17 Prozent), jedoch bei den Zahnärzten beträgt ihre Quote bereits 26 Prozent.

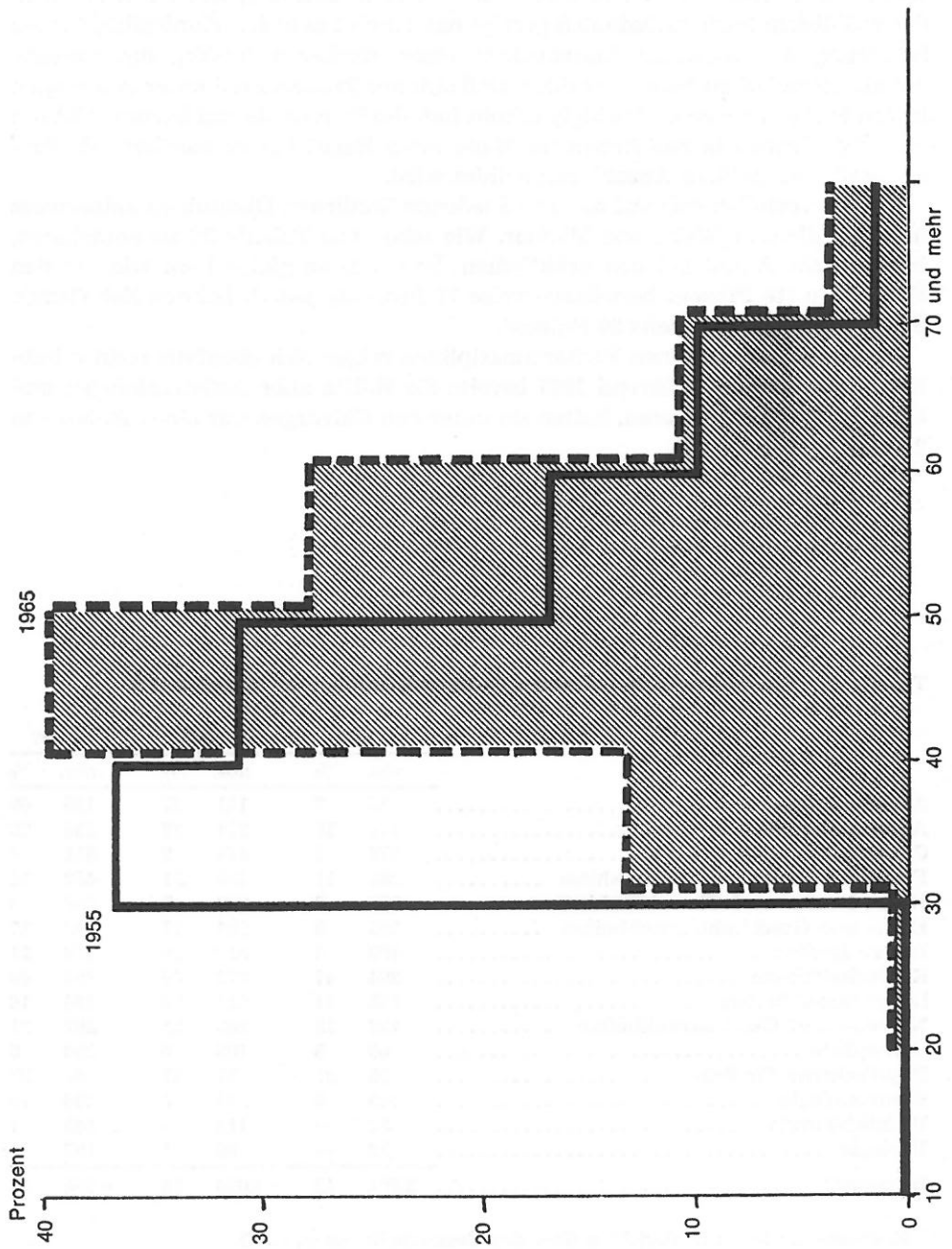
Innerhalb der einzelnen Facharztdisziplinen zeigen sich ebenfalls recht erhebliche Unterschiede: Während 1967 bereits die Hälfte aller Anästhesiologen und Kinderärzte Frauen waren, hatten sie unter den Chirurgen nur einen Anteil von 2 Prozent (Tabelle 27).

Tabelle 27 Frauenanteile in einzelnen Facharztdisziplinen im Zeitvergleich¹

	1955		1965		1967	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Anästhesiologie	15	7	141	47	185	49
Augenheilkunde	171	18	271	28	284	28
Chirurgie	379	1	479	2	511	2
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	284	11	428	11	452	12
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	169	7	238	7	248	8
Haut- und Geschlechtskrankheiten	163	8	204	17	208	17
Innere Medizin	469	8	810	10	869	11
Kinderheilkunde	264	47	373	50	394	49
Lungenkrankheiten	153	11	214	13	234	16
Nerven- und Geisteskrankheiten	182	13	282	21	297	21
Orthopädie	60	5	106	6	209	6
Physikalische Medizin	39	21	57	37	59	37
Röntgenologie	149	5	244	8	256	10
Unfallchirurgie	32	—	114	—	145	1
Urologie	52	—	95	1	107	1
Insgesamt	2.581	12	4.056	16	4.358	17

¹ Zusammengestellt aus Berichten über das Gesundheitswesen, a.a.O.

Abbildung 14 Veränderung der Altersverteilung aller praktischen Ärzte zwischen 1955 und 1965



Altersgliederung der Ärzte

In diesem Abschnitt sollen Grundlagen für die späteren Schätzungen des ärztlichen Nachwuchses erarbeitet werden. Ein Blick auf die Entwicklung der letzten 10 Jahre zeigt folgendes: Wie aus Tabelle 28 ersichtlich, hat sich die Altersstruktur der Ärzte eher verschlechtert als verbessert. Während 1955 noch drei Viertel aller Ärzte jünger als 50 Jahre waren, so waren es 1965 kaum mehr zwei Drittel.

Tabelle 28 **Altersgliederung der Ärzte im Zeitvergleich¹**
(kumulative Prozentsätze)

Alter	Ärzte insgesamt		Praktische Ärzte		Fachärzte		Zahnärzte	
	1955	1965	1955	1965	1955	1965	1955	1965
bis 29	11	5	—	1	—	—	6	1
30 bis 39	50	29	38	14	39	20	47	23
40 bis 49	75	63	70	54	65	62	69	66
50 bis 59	89	86	87	83	85	86	85	85
60 bis 69	97	96	97	95	96	96	96	95
70 und mehr	100	100	100	100	100	100	100	100

¹ Aus: E. Martinek, *Ärzte in Österreich*, a.a.O. S.227.

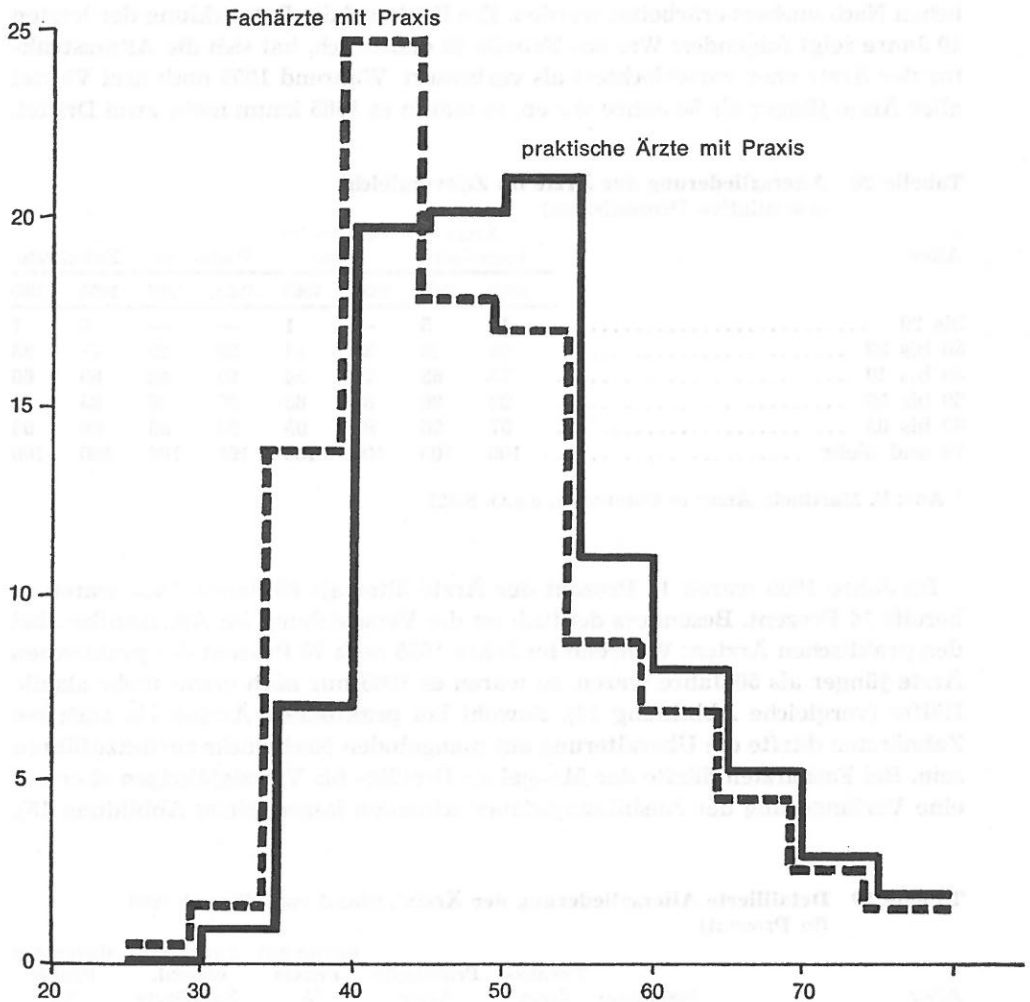
Im Jahre 1955 waren 11 Prozent der Ärzte älter als 60 Jahre, 1965 waren es bereits 14 Prozent. Besonders deutlich ist die Verschiebung im Altersaufbau bei den praktischen Ärzten: Während im Jahre 1955 noch 70 Prozent der praktischen Ärzte jünger als 50 Jahre waren, so waren es 1965 nur noch etwas mehr als die Hälfte (vergleiche Abbildung 14). Sowohl bei praktischen Ärzten als auch bei Zahnärzten dürfte die Überalterung auf mangelnden Nachwuchs zurückzuführen sein. Bei Fachärzten dürfte der Mangel an Dreißig- bis Vierzigjährigen eher auf eine Verlängerung der Ausbildungsdauer schließen lassen (siehe Abbildung 15).

Tabelle 29 **Detaillierte Altersgliederung der Ärzte¹**, Stand vom Jänner 1965
(in Prozent)

Alter	Insgesamt	Turnus-ärzte	Praktische Ärzte	davon mit		davon mit
				Praxis %	Fachärzte einschl. Zahnärzte	
bis 29	4,7	46,4	0,6	23	0,2	77
30 bis 34	5,7	25,3	3,7	33	3,5	40
35 bis 39	14,3	15,7	10,4	53	17,9	71
40 bis 44	22,6	8,9	21,6	73	26,4	72
45 bis 49	15,7	2,2	18,6	90	15,9	83
50 bis 54	15,7	1,0	19,4	89	15,0	85
55 bis 59	8,0	0,3	9,8	91	7,9	89
60 bis 64	5,7	0,1	7,1	91	5,8	92
65 bis 69	3,9	0,1	4,7	94	3,9	91
70 und mehr	3,7	—	4,1	95	3,5	95
Ärzte absolut	12.646	1.196	5.788		5.662	

¹ Aus J. Steindls Beitrag in *Bildungsplanung in Österreich*, a.a.O., S.330.
Absolutzahlen siehe Anhangtabelle 73, 74.

Abbildung 15 Altersverteilung der praktischen Ärzte und der Fachärzte mit Praxis 1965, einschließlich Zahnärzte



Wie aus der detaillierten Aufgliederung (Tabelle 29) zu ersehen, tritt der Großteil der Ärzte vor dem 30. Lebensjahr in die Turnusausbildung ein (13 Prozent aller Turnusärzte sind allerdings bereits älter als 30 Jahre). Bei den ausgebildeten Ärzten liegen die stärksten Jahrgänge zwischen dem 40. und 55. Lebensjahr. Knapp 4 Prozent aller Ärzte sind noch nach dem 70. Lebensjahr, 8 Prozent nach dem 65. Lebensjahr berufstätig.

Bei den Fachärzten fällt der Zeitpunkt der Niederlassung fast mit dem Zeitpunkt der Dekreterteilung zusammen — bei den praktischen Ärzten ergibt sich hier eine gewisse Verzögerung²⁰.

Tabelle 30 Verteilung der Ärzte auf Sparten nach dem Alter¹, Stand 1965

Alter	Insgesamt	Turnusärzte	Praktische Ärzte	Fach- und Zahnärzte	Niedergelassene Ärzte zusammen
bis 29	586 = 100,0	92,0	6,0	2,0	3,0
30 bis 34	727 = 100,0	44,0	29,0	27,0	7,0
35 bis 39	1.799 = 100,0	10,0	34,0	56,0	51,0
40 bis 44	2.854 = 100,0	4,0	44,0	52,0	69,0
45 bis 49	2.005 = 100,0	1,0	54,0	45,0	85,0
50 bis 54	1.985 = 100,0	1,0	56,0	43,0	87,0
55 bis 59	1.015 = 100,0	—	56,0	44,0	90,0
60 bis 64	740 = 100,0	—	55,0	45,0	92,0
65 bis 69	496 = 100,0	—	55,0	45,0	93,0
70 und mehr ..	439 = 100,0	—	54,0	46,0	95,0

¹ J. Steindl, a.a.O., S.330

Aus Tabelle 30 ist der zeitliche Ablauf der ärztlichen Berufsausübung sehr deutlich ersichtlich: Während vor dem 30. Lebensjahr noch beinahe alle Ärzte in Ausbildung stehen, haben nach dem 40. Lebensjahr beinahe alle ihre Ausbildung bereits abgeschlossen. Die Hälfte aller Ärzte verfügt schon vor dem 40. Lebensjahr über eine eigene Praxis.

Hier ist auch die Umverlagerung von praktischen Ärzten zu Fachärzten sehr klar wahrnehmbar: Während die Ärzte ab dem 45. Lebensjahr in ihrer Mehrheit praktische Ärzte sind, überwiegen in den jüngeren Altersgruppen eindeutig die Fachärzte.

Die Dauer der Berufsausübung der Ärzte

Zur Beantwortung der Frage nach der Dauer der Berufsausübung der Ärzte wurden für die Jahre 1965, 1966 und 1967 alle bei der Österreichischen Ärztekammer eingegangenen Veränderungsmeldungen erhoben. Diese Meldungen umfassen:

1. *Neuzugänge*: promovierte Mediziner, die in eine Turnusausbildung eintreten; von diesen wurde das Alter bei Promotion erhoben.
2. *Sonstige Zugänge*: Ärzte, die nach Auslandsaufenthalt wieder nach Österreich zurückkehren; Wiederaufnahme von ärztlicher Berufsausübung.
3. *Abgänge* durch Tod.
4. *Abgänge* durch Verzicht auf ärztliche Berufsausübung: so zum Beispiel Ärztinnen bei Eheschließung oder Eintreten in den Ruhestand.
5. *Sonstige Abgänge*: durch Verbot ärztlicher Berufsausübung (innerhalb der genannten 3 Jahre: 9) oder wegen Auslandsaufenthalt (sowohl kurzfristig wie auch Auswanderung, in den 3 Jahren: 120).
6. *Niederlegung* der ärztlichen Praxis, ungeachtet der Gründe: hier wurde die Dauer der Führung der Praxis erhoben.

Diese Unterlagen haben den Nachteil, daß zum Teil nicht der zeitliche Berufsverlauf einzelner Personen verfolgt werden konnte, sondern aus Querschnittdaten, die sich nur auf die gleichen Jahre beziehen, Längsschnitzaussagen gemacht werden müssen. Ein weiterer Nachteil ergibt sich gerade für eine Berechnung der Berufsdauer daraus, daß nicht auszuschließen ist, daß Ärzte mehrmals in ihrem Leben als Zu- und Abgänge aufscheinen (so zum Beispiel bei kurzfristigem Auslandsaufenthalt); demzufolge wurde in die Berechnung des durchschnittlichen Eintrittsalters in die ärztliche Berufslaufbahn das Alter jener Zugänge, die nicht unmittelbar nach der Promotion erfolgen, nicht einbezogen.

In Tabelle 31 wurden die Ergebnisse für das Promotionsalter der Neuzugänge sowie die Altersverteilung der Abgänge zusammengestellt. Das durchschnittliche Promotionsalter der Neuzugänge dieser Jahre beträgt 26,3 Jahre. Das durchschnittliche Abgangsalter beträgt (für alle Abgänge insgesamt) 55,3 Jahre. Daraus ergäbe sich eine durchschnittliche Berufsdauer von 29 Jahren.

Tabelle 31 **Altersgliederung der Zu- und Abgänge des Ärztestandes**
(Summen der Jahre 1965 bis 1967)

Promotionsalter	Neuzugänge		Promotionsalter	Neuzugänge				
	abs.	%		abs.	%			
24 Jahre	125	13	28 Jahre	75	8			
25 Jahre	297	31	29 Jahre	34	4			
26 Jahre	239	25	30 Jahre	15	1			
27 Jahre	119	13	31 Jahre	49	5			
zusammen				953				
Alter bei Ausscheiden	Abgänge durch Tod		Abgänge durch Verzicht		Abgänge aus diversen Gründen		Abgänge insgesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
bis 50 Jahre	58	22	79	29	118	91	255	37
51 bis 55 Jahre	35	13	13	5	5	4	53	8
56 bis 60 Jahre	40	14	21	8	4	3	65	10
61 bis 65 Jahre	40	14	40	14	2	2	82	12
66 bis 70 Jahre	30	11	55	20	—	—	85	13
71 bis 75 Jahre	32	12	31	11	—	—	63	9
76 Jahre und älter	40	14	36	13	—	—	76	11
zusammen		275	275		129		679	

Mehr als ein Drittel aller Abgänge erfolgt vor dem 50. Lebensjahr — bei der Rubrik „Abgänge aus sonstigen Gründen“ liegt dieser Anteil mit 91 Prozent besonders hoch (60 Prozent der Abgänge in dieser Kategorie erfolgen schon vor dem 35. Lebensjahr).

Wesentlich länger in ihrem Beruf verbleiben jedoch die niedergelassenen Ärzte. Von den 400 in den Jahren 1965 bis 1967 erhobenen abgegangenen niedergelassenen praktischen Ärzten und Fachärzten (inklusive Zahnärzte) wiesen mehr als ein Drittel eine Praxisdauer von 36 und mehr Jahren auf. Die durchschnittliche Dauer der Ausübung einer Praxis betrug 28,5 Jahre. Zieht man das auf Grund der Dekreterteilungen des Jahres 1967 berechnete Durchschnittsalter²¹ heran, um das Alter bei Ausscheiden aus der Praxis zu berechnen, so ergibt sich ein Durchschnittsalter von etwa 65 Jahren.

Gegenüberstellung von Zugängen und Abgängen der Jahre 1965 bis 1967

Aus den Veränderungsmeldungen der letzten 3 Jahre auf allgemeine Trends zu schließen, wäre voreilig. Dennoch soll hier ein kurzer Überblick über Zu- und Abgänge in diesem Zeitraum geboten werden, um anhand dieser detaillierten Aufschlüsselungen über die Zusammensetzung von Abgang und Nachwuchs Kenntnis zu erhalten.

Tabelle 32 Zu- und Abgänge in den Jahren 1965 bis 1968

	1965	1966	1967	1968
Zugang insgesamt	377	412	400	548
davon Neuanmeldungen	285	336	332	447
Abgang insgesamt	226	198	255	293
davon durch Tod oder Verzicht	178	164	208	207
Differenz	+111	+214	+145	+255

In diesem Zeitraum übersteigen die Zugänge die Abgänge bei weitem (1965 um 49 Prozent, 1966 um 108 Prozent, 1967 um 57 Prozent und 1969 um 85 Prozent). In den Jahren 1965, 1966 und 1967 schieden insgesamt 400 niedergelassene praktische Ärzte und niedergelassene Fachärzte aus. Demgegenüber ließen sich 480 Ärzte beider Kategorien nieder. Rein summarisch lassen sich 20 Prozent mehr Ärzte nieder, als abgehen. Rund doppelt so viele Fachärzte, als ausscheiden, eröffnen eine neue Praxis. Bei den praktischen Ärzten ist die Situation allerdings anders: In diesen drei Jahren wurden im Durchschnitt von fünf ausgeschiedenen praktischen Ärzten nur drei ersetzt.

Tabelle 33 Zu- und Abgänge bei den niedergelassenen Ärzten

	1965	1966	1967	zus.
Zugang bei den praktischen Ärzten	45	41	53	139
bei den Fachärzten	135	96	110	341
Abgang bei den praktischen Ärzten	88	63	74	225
bei den Fachärzten	46	47	72	175

Eine Aufgliederung nach Bundesländern ergibt, daß in keinem Bundesland der Abgang an Ärzten den Zugang übertrifft; allerdings ist Wien in bezug auf Ärztezugang besonders bevorzugt, während in Kärnten, Salzburg und Tirol die positive Bilanz weniger ausgeprägt ist (vergleiche Tabelle A 32 a im Anhang).

Nicht so vorteilhaft sieht die Situation in bezug auf die Niederlassungen aus: hier überwiegt der durchschnittliche Abgang an Ärzten im Burgenland und in Oberösterreich den Zugang, während sich in Wien, Niederösterreich und der Steiermark weit mehr Ärzte niederlassen als ihre Praxis aufgeben.

Zahnärzte in Österreich

Im vorangegangenen Kapitel über die Ärzte in Österreich wurden bereits einige Angaben über Zahnärzte gemacht. Hier sollen diese zusammenfassend dargestellt und durch Daten über Dentisten und sogenannte *Auch-Zahnärzte* (praktische Ärzte, die gleichzeitig auch Zahnbehandlungen durchführen) ergänzt werden.

Gerade auf dem Sektor der Zahnbehandlung besteht sowohl hinsichtlich der Ausbildung als auch der Nachwuchslage eine Sondersituation; selbst die Deckung des Ersatzbedarfes an *Zahnbehandletern* (das heißt Zahnärzten, Auch-Zahnärzten und Dentisten) ist in alarmierender Weise gefährdet.

Versorgung der Bevölkerung mit Zahnbehandletern

Das Verhältnis Zahnbehandler : Einwohner beträgt in Österreich 1 : 2030 (1968). Wesentlich günstiger als der Bundesdurchschnitt liegen die Städte Wien (1 : 1437), Graz (1 : 1531), Innsbruck (1 : 1223), Klagenfurt-Stadt (1 : 1127), Villach-Stadt (1 : 1305). In den ländlichen Gebieten ist das Verhältnis in der Regel ungünstiger; so entfallen zum Beispiel im Bezirk Güssing auf einen Zahnbehandler 4407 Einwohner, im Bezirk Neusiedl am See 4156, im Bezirk Klagenfurt-Land 4156, im Bezirk Neunkirchen 4069, im Bezirk Linz-Land 4035, im Bezirk Hartberg in der Steiermark 4160 und im Bezirk Imst in Tirol 4219¹.

Auf einen Zahnarzt entfielen 1968 5180 Einwohner. Dies bedeutet gegenüber dem Jahre 1961 eine wesentliche Verschlechterung (damals entfielen nur 4783 Einwohner auf einen Zahnarzt). Während sich die Zahnarzt-dichte verschlechtert hat, stieg jedoch im gleichen Zeitraum die Zahl der ärztlichen Leistungen (Tabelle 34).

Tabelle 34 **Entwicklung der konservierend-chirurgischen und prothetischen Zahnbehandlungen im Zeitvergleich**

	1957	1961	1964
Durch Sozialversicherungen geschützte Personen ¹ .. in Tausend	4,944	5,016	5,162
Behandlungsfälle in Tausend	3,011	3,977	4,323
Einzelleistungen in Tausend	13,783	20,198	21,429
Behandlungsfälle pro geschützte Person	0,61	0,79	0,84
Einzelleistungen pro geschützte Person	2,79	4,02	4,15

¹ Aus: *Jahrbuch der Österreichischen Sozialversicherung* 1965.

Die Zahl der Behandlungsfälle hat sich um mehr als ein Drittel, die Zahl der Einzelleistungen um mehr als die Hälfte vermehrt. Das bedeutet, daß eine verminderte Zahl von Zahnbehandlern eine größere Zahl von Leistungen zu erbringen hat. Dennoch scheint es bedenklich, daß die Versicherten im Durchschnitt weniger als einmal im Jahr eine Zahnbehandlung in Anspruch nehmen — von zahnärztlicher Seite wird eine Kontrolle der Zähne zweimal im Jahr für notwendig erachtet.

Verglichen mit diesem Richtwert, muß die zahnheilkundliche Versorgung der Bevölkerung als schlecht angesehen werden — sowohl Verstärkung der Information der Bevölkerung als auch Förderung des zahnärztlichen Nachwuchses wären daher dringend notwendige Maßnahmen.

Ausbildungsverordnung und Ausbildungsstätten für Zahnärzte

Für die Ausbildung zum Zahnarzt ist das Doktorat der gesamten Heilkunde erforderlich². Auf Grund der Verordnung des Bundesministeriums für Unterricht³ im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für soziale Verwaltung vom 26. September 1926 in der Fassung vom 31. Januar 1930 (BGBl. Nr. 51) wurde an jeder medizinischen Fakultät ein eigener zahnärztlicher Lehrgang eingerichtet. Die Ausbildung in diesem Lehrgang dauert vier Semester und wird mit einer zahnärztlichen Fachprüfung abgeschlossen. Die Ausbildung erstreckt sich auf die konservierende, die chirurgische und die prothetische Zahnheilkunde sowie die Orthodontie. Die Facharztanerkennung wird von der Österreichischen Ärztekammer erteilt.

Zahnärztliche Ausbildungsstätten befinden sich derzeit an den medizinischen Fakultäten in Wien, Graz und Innsbruck. Die für das Fach Zahnheilkunde in Ausbildung stehenden Ärzte sind seit 1. Januar 1965 allen übrigen in Ausbildung stehenden Ärzten Österreichs hinsichtlich ihrer Besoldung gleichgestellt. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden an die für das Fach Zahnheilkunde in Ausbildung stehenden Ärzte lediglich Stipendien gewährt. Durch den Erlaß des Bundesministeriums für Unterricht³ vom 21. Oktober 1965 wurden die sogenannten Frequentanten als Vertragsassistenten in ein Dienstverhältnis zum Bund übernommen. An der Universitätszahnklinik Wien standen im Wintersemester 1969/1970 42, an der Universitätsklinik und Kieferstation Graz 20 und an der Universitäts-Zahn- und Kieferklinik Innsbruck 15 Vertragsassistenten in zahnärztlicher Ausbildung. Die gegenwärtig verfügbaren Vertragsassistentenposten sind zur Gänze besetzt.

Derzeit wird die zahnheilkundliche Versorgung der Bevölkerung nicht nur durch die Zahnärzte allein, sondern auch durch die Dentisten geleistet. Durch das Dentistengesetz vom Jahre 1949 wurde jedoch festgelegt, daß nur mehr diejenigen Personen, die bereits mit der dentistischen Ausbildung am 1. Januar 1948 begonnen hatten, berechtigt waren, diese Ausbildung abzuschließen. Durch diese Nachwuchssperre ist der Berufsstand der Dentisten zum Aussterben verurteilt; in Hinkunft wird die zahnheilkundliche Betreuung der österreichischen Bevölkerung fast ausschließlich durch Fachärzte für Zahnheilkunde (neben Auch-Zahnärzten) durchgeführt werden.

Bestand an Zahnbeholdern

Am 1. Januar 1970 waren in Österreich 1276 Zahnärzte tätig. Die Aufteilung auf die einzelnen Bundesländer ist aus der nachstehenden Tabelle 35 ersichtlich.

Tabelle 35 Stand der berufsausübenden Zahnbeholdern in Österreich 1970¹

	Nieder- gelassene Zahnärzte	Angestellte Zahnärzte	Auch- Zahnärzte	Dentisten
Burgenland	14	1	13	52
Kärnten	84	7	14	122
Niederösterreich	140	4	37	370
Oberösterreich	132	17	32	290
Salzburg	59	5	4	140
Steiermark	189	18	26	255
Tirol	110	9	3	116
Vorarlberg	50	1	—	53
Wien	498	78	—	676
zusammen	1.276	140	129	2.074

¹ Laut Mitteilung der Österreichischen Ärztekammer, Stand 1. Januar 1970. Aufgliederung nach politischen Bezirken siehe Anhangtabellen A 59 bis A 66.

Betrachtet man die zeitliche Entwicklung der Zahl der Zahnärzte, so zeigt sich folgendes Bild (Tabelle 22, S. 75): 1952 betrug der Stand der Zahnärzte 1019 und stieg bis zum Jahre 1960 auf 1490 (plus 46,2 Prozent). Seit dieser Zeit stagniert die Zahl der Zahnärzte, ja sie hat eine leicht rückläufige Tendenz. Dies hat mehrere Ursachen:

Die für das Fach Zahnheilkunde in Ausbildung stehenden Ärzte waren gegenüber den übrigen Turnusärzten finanziell benachteiligt. Die Turnusärzte erhielten für ihre Ausbildung eine Bezahlung, die in Ausbildung stehenden Zahnärzte hingegen nicht; sie mußten sogar für ihr Arbeitsinstrumentarium selbst aufkommen. Die erste Verbesserung stellte die ab 1960 gewährte Stipendienzahlung dar. Diese brachte jedoch noch keinen hinreichenden Anreiz. Erst die ab 1. Jänner 1965 erfolgte Bezahlung der in Ausbildung stehenden Zahnärzte als Vertragsassistenten brachte annähernde materielle Gleichstellung mit den übrigen Turnusärzten. Dadurch wurde jedoch auch nicht mehr als ein Abbremsen der rückläufigen Entwicklung erreicht. Obwohl die vorhandenen Ausbildungsstellen zur Gänze besetzt sind, erfolgten in den Jahren 1965 bis 1967 nur 46 Dekreterteilungen für Zahnärzte. Da jedoch in denselben Jahren allein von den niedergelassenen Zahnärzten (über Zahnärzte insgesamt sind Angaben nicht verfügbar) 60 ihre Berufsausbildung beendeten, konnte die rückläufige Entwicklung des gesamten Zahnärztesbestandes nicht verhindert werden. Auch 1968 und 1969 wurden insgesamt nur 33 Dekrete für Zahnärzte erteilt.

Durch die angegebene Zahl von Ausbildungsstellen, die jährlich einen Nachwuchs von etwa 40 Zahnärzten gewährleisten könnte, ist die Deckung des reinen Ersatzbedarfes noch nicht gesichert. Hinzu kommt, daß der Beruf eines Zahnarztes gegenüber den anderen Fachärztdisziplinen weniger Prestige genießt.

In der Perzeption der Promoventen der Medizin dürfte die Breite und Dauer des Medizinstudiums in keinem Verhältnis zur Berufsausübung als Zahnarzt stehen.

Altersgliederung der Zahnärzte

Die Altersgliederung der Zahnärzte kann im Vergleich mit den übrigen Ärzten als günstig betrachtet werden. Zum Stichtag 1. Januar 1965 waren 79 Prozent der Zahnärzte weniger als 55 Jahre und nur 8 Prozent mehr als 64 Jahre alt. Die am stärksten vertretene Altersgruppe war die der 40- bis 44jährigen, gefolgt von den 35- bis 39jährigen und 45- bis 49jährigen (Tabelle 36).

Tabelle 36 Altersverteilung der Zahnärzte 1965¹

Alter	abs.	%	davon weiblich		Alter	abs.	%	davon weiblich	
			abs.	%				abs.	%
25 bis 29 Jahre	13	0,9	4		55 bis 59 Jahre	109	7,6	21	
30 bis 34 Jahre	58	4,0	19		60 bis 64 Jahre	82	5,7	18	
35 bis 39 Jahre	254	17,6	91		65 bis 69 Jahre	64	4,4	9	
40 bis 44 Jahre	396	27,4	122		70 bis 74 Jahre	37	2,6	2	
45 bis 49 Jahre	241	16,7	40		75 bis 79 Jahre	14	1,0	—	
50 bis 55 Jahre	175	12,1	43						
zusammen						1.443	100,0		

¹ J. Steindls Beitrag in *Bildungsplanung in Österreich*, a.a.O., S.333.

Frauenanteil bei Zahnärzten

Der Frauenanteil bei den Zahnärzten betrug am 1. Januar 1965 im österreichischen Bundesdurchschnitt 26,4 Prozent, wobei das Bundesland Wien mit 31,1 Prozent den höchsten und das Bundesland Tirol mit 14,6 Prozent den geringsten Frauenanteil aufwies (Tabelle 37).

Tabelle 37 Anteil der Frauen unter den Zahnärzten nach Bundesländern 1965¹

	weiblich		männlich		zusammen abs.
	abs.	%	abs.	%	
Burgenland	3	20,0	12	80,0	15
Kärnten	19	20,9	72	79,9	91
Niederösterreich	45	30,0	115	70,0	150
Oberösterreich	43	25,9	123	74,1	166
Salzburg	17	25,6	51	74,4	68
Steiermark	53	23,8	170	76,2	223
Tirol	19	14,6	111	85,4	130
Vorarlberg	8	17,0	39	83,0	47
Wien	180	31,1	398	68,9	578
zusammen	387	26,4	1.081	73,6	1.468

¹ Aus E. Martinek, a.a.O., S.227.

Nachwuchsbedarf an Zahnbehandlern

Bei der Ermittlung des Nachwuchsbedarfes an Zahnbehandlern wird von folgenden Überlegungen ausgegangen (siehe Tabelle 39):

Jährlicher Zugang an Zahnärzten

Hier werden mehrere Varianten präsentiert, um den Zeitverlauf unter den Bedingungen des zu erwartenden, des unter gegenwärtigen Auszubildungsverhältnissen gerade noch möglichen und des von der Bedarfslage her notwendigen Nachwuchses zu simulieren.

Abgang auf Grund der Altersstruktur der Zahnbehandler

Nur für Zahnärzte, und dies nur für das Jahr 1965, ist die Altersstruktur bekannt. Diese ist etwas günstiger (das heißt jünger) als jene des gesamten Ärztebestandes. Von der Altersstruktur der Auch-Zahnärzte und Dentisten ist anzunehmen, daß sie infolge der Nachwuchssperre wesentlich ungünstiger ist als jene der Zahnärzte. Trotzdem wurde die Annahme getroffen, daß der jährliche Abgang an Zahnbehandlern in Prozent des Bestandes etwas niedriger liegt als bei Ärzten insgesamt⁴, und zwar bei 1,9 Prozent jährlich. Liegt jedoch der jährliche Abgang weit über dem jährlichen Zugang an Zahnbehandlern, so ist mit Sicherheit vorherzusehen, daß die Altersstruktur sich verschlechtern und daher der prozentuelle jährliche Abgang steigen wird. Deshalb wurde bei den Modellannahmen 1 und 2, die mit sehr niedrigem jährlichen Zugang rechnen, der Abgang nach je drei Jahren um 0,1 Prozent erhöht.

Ersatz der Dentisten durch Zahnärzte

Steindl geht in seinem Beitrag in dem Band *Bildungsplanung in Österreich*⁵ von der Annahme aus, daß zwei Dentisten durch einen Zahnarzt ersetzt werden können. Diese Annahme wird von der Landesorganisation der Zahnärzte geteilt und mit folgenden Angaben unterstützt (Tabelle 38):

Tabelle 38 **Konservierende Behandlungsfälle pro Zahnarzt und pro Dentist**

	1964	1965	1966
Wiener Gebietskrankenkasse			
pro Zahnarzt	7.901	7.901	8.269
pro Dentist	2.714	2.763	2.930
Verhältnis Zahnarzt — Dentist	2,9:1	2,9:1	2,8:1
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse		1965	1966
pro Zahnarzt		5.281 ¹	5.210 ¹
pro Dentist		3.205	3.336
Verhältnis Zahnarzt — Dentist		1,6:1	1,5:1
Versicherungsanstalt der öffentlich Bediensteten	1964		
pro Zahnarzt	590		
pro Dentist	226		
Verhältnis Zahnarzt — Dentist	2,6:1		

¹ Zahnärzte und Auch-Zahnärzte.

Diese Unterlagen sind jedoch keineswegs schlüssig, da unbekannt ist, ob nicht etwa Dentisten beispielsweise mehr Privatpatienten haben als Zahnärzte, oder ob sie mehr Einzelleistungen pro Behandlungsfall erbringen.

Für die Annahme, daß ein Zahnarzt mehr als einen Dentisten ersetzen könnte, spricht jedoch, daß Zahnärzte ihre Arbeitskraft rationeller einsetzen dürften (besondere Einrichtung, mehr Hilfspersonal). Dies könnte sich jedoch in den letzten Jahren dadurch geändert haben, daß auch Dentisten in zunehmendem Maße prothetische Arbeiten, die sie früher selbst durchführten, an Zahnlabors in Auftrag geben. Gegen Steindls Annahme spricht ferner, daß der zahnärztliche Zeitaufwand je Patient infolge von chirurgischen Eingriffen und sonstigen, den Ärzten vorbehaltenen Behandlungen höher liegen mag als jener der Dentisten. Überdies ist zu bedenken, daß bei begrenzten Einzugsbereichen (also außerhalb der Großstädte) für Zahnärzte nicht mehr Behandlungen anfallen als für Dentisten (dies zeigt sich auch daran, daß in Niederösterreich das Verhältnis Behandler : Behandlungsfälle zwischen Zahnärzten und Dentisten weit weniger differiert).

