



ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT  
FÜR DERMATOLOGIE UND VENEROLOGIE

AUSTRIAN SOCIETY OF  
DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

**OEADF**  
Akademie für Dermatologische Fortbildung

# Status und Perspektiven der österreichischen Dermatologie

Dossier zur Podiumsdiskussion

# Umwelten Makro Meso Mikro

- **Demographie**

- Überalterung, Pensionierungswelle/Anteil Erwerbstätiger/Beitragszahler (vs Leistungskonsumenten), Migration
- Zunahme Krankheits- und Versorgungslast (Seneszenz, Multimorbidität, Chronifizierung, Pflegebedürftigkeit)

- **Urbanisierung**

- Unter-/Überversorgung (Mobilitätseinschränkung, ökonomischer Status, Infrastruktur, kulturelle Abgeschiedenheit)

- **Klima- und Umweltfaktoren, Nachhaltigkeitsgebot**

- Spektrum von Dermatosen, dermatologische Manifestationen von Komorbidität

- **Technologie**

- Information, Granularität, Präzision: Digitalisierung/Informationsverarbeitung/KI, Virtualisierung, Robotics, E-Health/Telemedizin/Apps
- Informations- und Big Data-Management; Intuitivität, Zugänglichkeit, Interoperabilität; Datenvalidität, Data Siloing, Datensicherheit

# Umwelten Makro Meso Mikro

- **Soziale Faktoren**

- Veränderte Arbeitswelten: Lebensentwürfe/Erwartungen/Ansprüche; Anstellungsstrukturen/Berufsqualifikationen
- Vertrauen in evidenzbasierte Medizin, Polarisierung
- Kritische Wirkung von niederschweligen Informationsquellen, Kommunikationskanälen
- Aufbrechen sozialer Unterstützungsstrukturen, verstärkte Isolation

- **Gesundheitsmarkt (Bedarf, Möglichkeiten ↔ Kosten ↔ Ressourcen)**

- Entwicklung von reguliertem Angebots- zu vielseitigem Nachfragemarkt
- Bedeutung von Prävention und Gesundheitsbewusstheit, -kompetenz
- Nachfrage schafft Angebot: Liberalisierung, Privatisierung, Ökonomisierung, Kommerzialisierung, Wettbewerb
  - „Cherry-Picking“, unregelmäßige „direct-to-consumer care“, selektiver Zugang, Fragmentierung der Versorgung, Einfluss von (Gross-) Industrie/Investoren
  - Ressourceneffizienz
    - Koordination und Abstimmung vs unnötige Redundanzen (interprofessionell, multi-/interdisziplinär, intra-/extramural)
    - Digitalisierung > Ambulantisierung > Stationär (stationäre Komplextherapie)

- **Kompetitives Forschungs- und Innovationsmanagement**

- Herausforderung und Chance

- Ressourcen und adaptive **Konzepte** für Lehre, Aus- und Fortbildung



*Veränderungen begünstigen nur den,  
der darauf vorbereitet ist.*

Louis Pasteur

# ÖGDV Masterplan 2030+

- **Partizipativ** entwickeltes **strategisches Papier**
  - Bestimmung von **Handlungsfeldern** und (proaktiven) Maßnahmen zur Sicherung von **Qualität, Effizienz, Versorgungswirkung und fachlicher Relevanz** angesichts der Entwicklungen der nächsten **10-15 Jahre** in den Ebenen Gesundheitssystem, Medizin, Dermatologie, dermatologische Subdisziplinen
- **Lebendes Dokument**
  - Gemeinschaftlich kontinuierlich (weiter-) entwickelte Sammlung von Inhalten und davon abgeleiteten, regelhaft evaluierten Handlungsfeldern/Maßnahmen; Priorisierung und Umsetzungsbeauftragung verantwortet Präsidium als Exekutivorgan
  - Expertise externer Fach- und Sachkundiger
  - **Schwarmintelligenz der dermatologischen Gemeinschaft unerlässlich!**

**Ihre Unterstützung, Ihr Beitrag sind Voraussetzung für bestimmungsgemäße Umsetzung des MP-Projektes!**

# Startschusstreffen OEADF Mai 2022

- **Thematisch breiter** angesetzter **Informationsimpuls**
  - Einblicke in Entwicklungen **übergeordneter Rahmenbedingungen** des Gesundheitswesens und der Gesundheits- und Sozialpolitik
  - in **Planungs- und Entscheidungsmechanismen** relevanter Stakeholder
- Informationen systematisch als **MP Matrix** aufgearbeitet

## Auszug Massnahmenkatalog

- Darstellung und Sichtbarmachung der **dermatologischen Versorgungsrelevanz/-wirkung** als Moment der Qualitäts- und Effizienz-sicherung
  - **Öffentlichkeitsarbeit**, multimediale Präsenz, effektive Kommunikation Evidenz-basierter Medizin als „authoritative source“
  - Definition und Erfassung **valider Leistungsdaten** als Voraussetzung für zielgerichtete Ressourcenallokation, strategische Mitgestaltung in der Entwicklung des **Leistungskataloges/der Leistungserstattung**
  - Definition/Prognose von **Versorgungsnotwendigkeiten und -defiziten, Präventionsprogramme**
  - Institutionalisierung **Versorgungsforschung**, Qualitätsmanagement
  - Sicherstellung von Rahmenbedingungen, Realisationsfaktoren, Zugang zu **Innovation und Technologie** für Wettbewerbsfähigkeit
    - Darstellung von Wert, Potential und Grenzen diagnostischer und therapeutischer Innovation für Qualität, Effizienz und Wettbewerbsfähigkeit
  - **Allianzenbildung** (Wissenschaft-Klinik, intra/extramural/regional/national/supranational/zentrums-/sektorenübergreifend; interdisziplinär, interprofessionell)
    - Implementierung und Forcierung von klinisch-medizinischen wie wissenschaftlich-forschungsbezogenen **Koordinations-, Kooperations-, Kommunikationsstrukturen** mit verstärkter Vernetzung auf nationaler und supranationaler Ebene
  - Förderung von **Gesundheitskompetenz/Empowerment**; Adressierung von Versorgungsaspekten Unterprivilegierter
- Organisation
  - Unterstützung einer gestuften wie übergeordnet koordiniert **sektorenübergreifenden Versorgung** (ressortübergreifender Health in all Policies-Ansatz, sektorenübergreifende „all-policies“ Kosten-Nutzen Analysen)
  - Schaffung von **Zugangspfaden und Lotsen** zur Abstimmung von regionalen Versorgungsleistungen
- Qualitätssichernde Maßnahmen in Aus-, Fort- und Weiterbildung
  - Digitalisierung, Interprofessionalität, Vernetzung, Praxisnähe
  - **Curricula-Entwicklung**, Spezialisierungen
  - Adressieren von **Distressfaktoren**, Faktoren für Arbeitszufriedenheit
  - Bereitstellung von **Instrumenten zur Aufbereitung** von validem, relevantem medizinischem Wissen
- **Compliance-Regeln** für Industriepartnerschaften
- Strategische **Reorganisation** der ÖGDV; Budgetdiversifizierung, Vermögenssicherung/-entwicklung

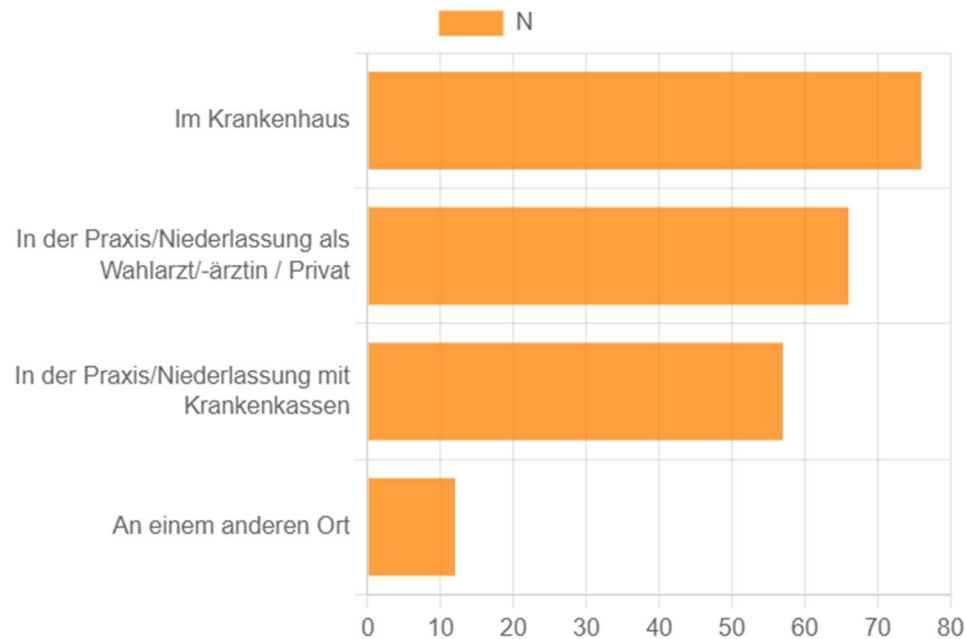
**Behauptung**  
∨  
**Eindruck**  
∨  
**Beweis**

# Kontinuierliche Evaluation

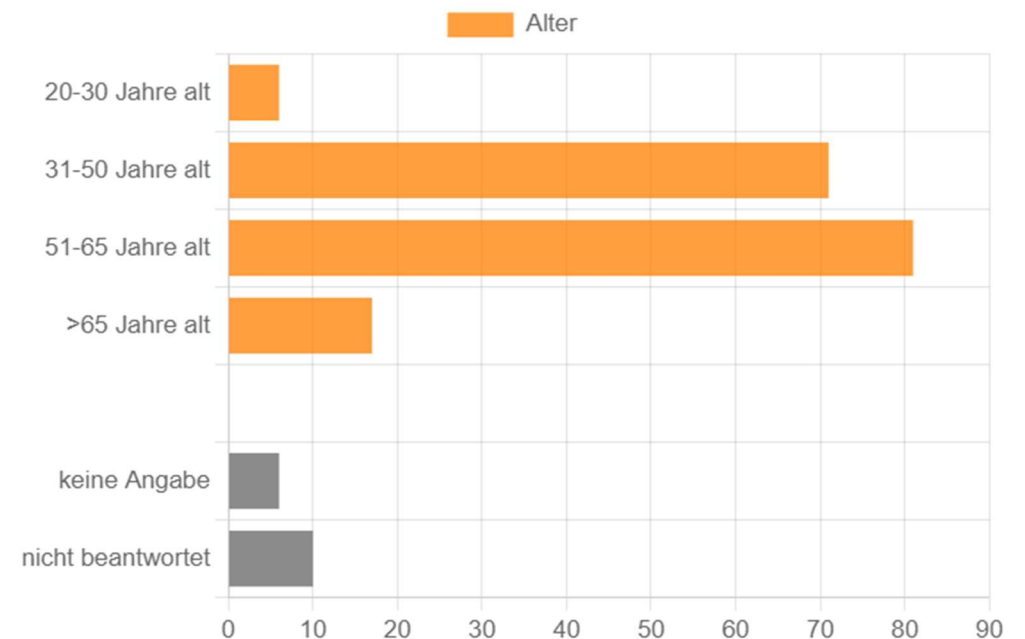
- **Austausch mit Stakeholdern** für Validität, Objektivität, Zielgerichtetheit
- **03-04 2024: Umfrage** zu aktuellen und zukünftigen Herausforderungen, Entwicklungspotentialen

Zielgruppe: Ärzt:innen in/mit abgeschlossener Ausbildung in Dermatologie; n=780; Rücklaufquote ≈ 25%

Alle gültigen Fälle (N=192)

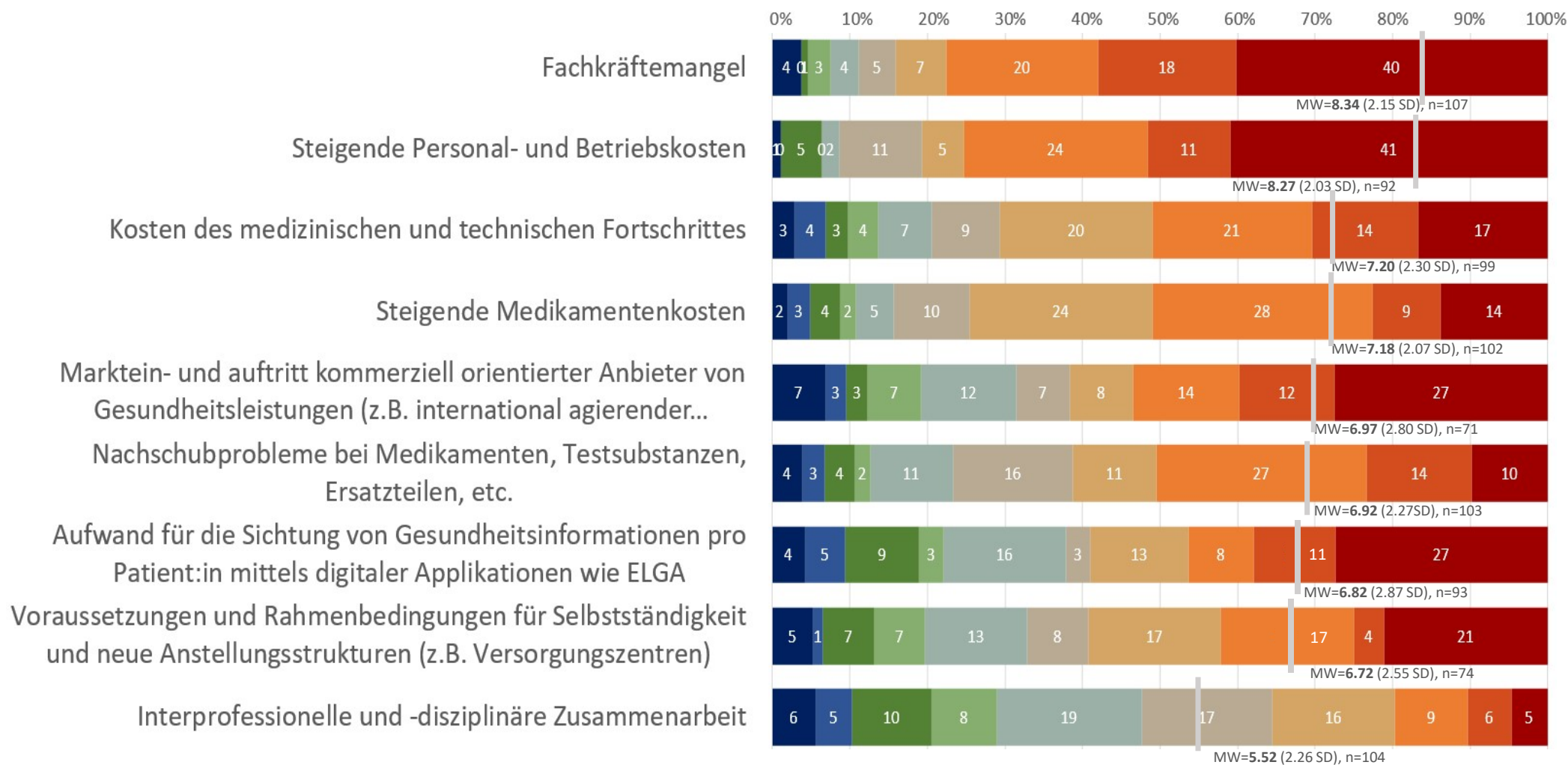


Alle gültigen Fälle (N=192)





Unter Bezug auf die aktuellen Rahmenbedingungen im Sozial- und Gesundheitswesen: Als wie **herausfordernd** empfinden Sie folgende Umstände für die Ausübung Ihrer ärztlichen Tätigkeit?



