

# 2024-ÖGDV SURVEY

Christine Proding<sup>1</sup>, Christian Posch<sup>2,3</sup>, Stefan Wöhr<sup>3,4</sup>,  
Regina Fink-Puches<sup>3,5</sup>, Dejan Baltic<sup>6</sup>, Johann W. Bauer<sup>1,3</sup>,  
Reinhard Bacher<sup>7</sup>, Peter Wolf<sup>3,5</sup>, Martin Laimer<sup>1,3</sup>

## Die ÖGDV-Umfrage 2024 zu Status und Perspektiven der österreichischen Dermatologie

<sup>1</sup> Universitätsklinik für Dermatologie und Allergologie,  
Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg

<sup>2</sup> Dermatologische Abteilung, Klinik Hietzing, Wien

<sup>3</sup> Präsidium, Österreichische Gesellschaft für Dermatologie  
und Venerologie, Wien

<sup>4</sup> FAZ, Floridsdorfer Allergiezentrum, Floridsdorf, Wien

<sup>5</sup> Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie,  
Medizinische Universität Graz, Graz

<sup>6</sup> Pharmig Austria, Wien

<sup>7</sup> GfB Gesellschaft für Personalentwicklung GmbH, Wien

### Einleitung

Unsere Berufswelten unterliegen der Beständigkeit des kontinuierlichen Wandels. Dynamik und Komplexität der Veränderung sind mitunter herausfordernd und begünstigen – frei nach Louis Pasteur – dann am ehesten den, der darauf vorbereitet ist. Vor diesem Hintergrund entwickelte die Österreichische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV) unter möglichst breiter Einbeziehung aller Akteur:innen ein strategisches Papier mit dem Ziel, für sich Handlungsfelder und (proaktive) Maßnahmen zur Sicherung von Qualität, Effizienz, Versorgungswirkung und fachlicher Relevanz für die kommenden 10 bis 15 Jahre auf allen uns betreffenden Ebenen (Gesundheitssystem, Medizin, Dermatologie und dermatologische Subdisziplinen) zu bestimmen. Als lebendiges Dokument wird dieser **Masterplan 2030+** kontinuierlich weiterentwickelt und dient dem Präsidium der ÖGDV als Instrument zur strukturiert-strategischen Planung und Umsetzung von Maßnahmen. Um dabei objektiv und zielgerichtet zu bleiben, ist der regelmäßige Austausch mit den Hautärzt:innen Österreichs essentiell<sup>1,2</sup>. Aus diesem Grund wurde von März bis Mai 2024 eine landesweite Umfrage unter Hautärzt:innen zu „Status und Entwicklungsperspektiven der österreichischen Dermatologie“ durchgeführt, deren Ergebnisse wir im Folgenden zusammenfassen.

### Methodik

Die Fragenentwicklung erfolgte auf Basis des Masterplans unter Einbindung des Vorstandes der ÖGDV und adressierte vorrangig folgende Themenbereiche: Rahmenbedingungen

Christine Proding<sup>1</sup>, Christian Posch<sup>2,3</sup>, Stefan Wöhr<sup>3,4</sup>,  
Regina Fink-Puches<sup>3,5</sup>, Dejan Baltic<sup>6</sup>, Johann W. Bauer<sup>1,3</sup>,  
Reinhard Bacher<sup>7</sup>, Peter Wolf<sup>3,5</sup>, Martin Laimer<sup>1,3</sup>

## 2024 ÖGDV survey on the status and prospects of Austrian dermatology

<sup>1</sup> Department of Dermatology and Allergology,  
Paracelsus Medical University Salzburg

<sup>2</sup> Dermatology Department, Hietzing Clinic, Vienna

<sup>3</sup> Presidium, Austrian Society for Dermatology and  
Venereology, Vienna

<sup>4</sup> FAZ, Floridsdorf Allergy Center, Floridsdorf, Vienna

<sup>5</sup> Department of Dermatology and Venereology,  
Medical University of Graz, Graz

<sup>6</sup> Pharmig Austria, Vienna

<sup>7</sup> GfB Gesellschaft für Personalentwicklung GmbH, Vienna

### Introduction

Our professional worlds are subject to constant and continual change. The dynamics and complexity of change are sometimes challenging and – in the words of Louis Pasteur – are most likely to benefit those who are prepared for them. Against this background, the Austrian Society of Dermatology and Venereology (ÖGDV) has developed a strategic paper involving the broadest range of stakeholders possible to define fields of action and (proactive) measures. These should ensure the quality, efficiency, the impact of the care provided, and the professional relevance for the next 10 to 15 years at all levels that affect us (i.e., healthcare system, medicine, dermatology, and dermatological sub-disciplines). As a living document, this **Master Plan 2030+** is continuously being developed. The ÖGDV Executive Committee will use this plan as an instrument for the structured, strategic planning and implementation of the defined measures. In order to remain valid, objective and targeted, regular exchange with dermatologists in Austria is essential<sup>1,2</sup>. For this reason, a nationwide survey was conducted among dermatologists from March to May 2024 to assess the “Status and development perspectives of Austrian dermatology”. The survey results are summarized below.

### Methodology

The questions were developed based on the master plan with the involvement of the ÖGDV Executive Board and primarily addressed the following topics: General condi-

der ärztlichen Berufsausübung, Versorgungslast, Ressourcen, Arbeitswelten, Koordination und Kooperation in der Versorgung, Aus- und Fortbildung, Fachgesellschaft, Wissenschaft und Forschung sowie Innovation und Technologie. Zusätzlich wurden stratifizierende Angaben zum Ausbildungsstand (in Ausbildung/Fachärzt:in/Abteilungs-/Klinikvorständ:in), Arbeitsplatz (Krankenhaus/Praxis mit Krankenkasse/Praxis als Wahlärzt:in/Privat) und der Altersgruppe erhoben. Der genaue Inhalt und Wortlaut der Erhebung, die 131 Auswahl-, Skalierungs- und Freitextfragen umfasst, sind auf Anfrage verfügbar. Eine Einladung mit dem Link zum anonymisierten Online-Fragebogen (und zwei Erinnerungen im Abstand von zwei Wochen) erhielten alle bei der ÖGDV registrierten Ärzt:innen in/mit abgeschlossener Ausbildung in Dermatologie per Email ( $n=780$ ) im April 2024. Die Datenerhebung erfolgte mittels soscisurvey® Software ([www.soscisurvey.de](http://www.soscisurvey.de)). Die Ergebnisse wurden nach Export in ein Excel-Dokument deskriptiv ausgewertet.

Hinsichtlich der Darstellung der Resultate dieser Untersuchung erfolgte unter Bezug auf die Mittelwerte des Zustimmungsgades der Teilnehmer:innen zu einer in einer Frage formulierten Aussage eine Gruppierung der Ergebnisse in vier Klassen:

1. „Deutliche Zustimmung“: Mittelwert (MW) zwischen 8,01 und 10 auf der Skala 1/überhaupt nicht zutreffend bis 10/voll und ganz zutreffend;
2. „Zustimmung“: Mittelwert MW 6,01 bis 8,00
3. „Weitgehend ausgeglichen“: Mittelwert MW 4,01-6,00
4. „Wenig Zustimmung“: Mittelwert MW 1,00 bis 4,00

## Ergebnisse

Die Rücklaufquote betrug bei 192 für die Analyse verwertbaren Bögen 24,6%. Teilnehmende waren zum Zeitpunkt der Fragenbeantwortung zu 39,8% im Krankenhaus, 34,6% in einer Praxis als Wahl- oder Privatarzt und 29,8% in der Niederlassung mit „Krankenkasse“ (unter Vertrag mit der Sozialversicherung) tätig. Die überwiegende Anzahl der Teilnehmer:innen an der Umfrage war zwischen 31 und 50 (40,6%) sowie 51 und 65 Jahre (46,3%) alt.

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse bezogen auf den MW in absteigender Reihung aufgelistet. Im Falle von zusätzlich durchgeführten Stratifizierungsanalysen sind neben dem allgemeinen MW auch die spezifischen MW dieser Subauswertungen angeführt. Die vollständige Ergebnisanalyse der Umfrage wird auf Anfrage zur Verfügung gestellt.