Demgemäß wird bei den hier angestellten Schätzungen davon ausgegangen, daß sämtliche Zahnbehandler durch Zahnärzte zu ersetzen wären.

Tabelle 39 Vorausschätzungen des Bestands an Zahnbehndlern unter drei verschiedenen Modellen

	Annahme 1		Annahme 2		Annahme 3	
	Zugang 25 jährlich		Zugang 40 jährlich		Zugang 80 jährlich	
	Bestand	Abgang %/o	Bestand	Abgang %/o	Bestand	Abgang %/o
1968	3.656	1,9	3.656	1,9	3.656	1,9
1969	3.612	1,9	3.627	1,9	3.667	1,9
1970	3.568	1,9	3.598	1,9	3.677	1,9
1971	3.525	2,0	3.570	2,0	3.687	1,9
1972	3.479	2,0	3.539	2,0	3.697	1,9
1973	3.434	2,0	3.508	2,0	3.707	1,9
1974	3.390	2,1	3.478	2,1	3.717	1,9
1975	3.344	2,1	3.445	2,1	3.726	1,9
1976	3.299	2,1	3.413	2,1	3.735	1,9
1977	3.255	2,2	3.381	2,2	3.744	1,9
1978	3.208	2,2	3.347	2,2	3.753	1,9
1979	3.162	2,2	3.313	2,2	3.762	1,9
1980	3.117		3.280		3.771	

Wenn der gegenwärtige Bestand an Zahnbehndlern gehalten werden soll, müssen (unter Annahme von 1,9 Prozent jährlichem Abgang) jährlich rund 80 Zugänge an Zahnärzten erfolgen.

Auf Grund der derzeitigen Ausbildungskapazität (bis 1968: 80 Ausbildungs-Planposten; ab 1969: 100 Planposten) könnten maximal 40 Zahnärzte pro Jahr ausgebildet werden. Bei diesem Nachwuchs würde sich jedoch der Gesamtbestand an Zahnbehndlern bis 1980 um 376, das sind 10,3 Prozent des Bestandes von 1968, verringern.

Tatsächlich erfolgten jedoch 1965 nur 10, 1966 20 und 1967 16 Dekreterteilungen für Zahnärzte⁶. Dabei ist noch nicht gesagt, daß alle diese tatsächlich eine zahnärztliche Tätigkeit in Österreich aufnehmen (zum Beispiel Abgang ins Ausland, in die Industrie). Daher stellt die hier getroffene Annahme 1 mit einem jährlichen Zugang von 25 Ärzten sogar eine Überschätzung der tatsächlichen Verhältnisse dar. Doch auch bei einem Zugang von 25 Zahnärzten würde sich der Gesamtbestand der Zahnbehandler bis 1980 um 539 vermindern, das sind 14,7 Prozent des Bestandes von 1968.

Steindl schätzt den jährlichen Ersatzbedarf an Zahnärzten und Dentisten noch weit höher: Ihm zufolge müßten mehr als 120 Zugänge jährlich erfolgen, um den Bestand zu halten. Selbst wenn ein Zahnarzt zwei Dentisten ersetzen könnte, schätzt er den jährlichen Ersatzbedarf noch immer auf rund 80⁷. Ohne einschneidende Veränderungen in der zahnärztlichen Ausbildung ist mit einer sehr bedenklichen Verschlechterung der zahnärztlichen Versorgung in den nächsten Jahren zu rechnen.

Voraussichtliche Entwicklung der Studenten- und Promovenzahlen und der Ärztebestände

Schätzung der Studienanfänger und Promoventen der Medizin

Für eine Schätzung der Zahlen künftiger Studienanfänger und Promoventen der Medizin seien hier von vielen Beweggründen zwei genannt. Allen Vorausplanungen von Fakultäten und Kliniken in räumlicher und organisatorischer Hinsicht müssen Angaben über die erwarteten Studienanfängerzahlen zugrunde gelegt werden. Die künftigen Promovenzahlen hinwieder könnten im Vergleich mit dem vorausgeschätzten Bedarf an Ärzten die Berufsaussichten aufzeigen und eine fundierte Berufsberatung ermöglichen.

Wie die folgenden Überlegungen zeigen werden, kann bei der künftigen Entwicklung der genannten Zahlen — neben wenigen bekannten Größen — eine Vielzahl von kaum vorhersehbaren Faktoren ausschlaggebend werden. Es wird daher hier nur eine einfache Vorausschätzung angegeben, deren grobe Zahlen wohl dazu ausreichen sollten, eventuell vorhandene alarmierende Abweichungen vom Gleichgewicht aufzuzeigen, die jedoch nicht für die *feinere* Bedarfsregulierung geeignet sind. Einer Vorausschätzung liegt die Annahme zugrunde, daß sich vorhandene Tendenzen, also der Einfluß verschiedener Größen, gleichmäßig in der Zukunft fortsetzen und daher extrapoliert werden können. Der erste Schritt besteht folglich darin, Einflußgrößen zu analysieren und ihre Auswirkung in der letzten Zeit festzustellen.

Tabelle 40 Anteil der Studienanfänger der Medizin an den Maturanten und den Lebendgeborenen des entsprechenden Jahrganges
(Extrapolationsgrundlage)

	Studien- anfänger Medizin	Lebend- geborene	Studien- anfänger Medizin ‰	Maturanten AHS	Studien- anfänger Medizin ‰
1955	241	86.351	2,8	—	—
1956	268	93.812	2,9	3.259	8,2
1957	377	137.825	2,7	5.129	7,4
1958	456	145.926	3,1	6.376	7,2
1959	607	135.398	4,5	7.250	8,4
1960	620	116.172	5,3	7.285	8,5
1961	637	122.443	5,2	7.544	8,5
1962	722	126.938	5,7	7.701	9,4
1963	729	101.369	7,2	6.836	10,7
1964	720	111.302	6,5	6.115	11,8
1965	761	128.953	5,9	7.201	10,5
1966	766	123.221	6,2	7.497	10,2
1967	811	113.375	7,1	7.586	10,7
1968	953	107.854	8,9	8.758	10,8
1969	734	102.764	7,1	9.155	8,0

Eine einfache Grundgröße für die Studienanfänger ist offensichtlich der entsprechende Geburtenjahrgang (*Kohorte*). So ist in den Jahren 1955 bis 1970 mit dem Ansteigen der in Frage kommenden Geburtenjahrgänge auch eine Erhöhung der Studienanfängerzahlen verbunden, wobei jedoch — wie die entsprechenden Promillezahlen zeigen (siehe Tabelle 40) — die Zahlen der Studienanfänger stärker steigen, so daß weitere Größen zur Erklärung herangezogen werden müssen.

Tatsächlich hat sich die Übertrittsrate in die Allgemeinbildenden höheren Schulen in letzter Zeit erhöht; von der infolgedessen vergrößerten Anzahl an Maturanten¹ hat ein ziemlich konstant bleibender Anteil das Medizinstudium gewählt (8 bis 10 Prozent — Tabelle 40). Der Anstieg der Übertrittsrate von 8 auf etwa 10 Prozent läßt eine wachsende Aktivität des Medizinstudiums in dieser Zeit vermuten, wobei die letzten Jahre jedoch recht konstante Zahlen aufweisen. Auch die auf Geburtsjahrgänge bezogenen Raten bewegen sich in den allerletzten Jahren auf etwa gleicher Höhe von zirka 7 Promille (vergleiche Tabelle 40).

Auf Grund der vorliegenden Daten sind somit wohl nur zwei Vorausberechnungen als Ansatz zur Hand: Eine Extrapolation der Studienanfängerzahlen unter der Annahme konstant bleibender Raten, nämlich 10 Prozent, für den Übertritt von Maturanten und zweitens von zirka 7 Prozent für den Anteil am Geburtsjahrgang.

Die Extrapolation konstanter Übertrittsraten von Maturanten ist etwa konsistent mit der Annahme, daß das Medizinstudium gleich attraktiv bleibt und daß der Anteil an Maturanten, die das Medizinstudium ins Auge fassen, ungefähr gleich bleibt.

Tabelle 41 Schätzung der Studienanfänger der Medizin

- (1) Maturanten nach der Schätzung von Grohmann und Niederheim.
- (2) Studienanfänger. 1. Schätzung 10 Prozent von (1).
- (3) Maturanten nach dem Bildungsbericht von Grohmann und Novotny.
- (4) Studienanfänger. 2. Schätzung 10 Prozent von (3).
- (5) Lebendgeborene 18 Jahre vorher.
- (6) Studienanfänger. 3. Schätzung 7 Promille von (5).

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1970	10.579	1.060	9.880	990	103.012	720
1971	14.062	1.410	10.240 ¹	1.020	102.867	720
1972	12.998	1.300	10.640	1.060	103.985	730
1973	14.450	1.450	11.110	1.110	108.985	760
1974	15.946	1.590	11.880	1.190	115.827	810
1975	17.411	1.740	12.750	1.280	118.712	830
1976	18.418	1.840			119.755	840
1977	19.856	1.990			124.377	870
1978	21.202	2.120			125.945	880
1979	22.589	2.260			131.563	920
1980	24.019	2.400			133.253	930

¹ Die ursprüngliche Schätzung wurde ab hier wegen der Sistierung des 9. Schuljahres abgeändert.

Eine Interpretation für die Annahme konstanter Promilleanteile am Geburtenjahrgang wäre, daß der Ärzteanteil an der Bevölkerung konstant und Bedarf und Studentenzahlen im Gleichgewicht bleiben, oder daß der Prozentsatz der Familien, aus denen traditionsgemäß Mediziner hervorgehen, sich nicht wesentlich ändert.

Eine Schwierigkeit bei der Vorausberechnung der Medizinstudenten stellen die beträchtlichen Unterschiede bei den greifbaren Vorausberechnungen der Maturantenzahlen dar, von denen zwei in Tabelle 41 aufgenommen sind. Diese Differenzen sind wohl weniger durch die Berechnungsmethoden als durch eine unterschiedliche Auffassung von der künftigen Bildungspolitik bedingt. Während die Schätzung im OECD-Bericht über die Bildungsplanung² die derzeitigen Tendenzen fortsetzt, liegt der Annahme der 6. Schätzung von Grohmann-Niederheim³ eine durch entsprechende Bildungspolitik geförderte Erhöhung der Zugangsraten zu den höheren Schulen und der Retentionsraten in diesen Schulen zugrunde. Beide Entwicklungsfälle sind möglich; bei den höheren Maturantenzahlen der 6. Schätzung ist jedoch die oben getroffene Extrapolationsannahme einer konstanten Rate des Übertritts zum Medizinstudium vermutlich unrichtig, da dann der Bedarf an Medizinern regulierend wirken und auch der Anteil der Herkunftsfamilien mit Medizinertradition sinken würde. Ein Vergleich mit Schweden (7,9 Millionen Einwohner) zeigt, daß bei einem geänderten Schulsystem mit hohen Maturantenzahlen (zirka 30.000 Maturanten pro Jahr gegenüber etwa 10.000 in Österreich [1968]) die Anzahl der Studienanfänger und Promoventen der Medizin etwa gleich bleibt (zirka 900 Studienanfänger beziehungsweise 400 Promoventen in beiden Ländern).

Vorausberechnungen der Medizinerzahlen nach den höheren Maturantenzahlen auf Grund der Schätzung Grohmann-Niederheim, die sich in Anbetracht der Studienzeit erst ab 1978 auswirken dürften, werden somit wegen der dann vermutlich zu hoch angenommenen Übertrittsrate von 10 Prozent überhöht ausfallen.

Beide Extrapolationsmöglichkeiten (auf Grund der Maturantenzahlen und der Geburtsjahrgänge) sind wegen der groben Vereinfachung der Sachlage mit Unsicherheiten behaftet. Eine der Unzulänglichkeiten der in der Tabelle gegebenen Extrapolation ist, daß explizit keine Größe berücksichtigt wurde, welche die Berufswahl beeinflußt. Doch gerade der Wahlfaktor für einzelne Studienrichtungen ist großen Schwankungen unterworfen. Dabei ist auch zu bedenken, daß der Entschluß, überhaupt zu studieren, schon früher gefaßt, die Auswahl der Fachrichtung aber oft erst nach der Matura getroffen wird (über die Vorausschätzungen für ein bestimmtes Studienfach vergleiche Hochschulbericht S. 44).

Die Vorausschätzung der Promoventenzahlen (Tabelle 42) beruht grundsätzlich auf der Annahme, daß sich an den Studienbedingungen zumindest bis 1975 gegenüber den Studienbedingungen der Studienanfängerjahrgänge 1956/57 und 1958/59 nichts Wesentliches verändert. Als Grundlage für die Schätzungen wurden die Ergebnisse der Längsschnittstudie der Studienanfängerjahrgänge 1956/1957 und 1958/59 herangezogen. Dementsprechend wurde eine Retentionsrate von insgesamt 60 Prozent (Inländer)⁵ angenommen; ferner wurde angenommen, daß 50 Prozent der Promoventen innerhalb von 7 Jahren ihr Studium abschließen (tatsächlicher Durchschnitt der genannten Jahrgänge: 53 Prozent), 25 Prozent

Tabelle 42 **Schätzung der Medizin-Promoventen**

	bereits vorhandene Studienanfängerzahlen	1. Schätzung der Studienanfängerzahlen	2. Schätzung der Studienanfängerzahlen	3. Schätzung der Studienanfängerzahlen
1970	425			
1971	425			
1972	450			
1973	455			
1974	465			
1975	525			
1976	500			
1977		560	540	480
1978		725	605	450
1979		720	595	475
1980		785	640	450
1981		905	680	465
1982		955	720	480
1983		1.025		490
1984		1.115		
1985		1.200		

nach 8 Jahren (tatsächlich 22 Prozent) und 25 Prozent nach 10 Jahren (tatsächlich zwischen 9 und 12 Jahren: 25 Prozent).

Schätzung der Ärztebestände

Dieser Abschnitt ist der Frage des Bedarfes an Ärzten und des zu erwartenden Angebots gewidmet. Eine Bedarfsprognose mit Berücksichtigung aller dabei eingehenden Faktoren soll hier nicht erstellt werden. Wenngleich es auf Grund der vorhandenen Unterlagen möglich ist, den *Ersatzbedarf* an Ärzten zu berechnen, hängt der *Erweiterungsbedarf* einerseits von der Zunahme der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen, die ja in den letzten Jahren nicht unbeträchtlich war (vergleiche Tabelle 21), andererseits jedoch auch in hohem Maße von der Organisation des ärztlichen Versorgungssystems ab. Derzeit ist beispielsweise nicht abzusehen, ob und wann die 40-Stunden-Woche auch für Spitalsärzte eingeführt wird, welche Änderungen in der Altersversorgung der Ärzte eine Veränderung der Berufsdauer mit sich bringen könnte und wieweit durch Neuentwicklung diagnostischer und therapeutischer Methoden Aufgaben für Ärzte zusätzlich entstehen oder wegfallen. Demgemäß sind zahlenmäßige Angaben für den Erweiterungsbedarf nur schwer möglich und mit aller Vorsicht zu beurteilen.

Ersatzbedarf an Ärzten

Die optimale Form der Berechnung von jährlichen Abgangsquoten der Ärzte wäre jene auf der Basis von altersspezifischen Ausfallquoten. Hier wird jedoch ein etwas einfacheres Verfahren angewendet, das seine Rechtfertigung darin findet, daß die Altersstruktur der Ärzte derzeit — und das kann auch für die nächsten Jahre angenommen werden — keine großen Unregelmäßigkeiten aufweist und keinen wesentlichen Veränderungen unterliegt.

Tabelle 43 **Abgang an Ärzten** (absolut und in Prozenten vom Gesamtärztebestand)

	abs.	%		abs.	%		abs.	%
1951	219	1,97	1957	256	2,10	1963	285	2,24
1952	293	2,59	1958	251	2,03	1964	250	1,98
1953	243	2,12	1959	280	2,23	1965	226	1,78
1954	267	2,29	1960	241	1,89	1966	198	1,55
1955	235	1,98	1961	258	2,00	1967	255	1,97
1956	248	2,06	1962	259	2,02			

¹ Aus J. Steindl, a.a.O., S.332.

Im Durchschnitt der letzten zehn Jahre betragen die Abgänge 1,97 Prozent des gesamten Ärztebestandes. Dieser Anteil schwankt von Jahr zu Jahr, hält sich jedoch in den Grenzen zwischen 1,8 und 2,2 Prozent. Nur in den Jahren 1965 und 1966 waren besonders niedrige Abgangsquoten zu verzeichnen.

Das hier verwendete Modell geht nun davon aus, daß die Anteile vom Gesamtärztebestand, die jährlich abgehen, bei 2 Prozent konstant bleiben. Dementsprechend wird in Tabelle 44 der reine Ersatzbedarf an Ärzten ausgewiesen.

Tabelle 44 **Schätzung des Ärztebestandes**

	Basis der Promoventenschätzung				Ersatzbedarf (Abgänge) ab 1977 nach 3. Schätzung
	bereits vor- handene Stu- dienanfän- gerzahlen	1. Schätzung der Studien- anfänger	2. Schätzung der Studien- anfänger	3. Schätzung der Studien- anfänger	
1970	13.680				275
1971	13.830				275
1972	13.980				280
1973	14.150				285
1974	14.320				285
1975	14.500				290
1976	14.735				295
1977		14.940	14.940	14.940	300
1978		15.200	15.180	15.120	300
1979		15.620	15.480	15.270	305
1980		16.030	15.770	15.440	310
1981		16.500	16.090	15.580	310
1982		17.070	16.450	15.740	315
1983		17.690	16.840	15.900	320

Ersatzbedarf und Nachwuchssituation

Nach der höheren in Tabelle 44 aufscheinenden Schätzung (Schätzung 1) würde der Gesamtärztebestand 1980 um 17 Prozent höher liegen als 1970, nach der niedrigsten Schätzung (Schätzung 3) um 13 Prozent.

Dabei ist allerdings folgendes nicht berücksichtigt: Wie im Kapitel *Zahnärzte in Österreich* ausgeführt, müssen sämtliche Zahnbehandler (das heißt auch Dentisten) in Hinkunft durch Ärzte ersetzt werden. Das bedeutet, daß Dentisten hier in den jährlichen Ersatzbedarf miteinbezogen werden müßten, was diesen um etwa 40 Fälle jährlich erhöhen würde, das heißt von 260 bis 300 auf 300 bis 340

jährlichen Abgang. Dementsprechend ist auch die Zunahme des Gesamtärztebestandes etwas irreführend: Von den rund 16.000 Ärzten im Jahre 1980 müßten rund 1500 lediglich die ausgefallenen Dentisten ersetzen (vergleiche Tabelle 35). Somit ist die zu erwartende Netto-Erweiterung des Ärztebestandes bis 1980 mit — je nach Schätzung — 500 bis 1000 Ärzten anzusetzen.

Selbst wenn es 1980 16.000 Ärzte in Österreich gibt, ist keineswegs gesichert, daß in allen Kategorien ausreichender Nachwuchs vorhanden ist. Bleiben die derzeitigen Trends erhalten (vergleiche das Kapitel über postpromotionelle Ausbildung), so ist damit zu rechnen, daß 1980 nur noch 35 Prozent aller Ärzte praktische Ärzte sind, das wären 5600, was etwa dem Stand von 1968 entspricht; ferner ist anzunehmen, daß nur 8 Prozent aller Ärzte Zahnärzte sein werden, das sind 1280, somit eine (wegen des Wegfallens der Dentisten umso einschneidendere) Abnahme gegenüber dem derzeitigen Stand um etwa 150. Die Zunahme des gesamten Ärztebestandes läge zur Gänze bei den Fachärzten, deren Zahl sich fast um die Hälfte vergrößern dürfte. Dies würde bedeuten, daß die Versorgung der Bevölkerung mit Zahnärzten (von denen fast die doppelte Anzahl zu diesem Zeitpunkt nötig wäre) und mit praktischen Ärzten trotz der allgemeinen Zunahme der Ärzteanzahl 1980 um einiges schlechter wäre als heute.

Erweiterungsbedarf an Ärzten

Hier gilt es, die Frage zu beantworten: Kann der zu erwartende Zustrom an Ärzten den voraussichtlichen Erweiterungsbedarf decken oder nicht? Dabei sind folgende Überlegungen von Bedeutung:

1. *Zunahme der Wohnbevölkerung und der sozialversicherten Personen.* Unter der Annahme von 16.000 Ärzten würde die Arztdichte 1980 (bei einer Wohnbevölkerung von 7,748.000) 484 betragen — sie wäre daher um einiges größer als heute mit 563. Die Zahl der Sozialversicherten wird sich kaum stärker vergrößern als die Wohnbevölkerung, da bereits heute 92 Prozent der Einwohner in diese Kategorie fallen.
2. *Zunehmende Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen.* Wie bereits in Tabelle 21 demonstriert, hat in den letzten Jahren die Zahl der vertragsärztlichen Hilfeleistungen weit mehr zugenommen als die Zahl der Sozialversicherten. Nimmt man an, daß diese Zunahme ärztlicher Leistungen bis 1980 konstant bliebe, so wäre gegenüber 1960 mit einer Gesamtzunahme von 66 Prozent zu rechnen. Nach den hier angestellten Schätzungen würde sich die Zahl der Ärzte zwischen 1960 und 1980 jedoch nur um 26 Prozent vermehren. Das bedeutet, daß auch bei einem Stand von 16.000 Ärzten auf jeden Arzt mehr Leistungen entfallen würden als 1960. Die Vermehrung der Therapiemöglichkeiten und der diagnostischen Untersuchungsmethoden bedingt größeren Arbeitsaufwand je Patient; die Zahl der Spitalsfälle wird sich vermutlich noch weiter erhöhen; das System von Altersheimen und Heimen für Pflegebedürftige wird weiter ausgebaut werden und ähnliches mehr.
3. *Ausbau weiterer Arbeitsbereiche für Ärzte.* Sowohl auf dem Gebiet der Präventivmedizin wie auch der medizinischen Forschung ist ein verstärkter

Einsatz von Ärzten durchaus zu wünschen. Gerade hier ergeben sich sehr wertvolle Arbeitsmöglichkeiten, deren Grenzen heute noch gar nicht abzusehen sind. In Anbetracht der zu erwartenden Erhöhung der Studentenzahlen an den medizinischen Fakultäten und der Verbesserung des Ausbildungspersonals ist auch an den Hochschulen selbst ein gewisser Erweiterungsbedarf gegeben.

Angesichts dieser Erweiterungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten ist selbst bei Rationalisierung des ärztlichen Arbeitseinsatzes in den Spitälern und auch in den Ordinationen für die Jahre bis 1980 nicht mit einem bedenklichen Überangebot an Ärzten zu rechnen. Allerdings müßte durch geeignete Maßnahmen versucht werden, den Zustrom an praktischen Ärzten und vor allem an Zahnärzten zu verstärken und auch die regionale Verteilung von Ärzten zu beeinflussen.

Der Zugang an Ärzten

Wie bereits in vorhergegangenen Abschnitten näher erläutert, rekrutieren sich die Ärztezugänge aus sogenannten *Neuzugängen*, das heißt ärztlichen Neuanmeldungen nach Promotion einerseits und sonstigen Zugängen (zum Beispiel Rückkehr aus dem Ausland, Wiederaufnahme der Berufsausübung) andererseits. Bezieht man nun die Anzahl der Neuzugänge auf die Zahl der Promoventen der entsprechenden Jahre, so zeigt sich, daß sich im Durchschnitt der erhobenen Jahre 1965 bis 1967 nur 85 Prozent der Promoventen der Medizin unmittelbar nach der Promotion in die Ärzteliste eintragen ließen.

Zugleich machen die *sonstigen Zugänge* — ebenfalls im Durchschnitt der genannten Jahre — genau 15 Prozent aller Zugänge aus, so daß die Zahl der Zugänge insgesamt praktisch identisch ist mit jener der Promoventen des entsprechenden Jahres. Demgemäß werden im Modell nicht nur 85 Prozent der Promoventen, sondern sämtliche Promoventen als Zugänge gewertet.

In Tabelle 44 wurden ferner jene Promoventenschätzungen zugrundegelegt, die aus Tabelle 42 zu entnehmen sind. Die drei dort durchgeführten Schätzungen werden auch hier berücksichtigt. Wie aus Tabelle 44 ersichtlich ist, ergeben die drei verschiedenen Schätzungen der Studienanfänger bei der Vorausschätzung der Ärztebestände ab etwa 1980 schon beträchtliche Unterschiede.

Anhang

Eine Verlaufsstatistik des Medizinstudiums am Beispiel der Studienjahrgänge 1956 und 1958

(Unter Mitarbeit von M. Fischer und E. Öhlinger)

In diesem Bericht sind einige statistische Daten über den Verlauf des Studiums der Medizin dargestellt.

Diese Studie beruht in der Hauptsache auf den Ergebnissen einer Erhebung der Studienverlaufsdaten der Jahrgänge 1956 und 1958 der medizinischen Studienanfänger Österreichs. Für diese Erhebung wurden ausschließlich die in Form der *Nationale* an den Hochschulen aufliegenden Unterlagen und die Prüfungsprotokolle herangezogen. Somit ist die Zahl der behandelten Merkmale relativ klein, die Zuverlässigkeit der Angaben jedoch verhältnismäßig groß.

Der Aussagebereich dieser Zahlen wird dadurch auf Erfolgsquoten bei den drei Rigorosen, auf die Dauer der entsprechenden Studienabschnitte und weiters auf Zusammenhänge dieser Daten mit Personaldaten des *Nationale* eingeschränkt. Außer Betracht bleiben müssen daher Fragen über Erfolgs- und Mißerfolgsursachen, Motivationen und andere inhaltliche Aussagen.

Spezifische Charakteristika der Medizinstudenten

Bevor in den Studienverlauf selbst Einblick gegeben wird, werden im folgenden die Studierenden der Medizin in Hinsicht auf einige Personaldaten charakterisiert, die bei Eintritt in die Fakultät im *Nationale* anzugeben sind, soweit diese Merkmale für den Studienverlauf maßgebend sind.

Einige dieser Daten wurden bereits im Hauptteil behandelt, wie der Anteil der weiblichen Hörer, der Ausländer und die Altersverteilung der Studienanfänger. Diese Aussagen werden nun hier durch Erhebung der sozialen und regionalen Herkunft der Maturanten und der Art der besuchten Mittelschule ergänzt.

Soziale Herkunft

Es ist bekannt, daß soziale Herkunft einen der wichtigsten Faktoren in der Erklärung der Berufswahl darstellt¹. In der Längsschnittstudie der Jahrgänge der Studienanfänger 1956 und 1958 konnte nur ein Aspekt sozialer Herkunft erfaßt werden, nämlich der Beruf des Vaters des Studierenden. Wegen großer Unterschiedlichkeit in der Genauigkeit der Angaben konnte auch dieses Merkmal nur vereinfacht klassifiziert werden.

Wie Tabelle 46 zeigt, kommen 31 Prozent aller medizinischen Studienanfänger aus Ärztefamilien, weitere 19 Prozent haben Väter mit anderer akademischer Ausbildung. Im Vergleich zu den österreichischen Jusstudenten² ist der Anteil

der Mediziner, deren Väter Akademiker sind, weit höher: die Hälfte der Medizinstudenten stammt aus Akademikerfamilien, gegenüber 31 Prozent bei den Juristen.

Tabelle 46 **Soziale Herkunft der Studienanfänger der Medizin¹**
Vergleich mit den Studienanfängern der juristischen Fakultät²
(Inländer)

Beruf des Vaters	medizin. Fakultät			Beruf des Vaters	juristische Fakultät		
	männl. %	weibl. %	ges. %		männl. %	weibl. %	ges. %
Arzt	32	27	30	Jurist	7	11	8
Vater mit anderem akademischen Grad	11	22	15	Vater mit anderem akademischen Grad	21	32	23
Vater ohne akademischen Grad	57	51	55	Vater ohne akademischen Grad	72	57	69
(N)	(2290)	(1085)	(3375)	(N)	(661)	(158)	(819)

¹ Die Zahlen der Tabellen beziehen sich bei den Medizinern auf die Gesamtzahl der Studienanfänger der erhobenen Jahrgänge (1956, 1958, 1961, 1963, 1965, 1966). Dazu ist zu bemerken, daß innerhalb des beobachteten Zeitraumes die Zusammensetzung nach sozialer Herkunft keine wesentliche Veränderung erfuhr. Bei den Juristen handelt es sich um Studienanfänger des Jahrganges 1958/59.

² S. Titscher, H. Wisgrill, *Studiendauer, Studienerfolg und ihre Faktoren*, Wien 1966, S. 42.

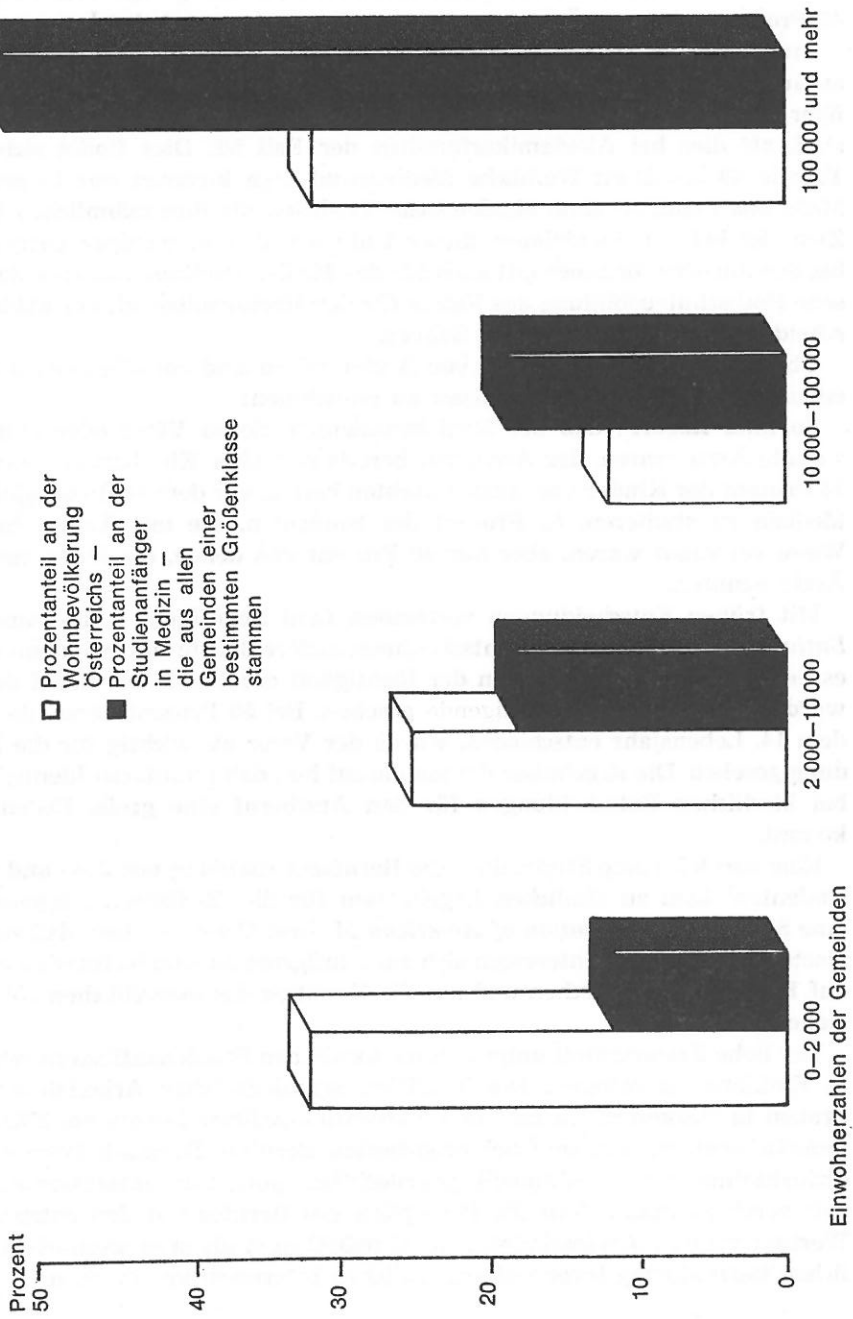
Während andere Studienrichtungen sehr häufig einen sozialen Aufstieg darstellen, setzen Medizinstudenten eher Familientraditionen fort.

Ein Überblick über den sozialen Hintergrund der Studienanfänger 1967/68 (Hochschulstatistik) bestätigt die Ergebnisse der Längsschnittuntersuchung: Tabelle A 67 im Tabellenanhang zeigt, daß 46 Prozent der medizinischen Studienanfänger 1967/68 aus Akademikerfamilien stammen; bei den Studienanfängern der juristischen Fakultät sind es 35 Prozent, bei den Anfängern der philosophischen Fakultät 31 Prozent und bei den Studienanfängern der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften 18 Prozent. Hingegen kommen 28 Prozent der Studienanfänger der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften aus Familien, wo die Eltern eine Volks- und/oder Hauptschule absolvierten; die vergleichbaren Prozentsätze betragen bei den Philosophen 21 Prozent, bei den Juristen 20 Prozent und bei den Medizinern nur 15 Prozent. Die Aufgliederung der Studienanfänger 1967/68 nach der Berufsgruppe des Vaters weist in dieselbe Richtung³: Aus der Berufsgruppe der freiberuflich Tätigen kommen 21 Prozent der medizinischen Studienanfänger, 8 Prozent der Juristen, 6 Prozent der Studienanfänger der philosophischen Fakultät und nur 3 Prozent der Sozial- und Wirtschaftswissenschaftler.

Der hohe Anteil von Studenten aus *akademischen Herkunftsfamilien* ist nicht nur für österreichische medizinische Fakultäten charakteristisch. Nach G. Kath⁴ studieren mehr als die Hälfte der Kinder frei praktizierender Ärzte in der Bundesrepublik ebenfalls Medizin und machen damit rund 20 Prozent aller Medizinstudenten aus. Eine Studie an den wissenschaftlichen Hochschulen Berlin, Frankfurt und Bonn⁵ zeigte, daß ähnlich wie in Österreich rund 50 Prozent der Medizinstudenten aus akademischem Elternhaus stammten. An der Gesamtstudentenschaft der medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik haben Studenten aus Akademikerfamilien einen Anteil von 54 Prozent⁶.

In den Vereinigten Staaten kamen 1961/62 rund 55 Prozent der Medizinstu-

Abbildung 16 Vergleich der Wohnbevölkerung und der Studienanfänger der Medizin nach Gemeindeklassen



dentem aus Familien, wo der Vater zumindest ein College absolviert hatte, rund 40 Prozent gaben an, Ärzte unter ihren Verwandten zu haben⁷.

Interessant ist die soziale Herkunft von männlichen und weiblichen Studienanfängern: Allgemein gilt, daß Töchter aus Nicht-Akademikerfamilien gegenüber Söhnen hinsichtlich des Zugangs zur Hochschule noch stärker benachteiligt sind, als dies bei Akademikerfamilien der Fall ist. Dies findet sich auch in Tabelle 46 bestätigt: Weibliche Medizinstudenten kommen nur in geringerem Maße aus Familien ohne akademische Tradition als ihre männlichen Kollegen. Zwar ist bei den Medizinern dieser Unterschied weit weniger ausgeprägt als bei den Juristen, dennoch gilt auch für das Medizinstudium, daß eine abgeschlossene Hochschulausbildung des Vaters für den Hochschulbesuch der Mädchen entscheidender ist als für den des Sohnes.

Über die Berufsentscheidung von Ärztekindern sind vor allem der amerikanischen Literatur einige Hypothesen zu entnehmen:

So fand Rogoff⁸, daß bei Medizinstudenten, deren Väter oder andere Verwandte Ärzte waren, der Arztberuf bereits in früher Kindheit erwogen wurde. 74 Prozent der Kinder von Ärzten dachten bereits vor dem 14. Lebensjahr daran, Medizin zu studieren, 52 Prozent der Studenten, die mit Ärzten in anderer Weise verwandt waren, aber nur 40 Prozent von denen, die keine verwandten Ärzte nannten.

Mit frühen Entscheidungen verbunden fand Rogoff ein hohes Ausmaß von *Enthusiasmus* für die Berufsentscheidung; andere Berufe wurden kaum erwogen; es bestanden kaum Zweifel an der Richtigkeit der Wahl; der Beruf des Arztes wurde als der einzig befriedigende gesehen. Bei 90 Prozent derer, die sich vor dem 14. Lebensjahr entschieden, wurde der Vater als wichtig für die Entscheidung gesehen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, daß familiären Identifikationen bei kindlichen Entscheidungen für den Arztberuf eine große Bedeutung zukommt.

Eine vergleichende Studie über die Berufsentscheidung von Jus- und Medizinstudenten⁹ kam zu ähnlichen Ergebnissen für die Mediziner. Allgemein stellt eine Studie der *Association of American Medical Colleges*¹⁰ fest, daß zum Medizinstudium führende Interessen sich am häufigsten auf die Naturwissenschaften, auf Kontakt mit Menschen und auf die Kenntnis des menschlichen Körpers beziehen.

Der hohe Frauenanteil unter den medizinischen Studienanfängern wäre damit in Einklang zu bringen: Die Tradition geschlechtlicher Arbeitsteilung weist Frauen in stärkerem Ausmaß den Kategorien *sozialer* Berufe zu, Männer eher *technisch-naturwissenschaftlich* orientierten Berufen. Demnach könnte das Medizinstudium zwei traditionell geschlechtlich getrennte Interessenbereiche in sich vereinen und, sofern die Perzeption des Berufes mit den entsprechenden Werthaltungen übereinstimmt, sowohl männlichen als auch weiblichen Jugendlichen Befriedigung ihrer unterschiedlichen Interessen versprechen.

Regionale Herkunft

Die Ausführungen dieses Abschnittes beziehen sich auf die Herkunft der Studienanfänger aus den einzelnen Bundesländern sowie aus Gemeinden verschiedener Größe und verschiedener wirtschaftlicher Struktur.