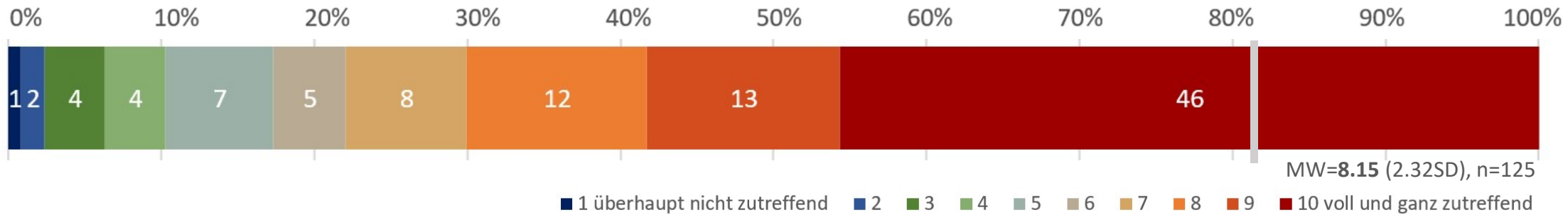
MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung, n=Anzahl der Antworten; Zahlen in den Balken sind %-Angaben

■ 1 überhaupt nicht herausfordernd ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 ■ 7 ■ 8 ■ 9 ■ 10 maximal herausfordernd

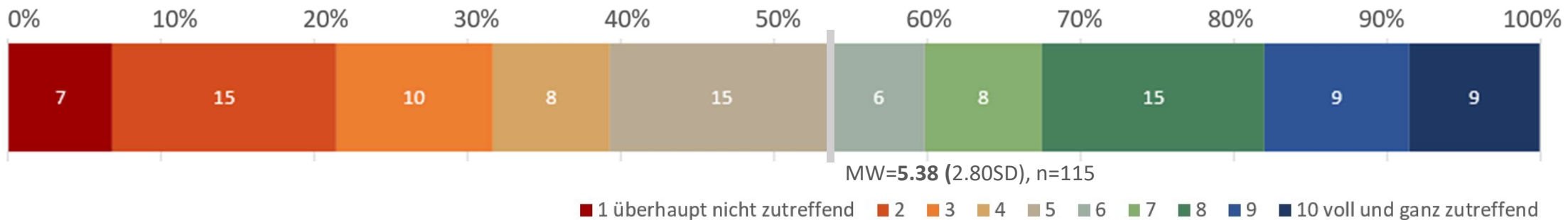
# Zunehmende Versorgungslast

- **Steigende Patientenzahl**
  - Alte, **chronisch**/chronifiziert Kranke (Tumor-Überlebende)
  - „Erhöhter gesellschaftlicher Bedarf (weniger **Hausverstand**)“
  - „**Selbstverschuldet** ob zu vieler Kontroll-/Vorsorgeuntersuchungen“
    - „Die Meinung, dass 10.000-15.000 EUR Einkommen netto / Monat zu wenig sind“
- **Häufigkeitszunahme von Erkrankungen**
  - Tumore, chronisch-entzündliche Haut-und Gefäßerkrankungen, chronische Wunden, Pruritus, Allergien, Zivilisationskrankheiten, Resistenzentwicklungen, migrationsbedingte Dermatosen, Gerontodermatologie/Immunoseneszenz
- **Zunehmende Komplexität der Patientenabwicklung** (höhere Granularität, Aufwand: Untersuchung, Ab-/Aufklärung)
  - **Spezialisierung/Diversifizierung/Zentrumsbildung**
    - „Dadurch auch Filettierung/Kompetenz-Zersplitterung, Schwinden der Fachbreite“
      - Erhöhte Vulnerabilität (Kompetition mit anderen Disziplinen wie Onkologie, Immunologie)
  - **Administrations- und Regulierungslast** (Aufklärung, Dokumentation, Bewilligungen, Vorschriften, Regulierungen, Richtlinien)
    - „Starre Öffnungszeiten/Urlaubsregelungen/Vertretungsregelungen“
    - „Chefarztpflicht von fachärztlichen (Experten-) Verordnungen“
    - „Hygieneverordnung verursacht Einschränkung der Leistungserbringung“

Die Belastung durch patientenferne, z.B. **administrative Tätigkeit** nimmt weiter und **unverhältnismäßig** zu (z.B. Genehmigungen, Kostenerstattungsanträge, Hygienevorschriften, Datenschutzanforderungen, Rechtsvorschriften; Weisungen)



Der Zugang zu **innovativen**, mitunter **kostenintensiven Therapien** ist vernünftig geregelt

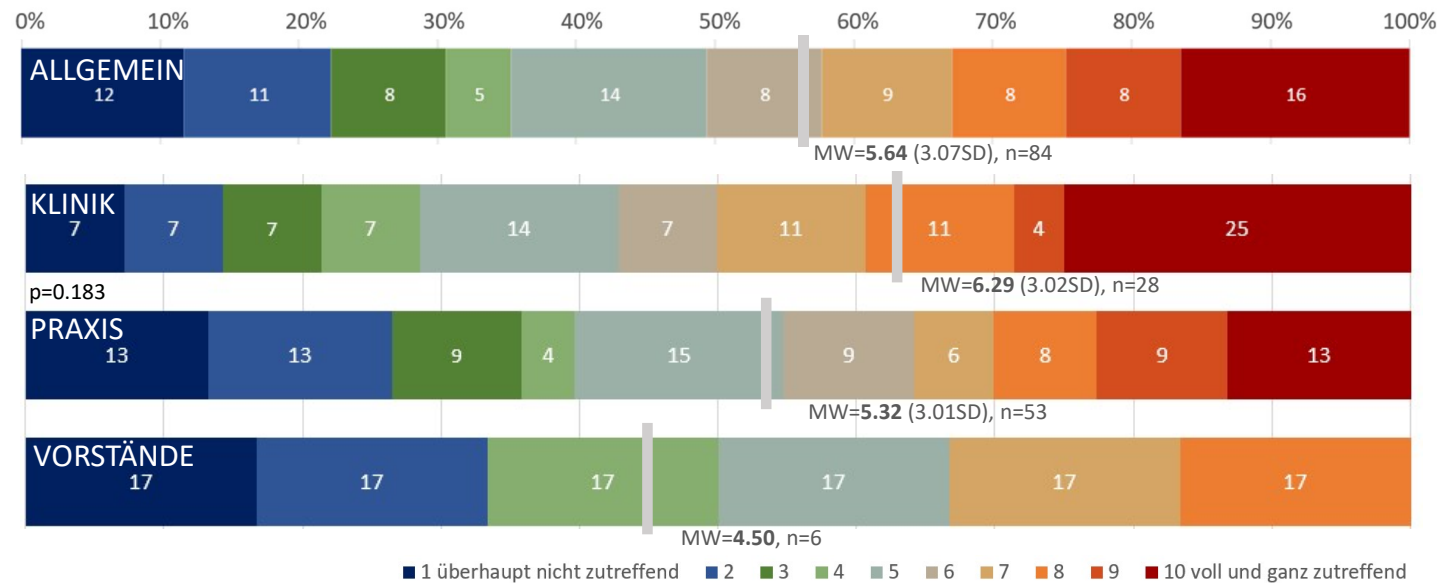


# Zunehmende Versorgungslast

- Zunehmende Lasten und Komplexitäten >

- Verstärkte **Kooperation/Interaktion** (Onkologie, Allergologie, Immundermatologie)
- Verstärkte **Kompetition** (Angiologie, Onko, Dermatohisto., Dermatochirurgie, Allergologie, Autoimmun; STI: Gyn, Uro; Venen: Chirurgie)
  - „Verlust einzelner Bereiche weil diese in anderen Fachbereichen **aus Kostengründen konzentriert** werden (Infektiologie, Onkologie, Chirurgie, Angiologie, Histopathologie)“

Die **Konkurrenz** mit anderen Fachdisziplinen um **Schnittmengen** gefährdet meiner Meinung nach die Stellung unseres Faches und seiner Subdisziplinen

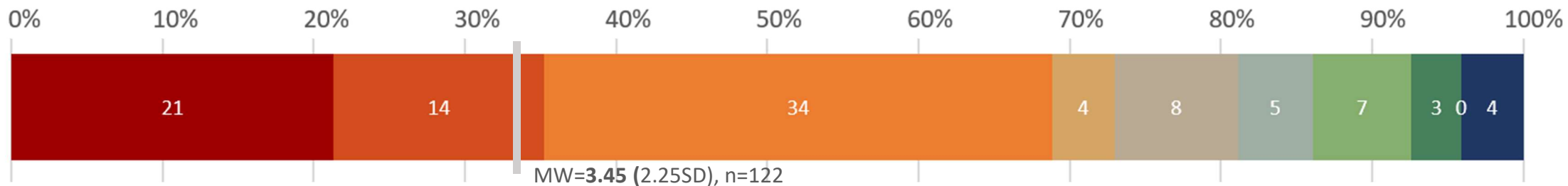


# Begrenzte Ressourcen: Stellenpläne

- „**Unzureichende Anpassung** in Bezug auf demographische und epidemiologische Krankheits- und damit Versorgungslast“

„So begrenzt die Mittel, so unbegrenzt die **Systemzugänglichkeit**“

*Entscheidungsträger:innen nehmen die Änderungen der **demographischen und epidemiologischen Krankheits- und damit Versorgungslast** (z.B. Überalterung, Multimorbidität, Pflegebedarf, Isolation, Wegbrechen sozialer Versorgungsstrukturen; Gerontodermatologie, Allergologie, Dermatoonkologie) wahr*

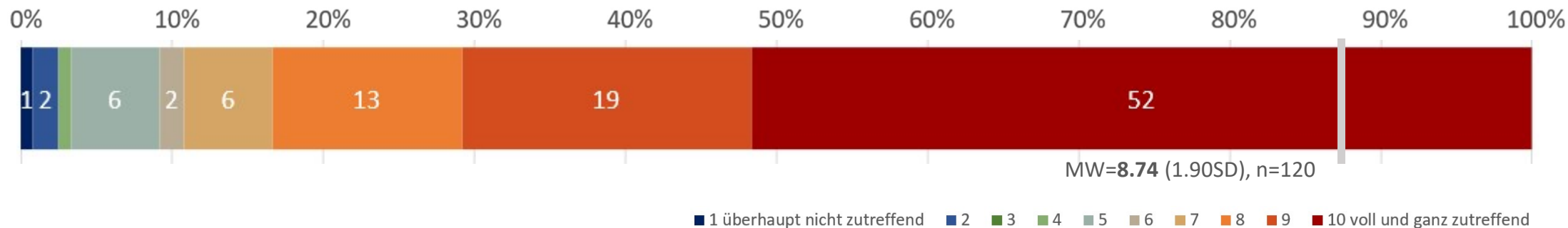


*... und sie ergreifen **geeignete Maßnahmen** für deren*



■ 1 überhaupt nicht zutreffend ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 ■ 7 ■ 8 ■ 9 ■ 10 voll und ganz zutreffend

*Die Politik ist zu sehr verleitet, das unrealistische Leistungsversprechen zu vermitteln, den Versicherten sei alles zu ermöglichen und nichts zuzumuten*



## Freitext

*„Fehlende Kommunikation, dass es sich im Gesundheitssystem mit den momentanen Sozialversicherungsbeiträgen ‚nicht mehr ausgeht‘ (**Vollkasko war gestern**) - Überhang an Patienten muss vom Arzt abgefangen werden, dieser wird von den entsprechenden Politikern auch als ‚das Problem‘ hingestellt > mangelnde Wertschätzung“*

# Ressourcen: Personalmangel

- Pensionierungswelle, Nachrücken geburtenschwacher Generationen

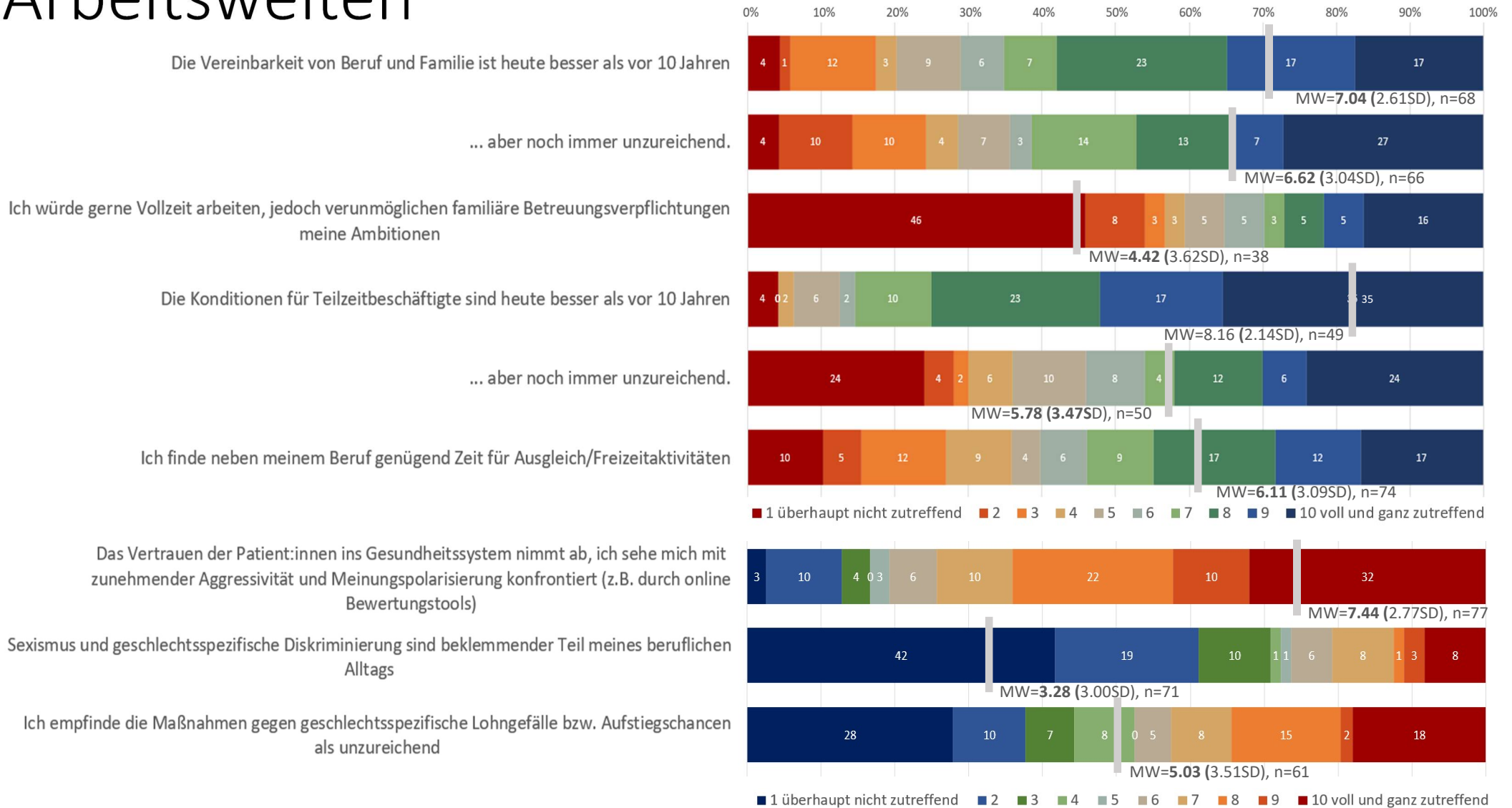
Altersstatistik zum 1.1.2024, FG Haut- und Geschlechtskrankheiten

	Bundesland	bis 35	bis 40	bis 45	bis 50	bis 55	bis 60	28% > 60				Gesamtanzahl	avg.
								bis 65	bis 70	bis 75	über 75		
Ärzte mit Ordination	Ö	12	75	101	143	101	122	135	48	19	12	768	53,4
	B	0	2	3	1	0	3	7	3	0	0	19	56,4
	K	0	5	1	5	5	8	8	5	1	0	38	55,5
	N	3	8	15	25	17	21	30	3	1	1	124	53,4
	OÖ	0	11	15	25	12	12	14	7	1	0	97	51,8
	S	1	5	7	10	5	8	6	4	2	2	50	54,1
	ST	2	5	12	9	7	17	19	2	0	2	75	54,1
	T	0	7	5	8	11	10	11	5	2	1	60	54,6
	V	0	4	3	4	8	3	4	1	0	0	27	51,48
	W	6	28	40	56	36	40	40	36	18	12	6	278
ÖGK-Ärzte	Ö	1	15	21	36	34	47	62	20	2	0	238	55,4
	B	0	1	1	0	0	1	3	1	0	0	7	56,9
	K	0	2	0	2	1	1	6	3	1	0	16	57,8
	N	0	0	4	3	4	5	12	2	0	0	30	57,2
	OÖ	0	6	6	6	4	4	11	2	0	0	39	52,5
	S	0	0	2	5	2	7	3	1	1	0	21	55,8
	ST	0	1	1	3	1	8	9	1	0	0	24	57,6
	T	0	1	1	4	2	5	5	2	0	0	20	56,2
	V	0	1	1	2	4	2	1	1	0	0	12	53,00
	W	1	3	5	11	16	14	12	7	0	0	69	54,8
ohne Kassen	Ö	11	57	76	103	65	65	64	24	16	11	492	52,3
	B	0	1	2	1	0	2	4	2	0	0	12	56,1
	K	0	3	1	3	4	7	1	2	0	0	21	53,4
	N	3	8	11	22	13	16	18	1	1	1	94	52,1
	OÖ	0	4	9	19	7	8	3	4	1	0	55	51,2
	S	1	3	4	4	3	0	2	2	1	1	21	52,2
	ST	2	4	8	4	5	4	8	0	0	2	37	52,0
	T	0	6	4	4	9	5	5	3	2	1	39	53,6
	V	0	3	2	2	4	1	3	0	0	0	15	50,27
	W	5	25	35	44	20	22	20	10	11	6	198	52,2