1. **Deutliche Zustimmung** fanden in der Befragung die Aussagen (Abbildung 1), dass ...
  - die Politik zu sehr verleitet ist, das unrealistische Leistungsversprechen zu vermitteln, den Versicherten sei alles zu ermöglichen und nichts zuzumuten (**MW 8,74**)

tions of medical practice, care burdens, resources, working environments, coordination and cooperation in care, education and training, specialist society, science and research, as well as innovation and technology. In addition, stratifying information was collected on the level of training (i.e., doctor in training, specialist doctor, head of department or clinic), workplace (i.e., hospital, practice with fixed health insurance contract(s) (panel doctor), practice without fixed health insurance contract(s) (elective doctor), private practice) and age group. The exact content and wording of the survey, which comprises 131 multiple-choice, scaling, and free-text questions, are available on request. An invitation with the link to the anonymized online questionnaire was sent by email to all doctors registered with the ÖGDV who were in or had completed training in dermatology ( $n = 780$ ) in April 2024, and two reminders were subsequently sent out every two weeks. The data was collected using SoSci Survey® software ([www.soscisurvey.de](http://www.soscisurvey.de)). The results were analyzed descriptively after being exported to a Microsoft Excel document.

With regard to the presentation of the results of this study, the results were grouped into four classes based on the mean values of the participants' level of agreement with a statement formulated as a question:

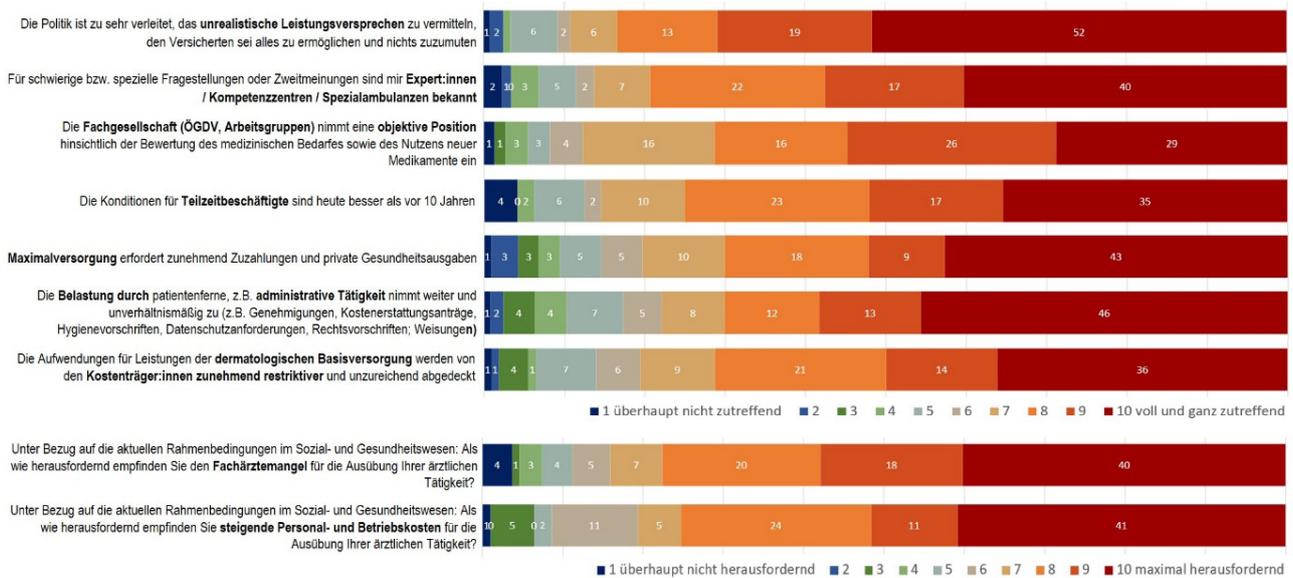
1. “Strongly agree”: mean value (MW, Mittelwert in German) of 8.01–10 on a scale ranging from 1 (not at all true) to 10 (fully and completely true);
2. “Agree”: mean value (MW) of 6.01–8.00
3. “Neither agree nor disagree”: mean value (MW) of 4.01–6.00
4. “Fail to agree”: mean value (MW) of 1.00–4.00

## Results

The response rate was 24.6%, and 192 questionnaires were usable for the analysis. At the time the questions were answered, 39.8% of participants were working (panel doctors) in a hospital, 34.6% in an elective or private practice, and 29.8% were working in a private practice with a fixed health insurance contract (or contracts). The majority of participants in the survey were aged between 31 and 50 (40.6%) or 51 and 65 (46.3%).

The main results in relation to the MW are listed below in descending order. Where additional stratification analyses were carried out, the specific MW for these sub-analyses are also listed in addition to the general MW. The complete analysis of the survey results is available upon request.

1. **Participants clearly agreed** with the statements (Figure 1) that...
  - politicians are too highly tempted to convey the unrealistic promise that insured persons should be given everything and that nothing should be expected of them (**MW 8.74**)



**Abbildung 1.** Die Grafik zeigt die Zustimmungverteilung zu Aussagen mit den höchsten Zustimmungswerten (Mittelwert zwischen 8,01–10) sowie Auszüge der graduellen Bewertung von Herausforderungen im Gesundheitswesen. Die Balkenfarben entsprechen den Bewertungsstufen, die Zahlen in den Balken geben die Anzahl der abgegebenen Stimmen in den jeweiligen Stufen an. Die Bewertungen erfolgten auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht zutreffend/überhaupt nicht herausfordernd) bis 10 (voll und ganz zutreffend/maximal herausfordernd).

Figure 1 shows the distribution of approval for statements with the highest approval ratings (mean value between 8.01–10), as well as excerpts from the gradual assessment of challenges in the healthcare system. The bar colors correspond to the evaluation levels, and the numbers in the bars indicate the number of votes cast in the respective levels. The ratings were made on a scale from 1 (not at all applicable/not at all challenging) to 10 (completely applicable/most challenging).

- für schwierige bzw. spezielle Fragestellungen oder Zweitmeinungen Expert:innen / Kompetenzzentren / Spezialambulanzen **bekannt** sind (MW 8,34). Anmerkung: die Folgefrage zu deren **Zugänglichkeit** wurde zurückhaltender bewertet (MW 6,89)
- unter Bezug auf die aktuellen Rahmenbedingungen im Sozial- und Gesundheitswesen insbesondere **Fachkräftemangel** (MW 8,34) und **steigende Personal- und Betriebskosten** (MW 8,27) als herausfordernd empfunden werden (Anmerkung: hier jeweils abweichend hinterlegte Skalierung 1/überhaupt nicht herausfordernd bis 10/maximal herausfordernd)
- die **Fachgesellschaft (ÖGDV, Arbeitsgruppen)** eine **objektive Position** hinsichtlich der Bewertung des medizinischen Bedarfes sowie des Nutzens neuer Medikamente einnimmt (MW 8,23)
- die **Konditionen für Teilzeitbeschäftigte** heute besser sind als vor 10 Jahren (MW 8,16, Stratifizierung <50 Jahre MW 7,09, ≥50 Jahre MW 9,12)
- **Maximalversorgung** zunehmend Zuzahlungen und private Gesundheitsausgaben erfordert (MW 8,16)
- die **Belastung durch patientenferne**, z.B. **administrative Tätigkeit** weiter und unverhältnismäßig zunimmt (z.B. Genehmigungen, Kostenerstattungsanträge, Hygienevorschriften, Datenschutzanforderungen, Rechtsvorschriften, Weisungen) (MW 8,15)
- die **Aufwendungen für Leistungen der dermatologischen Basisversorgung** von den **Kostenträger:innen**

- experts, competence centers, and special outpatient clinics are *known* for asking difficult or special questions or for second opinions (MW 8.34). Note: the follow-up question on their *accessibility* was rated more cautiously (MW 6.89).
- with regard to the current framework conditions in the social and healthcare sector, the shortage of skilled workers (MW 8.34) and rising personnel and operating costs (MW 8.27) in particular are perceived as challenging (note: scaling ranged from 1 (not at all challenging) to 10 (most challenging))
- the professional society (ÖGDV, working groups) takes an objective position with regard to the assessment of the medical needs of patients and the benefits of new drugs (MW 8.23)
- the conditions for part-time employees are better today than they were 10 years ago (MW 8.16, stratification < 50 years MW 7.09, ≥ 50 years MW 9.12)
- Maximum care increasingly requires co-payments and private healthcare expenditures (MW 8.16)
- the burden of non-patient-related (e.g., administrative activities) continues to increase disproportionately (e.g., approvals, applications for reimbursement, hygiene regulations, data protection requirements, legislation, or instructions) (MW 8.15)

zunehmend restriktiver und unzureichend abgedeckt werden (**MW 8,09**).