Gliedert man die medizinischen Studienanfänger nach der Größe ihrer Herkunftsgemeinde, so ergibt sich folgendes Bild in Relation zur Verteilung der Gesamtbevölkerung Österreichs: Aus Städten mit mehr als 100.000 Einwohnern (also Wien, Graz, Linz, Salzburg und Innsbruck), in denen 32 Prozent aller Österreicher leben, kommen mehr als die Hälfte (53 Prozent) aller Studienanfänger der Medizin; nur 11 Prozent der Studienanfänger stammen aus Gemeinden mit weniger als 2000 Einwohnern, in denen aber ebenso 32 Prozent der Österreicher wohnen (vergleiche Abbildung 16 und Tabelle A 70 im Anhang).

Zum Teil mag diese ungleichmäßige Verteilung auch dadurch verursacht sein, daß in kleinen Gemeinden viel weniger Ärzte leben, wobei der Anteil der Studienanfänger, deren Vater nicht Arzt ist, bei kleineren Gemeinden nicht zunimmt (Tabelle 47).

Tabelle 47 Beruf des Vaters und Gemeindegröße (Studienanfänger, Inländer)

Zahl der Einwohner pro Gemeinde	Arzt %	Beruf des Vaters		(N)
		anderer Akademiker %	nicht Akademiker %	
bis 2000 Einwohner	37	6	57	369
2000 bis 10.000 Einwohner	37	12	51	579
10.000 bis 100.000 Einwohner	31	19	50	616
mehr als 100.000 Einwohner	27	25	48	1.808
zusammen	31	19	50	3.372¹

Die Verteilung der medizinischen Studienanfänger hinsichtlich des Landwirtschaftsanteiles ihrer Herkunftsgemeinde entspricht weitgehend der Herkunft nach Gemeindegröße: 84 Prozent der Studenten entfallen auf Gemeinden mit weniger als 10 Prozent Landwirtschaftsanteil und nur 6 Prozent auf solche mit mehr als 31 Prozent Landwirtschaftsanteil (Tabelle A 69 im Anhang). Damit unterscheiden sich die Medizinstudenten kaum von den Studenten anderer Studienrichtungen¹¹ — mit Ausnahme der Theologen, die tatsächlich in weit höherem Maße als die anderen aus kleinen, landwirtschaftlich ausgerichteten Gemeinden kommen.

Betrachtet man nun die Herkunft der Medizinstudenten nach Bundesländern, kommt ein Drittel aller inländischen Studienanfänger der erfaßten Jahrgänge aus Wien, 17 Prozent stammen aus der Steiermark und 14 Prozent aus Oberösterreich. Den geringsten absoluten Anteil an der Gesamtzahl der Studienanfänger der erfaßten Jahrgänge haben die Bundesländer Burgenland (2 Prozent), Vorarlberg (3 Prozent) und Salzburg (5 Prozent). Im Burgenland und in Vorarlberg, die von allen Bundesländern hinsichtlich praktischer Ärzte und Zahnärzte am schlechtesten versorgt sind¹², ist auch die Zahl der Anwärter zum Arztberuf am geringsten.

Vergleicht man bei den einzelnen Bundesländern den Anteil der Studienanfänger mit dem Anteil an der Wohnbevölkerung Österreichs (Tabelle 48), so weisen Niederösterreich und Burgenland ein beträchtliches Defizit und Wien einen Überschuß auf.

Tabelle 48 Die Herkunft der österreichischen Medizinstudenten nach Bundesländern (1967/68) an den drei Hochschulorten¹

Studienort	Wien	N.Ö.	Bgld.	O.Ö.	Sbg.	Stmk.	Ktn.	Tirol	Vbg.	(N)
Wien	54,4	18,8	2,4	12,7	4,4	1,0	5,5	0,15	0,3	2199
Graz	0,6	1,1	1,4	8,0	2,2	71,4	14,8	0,3	0,3	811
Innsbruck	0,6	1,3	0,1	24,3	11,8	1,3	4,3	41,6	14,6	671
insgesamt	32,7	11,7	1,8	13,8	5,2	16,6	7,3	7,9	2,9	3681
Anteil der Bevölkerung in den Bundesländern an der Gesamtbevölkerung Österreichs										
	23,0	19,5	3,8	16,0	4,9	16,1	7,0	6,5	3,2	

¹ Daten der Längsschnittstudie, Studienanfänger aller erfaßten Jahrgänge.

Was die Herkunft der Studienanfänger in den drei Hochschulorten anbelangt, so zeigt sich, daß der überwiegende Teil der Studenten dem entsprechenden Bundesland angehört. Die übrigen Studierenden rekrutieren sich zumeist aus den nächstliegenden Bundesländern. Lediglich an der medizinischen Fakultät Wien inskribiert auch eine größere Anzahl von Studenten aus entfernt liegenden Bundesländern.

Tabelle 49 Maturanotendurchschnitte erstsemestriger Medizinstudenten im Vergleich mit jenen anderer Studienrichtungen (Inländer, Studienjahr 1967/68)¹

	Durchschnitte aller Noten im Maturazeugnis			(N) ²
	1—1,5 %	1,5—2,5 %	2,5—4 %	
Medizin	17	45	38	(744)
Pharmazie	13	41	46	(166)
technische Studienrichtungen	20	48	32	(951)
philosophische Fakultäten	23	48	29	(1705)
Rechtswissenschaften	11	41	48	(774)
Sozial- u. Wirtschaftswissenschaften	12	40	48	(895)
katholische Theologie	21	58	21	(120)

¹ Hochschulstatistik 1967/68, S. 214 f.

² Ohne Nichtbeantwortungen.

Abgesehen davon, daß die in der Hochschulstatistik ausgewiesenen Daten über Maturanoten notgedrungen nicht sehr zuverlässig sind (die Durchschnitte mußten von den Beantwortern der Statistikformulare selbst errechnet werden), ist zu sagen, daß vermutlich die *Begabung* für Medizin nicht aus den Maturanoten geschlossen werden kann. Auch korrelieren Schulnoten mit Allgemeinintelligenz nicht hoch genug¹³, als daß man auf diese Weise eine Aussage über die *Qualität* der eintretenden Studenten rechtfertigen könnte, ganz abgesehen davon, daß die Allgemeinintelligenz über ein bestimmtes Maß hinaus, das durch den Ab-

schluß einer höheren Schule allein schon gewährleistet sein dürfte, vermutlich keinen allzu hohen Vorhersagewert für die erfolgreiche Absolvierung eines Medizinstudiums¹⁴ oder für die ärztliche Berufspraxis hat.

Angeführt sei noch, daß der Maturanotendurchschnitt der Medizinstudenten nach Hochschulorten deutlich variiert (Tabelle 50).

In Wien haben die Medizinstudenten ebenso gute Maturanoten wie die Studenten an der Philosophischen Fakultät. Studienanfänger mit sehr gutem Maturanotendurchschnitt (von 1 bis 1,5) gibt es in Wien mehr als doppelt so viele wie in Innsbruck. In Graz und Innsbruck hingegen weisen die Medizinstudenten weit schlechtere Maturanotendurchschnitte auf als die Studenten an der Philosophischen Fakultät.

Tabelle 50 **Maturanotendurchschnitt der Medizinstudenten, Vergleich nach Hochschulorten (Erstsemestrige 1967/68)¹**

	1—1,5		1,5—2,5		2,5—4		(N) ²	
	Med. %	Phil. %	Med. %	Phil. %	Med. %	Phil. %	Med.	Phil.
Wien	21	21	42	48	37	31	(424)	(992)
Graz	13	25	48	48	39	27	(177)	(340)
Innsbruck	10	17	48	52	42	30	(143)	(202)

¹ Hochschulstatistik 1967/68, S. 218 ff.

² Ohne Nichtbeantwortungen.

Studienverlauf und Studienerfolg an den medizinischen Fakultäten Österreichs

Den Ausführungen dieses Abschnittes liegen die Daten der bereits erwähnten Längsschnittstudie zugrunde.

Da die vorgesehene Studiendauer von etwa sechs Jahren an den medizinischen Fakultäten meist beträchtlich überschritten wird, muß sich hier die Auswertung der Daten vor allem auf die Studienanfängerjahrgänge 1956/57 und 1958/59 stützen. Doch auch bei diesen Jahrgängen wird die Auswertung im Hinblick auf die Retentionsraten dadurch erschwert, daß nicht alle Studierenden das Medizinstudium (selbst nach zehn bis zwölf Jahren) bis zum Stichtag der Erhebung (1. Juli 1968) abgebrochen oder abgeschlossen hatten.

Vorangestellt seien einige klärende Begriffe:

Als *Abbrecher (drop-outs)* werden jene Studienanfänger bezeichnet, die die Fakultät innerhalb des erfaßten Zeitraumes verließen, ohne das Studium abzuschließen. Eine Differenzierung dieser Gruppe in Studienwechsler und Abgänger von der Hochschule war nicht möglich¹⁵.

Zu den *Promoventen* werden in dieser Studie jene Hörer gerechnet, die bis zum Stichtag der Erhebung alle drei Rigorosen erfolgreich abgeschlossen hatten.

Als *Noch-Studierende* werden im folgenden jene Hörer bezeichnet, die bis zum 1. Juli 1968 weder die Fakultät verlassen noch ihr Studium abgebrochen hatten.

Überblick über den Studienerfolg der Studienanfänger 1956, 1958 und 1961

Tabelle 51 zeigt, welchen Verlauf das begonnene Medizinstudium bei den Jahrgängen 1956/57, 1958/59 und 1961/62 bis zum Zeitpunkt der Erhebung genommen hatte.

Tabelle 51 Prozentuelle Aufgliederung der Studienanfänger nach Abbrechern, Promoventen und Noch-Studierenden nach Erhebungsjahrgängen

	1956/57			1958/59			1961/62		
	Inl.	Ausl.	zus.	Inl.	Ausl.	zus.	Inl.	Ausl.	zus.
Abbrecher	37	59	46	28	49	35	25	28	26
Promoventen	55	32	45	61	28	51	30	14	27
Noch-Studierende ..	8	9	9	11	23	15	45	59	48
(N)	(276)	(229)	(505)	(472)	(223)	(695)	(655)	(162)	(817)

Von den Studienanfängern 1956/57 und 1958/59 wurden rund 50 Prozent nach maximal zehn- beziehungsweise zwölfjähriger Studiendauer promoviert, rund 40 Prozent verließen die Fakultät vorzeitig und weitere 10 Prozent hatten bis zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht alle Rigorosen beendet. Jahrgang 1958/59 weist erstaunlicherweise einen höheren Anteil an Promoventen auf als Jahrgang 1956/57.

Betrachtet man die Verteilung der Studienanfänger 1961/62, so zeigt sich, daß nach siebenjähriger Studiendauer nur ein Viertel aller Studienanfänger einen positiven Abschluß des Studiums verzeichnen konnte. Der überwiegende Teil der Studienanfänger fällt zum Zeitpunkt der Erhebung in die Kategorie der Noch-Studierenden. Auf die Auswertung dieses Jahrganges im Hinblick auf Studiendauer und -erfolg muß daher weitgehend verzichtet werden.

Erwartungsgemäß schneiden die ausländischen Hörer schlechter ab als ihre inländischen Kollegen. Der Anteil von ausländischen Hörern, die die Fakultät vorzeitig verlassen, ist um vieles höher als jener der inländischen Studierenden (1956/57: 59 Prozent ausländischer Abbrecher gegenüber 37 Prozent inländischen Studienabbrechern, 1958/59: 49 Prozent gegenüber 28 Prozent).

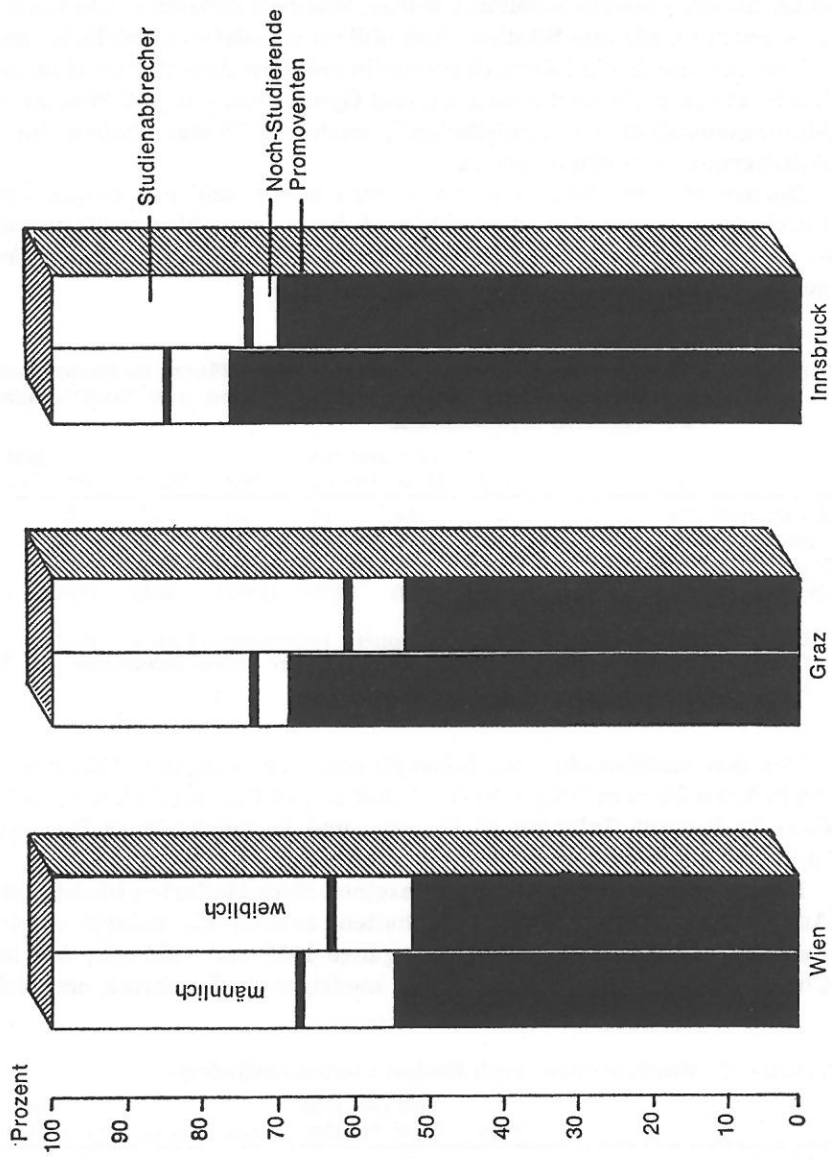
Unterschied im Studienerfolg nach Hochschulorten

Wie Tabelle 52 zeigt, bestehen zwischen den einzelnen medizinischen Fakultäten in Österreich große Unterschiede hinsichtlich des Studienverlaufs. In Innsbruck wurden im gleichen Zeitraum beinahe um die Hälfte mehr Studenten promoviert als in Wien, während Graz eine mittlere Position einnimmt (vergleiche Tabelle 52). Diese Unterschiede bleiben auch erhalten, wenn man nur die inländischen Medizinstudenten betrachtet (Abbildung 17).

Vorheriger Schulbesuch, Maturanoten

Die Medizinstudenten absolvieren ihre vorherige Schulausbildung überwiegend an allgemeinbildenden höheren Schulen. Das liegt zum Teil sicher daran, daß in Österreich (was gemäß den Angaben im *World Directory of Medical Schools*¹⁶ an keiner anderen dort angeführten medizinischen Ausbildungsstätte

Abbildung 17 Studienerfolg der inländischen Studienanfänger der Medizin
(1956 und 1958)



verlangt wird) das Latinum nachgeholt werden muß, falls es nicht bereits an einer höheren Schule absolviert wurde, wodurch sicherlich eine Erschwernis für jene entsteht, die aus Schulen ohne obligaten Lateinunterricht kommen.

Von den durch die Längsschnittstudie erfaßten Jahrgängen stammen tatsächlich 93 Prozent aus Realgymnasien und Gymnasien, nur je 2 Prozent aus Lehrerbildungsanstalten und Realschulen¹⁷; weitere 2 Prozent haben die Matura an Arbeitermittelschulen abgelegt.

Betrachtet man Tabelle 49, so ist zu ersehen, daß die Medizinstudenten im Durchschnitt weder besonders gute noch besonders schlechte Maturanoten haben — sie liegen etwa in der Mitte zwischen den Pharmazie- und den Technik-Studenten.

Tabelle 52 Prozentuelle Aufgliederung der Studienanfänger (Inländer und Ausländer zusammen) nach Abbrechern, Promoventen und Noch-Studierenden auf die einzelnen Hochschulorte¹

	1956 und 1958 ¹				1961			
	Wien	Graz	Innsbr.	zus.	Wien	Graz	Innsbr.	zus.
Abbrecher (‰)	34	39	28	39	27	25	20	25
Promoventen (‰)	43	50	60	48	21	27	45	27
Noch-Studierende (‰) ..	13	10	12	12	52	49	35	48
(N)	(725)	(248)	(232)	(1205)	(454)	(189)	(174)	(817)

¹ Diese beiden Jahrgänge wurden, um höhere Besetzungszahlen zu erhalten, hier und im folgenden zusammengefaßt. Obwohl sie zwei Jahre auseinanderliegen, ist ihre Studiensituation ähnlich genug, um dies zu rechtfertigen.

Von den ausländischen Studienanfängern der Jahrgänge 1956 und 1958 konnten in Wien bis zum Zeitpunkt der Erhebung 20 Prozent (Inländer 54 Prozent), in Graz 30 Prozent (Inländer 63 Prozent) und in Innsbruck 49 Prozent (Inländer 75 Prozent) ihr Studium erfolgreich abschließen.

Der Unterschied zwischen den einzelnen Hochschulorten bleibt auch bei einer Aufgliederung nach Geschlecht erhalten: sowohl für männliche als auch für weibliche Studienanfänger der Jahrgänge 1956 und 1958 gilt, daß in Wien die Chance, das Studium abzuschließen, niedriger, in Innsbruck am höchsten war.

Tabelle 53 Studienverlauf nach Hochschulorten (Inländer)

	1956 und 1958				1961			
	Wien	Graz	Innsbr.	zus.	Wien	Graz	Innsbr.	zus.
Abbrecher (‰)	33	32	19	31	27	21	21	25
Promoventen (‰)	54	63	75	59	24	34	46	30
Noch-Studierende (‰) ..	11	5	8	10	49	45	34	45
(N)	(500)	(147)	(103)	(750)	(382)	(142)	(131)	(655)

Sowohl beim Studienabschluß als auch, wie später noch zu berichten sein wird, bei den Erfolgszahlen für Einzelprüfungen und bei der Studiendauer treten bei Aufgliederung nach Hochschulorten die größten Unterschiede auf. Dies weist auf deutlich verschiedene Ausbildungsbedingungen hin.

Erst in zweiter Linie, meist in weit geringerem Maße, zeigen sich dann innerhalb eines einzelnen Hochschulorts Unterschiede, wenn man nach den im *Nationale* enthaltenen Personaldaten der Studienanfänger, wie Geschlecht, Herkunftsfamilie und anderes, den Studienverlauf aufschlüsselt.

Bei der Ermittlung der letztgenannten Zusammenhänge aus den Summenzahlen für alle Hochschulorte muß daher stets darauf geachtet werden, daß nicht allein schon durch den Hochschulort eine Verzerrung des Ergebnisses hervorgerufen wird.

Unterschiede im Studienerfolg nach Geschlecht

Entscheidet die Geschlechtszugehörigkeit bereits zu einem Teil den Zugang zur höheren Schule, noch mehr zur Hochschule, so erweist sich dieses Merkmal auch in der Erklärung unterschiedlichen Fortganges in der Ausbildung an der Universität als relevant. Frauen streben seltener und mit weniger Erfolg qualifizierte Berufe mit langer Ausbildungsdauer an und weisen in solchen Ausbildungswegen geringere Erfolge auf¹⁸.

Wie Tabelle 54 zeigt, weisen inländische Hörer verschiedenen Geschlechts tatsächlich Unterschiede im Studienverlauf auf. Unter den weiblichen Studenten ist ein höherer Prozentsatz von Studienabbrechern und ein geringerer Anteil an Promoventen zu verzeichnen (vergleiche auch Abbildung 17).

Tabelle 54 **Unterschiede im Studienverlauf nach Geschlecht (Inländer)**

	1956 und 1958			1961		
	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.
Abbrecher (%)	29	37	31	23	29	25
Promoventen (%)	61	54	59	31	29	30
Noch-Studierende (%) ..	10	9	10	46	43	45
(N)	(479)	(270)	(749)	(447)	(208)	(655)

Studiendauer

Die folgenden Ausführungen beschäftigen sich mit der Frage, inwiefern es den Promoventen gelingt, ihr Studium innerhalb des durch die Rigorosenordnung vorgesehenen Zeitraumes zu beenden. Zusätzlich wird dargestellt, wie lange jene, die dann das Medizinstudium abbrechen, an der Fakultät verbleiben und in welchen Studienabschnitten sich nach zehn beziehungsweise zwölf Jahren die Noch-Studierenden befinden.

Tabelle 55 vergleicht die Studiendauer inländischer Promoventen verschiedenen Geschlechts und den Zeitaufwand ausländischer Promoventen.

Von allen Studienanfängern der Jahrgänge 1956 und 1958 konnten nur 14 Prozent ihr Studium in nicht mehr als 13 Semestern abschließen; von den inländischen Studienanfängern sind es 18 Prozent, von den Ausländern nur 6 Prozent. Legt man den Prozenten die Gesamtzahl der Promoventen zugrunde, so beendeten 28 Prozent aller Promoventen, 31 Prozent der inländischen und 21 Prozent der ausländischen Promoventen ihr Studium innerhalb von 13 Semestern. Bis zum 15. Semester hatten allerdings nahezu zwei Drittel (64 Prozent) der

Tabelle 55 **Zeitdauer bis zum erfolgreichen Abschluß des Studiums, gegliedert nach Inländern und Ausländern**
 Prozent bezogen auf Promoventen und Studienanfänger
 (Jahrgang 1956 und 1958)

Gesamtstudiendauer	Inländer				Ausländer		insgesamt	
	männl. % der Promo- venten	weibl. % der Promo- venten	% der Promo- venten	zusammen % der Stud.- anf.	% der Promo- venten	zusammen % der Stud.- anf.	% der Promo- venten	% der Stud.- anf.
bis 13 Semester	35	23	31	18	21	6	28	14
14 oder 15 Semester	35	47	39	23	23	7	35	17
16 oder 17 Semester	19	17	18	11	18	5	18	9
18 und mehr Semester..	11	13	12	7	38	11	18	9
Promoventen insgesamt	100 (295)	100 (146)	100 (441)	59 (749)	100 (138)	29 (456)	100 (579)	48 (1205)

Promoventen ihr Studium beendet; das sind 41 Prozent der Studienanfänger beider Jahrgänge.

Zusammenfassend läßt sich an den Ergebnissen zeigen, daß bei den inländischen Medizinstudenten, wenn das Studium überhaupt abgeschlossen wird, der Abschluß in der Mehrzahl innerhalb von 15 Semestern erfolgt; dies gilt für männliche und weibliche Studierende gleichermaßen.

Mehr als die Hälfte der ausländischen Promoventen hingegen braucht zum Abschluß des Medizinstudiums 16 Semester und länger.

Dabei ist zu berücksichtigen, daß 12 Prozent aller Studienanfänger der Jahrgänge 1956 und 1958 auch nach zehn- beziehungsweise zwölfjähriger Studiendauer ihre Rigorosen noch nicht abgeschlossen hatten und daher unter die Kategorie der Noch-Studierenden fallen. Tabelle 56 zeigt, in welchem Studienabschnitt sich diese Studenten zum Zeitpunkt der Erhebung befanden.

Tabelle 56 **In- und ausländische Studienanfänger der Jahrgänge 1956 und 1958, die ihr Studium zum Zeitpunkt der Erhebung noch fortsetzen, aufgegliedert nach dem Studienabschnitt zum Erhebungszeitpunkt**

Studienabschnitt (am 1. Juli 1968)	Inländer		Ausländer		zusammen	
	% der Noch- Stud. anfänger	% der Stud.- anfänger	% der Noch- Stud. anfänger	% der Stud.- anfänger	% der Noch- Stud. anfänger	% der Stud.- anfänger
vor Abschluß des I. Rigorosums	40	4	31	5	35	4
zwischen I. u. II. Rigorosum	41	4	54	9	48	6
zwischen II. u. III. Rigorosum	19	2	15	2	17	2
Noch-Studierende zusammen	100 (75)	10 (749)	100 (75)	16 (456)	100 (150)	12 (1205)

4 Prozent der Studienanfänger beider Jahrgänge, das sind 35 Prozent aller, die zum Zeitpunkt der Erhebung noch studierten, befinden sich noch im vor-klinischen Studienabschnitt. Bei 2 Prozent aller Studienanfänger ist ein baldiger Abschluß zu erwarten, da das III. Rigorosum kaum mehr als ein bis zwei Semester in Anspruch nimmt; dies sind jedoch nur 17 Prozent aller Noch-Studierenden.

Tabelle 57 vergleicht in- und ausländische Studienabbrecher nach dem Studienabschnitt, innerhalb dessen sie die Fakultät verließen. Nahezu alle, die ihr Studium abbrechen, tun dies bereits, bevor sie das I. Rigorosum beendet haben.

Tabelle 57 **Studienabbrecher unter den medizinischen Studienanfängern der Jahre 1956 und 1958**

	Inländer		Ausländer		zusammen	
	in % der Abbrecher	in % der Studienanfänger	in % der Abbrecher	in % der Studienanfänger	in % der Abbrecher	in % der Studienanfänger
Abbruch vor I. Rigorosum	88	27	89	47	88	35
Abbruch nach I. Rigorosum ..	12	4	11	6	22	5
(N)	(233)	31	(243)	53	(476)	40

Von insgesamt 40 Prozent Studienabbrechern der beiden Jahrgänge verlassen nur 5 Prozent die Fakultät nach Abschluß des ersten Studienabschnittes. Inländische und ausländische Studenten unterscheiden sich hierbei kaum.

Untersucht man den Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Fakultät, so ergeben sich allerdings beträchtliche Unterschiede zwischen in- und ausländischen Studenten: So brechen österreichische Medizinstudenten durchschnittlich ein Semester später das Studium ab als ihre ausländischen Kollegen.

Wie Tabelle 58 zeigt, unterscheiden sich die österreichischen Studenten verschiedenen Geschlechts hinsichtlich der Semester bis zum Studienabbruch besonders in Wien voneinander: Weibliche Studenten verlassen die Fakultät um durchschnittlich ein Semester früher als ihre männlichen Kollegen.

Tabelle 58 **Durchschnittliche Zahl der Semester bis Studienabbruch — Unterschiede zwischen Ausländern und inländischen Studenten verschiedenen Geschlechts an den drei Hochschulorten, Jahrgänge 1956 und 1958**

Hochschule	Inländer				Ausländer				Total	
	männlich		weiblich		zusammen		zusammen		X	(N)
	X	(N)	X	(N)	X	(N)	X	(N)	X	(N)
Wien	8,3	(99)	6,6	(72)	7,5	(171)	6,0	(144)	6,8	(315)
Graz	6,4	(25)	6,6	(21)	6,7	(46)	8,5	(52)	7,5	(98)
Innsbruck	7,5	(12)	7,3	(66)	7,4	(18)	4,7	(47)	5,5	(65)
zusammen	7,9	(136)	6,6	(99)	7,3	(235)	6,3	(243)	6,8	(478)

Der frühe Studienabbruch inländischer Medizinstudentinnen könnte dahingehend interpretiert werden, daß Frauen im allgemeinen eine geringere Investitionsbereitschaft gegenüber einem langwierigen Ausbildungsweg aufweisen als männliche Studenten, weiters auch durch Heirat ausscheiden oder schließlich möglicherweise geringeres Selbstvertrauen im Falle von Mißerfolgen besitzen.

Bei Ausländern dürfte die Ursache für den frühen Studienabbruch eher in Anpassungsschwierigkeiten zu suchen sein. Zwischen den einzelnen Fakultäten bestehen hierbei große Unterschiede: So brechen an der Innsbrucker Fakultät ausländische Studenten im Durchschnitt ihr Studium bereits nach 4,7 Semestern ab, in Graz erst nach 8,5 Semestern, während Wien mit 6 Semestern etwa in der Mitte liegt.

Abbildung 18 **Kumulative Verteilung der Studiendauer der Studienanfänger 1956 und 1958**
 (Prozent der Promoventen, die bis zu einem bestimmten Semester ihr Studium abschlossen)

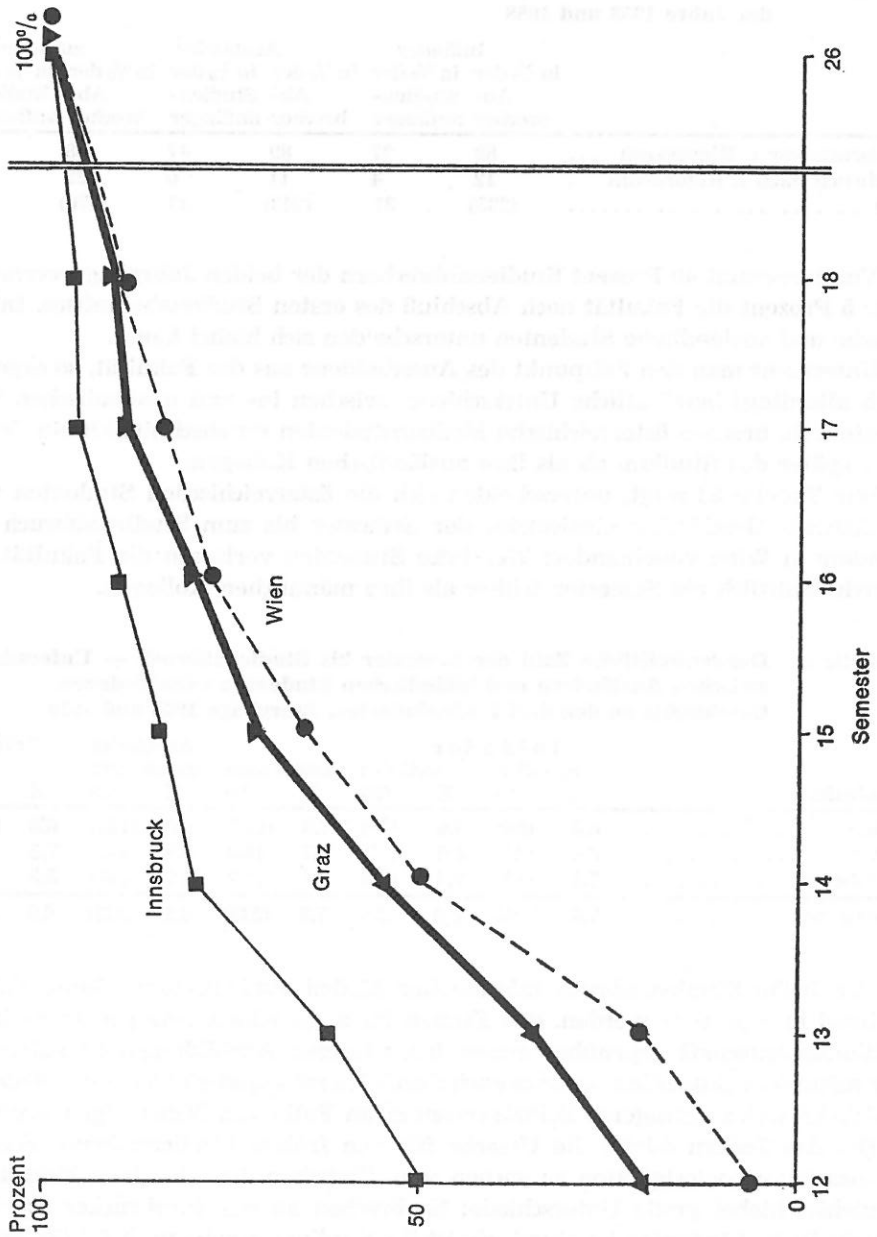
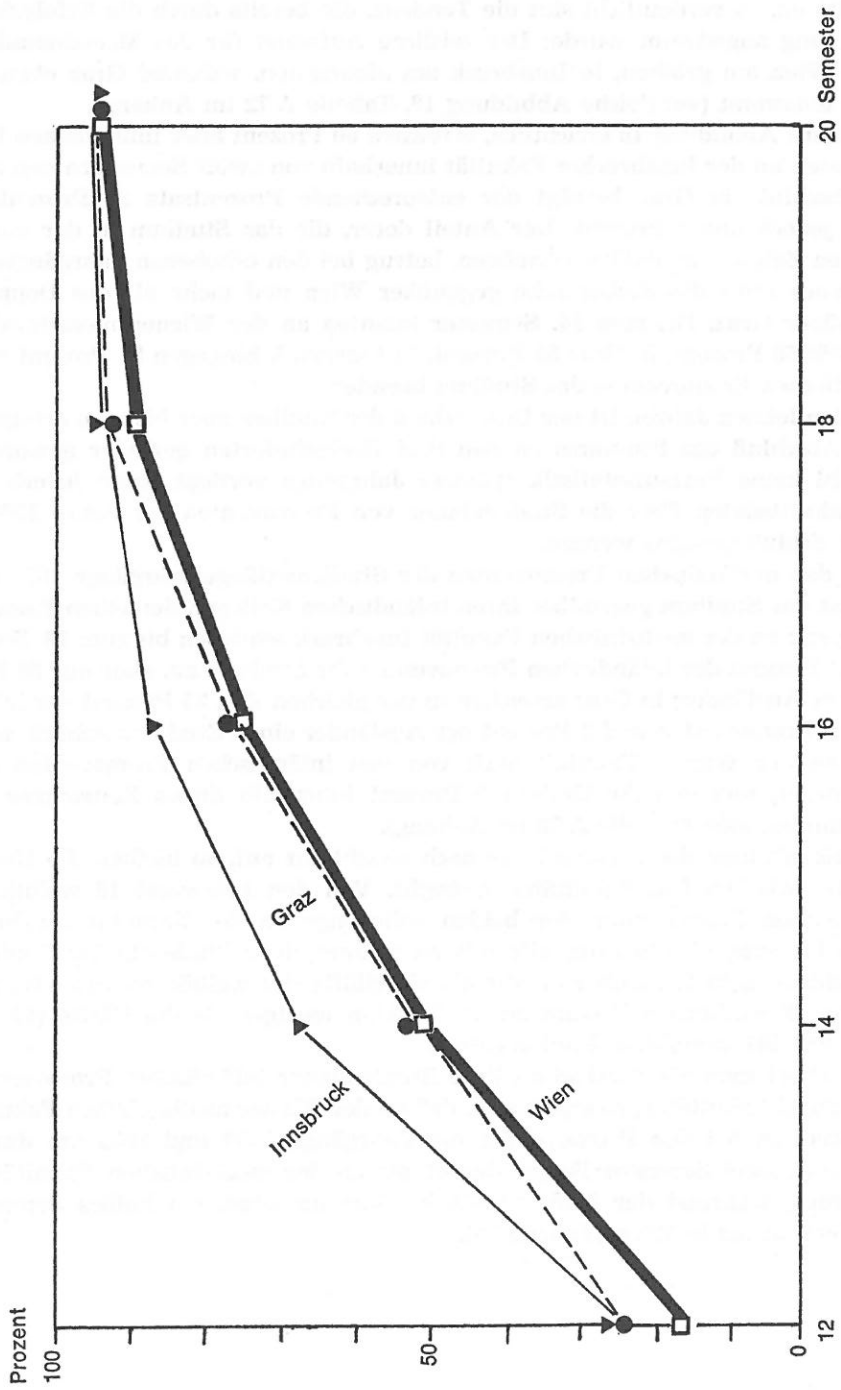


Abbildung 19 Studiendauer der Promoventen 1967/68 und 1968/69
(Kumulative Verteilung)



Unterschiede bei der Studiendauer nach Hochschulorten

Vergleicht man die Studiendauer der Promoventen an den drei medizinischen Fakultäten, so verdeutlicht sich die Tendenz, die bereits durch die Erfolgsklassifizierung angedeutet wurde: Der zeitliche Aufwand für das Medizinstudium ist in Wien am größten, in Innsbruck am niedrigsten, während Graz etwa die Mitte einnimmt (vergleiche Abbildung 18, Tabelle A 72 im Anhang).

Wie aus Abbildung 18 ersichtlich, erreichen 50 Prozent aller inländischen Promoventen an der Innsbrucker Fakultät innerhalb von zwölf Semestern den Studienabschluß, in Graz beträgt der entsprechende Prozentsatz 20 Prozent, in Wien jedoch nur 7 Prozent. Der Anteil derer, die das Studium in der vorgesehenen Zeit abzuschließen vermögen, betrug bei den erhobenen Jahrgängen in Innsbruck etwa das Siebenfache gegenüber Wien und mehr als das Doppelte gegenüber Graz. Bis zum 14. Semester konnten an der Wiener medizinischen Fakultät 50 Prozent, in Graz 55 Prozent, in Innsbruck hingegen 81 Prozent aller inländischen Promoventen das Studium beenden.

In den letzten Jahren ist der Unterschied der Studiendauer bis zum erfolgreichen Abschluß des Studiums an den drei Hochschulorten geringer geworden. Obwohl keine Verlaufsstatistik späterer Jahrgänge vorliegt, kann jedoch aus Querschnittsdaten über die Studiendauer von Promoventen der Jahre 1968/69 dieser Schluß gezogen werden.