## Ressourcen: Personalmangel

# Arbeitswelten



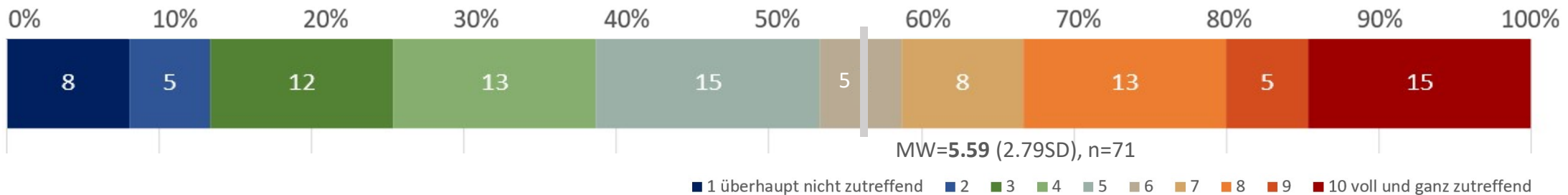


Ressourcen: Personalmangel

# Arbeitswelten

- „**Teilzeit und familienfreundliche Öffnungszeiten** in Kassenordination“ (Work-Life-Balance, Betreuungspflichten)
- „**Kompetenzverlust** durch zu viele Teilzeitbeschäftigte, hier sollte ein Limit eingeführt werden“
- **Multiprofessionalität**: „nicht mehr Arzt (der am Computer), sondern Assistenzdienste am Patienten“

*Die Qualifikation von Assistenzberufen, die ärztliche/pflegerische Tätigkeiten (teil-) substituieren, empfinde ich als **unzureichend***

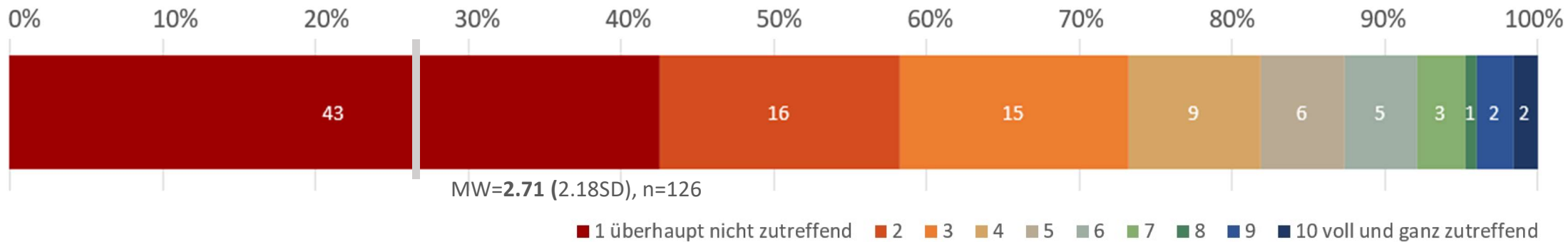


- **Zunehmende** Konkurrenz um Personal (international, intersektoral, Kannibalisierung zwischen Versorgungsbereichen)
- Personalmangel führt zur Reduktion intra- und extramuraler (**Leistungs-**) Ressourcen

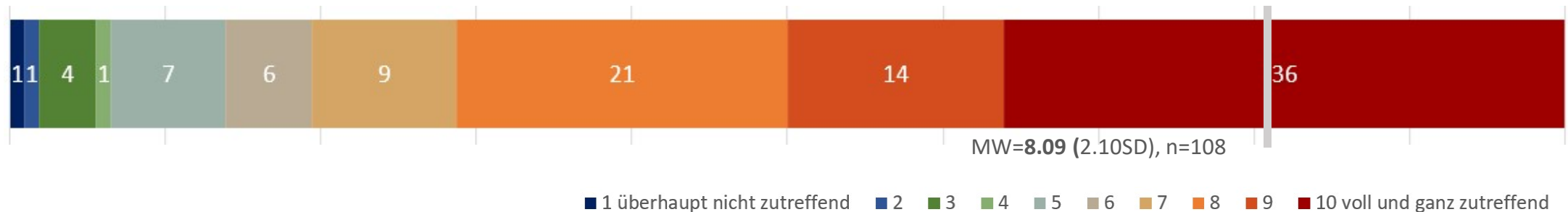
# Ressourcen: Finanzmittel

- Spektrum, Angemessenheit der Leistungsverträge

*Die Vergütungssystematik empfinde ich als leistungsgerecht*



*Die Aufwendungen für Leistungen der dermatologischen Basisversorgung werden von den Kostenträger:innen zunehmend restriktiver und unzureichend abgedeckt*



# Leistungskatalog

- **„Überholt, inhomogen, nicht laufend indexangepasst“**
  - **„Unzureichende“** Honorierung
    - „Biologika-Einstellung, Tumornachsorge, OP-Leistungen, Allergiebehandlung“
    - „Behandlung chronisch Kranker, Adressierung von Bedürfnisse der Patienten mit begleitenden Erkrankungen“
    - „Beratungsgespräch, Arzt-Patient-Fokussierung“
    - „Limitierungen der Auflichtmikroskopie“
    - „Nicht gedeckte, kostenpflichtige Testsubstanzen (Basisallergologie)“
  - „Medizin ist **geräteintensiver** und damit auch kosten -/investitionsintensiver geworden“
  - **„Leistungsfeindliche Systematik“**
    - Punktwertdegression, Rabattierung von 2. oder 3. Eingriff

# Ressourcen: Finanzmittel

- Steigende **Betriebskosten**

- Miete, Personal, Verwaltung, Infrastruktur
- Konkurrenz/Wettbewerb
- Stadt-Land-Gefälle

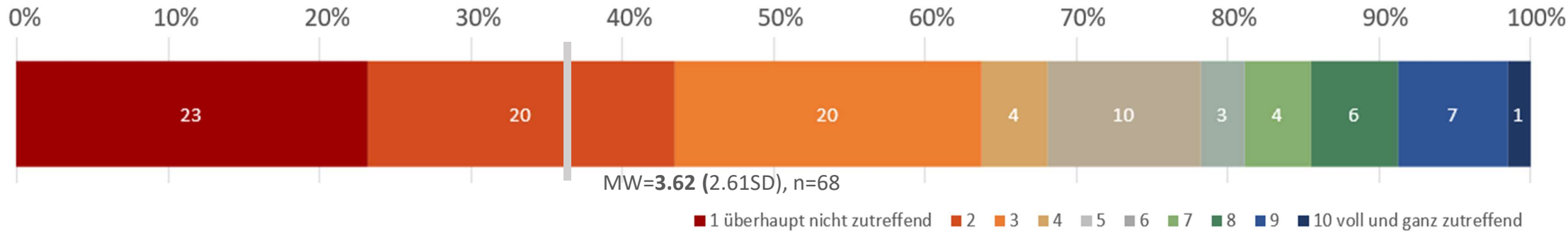
- **Ablösekosten**

- „Rechtlich fragwürdig, teils unverschämt hoch“

- Vermehrter **wirtschaftlicher Druck**

- „Zeitdruck steigt (3 min Medizin), frühere **Triage** komplexerer Fälle“
- „Mangelnde **Finanzierbarkeit von Personal** (falls überhaupt verfügbar)“
- „Weniger **Behandlungsfreiheit**“
- Auswirkung auf **Zugänglichkeit und Spektrum** des (kassenärztlichen) Portfolios

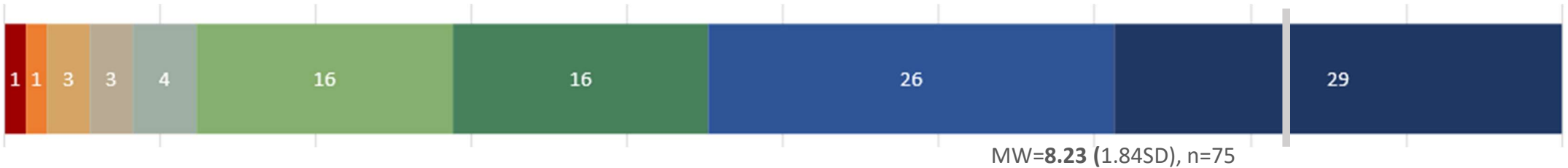
Unsere **Fachvertretung** nimmt **ausreichend Einfluss** auf die Entwicklung und Gestaltung des Leistungskataloges/der Leistungserstattung



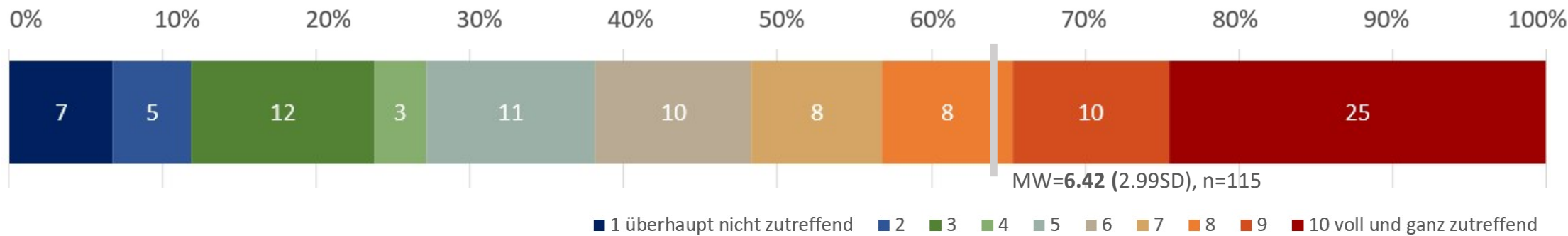
Die **Fachgesellschaft** ist eine **unbeeinflusste, unabhängige Instanz**, die evidenzbasiert und objektiv medizinische und fachpolitische Sachverhalte nach außen hin darstellt und vertritt



Die **Fachgesellschaft (ÖGDV, Arbeitsgruppen)** nimmt eine **objektive Position** hinsichtlich der Bewertung des medizinischen Bedarfes sowie des Nutzens neuer Medikamente ein



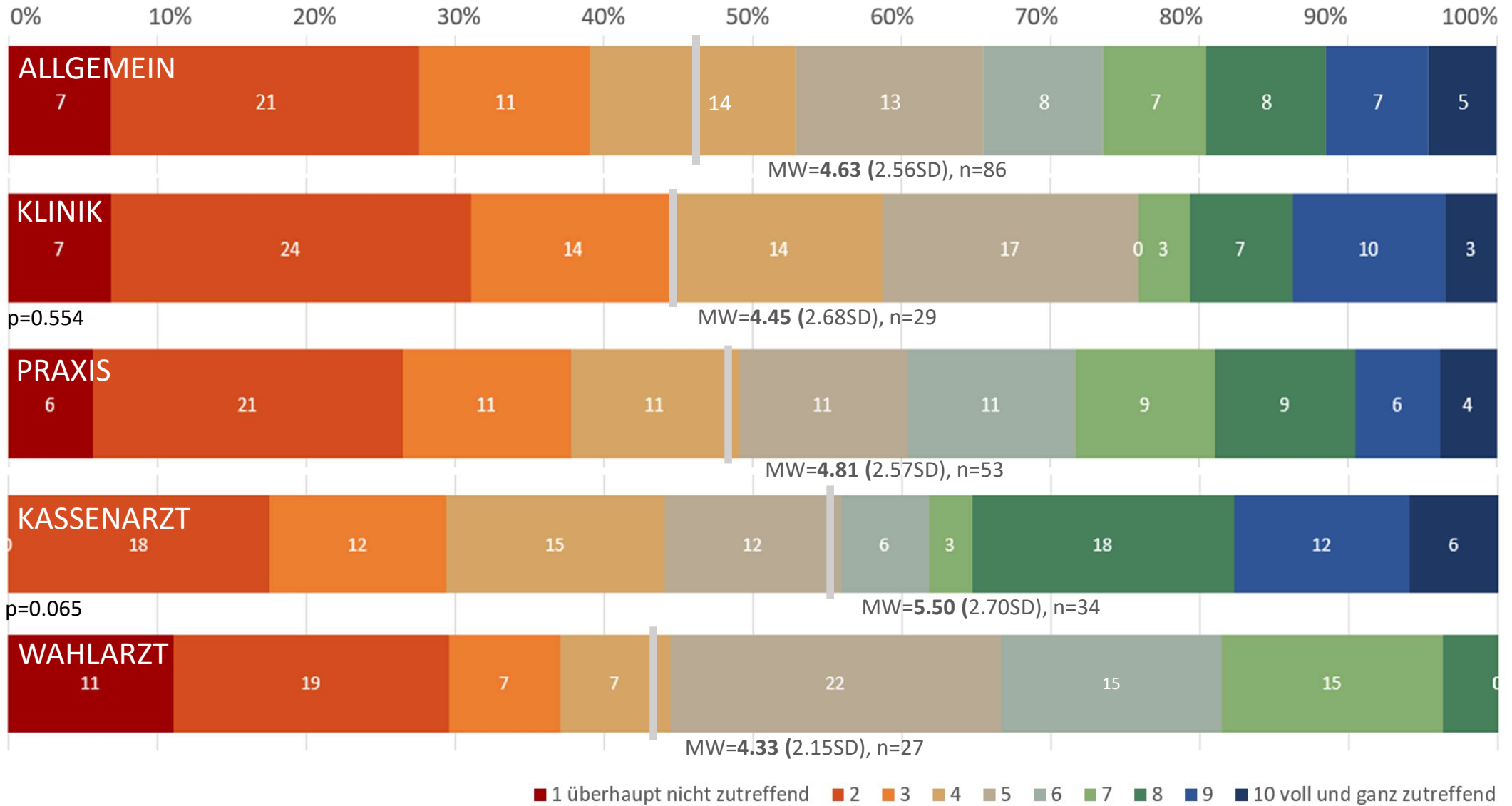
*Ökonomisierungsbestrebungen und Effizienzdruck gefährden die **Unabhängigkeit meiner ärztlichen Entscheidung***



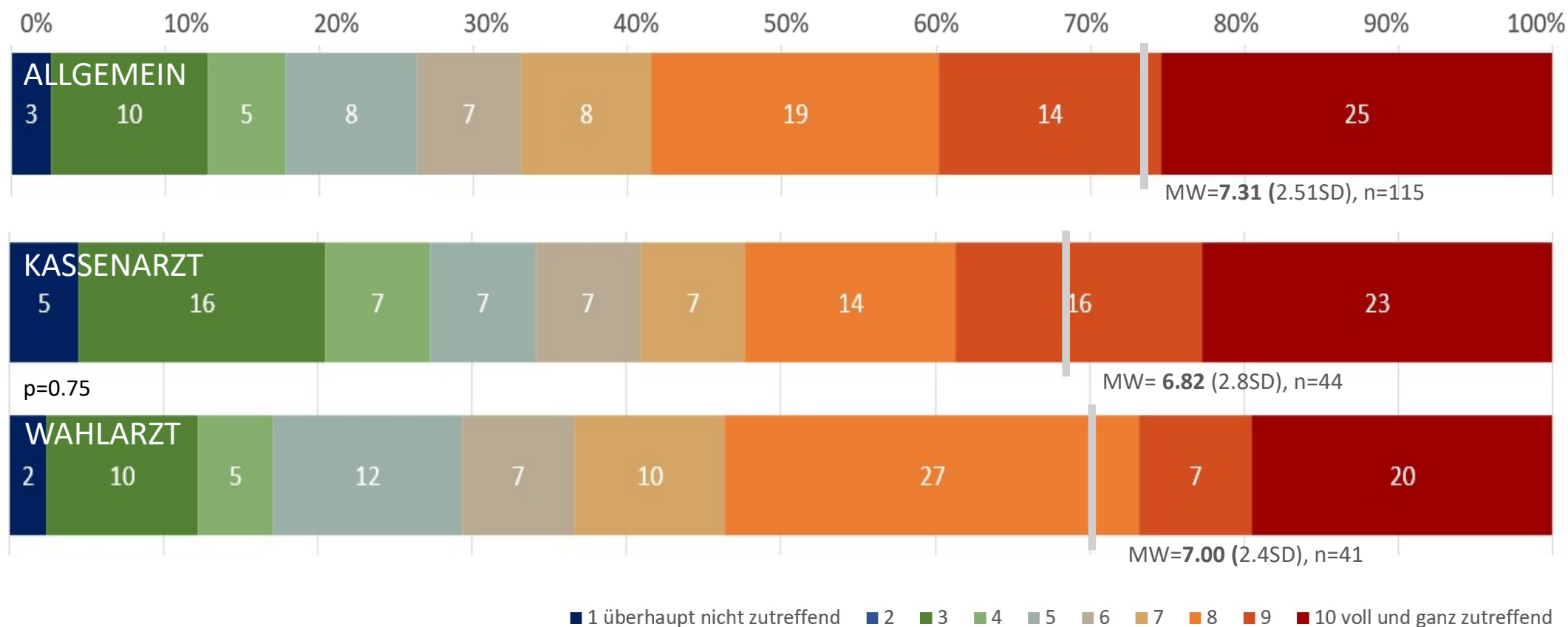
*Die Verteilung von Ressourcen auf Basis gängiger gesundheitsökonomischer Bewertungskriterien fördert Effizienz, Qualität und bedarfsgerechte Versorgung*