**2. Zustimmung** (Mittelwert MW 6,01 bis 8,00) fanden in der Befragung die Aussagen, dass ...

- Unterversorgung (z.B. im ländlichen Raum, intra-/extramuraler Bereich), Überversorgung (z.B. Nichteinhaltung medizinischer Versorgungshierarchie) und Fehlverteilung nach Fachgebieten und zwischen den Regionen auch in der Dermatologie eine zunehmende Erschwernis darstellen (**MW 7,91**)
- das Angebot an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowohl seitens der Fachgesellschaft als auch generell zeitgemäß und zweckmäßig ist (**MW 7,86**) und dass hierbei die pharmazeutische Industrie als wesentlicher Partner für die Durchführung wahrgenommen wird (**MW 7,85**)
- die Fachgesellschaft eine unbeeinflusste, unabhängige Instanz ist, die evidenzbasiert und objektiv medizinische und fachpolitische Sachverhalte nach außen hin darstellt und vertritt (**MW 7,79**)
- vermehrte Privatisierungen zu kommerziellen Fehlansätzen innerhalb der Gesundheitsversorgungsstrukturen führen (**MW 7,61**)
- die Möglichkeiten der Inanspruchnahme dermatologischer Leistungen in Praxis und Klinik durch Patient:innen unzureichend reguliert und zu wenig begrenzt sind (**MW 7,53**; Respondent:innen mit Praxis **MW 5,86**)
- das Vertrauen der Patient:innen ins Gesundheitssystem abnimmt und Ärzt:innen mit zunehmender Aggressivität und Meinungspolarisierung konfrontiert sind (**MW 7,44**)
- die Wartezeiten auf Facharzttermine für Kassenleistungen sowie Entwicklungen hin zu einer Zweiklassenmedizin (gesetzlich gegenüber privat Krankenversicherten) die dermatologische Versorgungsqualität relevant einschränken (**MW 7,31**)
- die Digitalisierung den persönlichen beruflichen Alltag erleichtert (**MW 7,08**)
- kommerziell orientierte, nicht-medizinische Drittanbieter/Dienstleister und direct-to-consumer- und virtual care-Angebote den Kontakt zu den eigenen Patient:innen unterbrechen und damit eine effiziente Versorgung gefährden (**MW 6,17**)
- die Industrie durch Schärfung der öffentlichen Wahrnehmung künstliche bzw. unverhältnismäßige Bedarfe schafft (**MW 6,16**).

**3. Weitgehend ausgeglichen** (Mittelwert MW 4,01-6,00) hingegen wurden die Aussagen beurteilt, dass

- die Verteilung von Ressourcen auf Basis gängiger gesundheitsökonomischer Bewertungskriterien die Effizienz, Qualität und bedarfsgerechte Versorgung fördert (**MW 5,86**)
- die Konkurrenz mit anderen Fachdisziplinen um Schnittmengen die Stellung unseres Faches und seiner Subdisziplinen gefährdet (**MW 5,64**)

- the costs of basic dermatological care services are increasingly being covered more restrictively and inadequately by payers (**MW 8.09**)

**2. Participants agreed** (mean MW 6.01 to 8.00) with the statements that...

- Underuse (e.g., in rural areas, intra/extramural area), overuse (e.g., non-compliance with medical care hierarchy), and the uneven distribution of doctors by specialty and doctors between regions also represent an increasing difficulty in dermatology (**MW 7.91**)
- the range of training and continuing education opportunities offered both by the professional association and in general is up-to-date and appropriate (**MW 7.86**) and that the pharmaceutical industry is perceived as an essential partner for implementation (**MW 7.85**)
- the professional society is an uninfluenced, independent body that presents and represents medical and professional policy issues to the outside world in an evidence-based and objective manner (**MW 7.79**)
- increased privatization leads to commercial disincentives within healthcare structures (**MW 7.61**)
- ways for patients to make use of dermatological services in practices and clinics are insufficiently regulated and not limited enough (**MW 7.53**; respondent with a practice **MW 5.86**)
- patients' trust in the healthcare system is declining, and physicians are confronted with increasing aggression and polarization of opinion (**MW 7.44**)
- the waiting times for specialist appointments for panel doctor (i.e., doctors with statutory health insurance contracts) services and developments towards two-tier medicine (statutory versus private health insurance) significantly restrict the quality of dermatological care (**MW 7.31**)
- digitalization makes everyday working life easier (**MW 7.08**)
- commercially oriented, non-medical third-party providers or service providers and direct-to-consumer and virtual care offers interrupt contact with their own patients and thus jeopardize efficient care (**MW 6.17**)
- the industry creates artificial or disproportionate needs by sharpening public perception (**MW 6.16**)

**3. In contrast, the statements that**

- the distribution of resources is based on standard health economic evaluation criteria promotes efficiency, quality and supports care (**MW 5.86**)
- competition with doctors in other disciplines in cases of overlap jeopardizes the position of our discipline and its subdisciplines (**MW 5.64**)

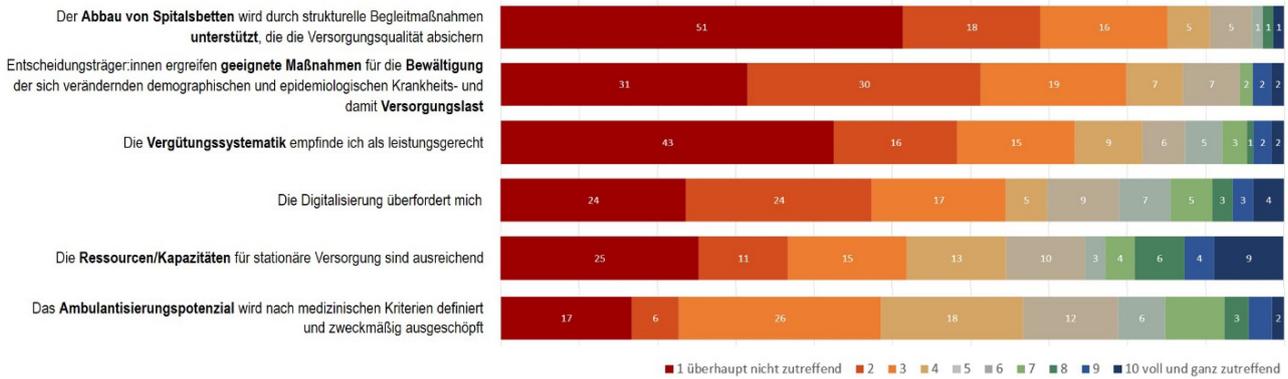


Abbildung 2. Die Grafik zeigt die Zustimmungsverteilung zu Aussagen mit den geringsten Zustimmungswerten (Mittelwert 1,00-4,00). Die Balkenfarben repräsentieren die Bewertungsstufen, die Zahlen geben die Anzahl der Stimmen pro Stufe an. Skala 1 (überhaupt nicht zutreffend) bis 10 (voll zutreffend).

Figure 2 shows the distribution of approval for statements with the lowest approval ratings (mean 1.00-4.00). The bar colors represent the evaluation levels, and the numbers indicate the number of votes per level on a scale ranging from 1 (not applicable at all) to 10 (fully applicable).