Bei den ausländischen Promoventen der Studienanfängerjahrgänge 1956 und 1958 ist das Studium gegenüber ihren inländischen Kollegen derselben Fakultät verzögert: an der medizinischen Fakultät Innsbruck schließen bis zum 13. Semester 63 Prozent der inländischen Promoventen ihr Studium ab, aber nur 39 Prozent der Ausländer; in Graz erreichen in der gleichen Zeit 35 Prozent der inländischen Promoventen und 3 Prozent der Ausländer einen Studienabschluß, während an der Wiener Fakultät auch von den inländischen Promoventen nur 20 Prozent, von den Ausländern 9 Prozent innerhalb dieses Zeitraumes ihr Studium beenden (Tabelle A 73 im Anhang).

Schlüsselt man die Studiendauer nach Geschlecht auf, so bleiben die Unterschiede zwischen den Fakultäten aufrecht. Von den insgesamt 16 weiblichen inländischen Promoventen der beiden Jahrgänge an der Fakultät Innsbruck haben bis zum 14. Semester alle mit Ausnahme einer Studentin ihr Studium abgeschlossen, in Graz etwas mehr als die Hälfte der weiblichen Promoventen (18 von 29 weiblichen Promoventen), in Wien weniger als die Hälfte (47 von insgesamt 101 weiblichen Promoventen).

Berechnet man die durchschnittliche Studiendauer inländischer Promoventen an den drei Fakultäten, so ergibt sich, daß an der Wiener medizinischen Fakultät das Studium bei den Promoventen der Jahrgänge 1956 und 1958 um durchschnittlich zwei Semester länger dauert als an der medizinischen Fakultät in Innsbruck, während der Durchschnitt in Graz um etwa ein halbes Semester niedriger ist als in Wien (Tabelle 59).

Tabelle 59 Durchschnittliche Studiendauer inländischer Promoventen an den drei medizinischen Fakultäten Österreichs

Studienanfänger	Wien	Graz	Innsbruck
1956/57	15,2 Semester	14,8 Semester	13,3 Semester
1958/59	15,1 Semester	14,5 Semester	13,3 Semester

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Studiendauer am stärksten nach Fakultätsorten, etwas weniger nach dem Herkunftsland der Studenten (Inländer/Ausländer) variiert und nur in geringem Ausmaß von der Geschlechtszugehörigkeit abhängig ist.

Die Effektivität des Zeiteinsatzes des Medizinstudiums

Tabelle 60 Die durchschnittliche Verweildauer der Studienanfänger an den medizinischen Fakultäten (Jahrgänge 1956 und 1958) in Semestern

	Studienabbrecher		Promoventen		Noch-Studierende	
	Inl.	Ausl.	Inl.	Ausl.	Inl. ¹	Ausl. ¹
Wien	7,5 (171)	6,0 (144)	15,1 (272)	17,2 (45)	24,0 (59)	24,0 (36)
Graz	6,7 (46)	8,5 (52)	14,6 (93)	18,0 (28)	24,0 (8)	24,0 (19)
Innsbruck	7,4 (18)	4,7 (47)	13,3 (76)	15,2 (63)	24,0 (8)	24,0 (18)
zusammen	7,3 (235)	6,3 (243)	14,7 (441)	16,4 (136)	24,0 (75)	24,0 (73)
Total	6,8 (478)		15,1 (577)		24,0 (148)	

¹ Für die nach 10 bzw. 12 Jahren noch Studierenden wurde eine durchschnittliche Verweildauer von 24 Semestern angenommen, die sicherlich eine kleinstmögliche Minimal-schätzung darstellt.

Die Aufstellung der mittleren Verweildauer (Tabelle 60) an den medizinischen Fakultäten für Inländer weist zunächst bei den Promoventen wieder die bereits berichtete mittlere Studiendauer auf. Die Selektionszeit bis zum Studienabbruch beträgt etwa die Hälfte davon, also mehr als sieben Semester. Wie schon zuvor fällt wieder der doch recht hohe Anteil der Studenten auf, die im Erhebungszeitpunkt, also nach 24 Semestern, noch immer studierten.

Es liegt nun nahe, dem gesamten Zeitaufwand aller Studenten (im Sinne der *Mann-Jahre* der Industrie) den Erfolg, also die Anzahl der Promotionen gegenüberzustellen, das heißt die durchschnittliche Zahl an Semestern aller Studienanfänger, -abbrecher sowie Promoventen und Noch-Studierenden pro Studienabschluß zu ermitteln. Die grobe Vereinfachung dieser Betrachtungsweise liegt wohl auf der Hand und ist bei Interpretation zu berücksichtigen. Eine direkte Benützungsmöglichkeit dieser Zahlen wäre etwa die Abschätzung der Arbeitszeit, die der Volkswirtschaft durch nicht erfolgreiches Studium eventuell verloren ginge; weiters lassen sich die Zahlen bei Einführung allgemeiner Stipendien direkt auf finanziellen Aufwand umlegen.

Das Ergebnis dieser Berechnung stellt Tabelle 61 dar.

Tabelle 61 **Investitionen an Semestern pro erfolgreichem Studienabschluß**
(Studienanfänger 1956 und 1958)

	Inländer	Ausländer	zusammen
Wien	25,0	55,5	29,3
Graz	20,0	50,1	26,9
Innsbruck	17,6	25,6	21,1
zusammen	22,7	40,9	27,0

Im rein ökonomischen *Idealfall* (das heißt, wenn alle Studienanfänger ihr Studium tatsächlich erfolgreich abschließen und dafür nicht mehr als zwölf Semester benötigten), müßten die Zahlen in Tabelle 61 auf durchschnittlich 12 Semester lauten.

Der Mehraufwand bei dieser ökonomisch grob vereinfachenden Rechnung gegenüber einer Mindeststudiendauer von 12 Semestern ergibt in Wien für je einen inländischen Promoventen 13 Semester, in Innsbruck 5,6 Semester und in Graz 8 Semester. Für Ausländer liegt der Mehraufwand entsprechend höher; die Unterschiede zwischen den Fakultäten bleiben aufrecht. Dabei ist besonders in Wien der Beitrag der Noch-Studierenden zu diesem Mehraufwand hoch; wären zum Beispiel effektive Zeitgrenzen für das Studium oder das Ablegen des ersten Rigorosums vorhanden, dann würde allein durch das Ausfallen der Noch-Studierenden die Zahl der Semester je Promotion in Wien nicht 25, sondern weniger als 20 Semester betragen. Eine weitere Senkung brächte etwa eine frühere Selektion, also eine kürzere Verweildauer mit sich.

Auch bei Berücksichtigung dieser Überlegungen erscheinen die Zahlen für die Zeitinvestition an den österreichischen medizinischen Fakultäten recht hoch und legen Verbesserungen der Studienorganisation und der Ausbildungseinrichtungen nahe.

Eine vergleichbare Schätzung des Zeitaufwandes je Studienabschluß liegt für einige wissenschaftliche Hochschulen der Deutschen Bundesrepublik vor:

Grundgesamtheit dieser Erhebung sind die Studienanfänger (deutscher Herkunft) des Sommersemesters 1957 an den wissenschaftlichen Hochschulen Berlin (FU), Frankfurt (Main), Bonn und Mannheim (Wirtschaftshochschule). Da diese Studierenden von Zulassungsbeschränkungen noch nicht erfaßt wurden, sind sie den in der vorliegenden Arbeit erhobenen Studienanfängern vergleichbar. Wie Tabelle 62 zeigt, schneiden die Mediziner in der genannten Studie gegenüber ihren Kollegen anderer Fachgruppen relativ gut ab.

Der vergleichbare Mehraufwand für das Medizinstudium an den österreichischen Fakultäten liegt wesentlich höher, als dies an deutschen medizinischen Fakultäten der Fall ist: An den drei deutschen Fakultäten ist insgesamt ein Mehraufwand von nur 2,9 Semestern, an den drei österreichischen Fakultäten ein Mehraufwand von 10,7 Semester zu verzeichnen. Der relativ geringe Semesteraufwand an den deutschen medizinischen Fakultäten ist sowohl auf einen geringeren Prozentsatz von Studienabbrechern als auch auf geringere Studiendauer der Absolventen zurückzuführen.

Tabelle 62 Zeitaufwand an Semestern nach Fachgruppen der wissenschaftlichen Hochschulen Berlin, Frankfurt, Bonn und Mannheim¹

Fachgruppe	Mindeststudiendauer in Semestern	Durchschnittliche Studiendauer der Absolventen in Semestern	Investition pro erfolgreichem Studienabschluß in Semestern
Medizin	11	12,1	14,9
Pharmazie	6	6,4	7,2
Rechtswissenschaft	7	9,8	12,5
Kulturwissenschaft	8	12,6	19,1
Naturwissenschaft	8	12,8 ²	18,4
Wirtschafts- und Sozialwissenschaft	8	10,6	14,1
Medizin, Österreich	12	14,7	22,7

¹ G. Kath, a.a.O.

² Nur ausgewählte Studienrichtungen, Mittelwert.

Soziale Herkunft und Studienerfolg

Wie auf Seite 106 ersichtlich, kommen fast 50 Prozent der medizinischen Studienanfänger aller erfaßten Jahrgänge aus Akademikerfamilien; 30 Prozent davon haben einen Arzt zum Vater.

Die unterschiedliche soziale Herkunft der Studienanfänger weist nun auch Zusammenhänge für Studienverlauf und Studienerfolg auf. Möglichkeiten des Einflusses der Herkunft auf den Studienerfolg soll in den folgenden Überlegungen aufgezeigt werden.

Erstens: Ausbildungsverhältnisse und Lernanforderungen an der Hochschule unterscheiden sich von denen der höheren Schulen, so daß zur Bewältigung der neuen Situation bei Eintritt in die Universität komplexe Anpassungsleistungen zu vollziehen sind. Studienanfänger aus Akademikerfamilien, und im Falle des Medizinstudiums besonders aus Ärztefamilien, stehen dieser Situation vermutlich viel weniger unvorbereitet gegenüber als Studenten, deren Herkunftsfamilie keine akademische Tradition aufweist.

Andererseits sind bei Studenten aus unteren Schichten bereits vor der Aufnahme eines Hochschulstudiums Selektionsmechanismen wirksam, die unter diesen Jugendlichen eine strengere Auswahl treffen, welche sich durch hohe Motivation für ein Studium und bestimmte Faktoren der Begabung auszeichnet¹⁹ und somit möglicherweise die größeren Schwierigkeiten dieser Studenten auszugleichen vermag.

Zweitens: Die bei Kindern aus Akademikerfamilien vorhandene höhere Stabilität und Sicherheit der Berufsentscheidung, verbunden mit klar strukturierten beruflichen Zielen, können die Bereitschaft und Möglichkeit, relativ hohe Investitionen zu tragen und bedeutende Hindernisse möglichst rasch zu überwinden, beträchtlich erhöhen. Die auf Seite 108 zitierten empirischen Untersuchungen lassen vermuten, daß diese Merkmale bei Kindern von Ärzten in stärkerem Ausmaß auftreten als bei Studierenden anderer Herkunft.

Drittens: Nicht zuletzt ist die finanzielle Absicherung der Ausbildung zu nennen, die den Studienablauf bei Studierenden verschiedener sozialer Herkunft

wesentlich mitgestalten dürfte; dies gilt in besonderem Maße für die der Erhebung zugrundeliegenden Jahrgänge, da diesen eine staatliche Studienbeihilfe noch nicht zur Verfügung stand.

Im folgenden werden die empirischen Ergebnisse der Längsschnittstudie über die Beziehung von Studienerfolg und sozialer Herkunft an den medizinischen Fakultäten wiedergegeben.

Tabelle 63 vergleicht Studenten verschiedener sozialer Herkunft nach ihrem Studienerfolg zum Zeitpunkt der Erhebung. Hinsichtlich der Studienabbrecher bestehen nur geringe, im Anteil der Promoventen jedoch bedeutsame Differenzen zwischen den drei Gruppen.

Tabelle 63 Beruf des Vaters und Studienerfolg inländischer Studienanfänger der Jahrgänge 1956 und 1958 (nach Geschlecht)

	Beruf des Vaters								
	Arzt		sonstige Akademiker			Nicht-Akademiker			
	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.
Abbrecher									
in Prozent	27	27	27	29	37	32	28	39	32
Promoventen									
in Prozent	67	66	67	61	58	60	60	48	55
Noch-Studierende									
in Prozent	6	7	6	10	5	8	12	13	18
N = 100 Prozent ..	(139)	(55)	(194)	(86)	(62)	(148)	(201)	(127)	(426)

Studenten aus Ärztefamilien weisen mit einem Promoventenanteil von 67 Prozent die höchste Quote erfolgreichen Studienabschlusses auf; von den Studenten, deren Vater ein anderes Hochschulstudium absolvierte, konnten innerhalb desselben Zeitraumes lediglich 60 Prozent, von den Studierenden nichtakademischer Herkunft nur 55 Prozent ihr Studium erfolgreich abschließen.

Von den Studierenden nichtakademischer Herkunft hatte zum Zeitpunkt der Erhebung im Vergleich zu den übrigen Studenten ein sehr hoher Prozentsatz das Studium weder beendet noch abgebrochen. Möglicherweise ist dies ein Hinweis darauf, daß in dieser Gruppe am ehesten finanzielle Probleme auftreten, die das Studium erheblich verzögern können.

Wie Tabelle 63 ferner zeigt, hängt der Unterschied des Erfolges von weiblichen und männlichen Studierenden vom Beruf des Vaters ab: So unterscheiden sich die Söhne und Töchter von Ärzten hinsichtlich ihres Studienerfolges kaum voneinander, während bei Studenten aus nichtakademischem Elternhaus die Chance eines positiven Studienabschlusses für Mädchen weitaus geringer ist als für Burschen.

Der Einfluß der sozialen Herkunft auf den Studienerfolg ist somit auch von der Geschlechtszugehörigkeit abhängig: Legt man dem Vergleich nur männliche Studenten zugrunde, so verringern sich die Unterschiede; vergleicht man den Studienerfolg der weiblichen Studenten nach sozialer Herkunft, so vergrößern sich die Differenzen erheblich. Diese Ergebnisse haben nicht nur für die der Längsschnittstudie zugrundeliegenden Studienanfänger Geltung: Ähnliche Zusammenhänge konnten auch für die Studenten der rechts- und staatswissenschaftlichen Fakultät in Wien nachgewiesen werden²⁰.

Mädchen nichtakademischer Herkunft weisen auch gegenüber ihren männlichen Kollegen gleicher Herkunft und weiblichen Kollegen akademischer Herkunft eine verminderte Übertrittsrate auf²¹. In der Folge zeigt sich die Benachteiligung der Studentinnen in der verminderten Erfolgschance eines bereits begonnenen Studiums, obwohl auf Grund der strengeren Selektion bei diesen Studentinnen eher höhere Erfolgsquoten zu erwarten wären. Die Benachteiligung weiblicher Studenten ist möglicherweise so zu interpretieren, daß für Mädchen im Sinne traditionell geschlechtlicher Arbeitsteilung, unter Verweis auf ihre zukünftige familiäre Rolle, eine qualifizierte (Hochschul-) Ausbildung als weniger notwendig oder gar überflüssig erachtet wird. Werden diese Vorentscheidungen in Form von Rollenerwartungen an Studentinnen herangetragen, so wird ihnen im Studium, vor allem wenn Schwierigkeiten auftreten, geringere emotionale oder ökonomische Unterstützung seitens der Familie, der Lehrenden und Kollegen zuteil als ihren männlichen Kollegen.

Ferner zeigt sich, daß die Erfolgschancen weiblicher Studenten nicht nur davon beeinflußt werden, ob der Vater ein Studium absolviert hat oder nicht. Vielmehr übt die Fachrichtung, die der Vater absolvierte, einen noch größeren Einfluß auf geschlechtsspezifische Differenzen im Studienerfolg aus. So schneiden etwa Jusstudentinnen²² und Medizinstudentinnen nur dann gleichermaßen erfolgreich ab wie ihre männlichen Kollegen, wenn sie die väterliche Tradition fortsetzen, also die gleiche Studienrichtung wählen, die bereits ihr Vater absolvierte. Unterscheidet sich hingegen die Fachrichtung von der des Vaters, so schneiden Studentinnen schlechter ab als ihre männlichen Kollegen.

Die soziale Herkunft übt jedoch nicht nur einen Einfluß auf die Erfolgsquote, sondern auch auf die Studiendauer aus (Tabelle 64).

Tabelle 64 Studiendauer inländischer Promoventen nach sozialer Herkunft, Jahrgang 1956 und 1958

Studiendauer	Beruf des Vaters		
	Arzt	sonstiger Akademiker	Nicht-Akademiker
bis 13 Semester (%)	31	32	26
14 bis 15 Semester (%)	43	43	38
16 bis 17 Semester (%)	16	17	19
18 und mehr Semester (%)	9	8	17
N = 100 %	(129)	(88)	(181)

Der Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Studiendauer ist etwas anders strukturiert als der zwischen Erfolgschancen im Studium und sozialer Herkunft. Promoventen aus Ärztefamilien und Familien anderer Akademiker zeigen hinsichtlich der Studiendauer keine Unterschiede. Entscheidend für die Studiendauer ist vielmehr, ob der Vater überhaupt eine akademische Ausbildung absolvierte: 74 Prozent bzw. 75 Prozent der Promoventen, deren Vater selbst Akademiker ist, konnten ihr Studium innerhalb von 15 Semestern beenden, aber nur 64 Prozent der Promoventen aus nichtakademischem Elternhaus. Wie bereits der hohe Anteil Noch-Studierender in dieser Gruppe zeigte, verzögerte sich das Medizinstudium bei einem Großteil jener Studenten, deren

Vater selber keine akademische Ausbildung genoß, im Vergleich zu ihren Kollegen aus akademischem Elternhaus erheblich.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Entscheidung, ein bereits begonnenes Medizinstudium abzubrechen, nur bei weiblichen Studenten davon beeinflußt wird, ob der Vater Arzt ist. Die Frage, ob der Vater ein anderes oder gar kein Hochschulstudium absolvierte, spielt auch für weibliche Mediziner nur eine geringe Rolle. Die Erfolgsquote männlicher Studenten ist von der sozialen Herkunft kaum abhängig.

Promoventen aus Akademikerfamilien (gleich, ob der Vater Arzt ist oder ein anderes Studium absolvierte) benötigen für den Studienabschluß zu einem größeren Teil weniger Zeit als ihre Kollegen nichtakademischer Herkunft.

Insgesamt sind die Unterschiede im Studienerfolg von Studenten verschiedener sozialer Herkunft weit geringer als die zwischen Studenten verschiedener Hochschulorte. Der Zusammenhang von Studienerfolg und sozialer Herkunft weist überdies an den drei Hochschulorten zum Teil der Gesamtverteilung widersprechende Tendenzen auf. Dies gilt vor allem für die Abbruchsquote an der Grazer und der Innsbrucker Fakultät, wo der häufigste Studienabbruch unter Studenten aus Ärztefamilien zu verzeichnen ist, während diese Gruppe in Wien weit weniger Abbrecher aufweist. Unverändert erhalten bleibt an allen drei Hochschulorten die Tatsache, daß der weitaus höchste Prozentsatz Noch-Studierender unter den Studenten nichtakademischer Herkunft zu finden ist.

In den Ergebnissen der Gesamtverteilung werden vor allem die Verhältnisse an der Wiener Fakultät wiedergegeben, da die Besetzungszahlen hier am höchsten, in Graz und Innsbruck hingegen in den einzelnen Kategorien sehr gering sind.

Regionale Herkunft und Studienerfolg

Die Herkunft aus Gemeinden verschiedener Größenordnung hat keinen Einfluß auf den Studienerfolg. Konsistente Unterschiede im Studienerfolg sind weder in der Gesamtverteilung noch an den einzelnen Hochschulorten nachzuweisen.

Studienerfolg und Alter bei Studienbeginn

Es wird zum Beispiel bei Jusstudenten nachgewiesen, daß der Studienerfolg dort am größten ist, wo — unabhängig von sozialer Herkunft — der Bildungsprozeß bis zur Aufnahme des Studiums kontinuierlich abläuft²³. Aus den Daten der Längsschnittstudie ist es nicht möglich, die Kontinuität des Ausbildungsprozesses insgesamt festzustellen. Zur Verfügung stehen jedoch Angaben über das Alter zu Studienbeginn, die Schlüsse über die Kontinuität der Ausbildung erlauben.

Wie Tabelle 65 zeigt, besteht auch im Falle des Medizinstudiums eine Beziehung zwischen dem Alter bei Studienbeginn (als Indikator für Kontinuität des Ausbildungsprozesses) und dem folgenden Studienerfolg.

Tabelle 65 Prozentueller Anteil der Abbrecher, Promoventen und Noch-Studierenden, bezogen auf das Alter bei Studienbeginn
(inländische Studienanfänger 1956 und 1958 zusammen)

Studienverlauf bis 1. Juli 1968	Alter bei Studienbeginn			
	18 J.	19 J.	20 J.	21 J. u. mehr
Abbrecher (%)	29	25	52	54
Promoventen (%)	62	63	39	25
Noch-Studierende (%)	9	12	9	21
(N)	(606)	(64)	(23)	(56)

Studenten, die bei Studienbeginn nicht älter als 19 Jahre waren, unterscheiden sich hinsichtlich des Erfolgs kaum voneinander. Von jenen Studenten jedoch, die ihr Studium erst mit 20 Jahren oder später beginnen, brechen nahezu doppelt so viele ihr Studium ab als von den jüngeren Studienanfängern. Auffallend ist auch die relativ hohe Zahl Noch-Studierender unter jenen, die das Studium erst mit 21 und mehr Jahren begonnen hatten. Bei ihnen ist zu vermuten, daß das Studium eventuell durch finanzielle Probleme (infolge Selbstfinanzierung des Studiums) verzögert wird²⁴.

Das Verhältnis von Alter der Studienanfänger und Studiendauer ist anders als die Beziehung zwischen dem Eintrittsalter und der Quote der Promoventen. Wie Tabelle 66 zeigt, ist die Studiendauer auch davon abhängig, ob das Studium vor dem 19. Lebensjahr oder erst mit 19 Jahren begonnen wurde, während in den Abbruchquoten und dem Promoventenanteil zwischen diesen beiden Altersgruppen nur geringfügige Unterschiede zu beobachten sind.

Tabelle 66 Alter bei Studienbeginn und Studiendauer der Promoventen 1956 und 1958

Studiendauer	Alter bei Studienbeginn		
	18 Jahre	19 Jahre	20 u. mehr Jahre
bis 13 Semester (%)	31	25	30
14 bis 15 Semester (%)	41	25	30
16 bis 17 Semester (%)	17	35	18
18 und mehr Semester (%)	11	15	22
N = 100 %	(378)	(40)	(23)

Ist der Promoventenanteil bei den Studenten, die mit 20 Jahren und später begonnen haben, im Verhältnis zu den jüngeren Studienanfängern wesentlich geringer, so unterscheidet sich die Studiendauer der Promoventen, die das Studium erst nach dem 19. Lebensjahr begonnen hatten, nur wenig von der der jüngeren Studienanfänger. Von den Promoventen, die ihr Studium verspätet begonnen hatten, gelingt es einem großen Teil (60 Prozent), sein Studium innerhalb von 15 Semestern abzuschließen. Der entsprechende Prozentsatz ist bei Studenten mit einem Eintrittsalter bis zu 18 Jahren um 12 Prozent höher, in den Altersklassen 19jähriger Studienanfänger um 10 Prozent niedriger.

Jener Anteil von verspäteten Studienanfängern, der das Studium nicht abbricht (etwa 47 Prozent aller Studienanfänger mit einem Eintrittsalter von mehr als 19 Jahren), ist demnach zwei Gruppen zuzuordnen, deren eine das Medizinstudium innerhalb der durchschnittlichen Studiendauer von etwa 15 Se-

mester²⁵ absolviert. Die Mehrheit schließt jedoch das Medizinstudium — wenn überhaupt — um vieles später ab.

Auch für das Medizinstudium gilt somit, daß die Prozentzahlen der Studenten, die das Studium erfolgreich abschließen und auch eine relativ kürzere Studiendauer aufweisen, bei Kontinuität der Ausbildung höher liegen.

Der Ablauf des Studiums

Aus der Längsschnittstudie stehen uns als Daten über den Studienverlauf folgende Informationen zur Verfügung:

Erstens die Dauer der einzelnen Studienabschnitte; als Studienabschnitt gilt einerseits der vorklinische, von Studienbeginn bis Abschluß des ersten Rigorosums, andererseits der klinische Abschnitt, der sich auf die Zeit zwischen Abschluß des I. und II. Rigorosums erstreckt. Die Dauer des dritten Studienabschnittes (zwischen II. und III. Rigorosum) wurde vernachlässigt, da er in vielen Fällen weniger als ein Semester in Anspruch nimmt. Daten über die Zeitpunkte, an denen der Antritt zu den einzelnen Teilprüfungen der Rigorosen erfolgt, stehen nicht zur Verfügung.

Zweitens die Prüfungsergebnisse, welche einerseits an der Zahl wiederholter Teilprüfungen zu messen sind, andererseits an der Qualifikation des gesamten Rigorosums durch ausgezeichneten oder genügenden Prüfungserfolg.

Der erste Studienabschnitt

Tabelle 67 zeigt die Zusammenhänge zwischen dem Zeitaufwand für das erste Rigorosum und der Gesamtstudiendauer der Studienanfänger der Jahrgänge 1956 und 1958.

Tabelle 67 Dauer des ersten Studienabschnittes (bis Abschluß des ersten Rigorosums) und Studienerfolg inländischer Studienanfänger (1956 und 1958)

Semester	Anzahl der Studenten, die bis dahin das 1. Rigorosum abschlossen	brechen nach dem 1. Rigorosum ab %	V o n d i e s e n promovieren mit Studiendauer (in Semestern)				studieren noch nach 24 Sem. %
			—13 %	14—15 %	16—17 %	18 u. m. %	
bis 5	104 (= 100 %)	9	78	12	—	—	1
6 bis 7	288 (= 100 %)	3	19	55	16	5	2
8 bis 9	81 (= 100 %)	7	1	4	41	35	12
10 und mehr	44 (= 100 %)	11	—	—	2	25	62

Der in Tabelle 67 sichtbare Zusammenhang zwischen der für den ersten Studienabschnitt benötigten Semesteranzahl und der Gesamtdauer des Studiums ist offensichtlich sehr hoch; zum Beispiel promovierten von den 104 Studenten, die nur 5 Semester bis zum Abschluß des ersten Rigorosums benötigten, 78 Prozent innerhalb von 13 Semestern, während von den 44 Hörern, die 10 und mehr Semester für das erste Rigorosum benötigten, etwa zwei Drittel nach 24 Semestern noch immer studieren.

**Tabelle 68 Dauer des ersten Studienabschnittes abhängig vom Gesamtstudien-
erfolg (Inländer 1956 und 1958)**
(entspricht Tabelle 67 in umgekehrter prozentueller Aufschlüsselung)

	(N) = 100 %	—5. Sem. %	6.—7. Sem. %	8.—9. Sem. %	10. u. m. Sem. %
Abbrecher nach 1. Rigorosum	(31)	31	35	17	17
Prom. — 13. Semester	(135)	61	38	1	—
14.— 15. Semester	(173)	7	91	2	—
16.— 17. Semester	(80)	—	57	41	2
18. und mehr Semester	(53)	—	26	53	21
Noch-Studierende	(45)	2	16	22	60
Insgesamt	(517)	19	56	16	9

Allerdings ist auffällig, daß von jenen mit der kürzestmöglichen Studiendauer (5 Semester) bis Abschluß des ersten Rigorosums nahezu ein Zehntel ihr Studium abbrechen — und das sicherlich nicht wegen mangelnden Studienerfolges.

Große Unterschiede in der Dauer des ersten Studienabschnittes treten bei Aufgliederung nach Hochschulorten auf (Tabelle 69).

**Tabelle 69 Zahl der Semester bis Abschluß des ersten Rigorosums — inländische
Promoventen der Studienanfängerjahrgänge 1956 und 1958 nach
Hochschulorten**

	—5. Sem. %	6.—7. Sem. %	8. u. m. Sem. %	(N)
Wien	21	59	20	(272)
Graz	6	73	21	(93)
Innsbruck	41	54	5	(76)

Während Wien die längste mittlere Studiendauer aufweist (vergleiche S. 121), ist die durchschnittliche Dauer des ersten Studienabschnittes in Graz am längsten; in Innsbruck wiederum schließt beinahe die Hälfte derer, die das Studium erfolgreich beenden werden, den ersten Studienabschnitt in der kürzestmöglichen Zeit ab²⁶.

Diese Unterschiede stimmen auch mit dem weiteren Befund überein, nämlich, daß an den einzelnen Fakultäten die Chancen, beim ersten Antritt eine Teilprüfung zu bestehen, durchaus unterschiedlich sind. Wie aus Tabelle 70 ersichtlich, absolvieren die Promoventen in Wien zu 44 Prozent das erste Rigorosum ohne Wiederholungen, in Graz 41 Prozent und in Innsbruck 76 Prozent.

Hier sind die Unterschiede zwischen Wien und Graz nicht so groß wie hinsichtlich der Dauer des ersten Studienabschnittes. Das bedeutet, daß neben der unterschiedlichen Erfolgswahrscheinlichkeit beim Prüfungsantritt noch andere Faktoren eine Rolle spielen müssen — eventuell sind in Graz die Schwierigkeiten, Übungsplätze zu erhalten, größer, was sich auf die Dauer der Vorbereitungszeit für die Prüfungen auswirken kann. An den drei Hochschulen bestehen auch beträchtliche Unterschiede im Schwierigkeitsgrad der einzelnen Prüfungsfächer des ersten Rigorosums, wie eine Aufgliederung der Zahlen der Wiederholungen nach einzelnen Teilprüfungen deutlich werden läßt (Tabelle 71).

Tabelle 70 **Zahl der Wiederholungsprüfungen im ersten Rigorosum — inländische Promoventen der Studienanfängerjahre 1956 und 1958 haben das erste Rigorosum (5 Teilprüfungen) bestanden**

	(N)	ohne Wiederh.	1—2 Wiederh.	3 u. mehr Wiederh.	durchschn. Zahl der Antritte ¹
Wien	(272)	44	43	13	6,11
Graz	(93)	41	43	16	6,21
Innsbruck	(76)	76	19	5	5,46
insgesamt	(441)	49	39	12	6,02

¹ Da das 1. Rigorosum aus 5 Teilprüfungen besteht, wäre der optimale Durchschnitt der Antritte 5,00.

Tabelle 71 **Durchschnittliche Zahl der Antritte zu den Teilprüfungen des ersten Rigorosums — Gesamtzahl aller jener Inländer, die das erste Rigorosum erfolgreich abgelegt haben, 1956 und 1958¹**

Teilprüfungen	Wien	Graz	Innsbruck	zusammen
Physik	1,13 (326)	1,04 (102)	1,13 (88)	1,11 (516)
Chemie	1,40	1,21	1,20	1,33
Anatomie	1,17	1,26	1,05	1,17
Histologie	1,25	1,50	1,01	1,26
Physiologie	1,26	1,19	1,09	1,22
durchschn. Zahl der Antritte aller jener, die das 1. Rigorosum erfolgreich abschließen	6,21	6,20	5,48	6,09

¹ Es war leider aus erhebungstechnischen Gründen nicht möglich, den Antrittstermin zu jeder einzelnen Teilprüfung zu erfassen.

Während in Wien vor allem die Prüfungen aus Chemie, Histologie und Physiologie besonders hohen Schwierigkeitsgrad zu haben scheinen, sind es in Graz vor allem Anatomie und Histologie (wo nur rund die Hälfte aller jener, die das gesamte Rigorosum erfolgreich abschließen, ohne Wiederholung dieser Prüfung auskamen); in Innsbruck wiederum scheint die Chemie die geringste Erfolgsquote aufzuweisen.

Insgesamt wird in Wien und Graz rund ein Viertel aller Prüfungen des ersten Rigorosums wiederholt, in Innsbruck nur knapp ein Zehntel.

Tabelle 72 stellt dar, zu wievielen Teilprüfungen des ersten Rigorosums jene antreten, die vor dessen Abschluß das Studium abbrechen. Auch hier scheint die Ausdauer der Studenten nach Fakultäten zu variieren: Während in Innsbruck im Mittel nicht mehr als zwei Prüfungsantritte vor Studienabbruch liegen, sind es in Wien fast drei.

Tabelle 72 **Zahl der Antritte zu Teilprüfungen des ersten Rigorosums — Gesamtzahl jener, die das Studium vor Beendigung des ersten Rigorosums abbrechen** (Inländer, 1956 und 1958)

	(N)	Durchschnitt	kein Antritt %	1—2 Antritte %	3—4 Antritte %	5 Antritte %	6 u. m. Antritte %
Wien	(152)	2,77	28	29	14	12	16
Graz	(42)	2,16	39	35	4	7	15
Innsbruck	(10)	2,00	40	40	—	10	10
zusammen	(204)	2,54	33	30	11	11	15

Von den Studierenden, die ihr Studium vor Abschluß des ersten Rigorosums abbrachen, das sind für diese Jahrgänge knapp ein Viertel aller Studienanfänger und beinahe 90 Prozent aller Studienabbrecher, war rund ein Drittel noch zu keiner einzigen Teilprüfung angetreten, ein Viertel hatte sich in fünf oder mehr Teilprüfungen versucht.

Der zweite Studienabschnitt

Dieser Abschnitt soll nicht nur deskriptiv den Verlauf im zweiten Studienabschnitt darlegen, sondern auch dem Zusammenhang mit dem Ablauf des ersten Studienabschnittes bei Studienerfolg und Zeitdauer nachgehen.

Bereits hier sei vorweggenommen: Rein zahlenmäßige Zusammenhänge zwischen den Erfolgsquoten der einzelnen Studienabschnitte können zu verschiedenen Interpretationen führen:

Erstens: Der Erfolg oder Mißerfolg im ersten Studienabschnitt beweist, in welchem Maße der Student die erforderlichen Voraussetzungen (Intelligenz, Interesse, Arbeitsdisziplin) für das Medizinstudium mitbrachte. Dementsprechend gestaltet sich dann auch der Studienerfolg im folgenden Studienabschnitt.

Das heißt: Erfolge in den drei Studienabschnitten haben eine gemeinsame Ursache, nämlich die Fähigkeiten eines Studenten für das Medizinstudium und dessen Dauer.

Zweitens: Der Erfolg im ersten Studienabschnitt lag wohl zum Teil an den leistungsmäßigen Voraussetzungen, die der Student mitbrachte, zum Teil jedoch an anderen, vom Studenten nicht beeinflussbaren Faktoren (Zufall bei Prüfungen, Erhalten von Übungsplätzen und ähnlichem). Der Erfolg oder Mißerfolg im zweiten Studienabschnitt lag zwar zum Teil an denselben Faktoren, war zum anderen Teil jedoch durch die Erfahrungen im ersten Studienabschnitt mitbedingt; hatte der Student Mißerfolgserlebnisse, so wird er an Selbstvertrauen verloren haben, mehr unter Prüfungsangst leiden und sich länger vorbereiten.

Das heißt: Wenigstens zum Teil wäre der Erfolg im ersten Rigorosum für sich eine Ursache für Erfolg oder Mißerfolg im zweiten Studienabschnitt.

Welche der beiden Interpretationen eher zutrifft, läßt sich an Hand des einfachen statistischen Zusammenhanges nicht entscheiden.

Wie aus Tabelle 73 ersichtlich, gelingt es nur einem Zehntel der inländischen Studierenden, die das zweite Rigorosum abgeschlossen hatten, beide Rigorosen innerhalb des durch die Rigorosenordnung vorgesehenen Zeitraumes zu absolvieren.

Für das zweite Rigorosum allein liegt der Anteil derer, die nur minimalen Zeitaufwand benötigen (nämlich 6 Semester), mit 30 Prozent höher als beim ersten Rigorosum (20 Prozent), beläuft sich jedoch noch immer nicht auf ein Drittel.

Tabelle 73 **Zusammenhang zwischen der Dauer des ersten und des zweiten Studienabschnittes** (Gesamtheit jener inländischen Hörer, die das zweite Rigorosum abgeschlossen haben, Jahrgang 1956 und 1958)

I. Rigorosum	II. Rigorosum			zusammen
	bis 6 Sem. %	7 bis 8 Sem. %	9 u. m. Sem. %	
bis 5 Semester	10 (48)	10 (44)	— (2)	20 (94)
6 bis 7 Semester	17 (76)	36 (166)	7 (31)	60 (273)
8 und mehr Semester	3 (11)	11 (50)	6 (27)	20 (70)
zusammen	30 (135)	57 (260)	13 (60)	100 (455)

Deutlich ist in Tabelle 73 die zu erwartende positive Korrelation zwischen der für den ersten und der für den zweiten Studienabschnitt benötigten Zeit. Zum Beispiel ergibt eine zusammenfassende Rechnung: Von allen jenen, die das erste Rigorosum innerhalb von 7 Semestern abschließen (N = 367), benötigen 34 Prozent bis zu 6 Semestern zur erfolgreichen Ablegung aller Teilprüfungen des zweiten Rigorosums, von jenen mit längerer Studiendauer (N = 70) gelingt dies nur 16 Prozent (N = 11).

Tabelle 74 **Auszeichnungen im ersten und zweiten Rigorosum** (Gesamtheit der inländischen Studienanfänger 1956 und 1958, die das zweite Rigorosum absolviert haben)

	N =	davon erhielten im zweiten Rigorosum	
		Auszeichnung (N=85)	Genügend (N=370)
Studenten mit Auszeichnung im ersten Rigorosum	N = 93 = 100 %	58 %	42 %
Studenten mit Genügend im ersten Rigorosum	N = 362 = 100 %	9 %	91 %

Noch deutlicher ist der Zusammenhang bezüglich der Benotung. Von jenen, die im ersten Rigorosum eine Auszeichnung erhielten, werden mehr als die Hälfte auch im zweiten Rigorosum ausgezeichnet, von jenen mit genügendem Studienerfolg im ersten Rigorosum kaum 10 Prozent (siehe Tabelle 74).