Die **Akutversorgung** dermatologischer Patient:innen im niedergelassenen Bereich ist **ausreichend zeitnah** möglich



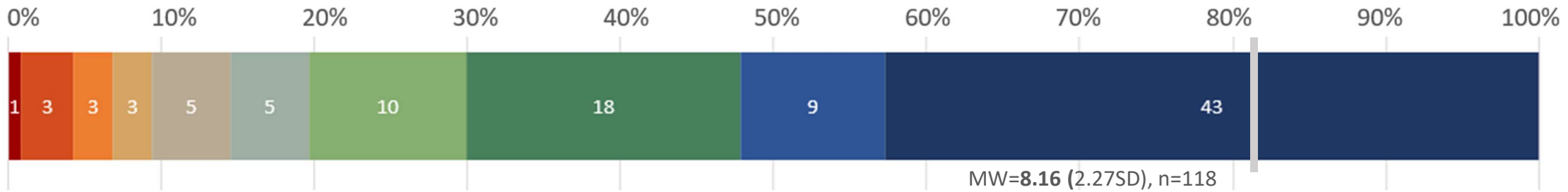
**Wartezeiten auf Facharzttermine für Kassenleistungen sowie Entwicklungen hin zu einer Zweiklassenmedizin schränken die dermatologische Versorgungsqualität relevant ein**



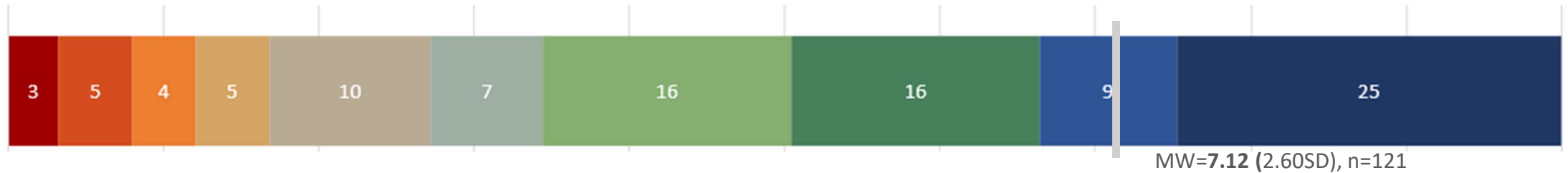
p=0.75



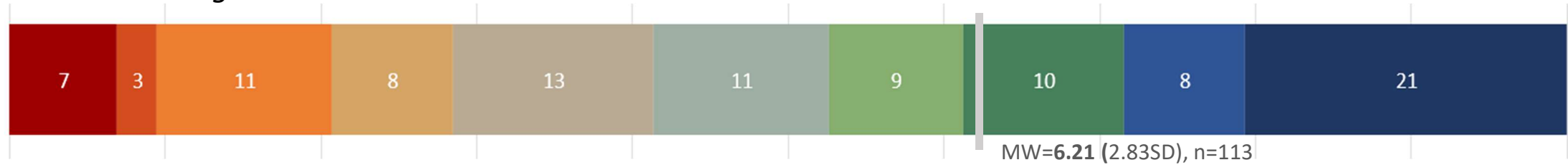
**Maximalversorgung** erfordert zunehmend Zuzahlungen und **private Gesundheitsausgaben**



**Adäquate Versorgung** erfordert zunehmend Zuzahlungen und **private Gesundheitsausgabe**



Die Zugänglichkeit des Gesundheitssystems für **marginalisierte Bevölkerungsgruppen** ist ausreichend niederschwellig



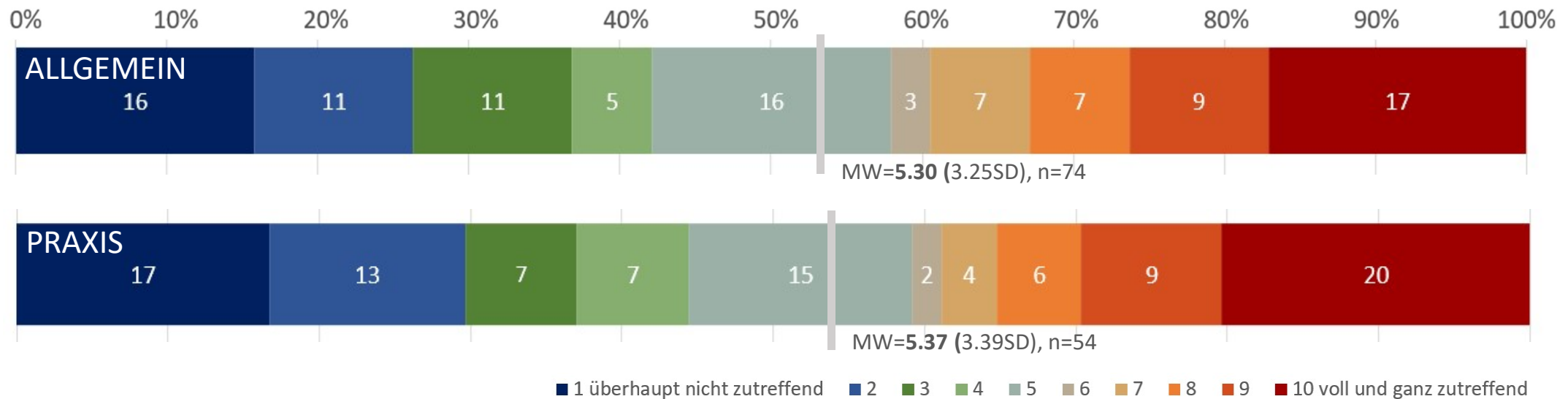
■ 1 überhaupt nicht zutreffend 
 ■ 2 
 ■ 3 
 ■ 4 
 ■ 5 
 ■ 6 
 ■ 7 
 ■ 8 
 ■ 9 
 ■ 10 voll und ganz zutreffend

# Ressourcen: Finanzmittel

- Folgen

- „Versorgungskritische **Nachbesetzungsproblematik**“
- „**Ausweichen** auf Kosmetik und Privatmedizin (dafür Bashing)“

*Die Vergütungssystematik erfordert von mir mehr als gewollt privatärztliche Leistungen zu erbringen und dadurch mein kassenärztliches Leistungsangebot einzuschränken*

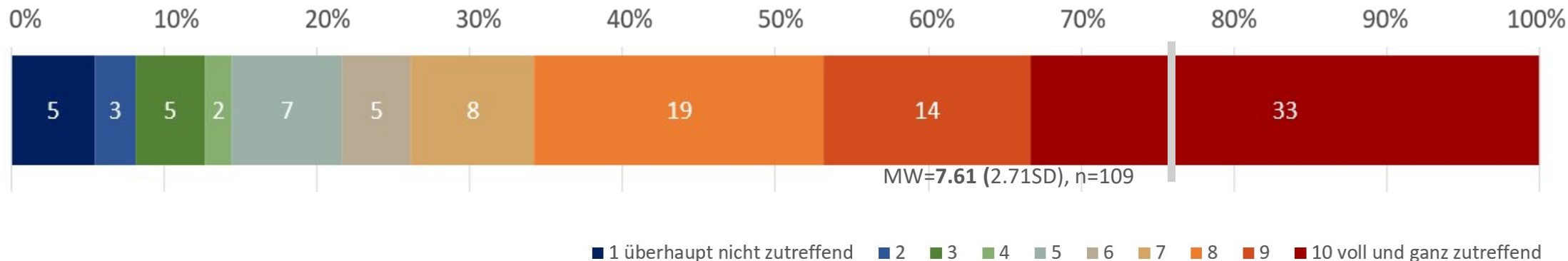


# Ressourcen: Finanzmittel

- **Fehlanreize**

- „Nicht die Beste, sondern lohnendste Strategie wird für den Patienten ausgewählt“

*Vermehrte **Privatisierungen** führen zu kommerziellen Fehlanreizen innerhalb der Gesundheitsversorgungsstrukturen*



# Ressourcen: Finanzmittel

- **Folge: Ästhetik als Fokus**

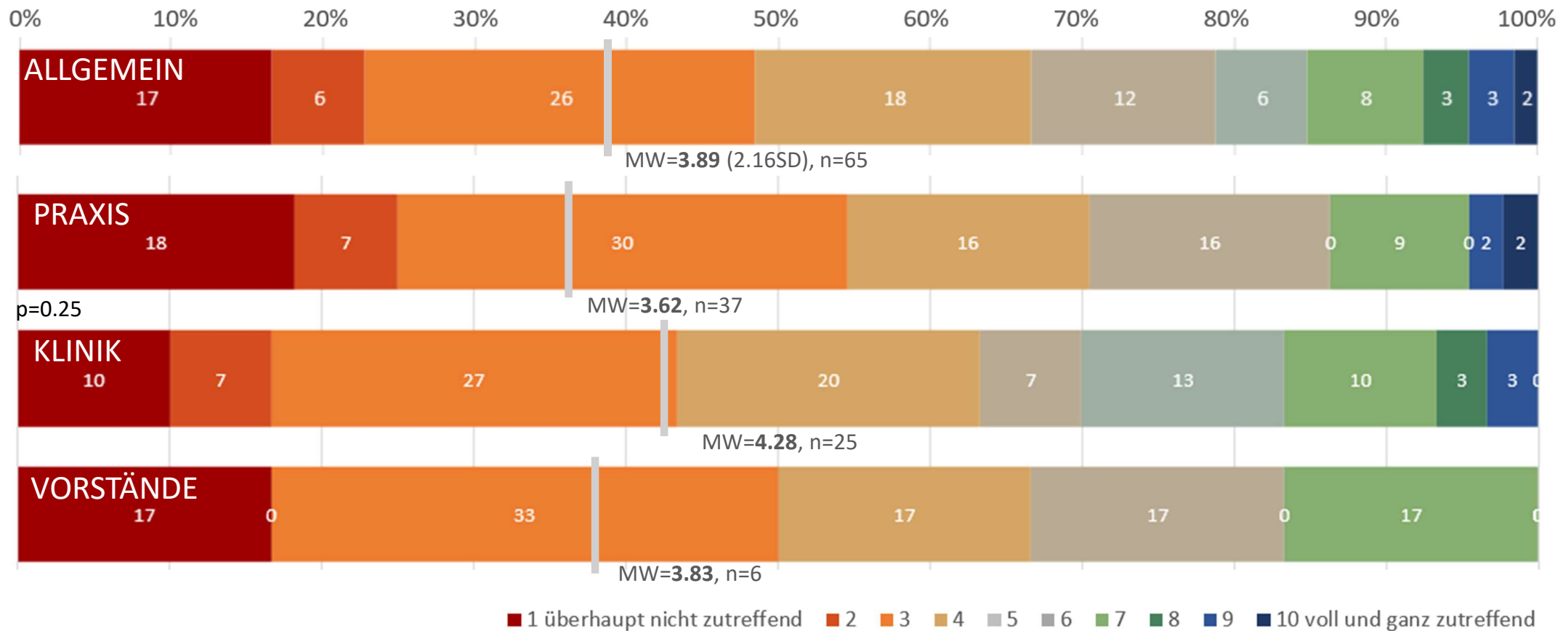
- „**Vernachlässigung** klassischer Dermatologie“ > Übernahme durch Dritte
  - Gesellschaftlich-soziale Relevanz von Körpergestaltungstrends und Selbstoptimierung
  - „Mangelnde **Kompetenz** und **Erfahrung** und mangelnde **Honorierung** führen zur **Verkleinerung** des breiten Faches (Allergologie, Wundmanagement, STI)“

# Ressourcen: Bettenverlust stationär

- **Ambulantisierung, weniger Belegungstage** als Strategie zur Ressourcenoptimierung
  - CAVE absehbarer demographischer Bedarf, Mangel an extramuralen Versorgungsstrukturen

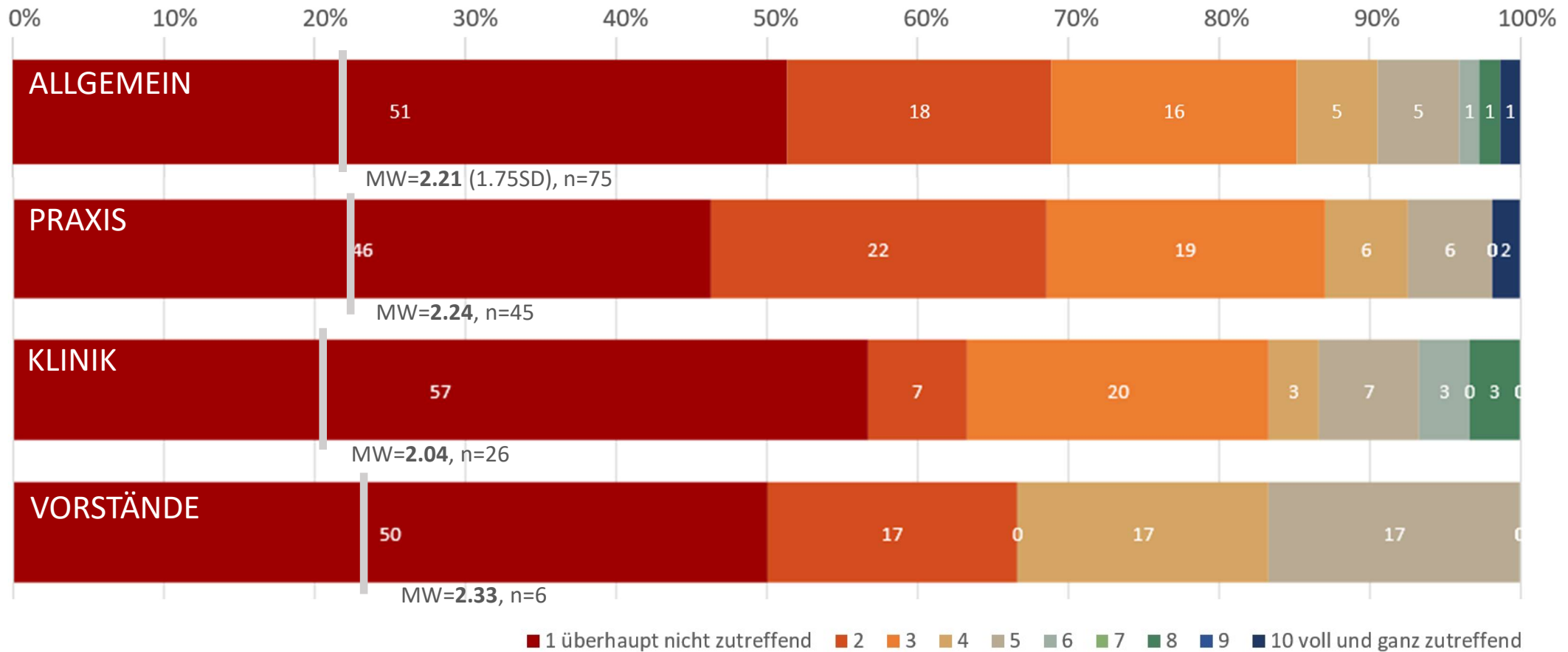
# Ressourcen: Bettenverlust stationär

Das **Ambulantisierungspotenzial** wird nach medizinischen Kriterien definiert und zweckmäßig ausgeschöpft