- man häufig mit medizinischen Falsch-/Fehlinformationen durch alltagsdurchdringende Medien (z.B. „Dr Google“, problematische Gesundheitstrends auf Social Media, Influencende als „misinformation superspreaders“; politische Instrumentalisierung) konfrontiert wird (MW 5,42)
- der Zugang zu innovativen, mitunter kostenintensiven Therapien vernünftig geregelt ist (MW 5,38)
- die Vergütungssystematik von Kolleg:innen mehr als gewollt erfordert, privatärztliche Leistungen zu erbringen und dadurch das eigene kassenärztliche Leistungsangebot einzuschränken (MW 5,30)
- Drittmittelabhängigkeit, Förderprogramme und Honorarzahungen der Industrie die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen gefährden (MW 5,28)
- Patient Support-Programme der Pharmaindustrie für insbesondere teure Medikamente ausreichend transparent und ausgewogen sind (MW 5,22)
- Patient:innen, welche derzeit die dermatologischen Abteilungen im Spital und an den Universitätskliniken aufsuchen, zum überwiegenden Teil nicht im niedergelassenen Bereich versorgt werden könnten (MW 5,04)
- die Maßnahmen gegen geschlechtsspezifische Lohngefälle und Aufstiegschancen als unzureichend empfunden werden (MW 5,03)
- das Finden und Aneignen von relevantem und validem medizinischem Wissen angesichts der exponentiellen Informations-/Datenflut schwerfällt (MW 4,91)
- die Akutversorgung dermatologischer Patient:innen im niedergelassenen Bereich ausreichend zeitnah möglich ist (MW 4,63; Respondent:innen mit Kassenordination 5,5; Respondent:innen mit Wahlarztpraxis/Privat 4,33)

- one is frequently confronted with medical misinformation in everyday media (e.g., “Dr Google”, problematic health trends in social media, influencers as “misinformation superspreaders”, or political instrumentalization) (MW 5.42)
- access to innovative, sometimes cost-intensive therapies is reasonably regulated (MW 5.38)
- the remuneration system requires colleagues to provide private medical services more often than intended, thereby limiting the range of services provided by panel doctors (MW 5.30)
- Dependence on third-party funding, funding programs, and fee payments from industry jeopardize the independence of medical decisions (MW 5.28)
- Patient Support Programs from the pharmaceutical industry are sufficiently transparent and balanced, especially for expensive drugs (MW 5.22)
- Patients who currently visit the dermatology departments in hospitals and university clinics cannot be treated in private practice for the most part (MW 5.04)
- the measures to address the gender pay gap and career opportunities are perceived as inadequate (MW 5.03)
- finding and acquiring relevant and valid medical knowledge is difficult in view of the exponential flood of information/data (MW 4.91)
- acute care of dermatological patients in private practice is possible in a sufficiently timely manner (MW 4.63; respondents with statutory health insurance contracts 5.5; respondents with an elective/private practice (panel doctors) 4.33)
- the formation of alliances and cooperation structures among the clinics/departments, between

- die Bildung von Allianzen und Kooperationsstrukturen unter den Kliniken/Abteilungen, zwischen Niederlassung und Kliniken/Abteilungen (z.B. für Konsile) (**MW 4,33**) sowie mit anderen Disziplinen (**MW 4,61**) zielgerichtet und unkompliziert funktioniert
  - ausreichend Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patient:innen und von präventivem Gesundheitsverhalten (z.B. Hautkrebs, UV-Schutz, HPV, Barrierschutz, STI) gesetzt werden (**MW 4,52**); in der Stratifizierung zeigt sich allerdings eine deutliche Spreizung, wobei die Aktivitäten der Politik am schlechtesten beurteilt werden (**MW 3,01**; Standesvertretung 5,10, Fachgesellschaft 6,44).
- 4. Wenig Zustimmung** (Mittelwert MW 1 bis 4,00) fanden die Aussagen, dass (siehe Abbildung 2) ...
- der Abbau von Spitalsbetten durch strukturelle Begleitmaßnahmen zur Absicherung der Versorgungsqualität unterstützt wird (**MW 2,21**)
  - Entscheidungsträger:innen geeignete Maßnahmen für die Bewältigung der sich verändernden demographischen und epidemiologischen Krankheits- und damit Versorgungslast ergreifen (**MW 2,52**)
  - die Vergütungssystematik leistungsgerecht gestaltet ist (**MW 2,71**)
  - die Digitalisierung persönlich überfordert (**MW 3,53**)
  - die Ressourcen/Kapazitäten für stationäre Versorgung ausreichend sind (**MW 3,95**, nur Vorstände 5,33)
  - die Definition des Ambulantisierungspotentials nach medizinischen Kriterien erfolgt und zweckmäßig ausgeschöpft wird (**MW 3,98**).

## Diskussion

Diese Umfrage hinterlegt die qualitativ (z.B. Fallzahlen) wie quantitativ (z.B. Fallkomplexität) steigende **Krankheits- und Versorgungslast**, mit der sich die Dermatolog:innen Österreichs konfrontiert sehen. Wesentliche Treiber dieser Entwicklung sind demographische Faktoren (Überalterung, Pflegebedarf), gesellschaftliche Veränderungen (Aufbrechen sozialer Unterstützungsstrukturen, zunehmende sozioökonomische Polarisierung) und epidemiologische Entwicklungen (Häufigkeitszunahme von bestimmten Dermatosen wie Hauttumoren, Allergien, Infektionen). Mehraufwand entsteht auch aufgrund der höheren **Komplexität** der Behandlung von Patient:innen, und zwar bedingt durch medizinische (Seneszenz, Multimorbidität, chronifizierte Krankheit), methodische (z.B. komplexere Verfahren und erhöhte Granularität in diagnostischen und therapeutischen Prozessen) sowie operative Einflüsse (verstärkte Bürokratie bzw. Dokumentations- und Administrationslast; interdisziplinäre, interprofessionelle Abstimmungsprozesse in der Versorgung). Kritisch wird mancherorts angemerkt, dass der zunehmende Fokus auf betriebswirtschaftliche Überlegungen den Leistungsdruck selbstverschuldet erhöht und das Leistungsspektrum beeinflusst.

the branch and clinics/departments (e.g., for consultations) (**MW 4.33**) and with other disciplines (**MW 4.61**) functions in a goal-oriented and uncomplicated manner

- sufficient measures are taken to strengthen the health literacy of patients and encourage preventive health behavior (e.g., skin cancer, UV protection, HPV, barrier protection, STIs) (**MW 4.52**); however, there is a clear spread in the stratification, with the political activities being rated the worst (**MW 3.01**; professional association 5.10, professional society 6.44) **were seen largely balanced**.
- 4. Participants failed to agree** (mean value MW 1 to 4.00) with the statements that... (see Figure 2)
- the reduction in hospital beds is supported by accompanying structural measures to safeguard the quality of care (**MW 2.21**)
  - Decision-makers are taking appropriate measures to cope with the changing demographic and epidemiological burden of disease and thus the burden of care (**MW 2.52**)
  - the remuneration system is designed to reflect performance (**MW 2.71**)
  - they are personally overwhelmed by digitalization (**MW 3.53**)
  - the resources/capacities for inpatient care are sufficient (**MW 3.95**, ONLY board members 5.33)
  - the definition of outpatient potential is based on medical criteria and is used appropriately (**MW 3.98**)

## Discussion

This survey highlights the qualitatively (e.g., case numbers) and quantitatively (e.g., case complexity) increasing **burden of disease and care** dermatologists in Austria are facing. The main drivers of this development are demographic factors (ageing, need for care), social changes (breakdown of social support structures, increasing socio-economic polarization), and epidemiological developments (increase in the frequency of certain dermatoses such as skin tumors, allergies, infections). Additional work also arises due to the greater **complexity** of patient treatment, caused by medical (senescence, multimorbidity, chronic illness), methodological (e.g., more complex procedures and increased granularity in diagnostic and therapeutic processes) and operational influences (increased bureaucracy or documentation, administrative burdens, or interdisciplinary, interprofessional coordination processes in care). Some critics note that it is the doctors' own fault that the increasing focus on economic considerations increases the pressure to perform and influences the range of services.

Der Komplexität und Dynamik der Entwicklung unseres Faches wird u.a. mit vermehrter **Spezialisierung, Diversifizierung** und **Zentrumsbildung** begegnet, was aber parallel intensivierte **intra- und intersektorale Kooperationsstrukturen** sowie verstärkte **Koordination** im Sinne einer integrierten Gesundheitsversorgung mit abgestimmten, patientenzentrierten Behandlungspfaden erfordert.

Der Mehrbedarf durch die steigende Versorgungslast und deren komplexere Abwicklung erfordert zusätzliche Ressourcen wie Personal, Infrastruktur und Technologie und verursacht **Mehrkosten**, die – besonders in der Niederlassung unmittelbar spürbar – zu den generell steigenden Betriebsaufwendungen (z.B. Miete/Personal/Energie, allgemeine Teuerung) hinzukommen. Angesichts nur **begrenzt zur Verfügung stehender** personeller, finanzieller und infrastruktureller **Ressourcen** bleiben Verwerfungen infolge von Leistungsverdichtung, Zugangsbeschränkungen, Fehlverschiebung oder verstärkter Regulierung nicht aus.