Die unmittelbaren Ursachen für die Dauer und Benotung des zweiten Rigorosums scheinen jedenfalls an den einzelnen Hochschulorten verschieden zu liegen. Während beispielsweise die Prüfung aus Neurologie und Psychiatrie in Wien die mit den geringsten Erfolgchancen zu sein scheint, gehört sie an den anderen Fakultäten zu den *leichtesten* Prüfungen; wenn Pharmakologie insgesamt die meisten Wiederholungsprüfungen erfordert, lassen sich daraus nicht die offenbar besonderen Schwierigkeiten in Graz ableiten (Tabelle 75).

Die Unterschiede zwischen den einzelnen Hochschulorten sind jedoch hinsichtlich des zweiten Rigorosums mindestens ebenso groß wie im ersten Studienabschnitt.

Tabelle 75 Die Zahl der Antritte zu den Teilprüfungen des zweiten Rigorosums nach Hochschulorten (Gesamtzahl aller jener Inländer, die das zweite Rigorosum erfolgreich abgelegt haben, 1956 und 1958)

Teilprüfungen	Wien	Graz	Innsbruck	zusammen
Pathologie	1,12 (283)	1,21 (96)	1,02 (76)	1,12 (455)
Pharmakologie	1,17	1,48	1,23	1,24
Interne Medizin	1,11	1,12	1,09	1,10
Kinderheilkunde	1,08	1,42	1,05	1,15
Neurologie und Psychiatrie	1,22	1,08	1,04	1,16
durchschnittliche Zahl der Antritte über alle Teilprüfungen				
(2. Rigorosum)	5,70	6,31	5,43	5,77
Zum Vergleich (1. Rigorosum)	6,21	6,20	5,48	6,09

Tabelle 76 Zahl der Semester zwischen erstem und zweitem abgeschlossenem Rigorosum nach Hochschulorten (inklusive Promoventen, Jahrgänge 1956 und 1958)

	bis 6. Sem. %	7. bis 8. Semester %	9. u. m. Semester %	(N)
Wien	11	75	14	(272)
Graz ¹⁾	52	41	7	(93)
Innsbruck ¹⁾	71	25	4	(76)
zusammen	30	59	11	(441)

¹ In Graz und Innsbruck gab es bei diesen Jahrgängen Studenten, die das zweite Rigorosum in kürzerer Zeit als der gesetzlich vorgeschriebenen absolvierten.

Bemerkenswert ist dabei, daß Graz im zweiten Rigorosum die meisten Wiederholungsprüfungen aufweist; dennoch ist dort der Anteil jener, die das Rigorosum in der kürzestmöglichen Zeit abschließen, etwa fünfmal so hoch wie in Wien.

Dritter Studienabschnitt und Abschluß des Studiums

Die Teilprüfungen des dritten Rigorosums nehmen in der Regel nur wenig Zeit in Anspruch. Laut Tabelle 77 ist es durchschnittlich kaum mehr als ein Semester.

Tabelle 77 Durchschnittliche Semesteranzahl bis zum Abschluß der einzelnen Rigorosen (Gesamtzahl jener, die das jeweilige Rigorosum abgeschlossen haben, Jahrgang 1956 und 1958), nach Hochschulorten

	I. Rigorosum		II. Rigorosum		III. Rigorosum	
	Inländer	Ausländer	Inländer	Ausländer	Inländer	Ausländer
Wien	7,03 (326)	8,02 (196)	14,10 (283)	14,72 (147)	15,11 (272)	15,79 (142)
Graz	6,77 (102)	9,50 (52)	13,42 (96)	16,71 (31)	14,55 (93)	18,32 (28)
Innsbruck	6,17 (88)	7,08 (71)	12,06 (76)	13,90 (64)	13,32 (76)	15,22 (63)
zusammen	6,83 (516)	8,05 (319)	13,61 (455)	14,76 (242)	14,68 (441)	15,94 (233)

Dem entspricht auch, daß die erforderlichen 6 Teilprüfungen des dritten Rigorosums mit weniger Wiederholungsprüfungen abgelegt werden. Auch kommt es kaum vor, daß Studenten zwischen dem zweiten und dem dritten Rigorosum ihr Studium abbrechen. Alle jene 14, die das zweite Rigorosum, aber nicht das dritte Rigorosum bestanden haben, studieren noch weiter.

All dies weist darauf hin, daß das dritte Rigorosum die geringste Hürde im Medizinstudium darstellt.

Ausländer benötigen für den ersten Studienabschnitt durchschnittlich etwas mehr als 1 Semester länger als Inländer (dieser Unterschied ist besonders drastisch in Graz, wo er fast 3 Semester ausmacht); im zweiten und dritten Studienabschnitt benötigen sie durchschnittlich die gleiche Zeit wie Inländer (6,7 beziehungsweise 1 Semester). Dies spricht dafür, daß vor allem zu Beginn des Studiums Anpassungsschwierigkeiten auftreten, die eine höhere Zahl von Studienabbrüchen zur Folge haben als bei Inländern, während im weiteren Studienverlauf das Verhalten der Ausländer mit dem der Inländer durchaus vergleichbar ist²⁷.

Eine Wiederholung von Teilprüfungen der einzelnen Rigorosen führt naturgemäß im allgemeinen zu einer längeren Studiendauer. Besonders deutlich sind die Differenzen im ersten Rigorosum: Dort schließen zum Beispiel 30 Prozent jener, die das Rigorosum ohne Wiederholungsprüfung bestehen, ihr Studium innerhalb von 12 Semestern ab, jedoch nur 4 Prozent derer, die Teilprüfungen wiederholen mußten (Tabelle 78).

Einerseits ist mit dem Studienerfolg die Motivation zur erfolgreichen Studienbeendigung höher, andererseits mag sich auch der psychologische Effekt eines Mißerfolges unterschiedlich auswirken: Treten Mißerfolge gleich zu Beginn auf, ohne daß vorher ausreichend Möglichkeiten zur Selbstbestätigung gegeben wären, so könnte dies das Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit eher beeinträchtigen als spätere Mißerfolgserlebnisse.

Tabelle 78 **Der Einfluß von Wiederholungsprüfungen in den Rigorosen auf die Studiendauer (einschließlich Promoventen 1956 und 1958)**

	% bis 12 Sem.	% 13 bis 14 Sem.	% 15 Sem. u. m.
I. Rigorosum			
ohne Wiederholung	30	50	20 (215)
mit Wiederholung	4	33	63 (220)
II. Rigorosum			
ohne Wiederholung	24	43	33 (263)
mit Wiederholung	6	35	59 (178)
III. Rigorosum			
ohne Wiederholung	24	43	33 (233)
mit Wiederholung	9	36	55 (208)

Ähnlich verhält es sich bezüglich der Noten auf die einzelnen Rigorosen (Tabelle 79).

Tabelle 79 Der Zusammenhang zwischen Benotung der Rigorosen und Studiendauer (Promoventen 1956 und 1958)

Studiendauer	mit Auszeichnung		mit Auszeichnung	
	I. Rigorosum	genügend	II. Rigorosum	genügend
bis 13 Semester (%)	59	23	48	24
14 bis 15 Semester (%)	31	36	40	35
16 und mehr Semester (%)	10	41	12	41
(N)	(112)	(467)	(93)	(486)

Von jenen, die das erste Rigorosum mit Auszeichnung bestanden haben, schließt mehr als die Hälfte das Studium innerhalb von 13 Semestern ab; von jenen mit genügendem Erfolg nicht einmal ein Viertel. Wiederum ist das zweite Rigorosum nicht so bedeutsam wie das erste.

Doch auch hier sind die Unterschiede weitgehend durch das Merkmal Hochschulort erklärbar: In Innsbruck werden weit mehr Auszeichnungen verliehen als in Graz und Wien, zugleich hat Innsbruck auch die kürzeste Studiendauer. Doch bleibt ein gewisser Zusammenhang zwischen Noten und Studiendauer auch dann erhalten, wenn man das Verhältnis innerhalb der einzelnen Fakultäten betrachtet.

Tabellen zum Anhang

Tabelle A 1 **Österreichische und ausländische ordentliche Hörer an den wissenschaftlichen Hochschulen insgesamt sowie der Studienrichtung Medizin Wintersemester 1932/33 bis Wintersemester 1969/70**

	Alle wissenschaftlichen Hochschulen			Studienrichtung Medizin			
	insgesamt abs.	davon weiblich abs.	% von (1)	insgesamt abs.	% von (1)	davon weiblich abs.	% von (4)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1932/33	29.764	5.454	18	5.797	19	1.089	19
1933/34	25.882	4.793	19	4.666	18	940	20
1934/35	19.297	3.748	19	4.996	26	1.035	21
1935/36	18.556	3.571	19	4.996	27	997	20
1936/37	17.494	3.264	19	4.899	28	948	19
1937/38	15.931	2.987	19	4.487	28	875	20
1938/39	10.686	1.831	17	3.422	32	616	18
1939/40	8.774	1.680	19	4.005	46	698	17
1940/41	7.094	2.290	32	3.849	54	851	22
1941/42	10.562	3.488	33	3.374	32	975	29
1942/43	12.543	4.618	37	3.809	30	1.130	30
1943/44	14.798	—	—	—	—	—	—
1944/45	7.065	3.077	44	2.708	38	960	35
1945/46	24.251	7.642	32	5.932	27	2.033	34
1946/47	32.173	7.975	25	6.675	21	1.939	29
1947/48	32.246	7.384	23	6.117	19	1.749	29
1948/49	29.346	6.425	22	5.280	18	1.421	27
1949/50	25.984	5.583	21	4.641	18	1.217	26
1950/51	22.528	4.667	21	3.794	17	944	25
1951/52	20.710	4.168	20	2.669	13	658	25
1952/53	18.684	3.612	19	2.404	13	566	24
1953/54	16.575	3.595	22	2.118	13	531	25
1954/55	16.802	3.486	21	1.955	12	484	25
1955/56	17.888	3.763	21	2.320	13	537	23
1956/57	19.515	4.291	22	2.601	13	635	24
1957/58	23.391	5.428	23	3.093	13	769	25
1958/59	27.900	6.897	25	3.583	13	889	25
1959/60	31.982	7.817	24	4.202	13	1.046	25
1960/61	37.192	8.865	24	4.867	13	1.205	25
1961/62	41.254	9.971	24	5.441	13	1.425	26
1962/63	44.254	10.977	25	6.012	14	1.567	26
1963/64	45.626	11.259	25	6.154	13	1.530	25
1964/65	46.264	11.510	25	6.552	14	1.662	25
1965/66	47.008	11.668	25	6.814	14	1.679	25
1966/67	47.196	11.054	23	7.155	15	1.803	25
1967/68	51.141	11.795	23	8.150	16	2.028	25
1968/69	47.858	11.252	24	7.231	15	1.795	25
1969/70	49.007	11.768	24	7.065	14	1.716	24

Tabelle A 2 Ordentliche Hörer der Studienrichtung Medizin, aufgliedert nach Inländern und Ausländern Wintersemester 1932/33 bis Wintersemester 1969/70

	insgesamt	davon Ausländer		insgesamt	davon Ausländer		
		abs.	%		abs.	%	
1932/33	5.797	2.448	42,2	1951/52	2.669	—	—
1933/34	4.666	1.044	22,3	1952/53	2.404	—	—
1934/35	4.996	987	19,8	1953/54	2.118	—	—
1935/36	4.996	869	17,4	1954/55	1.955	—	—
1936/37	4.899	753	15,4	1955/56	2.320	1.003	43,2
1937/38	4.487	628	13,9	1956/57	2.601	1.250	48,1
1938/39	3.422	263	7,7	1957/58	3.093	1.589	51,4
1939/40	4.005	860	21,5	1958/59	3.583	1.825	50,9
1940/41	3.849	1.450	37,7	1959/60	4.202	2.037	48,5
1941/42	3.374	1.288	38,2	1960/61	4.867	2.236	45,9
1942/43	3.809	1.447	38,0	1961/62	5.441	2.384	43,8
1943/44	—	—	—	1962/63	6.012	2.565	42,7
1944/45	2.708	1.029	38,0	1963/64	6.154	2.324	37,8
1945/46	5.932	1.030	17,4	1964/65	6.552	2.483	37,9
1946/47	6.675	—	—	1965/66	6.814	2.556	37,5
1947/48	6.117	—	—	1966/67	7.155	2.730	38,2
1948/49	5.280	—	—	1967/68	8.150	2.854	35,0
1949/50	4.641	—	—	1968/69	7.231	2.214	30,3
1950/51	3.794	—	—	1969/70	7.065	2.073	29,1

Tabelle A 3 Österreichische und ausländische Hörer aller Studienrichtungen an den Universitäten Wien, Graz, Innsbruck und Salzburg Wintersemester 1952/53 bis Wintersemester 1969/70

	Wien		Graz		Innsbruck		Salzburg		insgesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1952/53	5.948	56,9	1.898	18,1	2.412	23,1	198	1,9	10.456	100,0
1953/54	5.537	56,2	1.700	17,3	2.463	25,0	146	1,5	9.846	100,0
1954/55	5.576	56,6	1.786	18,1	2.362	24,0	125	1,3	9.849	100,0
1955/56	5.592	55,0	1.988	19,6	2.433	23,9	150	1,5	10.163	100,0
1956/57	6.605	57,4	2.211	19,2	2.567	22,3	132	1,1	11.515	100,0
1957/58	7.922	57,1	2.824	20,4	2.974	21,4	157	1,1	13.877	100,0
1958/59	9.904	59,5	3.265	19,6	3.350	20,1	135	0,8	16.654	100,0
1959/60	11.766	61,5	3.680	19,3	3.525	18,4	158	0,8	19.129	100,0
1960/61	13.357	61,0	4.236	19,3	4.156	19,0	155	0,7	21.904	100,0
1961/62	14.972	61,0	4.798	19,5	4.619	18,8	169	0,7	24.558	100,0
1962/63	16.315	60,8	5.077	19,0	5.190	19,4	201	0,8	26.783	100,0
1963/64	16.890	61,1	5.423	19,6	5.105	18,4	244	0,9	27.662	100,0
1964/65	17.074	59,6	5.642	19,7	5.492	19,2	430	1,5	28.638	100,0
1965/66	17.271	58,5	5.752	19,5	5.752	19,5	737	2,5	29.512	100,0
1966/67	17.288	57,5	5.797	19,3	5.913	19,6	1.073	3,6	30.071	100,0
1967/68	18.503	57,2	6.346	19,6	6.047	18,7	1.468	4,5	32.364	100,0
1968/69	17.465	55,9	6.161	19,7	5.673	18,1	1.979	6,3	31.278	100,0
1969/70	17.610	54,6	6.430	19,9	5.888	18,3	2.336	7,2	32.264	100,0

Tabelle A 4 Österreichische und ausländische ordentliche Hörer der Studienrichtung Medizin an den Universitäten Wien, Graz und Innsbruck Wintersemester 1952/53 bis Wintersemester 1969/70

	Wien		Graz		Innsbruck		insgesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1952/53	1.351	56,2	539	22,4	514	21,4	2.404	100,0
1953/54	1.200	56,7	434	20,5	484	22,8	2.118	100,0
1954/55	1.138	58,2	423	21,6	394	20,2	1.955	100,0
1955/56	1.365	58,8	489	21,1	466	20,1	2.320	100,0
1956/57	1.489	57,2	554	21,3	558	21,5	2.601	100,0
1957/58	1.781	57,6	640	20,7	672	21,7	3.093	100,0
1958/59	2.151	60,0	717	20,0	715	20,0	3.583	100,0
1959/60	2.558	60,9	797	19,0	847	20,1	4.202	100,0
1960/61	2.894	59,4	918	18,9	1.055	21,7	4.867	100,0
1961/62	3.183	58,5	1.058	19,5	1.200	22,0	5.441	100,0
1962/63	3.427	57,0	1.190	19,8	1.395	23,2	6.012	100,0
1963/64	3.657	59,4	1.346	21,9	1.151	18,7	6.154	100,0
1964/65	3.776	57,6	1.382	21,1	1.394	21,3	6.552	100,0
1965/66	3.834	56,3	1.417	20,8	1.563	22,9	6.814	100,0
1966/67	4.035	56,4	1.464	20,5	1.656	23,1	7.155	100,0
1967/68	4.726	58,2	1.720	21,1	1.683	20,7	8.129	100,0
1968/69	4.202	58,1	1.583	21,9	1.446	20,0	7.231	100,0
1969/70	4.056	57,7	1.589	22,2	1.420	20,1	7.065	100,0

Tabelle A 5 Österreichische ordentliche Hörer der Studienrichtung Medizin an den Universitäten Wien, Graz und Innsbruck, aufgegliedert nach dem Geschlecht, Wintersemester 1955/56 bis Wintersemester 1969/70

	Wien			Graz			Innsbruck			insgesamt		
	ges.	davon weiblich		ges.	davon weiblich		ges.	davon weiblich		ges.	davon weiblich	
		abs.	%		abs.	%		abs.	%		abs.	%
1955/56	852	269	31,6	289	66	22,8	176	39	22,2	1.317	374	28,4
1956/57	876	303	34,6	277	68	24,5	189	40	21,2	1.342	411	30,6
1957/58	992	358	36,1	295	73	24,7	217	41	18,9	1.504	472	31,4
1958/59	1.170	417	35,6	364	106	29,1	224	51	22,8	1.758	574	32,7
1959/60	1.401	497	35,5	458	129	28,2	306	70	22,9	2.165	696	32,1
1960/61	1.701	568	33,7	550	154	28,0	380	89	23,4	2.631	811	30,8
1961/62	1.937	658	34,0	667	189	28,3	453	116	25,6	3.057	963	31,5
1962/63	2.163	736	34,0	750	206	27,5	534	127	23,8	3.447	1.069	31,0
1963/64	2.345	783	33,4	832	219	26,3	653	160	24,5	3.830	1.162	30,3
1964/65	2.439	795	32,6	914	236	25,8	716	172	24,0	4.069	1.203	29,6
1965/66	2.539	778	30,6	986	247	25,1	733	178	24,3	4.258	1.203	28,3
1966/67	2.616	840	32,1	1.017	248	24,4	792	191	24,1	4.425	1.279	28,9
1967/68	3.153	1.009	32,0	1.210	301	24,9	933	218	23,4	5.296	1.528	28,9
1968/69	2.905	893	30,7	1.145	275	24,0	967	230	23,8	5.017	1.398	27,8
1969/70	2.890	859	29,7	1.125	265	23,6	977	222	22,7	4.992	1.346	27,0

Tabelle A 6 Österreichische und ausländische Medizinstudenten an den Universitäten Wien, Graz und Innsbruck, Wintersemester 1955/56 bis Wintersemester 1969/70

	Wien			Graz			Innsbruck			insgesamt		
	ges.	davon Ausländer		ges.	davon Ausländer		ges.	davon Ausländer		ges.	davon Ausländer	
		abs.	%		abs.	%		abs.	%		abs.	%
1955/56	1.365	513	37,6	489	200	40,9	466	290	62,2	2.320	1.003	43,2
1956/57	1.489	613	41,2	554	277	50,0	558	369	66,1	2.611	1.261	48,3
1957/58	1.781	789	44,3	640	345	53,9	672	455	67,7	3.093	1.589	51,4
1958/59	2.151	891	45,6	717	353	49,2	715	491	68,7	3.583	1.825	50,9
1959/60	2.558	1.157	45,2	797	339	42,5	847	541	63,9	4.202	2.037	48,5
1960/61	2.894	1.193	41,2	918	368	40,1	1.055	675	64,0	4.867	2.236	45,9
1961/62	3.183	1.246	39,1	1.058	391	37,0	1.200	747	62,3	5.441	2.384	43,8
1962/63	3.427	1.264	36,9	1.190	440	37,0	1.395	861	61,7	6.012	2.565	42,7
1963/64	3.657	1.312	35,9	1.346	514	38,2	1.151	498	43,3	6.154	2.324	37,8
1964/65	3.776	1.337	35,4	1.382	468	33,9	1.394	678	48,6	6.552	2.483	37,9
1965/66	3.834	1.295	33,8	1.417	431	30,4	1.563	830	53,1	6.814	2.556	37,5
1966/67	4.035	1.419	35,2	1.464	447	30,5	1.656	864	52,2	7.155	2.730	38,2
1967/68	4.740	1.587	33,5	1.721	511	29,7	1.689	756	44,8	8.150	2.854	35,0
1968/69	4.202	1.297	30,8	1.583	438	27,2	1.446	479	33,1	7.231	2.214	30,3
1969/70	4.056	1.166	27,3	1.589	464	29,2	1.420	443	30,1	7.065	2.073	29,2

Tabelle A 7 Österreichische und ausländische Studienanfänger an den wissenschaftlichen Hochschulen¹, Wintersemester 1955/56 bis Wintersemester 1969/70

	insgesamt			davon weiblich				insgesamt			davon weiblich		
	abs.	abs.	%	abs.	abs.	%		abs.	abs.	%	abs.	abs.	%
1955/56	3.969	841	21,2				1963/64	7.778	2.063	26,5			
1956/57	4.371	1.000	22,9				1964/65	7.567	1.963	25,9			
1957/58	6.127	1.541	25,2				1965/66	7.567	2.154	28,5			
1958/59	7.194	1.983	27,6				1966/67	7.833	2.440	31,2			
1958/60	7.248	2.055	28,4				1967/68	7.964	2.204	27,7			
1960/61	8.299	2.069	24,9				1968/69	8.473	2.376	28,0			
1961/62	8.409	2.268	27,0				1969/70	8.779	2.584	29,2			
1962/63	8.523	2.351	27,6										

¹ *Wissenschaftliche Hochschulen in Österreich* (Gemäß Hochschul-Organisationsgesetz, BGBl. Nr. 154/1955, in der Fassung des Bundesgesetzes 1962, BGBl. Nr. 188/1962):

- | | |
|-----------------------------------|--|
| a) die Universität Wien | g) die Montanistische Hochschule Leoben |
| b) die Universität Graz | h) die Hochschule für Bodenkultur Wien |
| c) die Universität Innsbruck | i) die Tierärztliche Hochschule Wien |
| d) die Universität Salzburg | j) die Hochschule für Welthandel Wien |
| e) die Technische Hochschule Wien | k) die Hochschule für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften Linz |
| f) die Technische Hochschule Graz | |

Tabelle A 8 Österreichische und ausländische Studienanfänger aller Studienrichtungen sowie der Medizin
Wintersemester 1955/56 bis Wintersemester 1969/70

	insgesamt		Medizin			insgesamt		Medizin	
	abs.	%	abs.	%		abs.	%	abs.	%
1955/56	3.969	100	455	100	1963/64	7.778	196	897	197
1956/57	4.371	110	468	103	1964/65	7.568	191	868	191
1957/58	6.127	154	585	129	1965/66	7.667	193	948	204
1958/59	7.194	181	643	141	1966/67	7.833	197	1.039	228
1959/60	7.842	197	729	160	1967/68	7.964	200	1.096	241
1960/61	8.299	209	764	168	1968/69	8.473	214	1.117	246
1961/62	8.409	212	783	172	1969/70	8.779	221	897	197
1962/63	8.523	214	918	202					

Tabelle A 9 Frauenanteil der österreichischen und ausländischen Studienanfänger der Studienrichtung Medizin
Wintersemester 1955/56 bis Wintersemester 1969/70

	insgesamt			davon weiblich				insgesamt			davon weiblich		
	abs.	abs.	%	abs.	abs.	%		abs.	abs.	%	abs.	abs.	%
1955/56	455	91	20,0	1963/64	897	227	25,3						
1956/57	468	130	27,8	1964/65	868	224	25,8						
1957/58	585	167	28,5	1965/66	948	248	26,2						
1958/59	643	189	29,4	1966/67	1.039	334	32,1						
1959/60	729	198	27,2	1967/68	1.096	340	31,0						
1960/61	764	220	28,8	1968/69	1.117	294	26,2						
1961/62	783	218	27,8	1969/70	897	233	26,0						
1962/63	918	253	27,6										

Tabelle A 10 Studienanfänger der Studienrichtung Medizin, aufgegliedert nach Inländern und Ausländern
Wintersemester 1955/56 bis Wintersemester 1969/70

	Inländer		Ausländer		Insgesamt
	abs.	%	abs.	%	
1955/56	241	52,97	214	47,03	455
1956/57	268	57,27	200	42,73	468
1957/58	377	64,45	208	35,55	585
1958/59	456	70,92	187	29,08	643
1959/60	607	83,27	122	16,73	729
1960/61	620	81,16	144	18,84	764
1961/62	637	81,36	146	18,64	783
1962/63	722	78,65	196	21,35	918
1963/64	729	81,28	168	18,72	897
1964/65	720	82,95	148	17,05	868
1965/66	761	80,28	187	19,72	948
1966/67	766	73,73	273	26,27	1.039
1967/68	815	74,00	285	26,00	1.096
1968/69	953	85,72	164	14,68	1.117
1969/70	734	81,83	163	18,17	897

Tabelle A 11 Österreichische und ausländische Studienanfänger der wissenschaftlichen Hochschulen an den Universitäten Wien, Graz, Innsbruck und Salzburg, Wintersemester 1955/56 bis Wintersemester 1969/70

	Wien		Graz		Innsbruck		Salzburg		insgesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1955/56	1.389	61	481	21	400	18	—	—	2.270	100
1956/57	1.546	63	463	19	458	18	—	—	2.467	100
1957/58	2.175	64	691	20	534	16	—	—	3.400	100
1958/59	2.922	68	796	19	567	13	—	—	4.285	100
1959/60	3.070	67	929	20	603	13	—	—	4.602	100
1960/61	3.009	64	986	21	705	15	—	—	4.700	100
1961/62	3.116	62	1.094	22	793	16	—	—	5.003	100
1962/63	3.263	62	1.103	21	908	17	—	—	5.274	100
1963/64	2.958	61	1.116	23	796	16	—	—	4.870	100
1964/65	2.731	58	1.091	23	921	19	—	—	4.743	100
1965/66	2.849	58	1.003	20	800	16	313	6	4.965	100
1966/67	2.892	56	1.108	22	820	16	324	6	5.144	100
1967/68	2.979	56	1.158	22	863	16	357	6	5.357	100
1968/69	3.043	53	1.266	22	1.000	17	457	8	5.766	100
1969/70	2.912	50	1.270	22	1.113	19	500	9	5.795	100

Tabelle A 12 Österreichische und ausländische Studienanfänger der Studienrichtung Medizin an den Universitäten Wien, Graz und Innsbruck Wintersemester 1955/56 bis Wintersemester 1969/70

	Wien		Graz		Innsbruck		insgesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1955/56	299	66	96	21	60	13	455	100
1956/57	270	58	102	22	96	20	468	100
1957/58	368	63	127	22	90	15	585	100
1958/59	430	67	128	20	85	13	643	100
1959/60	453	62	166	23	110	15	729	100
1960/61	471	62	179	23	114	15	764	100
1961/62	442	56	185	24	156	20	783	100
1962/63	516	56	233	25	169	19	918	100
1963/64	494	55	245	27	158	18	897	100
1964/65	497	57	205	24	166	19	868	100
1965/66	545	58	222	23	181	19	948	100
1966/67	599	58	252	24	188	18	1.039	100
1967/68	613	56	265	24	218	20	1.096	100
1968/69	572	52	272	24	273	24	1.117	100
1969/70	433	49	246	27	218	24	897	100

Tabelle A 13 **Entwicklung des Ausländeranteils an den wissenschaftlichen Hochschulen und an den medizinischen Fakultäten (in Prozent)**
Wintersemester 1955/56 bis Wintersemester 1969/70

	Hochschulen			Hochschulen	
	insgesamt	Medizinische Fakultäten		insgesamt	Medizinische Fakultäten
1955/56	23,8	43,2	1963/64	20,4	37,8
1956/57	28,1	48,6	1964/65	19,4	37,9
1957/58	32,0	51,4	1965/66	19,3	37,5
1958/59	32,0	50,9	1966/67	19,9	38,1
1959/60	29,3	48,5	1967/68	23,9	35,0
1960/61	26,9	45,9	1968/69	17,7	30,3
1961/62	25,3	43,8	1969/70	18,2	29,1
1962/63	23,3	42,7			

Tabelle A 14 **Ausländische ordentliche Hörer der Studienrichtung Medizin an den Universitäten Wien, Graz und Innsbruck, aufgegliedert nach dem Geschlecht**
Wintersemester 1955/56 bis Wintersemester 1969/70

	Wien			Graz			Innsbruck			insgesamt		
	zus.	davon weiblich		zus.	davon weiblich		zus.	davon weiblich		zus.	davon weiblich	
		abs.	%		abs.	%		abs.	%		abs.	%
1955/56	513	60	11,7	200	28	14,0	290	75	25,9	1.003	163	16,3
1956/57	613	89	14,6	277	40	14,4	369	95	25,7	1.259	224	17,8
1957/58	789	135	17,1	345	47	13,6	455	115	25,3	1.589	297	18,7
1958/59	781	164	21,0	353	51	14,4	491	100	20,4	1.825	315	17,3
1959/60	1.157	179	15,5	339	49	14,4	541	122	22,6	2.037	350	17,2
1960/61	1.193	197	16,5	368	50	13,6	675	147	21,8	2.236	394	17,6
1961/62	1.246	211	16,9	391	51	13,0	747	200	26,8	2.384	402	16,9
1962/63	1.264	203	16,1	440	59	13,4	861	236	27,4	2.565	498	19,4
1965/64	1.312	206	15,7	524	53	10,1	498	109	21,9	2.324	368	15,8
1964/65	1.337	247	18,5	468	46	9,8	678	166	24,5	2.483	459	18,5
1965/66	1.295	239	18,5	431	46	10,7	830	191	23,0	2.556	476	18,6
1966/67	1.419	253	17,8	477	56	11,7	864	215	24,9	2.730	524	19,2
1967/68	1.587	278	17,5	511	66	12,9	756	156	20,6	2.854	500	17,6
1968/69	1.297	257	19,8	438	68	17,1	479	72	15,0	2.214	397	18,0
1969/70	1.166	226	20,1	464	71	16,8	443	73	16,5	2.073	370	17,8

Tabelle A 15 **Ausländische ordentliche Hörer der Studienrichtung Medizin nach ihrer Staatsbürgerschaft, Studienjahr 1956/57**

	männlich	weiblich		männlich	weiblich
Belgien	—	—	Liechtenstein	3	—
Bulgarien	7	3	Luxemburg	—	1
Bundesrepublik Deutschland	213	119	Niederlande	1	—
Dänemark	—	—	Norwegen	43	9
Finnland	—	1	Polen	1	—
Frankreich	—	—	Portugal	1	1
Griechenland	364	55	Schweden	—	2
Großbritannien und Nordirland	10	1	Schweiz	26	2
Irland	—	—	Spanien	—	—
Island	—	—	Sowjetunion	2	—
Italien	22	—	Tschechoslowakei ..	2	—
Jugoslawien	4	4	Türkei	3	—
			Ungarn	28	6
Europäische Staaten insgesamt				731	206
VAR	103	—	Libyen	1	—
Nigeria	1	—			
Afrikanische Staaten insgesamt				105	—
Argentinien	—	—	Kanada	3	1
Costa Rica	1	—	Kolumbien	1	—
Honduras	—	1	Vereinigte Staaten ..	45	2
Amerikanische Staaten insgesamt				50	4
Afghanistan	1	—	Israel	33	6
China	1	—	Japan	1	—
Indien	7	—	Jordanien	14	—
Indonesien	1	—	Libanon	2	—
Irak	37	—	Saudiarabien	1	—
Iran	25	—	Syrien	4	—
Asiatische Staaten insgesamt				127	6

Tabelle A 16 **Ausländische ordentliche Hörer der Studienrichtung Medizin nach ihrer Staatsbürgerschaft, Studienjahr 1961/62**

	männlich	weiblich		männlich	weiblich
Belgien	2	—	Niederlande	1	—
Bulgarien	2	2	Norwegen	52	9
Bundesrepublik			Polen	1	2
Deutschland	431	275	Portugal	1	—
Frankreich	1	—	Schweden	2	5
Finnland	1	1	Schweiz	21	4
Griechenland	279	57	Spanien	1	—
Großbritannien und			Tschechoslowakei ..	1	—
Nordirland	4	1	Türkei	2	—
Italien	50	7	Ungarn (+ Flüchtlinge)	79	28
Jugoslawien	4	1	Zypern	3	—
Liechtenstein	2	1			
Europäische Staaten insgesamt				940	393
Äthiopien	—	1	Njassaland	1	—
Ghana	3	—	Südafrika	—	1
Liberia	1	—	Sierra Leone	1	—
Marokko	1	—	Sudan	1	—
Nigeria	8	—	VAR	149	1
Afrikanische Staaten insgesamt				165	3
Costa Rica	1	—	Panama	1	—
Kanada	2	—	Peru	3	—
Kolumbien	4	—	USA	69	4
Amerikanische Staaten insgesamt				80	4
Afghanistan	1	—	Jordanien	144	—
Birma	1	—	Korea	3	—
Gaza	3	—	Kuweit	1	—
Indien	13	4	Libanon	15	—
Indonesien	3	—	Pakistan	5	1
Irak	52	—	Saudiarabien	1	—
Iran	300	31	Syrien	90	2
Israel	85	12	Thailand	—	1
Japan	—	1	Australien	1	1
Asiatische Staaten und Australien insgesamt				718	53

Tabelle A 17 **Gesamtzahl der ausländischen ordentlichen Hörer sowie die Hörer im 1. Semester der Studienrichtung Medizin nach ihrer Staatsbürgerschaft Studienjahr 1968/69 (m = männlich, w = weiblich)**

	Alle Semester		Im 1. Semester			Alle Semester		Im 1. Semester	
	m	w	m	w		m	w	m	w
Bulgarien	1	2	—	1	Niederlande	1	1	—	1
Bundesrepublik Deutschland	459	132	26	6	Norwegen	240	35	12	4
Finnland	44	29	1	—	Polen	2	1	—	—
Frankreich	3	1	—	—	Portugal	1	—	—	—
Griechenland	53	19	3	—	Rumänien	1	—	—	—
Großbritannien und Nordirland ..	7	1	1	—	Schweden	56	20	4	3
Island	1	—	—	—	Schweiz	9	1	—	—
Italien	118	21	35	7	Tschechoslowakei ..	9	8	—	—
Jugoslawien	42	17	10	2	Türkei	8	3	—	—
Liechtenstein	4	1	—	—	Ungarn	2	4	—	—
					Zypern	6	—	—	—
Europäische Staaten insgesamt	1.067	269	92	24					
Biafra	5	—	—	—	Nigeria	11	—	—	—
Ghana	9	—	—	—	Republik Südafrika	1	—	—	—
Kenia	2	—	—	—	Sudan	1	—	—	—
Kongo	1	—	—	—	Tanzania	—	1	—	—
Libyen	1	—	—	—	VAR	30	—	—	—
Afrikanische Staaten insgesamt	61	1	1	—					
Bolivien	1	—	—	—	Peru	2	—	—	—
Ecuador	1	—	—	—	San Salvador	1	—	—	—
Kanada	4	1	—	—	Venezuela	1	—	—	—
Kolumbien	—	1	—	—	Vereinigte Staaten	60	10	12	2
Amerikanische Staaten insgesamt	70	12	12	2					
Ceylon	1	—	—	—	Jordanien	87	1	—	1
Volksrepublik China	1	—	—	—	Nordkorea	1	—	—	—
Nationalchina	1	4	—	1	Südkorea	—	3	—	1
Hongkong	2	—	—	—	Libanon	9	—	—	—
Indien	4	4	—	—	Pakistan	2	—	—	—
Indonesien	43	10	3	2	Saudiarabien	35	1	11	—
Irak	31	—	1	—	Syrien	68	2	—	—
Iran	149	19	9	1	Thailand	1	—	—	—
Israel	38	10	—	—	Australien	—	1	—	—
Asiatische Staaten insgesamt und Australien	473	52	24	6					
Staatenlos	22	6	1	—					
Keine Angabe	10	3	—	1					
Zusammen	1.703	370	130	33					

Tabelle A 18 Österreichische ordentliche Hörer der Studienrichtung Medizin nach ihrem Alter
Wintersemester 1969/70 (m = männlich, w = weiblich)

Geburtsjahrgang	Alter am 31. Dezember 1969	Anzahl der Medizinstudenten			Prozentuelle Verteilung nach dem Alter
		m	w	zus.	
1951	18	159	100	259	5,2
1950	19	320	190	510	10,2
1949	20	481	197	678	13,6
1948	21	601	208	809	16,2
1947	22	559	212	771	15,4
1946	23	455	156	611	12,3
1945	24	331	91	422	8,5
1944	25	276	53	325	6,6
1943 bis 1939	26 bis 30	388	111	499	10,0
1938 bis 1900	31 bis 69	66	26	92	1,8
1899 und früher	70 u. mehr	1	—	1	0,0
Unbekannt		9	2	11	0,2
Zusammen		3.646	1.346	4.992	100,0

Tabelle A 19 Österreichische ordentliche Hörer der Studienrichtung Medizin nach Alter und Anzahl der Semester (Stand 31. Dezember 1964)

	Alter der Hörer am 31. Dezember 1964											insgesamt	
	18	19	20	21	22	23	24	25	26—30	darüber	unbe- kannt	abs.	%
1. und 2. Semester	271	250	153	64	25	12	6	8	8	8	2	807	19,8
3. und 4. Semester	1	280	272	120	54	17	9	7	3	6	3	772	19,1
5. und 6. Semester	—	—	323	209	97	54	27	13	17	25	2	767	18,8
7. und 8. Semester	—	—	—	278	186	96	42	11	16	8	1	638	15,7
9. und 10. Semester	—	—	—	—	248	187	88	33	30	20	2	608	14,9
11. und 12. Semester	—	—	—	—	—	186	95	38	16	12	2	349	8,6
13. und 14. Semester	—	—	—	—	—	—	39	18	16	3	—	76	1,9
15. und 16. Semester	—	—	—	—	—	—	—	3	8	5	1	17	0,4
17. und 18. Semester	—	—	—	—	—	—	—	—	5	3	—	8	0,2
19. und 20. Semester	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	—	5	0,1
21. Semester und mehr ..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,0
unbekannt	1	2	1	1	2	2	1	2	4	1	6	22	0,5
Zusammen	273	532	749	672	612	554	307	133	126	92	19	4.069	100,0