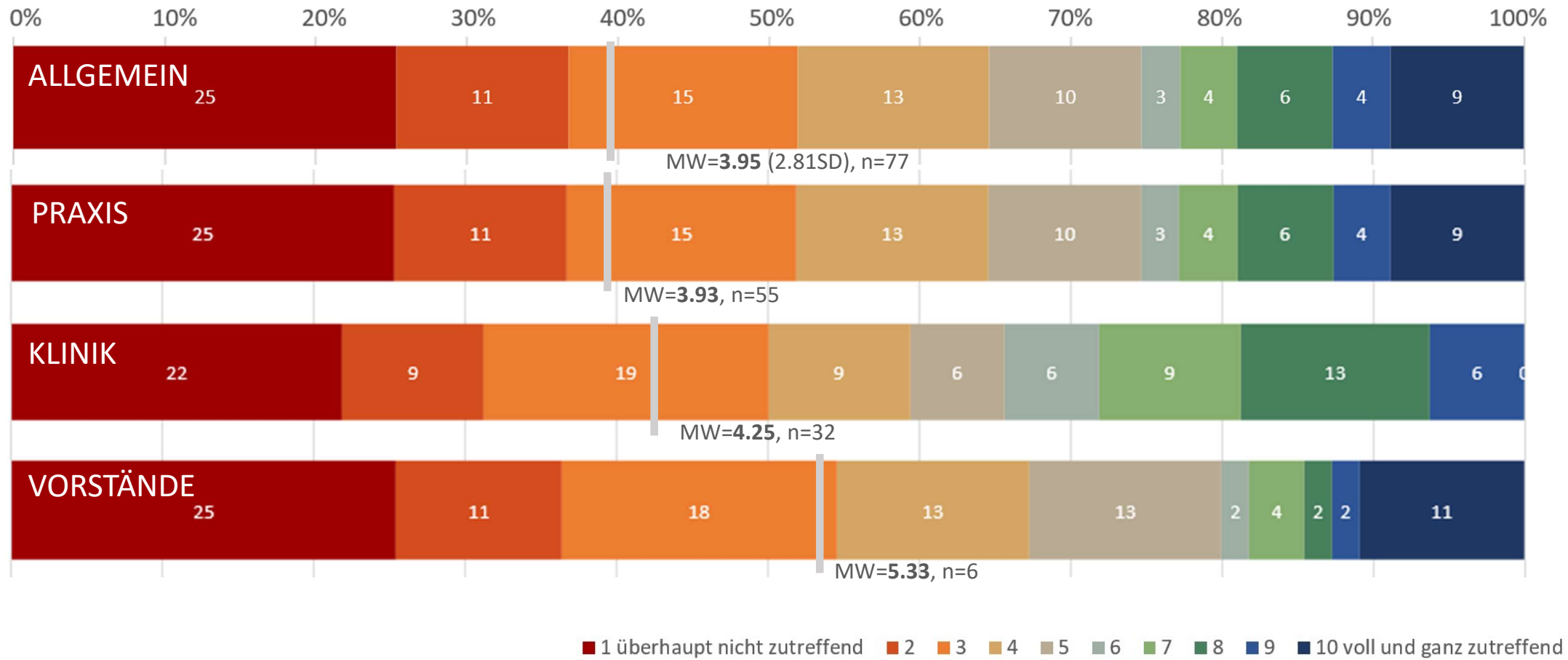
# Ressourcen: Bettenverlust stationär

Der Abbau von Spitalsbetten wird durch **strukturelle Begleitmaßnahmen** unterstützt, die die Versorgungsqualität absichern



# Ressourcen: Bettenverlust stationär

*Die Ressourcen/Kapazitäten für stationäre Versorgung sind ausreichend*





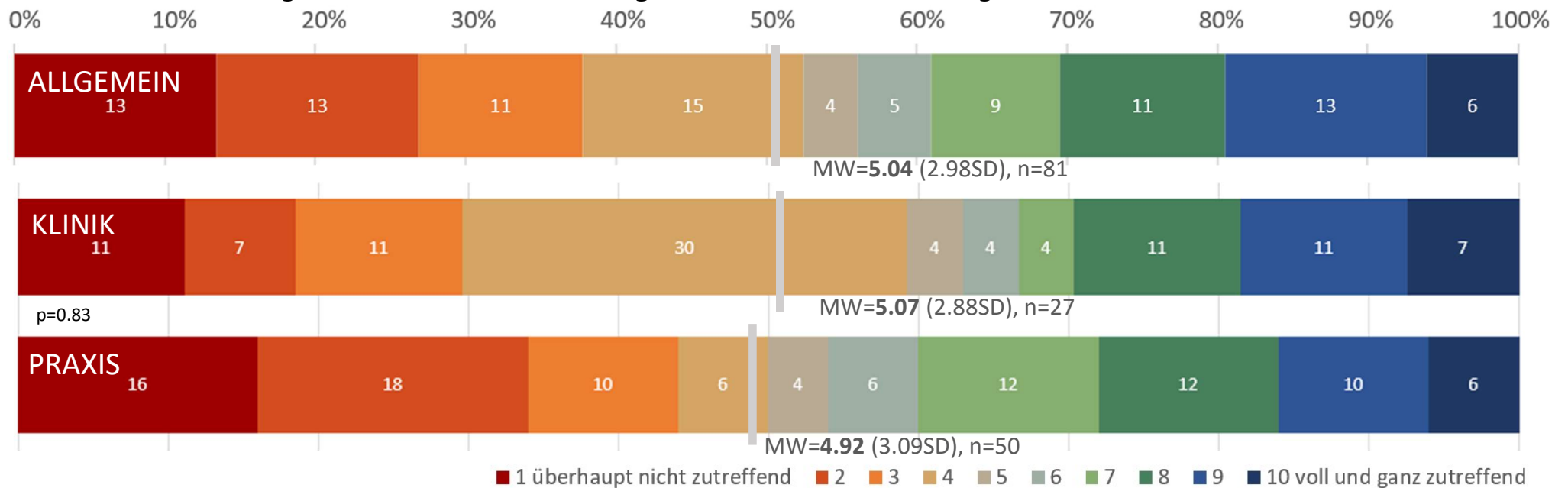
# Ressourcen: Bettenverlust stationär

- „Mangelnde **Kapazitäten** für versorgungsrelevante, breite **Ausbildung**“ (Zeit, ärztlicher Personalabgang, Infrastruktur/Betten)
  - „**Arbeitszeitgesetz** macht es unmöglich in vorgegebener Zeit umfassend auszubilden“
  - „Kombination aus **Notwendigkeit der weiteren Spezialisierung** und dem **Mangel an Fachärzten** im Vergleich zu früher führen teilweise zu erschreckend geringen **Redundanzen** und Assistenzärzte müssen früher und mehr Verantwortung übernehmen“
- 
- > Kompetenzverlust (klassische Diagnostik, „Hand anlegen“)
  - > Übernahme durch andere Fächer
  - > Zugangsbeschränkungen

# Fehlverlagerung

- „Durch **fehlende Incentives** im nicht-privaten Bereich müssen die **rarefizierten Kassen-/Spitalsärzte** mehr schultern als notwendig“
  - „**Fehlverschiebung** von trivialen Krankheitsbildern in den tertiären Bereich oder sogar notfallmedizinischen Bereich, **Ausnutzung der Universitätsmedizin für Basismedizin**“

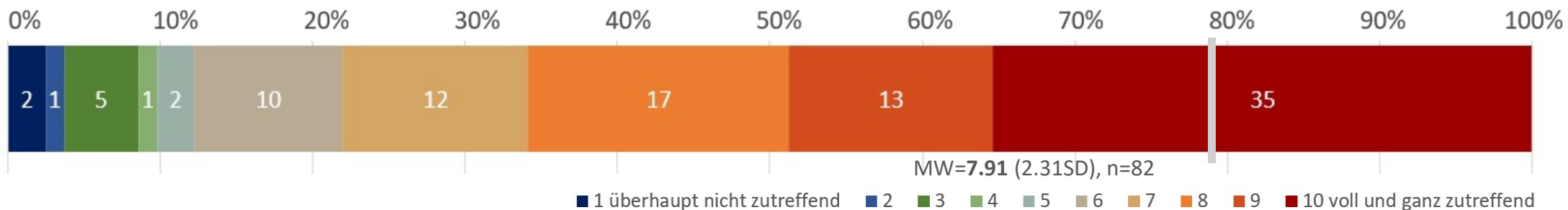
*Patient:innen, welche derzeit die dermatologischen Abteilungen im Spital und an den Universitätskliniken aufsuchen, können zum überwiegenden Teil **nicht im niedergelassenen Bereich** versorgt werden*



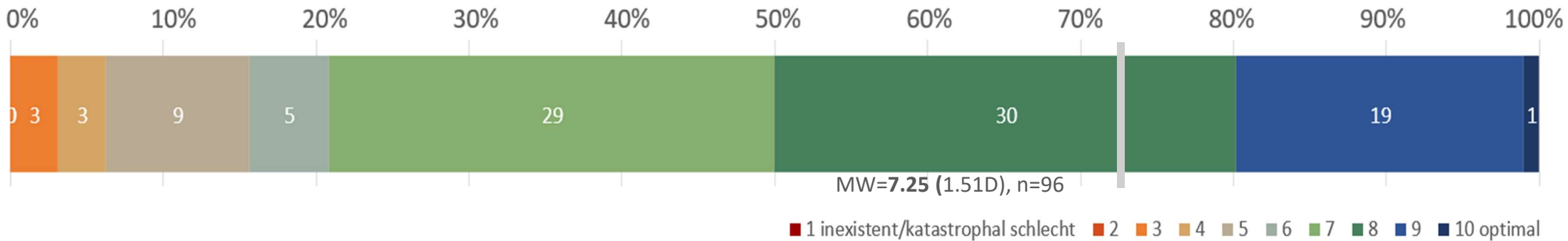
# Fehlverlagerung

- „Durch **fehlende Incentives** im nicht-privaten Bereich müssen die **rarefizierten Kassen-/Spitalsärzte** mehr schultern als notwendig“
  - **Langzeitlieger** aufgrund von Krankheitslast/Multimorbidität, fehlenden Versorgungsmöglichkeiten in anderen extramuralen Bereichen
  - **Versorgungsengpass, Wartezeiten** (Akutbehandlung und ambulante Weiterversorgung im Kassensystem)
  - **Unter-/Übersversorgung**

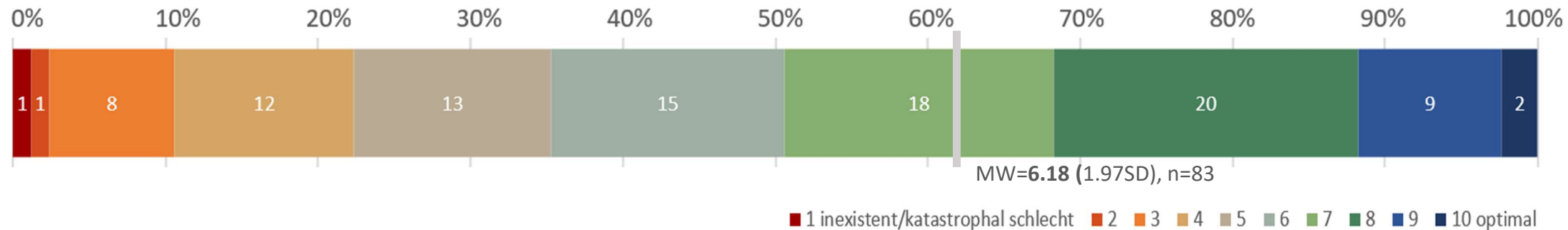
*Unterversorgung* (z.B. im ländlichen Raum, intra-/extramuraler Bereich), *Übersversorgung* (z.B. Nichteinhaltung medizinischer Versorgungshierarchie) und Fehlverteilung nach Fachgebieten und zwischen den Regionen stellen auch in der Dermatologie ein zunehmendes Problem dar



## Wie beurteilen Sie die **Qualität** der dermatologischen Versorgungsleistung in Österreich?



## Wie beurteilen Sie die **Effizienz** der dermatologischen Versorgungsleistung in Österreich?

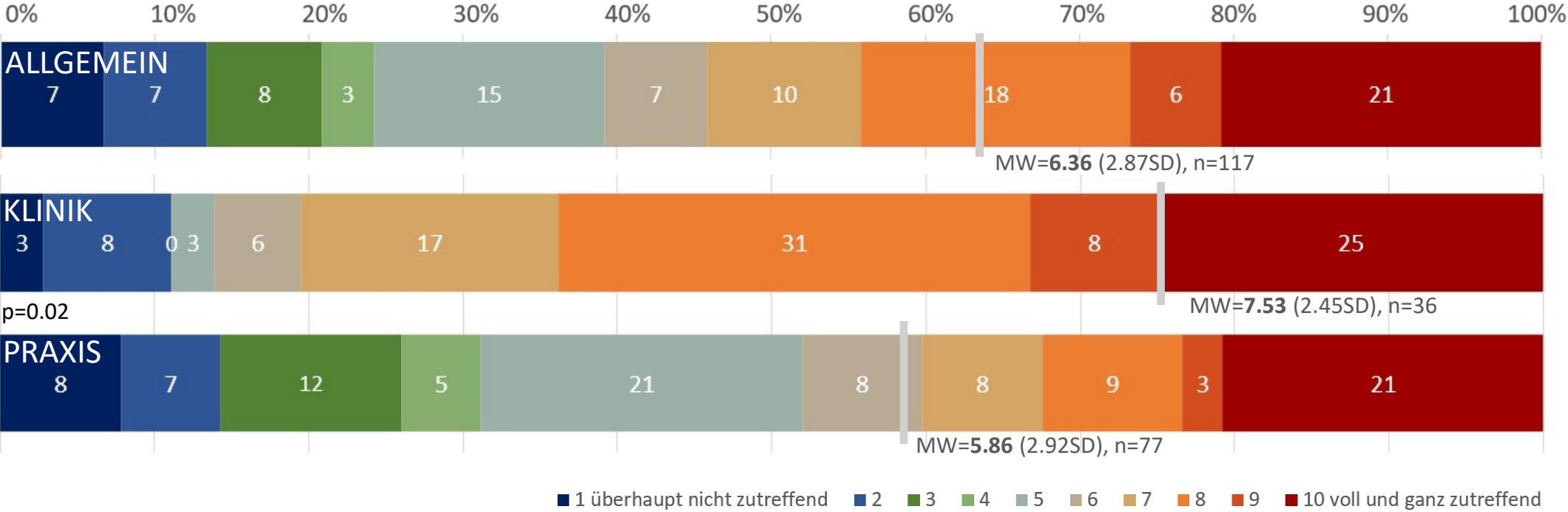


# Maßnahmenempfehlungen

- Freitext: Maßnahmen allgemein
  - „**Politische Entscheidungen** müssen an **Expertenrat** gebunden sein“
  - „**Finanzierung aus einer Hand**“ (vs Ping-Pong intramural ↔ extramural)
  - „Keine Einmischung in den **freien Beruf** als Arzt“
    - **Unternehmertum**, Selbstständigkeit, Eigeninitiative
- Anpassung **Leistungskatalog**
- **Deregulierung**
  - „Unregulierter **Zusammenschluss** mehrerer Ärzt\*innen (Praxiskooperationen nicht Gemeinschaftspraxis), **Teilung (flexibler) Kassenverträge** nach freiem Ermessen unter mehreren Ärzt\*innen (keine Deckungen)“
  - „Aufhebung der **standortbezogenen** Kassenarztstellen/maximalen Ordinationsstandorte/des **Scheinlimits**“ bei prinzipiellem Mehrbedarf durch extramurale Verlagerung
  - „**Freigabe** zur Erbringung auch umfangreicher, spezialisierter und adäquat honorierter **Leistungen** im niedergelassenen Bereich (bedeutend effizienter als im Spital)“
  - „**Kassendermatologen** auch nach 70 arbeiten lassen wenn sie es wollen“
- **Patientenlenkungsbedarf**
  - Zugangspfade (Akutversorgung in Niederlassung, Hierarchie)