In dieser Situation fordert der **Fachkräftemangel** die Dermatolog:innen Österreichs besonders. Dessen Ursachen sind vielfältig: die insbesondere den kassenärztlichen Bereich treffende Pensionierungswelle, das Nachrücken geburtenschwacher Generationen, der höhere Anteil an Teilzeitbeschäftigung und inter-/intersektorale Konkurrenzsituation v.a. im Bereich der Ordinationsassistenten und Pflegefachkräfte.

**Veränderte Arbeitswelten** (Betreuungspflichten/Work-Life-Balance/Arbeitszeitgesetz) reduzieren zusätzlich die individuelle Anwesenheit am Arbeitsplatz. Kommt es zur Unterbesetzung, nehmen die Belastungen der verbleibenden „Systemerhalter“ zu, was zu Leistungsverdichtung in der Versorgung durch steigende Auslastung, mehr Durchsatz, höhere Fallfrequenzen, verstärkten Zeitdruck und vermehrt anfallende Überstunden führt. Dann wiegen auch zusätzlich leistungseinschränkend wirkende Belastungen durch patientenferne, z.B. **administrative** Tätigkeit (Genehmigungen, Kostenerstattungsanträge, Einhaltung von als teils überreguliert wahrgenommenen Hygienevorschriften und Datenschutzerfordernissen) besonders schwer und mindern die persönlich empfundene Attraktivität der Berufsausübung.

Strukturelle Anpassungen in den Spitälern nehmen zusätzlichen Einfluss auf die Patient:innenversorgung. So wurden die stationären Bettenkapazitäten in den letzten Jahren deutlich reduziert, auch um sie in ambulante und tagesklinische Angebote umzuwandeln und die stationäre Komplextherapie zu fokussieren. Ob dabei das **Ambulantisierungspotential** nach medizinischen Kriterien definiert und zweckmäßig ausgeschöpft wird und strukturell-organisatorische **Begleitmaßnahmen im extramuralen Bereich** kompensatorisch die Versorgungsqualität vor dem Hintergrund des demographischen Bedarfes absichern, wird in der Umfrage bezweifelt. Derzeit bindet jedenfalls die Notwendigkeit der Vorhaltung technischer Ressourcen bzw. deren Finanzierbarkeit gewisse Leistungen im stationären Bereich (z.B. Intensivbetten für allergologische Provokationstestungen, Großgeräte wie Ganzkörperscanner).

The complexity and dynamics of developments in our discipline are being met with increased **specialization, diversification, and the formation of centers**, among other things, but this also requires even more intra- and intersectoral **cooperation** structures and increased coordination in the sense of integrated healthcare with coordinated, patient-centered treatment paths.

The additional demand due to the increasing need to supply services and the more complex processes associated with these requires additional resources (personnel, infrastructure, technology) and causes **additional costs**. These – especially in the branch office – are directly noticeable in addition to the generally rising operating expenses (e.g., rent, personnel, energy, general inflation). Given the **limited availability of resources** (human, financial, infrastructural), irregularities (as a result of service consolidation, access restrictions, misallocation, or increased regulation) are inevitable.

In this situation, the **shortage of specialists** is a particular challenge for dermatologists in Austria. There are many reasons for this: the wave of retirements hitting the panel doctor sector in particular, the arrival of new generations with low birth rates, the higher proportion of part-time employees, and inter-/inter-sectoral competition, especially in the area of practice assistants and nurses.

**Changing working environments** (care responsibilities, work-life balance, working time act) also reduce the presence of individuals at the workplace. If understaffing occurs, the workload of the remaining “system maintainers” increases (increased workload, higher throughput, higher case frequencies, increased time pressure, increased overtime). In this case, additional burdens reducing performance due to **administrative** activities that are not directly related to the patient (approvals, reimbursement applications, compliance with hygiene regulations and data protection requirements, some of which are perceived as over-regulated) are particularly heavy and reduce the personally perceived attractiveness of practicing the profession.

Structural adjustments in hospitals have an additional impact on patient care. Inpatient bed capacities have been significantly reduced in recent years, partly to convert them into outpatient and day-clinic services and to focus on complex inpatient therapy. The survey results cast doubt on whether the **potential for outpatient treatment** is defined and appropriately exploited according to medical criteria and whether structural and organizational **accompanying measures in the extramural sector** ensure the quality of care against the background of demographic demand. In any case, the need to continue to provide technical resources and ensure their financial viability currently ties up certain services in the inpatient sector (e.g., intensive care beds for allergen provocation tests, large devices such as whole-body scanners).

Zusätzlich wurde in Kommentaren wiederholt die Befürchtung geäußert, dass unter den limitierten Kapazitäten (weniger Betten, weniger Anwesenheitszeiten) die versorgungsrelevante, breite Ausbildung leidet und so ein Kompetenzverlust zu befürchten ist, der den Wettbewerb um Teilgebiete des Faches mit anderen Disziplinen oder Drittanbietern verschärft. Anderslautende Kommentare sehen den Kompetenzverlust primär selbstverschuldet, da Teilbereiche wie die Allergologie aufgegeben werden, weil sie sich „nicht rechnen“.

Hinsichtlich verbleibender stationärer Versorgungskapazitäten werden diese durch Personalmangel insbesondere im Pflegebereich bzw. dadurch bedingte Bettensperren oder -schließungen weiter eingeschränkt. Durch brachliegende Betten nimmt schließlich auch die potentielle Wertschöpfung von Spitälern weiter ab.

Im niedergelassenen Bereich werden die finanziellen Mittel ausgabenseitig durch die hohen Betriebskosten (Miete, Personal, Infrastruktur/technologischer Investitionsbedarf; Wettbewerb und Kostenniveau mit Stadt-Land-Gefälle/Urbanisierung) und einnahmenseitig durch eine vielfach als inadäquat, nicht leistungsgerecht und restriktiv gehandhabt wahrgenommene **Vergütungssystematik** belastet. Mehrfach wurde in Freitext- und Diskussionsbeiträgen rückgemeldet, dass der **Leistungskatalog** „überholt, inhomogen und nicht laufend indexangepasst“ sei. So werden versorgungsrelevante, aufwendige Tätigkeiten nach aktuellen Behandlungsstandards (beispielsweise Biologika-Einstellung, Tumornachsorge, OP-Leistungen, allergologische Abklärung, Behandlung chronisch Kranker, Erfüllung der Bedürfnisse von Patienten mit Multimorbidität, Beratungsgespräche und Arzt-Patient-Fokussierung) als unzureichend abgebildet und honoriert sowie die Systematik mitunter als leistungsfeindlich beurteilt (Punktwertdegression, Rabattierung von zweitem oder drittem Eingriff). Dabei sei die Medizin „geräte- und damit eben auch kosten- und investitionsintensiver geworden“ (wenn auch im Vergleich zu anderen Fächern noch immer gemäßigt). Angesichts des Kostendruckes gestaltet sich auch die **Finanzierung von Personal**, sofern dieses überhaupt zur Ausschöpfung von Leistungsressourcen rekrutierbar ist, zunehmend schwierig. Es werden aber auch kritische Stimmen laut, die das Vergütungsniveau im gesellschaftlichen Kontext als durchaus angemessen empfinden, während hingegen das „Streben nach Mehr“, auch unter Vernachlässigung allgemein gebotener Versorgungsaufgaben, mancherorts als ausufernd gesehen wird. Hier wird an ein zu korrigierendes Selbstverständnis der dermatologischen Gemeinschaft appelliert.

Die von steigendem Versorgungsbedarf, begrenzten **Leistungsressourcen** und verstärktem **wirtschaftlichen Druck** gekennzeichneten Rahmenbedingungen haben Auswirkungen auf Attraktivität (z.B. Nachbesetzungsproblematik im kassenärztlichen System), Zugänglichkeit (z.B. Wartezeit auf Facharzttermine für Kassenleistungen; Terminverfügbarkeit in Abhängigkeit von zuzahlungspflichtigen Leistungen) und Abdeckung des Spektrums von in Niederlassung wie Spital

In addition, comments repeatedly expressed the fear that the limited capacities (fewer beds, less attendance time) would mean that the broad training relevant to care would suffer, leading to a loss of expertise that would intensify competition for specialty areas with doctors in other disciplines or third-party providers. Comments to the contrary express the opinion that the loss of expertise is primarily self-inflicted, as sub-areas such as allergology are being abandoned because they “do not pay off”.