Tabelle A 20 Österreichische ordentliche Hörer der Studienrichtung Medizin nach Alter und Anzahl der Semester (Stand 31. Dezember 1969)

	Alter der Hörer am 31. Dezember 1969											insgesamt	
	18	19	20	21	22	23	24	25	26-30	darüber	unbe-	abs.	%
1. und 2. Semester	257	208	180	86	31	24	13	9	20	13	2	843	16,5
3. und 4. Semester	1	301	218	248	87	31	17	12	31	4	1	951	19,1
5. und 6. Semester	—	—	276	212	167	63	20	23	39	15	—	815	16,3
7. und 8. Semester	—	—	2	259	184	122	56	34	57	18	4	736	14,8
9. und 10. Semester	—	—	—	1	299	195	82	47	66	14	—	704	14,1
11. und 12. Semester	—	—	—	—	—	174	161	100	75	12	3	525	10,5
13. und 14. Semester	—	—	—	—	—	—	70	68	77	6	1	222	4,5
15. und 16. Semester	—	—	—	—	—	—	—	33	77	2	—	112	2,3
17. und 18. Semester	—	—	—	—	—	—	—	—	35	1	—	36	0,7
19. und 20. Semester	—	—	—	—	—	—	—	—	15	1	—	16	0,4
21. Semester und mehr ..	—	—	—	—	—	—	—	—	6	6	—	12	0,3
unbekannt	1	1	2	3	3	2	3	3	3	1	—	22	0,5
Zusammen	259	510	678	809	771	611	422	329	501	93	11	4.994	100,0

Tabelle A 21 Österreichische ordentliche Hörer der Studienrichtung Medizin im 1. Semester nach ihrem Alter

Geburtsjahrgang	Alter am 31. Dezember 1967	Anzahl der Medizinstudenten			Prozentuelle Verteilung nach dem Alter
		m	w	zus.	
1951	18	156	100	256	35,0
1950	19	119	72	191	26,0
1949	20	138	13	151	20,3
1948	21	59	2	61	8,3
1947	22	17	3	20	2,7
1946	23	12	3	15	2,2
1945	24	8	—	8	1,1
1944	25	4	—	4	0,6
1943 bis 1939	26 bis 30	10	4	14	1,9
1938 und früher	31 u. mehr	10	2	12	1,6
Unbekannt		1	1	2	0,3
Zusammen		534	200	734	100,0

Tabelle A 22 Österreichische ordentliche Hörer der Hauptstudienrichtung Medizin an den Universitäten Wien, Graz und Innsbruck, aufgegliedert nach dem Alter (Wintersemester 1969/70) (Stichtag 31. Dezember 1969)

Alter	Wien		Graz		Innsbruck		zusammen	
	m	w	m	w	m	w	m	w
18 Jahre	146	—	69	—	44	—	259	—
19 Jahre	302	—	103	—	105	—	510	—
20 Jahre	378	—	158	—	142	—	678	—
21 Jahre	480	—	171	—	158	—	809	—
22 Jahre	471	—	154	—	146	—	771	—
23 Jahre	335	—	148	—	128	—	611	—
24 Jahre	232	—	104	—	86	—	422	—
25 Jahre	193	—	82	—	54	—	329	—
26 Jahre	123	—	55	—	37	—	215	—
27 Jahre	64	—	26	—	20	—	110	—
28 Jahre	34	—	18	—	15	—	67	—
29 Jahre	35	—	9	—	19	—	63	—
30 Jahre	27	—	9	—	8	—	44	—
31 Jahre	8	—	1	—	2	—	11	—
32 Jahre	9	—	1	—	3	—	13	—
33 Jahre	6	—	3	—	—	—	9	—
34 Jahre	4	—	1	—	—	—	5	—
35 Jahre	4	—	1	—	1	—	6	—
36 Jahre	4	—	—	—	1	—	5	—
37 Jahre	2	—	2	—	1	—	5	—
38 Jahre	2	—	—	—	—	—	2	—
39 Jahre	3	—	—	—	—	—	3	—
40 Jahre	1	—	—	—	—	—	1	—
41 Jahre und mehr	21	—	6	—	6	—	33	—
Geburtsjahrgang unbekannt	6	—	4	—	1	—	11	—
Zusammen	2.890	—	1.125	—	977	—	4.992	—

Tabelle A 24 Promovierte Inländer der Studienrichtung Medizin an den Universitäten Wien, Graz und Innsbruck nach ihrem Alter im Studienjahr 1968/69 (Stichtag 31. Dezember 1968)

Geburtsjahr	Alter am Stichtag	Wien		Graz		Innsbruck		zusammen	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1947	21	—	—	—	—	—	—	—	—
1946	22	—	—	—	—	—	—	—	—
1945	23	12	4	—	—	4	1	16	5
1944	24	28	19	11	7	14	5	53	31
1943	25	42	24	11	5	19	2	72	31
1942	26	38	11	9	12	9	3	56	26
1941	27	31	8	12	2	9	1	52	11
1940	28	12	7	4	1	3	—	19	8
1939 und früher unbekannt	29 und mehr	17	7	3	2	7	3	27	12
zusammen		182	80	50	29	65	15	297	124

Tabelle A 23 Österreichische ordentliche Hörer der Hauptstudienrichtung Medizin im 1. Semester an den Universitäten Wien, Graz und Innsbruck, aufgliedert nach dem Alter (Wintersemester 1969/70) (Stichtag 31. Dezember 1969)

Alter	Wien		Graz		Innsbruck		zusammen	
	m	w	m	w	m	w	m	w
18 Jahre	143	—	69	—	44	—	256	—
19 Jahre	101	—	33	—	57	—	191	—
20 Jahre	76	—	41	—	34	—	151	—
21 Jahre	31	—	10	—	20	—	61	—
22 Jahre	10	—	1	—	9	—	20	—
23 Jahre	8	—	4	—	3	—	15	—
24 Jahre	3	—	2	—	3	—	8	—
25 Jahre	2	—	1	—	1	—	4	—
26 Jahre	3	—	1	—	—	—	4	—
27 Jahre	2	—	2	—	—	—	4	—
28 Jahre	1	—	1	—	—	—	2	—
29 Jahre	1	—	—	—	2	—	3	—
30 Jahre	—	—	1	—	—	—	1	—
31 Jahre	1	—	—	—	—	—	1	—
32 Jahre	1	—	—	—	—	—	1	—
33 Jahre	—	—	2	—	—	—	2	—
34 Jahre	—	—	—	—	—	—	—	—
35 Jahre	—	—	1	—	—	—	1	—
36 Jahre	1	—	—	—	—	—	1	—
37 Jahre	—	—	1	—	1	—	2	—
38 Jahre	—	—	—	—	—	—	—	—
39 Jahre	—	—	—	—	—	—	—	—
40 Jahre	—	—	—	—	—	—	—	—
41 Jahre und mehr	3	—	1	—	—	—	4	—
Geburtsjahrgang unbekannt	1	—	—	—	1	—	2	—
Zusammen	388	—	171	—	175	—	734	—

Tabelle A 25 Promovierte Ausländer der Studienrichtung Medizin an den Universitäten Wien, Graz und Innsbruck nach ihrem Alter im Studienjahr 1968/69 (Stichtag 31. Dezember 1968)

Geburtsjahr	Alter am Stichtag	Wien		Graz		Innsbruck		zusammen	
		m	w	m	w	m	w	m	w
1947	21	—	—	—	—	—	—	—	—
1946	22	—	—	—	—	—	—	—	—
1945	23	—	—	—	—	—	—	—	—
1944	24	3	1	—	—	—	—	3	1
1943	25	3	—	2	—	1	2	6	2
1942	26	2	—	—	—	1	1	3	1
1941	27	6	—	1	—	—	—	7	1
1940	28	6	—	1	1	1	—	8	1
1939 und früher unbekannt	29 und mehr	35	1	11	3	15	3	61	7
zusammen		55	2	15	4	18	6	88	12

Tabelle A 26 **Studiendauer an der medizinischen Fakultät in Wien**

Vom Studienanfänger- jahrgang 1958/59 promovierten bis zum			Vom Studienanfänger- jahrgang 1956/57 promovierten bis zum		
	abs.	cum %		abs.	cum %
12. Semester	7	2,2	12. Semester	10	5,3
13. Semester	25	10,2	13. Semester	12	11,7
14. Semester	57	29,5	14. Semester	25	25,1
15. Semester	22	36,5	15. Semester	18	34,7
16. Semester	23	43,8	16. Semester	12	41,1
17. Semester	15	48,6	17. Semester	5	43,8
18. Semester	15	53,3	18. Semester	5	46,5
19. Semester	6	55,3	19. Semester	1	47,0
20. Semester	5	56,9	20. Semester	6	50,2
21. Semester und mehr ..	—	62,3 ¹	21. Semester und mehr ..	10	53,5 ¹
695			505		

¹ Dieser Prozentsatz beruht auf der im Text erläuterten Annahme, daß ein Teil derer, die noch studieren, ihr Studium abschließen werden.

Tabelle A 27 **Promotionen an den medizinischen Fakultäten von Wien, Graz und Innsbruck in den Studienjahren 1952/53 bis 1968/69**

	Wien			Graz			Innsbruck			zusammen		
	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.
1952/53	213	89	302	125	30	155	67	16	83	405	135	540
1953/54	207	92	299	115	25	140	96	28	124	418	145	563
1954/55	158	61	219	126	28	154	64	15	79	348	104	452
1955/56	143	54	197	63	21	84	45	9	54	251	84	335
1956/57	126	42	168	60	16	76	38	18	56	224	76	300
1957/58	104	38	142	41	11	52	39	6	45	184	55	239
1958/59	57	25	82	33	8	41	40	5	45	130	38	168
1959/60	82	31	113	42	9	51	27	6	33	151	46	197
1960/61	89	25	114	39	13	52	38	12	50	166	50	216
1961/62	77	32	109	33	3	36	44	5	49	154	40	194
1962/63	100	39	139	39	8	47	63	18	81	202	65	267
1963/64	119	66	185	65	21	86	72	18	90	256	105	361
1964/65	160	70	230	73	25	98	87	15	102	320	110	430
1965/66	177	80	257	72	19	91	72	28	100	321	127	448
1966/67	168	85	253	88	23	111	87	23	110	343	131	474
1967/68	209	92	301	86	19	105	91	32	123	386	143	529
1968/69	237	82	319	65	33	98	83	21	104	385	136	521

Tabelle A 28 **Promotionen an den medizinischen Fakultäten von Wien, Graz und Innsbruck in den Studienjahren 1961/62 bis 1968/69**

	Inländer			Ausländer			zusammen		
	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.
Universität Wien									
1961/62	59	26	85	18	6	24	77	32	109
1962/63	70	38	108	30	1	31	100	39	139
1963/64	77	60	137	42	6	48	119	66	185
1964/65	119	62	181	41	8	49	160	70	230
1965/66	139	77	216	38	3	41	177	80	257
1966/67	129	81	210	39	4	43	168	85	253
1967/68	174	84	258	35	8	43	209	92	301
1968/69	182	80	262	55	2	57	237	82	319
	Inländer			Ausländer			zusammen		
	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.
Universität Graz									
1961/62	19	3	22	14	—	14	33	3	36
1962/63	29	8	37	10	—	10	39	8	47
1963/64	45	18	63	20	3	23	65	21	86
1964/65	56	20	76	17	5	22	73	25	98
1965/66	55	16	71	17	3	20	72	19	91
1966/67	76	21	97	12	2	14	88	23	111
1967/68	68	17	85	18	2	20	86	19	105
1968/69	50	29	79	15	4	19	65	33	98
	Inländer			Ausländer			zusammen		
	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.
Universität Innsbruck									
1961/62	38	3	41	6	2	8	44	5	49
1962/63	38	13	51	25	5	30	63	18	81
1963/64	43	15	58	29	3	32	72	18	90
1964/65	52	10	62	35	5	40	87	15	102
1965/66	52	23	75	20	5	25	72	28	100
1966/67	56	21	77	31	2	33	87	23	110
1967/68	57	25	82	34	7	41	91	32	123
1968/69	65	15	80	18	6	24	83	21	104
	Inländer			Ausländer			zusammen		
	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.
Universitäten Wien, Graz und Innsbruck zusammen									
1961/62	116	32	148	38	8	46			194
1962/63	137	59	196	65	6	71			267
1963/64	165	93	258	91	12	103			361
1964/65	227	92	319	93	18	111			430
1965/66	246	116	362	75	11	86			448
1966/67	261	123	384	82	8	90			474
1967/68	299	126	425	87	17	104			529
1968/69	297	124	421	88	12	100			521

Tabelle A 29 **Anzahl der Facharztausbildungsstätten und -stellen nach Bundesländern**
(Stand Juli 1969 ohne Kliniken)

a = Ausbildungsstätten
b = Ausbildungsstellen

B = Burgenland, K = Kärnten, N = Niederösterreich,
O = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark,
T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien

	B		K		N		O		S		St		T		V		W		
	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	
Anästhesiologie	—	—	1	2	—	—	3	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Augenheilkunde	—	—	1	2	3	3	4	4	1	1	1	1	1	1	—	—	—	3	6
Chirurgie	1	1	4	6	10	12	9	11	4	6	12	14	7	7	—	—	—	17	29
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1	1	1	2	3	3	7	9	1	2	2	2	—	—	—	—	—	9	16
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	1	1	1	1	2	2	3	3	1	1	1	1	—	—	—	—	—	6	9
Haut- und Geschlechts- krankheiten	—	—	1	1	1	1	2	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	3	6
Innere Medizin	1	1	4	7	13	13	8	11	4	6	12	13	6	6	—	—	—	27	47
Kinderheilkunde	—	—	2	2	3	4	1	5	2	3	1	1	—	—	—	—	—	7	16
Lungenkrankheiten	1	2	2	3	2	4	6	7	1	1	3	5	1	3	1	1	—	6	9
Nerven- und Geistes- krankheiten	—	—	2	2	3	5	3	4	2	3	2	4	1	2	1	2	—	5	8
Orthopädie	—	—	1	1	—	—	1	1	1	1	3	5	—	—	—	—	—	2	7
Physikalische Medizin	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	8
Röntgenologie	—	—	1	2	3	3	4	5	1	2	2	5	—	—	—	—	—	8	14
Unfallchirurgie	—	—	4	5	1	1	4	5	2	3	3	5	—	—	1	1	—	3	7
Urologie	—	—	1	1	1	1	3	3	1	1	1	2	—	—	—	—	—	6	10
zusammen	5	6	26	37	45	52	58	73	23	32	43	58	16	19	3	4	108	193	

Tabelle A 30 **Anzahl der Facharztausbildungsstellen nach Bundesländern**
(Stand 1955 und Gegenüberstellung 1969)

a = 1955
b = 1969

B = Burgenland, K = Kärnten, N = Niederösterreich,
O = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark,
T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien

	B		K		N		O		S		St		T		V		W				
	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b			
Anästhesiologie	—	—	—	2	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1		
Augenheilkunde	—	—	1	2	2	3	2	4	1	1	—	1	—	1	—	—	—	—	4	6	
Chirurgie	—	1	4	6	6	12	9	11	4	6	6	14	—	7	—	—	—	—	19	29	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	—	1	2	2	3	3	5	9	2	2	2	2	—	—	—	—	—	—	12	16	
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	—	1	1	1	2	2	2	3	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	6	9	
Haut- und Geschlechts- krankheiten	—	—	1	1	1	1	2	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	6	6	
Innere Medizin	—	1	5	7	4	13	7	11	3	6	7	13	—	6	—	—	—	—	32	47	
Kinderheilkunde	—	—	2	2	2	4	1	5	2	3	1	1	—	—	—	—	—	—	15	16	
Lungenkrankheiten	—	2	3	3	8	4	4	7	1	1	4	5	3	3	1	1	—	—	9	9	
Nerven- und Geistes- krankheiten	—	—	2	2	2	5	1	4	2	3	3	4	1	2	1	2	—	—	4	8	
Orthopädie	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	5	7	
Physikalische Medizin	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	8	
Röntgenologie	—	—	2	2	2	3	2	5	2	2	4	5	—	—	—	—	—	—	11	14	
Unfallchirurgie	—	—	—	5	—	1	5	5	2	3	2	5	—	—	—	—	—	—	1	3	7
Urologie	—	—	—	1	—	1	1	3	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	5	10	
zusammen	—	26	23	37	32	52	41	73	21	32	31	58	4	19	2	4	137	193			

1955 gab es 291 Ausbildungsstellen, 1969 waren es 451 Ausbildungsstellen, das ergibt eine Steigerung um 160 Ausbildungsstellen.

Tabelle A 31 **Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt** (Stand Juli 1969)

Fachgebiete und anrechenbare Ausbildungszeit (z. G. = zur Gänze,
M = Monate)
1 = Innere Medizin, 2 = Chirurgie, 3 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
4 = Kinderheilkunde, 5 = HNO-Krankheiten, 6 = Haut- und Geschlechts-
krankheiten

	1	2	3	4	5	6
Burgenland						
A. Ö. Krh. der Barmherzigen Brüder, Eisenstadt..	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Güssing	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. LKrh. Kittsee	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. LKrh. Oberpullendorf	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. LKrh. Oberwart	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
Kärnten						
LKrh. Klagenfurt	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
Öff. Krh. der Elisabethinen, Klagenfurt	9 M	6 M	—	—	—	—
A. Ö. Krh. des Deutschen Ordens, Friesach	9 M	6 M	6 M	—	—	—
L.-Lungenkrankenhaus Laas	3 M	—	—	—	—	—
A. Ö. Krh. der Barmherzigen Brüder, St. Veit	9 M	6 M	z.G.	—	z.G.	z.G.
Priv. Krh. Dr. Samonigg, Spittal	—	z.G.	—	—	—	—
A. Ö. LKrh. Villach	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
Ev. Krh. Waiern bei Feldkirch	z.G.	—	—	—	—	—
A. Ö. LKrh. Wolfsberg	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
Niederösterreich						
A. Ö. Krh. Allentsteig	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Amstetten	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Baden	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Eggenburg	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Gmünd	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Hainburg	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Hollabrunn	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Horn	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Klosterneuburg	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Korneuburg	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Krems	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Lilienfeld	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Melk	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Bez. Krh. Mistelbach	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Mödling	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Neunkirchen	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
Ev. Krh. Purkersdorf	z.G.	—	—	—	—	—
A. Ö. Krh. Scheibbs	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. St. Pölten	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Stockerau	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
NÖ. LKrh. Tulln	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Waidhofen an der Thaya	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Waidhofen an der Ybbs	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Wr. Neustadt	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. Zwettl	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.

Fortsetzung **Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt (Stand Juli 1969)**

Fachgebiete und anrechenbare Ausbildungszeit (z. G. = zur Gänze,
M = Monate)
1 = Innere Medizin, 2 = Chirurgie, 3 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
4 = Kinderheilkunde, 5 = HNO-Krankheiten, 6 = Haut- und Geschlechts-
krankheiten

	1	2	3	4	5	6
Oberösterreich						
A. Ö. LKrh. Bad Ischl	z.G.	z.G.	z.G.	—	z.G.	—
A. Ö. Krh. der Schulschwestern, Braunau am Inn	z.G.	z.G.	z.G.	3 M	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. der Stadt Enns	z.G.	z.G.	—	—	—	—
A. Ö. Krh. Freistadt	z.G.	z.G.	z.G.	—	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. der Schulschwestern, Grieskirchen	z.G.	z.G.	z.G.	—	z.G.	—
A. Ö. Krh. Kirchdorf/K.	z.G.	z.G.	z.G.	—	z.G.	—
A. Ö. Krh. der Stadt Linz	z.G.	z.G.	3 M	3 M	z.G.	z.G.
Öff. Krh. der Barmherzigen Brüder, Linz	z.G.	z.G.	3 M	—	z.G.	—
Öff. Krh. der Barmherzigen Schwestern, Linz	z.G.	z.G.	3 M	z.G.	z.G.	—
Krh. der Elisabethinen, Linz	z.G.	z.G.	3 M	—	—	—
Ev. Krh. Linz	z.G.	z.G.	—	—	—	—
Städt. Krh. Gmunden	z.G.	z.G.	z.G.	—	z.G.	z.G.
TBC-Krh. „Schloß Cumberland“	4 M	—	—	—	—	—
Landesfrauenklinik Linz	—	—	z.G.	—	—	—
Landes-Kinder-Krh. Linz	—	3 M	—	z.G.	2 M	—
Unfallkrh. Linz	—	3 M	—	—	—	—
A. Ö. Krh. der Barmherzigen Schwestern, Ried im Innkreis	z.G.	z.G.	z.G.	3 M	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. der Stadt Schärding	z.G.	z.G.	z.G.	—	z.G.	z.G.
A. Ö. LKrh. Steyr	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. der Stadt Vöcklabruck	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. der Barmherzigen Schwestern, Wels	z.G.	z.G.	—	z.G.	z.G.	z.G.
Landesfrauenklinik Wels	—	—	z.G.	—	—	—
Salzburg						
A. Ö. Krh. der Stadt Hallein	—	z.G.	z.G.	—	z.G.	—
A. Ö. Krh. Mittersill	—	z.G.	—	—	—	—
Krh. der Barmherzigen Brüder, Salzburg	z.G.	z.G.	—	—	—	—
LKrh. Salzburg	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
Kard. Schwarzenberg Krh., Schwarzach/St. Veit	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. Krh. St. Johann im Pongau	—	z.G.	z.G.	—	z.G.	—
A. Ö. Krh. der Marktgemeinde Tamsweg	—	z.G.	z.G.	—	z.G.	—
A. Ö. Krh. Zell am See	—	z.G.	z.G.	—	z.G.	—
Steiermark						
LKrh. Bad Aussee	—	z.G.	—	—	—	—
LKrh. Bruck an der Mur	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
Werksspital Donawitz	—	3 M	—	—	—	—
Ö. LKrh. Eisenerz	—	z.G.	—	—	—	—
A. Ö. LKrh. Feldbach	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. LKrh. Fürstenfeld	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
Arb. Unf. Krh. Graz	—	3 M	—	—	—	—
Krh. der Barmherzigen Brüder, Graz	z.G.	z.G.	—	—	z.G.	—
Krh. der Barmherzigen Brüder, Graz-Eggenberg	z.G.	—	—	—	—	—
Krh. der Elisabethinen, Graz	z.G.	z.G.	—	z.G.	—	—
LKrh. Graz	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.

Fortsetzung **Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt (Stand Juli 1969)**

Fachgebiete und anrechenbare Ausbildungszeit (z. G. = zur Gänze,
M = Monate)
1 = Innere Medizin, 2 = Chirurgie, 3 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
4 = Kinderheilkunde, 5 = HNO-Krankheiten, 6 = Haut- und Geschlechts-
krankheiten

	1	2	3	4	5	6
A. Ö. Krh. Hartberg	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. LKrh. Judenburg	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. LKrh. Knittelfeld	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. LKrh. Leoben	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. LKrh. Mariazell	—	z.G.	z.G.	—	z.G.	—
LKrh. Mürzzuschlag	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
A. Ö. LKrh. Radkersburg	z.G.	z.G.	z.G.	—	z.G.	—
A. Ö. LKrh. Rottenmann	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
Krh. Schladming	—	z.G.	—	—	—	—
Diakonissen-Krh. Schladming	—	—	z.G.	—	—	—
LKrh. Stolzalpe	—	3 M	—	3 M	—	—
A. Ö. LKrh. Voitsberg	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
Marienkrh. Vorau	—	z.G.	z.G.	—	—	—
A. Ö. LKrh. Wagna-Leibnitz	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
Städt. Krh. Weiz	—	z.G.	—	—	—	—
Tirol						
A. Ö. Lkrh. Hochzirl	z.G.	—	—	—	—	—
A. Ö. Krh. Innsbruck	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
Krh. der Stadt Kitzbühel	z.G.	z.G.	—	—	—	—
A. Ö. Bez. Krh. Kreckelmoos-Reutte	z.G.	z.G.	z.G.	—	—	—
A. Ö. Krh. Kufstein	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	—
A. Ö. Krh. Lienz	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	—
LKrh. und Heilst. Natters	3 M	1 M	—	2 M	—	—
A. Ö. Krh. St. Johann in Tirol	z.G.	z.G.	—	—	—	—
A. Ö. Bez. Krh. Solbad Hall	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	2 M
A. Ö. Bez. Krh. Schwaz	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	—
A. Ö. Krh. Wörgl	—	z.G.	z.G.	—	—	—
A. Ö. Krh. St. Vinzenz	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	2 M
Vorarlberg						
Krh. der Stadt Bludenz	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	—	—
Unf. Krh. Bregenz	—	3 M	—	—	—	—
Stadtpital Dornbirn	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
Krh. der Stadt Feldkirch	z.G.	z.G.	z.G.	3 M	z.G.	z.G.
LKrh. Geißbühel-Nenzing	6 M	—	—	—	—	—
Krh. der Marktgemeinde Hohenems	—	z.G.	—	—	—	—
Krh. für Innere Medizin, Gauenstein	z.G.	—	—	—	—	—
Landesheilanstalt Valduna	—	—	—	—	—	—
Sonderheilanstalt Viktorsberg	6 M	4 M	—	—	—	—
Sanatorium Bad Mehrerau	z.G.	z.G.	3 M	z.G.	z.G.	z.G.
Städt. Krh. Bregenz	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.

Fortsetzung **Ausbildungsstätten zum praktischen Arzt (Stand Juli 1969)**

Fachgebiete und anrechenbare Ausbildungszeit (z. G. = zur Gänze,
M = Monate)
1 = Innere Medizin, 2 = Chirurgie, 3 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
4 = Kinderheilkunde, 5 = HNO-Krankheiten, 6 = Haut- und Geschlechts-
krankheiten

	1	2	3	4	5	6
Wien						
Krh. der Barmherzigen Brüder	z.G.	z.G.	—	—	z.G.	—
Spital der Barmherzigen Schwestern	z.G.	z.G.	—	—	—	—
Kaiser-Franz-Josef-Spital	z.G.	z.G.	z.G.	—	z.G.	z.G.
Kaiserin-Elisabeth-Spital	z.G.	z.G.	z.G.	—	z.G.	z.G.
Krh. der Stadt Wien, Lainz	z.G.	z.G.	z.G.	—	z.G.	z.G.
Lungenheilanstalt Stadt Wien	4 M	—	—	—	—	—
Diakonissen-Krh.	—	—	3 M	—	—	—
Ev. Krh.	z.G.	—	—	—	—	—
Krh. der Stadt Wien, Floridsdorf	z.G.	z.G.	—	—	z.G.	z.G.
Frauenhospiz der Wiener Gebietskrankenkasse..	—	—	z.G.	—	—	—
Frauenklinik der Stadt Wien, Gersthof	—	—	z.G.	—	—	—
Heilanstalt Gersthof	4 M	—	—	—	—	—
Kinderklinik der Stadt Wien, Glanzing	—	—	—	4 M	—	—
Krh. zum Göttlichen Heiland	z.G.	z.G.	z.G.	—	—	—
Hanuschkrankenhaus	z.G.	z.G.	—	—	z.G.	z.G.
Herz-Jesu-Krankenhaus	z.G.	—	—	—	—	—
Spital der Israelitischen Kultusgemeinde	z.G.	z.G.	—	—	z.G.	z.G.
Karolinenkinderspital der Stadt Wien	—	—	—	z.G.	—	—
Mautner-Markhof-Kinderspital der Stadt Wien..	—	—	—	z.G.	—	—
Orthopädisches Spital	—	2 M	—	—	—	—
Gottfried Preyersches Kinderspital	—	—	—	z.G.	—	—
Semmelweis-Klinik der Stadt Wien	—	—	z.G.	—	—	—
St.-Anna-Kinderspital	—	—	—	z.G.	—	—
Krh. St. Elisabeth	z.G.	z.G.	—	—	—	—
St.-Josef-Krh.	z.G.	z.G.	z.G.	—	z.G.	—
Arbeitsunfall-Krh. Wien	—	3 M	—	—	—	—
Krh. Rudolfstiftung	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.
Erzherzogin-Sophien-Spital der Stadt Wien	z.G.	z.G.	—	—	z.G.	—
Wiener Allgemeine Poliklinik	z.G.	z.G.	—	—	z.G.	—
Wilhelminenspital	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.	z.G.

Tabelle A 32 **Anzahl der Ärzte in Österreich** (Standesmeldung vom 1. Juli 1970)

B = Burgenland, K = Kärnten, N = Niederösterreich, O = Oberösterreich, S = Salzburg,
St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien

	B	K	N	O	S	St	T	V	W	zus.
2 Stand vom Vormonat (6 bis 8)	221	733	1.708	1.561	719	1.995	1.032	318	5.396	13.683
3 Stand vom 1. des Be- richtsmonats (6 bis 8)	221	732	1.712	1.562	723	2.014	1.039	319	5.420	13.742
4 Zugang	—	4	8	4	7	29	10	2	32	96
5 Abgang	—	5	4	3	3	10	3	1	8	37
In die Ärzteliste eingetragen:										
6 Turnusärzte	12	89	182	214	141	363	237	29	904	2.171
7 Praktische Ärzte	130	326	914	751	268	821	341	132	1.651	5.334
8 Fachärzte	79	317	616	597	314	830	461	158	2.865	6.237
Niedergelassene Ärzte (§ 5 ÄG) von 7 bis 8:										
9 Praktische Ärzte	115	258	830	662	244	672	285	116	1.138	4.320
10 Fachärzte	54	249	482	470	251	587	325	130	2.065	4.613
11 Fachärzte für Zahn- heilkunde (von 10) ..	14	85	142	135	58	191	109	50	499	1.283
Angestellte Ärzte (§ 5 a ÄG) von 7 bis 8:										
12 Praktische Ärzte	15	68	84	89	24	149	56	16	513	1.014
13 Fachärzte	25	68	134	127	63	243	136	28	800	1.624
14 Fachärzte für Zahn- heilkunde (von 13) ..	2	7	4	14	6	20	10	—	83	146
15 Ausländer etc. (§§ 3 und 3 a ÄG) ..	17	16	86	51	15	44	36	10	62	337
16 a. o. Kammer- angehörige	6	71	70	195	11	190	55	37	363	998

Tabelle A 33 **Bewegung des Ärztestandes**

B = Burgenland, K = Kärnten, N = Niederösterreich, O = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien

	B	K	N	O	S	St	T	V	W	zus.
absolut										
Ärztestand im Durchschnitt 1965 bis 1967 ..	216	674	1.655	1.449	638	1.895	913	301	5.143	12.884
Zugänge insgesamt	6	22	44	42	19	67	39	6	137	383
davon Neuzugang	5	18	40	33	13	57	33	5	114	318
Abgänge insgesamt	4	15	25	25	14	38	29	4	72	226
Niederlassungen	2	8	25	16	11	29	10	3	56	160
Abgang von niedergelassenen Ärzten ¹ ..	4	8	17	17	8	22	10	3	44	133
in Prozent										
Ärztestand im Durchschnitt 1965 bis 1967 ..	1,7	5,2	12,9	11,2	5,0	14,7	7,1	2,3	39,9	100,0
Zugänge insgesamt	1,6	5,6	11,6	11,1	4,8	17,5	10,4	1,5	35,9	100,0
davon Neuzugang	1,6	5,6	12,6	10,5	4,0	17,9	10,4	1,5	35,9	100,0
Abgänge insgesamt	1,6	6,6	11,1	11,2	6,3	16,9	12,7	1,8	31,8	100,0
Niederlassungen	1,3	4,8	15,6	10,0	6,7	18,1	6,4	2,1	35,0	100,0
Abgang von niedergelassenen Ärzten ¹ ..	2,8	6,0	12,5	13,0	5,8	16,2	8,5	2,2	33,0	100,0

¹ Abgang durch Tod oder Verzicht.

Tabelle A 36 **Altersverteilung der Fachärzte im Jahre 1965**

Alter	Anästhesisten		Augenärzte		Chirurgen		Unfallchirurgen		Gynäkologen		Hals-, Nasen- und Ohrenärzte		Haut- und Geschlechtskrankheiten		Internisten	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
20 bis 24 Jahre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25 bis 29 Jahre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30 bis 34 Jahre	6	6	3	5	11	1	8	—	7	1	7	—	1	4	39	8
35 bis 39 Jahre	24	35	38	24	72	1	28	—	59	12	37	1	14	5	150	19
40 bis 44 Jahre	37	30	46	18	102	4	42	—	92	13	53	8	53	8	181	27
45 bis 49 Jahre	7	4	26	5	72	1	17	—	70	7	39	—	27	5	109	9
50 bis 54 Jahre	2	2	30	12	82	1	15	—	62	10	38	6	32	6	101	9
55 bis 59 Jahre	—	—	12	4	57	1	5	—	36	3	18	—	7	4	64	5
60 bis 64 Jahre	—	—	11	4	39	—	2	—	18	3	16	—	14	—	52	3
65 bis 69 Jahre	—	—	9	1	18	1	1	—	15	2	11	2	9	1	26	—
70 bis 74 Jahre	—	—	6	1	6	—	—	—	16	—	3	—	6	1	9	1
75 bis 79 Jahre	—	—	8	—	6	—	1	—	7	—	10	—	5	—	9	—
zusammen	76	77	189	74	465	10	119	—	382	51	232	17	168	34	740	81

Tabelle A 34 Altersverteilung der Ärzte im Jahre 1965

Altersgruppe	Turnus- ärzte	Praktische Ärzte insgesamt	davon mit Praxis	Fachärzte insgesamt	davon mit Praxis
20 bis 24 Jahre	35	—	—	—	—
25 bis 29 Jahre	504	34	7	13	10
30 bis 34 Jahre	320	212	49	195	77
35 bis 39 Jahre	187	603	321	1.009	600
40 bis 44 Jahre	106	1.252	913	1.496	1.071
45 bis 49 Jahre	26	1.077	947	902	745
50 bis 54 Jahre	12	1.124	993	849	724
55 bis 59 Jahre	4	566	512	445	395
60 bis 64 Jahre	1	410	375	329	303
65 bis 69 Jahre	1	272	257	223	203
70 bis 74 Jahre	—	141	134	120	111
75 Jahre und älter	—	97	91	81	79
insgesamt	1.196	5.788	4.599	5.662	4.318

Quelle: J. Steindl, a.a.O., S.330.

Kinderärzte		Lungen- fachärzte		Chemische Labor- untersuchung		Nerven- und Geistes- krankheiten		Orthopäden		Physikalische Therapie		Röntgen- fachärzte		Urologen		Zahnärzte		Andere	
m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	4	—	—
7	3	—	1	—	—	4	1	4	—	—	—	8	—	1	—	39	19	1	—
36	27	17	2	1	—	37	9	24	1	2	5	35	8	22	1	163	91	9	—
37	46	60	10	2	1	59	22	22	—	13	6	59	5	30	—	274	122	14	—
34	34	40	7	1	1	46	9	12	3	12	2	35	3	13	—	201	40	11	—
30	40	48	6	5	—	38	9	17	1	1	5	38	3	13	—	132	43	10	2
19	16	8	3	2	—	19	5	7	—	5	1	22	1	8	—	88	21	4	—
9	8	13	1	1	1	10	2	7	—	4	—	17	—	8	—	64	18	4	—
12	9	6	—	2	1	11	1	4	—	2	—	9	—	—	—	55	9	6	—
3	4	6	—	1	—	5	—	1	—	2	—	6	—	3	—	35	2	3	—
7	—	1	—	1	—	3	2	4	—	—	—	—	—	2	—	14	—	—	1
194	187	199	30	16	4	232	60	102	5	41	19	229	20	100	1	1.074	369	62	3

Quelle: J. Steindl, a.a.O., S.331.

Tabelle A 35 **Alter der Fachärzte bei Dekreterteilung (ohne Zahnärzte)**

Alter	abs.	%	cum %	Alter	abs.	%	cum %
30 Jahre	2	1,2	1,2	40 Jahre	5	3,0	68,6
31 Jahre	9	5,5	6,7	41 Jahre	9	5,5	74,1
32 Jahre	8	4,8	11,5	42 Jahre	6	3,6	77,7
33 Jahre	13	7,9	19,4	43 Jahre	14	8,5	86,2
34 Jahre	12	7,3	26,7	44 Jahre	4	2,4	88,6
35 Jahre	10	6,1	32,8	45 Jahre	7	4,2	92,8
36 Jahre	18	10,9	43,7	46 Jahre	2	1,2	94,0
37 Jahre	16	9,7	53,4	47 Jahre	4	2,4	96,4
38 Jahre	9	5,5	58,9	48 Jahre	4	2,4	98,8
39 Jahre	11	6,7	65,6	49 Jahre und älter	2	1,2	100,0
				insgesamt	165		100,0

Siehe dazu Abbildung 5 auf Seite 29.