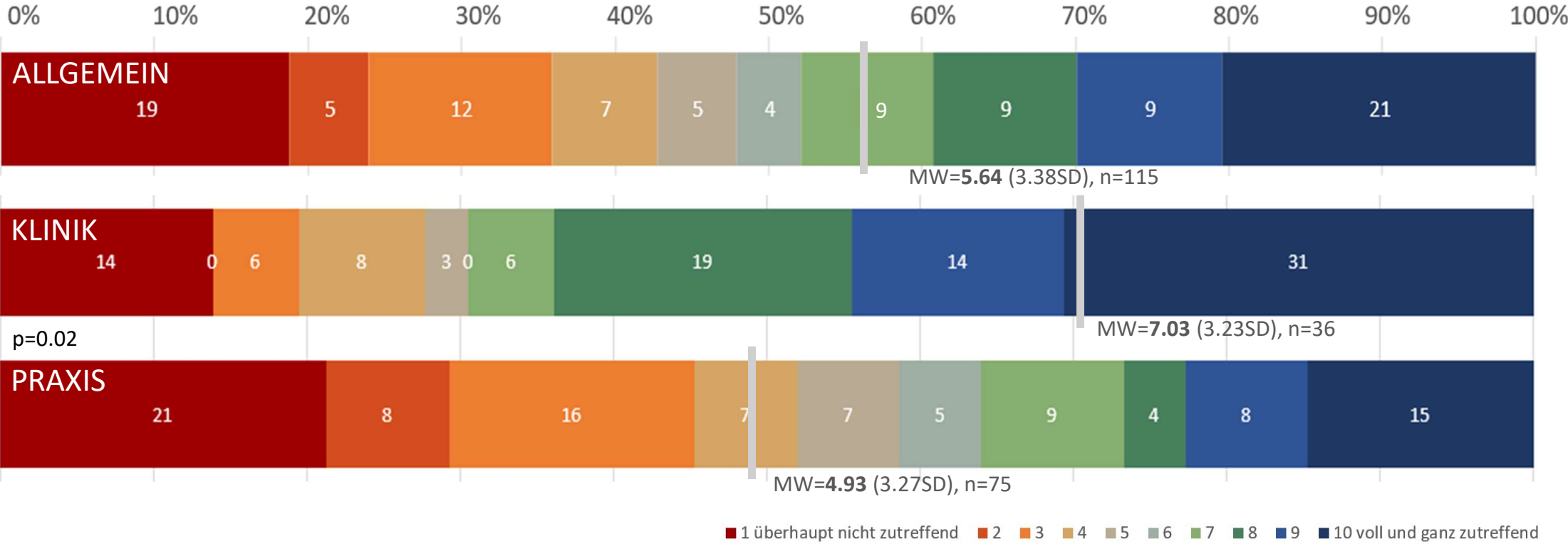
# Patientenlenkungsbedarf

Die Möglichkeiten der Inanspruchnahme dermatologischer Leistungen in Praxis und Klinik durch Patient:innen halte ich für **unzureichend reguliert und zu wenig begrenzt**



# Patientenlenkungsbedarf

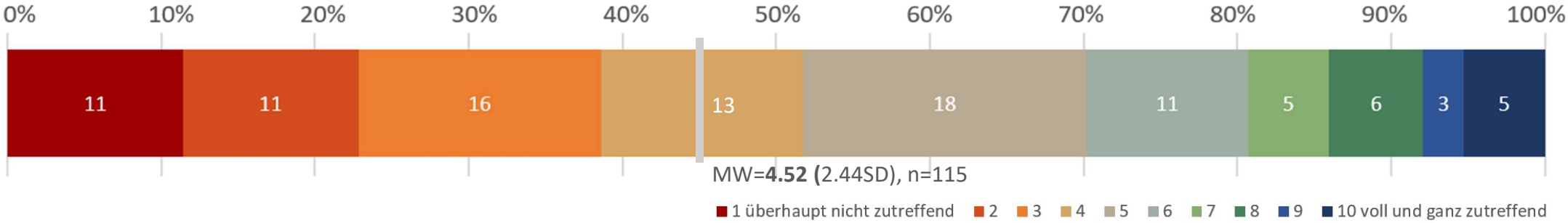
*Ich wünsche mir eine **verstärkte Regulierung des Zuganges** von Patient:innen zu Gesundheitsleistungen durch **vorgelagerte Lotsen** (z.B. Tel 1450 oder / und KI-basierte Triagealgorithmen) und **Einhaltung strukturierter Zugangspfade***



# Patientenlenkungsbedarf

- Durch (frühzeitige) **Triagierung** oder Übernahme durch andere Fachgruppen, **Drittanbieter** („Serviceanbieter“ ob Wartezeiten, z.B. Wundmanager)
- **Health literacy** steigern („Zunahme von Banalitäten“)

*Es werden **ausreichend Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz** unserer Patient:innen und von präventivem Gesundheitsverhalten (z.B. Hautkrebs, UV-Schutz, HPV, Barrierschutz, STI) gesetzt*



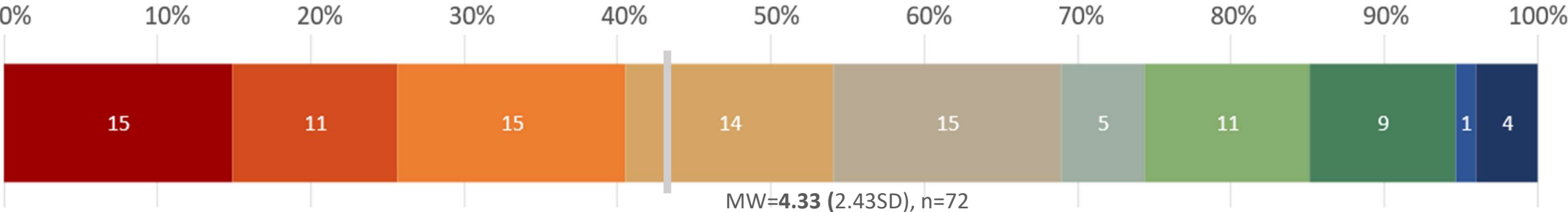
- „Einführung variabler **Selbstbehalte** für alle Kassen“



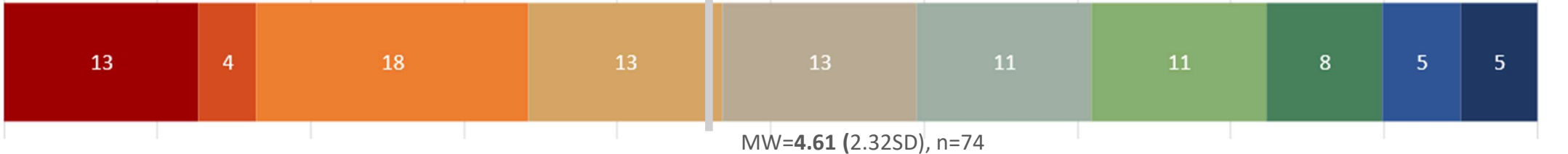
# Zusammenarbeit

- Bessere landesweite **Zusammenarbeit**/Kommunikation/ Austausch/ Erreichbarkeit (im/ausserhalb Fach, mit HA, intra/extramural)

*Die Bildung von Allianzen und Kooperationsstrukturen unter den **Kliniken/Abteilungen** bzw. zwischen **Niederlassung und Kliniken/Abteilungen** (z.B. für Konsile) funktioniert **zielgerichtet und unkompliziert***



*Die Bildung von strategischen Allianzen mit **anderen Disziplinen** funktioniert **gut***

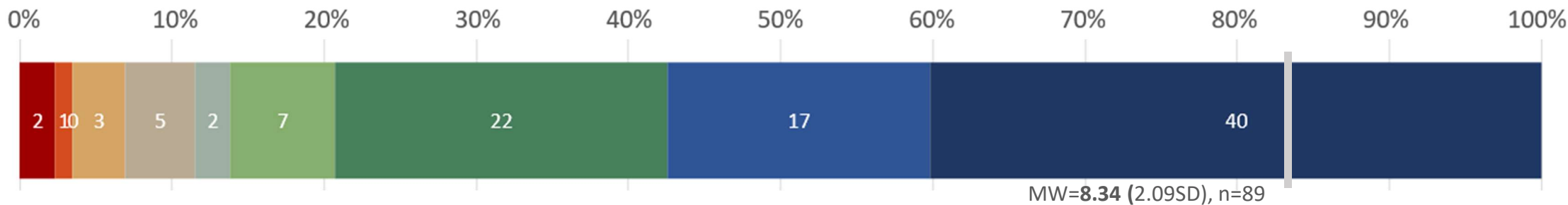


1 überhaupt nicht zutreffend 2 3 4 5 6 7 8 9 10 voll und ganz zutreffend

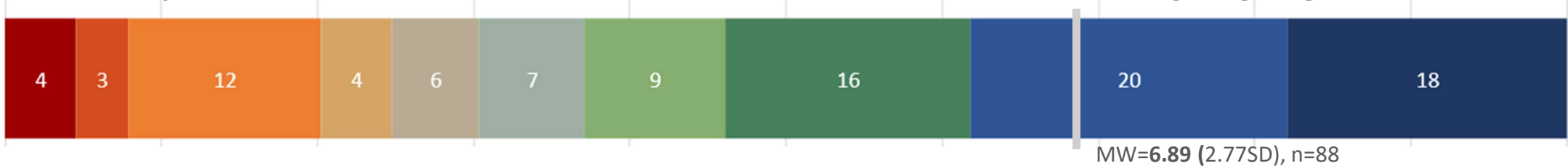
# Zusammenarbeit

- „Regelmäßiger **unbürokratischer Info-Austausch** bezgl. möglicher oder erbetener Leistungen“ (in Praxis oder Spital), Telekonsile, Notfallpatienten

*Für schwierige bzw. spezielle Fragestellungen oder Zweitmeinungen sind mir **Expert:innen / Kompetenzzentren / Spezialambulanzen** bekannt*



*...und diese für mich und meine Patient:innen ausreichend niederschwellig **zugänglich***

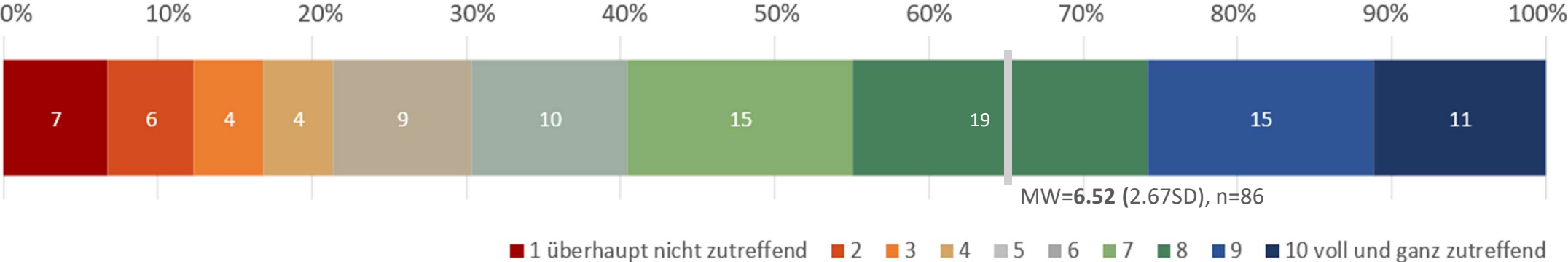


1 überhaupt nicht zutreffend 2 3 4 5 6 7 8 9 10 voll und ganz zutreffend

# Zusammenarbeit

- „Regelmäßiger **unbürokratischer Info-Austausch** bezgl. möglicher oder erbetener Leistungen“ (in Praxis oder Spital), Telekonsile, Notfallpatienten

*Komplexe Behandlungen werden auf **spezialisierte Kliniken/Institutionen** konzentriert (Zentrumsbildung), was die **Versorgungsqualität erhöht***



# Zusammenarbeit

- „Regelmäßiger **unbürokratischer Info-Austausch** bezgl. möglicher oder erbetener Leistungen“ (in Praxis oder Spital), Telekonsile, Notfallpatienten
  - „Annahme von **Facharztzuweisungen**, bevorzugte Begutachtung bei Facharztzuweisung von kompetenten Kollegen und nicht von Assistenten am Beginn der Ausbildung“
- „**Vertretung** von Spitals-, Kassen-, Wahlärzten“ in Fachgesellschaft
  - Fachgesellschaft + Fachgruppe
- „Breitere **Einbindung** der Kollegenschaft in **Entscheidungen**“ (online Befragungen)
- Angemessene **Triage durch Hausärzte** („Kapazitäten/Kompetenzen schärfen“)
- National abgestimmte **Schwerpunkte/Hochtechnologie** der Kliniken, „die aber weiterhin gesamtes dermatologisches Spektrum anbieten“
- „**Kooperationsmodelle** mit den Kassen (vorgelagerte Ordinationen als Joint Venture Krankenhaus/Kassen)“

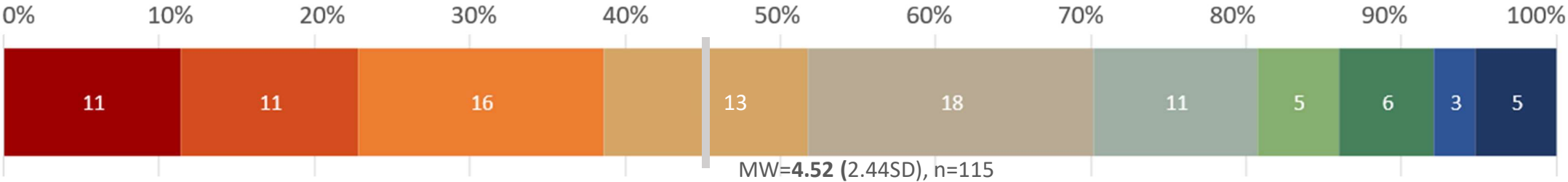
# Maßnahmenempfehlungen

- **„Praxisgründungsunterstützung**, Zurverfügungstellung von Ordinationsmitarbeitern durch Versicherung, Entsendung von Optimierungsbeauftragten; technische Funktionalität und Servicierung EDV e-card/ELGA Anbindung“
- **„Bürokratieabbau** gemäß Empfehlung einer zu schaffenden Arbeitsgruppe der ÖGDV“
- Spitäler
  - „Primariate aufrechterhalten, stationäre Kapazitäten, Spezialexpertisen halten/ausbauen, Zentrumsbildung“
  - „Ambulanzzeiten auf 8:00 bis 17:00 ausdehnen (ausreichend bezahlen)“
  - „Attraktivere und konkurrenzfähigere Gestaltung der Arbeit (Gehalt, flexible Arbeitszeitmodelle, Möglichkeit extramuraler Beschäftigung)“
- **Ambulante Versorgungsstrukturen** aus- bzw. aufbauen
  - „Wundversorgungszentren auf Kasse, Hauskrankenpflagedienst“
  - **„Eigeninitiativ** ohne aufgezwungene „Klein-Polikliniken““

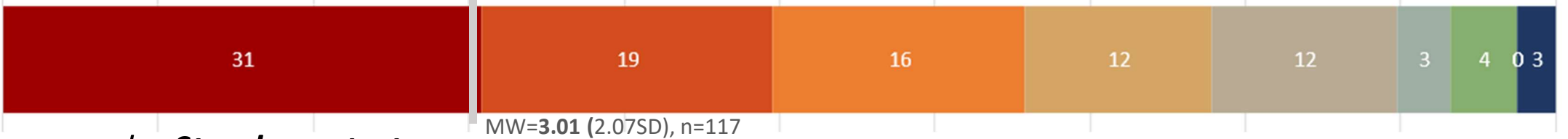
# Maßnahmenempfehlungen

- **Ausbildung**
  - „Verpflichtende Ausbildung in einer **Lehrordination** bis zu 1 Jahr, Gehaltsregelungen (z.B. Nachtdienste während Lehrpraxis)“
  - „**Ausbildungsschlüssel** an Versorgungsbedarf anpassen“
  - „Dermatologisches **Modul in Basisausbildung** (HA, andere FA)“
  - „Strategische **Ausbildungsschwerpunkte** stärken“ (Dermatohistopathologie, Allergologie, Dermatoonkologie, Dermatochirurgie, Gutachtertätigkeit)
- **Fachgesellschaft**
  - „**Standardisierung** von Diagnostik, Behandlung, Nachsorgen/Kontrollen“ (Leitlinien, Informationsbögen)
    - Empfehlung der ÖGDV zur Hautkrebsvorsorge 2024
  - „Stärkung der allgemeinen **Haut- und Gesundheitskompetenz** sowie von **präventivem Gesundheitsverhalten** durch Kampagnen in Medien mit hoher Reichweite“

Es werden ausreichend Maßnahmen zur Stärkung der **Gesundheitskompetenz** unserer Patient:innen und von **präventivem** Gesundheitsverhalten (z.B. Hautkrebs, UV-Schutz, HPV, Barrierschutz, STI) gesetzt