With regard to the remaining inpatient care capacities, these will be further restricted by staff shortages, particularly in the nursing sector, and the resulting bed closures. Finally, unused beds also further reduce the potential added value of hospitals.

In the private practice sector, financial resources are being affected by expenditures related to high operating costs (rent, staff, infrastructure, need to make technological investments, competition and cost level due to the urban-rural divide or urbanization) as is the income due to a **remuneration system** that is often perceived as inadequate, inappropriate, and restrictive. Answers to free-text questions and discussion contributions repeatedly indicated that the **service catalog** is “outdated, inhomogeneous and not continuously adjusted to the index”. For example, care-relevant, complex activities that meet the current treatment standards (e.g., biologics adjustment, tumor aftercare, surgical services, allergen clarification, treatment of chronically ill patients, meeting the needs of patients with multimorbidity, consultation, and doctor-patient focus) were considered as insufficiently mapped and remunerated, and the system was sometimes judged as reducing performance (point value depression, discounting of second or third intervention). At the same time, medicine has “become more equipment-intensive and therefore also more cost-intensive and investment-intensive” (albeit still moderately so compared to other disciplines). In view of the cost pressure, it is also becoming increasingly difficult to **finance staff**, if they can be recruited at all to utilize performance resources. Critical voices are also being raised, however, which consider the level of remuneration to be entirely appropriate in a social context, while the efforts to “get even more” are seen as excessive in some places, even when generally mandatory care tasks are neglected. This represents an appeal to the dermatological community to correct its self-image.

The general conditions characterized by an increasing demand for care, limited **service resources**, and increased **economic pressure** have an impact on the attractiveness (e.g., problems with filling vacancies in the statutory health insurance system), accessibility (e.g., waiting times for appointments with specialized panel doctors; availability of appointments depending on services subject to co-payment), and coverage of the range

erbrachten dermatologischen Leistungen (z.B. Über-/Unter-/Fehlversorgung; Nichteinhaltung medizinischer Versorgungshierarchien; Fehlverteilung nach Regionen).

So erfolgt beispielsweise eine – fachpolitisch nicht unproblematische – frühere Überweisung von Patient:innen mit komplexer Erkrankung von der Niederlassung ins Spital, wenn deren Abwicklungsaufwand aus betriebswirtschaftlicher Sicht zu groß ist, obwohl sie aus medizinischer Sicht prinzipiell und qualitätsgesichert auch in der Praxis betreut werden könnten. Kapazitätsengpässe im niedergelassenen Bereich verstärken zudem **Fehlverschiebung** von trivialen Krankheitsbildern in den tertiären oder sogar notfallmedizinischen Bereich („Ausnutzung der Universitätsmedizin für Basismedizin“; stationäre Langzeitlieger aufgrund fehlendem Zugang zu Pflege-/Betreuungseinrichtungen).

Wirtschaftlicher Druck gefährdet auch die **Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidung**, schürt kommerzielle Fehlanreize und veranlasst den niedergelassenen Bereich, verstärkt auf **Privatmedizin und ästhetische Dermatologie** als vornehmliche Tätigkeitsfelder auszuweichen. Die folglich Vernachlässigung klassischer Dermatologie verstärkt Kapazitäts-, Erfahrungs- und Kompetenzverluste in der Basisversorgung, untergräbt die **Breite unseres Faches** und begünstigt die **Übernahme von Teilgebieten** (Allergologie, Wundmanagement, STI) durch andere Disziplinen, andere Fachkräfte oder Drittanbieter. Zu Letzteren zählen auch kommerziell orientierte, nicht-medizinische Dienstleister und direct-to-consumer- und virtual care-Angebote von zum Teil international agierenden Großkonzernen.

Vor diesem Hintergrund wiegen die unzureichend geregelte **Systemzugänglichkeit** und das in der Einschätzung der Ärzt:innen unrealistische **Leistungsversprechen** der Politik, den Versicherten sei alles zu ermöglichen und nichts zuzumuten, zunehmend schwer. Es entsteht der Eindruck, dass die Kommunikation der Problematik und das Setzen von Maßnahmen seitens der Politik gegen die demographisch und epidemiologisch hinterlegt zunehmende Krankheits- und Versorgungslast unzureichend konsequent sind (z.B. Anpassung von Stellenplänen). Diese ebenso Patient:innen bewusst werdende Diskrepanz wird auch mit einem wahrgenommenen Vertrauensverlust ins Gesundheitssystem in Verbindung gebracht.

Der Wunsch einer verstärkten Regulierung der Zugänglichkeit dermatologischer Leistungen bzw. der Möglichkeiten zu deren Inanspruchnahme durch Patient:innen ist allerdings unter den Dermatolog:innen Österreichs unterschiedlich ausgeprägt. Während in der Klinik tätige Ärzt:innen eher die Zugänglichkeit als **unzureichend reguliert** und zu wenig begrenzt empfinden, und sich jene deutlicher wünschen, dass der „**Zugang** von Patient:innen zu Gesundheitsleistungen durch vorgelagerte Lotsen (z.B. Tel 1450 oder / und KI-basierte Triagealgorithmen) und Einhaltung strukturierter Zugangspfade verstärkt reguliert“ wird (**MW 7,03**), stehen Ärzt:innen mit Praxis im niedergelassenen Bereich einer derartigen

of dermatological services provided in practices and hospitals (e.g., overuse, underuse, and misuse, failure to comply with medical care hierarchies, or uneven distribution by region).

For example, patients with complex illnesses are referred earlier (which is not unproblematic from a professional policy point of view) from the practice to the hospital, if the processing costs are too high from a business point of view, although these patients could in principle also be treated in the practice from a medical point of view, and the quality of this treatment could be ensured. Capacity bottlenecks in the private practice sector also increase the **frequency of misallocating** trivial illnesses to the tertiary or even emergency medical sector (“utilization of university medicine for basic medicine”, long-term inpatients due to lack of access to nursing or care facilities).

Economic pressure also jeopardizes the **independence of medical decisions**, fuels commercial disincentives and causes the doctors in the private practice sector to increasingly switch to **private medicine and aesthetic dermatology** as their primary fields of activity. The resulting neglect of classic dermatology increases the loss of capacity, experience and expertise in basic care, undermines **our discipline as a whole** and encourages the **takeover of specialist areas** (allergology, wound management, STI) by doctors in other disciplines, other specialists, or third-party providers. The latter also include commercially oriented, non-medical service providers and direct-to-consumer and virtual care providers from large corporations, some of which operate internationally.

Against this backdrop, the inadequately regulated **system accessibility** and the unrealistic **performance promise** made by politicians (in the opinion of doctors) that everything should be possible for insured patients, and nothing should be expected of them, are issues that are becoming increasingly serious. The survey results suggest that politicians are not communicating the problem and implementing measures consistently enough to counter the demographically and epidemiologically increasing disease and care burden (e.g., by adjusting staffing plans). This discrepancy, which patients are also becoming aware of, is also associated with a perceived loss of trust in the healthcare system.

However, the desire for increased regulation of access to dermatological services and ways patients can make use of these services varies among dermatologists in Austria. While doctors working in hospitals tend to feel that accessibility is **insufficiently regulated** and not limited enough, and they would like to see “**patient access** to healthcare services more strongly regulated by upstream pilots (e.g., Tel 1450 or/and AI-based triage algorithms) and compliance with structured access

Strukturierung deutlich reservierter gegenüber (MW 4,93). Diese Diskrepanz überrascht aber angesichts der unterschiedlichen betriebsorganisatorischen Hintergründe und der unternehmerischen Dimension des freien Arztberufes nicht.