Tabelle A 37 **Beanspruchung ärztlicher Hilfe im Zeitvergleich**

	Durch Sozial- versicherung geschützte Personen	Prozentueller Anteil an der Gesamt- bevölkerung	Anzahl der Fälle vertrags- ärztlicher Hilfe	Anzahl der Fälle vertrags- ärztlicher Hilfe je Versicherten	Spitalfälle
1957	5,320.000	76,4	12,618.446	4,37	687.911
1958	5,366.000	76,8	12,351.619	4,23	700.882
1959	5,413.000	77,2	12,117.584	4,11	705.675
1960	5,460.000	77,5	12,833.318	4,31	700.698
1961	5,521.000	77,9	13,574.044	4,50	713.806
1962	5,590.000	78,4	13,459.010	4,40	712.712
1963	5,647.000	78,8	14,598.559	4,72	718.350
1964	5,723.000	79,3	15,130.493	4,82	741.138
1965	6,648.000	91,7	15,529.385	4,88	741.354
1966	6,705.000	92,0	15,638.864	4,94	781.539
1967	6,643.000	90,7	15,638.794	4,95	821.007
1968	6,703.000	91,2			

Quelle: Jahrbuch des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger 1968

Tabelle A 38 Leistungen der Krankenversicherung und Entwicklung des Krankenstandes 1956 bis 1967

	Beschäftigte im Jahres- durchschnitt	Kranken- stands- fälle	Heilmittel- verschreibungen	Heilmittel- behelte- verschreibungen
1956	2,134.778	1,545.479		
1957	2,183.752	1,910.437	50,272.809	822.473
1958	2,202.700	1,600.986	49,262.304	893.083
1959	2,233.986	1,678.408	51,247.132	865.383
1960	2,279.506	1,786.466	52,910.035	902.298
1961	2,320.662	1,775.288	54,785.196	946.722
1962	2,340.440	1,893.891	56,581.169	926.323
1963	2,341.452	1,996.783	61,196.283	934.986
1964	2,363.033	1,880.308	62,123.328	942.092
1965	2,381.234	2,002.729	64,206.483	1,006.109
1966	2,387.433	1,967.252	66,883.188	1,052.689
1967	2,360.490	1,879.146	69,821.800	1,047.056

Tabelle A 39 Versorgung der Bevölkerung mit niedergelassenen praktischen Ärzten in den Bundesländern

	Fläche in Quadrat- kilo- meter ¹	Ein- wohner Stand 1961 ²	Ein- wohner Stand 1969 ³	Einwohner pro		niedergelassene praktische Ärzte ⁴				davon mit Haus- apotheke			
				nieder- gelassenen prakt. Arzt ⁴		insgesamt		davon § 2		davon weiblich			
				1961	1968	1961	1968	1961	1968	1961	1968	1961	1968
Burgenland	3.965,15	271.001	265.523	2.007	2.147	134	119	118	111	6	9	10	9
Kärnten	9.533,08	491.414	523.700	1.793	2.070	274	253	227	215	18	22	64	65
Niederösterreich	19.169,90	1.374.429	1.359.003	1.440	1.620	954	839	743	683	81	77	240	249
Oberösterreich	11.977,99	1.136.429	1.214.009	1.532	1.809	742	671	573	564	74	76	191	179
Salzburg	7.154,50	347.038	394.001	1.340	1.589	259	248	198	187	19	20	47	48
Steiermark	16.384,16	1.137.039	1.187.002	1.416	1.738	802	683	608	574	92	85	236	197
Tirol	12.648,39	462.899	513.007	1.424	1.781	325	288	254	230	30	32	83	81
Vorarlberg	2.601,32	226.323	270.001	2.135	2.421	106	112	101	96	3	5	27	26
Wien	414,09	1.627.566	1.644.009	1.207	1.396	1.348	1.178	908	860	268	222	—	—
Österreich	83.849,06	7.080.735	7.372.009	1.432	1.679	4.944	4.391	3.730	3.520	591	548	898	845

¹ Statistisches Handbuch für die Republik Österreich, 1967.

² Volkszählung 1961.

³ Statistische Nachrichten 4/1970.

⁴ Bezogen auf letzten Einwohnerstand 1968.

⁵ Österreichische Ärztekammer.

Tabelle A 40 **Ärztedichte im Bundesgebiet, aufgliedert nach Bezirkshauptmannschaften, in Wien nach Bezirken**

	Einwohnern pro niedergelassenen praktischen Arzt														
	Bezirks- hauptmann- schaften bzw. Bezirke					davon mit 501 unter					davon mit 501 bis				
	500	750	1000	1250	1500	1500	1750	2000	2250	2500	2500	2750	3000	3000	3000
Burgenland	9	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	3	1	1	
Kärnten	9	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	4	—	—	
Niederösterreich	25	1	—	—	7	10	5	2	—	—	—	—	—	—	
Oberösterreich	18	—	—	1	2	7	1	6	—	—	—	—	—	—	
Salzburg	6	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	
Steiermark	17	—	—	—	1	1	7	2	4	2	—	—	—	—	
Tirol	9	—	—	—	—	1	4	3	—	—	—	—	—	—	
Vorarlberg	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	
Bundesgebiet ohne Wien	96	—	2	1	4	13	29	15	18	6	7	1	—	—	
Wien	23	—	1	3	5	6	2	4	2	—	—	—	—	—	

Tabelle A 41 **Versorgung der Bevölkerung mit niedergelassenen praktischen Ärzten im Burgenland**
(nach politischen Bezirken)

	Fläche in Quadrat- kilo- meter ¹	Ein- wohner Stand 1961 ²	Ein- wohner Stand 1969 ³	Einwohner pro		niedergelassene praktische Ärzte ⁵						
				nieder- gelassenen		davon § 2		davon		davon mit Haus- apotheke		
				prakt. Arzt ⁴	1961	1968	1961	1968	1961		1968	
Eisenstadt-Stadt	18,51	7.167	7.611	896	692	8	11	5	5	1	2	—
Rust-Stadt	20,01	1.748	1.648	1.748	824	1	2	1	1	—	1	—
Eisenstadt-Umgebung	478,36	35.496	36.637	2.219	2.442	16	15	17	15	2	2	—
Güssing	484,80	29.553	30.852	2.687	2.805	11	11	8	9	—	—	—
Jennersdorf	253,90	19.679	20.553	2.811	2.569	7	8	7	8	—	—	3
Mattersburg	237,90	32.376	34.130	2.313	2.008	14	17	13	16	1	3	1
Neusiedl am See	1.038,39	49.509	50.018	2.063	2.382	24	21	22	20	—	—	2
Oberpullendorf	701,52	43.554	44.626	2.292	2.479	19	18	19	15	—	—	1
Oberwart	732,87	51.933	54.866	1.527	1.959	34	28	26	24	2	2	3

¹ Statistisches Handbuch für die Republik Österreich, 1967.

² Volkszählung 1961.

³ Statistische Nachrichten 4/1970.

⁴ Bezogen auf letzten Einwohnerstand 1968.

⁵ Österreichische Ärztekammer.

Tabelle A 42 Versorgung der Bevölkerung mit niedergelassenen praktischen Ärzten in Kärnten
(nach politischen Bezirken)

Fläche in Quadrat- kilo- meter ¹	Ein- wohner Stand 1961 ²	Ein- wohner Stand 1969 ³	Einwohner pro nieder- gelassenen prakt. Arzt ⁴				niedergelassene praktische Ärzte ⁵						
			1961		1968		insgesamt		davon § 2		davon mit Haus- apotheke		
			1961	1968	1961	1968	1961	1968	1961	1968	1961	1968	
Klagenfurt-Stadt	56,23	69.218	71.003	1.306	1.340	53	53	35	40	7	11	—	—
Villach-Stadt	40,43	32.971	33.932	1.063	1.095	31	31	23	21	4	3	—	—
Hermagor	807,38	19.125	20.826	1.594	2.083	12	10	10	9	—	—	3	3
Klagenfurt-Land	1.395,41	70.666	78.970	2.437	2.723	29	29	27	25	1	1	15	14
St. Veit an der Glan	1.492,63	61.461	62.779	1.707	2.025	36	31	35	29	2	3	13	12
Spittal an der Drau	2.770,09	74.723	75.104	1.822	2.086	41	36	37	31	1	2	12	9
Villach-Land	1.091,71	71.465	73.654	2.859	2.631	25	28	23	25	1	1	7	7
Völkermarkt	920,06	40.883	42.636	1.703	2.132	24	20	17	17	2	1	8	8
Wolfsberg	952,41	54.895	56.827	2.387	2.583	23	22	20	19	—	—	—	6

¹ Statistisches Handbuch für die Republik Österreich, 1967.

² Volkszählung 1961.

³ Statistische Nachrichten 4/1970.

⁴ Bezogen auf letzten Einwohnerstand 1968.

⁵ Österreichische Ärztekammer.

Tabelle A 43 Versorgung der Bevölkerung mit niedergelassenen praktischen Ärzten in Niederösterreich
(nach politischen Bezirken)

	Fläche in Quadrat- kilo- meter ¹	Ein- wohner Stand 1961 ²	Ein- wohner Stand 1968 ³	Einwohner pro nieder- gelassene prakt. Arzt ⁴		niedergelassene praktische Ärzte ⁵						
				insgesamt	davon § 2	davon		davon mit Haus- apotheke				
						1961	1968	weiblich	1961	1968	1961	1968
Krems an der Donau-Stadt	28,52	21.046	21.046	1.619	1.619	13	11	10	1	2	—	—
St. Pölten-Stadt	42,58	40.112	40.112	1.671	1.744	24	23	14	15	5	—	—
Waidhofen an der Ybbs-Stadt	4,72	5.586	5.586	698	698	8	8	3	3	2	—	—
Wr. Neustadt-Stadt	60,90	33.845	33.845	1.254	1.302	27	26	16	14	4	3	—
Amstetten	1.314,24	95.286	102.007	1.702	2.040	56	50	43	42	3	2	23
Baden	752,69	97.785	104.156	1.222	1.286	80	81	57	59	9	8	6
Bruck an der Leitha	494,81	37.714	37.744	1.450	1.510	26	25	22	20	—	—	6
Gänserndorf	1.276,15	77.075	78.195	1.713	1.684	45	47	37	36	3	4	18
Gmünd	834,51	48.856	49.596	1.809	2.156	27	23	20	19	2	1	6
Hollabrunn	1.022,18	59.088	58.087	1.136	1.489	52	39	35	30	5	5	11
Horn	778,84	37.884	39.701	1.403	1.470	27	27	22	22	6	7	9
Korneuburg	568,37	49.612	52.027	1.600	1.626	31	32	21	24	4	5	8
Krems	974,38	55.959	57.227	1.365	1.301	41	44	32	35	2	2	17
Lilienfeld	931,23	28.835	29.525	1.518	1.968	19	15	14	13	—	—	6
Melk	985,15	66.551	70.320	1.623	1.901	41	37	34	30	—	1	15
Mistelbach	1.330,98	81.462	81.792	1.429	1.573	57	52	51	44	4	3	20
Mödling	276,98	68.114	76.028	1.135	1.289	60	59	43	44	8	10	3
Neunkirchen	1.145,76	87.987	88.954	1.544	1.508	57	59	49	48	4	4	13
St. Pölten	1.188,59	81.515	84.999	1.482	1.932	55	44	50	40	1	1	20
Scheibbs	1.022,17	36.710	39.072	1.360	1.699	27	23	22	18	—	—	8
Tulln	655,41	48.485	49.953	1.469	1.665	33	30	25	23	2	—	8
Waidhofen an der Thaya	640,58	32.619	32.484	1.483	1.624	22	20	18	17	3	3	10
Wr. Neustadt	969,29	55.404	58.285	1.731	1.821	32	32	29	29	—	—	10
Wien-Umgebung	484,72	76.075	79.760	1.071	1.329	71	60	53	46	13	9	5
Zwettl	1.386,74	50.915	50.915	2.214	1.866	23	27	22	22	—	—	12

¹ Statistisches Handbuch für die Republik Österreich, 1967.

² Volkszählung 1961.

³ Statistische Nachrichten 4/1970.

⁴ Bezogen auf letzten Einwohnerstand 1968.

⁵ Österreichische Ärztekammer.

Tabelle A 44 Versorgung der Bevölkerung mit niedergelassenen praktischen Ärzten in Oberösterreich
(nach politischen Bezirken)

	Fläche in Quadrat- kilo- meter ¹	Ein- wohner Stand 1961 ²	Ein- wohner Stand 1968 ³	Einwohner pro		niedergelassene praktische Ärzte ⁴							
				nieder- gelassenen		davon § 2		davon weiblich		davon mit Haus- apotheke			
				prakt. Arzt ⁵	insgesamt	1961	1968	1961	1968	1961	1968	1961	1968
Linz-Stadt	96,09	195.978	206.348	1.380	1.358	142	152	99	111	22	26	—	—
Steyr-Stadt	26,71	38.306	41.223	1.596	1.649	24	25	15	19	2	2	—	—
Wels-Stadt	45,83	41.060	48.160	1.521	1.720	27	28	20	24	2	2	—	—
Braunau am Inn	1.040,20	78.284	82.746	1.505	1.689	52	49	40	41	8	8	24	20
Eferding	259,64	24.098	25.744	1.607	2.145	15	12	12	10	—	—	5	3
Freistadt	994,31	52.861	55.571	2.114	2.223	25	25	25	23	1	2	16	15
Gmunden	1.432,31	83.905	87.259	1.353	1.504	62	58	44	45	4	5	8	10
Grieskirchen	579,05	51.797	54.399	1.263	1.157	41	47	30	37	2	2	7	9
Kirchdorf an der Krems	1.239,73	46.183	47.555	1.489	1.640	31	29	23	24	3	2	12	11
Linz-Land	430,88	79.522	90.765	2.092	2.593	38	35	34	34	5	5	14	8
Perg	612,58	46.980	50.905	1.620	1.956	29	26	23	20	2	2	17	15
Ried im Innkreis	583,98	50.076	57.797	1.192	1.700	42	34	32	27	4	4	17	15
Rohrbach	827,64	52.024	52.450	1.858	2.017	28	26	24	22	3	3	14	14
Schärding	618,24	50.417	52.270	1.680	2.091	30	25	24	21	2	2	10	10
Steyr-Umgebung	970,91	49.314	50.937	1.450	1.544	34	33	30	33	2	1	8	9
Urfahr-Umgebung	648,13	43.949	47.928	1.690	2.179	26	22	22	20	3	3	11	10
Vöcklabruck	1.088,67	100.842	105.092	1.483	1.460	68	72	54	56	7	9	19	20
Wels-Umgebung	457,32	45.977	48.858	1.642	2.221	28	22	22	21	2	2	4	9

Außerdem: Je 1 Zweitordination in Eferding, Freistadt und Steyr-Umgebung; je 1 Zweitordination mit § 2 in Gmunden, Grieskirchen und Schärding; 2 Zweitordinationen mit 2 § 2 in Linz-Land.

¹ Statistisches Handbuch für die Republik Österreich, 1967.

² Volkszählung 1961.

³ Statistische Nachrichten 4/1970.

⁴ Bezogen auf letzten Einwohnerstand 1968.

⁵ Osterreichische Ärztekammer.

Tabelle A 45 Versorgung der Bevölkerung mit niedergelassenen praktischen Ärzten in Salzburg
(nach politischen Bezirken)

	Fläche in Quadrat- kilo- meter ¹	Ein- wohner Stand 1961 ²	Ein- wohner Stand 1968 ³	Einwohner pro nieder- gelassenen prakt. Arzt ⁴	niedergelassene praktische Ärzte ⁵								
					insgesamt		davon \$ 2		davon weiblich		davon mit Haus- apotheke		
					1961	1968	1961	1968	1961	1968		1961	1968
Salzburg-Stadt	65,34	108.114	118.367	1.188	1.409	91	84	69	69	8	6	—	—
Hallein	668,28	35.577	37.482	1.872	1.973	19	19	18	17	1	1	1	1
Salzburg-Umgebung	1.004,80	70.832	73.759	1.647	1.844	43	40	33	33	2	2	15	14
St. Johann im Pongau	1.755,18	57.149	59.841	1.020	1.088	56	55	35	33	5	7	9	9
Tamsweg	1.019,37	17.500	18.522	1.346	1.684	13	11	9	9	—	—	4	5
Zell am See	2.640,58	57.866	63.402	1.564	1.981	37	32	34	30	3	2	18	8

Außerdem befinden sich im Bezirk Zell am See 2 Zweitordinationen mit 1 \$ 2.

¹ Statistisches Handbuch für die Republik Österreich, 1967.

² Volkszählung 1961.

³ Statistische Nachrichten 4/1970.

⁴ Bezogen auf letzten Einwohnerstand 1968.

⁵ Österreichische Ärztekammer.

Tabelle A 46 Versorgung der Bevölkerung mit niedergelassenen praktischen Ärzten in der Steiermark
(nach politischen Bezirken)

	Fläche in Quadrat- kilo- meter ¹	Ein- wohner Stand 1961 ²	Ein- wohner Stand 1968 ³	Einwohner pro		niedergelassene praktische Ärzte ⁵				davon mit			
				nieder- gelassenen prakt. Arzt ⁴	insgesamt	davon § 2		davon		Haus- apotheke			
						1961	1968	1961	1968		weiblich	1961	1968
Graz-Stadt	127,28	237.080	251.025	1.058	1.307	224	192	136	131	39	35	—	—
Bruck an der Mur	1.308,40	69.238	74.515	1.473	2.014	47	37	36	34	7	6	9	7
Deutschlandsberg	865,60	57.204	58.445	1.682	1.885	34	31	32	29	2	3	16	14
Feldbach	738,79	62.408	64.100	2.013	2.289	31	28	24	24	2	3	15	11
Fürstenfeld	251,98	21.049	21.164	1.108	1.176	19	18	14	14	—	2	9	6
Graz-Umgebung	1.099,87	88.356	95.679	1.803	2.175	49	44	41	40	3	5	27	20
Hartberg	953,98	59.328	60.778	1.603	2.338	37	26	32	24	3	2	22	15
Judenburg	1.096,71	52.831	54.335	1.509	1.698	35	32	28	29	2	1	11	11
Knittelfeld	577,84	28.278	29.148	1.663	1.943	17	15	12	12	4	4	3	3
Leibnitz	681,21	66.873	69.425	1.393	1.653	48	42	38	38	6	3	21	21
Leoben	1.100,04	85.372	87.597	1.498	1.718	57	51	50	44	4	5	13	11
Liezen	3.274,98	74.088	78.107	1.323	1.532	56	51	45	45	8	8	25	20
Mürzzuschlag	848,47	47.333	49.909	1.479	1.721	32	29	27	27	6	4	13	12
Murau	1.384,92	32.393	33.149	1.350	1.579	24	21	18	18	4	4	12	9
Radkersburg	336,74	24.591	25.991	1.230	1.529	20	17	17	15	—	1	8	6
Voitsberg	677,97	55.656	56.517	1.697	2.018	33	28	27	24	3	3	11	8
Weiz	1.022,39	75.163	77.479	1.927	2.039	39	38	31	35	1	1	21	22

Außerdem: Je 1 Zweitordination in Bruck an der Mur und in Voitsberg; je 1 Zweitordination mit § 2 in Deutschlandsberg, Murau und Liezen.

¹ Statistisches Handbuch für die Republik Österreich, 1967.

² Volkszählung 1961.

³ Statistische Nachrichten 4/1970.

⁴ Bezogen auf letzten Einwohnerstand 1968.

⁵ Osterreichische Ärztekammer.

Tabelle A 47 Versorgung der Bevölkerung mit niedergelassenen praktischen Ärzten in Tirol
(nach politischen Bezirken)

	Fläche in Quadrat- kilo- meter ¹	Ein- wohner Stand 1961 ²	Ein- wohner Stand 1968 ³	niedergelassene praktische Ärzte ⁵								
				Einwohner pro nieder- gelassenen prakt. Arzt ⁴		niedergelassene praktische Ärzte ⁵		davon mit Haus- apotheke				
				1961	1968	insgesamt	davon § 2	davon	weiblich	1961	1968	
Innsbruck-Stadt	101,77	106.495	110.049	1.145	1.393	93	79	61	18	16	—	—
Imst	1.726,14	33.174	33.752	1.746	1.688	19	20	18	17	—	—	12
Innsbruck-Land	1.992,71	86.693	97.999	1.699	2.000	51	49	41	43	4	2	16
Kitzbühel	1.164,27	39.795	42.399	1.137	1.570	35	27	29	22	2	3	11
Kufstein	969,66	59.814	62.441	1.495	1.734	40	36	34	31	3	3	15
Landeck	1.597,91	31.106	31.898	1.481	1.876	21	17	14	14	1	1	9
Lienz	2.022,59	41.123	44.043	2.056	2.447	20	18	18	15	1	1	3
Reutte	1.236,50	22.495	23.839	1.500	1.589	15	15	14	14	—	—	9
Schwaz	1.843,86	48.333	52.488	1.560	1.810	31	29	25	25	1	1	8

Außerdem: Je 1 Zweitordination mit § 2 in Schwaz und Innsbruck-Land.

¹ Statistisches Handbuch für die Republik Österreich, 1967.

² Volkszählung 1961.

³ Statistische Nachrichten 4/1970.

⁴ Bezogen auf letzten Einwohnerstand 1968.

⁵ Österreichische Ärztekammer.

Tabelle A 48 Versorgung der Bevölkerung mit niedergelassenen praktischen Ärzten in Vorarlberg
(nach politischen Bezirken)

	Fläche in Quadrat- kilo- meter ¹	Ein- wohner Stand 1961 ²	Ein- wohner Stand 1968 ³	niedergelassene praktische Ärzte ⁵								
				Einwohner pro nieder- gelassenen prakt. Arzt ⁴		niedergelassene praktische Ärzte ⁵		davon mit Haus- apotheke				
				1961	1968	insgesamt	davon § 2	davon	weiblich	1961	1968	
Bludenz	1.287,52	43.297	49.049	1.882	2.044	23	24	21	21	2	1	8
Bregenz	863,40	81.150	92.135	2.254	2.710	36	34	34	30	—	—	16
Feldkirch	450,52	104.365	124.988	2.220	2.717	47	46	46	44	1	1	3

¹ Statistisches Handbuch für die Republik Österreich, 1967.

² Volkszählung 1961.

³ Statistische Nachrichten 4/1970.

⁴ Bezogen auf letzten Einwohnerstand 1968.

⁵ Österreichische Ärztekammer.

Tabelle A 49 Versorgung der Bevölkerung mit niedergelassenen praktischen Ärzten in Wien
(nach Bezirken)

	Fläche in Hektar ¹	Ein- wohner Stand 1961 ²	Ein- wohner Stand 1968 ³	Einwohner pro niedergelassenen praktischen Arzt ⁴		niedergelassene praktische Ärzte ⁵							
				1961		1968		insgesamt		davon § 2		davon weiblich	
				1961	1968	1961	1968	1961	1968	1961	1968	1961	1968
1. Innere Stadt	288	32.243	28.514	489	570,2	66	50	20	14	21	19		
2. Leopoldstadt	1.851	108.144	106.244	1.502	1.585,7	72	67	50	53	44	10		
3. Landstraße	739	114.795	109.985	1.103	1.264,2	104	87	60	62	22	13		
4. Wieden	183	46.441	43.555	703	791,9	66	55	37	36	16	13		
5. Margareten	201	69.548	64.808	1.419	1.350,1	49	48	35	39	9	7		
6. Mariahilf	146	41.216	37.545	841	938,6	49	40	20	17	13	13		
7. Neubau	160	45.544	40.578	1.059	1.159,3	43	35	27	22	10	10		
8. Josefstadt	109	36.027	32.184	766	784,9	47	41	20	21	11	9		
9. Alsergrund	295	64.929	60.121	969	1.113,3	67	54	28	27	13	12		
10. Favoriten	3.181	134.761	146.860	1.531	1.769,4	88	83	76	77	12	13		
11. Simmering	2.304	48.367	52.288	1.612	2.011,1	30	26	24	23	3	3		
12. Meidling	825	89.854	88.688	1.283	1.453,9	70	61	56	49	10	9		
13. Hietzing	3.765	54.191	56.940	1.022	1.186,3	53	48	33	30	8	7		
14. Penzing	3.422	86.656	86.634	1.469	1.634,6	59	53	43	40	14	12		
15. Fünfhaus	374	94.100	85.811	1.404	1.430,2	67	60	54	48	15	15		
16. Ottakring	858	110.809	104.890	1.288	1.398,5	86	75	69	64	18	17		
17. Hernals	1.106	63.252	59.121	1.265	1.182,4	50	50	43	42	9	11		
18. Währing	631	65.109	62.601	986	1.181,2	66	53	43	37	13	10		
19. Döbling	2.427	66.171	69.652	1.140	1.365,7	58	51	34	30	16	15		
20. Brigittenau	578	75.671	82.722	1.513	1.798,3	50	46	41	44	10	8		
21. Floridsdorf	4.535	80.708	92.603	1.647	1.889,8	49	49	43	44	2	4		
22. Donaustadt	10.266	57.268	76.554	1.847	2.069,0	31	37	27	34	6	8		
23. Liesing	3.165	41.762	56.100	1.491	1.753,1	28	32	25	29	3	3		
Wien zusammen	41.409	1.627.566	1.644.998	1.207	1.370,0	1.348	1.201	908	882	268	247		

¹ Jahrbuch der Stadt Wien 1966.

² Volkszählung 1961.

³ Einwohnerzahlen Wiens vom 10. Oktober 1967 nach Angabe des Statistischen Amtes der Stadt Wien.

⁴ Bezogen auf letzten Einwohnerstand 1968.

⁵ Österreichische Ärztekammer.

Tabelle A 50 Anzahl der Gemeindearztstellen¹

	definitiv besetzt	provi- sorisch besetzt	unbe- setzt	Gesamt- zahl	Bezeichnung der Stellen
Burgenland	81	—	4	85	67 Kreisärzte 18 Gemeindeärzte
Kärnten	44	3	3	50	Sprengelärzte
Niederösterreich	329	54	46	429	Gemeindeärzte
Oberösterreich	71	13	3	287	Gemeindeärzte
Salzburg	56	—	—	56	Sprengelärzte
Steiermark	189	10	8	207	Distriktärzte
Tirol	75	4	5	84	Sprengelärzte
Vorarlberg	38	—	1	39	Gemeindeärzte
Wien	1.083	84	70	1.237	Amtsärzte

¹ Bericht über das Gesundheitswesen 1967.Tabelle A 51 Anzahl der Krankenanstalten, Betten
bis A 59 und Krankenhausärzte nach Bundesländern
und Bezirkshauptmannschaften

Politischer Bezirk	Krankenanstalten	Anzahl der Betten	Krankenhaus- ärzte	Kranken- anstalten mit Öffentlich- keitsrecht		Kranken- anstalten ohne Öffentlich- keitsrecht		
				Allgemeine Krankenanstalten	Sonder- heilanstalten	Allgemeine Krankenanstalten	Sonder- heilanstalten	Pflegeanstalten, Genesungsheime, sonstige
Burgenland								
Eisenstadt-Stadt	2	350	23	1	—	—	—	1
Rust-Stadt	—	—	—	—	—	—	—	—
Eisenstadt-Umgebung	—	—	—	—	—	—	—	—
Güssing	1	75	5	1	—	—	—	—
Jennersdorf	—	—	—	—	—	—	—	—
Mattersburg	—	190	1	—	—	—	—	1
Neusiedl am See	1	148	6	1	—	—	—	—
Oberpullendorf	1	94	3	1	—	—	—	—
Oberwart	5	623	21	1	2	—	—	2
zusammen	11	1.422	54	5	2	—	—	4
Kärnten								
Klagenfurt-Stadt	6	3.016	98	2	—	—	2	2
Villach-Stadt	2	614	28	1	—	—	—	1
Hermagor	2	270	6	—	—	—	2	—
Klagenfurt-Land	1	62	1	1	—	—	—	—
St. Veit an der Glan	2	410	11	2	—	—	—	—
Spittal an der Drau	1	160	5	—	—	1	—	—
Villach-Land	1	24	1	—	—	1	—	—
Völkermarkt	1	18	1	—	—	—	—	1
Wolfsberg	2	537	13	1	—	—	—	1
zusammen	19	4.959	150	7	—	2	4	6

Fortsetzung **Anzahl der Krankenanstalten, Betten
und Krankenhausärzte nach Bundesländern
und Bezirkshauptmannschaften**

Politischer Bezirk	Krankenanstalten	Anzahl der Betten	Krankenhaus- ärzte	Kranken- anstalten mit Öffentlich- keitsrecht		Kranken- anstalten ohne Öffentlich- keitsrecht		
				Allgemeine Krankenanstalten	Sonder- heilanstalten	Allgemeine Krankenanstalten	Sonder- heilanstalten	Pflegeanstalten, Genesungsheime, sonstige
Niederösterreich								
Krems an der Donau-Stadt	1	316	19	1	—	—	—	—
St. Pölten-Stadt	1	893	17	1	—	—	—	—
Waidhofen an der Ybbs-Stadt	2	249	9	1	—	—	—	1
Wr. Neustadt-Stadt	2	866	23	1	—	—	—	1
Amstetten	3	1.800	26	1	1	—	—	1
Baden	8	1.296	22	1	—	1	4	2
Bruck an der Leitha	1	225	6	1	—	—	—	—
Gänserndorf	1	30	1	—	—	—	—	1
Gmünd	1	162	4	1	—	—	—	—
Hollabrunn	1	240	4	1	—	—	—	—
Horn	3	499	17	2	—	—	—	1
Korneuburg	3	476	10	2	—	—	—	1
Krems-Umgebung	—	—	—	—	—	—	—	—
Lilienfeld	2	270	5	1	1	—	—	—
Melk	3	1.338	14	1	1	—	—	1
Mistelbach	2	630	14	1	—	—	—	1
Mödling	5	682	28	2	—	—	2	1
Neunkirchen	4	967	21	1	1	—	—	2
St. Pölten-Umgebung	3	171	3	—	—	—	—	3
Scheibbs	1	196	4	1	—	—	—	—
Tulln	2	396	9	1	—	—	—	1
Waidhofen an der Thaya	1	239	8	1	—	—	—	—
Wr. Neustadt-Umgebung	1	80	1	—	—	—	1	—
Wien-Umgebung	8	1.499	38	1	1	1	3	2
Zwettl	2	278	14	2	—	—	—	—
zusammen	61	12.798	398	25	5	2	10	19
Salzburg								
Salzburg-Stadt	7	2.752	107	1	2	1	1	2
Hallein	3	128	5	1	—	1	—	1
Salzburg-Umgebung	4	33	4	—	—	1	—	3
St. Johann im Pongau	9	948	28	2	1	2	—	4
Tamsweg	1	173	6	1	—	—	—	—
Zell am See	10	310	15	2	—	3	—	5
zusammen	34	4.344	165	7	3	8	1	15

Quelle: Handbuch für die Sanitätsberufe Österreichs 1968.

Fortsetzung **Anzahl der Krankenanstalten, Betten
und Krankenhausärzte nach Bundesländern
und Bezirkshauptmannschaften**

Politischer Bezirk	Krankenanstalten	Anzahl der Betten	Krankenhaus- ärzte	Kranken- anstalten mit Öffentlich- keitsrecht		Kranken- anstalten ohne Öffentlich- keitsrecht		
				Allgemeine Krankenanstalten	Sonder- heilanstalten	Allgemeine Krankenanstalten	Sonder- heilanstalten	Pflegeanstalten, Genesungsheime, sonstige
Oberösterreich								
Linz-Stadt	11	5.517	146	4	3	—	1	3
Steyr-Stadt	1	730	18	1	—	—	—	—
Wels-Stadt	3	1.194	35	1	1	—	—	1
Braunau am Inn	3	415	21	1	—	1	—	1
Eferding	—	—	—	—	—	—	—	—
Freistadt	1	142	4	1	—	—	—	—
Gmunden	6	922	35	2	4	—	—	—
Grieskirchen	1	195	6	1	—	—	—	—
Kirchdorf an der Krems	1	215	12	1	—	—	—	—
Linz-Land	1	80	2	1	—	—	—	—
Perg	1	—	1	—	—	—	—	1
Ried im Innkreis	2	298	12	1	—	—	—	1
Rohrbach	1	—	1	—	—	—	—	1
Schärding	1	160	8	1	—	—	—	—
Steyr-Umgebung	3	325	9	—	—	1	1	1
Urfahr-Umgebung	1	—	1	—	—	—	—	1
Vöcklabruck	4	516	20	2	—	—	—	2
Wels-Umgebung	—	—	—	—	—	—	—	—
zusammen	41	10.709	331	17	8	2	2	12
Steiermark								
Graz-Stadt	16	6.849	350	1	1	3	3	8
Bruck an der Mur	3	535	24	2	—	1	—	—
Deutschlandsberg	2	319	3	—	1	—	1	—
Feldbach	1	243	8	1	—	—	—	—
Fürstenfeld	1	210	8	1	—	—	—	—
Graz-Umgebung	8	1.378	29	—	1	—	4	3
Hartberg	2	376	13	1	—	1	—	—
Judenburg	1	275	8	1	—	—	—	—
Knittelfeld	1	275	10	1	—	—	—	—
Leibnitz	1	192	6	1	—	—	—	—
Leoben	4	816	28	2	—	1	1	—
Liezen	6	514	21	2	—	1	1	2
Mürzzuschlag	1	227	10	1	—	—	—	—
Murau	2	543	9	1	1	—	—	1
Radkersburg	1	166	3	—	—	—	—	—
Voitsberg	1	195	5	1	—	—	—	—
Weiz	1	65	2	—	—	1	—	—
zusammen	52	13.178	517	16	4	8	10	14

Fortsetzung **Anzahl der Krankenanstalten, Betten
und Krankenhausärzte nach Bundesländern
und Bezirkshauptmannschaften**

Politischer Bezirk	Krankenanstalten	Anzahl der Betten	Krankenhaus- ärzte	Kranken- anstalten mit Öffentlich- keitsrecht		Kranken- anstalten ohne Öffentlich- keitsrecht		
				Allgemeine Krankenanstalten	Sonder- heilanstalten	Allgemeine Krankenanstalten	Sonder- heilanstalten	Pflegeanstalten, Genesungsheime, sonstige
Tirol								
Innsbruck-Stadt	6	1.947	196	2	—	—	—	4
Imst	—	—	—	—	—	—	—	—
Innsbruck-Land	3	1.163	25	1	1	—	1	—
Kitzbühel	4	313	15	1	—	1	—	2
Kufstein	4	411	21	2	—	—	—	2
Landeck	3	396	8	1	—	—	1	1
Lienz	1	335	5	1	—	—	—	—
Reutte	1	192	6	1	—	—	—	—
Schwaz	2	346	9	1	—	—	—	1
zusammen	24	5.103	285	10	1	1	2	10
Vorarlberg								
Bludenz	5	506	23	—	—	3	1	1
Bregenz	7	576	52	—	—	3	4	—
Feldkirch	3	718	27	—	—	1	2	—
Dornbirn	2	260	21	—	—	2	—	—
zusammen	17	2.060	123	—	—	9	7	1
Wien nach Bezirken								
1. Innere Stadt	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Leopoldstadt	1	410	25	—	—	1	—	—
3. Landstraße	4	1.206	62	1	1	2	—	—
4. Wieden	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Margareten	1	100	5	—	—	1	—	—
6. Mariahilf	1	186	9	—	—	1	—	—
7. Neubau	1	240	13	1	—	—	—	—
8. Josefstadt	2	64	7	—	—	1	—	—
9. Alsergrund	11	4.217	681	2	1	4	2	2
10. Favoriten	2	1.415	72	1	1	—	—	—
11. Simmering	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Meidling	2	252	33	—	—	—	2	—
13. Hietzing	7	6.447	132	1	2	1	1	2
14. Penzing	4	5.394	187	—	3	1	—	—
15. Fünfhaus	1	480	34	1	—	—	—	—
16. Ottakring	2	1.637	71	1	—	—	—	1
17. Hernals	2	388	10	—	—	1	—	1
18. Währing	4	708	28	—	2	—	1	1
19. Döbling	5	703	35	—	2	—	2	1
20. Brigittenau	1	80	6	—	—	—	1	—
21. Floridsdorf	1	258	18	1	—	—	—	—
22. Donaustadt	—	—	—	—	—	—	—	—
23. Liesing	4	902	10	—	1	—	—	3
zusammen	56	25.087	1.438	9	13	14	9	11

Tabelle A 60 Versorgung der Bevölkerung mit Zahnärzten, Auch-Zahnärzten und bis A 67a Dentisten nach Bundesländern und politischen Bezirken

Politischer Bezirk	Einwohner letzter Stand	Einwohner- zahl pro Zahn- behandler	Zahn- ärzte	Auch- Zahn- ärzte	Den- tisten	Zahn- behandler insgesamt
Burgenland						
Eisenstadt, Rust	45.896	3.530	3	2	8	13
Güssing	30.852	4.407	1	1	5	7
Jennersdorf	20.553	2.936	1	2	4	7
Mattersburg	34.130	3.103	1	2	8	11
Neusiedl am See	50.018	4.168	3	3	6	12
Oberpullendorf	44.626	3.433	2	—	11	13
Oberwart	54.866	2.494	5	7	10	22
zusammen	280.941	3.305	16	17	52	85
Kärnten						
Klagenfurt-Stadt	71.003	1.127,0	30	—	33	63
Villach-Stadt	33.932	1.305,0	13	—	13	26
Hermagor	20.826	2.603,2	2	2	4	8
Klagenfurt-Land	78.970	4.156,3	9	2	8	19
St. Veit an der Glan	62.779	2.511,1	10	—	15	25
Spittal an der Drau	75.104	2.589,7	7	3	19	29
Villach-Land	73.654	3.202,3	7	4	12	23
Völkermarkt	42.636	3.279,6	2	1	10	13
Wolfsberg	56.827	2.990,8	8	3	8	19
zusammen	515.731	2.282,0	88	15	122	225
Oberösterreich						
Linz-Stadt	206.348	1.599,5	62	—	67	129
Steyr-Stadt	41.223	1.963,0	9	—	12	21
Wels-Stadt	48.160	2.093,9	11	—	12	23
Braunau am Inn	82.746	2.433,7	7	7	20	34
Eferding	25.744	2.860,4	2	1	6	9
Freistadt	55.571	3.473,1	3	—	13	16
Gmunden	87.259	2.423,8	13	2	21	36
Grieskirchen	54.399	2.590,4	8	1	12	21
Kirchdorf an der Krems	47.555	2.502,8	6	3	10	19
Linz-Land	90.765	4.125,6	4	5	13	22
Perg	50.905	3.636,0	1	1	12	14
Ried im Innkreis	57.797	3.399,8	5	—	12	17
Rohrbach	52.450	4.034,6	1	1	13	15
Schärding	52.270	3.074,7	3	1	13	17
Steyr-Umgebung	50.837	2.996,2	7	1	9	17
Urfahr-Umgebung	47.928	3.683,7	1	1	11	13
Vöcklabruck	105.092	2.563,2	10	5	26	41
Wels-Umgebung	48.858	3.489,8	2	4	8	14
zusammen	1.206.007	2.528,3	155	33	290	478