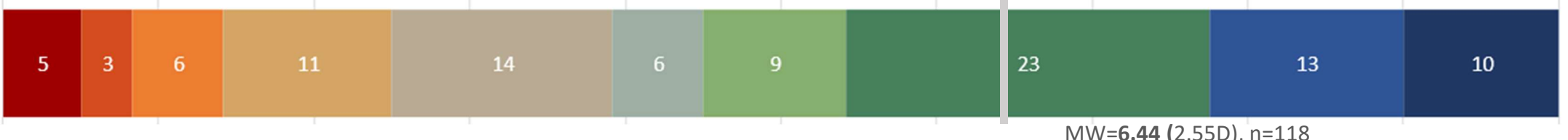
... von der **Politik**



... von der **Standesvertretung**



... von der **Fachgesellschaft**



■ 1 überhaupt nicht zutreffend ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 ■ 7 ■ 8 ■ 9 ■ 10 voll und ganz zutreffend

# Maßnahmenempfehlungen

- **Standespolitisches Engagement** in Ärztekammer und Parlament / Gesundheitsministerium
  - „Bedeutung der Dermatologie für Prävention und Behandlung **gesellschaftlich relevanter Erkrankungen**“
  - „Starker Auftritt bei Verhandlungen der **Remunerationsschemata** und gegen weitere **Einsparung** von Betten, Primariaten und Facharztposten“

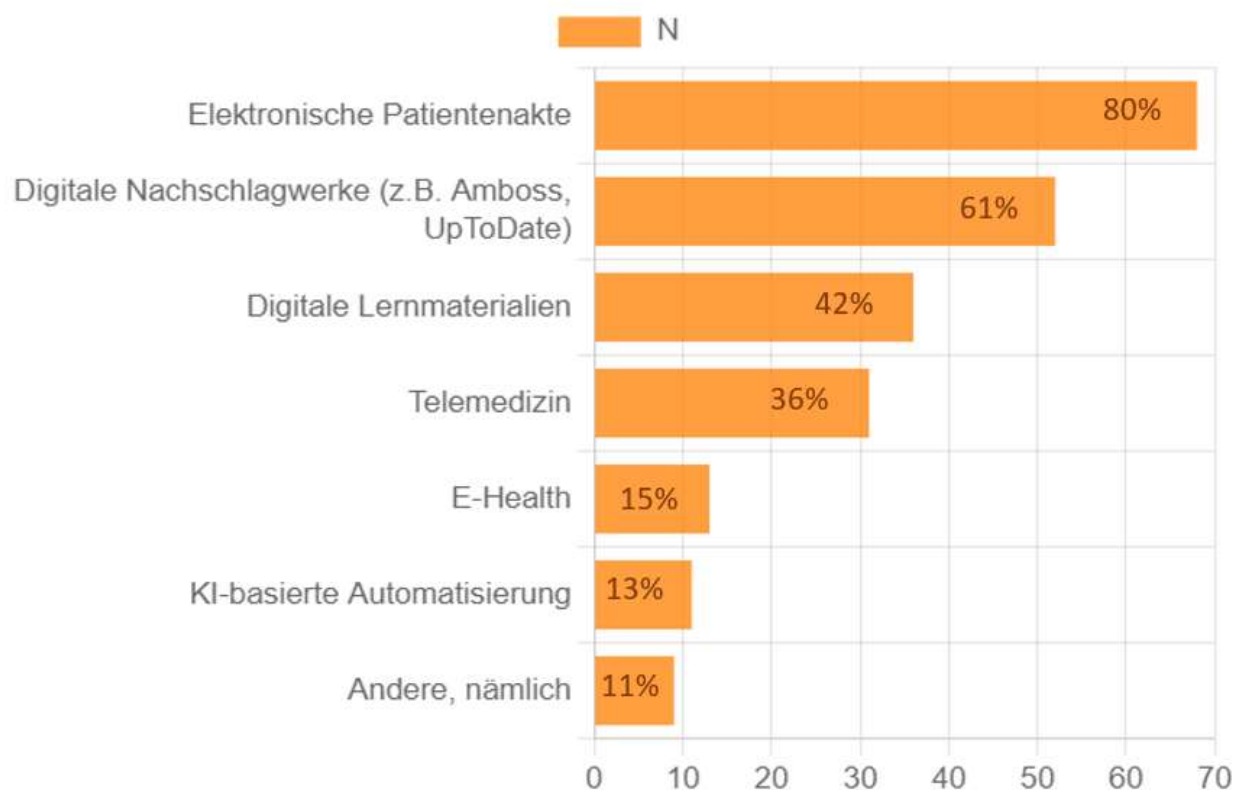


# Maßnahmenempfehlungen

- **Sicherstellung von Innovation** (Digitalisierung, Telemedizin, KI; 3D Printing, Präzisionsmedizin)
  - **Umsetzung Digitalisierung**
    - Intention
      - Erhebung, Integration, automatisierte Verarbeitung und Austausch von Daten für effizientere, zielgerichtete Diagnostik, Therapie und Prävention
      - Weniger Zeitaufwand für Administration/Dokumentation
      - Erleichterter Zugang zu gesundheitlicher Versorgung

# Welche digitalen Instrumente verwenden Sie?

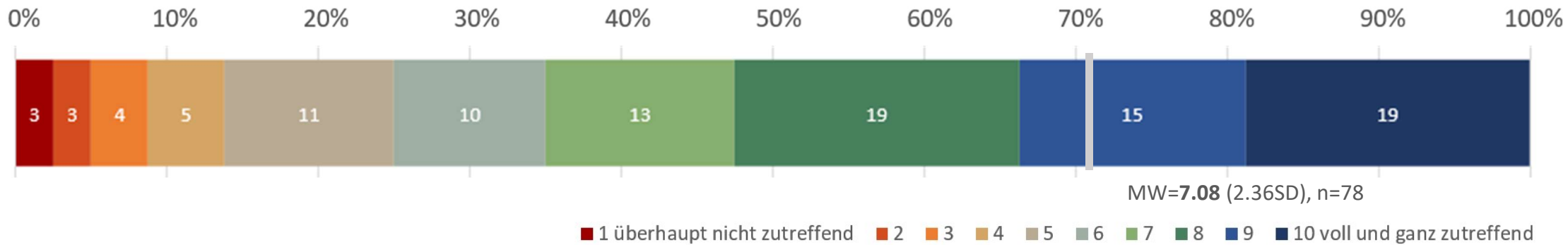
Alle gültigen Fälle (N=192)



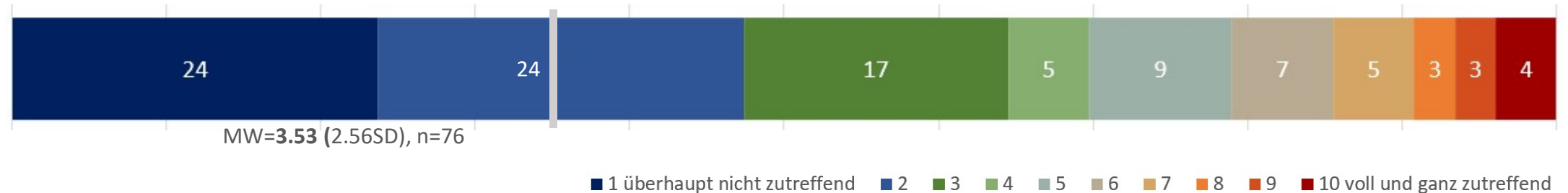
## Andere, nämlich:

„Chat GPT, Dermatoskopie, Digitale Auflichtdermatoskopie, MedCalc, SPSS, eine von einer eigenen Software Firma programmierte individuelle Softwarelösung, Onlinefortbildungen, Ordinationsprogramm, selbst programmierte Revers-Erstellung, Smartphones zur Fotodokumentation, Tablets zur Patienten-Aufklärung, digitales Trichogramm, Fotodokumentationssysteme, Ganzkörper-Screening (Fotofinder)“

## Die Digitalisierung *erleichtert* meinen beruflichen Alltag

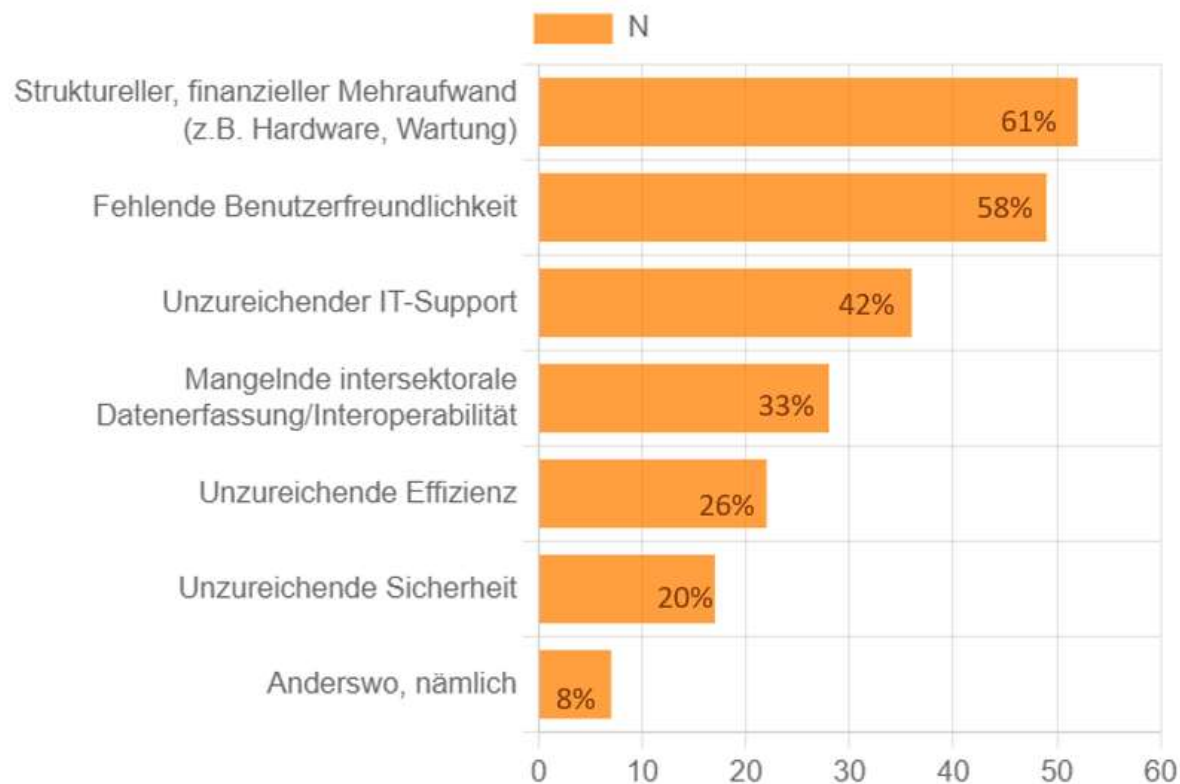


## Die Digitalisierung *überfordert* mich



# Wo sehen Sie Hemmnisse für eine wirksame Implementierung der Digitalisierung?

Alle gültigen Fälle (N=192)



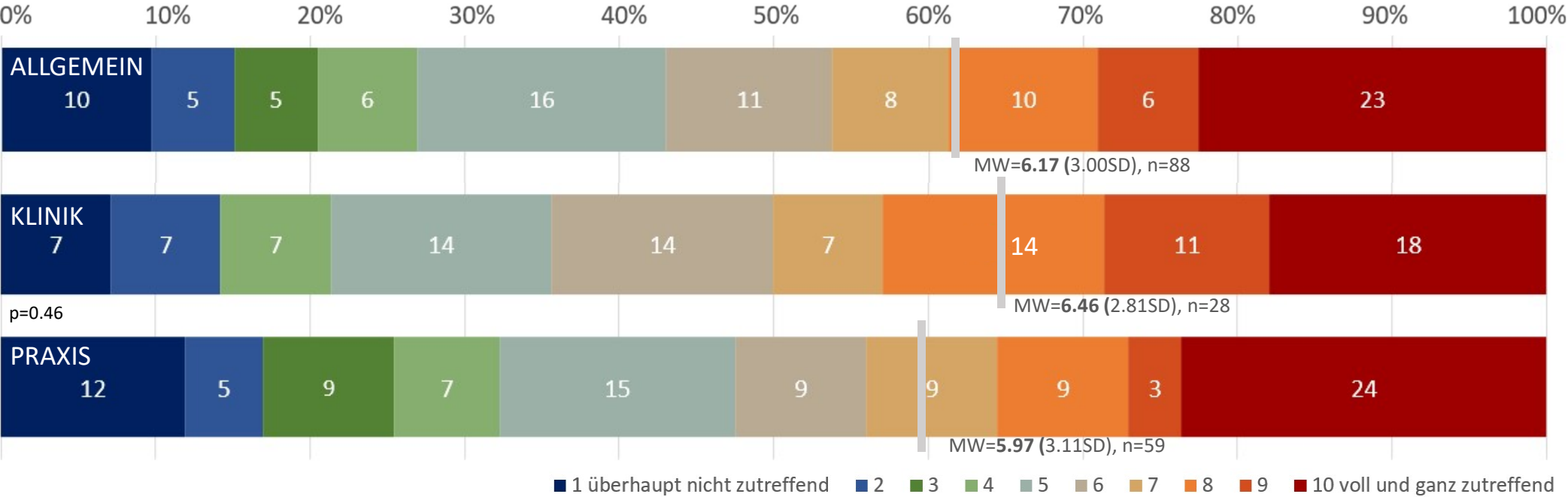
## Anderswo, nämlich:

- „Die unnötig strenge, österreichische **Datenschutzgrundverordnung**; ich fürchte mich jeden Tag, dass meine Institution gehackt werden könnte und sensitive Daten gestohlen werden könnten“
- „**Praxisferne** Gestaltung übergreifender ELGA-Projekte (Patientenakte)“
- „**Zeitaufwand**“

# Sicherstellung von Innovation

- Umsetzung Digitalisierung
  - **Digitale Dienste**

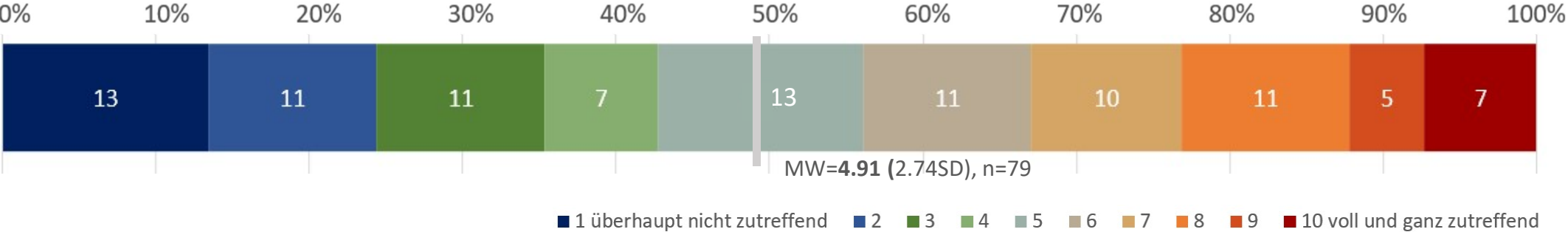
*Kommerziell orientierte, nicht-medizinische Drittanbieter/Dienstleister und **direct-to-consumer und virtual care** Angebote **unterbrechen den Kontakt** zu meinen Patient:innen und gefährden damit eine **effiziente Versorgung***



# Sicherstellung von Innovation

- Umsetzung Digitalisierung
  - **Digitale Dienste**

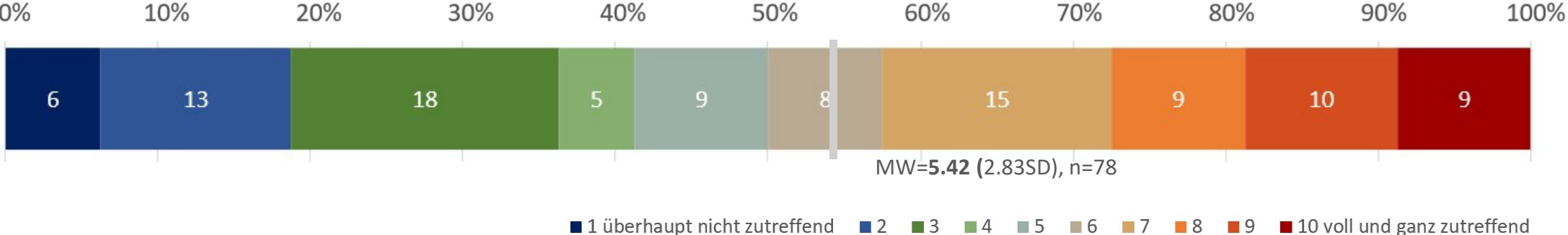
*Das **Finden und Aneignen** von relevantem und validem medizinischem **Wissen** fällt mir angesichts der exponentiellen Informations-/Datenflut **schwer***