Einen erleichterten Zugang zu gesundheitlicher Versorgung, weniger Zeitaufwand für Administration/Dokumentation und neue Möglichkeiten hinsichtlich der Erhebung, Integration, automatisierten Verarbeitung und Austausch von Daten für effizientere, zielgerichtete Diagnostik, Therapie und Prävention sollen **digitale Anwendungen** ermöglichen (z.B. E-Health, Telemedizin, digital knowledge transfer, Informations- und Big Data-Management, Automatisierung, KI). Und tatsächlich erleichtern digitale Applikationen in der Einschätzung der Teilnehmenden den beruflichen Alltag und überfordern kaum.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Digitalisierung im Gesundheitswesen wurden auch die von den Hautärzt:innen verwendeten digitalen **Instrumente** abgefragt. Anwendung finden nach rückgemeldeter Häufigkeit in absteigender Reihenfolge v.a. elektronische Patientenakte (80%); digitale Nachschlagewerke wie Amboss, UpToDate u.ä. (61%); digitale Lernmaterialien (42%); Telemedizin (36%); E-Health (15%); KI-basierte Automatisierung (13%); und andere (11%; wie ChatGPT, digitale Auflichtmikroskopie, Onlinefortbildungen, Tablets zur Patientenaufklärung, digitales Trichogramm, Fotodokumentationssysteme und Ganzkörperscreening etc.). Zugleich wurden als wesentliche **Hemmnisse** für eine wirksame Implementierung der Technologie struktureller finanzieller Mehraufwand (Hardware, Wartung 61%); fehlende Benutzerfreundlichkeit (58%); unzureichender IT-Support (42%); mangelnde intersektorale Datenerfassung/Interoperabilität (33%); unzureichende Effizienz (26%); unzureichende Sicherheit (20%); und andere Faktoren (8%) wie unpraktikable Datenschutzgrundverordnungen, praxisferne Gestaltung übergreifender ELGA-Projekte und Zeitaufwand genannt. Rückgemeldet wurde auch, dass diese Technologien die Stellenentwicklung beeinflussen und zu Umschichtungen führen werden (Schulungs-, Sichtung- und Wartungsaufwand; Automatisierungspotential). Übrigens scheint nach Ansicht der Umfrageteilnehmer:innen deren (multi-)mediale Präsenz bislang noch kein entscheidender Faktor für eine erfolgreiche berufliche Tätigkeit zu sein. Diese Einschätzung kann sich mit der nachrückenden Generation und gesellschaftlichen Entwicklungen freilich ändern.

Zustimmung fand in der Umfrage die Aussage, dass die ÖGDV eine „unbeeinflusste, unabhängige Instanz ist, die evidenzbasiert und objektiv medizinische und fachpolitische Sachverhalte nach außen hin darstellt und vertritt“. Wesentliche Aufgaben der ÖGDV umfassen in den Augen der Mitglieder die „Standardisierung von Diagnostik, Behandlung, Nachsorgen/Kontrollen“ (mittels Leitlinien, Informationsbögen), als „authoritative source“ Validitätsbeurteilungen zu dermatologischen Themen und Fragestellungen durchzuführen, als „unabhängige korrektive Instanz entschieden

paths“ (MW 7.03), in private practice have many more reservations about such structuring (MW 4.93). However, this discrepancy is not surprising given the different organizational backgrounds and the entrepreneurial dimension of the independent medical profession.

**Digital applications** (e.g., e-health, telemedicine, digital knowledge transfer, information and big data management, automation, AI) are intended to facilitate access to healthcare, reduce the time spent on administration or documentation and to open up new possibilities for the collection, integration, automated processing, and exchange of data for more efficient, targeted diagnostics, treatment, and prevention. And the participants' opinions indicate that digital applications do indeed make everyday working life easier and are not difficult to use.

Against the backdrop of increasing digitalization in the healthcare sector, the digital **tools** used by dermatologists were also surveyed. In descending order of reported frequency, the main tools used are electronic patient files (80%), digital reference works such as Anvil and UpToDate (61%), digital learning materials (42%), telemedicine (36%), e-health (36%), as well as digital tools for the treatment of patients (61%), digital learning materials (42%), telemedicine (36%), e-health (15%), AI-based automation (13%), and others (11%, such as ChatGPT, digital dermoscopy, online training, tablets for patient education, digital trichogram, photo documentation systems and full-body screening). At the same time, the main **obstacles** to the effective implementation of the technology were identified as additional structural and financial costs (hardware, maintenance, 61%), lack of user-friendliness (58%), insufficient IT support (42%), lack of intersectoral data collection/interoperability (33%), insufficient efficiency (26%) insufficient security (20%), and other factors (8%), such as impractical basic data protection regulations, impractical design of cross-sector ELGA projects, and time expenditure. Participants also reported that these technologies will influence job development and lead to redeployment (training, reviewing, and maintenance effort or automation potential). Incidentally, according to the survey participants, their (multi-)media presence does not yet appear to be a decisive factor for successful professional activity. This assessment may, of course, change as the next generation enters the field and social developments occur.

The survey found agreement with the statement that the ÖGDV is an “uninfluenced, independent body that presents and represents evidence-based and objective medical and specialist policy issues to the outside world”. In the eyes of the members, the main tasks of the ÖGDV include “standardizing diagnostics, treatment, follow-up care/controls” (by means of guidelines, information sheets), carrying out validity assessments on dermatological topics and issues as an “authoritative source”, acting as an “independent corrective authority against manip-

gegen manipulierende Des- und Fehlinformation vor allem angesichts niederschwellig zugänglicher Informations- und Kommunikationsquellen“ aufzutreten und die „Stärkung der allgemeinen Haut- und Gesundheitskompetenz sowie von präventivem Gesundheitsverhalten durch Kampagnen in Medien mit hoher Reichweite“ voranzutreiben. Gerade die Stärkung der dermatologischen Gesundheitskompetenz ist eine Schlüsselaufgabe der Fachgesellschaft, um mündigere Patienten zielgerichteter durch das Gesundheitssystem zu lotsen.

Auch wird der ÖGDV eine **objektive Position** hinsichtlich der Bewertung des medizinischen Bedarfes sowie des Nutzens neuer Medikamente attestiert (**MW 8,23**). Diese Funktion auszuüben ist angesichts der Entwicklungen im Gesundheitssystem von besonderer Bedeutsamkeit. So gewinnt der Stellenwert von Gesundheit, Gesundheitsbewusstsein und -kompetenz (als Voraussetzung für mehr Eigenverantwortlichkeit und präventives bzw. gesundheitsförderndes Verhalten) in einer überalternden, multimorbiden Gesellschaft und einem ressourcenlimitierten Gesundheitssystem weiter an Bedeutung. Die Nachfrage von Gesundheit als besonders erstrebenswerte Errungenschaft verstärkt die Transformation des Gesundheitsmarktes von einem regulierten **Angebotsmarkt hin zu einem vielseitigen Nachfragemarkt**. Folgeerscheinungen wie Liberalisierung, Privatisierung, Ökonomisierung, Kommerzialisierung und verstärkte Fragmentierung der Versorgung bedürfen einer kritischen wie objektiven Beobachtung, welche die ÖGDV als eine ihrer Kernaufgaben versteht.

Abschließend wurde die **Qualität** der dermatologischen Versorgungsleistung in Österreich von den Teilnehmenden der Umfrage als gut (**MW 7,25**; abweichend hinterlegte Skala 1/inexistent, katastrophal schlecht bis 10/optimal) und ihre **Effizienz** nur geringfügig schlechter (**MW 6,18**) bewertet.

Aus den Umfrageergebnissen, Freitextkommentaren sowie Beiträgen einer im Rahmen der OEADF-Jahrestagung am 10. Mai 2024 in Wien veranstalteten Podiumsdiskussion zu Thema und Ergebnissen der Umfrage unter Beteiligung diverser Stakeholder (Vertretung von Niederlassung, Klinik, nachrückender Generation, Ärztekammer, Bundesministerium, Politik, Industrie) lassen sich in Ergänzung und Präzisierung der bisherigen Inhalte des Masterplans weitere Anhalte für Maßnahmen und Handlungsfelder ableiten (Tab. 1).

Tab. 1. Wesentliche, sich aus der Umfrage und Diskussion ergebende Aktionspunkte:

- **Ausbildungsqualität sichern**
  - Zentrale, sektorenübergreifende Steuerung der Ausbildung mit Anpassung des Ausbildungsschlüssels an den Versorgungsbedarf
  - Verpflichtende Ausbildungszeit in Lehrordinationen und deren Attraktivierung (Administration, Vergütung, hybride Anstellungsmöglichkeit mit z.B. Spitalsanteil)

ulative disinformation and misinformation, especially in view of low-threshold accessible sources of information and communication”, and promoting the “strengthening of general skin and health competences as well as preventive health behavior through media campaigns with a wide impact”. Strengthening dermatological health literacy in particular is a key task for the specialist society, as this enables them to guide more mature patients efficiently through the healthcare system.