Fortsetzung **Versorgung der Bevölkerung mit Zahnärzten, Auch-Zahnärzten und Dentisten nach Bundesländern und politischen Bezirken**

Politischer Bezirk	Einwohner letzter Stand	Einwohner- zahl pro Zahn- behandler	Zahn- ärzte	Auch- Zahn- ärzte	Den- tisten	Zahn- behandler insgesamt
Niederösterreich						
Krems an der Donau ..	21.046	2.338,4	5	—	4	9
St. Pölten-Stadt	40.112	1.910,0	7	—	14	21
Wr. Neustadt-Stadt	33.845	1.692,2	9	—	11	20
Amstetten, Waidhofen an der Ybbs	107.593	3.074,0	7	—	28	35
Baden	104.156	2.169,9	17	1	30	48
Bruck an der Leitha	37.744	2.903,3	4	2	7	13
Gänserndorf	78.195	2.443,5	7	5	20	32
Gmünd	49.596	3.099,7	2	1	13	16
Hollabrunn	58.087	2.904,3	6	5	9	20
Horn	39.701	2.646,7	5	—	10	15
Korneuburg	52.027	3.060,4	5	4	8	17
Krems und Krems-Umgebung ..	57.227	2.725,0	3	3	15	21
Lilienfeld	29.525	2.108,9	1	—	13	14
Melk	70.320	3.196,3	5	2	15	22
Mistelbach	81.792	2.921,1	5	8	15	28
Mödling	76.028	2.000,7	14	4	20	38
Neunkirchen	88.954	4.069,4	6	6	31	43
St. Pölten-Umgebung ..	84.999	3.035,6	6	2	20	28
Scheibbs	39.072	1.953,6	5	—	15	20
Tulln	49.953	2.378,7	4	4	13	21
Waidhofen an der Thaya	32.484	2.707,0	4	2	6	12
Wr. Neustadt	58.285	2.158,7	4	4	19	27
Wien-Umgebung	79.760	2.215,5	10	2	24	36
Zwettl	50.915	3.182,1	2	4	10	16
zusammen	1.421.416	2.484,9	143	59	370	572
Salzburg						
Salzburg-Stadt	118.367	1.116,6	45	—	61	106
Hallein	37.482	3.123,5	3	—	9	12
Salzburg-Umgebung ..	73.759	2.634,2	2	3	23	28
St. Johann im Pongau ..	59.841	2.301,5	6	—	20	26
Tamsweg	18.522	2.610,2	1	1	4	6
Zell am See	63.402	2.186,2	6	—	23	29
zusammen	371.373	1.794,0	63	4	140	207

Fortsetzung **Versorgung der Bevölkerung mit Zahnärzten, Auch-Zahnärzten und Dentisten nach Bundesländern und politischen Bezirken**

Politischer Bezirk	Einwohner letzter Stand	Einwohner- zahl pro Zahn- behandler	Zahn- ärzte	Auch- Zahn- ärzte	Den- tisten	Zahn- behandler insgesamt
Steiermark						
Graz-Stadt	251.025	1.530,6	109	—	55	164
Bruck an der Mur	74.515	2.129,0	13	1	21	35
Deutschlandsberg	58.445	2.783,0	7	1	13	21
Feldbach	64.100	3.205,0	7	1	12	20
Fürstenfeld	21.164	2.645,5	1	2	5	8
Graz-Umgebung	95.679	4.159,9	10	1	12	23
Hartberg	60.778	3.376,5	5	1	12	18
Judenburg	54.335	2.859,7	4	2	13	19
Knittelfeld	29.148	2.649,8	2	—	9	11
Leibnitz	69.425	3.305,9	7	3	11	21
Leoben	87.597	2.246,0	13	—	26	39
Liezen	78.107	2.603,5	11	1	18	30
Mürzzuschlag	49.909	3.327,2	4	—	11	15
Murau	33.149	2.367,7	2	5	7	14
Radkersburg	25.991	3.248,8	—	4	4	8
Voitsberg	56.517	2.691,2	7	—	14	21
Weiz	77.479	3.368,6	7	4	12	23
zusammen	1.187.383	2.423,2	209	26	255	490
Tirol						
Innsbruck-Stadt	110.049	1.122,9	64	—	34	98
Imst	33.752	4.219,0	4	—	4	8
Innsbruck-Land	97.999	3.161,2	14	1	16	31
Kitzbühel	42.399	2.019,0	7	—	14	21
Kufstein	62.441	2.312,6	10	—	17	27
Landeck	31.898	2.899,8	3	—	8	11
Lienz	44.043	2.936,2	9	—	6	15
Reutte	23.893	2.979,8	3	—	5	8
Schwaz	52.488	2.916,0	5	1	12	18
zusammen	498.908	2.105,0	119	2	116	237
Vorarlberg						
Bludenz	49.049	3.270	5	—	10	15
Bregenz	92.135	2.303	20	—	20	40
Feldkirch	124.988	2.659	24	—	23	47
zusammen	266.372	2.611	49	—	53	102
Wien						
Wien	1.644.998	1.306	584	—	676	1.260

Tabelle A 68 Schulbildung des Vaters und der Mutter bei erstmalig inskribierten ordentlichen Hörern, Vergleich zwischen einigen Studienrichtungen (in Prozent)

Vater, Mutter	Medizin	Philosophie	Jus	Sozial- und Wirtschafts- wissen- schaften	zusammen N ¹
Volks- und Hauptschule					
Volks- und Hauptschule	15	21	20	28	21
Fachschule	4	3	4	4	4
Mittelschule	1	1	1	1	1
Hochschule	—	—	—	—	—
Fachschule					
Volks- und Hauptschule	9	9	9	13	10
Fachschule	9	11	10	14	10
Mittelschule	2	3	2	3	3
Hochschule	—	1	—	—	—
Höhere Schule					
Volks- und Hauptschule	3	6	6	6	5
Fachschule	6	9	8	9	8
Mittelschule	5	7	6	5	6
Hochschule	1	1	1	—	1
Hochschule					
Volks- und Hauptschule	5	4	6	4	5
Fachschule	12	8	11	6	9
Mittelschule	17	11	12	6	11
Hochschule	11	6	5	2	6
	N ¹ 741	1.693	757	910	4.101

¹ Nicht-Beantwortungen wurden in der Berechnung der Prozente vernachlässigt.

Tabelle A 69 Berufsgruppe des Vaters nach Studienrichtung der Studienanfänger im Wintersemester 1967/68 (in Prozent)

	Medizin	Philosophie	Jus	Pharmazie	Sozial- und Wirtschafts- wissen- schaften ¹
Arbeiter	6	10	7	3	12
Angestellte	28	33	28	28	31
Beamte	25	32	38	26	21
Freiberufliche	21	6	8	13	3
Selbständige					
ohne Angestellte	1	3	2	—	2
bis 6 Angestellte	13	12	10	20	17
mit 7 bis 20 Angestellten	4	2	4	8	6
mit 20 und mehr Angestellten	2	2	3	2	8
zusammen	750	1.737	871	168	931

¹ Umfaßt soziologische Studienrichtung, sozialwissenschaftliche, volkswirtschaftliche, betriebswirtschaftliche und handelswirtschaftliche Studienrichtung und Sozial- und Wirtschaftswissenschaften ohne nähere Angabe.

Tabelle A 70 **Erstmalig inskribierte österreichische ordentliche Hörer ausgewählter Studienrichtung nach dem Landwirtschaftsanteil der Herkunftsgemeinde, 1967/68 (in Prozent)**

	Medizin	Philosophie	Katholische Theologie	Rechts- wissenschaften	Pharmazie	Wissenschaftliche Hochschulen insgesamt
0 bis 9,99 %	71	75	45	77	80	74
10 bis 20,99 %	6	7	13	5	8	6
21 bis 30,99 %	3	3	12	4	1	3
31 bis 45,99 %	4	3	13	2	1	4
46 und mehr %	3	2	13	1	1	2
Keine Antwort	13	10	4	11	9	11
N = 100 %	750	1.737	121	781	168	5.841

Tabelle A 71 **Alle österreichischen Studienanfänger der durch die Längsschnittstudie erfaßten Jahrgänge nach der Größe und dem Landwirtschaftsanteil ihrer Herkunftsgemeinde**

Größe der Herkunftsgemeinde	Anteil der Wohnbevölkerung	Landwirtschaftsanteil der Herkunftsgemeinde
Bis 2.000 Einwohner	11 %	37,0 %
bis 10.000 Einwohner	17 %	24,8 %
bis 100.000 Einwohner	19 %	11,1 %
über 100.000 Einwohner	53 %	32,1 %
Keine Antwort	—	—
N = 100 %	3.681	3.681

Tabelle A 72 **Alle Medizinstudenten der durch die Längsschnittstudie erfaßten Jahrgänge nach der vor Studienbeginn absolvierten höheren Schule**

	Alle Jahrgänge
Gymnasium und Realgymnasium	93 %
Realschule	2 %
Lehrerbildungsanstalt	2 %
Arbeitermittelschule, Maturaschule	2 %
keine Antwort	1 %
N = 100 %	3.681

Tabelle A 73 **Zahl der Semester bis zum Abschluß des 3. Rigorosums bei inländischen Promoventen an den drei Hochschulorten 1956 bis 1958 (in Prozent)**

	Wien			Graz			Innsbruck			insgesamt
	m	w	zus.	m	w ¹	zus.	m	w ¹	zus.	
Bis 12 Semester	8	3	7	20	6 ¹	20	48	9 ¹	50	17
13 Semester	16	9	13	16	4	15	15	1	13	14
14 Semester	28	34	30	17	8	20	15	5	18	26
15 Semester	13	17	15	17	5	17	3	—	3	13
16 Semester	12	15	13	9	1	8	7	—	5	10
17 Semester	8	7	7	10	2	9	10	—	8	8
18 Semester	6	10	7	3	—	2	—	—	—	5
19 bis 26 Semester..	9	5	8	8	3	9	2	1	3	7
N = 100 %	171	101	272	64	29	93	60	16	76	441

¹ Wegen zu geringer Besetzung werden hier Absolventen und nicht Prozentsätze wiedergegeben.

Tabelle A 74 **Zahl der Semester bis zum Abschluß des 3. Rigorosums bei ausländischen Promoventen an den drei Hochschulorten 1956 bis 1958 (in Prozent)**

	Wien	Graz	Innsbruck	zusammen
Bis 12 Semester	—	—	21	9
13 Semester	9	3	17	12
14 Semester	11	3	5	7
15 Semester	16	20	16	16
16 Semester	11	7	11	10
17 Semester	2	10	11	8
18 Semester	22	17	3	12
19 bis 26 Semester	29	36	16	25
N = 100 %	45	30	63	138

Tabelle A 75 **Studienverlauf der inländischen Studienanfänger 1956, 1958 und 1961 an den drei Hochschulorten (in Prozent)**

	Wien			Graz			Innsbruck			
	m	w	zus.	m	w	zus.	m	w	zus.	
Jahrgang 1956 und 1958										
Abbrecher	32	37	33	27	39	32	15	26	19	
Promoventen	55	52	54	69	54	63	76	70	75	
Noch-Studenten	13	11	11	4	7	5	9	4	8	
N = 100 %	308	193	501	93	54	147	79	23	103	
Jahrgang 1951										
Abbrecher	25	30	27	15	37	21	21	18	21	
Promoventen	24	23	24	37	21	34	35	30	34	
Noch-Studenten	51	47	49	48	42	45	35	30	34	
N = 100 %	245	137	382	104	38	142	98	33	131	

Tabelle A 76 **Studienerfolg der inländischen Studienanfänger 1956 und 1958 an den medizinischen Fakultäten und deren soziale Herkunft (in Prozent)**

	Arzt	Sonstige Akademiker	Nicht-Akademiker	zus.
Wien				
Abbrecher	25	39	35	33
Promoventen	67	52	51	55
Noch-Studenten	8	9	14	12
N = 100 %	121	95	236	452
Graz				
Abbrecher	34	26	32	31
Promoventen	66	68	59	64
Noch-Studenten	—	5	9	5
N = 100 %	38	38	56	132
Innsbruck				
Abbrecher	29	1 ¹	11	18
Promoventen	68	13 ¹	78	75
Noch-Studenten	3	1 ¹	11	7
N = 100 %	34	15	36	85

¹ Wegen zu geringer Besetzung werden hier Absolventen und nicht Prozentsätze wiedergegeben.

Tabelle A 77 **Inländische Absolventen der Studienrichtung Medizin 1967/68**

	Promovierte Universität Wien				Promovierte Universität Graz				Promovierte Universität Innsbruck			
	m	w	zus.	%	m	w	zus.	%	m	w	zus.	%
10 Semester ¹	—	—	—	—	2	—	2	2,4	—	—	—	—
11 Semester	1	—	1	0,4	2	1	3	3,5	2	2	4	4,9
12 Semester	12	—	12	4,7	10	2	12	14,1	13	2	15	18,3
13 Semester	10	3	13	5,1	2	1	3	3,5	9	3	12	14,8
14 Semester	48	30	78	30,1	17	6	23	27,0	18	7	25	30,1
15 Semester	27	6	33	12,8	8	1	9	10,6	5	3	8	9,8
16 Semester	29	19	48	18,5	11	2	13	15,3	3	4	7	8,6
17 Semester	12	8	20	7,8	5	—	5	5,9	4	2	6	7,4
18 Semester	15	10	25	9,7	10	2	12	14,1	1	1	2	2,5
19 Semester	1	1	2	0,8	—	—	—	—	—	1	1	1,2
20 Semester	7	3	10	3,9	—	1	1	1,2	1	—	1	1,2
21 Semester und mehr	8	4	12	4,7	1	1	2	2,4	1	—	1	1,2
keine Angabe	4	—	4	1,5	—	—	—	—	—	—	—	—
zusammen	174	84	258	100,0	68	17	85	100,0	57	25	82	100,0

¹ 10 Semester ist die vorgeschriebene Mindestdauer.

Tabelle A 78 **Inländische Absolventen der Studienrichtung Medizin 1968/69**

	Promovierte Universität Wien				Promovierte Universität Graz				Promovierte Universität Innsbruck			
	m	w	zus.	%	m	w	zus.	%	m	w	zus.	%
10 Semester ¹	12	5	17	6,5	2	1	3	3,8	5	1	6	7,5
11 Semester	15	7	22	8,4	6	2	8	10,2	3	—	3	3,8
12 Semester	28	12	40	15,3	10	4	14	17,7	10	1	11	13,8
13 Semester	20	14	34	13,0	—	3	—	3,8	15	6	21	26,3
14 Semester	37	20	57	21,8	9	5	14	17,7	11	1	12	15,0
15 Semester	15	4	19	7,3	6	5	11	13,9	7	2	9	11,2
16 Semester	19	8	27	10,3	5	1	6	7,6	7	2	9	11,2
17 Semester	13	1	14	5,3	7	4	11	13,9	1	—	1	1,2
18 Semester	10	5	15	5,7	2	2	4	5,1	2	—	2	2,5
19 Semester	5	1	6	2,3	1	1	2	2,5	—	2	2	2,5
20 Semester	3	1	4	1,5	1	1	2	2,5	1	—	1	1,2
21 Semester und mehr	5	2	7	2,6	1	—	1	1,3	3	—	3	3,8
keine Angabe	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
zusammen	182	80	262	100,0	50	29	79	100,0	65	15	80	100,0

¹ 10 Semester ist die vorgeschriebene Mindestdauer.

Tabelle A 79 **Größe der Herkunftsgemeinde und Studienerfolg an den drei Hochschulorten, Jahrgänge 1956 und 1958 (in Prozent)**

	Bis 5.000 Einwohner	Bis 20.000 Einwohner	Bis 1 Million Einwohner	Wien	insgesamt
Universität Wien					
Abbrecher	30	40	36	33	34
Promoventen	51	51	56	56	54
Noch-Studenten	19	9	8	11	12
N = 100 %	93	57	96	253	499
Universität Graz					
Abbrecher	35	20	30	67	31
Promoventen	60	80	63	33	63
Noch-Studenten	5	—	7	—	6
N = 100 %	43	15	86	3	147
Universität Innsbruck					
Abbrecher	5	24	19	—	18
Promoventen	85	66	75	—	74
Noch-Studenten	10	10	6	—	8
N = 100 %	20	59	35	—	102

Anmerkungen

Richtlinien und Vorschriften für das Medizinstudium

- 1 Einen Überblick über die umfangreichen Schwierigkeiten der juristischen Behandlung vermittelt Felix Ermacora, *Österreichisches Hochschulrecht*, Wien 1956. Man vergleiche weiters Ludwig Otruba und Otto Drischel, *Handbuch der Hochschulreform*, Wien 1966 ff. (Loseblattausgabe), Walter Brunner, *Handbuch des Hochschulrechts*, 6. Auflage, Wien 1969, Hochschulbericht 1969, p.213 (Gesetzeslage).
- 2 Seit 1. August 1970 — Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung.
- 3 BG 154 im BGBl. 811, Jahrgang 1955, vergleiche dazu auch: W. Brunner, *Die Hochschulautonomie in Österreich*, Wien 1968.
- 4 BG 177 im BGBl. 1101, Jahrgang 1966 oder L. Otruba u. O. Drischel, *Handbuch der Hochschulreform*, Wien 1966 ff. (Loseblattausgabe).
- 5 Seit 1. August 1970 — Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung.
- 6 F. Ermacora, *Österreichisches Hochschulrecht*, Wien 1956, S.454—469.
- 7 Seit 1. August 1970 — Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung.
- 8 E. Ermacora, *Österreichisches Hochschulrecht*, Wien 1956, S.454—469.
- 9 BGBl. 262, Jahrgang 1969.

Studenten an den medizinischen Fakultäten

- 1 Zu den Gasthörern zählen auch jene Ärzte, die an den zahnärztlichen Lehrgängen der medizinischen Fakultäten in Fachausbildung stehen; diese werden noch gesondert betrachtet (siehe S.87 ff.).
- 2 Im Wintersemester 1967/68 scheinen auch jene Medizinstudenten in der österreichischen Hochschulstatistik auf, die bereits das Absolutorium besitzen. Da nur in diesem Semester ausnahmsweise auch die Medizinstudenten, die sich im Prüfungsstadium des 2. und 3. Rigorosums (Absolutorium), befinden, in der Sparte *Studierende der Medizin* aufgenommen sind, ergibt sich für

Vergleichszwecke ein völlig falsches Bild, da die Zahl der Medizinstudenten um etwa 16 Prozent zu hoch liegt.

- 3 Vergleiche Tabelle A 12 im Anhang.
- 4 Diese Anteile der weiblichen Studienanfänger sollten nicht jährlich, sondern jeweils über 2 bis 3 Jahre gemittelt betrachtet werden, da die Eintrittsrate der Maturanten in den Präsenzdienst des Bundesheeres auf Grund mehrerer, zum Teil auch wehrpolitischer Faktoren schwankt; eine Einflußgröße, die auch bei den Gesamtzahlen der Studienanfänger berücksichtigt werden muß. Dies betrifft insbesondere das Jahr 1965, in dem der Aufschub der Präsenzzeit aus Studiengründen aufgehoben wurde (1970 wieder eingeführt).
- 5 Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Studium und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten, Tübingen 1968. S.252 (Angabe bezieht sich auf das Wintersemester 1966/67).
- 6 Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission für Fragen des Ausbaus und der Koordinierung der medizinischen Ausbildung. Herausgegeben vom Eidgenössischen Department des Inneren 1967, S.4 (Wintersemester 1965/66).
- 7 Die früher hohen Ausländeranteile an den Studienanfängern (z. B. 1956/57: 43 Prozent) können sich auf den heutigen Gesamt Hörerstand kaum mehr auswirken. Zur Frage der Studiendauer der ausländischen Studierenden vergleiche S.115 f.

Studiendauer und Studienerfolg

- 1 Im Hinblick auf die Geschlossenheit der Darstellung werden an dieser Stelle von der Längsschnittstudie nur Daten über den Gesamtstudienerfolg und die Gesamtstudiendauer gegeben. Eine detaillierte Darstellung des Studienverlaufes selbst ist in einem Anhang gesondert aufgenommen (S.106 ff.).
- 2 Hier wurde das Jahr 1967/68 herangezogen, da in diesem Jahr auch die Hörer mit Absolutorium erfaßt werden.

- 3 Mittlerweile wurde (Juni 1970) für Anfänger der Studienrichtung Medizin der Aufschub des Präsenzdienstes wieder zugelassen.
- 4 Hier wurde angenommen, daß nur 4 Prozent von den noch studierenden 11 Prozent das Studium erfolgreich abschließen.
- 5 Nähere Ergebnisse werden im Anhang (*Eine Verlaufsstatistik des Medizinstudiums*) behandelt.

Personelle und räumliche Ausstattung der medizinischen Fakultäten

- 1 So zum Beispiel gehen in das Modell, das der Wissenschaftsrat in der Bundesrepublik Deutschland zur Berechnung und Planung der Ausbildungskapazitäten der medizinischen Fakultäten erstellte, ein:

- a) Forderung nach einer Intensivierung der naturwissenschaftlichen Ausbildung der Mediziner unter Heranziehung von nichtmedizinischen Lehrpersonen;
- b) Errichtung neuer, selbständiger Teilgebiete, Förderung der Tendenz zur Spezialisierung;
- c) Aufgabe des Anspruches an den einzelnen, Forschung, Lehre und klinisches Können zu verbinden; dieser Anspruch solle in Hinkunft auf die Klinik oder Abteilung als Ganzes übertragen werden;
- d) Kliniken hätten in erster Linie dem Bedarf an Forschung und Lehre zu dienen und den Anforderungen für die Ausbildung von Fachärzten zu genügen; die allgemeine ärztliche Versorgung der Bevölkerung gehöre nicht zu ihren spezifischen Aufgaben;
- e) Beschränkung der Möglichkeit zur Führung einer Privatpraxis;
- f) Konzentration des Ausbildungsbetriebes auf Lehrveranstaltungen in kleinen Gruppen.

Vergleiche *Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Struktur und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten*, März 1968.

- 2 Ein nicht unbeträchtlicher Anteil der von den Dozenten angekündigten Lehrveranstaltungen weist keinen einzigen Inskribenten auf.
- 3 »Das Tempo, in dem sich die naturwissenschaftlich-medizinische Forschung und die diagnostischen und therapeutischen Fortschritte entwickeln, verbietet es, die Anpassung an die als notwendig erkannte Spezialisierung den natürlichen Regulationsprozessen zu überlassen, nur um dem Vorwurf zu entgehen, durch die Empfehlung von relativ tiefgreifenden Veränderungen die medizinischen Fakultäten in der Erfüllung ihrer Aufgaben zu gefährden.« (*Empfehlungen des Wissenschaftsrates . . .*, a.a.O. S.33.)

- 4 Die räumliche Versorgung der Lehrkanzel für Arbeitsmedizin in Wien scheiterte zum Teil daran, daß von der medizinischen Fakultät die Forderung nach räumlicher Eingliederung aller Universitätskliniken in das Wiener Allgemeine Krankenhaus aufrechterhalten wird, wo jedoch Raumnot die Errichtung neuer Kliniken unmöglich macht. Es wäre aber zu diskutieren, ob Universitätskliniken nicht auch in anderen hochentwickelten Wiener Spitälern untergebracht werden könnten.
- 5 Dies wäre allerdings an der Universitätsklinik Innsbruck mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden, da in dieser Stadt kein anderes Großkrankenhaus zur Verfügung steht.

Postpromotionelle ärztliche Ausbildung

- 1 Ärztegesetz vom 30. März 1949, BGBl. Nr. 92, in der Fassung der Ärztegesetznovelle vom 18. März 1964, BGBl. Nr. 50.
- 2 Siehe Tabelle A 31 im Anhang über sämtliche Ausbildungsplätze und anrechenbare Ausbildungszeit zum praktischen Arzt.
- 3 Näheres dazu siehe im Kapitel *Zahnärzte in Österreich*.
- 4 Vergleiche Abbildung 11.
- 5 Die Ausbildungsstellen für praktische Ärzte und Zahnärzte werden in diesem Abschnitt nicht berücksichtigt; für praktische Ärzte ist es unmöglich, die Anzahl der verfügbaren Ausbildungsplätze zu eruieren. Anhangstabelle 31 bringt einen Überblick über die derzeit zugelassenen Ausbildungsstätten, aus dem jedoch nicht zu entnehmen ist, wieviele Turnusärzte dort tatsächlich aufgenommen werden können. Zum Teil sind als Ausbildungsstätten für alle erforderlichen Fächer (Interne Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten sowie Haut- und Geschlechtskrankheiten) Krankenanstalten zugelassen, deren Gesamtbettenbestand unter 100 liegt und die für einzelne Disziplinen über keinen zuständigen Facharzt verfügen. Es ist augenscheinlich, daß dies Konsequenzen für die Qualität der Ausbildung mit sich bringt.

Ärzte in Österreich

- 1 Von den für Gesamtösterreich gemeldeten 245 Amtsärzten, 74 Polizeiarzten und 82 Militärärzten dürfte der größte Teil sich zugleich auch anderen ärztlichen Tätigkeiten widmen und daher schon in der Ärzteliste aufscheinen.

- 2 Derzeit sind in der pharmazeutischen Industrie etwa 150 Ärzte hauptberuflich und 350 Ärzte nebenberuflich beschäftigt.
- 3 Laut *Bericht über das Gesundheitswesen in Österreich*, herausgegeben vom Bundesministerium für soziale Verwaltung, 1968, betrug der Anteil der ihren Beruf nicht ausübenden Ärzte 1967 8,4 Prozent.
- 4 Österreichs 317 Krankenanstalten beschäftigten zu Beginn des Jahres 1968 3553 angestellte Ärzte (ohne Turnusärzte). Wieviele davon zugleich eine eigene Praxis führen, ist unbekannt (Quelle: *Handbuch für Sanitätsberufe Österreichs*, 1968, Wien 1968).
- 5 Derzeit gibt es in Österreich etwa 1400 Schulärzte.
- 6 Laut *Bericht über das Gesundheitswesen* waren im Jahre 1967 in Österreich 1228 Gemeindeärzte beschäftigt.
- 7 In Mutterberatungsstellen sind derzeit insgesamt rund 1100 Ärzte — zumeist nebenberuflich — beschäftigt.
- 8 Die Anzahl der Spitalsbetten erschien ein besseres Maß für die spitalsärztliche Versorgung als die Anzahl der Spitalsärzte, da unter diesen nie die Turnusärzte, die ja ebenfalls an der Betreuung beteiligt sind, ausgewiesen werden.
- 9 Genauere Aufgliederung nach politischen Bezirken siehe Tabellen A 64 bis A 72 im Anhang.
- 10 Vergleiche Tabelle A 63 im Anhang.
- 11 Laut Memorandum der Österreichischen Ärztekammer zum Ärztekammertag 1966.
- 12 Vergleiche S.112ff.
- 13 1957 waren 75 Prozent der Wohnbevölkerung sozialversichert, 1966 bereits 92 Prozent. Insgesamt stieg die Zahl der sozialversicherten Personen um 26 Prozent. Siehe Tabelle 50 im Anhang. Quelle: *Jahrbuch der Österreichischen Sozialversicherung*, 1967.
- 14 Errechnet aus *Handbuch der Sanitätsberichte Österreichs*, 1968, S.54f.
- 15 Errechnet aus *Handbuch der Sanitätsberichte Österreichs*, 1968, S.54f.
- 16 Absolutzahlen siehe Tabelle 22.
- 17 Aus: Statistische Nachrichten des Österreichischen Statistischen Zentralamtes, Heft 2 (1969), S.85.
- 18 Aus: Bericht über das Gesundheitswesen a.a.O. (1967), S.34. Demgegenüber waren in der Schweiz (1966) nur 13 Prozent aller Ärzte Frauen (Bericht der Eidgenössischen Expertenkommission, a.a.O., S.14); in der Bundesrepublik Deutschland jedoch liegt der Frauenanteil unter Medizinstudenten und Ärzten höher als in Österreich: 36 Prozent aller Promotionen, 35 Prozent aller Approbationen ergehen an Frauen (Empfehlungen des Wissenschaftsrates . . ., a.a.O., S.259f.).
- 19 Bericht über das Gesundheitswesen, a.a.O., S.34; es ist allerdings an dieser Stelle nicht näher erläutert, auf welche Grundgesamtheit dieser Anteil bezogen wird.

- 20 Es ist daher zu vermuten, daß Erleichterungen bei Neuerrichtung einer Praxis sich die Zahl der niedergelassenen praktischen Ärzte durchaus positiv auswirken würde.
- 21 Vergleiche Abschnitt über postpromotionelle Ausbildung, wo das Durchschnittsalter bei Dekreterteilung mit 35,7 Jahren berechnet werden konnte.

Zahnärzte in Österreich

- 1 Vergleiche Anhangtabellen (A 59 bis A 66).
- 2 International gesehen, stellt Österreich in dieser Beziehung eine Ausnahme dar: Für Zahnärzte wird das Doktorat der gesamten Heilkunde außer in Österreich nur in Italien und Portugal gefordert.
- 3 Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung.
- 4 Vergleiche Tabelle 44.
- 5 J. Steindl, a.a.O., S.301.
- 6 Laut Mitteilung der Österreichischen Ärztekammer.
- 7 J. Steindl, a.a.O., S.321 und 301; dies ist darauf zurückzuführen, daß er seinen Berechnungen weit höhere Ausfallsquoten pro Jahr zugrundelegt. Es ist noch einmal darauf hinzuweisen, daß die für unsere Schätzungen angenommene Ausfallsquote eine Minimalschätzung darstellt.

Voraussichtliche Entwicklung der Studenten- und Promovenzahlen und der Ärztebestände

- 1 Es wurden nur die Maturanzahlen der AHS herangezogen, weil sich aus diesen über 90 Prozent der Medizinstudenten rekrutieren (vergleiche Hochschulbericht S.46).
- 2 Bildungsplanung in Österreich, Bd. 1, herausgegeben von der wissenschaftlichen Abteilung des Bundesministeriums für Unterricht, Wien und München 1963.
- 3 Unveröffentlichtes Manuskript.
- 4 *Demography of Medical Education*, herausgegeben von Regional Office for Europe, World Health Organisation, Copenhagen 1970.
- 5 Vergleiche Abschnitt über postpromotionelle Ausbildung; diese Retentionsrate beruht zum Teil auf Schätzungen, da noch nicht alle Studienanfänger der untersuchten Jahrgänge ihr Studium abgeschlossen (oder abgebrochen) haben. Der hier angegebene Wert ist eher eine Maximal- als eine Minimalschätzung.

Anhang

Eine Verlaufsstatistik des Medizinstudiums am Beispiel der Studienjahrgänge 1956 und 1958

- 1 D. E. Lavin, *The Prediction of Academic Performance. A Theoretical Analysis and Review of Research*, Russel Sage Foundation, New York 1965.
- 2 S. Titscher, H. Wisgrill, *Studiendauer, Studienerfolg und ihre Faktoren*, Wien 1966 (Erziehung — Wissenschaft — Forschung 3).
- 3 Siehe Anhang, Tabelle A 68.
- 4 G. Kath, Chr. Öhler, R. Reichwein, *Studienweg und Studienerfolg*. Studien und Berichte, Band 6, herausgegeben vom Institut für Bildungsforschung in der Max-Planck-Gesellschaft, Berlin 1966.
- 5 G. Kath, Chr. Öhler, R. Reichwein, a.a.O., 1966.
- 6 G. Kath, Chr. Öhler, R. Reichwein, a.a.O., 1966.
- 7 D. G. Johnson und E. B. Hutchins, *Doctor or Dropout. A Study of Medical Student Attrition*, in: *Journal of Medical Education*, Vol. 41 (1966), S.1107—1223.
- 8 N. Rogoff, *The Decision to Study Medicine*, in R. K. Merton et al., *The Student Physician*, Cambridge 1957, p.109—129.
- 9 W. Thielens, *Some Comparisons of Entrants to Medical and Law Schools*, in: R. K. Merton et al., *The Student Physician*, Cambridge 1957, p.109—129.
- 10 R. Rogoff, a.a.O., S.109—129.
- 11 Siehe Anhang, Tabelle A 70.
- 12 Vergleiche S.89.
- 13 R. Weiss, *Zensur und Zeugnis*, Linz 1965. H. Schnell, *Wiener Arbeiten zur Pädagogischen Tatsachenforschung*, in: *Erziehung und Unterricht*, Jahrgang 116 (1966), S.700ff., AIAS (Herausgeber), *Der Schulerfolg, die Feststellung des Lernerfolgs durch schulische Bewertungssysteme*, AIAS Information 1968, S.49—63.
- 14 D. Lavin, ... a.a.O.
- 15 Dazu ist zu bemerken, daß auf Grund der Bestimmungen der medizinischen Rigorosenordnung alle drei Rigorosen an einem Hochschulort abzulegen waren. Erst nach Inkrafttreten des Allgemeinen Hochschulstudiengesetzes wurde die Möglichkeit des Studienwechsels innerhalb der Medizinischen Fakultäten Österreichs eingeräumt. Nach Auffassung des Autors sind demnach alle *drop-outs* als echte *drop-outs* zu betrachten und beinhalten keine Studienwechsler innerhalb der Medizinischen Fakultäten Österreichs.
- 16 *World Directory of Medical Schools*, ed. by WHO, Genf 1963.
- 17 Vergleiche Tabelle A 71.
- 18 S. Titscher und H. Wisgrill, a.a.O., G. Kath, Chr. Öhler und R. Reichwein, a.a.O., D. Lavin, a.a.O.
- 19 S. Titscher, H. Wisgrill, a.a.O., S.85—87.
- 20 S. Titscher, H. Wisgrill, a.a.O.
- 21 Siehe Hochschulstatistik, S.134.
- 22 S. Titscher und H. Wisgrill, a.a.O.
- 23 S. Titscher, H. Wisgrill, a.a.O. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangt auch die Studie von G. Kath, a.a.O.
- 24 Siehe auch G. Kath, a.a.O.
- 25 Die durchschnittliche Studiendauer der inländischen Promoventen (1956 und 1958) beträgt 14,7 Semester.
- 26 Dies gilt nicht nur für die untersuchten Jahrgänge, sondern zum Beispiel auch für die Studienanfänger 1961, die die gleichen Tendenzen aufweisen.
- 27 Dies könnte eine Folge davon sein, daß ausländische Studienanfänger zu den anatomischen Sezierungübungen erst im 3. Semester zugelassen werden, während Inländer diese bereits im 1. Semester absolvieren dürfen.

Die medizinische Wissenschaft schreitet mit Riesenschritten vorwärts. Aber der Nutzen, den die Menschen aus diesen Fortschritten ziehen, hängt von vielen Faktoren ab, die zum Teil mit der Wissenschaft nichts zu tun haben: von materiellen und baulichen Voraussetzungen, vom Funktionieren der Krankenversicherung und ähnlichem mehr. Österreich gehört zu den Ländern mit der größten Ärztedichte (bezogen auf die Einwohnerzahl), es hat mit der Wiener Medizinischen Schule eine glorreiche Tradition – doch wie steht es tatsächlich um die ärztliche Versorgung seiner Bevölkerung? Daß es hier Mängel gibt, weiß jeder, der stundenlang im Wartezimmer eines Arztes gesessen ist oder wochenlang auf ein Spitalsbett warten mußte. Um die Mängel zu beheben, muß man ihre Ursachen kennen, ein möglichst genaues Bild von der Lage haben.

Ein solches Bild zeichnet Bruno Schober. Seine Untersuchungen gründen sich hauptsächlich auf statistische Daten: An Hand der Zahlen zeigt er zum Beispiel, daß zwar die Gesamtzahl der Ärzte stetig steigt, aber die Zahl der praktischen Ärzte eher abnimmt und die Zunahme auf die Fachärzte beschränkt ist; oder daß die ländlichen Gebiete kaum am Fortschritt der Medizin teilhaben. Als wichtigsten Faktor für die Sicherung der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung betrachtet der Autor die Ausbildung neuer Ärzte an den Hochschulen. Er gelangt zum Schluß, daß der Nachwuchs an Ärzten durchaus nicht gesichert ist. Die zunehmende Länge und Schwierigkeit des Medizinstudiums bewirken, daß die Zahl der Maturanten, die dieses Fach wählen, in den letzten Jahren stagniert.

Der Verfasser liefert mit seiner Darstellung der Fakten die Grundlage für notwendige Planungsmaßnahmen auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes und damit einen wichtigen Beitrag zur Lösung eines brennenden Problems.

Bruno Schober,
geboren 1924 in St. Pölten, studierte in Wien Medizin, wurde anschließend in einem Wiener Gemeindespital zum praktischen Arzt und an einer Wiener Universitätsklinik zum Facharzt für innere Medizin ausgebildet. Er verfügt über umfassende Erfahrungen auf dem Gebiet der Organisation des Gesundheitswesens in Österreich. Seine wissenschaftlichen Publikationen befassen sich mit Kardiogenetik, mit Fragen der Krankenhausverwaltung und der Gesundheitserziehung der Jugend.