# Sicherstellung von Innovation

- Umsetzung Digitalisierung
  - **Digitale Dienste**

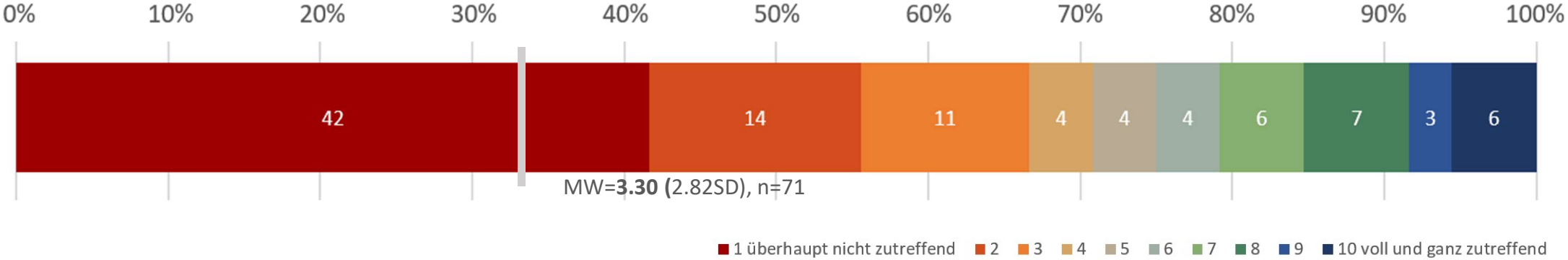
*Ich bin häufig mit medizinischen **Falsch-/Fehlinformation** durch alltagsdurchdringende Medien konfrontiert (z.B. „Dr Google“, problematische Gesundheitstrends auf Social Media, Influencende als „misinformation superspreaders“; politische Instrumentalisierung*



# Sicherstellung von Innovation

- Umsetzung Digitalisierung
  - **Digitale Dienste**

*Meine (multi-) mediale Präsenz ist ein entscheidender Faktor für den Erfolg meiner beruflichen Tätigkeit*



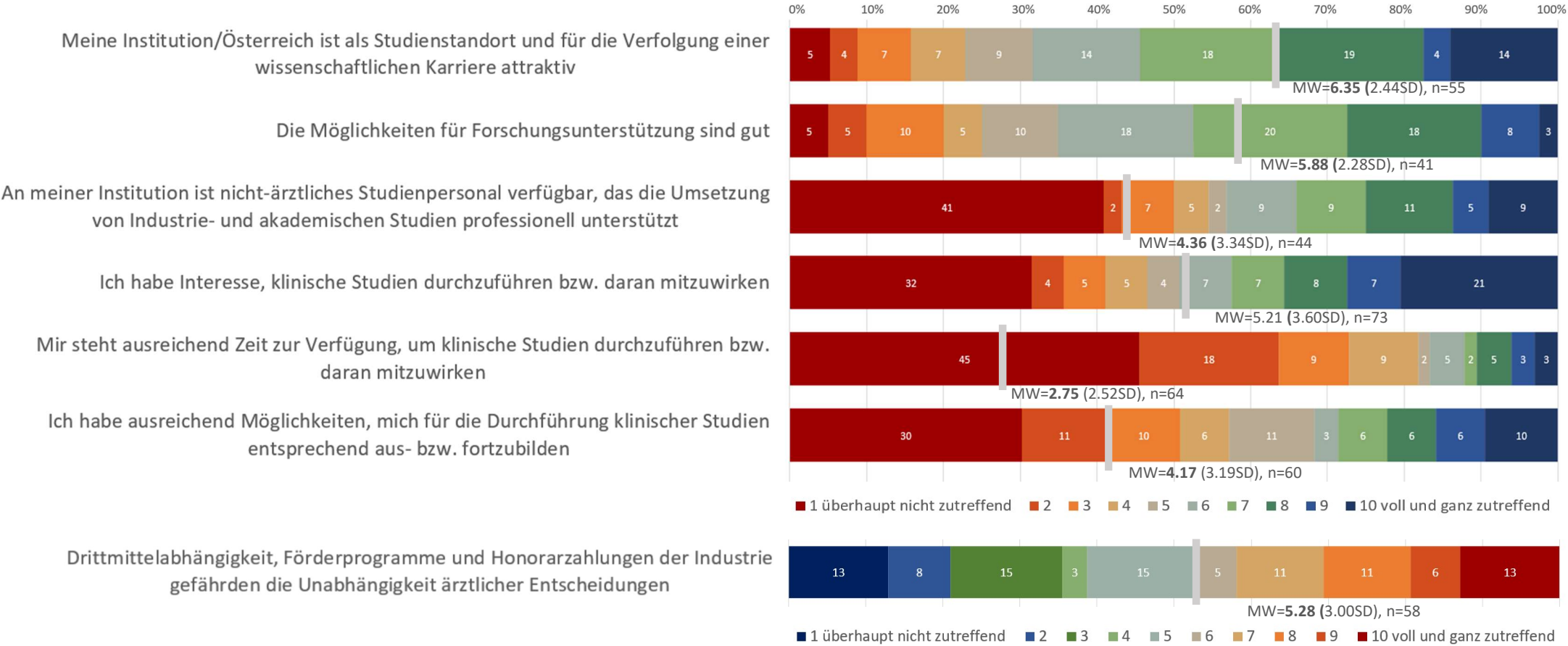


# Sicherstellung von Innovation

- Umsetzung Digitalisierung
  - **Herausforderungen: Kosten, Infrastruktur, Komplexität** innovativer Diagnostik, Therapie, Versorgung, Vorsorge
- **Regulierungs-, Dokumentations-, Ausbildungs-/Schulungsbedarf**
  - Ressourcenbedarf, technischer Support
- „Erfassung und Umsetzung von Fortschritt erfordert **Zusammenarbeit**“
  - „CAVE Finanzinvestoren“
- Automatisierung (KI) beeinflusst **Stellenentwicklung** (Umschichtungen)
- **Validitätsbeurteilung** durch Fachgesellschaft als „authoritative source“

# Sicherstellung von Innovation

- Innovation umsetzen: **Fort- und Weiterbildung, Forschung (-skultur)**



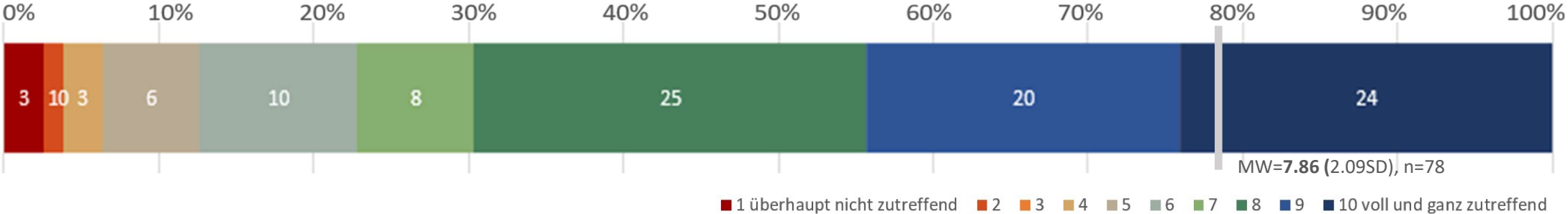
# Sicherstellung von Innovation

- Innovation umsetzen: **Fort- und Weiterbildung, Forschung (-skultur)**
  - „Mangel an nicht-ärztlichem **Forschungspersonal**“
  - „Mangel an **geschützter** Zeit“
  - „Mangel an (methodischer) **Professionalisierung**“

# Sicherstellung von Innovation

- Innovation umsetzen: **Fort- und Weiterbildung, Forschung (-skultur)**

*Das Angebot an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten ist zeitgemäß und zweckmäßig*



*... allgemeines Angebot*



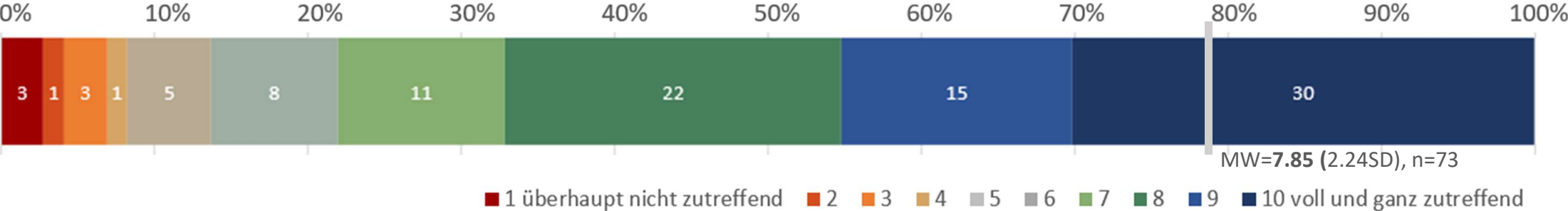
*... Angebote seitens der Fachgesellschaft (ÖGDV und Arbeitsgruppen, OEADF)*



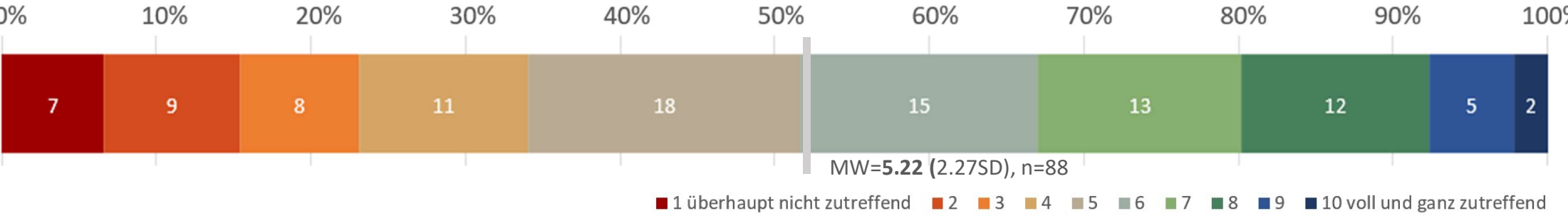
# Sicherstellung von Innovation

- Innovation umsetzen: **Industrie**
  - Existentieller Partner in Grundlagen-, translationaler, klinischer Forschung, Innovationsmanagement und Verwertung
  - Garant für Verfügbarkeit therapeutischer Innovation

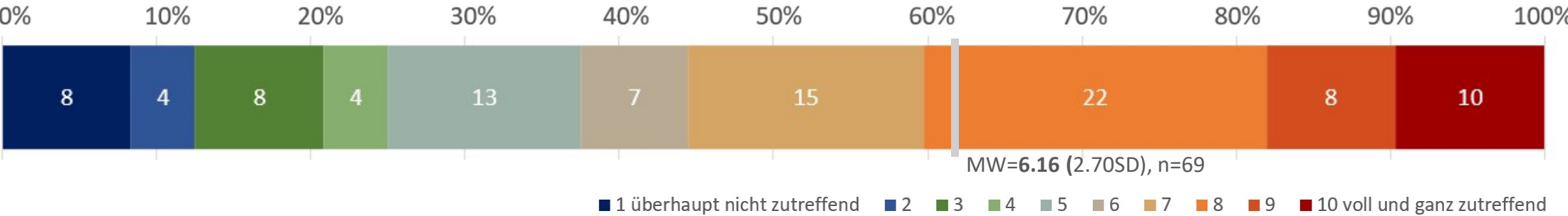
*Ich nehme die pharmazeutische Industrie als wesentlichen **Partner** für **medizinische Fortbildungen** wahr*



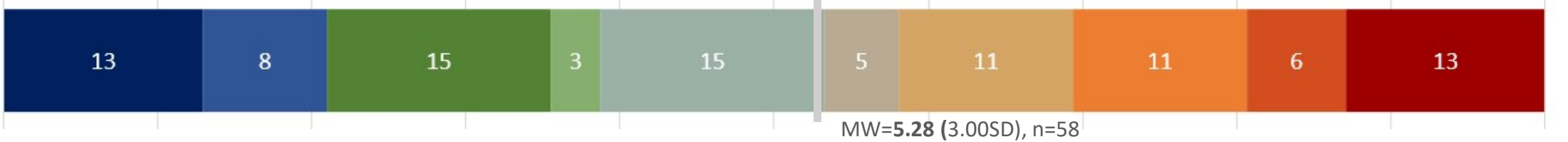
**Patient Support Programs** der Pharmaindustrie für insbesondere teure Medikamente sind ausreichend **transparent und**



Die Industrie schafft durch Schärfung der öffentlichen Wahrnehmung **künstliche bzw. unverhältnismäßige Bedarfe**



**Drittmittelabhängigkeit, Förderprogramme** und Honorarzahlungen der Industrie gefährden die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen (z.B. als wesentliches Moment der universitären Karriereförderung; Verschreibung teurer Medikamente)



# Ablauf Symposium

- Kurze **Einleitung**: Masterplan (Laimer)
- **Impulsvortrag** (Smolle)
- **Podiumsdiskussion** (Moderator: Bacher)

# Kontinuierliche Evaluation

## Impulsvortrag

### Univ.-Prof. Dr. Josef Smolle

- Abgeordneter zum Nationalrat, Bereichssprecher für Gesundheit (ÖVP) 2019-dato
- Universitätsprofessor, Medizinische Universität Graz 2006-2023
- Rektor der Medizinischen Universität Graz 2008-2016
- Facharzt für Dermatologie und Venerologie, Medizinische Universität Graz seit 1987
- Universitätsassistent, Universität Graz 1982-1987





# Kontinuierliche Evaluation

## **Podiumsdiskussion**

- Weitere Impulse durch Austausch und Kommunikation
- Sensibilisierung für Ihre Anliegen! Schaffung von gegenseitigem Verständnis.
- Keine Vergangenheitsbewältigung
- Womöglich keine Lösungen, aber Lösungsansätze

*Währenddessen hat das Auditorium die Möglichkeit, über das elektronische Kommunikationsportal Fragen zu stellen, die von Laimer zusammengefasst und aufbereitet in die Diskussion eingebracht werden*



Dr.in **Alexandra Ferdin**, MSc  
Leiterin Sektion VII  
Gesundheitssystem  
Bundesministerium für  
Soziales, Gesundheit, Pflege  
und Konsumentenschutz



Dr. **Manfred Fiebiger**  
FA für Haut- und Geschlechts-  
krankheiten, Salzburg  
Fachgruppenobmann



Dr.in **Christa Forstinger**  
FÄ für Haut- und Geschlechts-  
krankheiten, Wien



Dr. **Dejan Baltic**  
Senior Medical Director  
Amgen Österreich  
Pharmig



Univ.-Prof. Dr. **Peter Wolf**  
Vorstand Universitätsklinik für  
Dermatologie und Venerologie,  
Medizinische Universität Graz  
Präsident der ÖGDV



Univ.-Prof. Dr. **Josef Smolle**  
FA für Haut- und Geschlechts-  
krankheiten, Institut für Medizinische  
Informatik, Statistik und  
Dokumentation,  
Medizinische Universität Graz  
Abgeordneter zum Nationalrat



Dr. **Karl Forstner**  
FA für Haut- und Geschlechts-  
krankheiten  
Präsident der Ärztekammer  
Salzburg



Priv.-Doz. Dr. **Christian Posch**,  
PhD  
Vorstand Dermatologische  
Abteilung, Klinik Hietzing



DI **Reinhard Bacher**  
Unternehmensberater,  
Projektmanager, Führungcoach und  
Managementbegleiter, GfP  
Gesellschaft für Personalentwicklung  
GmbH, Wien  
Moderation

# Struktur Podiumsdiskussion (Moderation: Bacher)

## 1. Einstieg

- Was hat mich bzgl. der Umfrageergebnisse überrascht, was habe ich erwartet?

## 2. Zu **Status und Perspektiven der österreichischen Dermatologie:** haben wir gleiches Verständnis über...

- Handlungsnotwendigkeit(en)?
- kurz- bis mittelfristig zu erreichende Ziele?
- erforderliche und realistische Hebel (Wege zum Ziel)?
- die dadurch erwartete Wirkung?
  
- Bei Konsens: Was konkret müssen wir sicherstellen?
- Bei Dissens: Wie gehen wir damit um und erreichen das Notwendige?