The ÖGDV is also considered to have an **objective position** with regard to the assessment of medical needs and the benefits of new medicines (**MW 8.23**). Performing this function is of particular importance in view of developments in the healthcare system. The importance of health, health awareness, and health literacy (as a prerequisite for more personal responsibility and preventive or health-promoting behavior) is becoming increasingly important in an aging, multimorbid society and with a resource-limited healthcare system. The demand for health as a particularly desirable achievement reinforces the transformation of the healthcare market **from a regulated supply market to a versatile demand market**. Consequential phenomena such as the liberalization, privatization, economization, commercialization, and increased fragmentation of care require critical and objective observation, which the ÖGDV sees as one of its core tasks.

In conclusion, the **quality** of dermatological care in Austria was rated as good by the participants in the survey (**MW 7.25**; scale ranging from 1 (non-existent, catastrophically bad) to 10 (optimal)) and its **efficiency** as only slightly worse (**MW 6.18**).

Based on the survey results, free-text comments, and contributions from a panel discussion on the topic held as part of the OEADF annual conference in Vienna on May 10, 2024, with the participation of various stakeholders (representatives of branch offices, clinics, the next generation, of the Austrian Medical Chamber, the Federal Ministry, politics, industry), further indications for measures and fields of action can be derived to supplement and specify the previous contents of the master plan (Table 1).

Table 1: Key action points resulting from the survey and discussion

- **Ensure training quality**
  - Central, cross-sectoral management of training programs, whereby these must be adjusted to meet the care requirements
  - Mandatory training period in teaching practices and making these more attractive (administration, remuneration, hybrid employment options with, for example, a hospital component)

- Dermatologisches Modul in Basisausbildung für alle Fachrichtungen
- Ausbildungsverbünde und -rotationen zur Sicherstellung einer umfassenden Ausbildung; Zugänglichkeit von Zentrumsexpertise und Stärkung strategischer Ausbildungsschwerpunkte (wie Dermatohistopathologie, Allergologie, Dermatoonkologie, Dermatochirurgie, Gutachtertätigkeit)
- **Deregulierung vorantreiben**
  - Unregulierten Zusammenschluss von Ärzt:innen und flexible Teilung von Kassenverträgen ermöglichen
  - Aufhebung standortbezogener Kassenstellen/maximaler Ordinationsstandorte/Scheinlimits angesichts verstärkter Verlagerung von Versorgungsbereichen nach extramural
  - Vorschriften, Verordnungen flexibler gestalten, kontraproduktive Restriktionen abbauen (Öffnungszeiten, Altersgrenze; Abrechenbarkeit von umfangreichen, spezialisierten und adäquat honorierten Leistungen im niedergelassenen Bereich)
  - Möglichkeit schaffen, ambulante Versorgungsstrukturen eigeninitiativ aus- bzw. aufzubauen
- **Lenkungsbedarf adressieren**
  - Dermatologische Qualifizierungsmaßnahmen für angemessene Triage durch Hausärzt:innen/Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin mit Gatekeeper-Funktion (Kapazitäten/Kompetenzen schärfen in Basisausbildung und mittels Fortbildungsangeboten)
  - Etablierung sektorenverbindender Versorgungspfade unter Einbindung entsprechender Lotsenstrukturen
- **Zusammenarbeit fördern**
  - Etablierung/Vertiefung von Allianzen und Kooperationsstrukturen für Synergien und gegen unnötige Redundanzen (intra-/extramural, regional, national, international; klinische Versorgung, Forschung, Ausbildung)
  - National abgestimmte Schwerpunkte und Hochtechnologie in den Kliniken, die jede für sich aber weiterhin das gesamte dermatologische Spektrum abbilden soll
  - Institutionalisierte Zugänglichkeit zu/Austausch mit Kompetenzzentren/Expert:innen fördern
- **Attraktivierung der kassen- und spitalsärztlichen Tätigkeit**
  - Informationsveranstaltungen zur beruflichen Tätigkeit in der Niederlassung, Hospitationsmöglichkeiten und Lehrpraxisstellen für in Ausbildung Stehende/Interessenten
  - Attraktivierung des Leistungskataloges und Weiterentwicklung anhand des Versorgungsbedarfes. Der Honorierungskatalog darf nicht Fehlentwicklungen vorantreiben, die die niederschwellige Zugänglichkeit von notwendigen medizinischen Leistungen gefährden. Gleichzeitig muss in der Bewertung des Versorgungsniveaus strikter zwischen Bedarf und individuellen Bedürfnissen unterschieden werden. Während ersterer dem allgemeinen Versorgungsauftrag unter-

- Dermatology module in basic training programs for all specializations
- Training networks and rotations to ensure comprehensive training, accessibility of center expertise and strengthening of strategic training foci (e.g., dermatohistopathology, allergology, dermatooncology, dermatosurgery, expert activities)
- **Push deregulation**
  - Enable unregulated mergers of doctors and flexible sharing of health insurance contracts
  - Abolish location-based health insurance fund positions, maximum surgery locations, or sham limits in view of the increased shift of care areas to extramural locations
  - Make regulations and prescriptions more flexible, remove counterproductive restrictions (opening hours, age limit; billing of extensive, specialized and adequately remunerated services in private practice)
  - Create opportunities to develop and establish outpatient care structures on a personal initiative
- **Address the need for guidance**
  - Develop dermatological qualification measures for appropriate triage by general practitioners and specialists in general medicine with a gatekeeper function (improve capacities and skills in basic training and by offering continuing education courses)
  - Establish sector-linking care pathways by integrating the corresponding pilot structures
- **Promote cooperation**
  - Establish or deepen alliances and cooperation structures to encourage synergies and prevent unnecessary redundancies (intra/extramural, regional, national, international, in clinical care, research, training)
  - Create nationally coordinated focal points and support high technology in the clinics, each of which will continue to cover the entire dermatological spectrum
  - Promote institutionalized accessibility to or exchange with competence centers and experts
- **Make the work of panel and hospital doctors more attractive**
  - Offer information events on professional activities in the branch office, work shadowing opportunities, and teaching practice positions for trainees and interested parties
  - Make the service catalog more attractive and develop it further based on the need for care. The remuneration catalog must not support undesirable developments that jeopardize the low-threshold accessibility of necessary medical services. At the same time, a stricter distinction must be made between need and individual requirements when assessing the level of care. While the former is subject to the general care mandate, the latter is deliberately and intentionally not fully covered.

liegt, sind letztere dadurch bewusst und gewollt nicht vollumfänglich abgedeckt.

- Praxisgründungsunterstützung, Schulungen (Buchhaltung, Personalführung, Personalsuche, Digitalisierung, Marketing, Leadership/Kommunikation; Optimierungsanalysen zu Organisation und Prozessen)
  - Bürokratieabbau gemäß Empfehlung einer zu schaffenden Arbeitsgruppe der ÖGDV
  - Flexible, z.B. hybride Arbeitszeit- und Anstellungsmodelle; Kooperationsmodelle mit den Kassen (z.B. vorgelagerte Ordinationen als Joint Venture von Spital und Kassen)
  - **Attraktivierung der spitalsärztlichen Tätigkeit**
    - Konkurrenzfähiges Gehalt, flexible Arbeitszeitmodelle, Möglichkeit extramuraler Nebenbeschäftigung
  - **Expertisesicherung angesichts absehbarer Pensionierungswelle**
    - Maßnahmen, um Expertise und Erfahrung versorgungswirksam verfügbar zu halten (Eldercare, Senior Consultants)
    - Qualifizierten Nachwuchs sichern
  - **Fachgesellschaft, Fachgruppe**
    - Gremiale Vertretung von Spitals-, Kassen-, Wahlärzten verstärken
    - Breitere Einbindung der Hautärzt:innen in Entscheidungen (z.B. Online-Befragungen)
    - Standardisierung von Diagnostik, Behandlung, Nachsorgen/Kontrollen durch Leitlinien, Informationsbögen
    - Attraktives Angebot an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten sicherstellen
    - Stärkung der allgemeinen Haut- und Gesundheitskompetenz sowie von präventivem Gesundheitsverhalten durch Kampagnen in Medien mit hoher Reichweite
    - Standespolitisches Engagement in Ärztekammer und Parlament/Gesundheitsministerium, um die Bedeutung der Dermatologie für Prävention und Behandlung gesellschaftlich relevanter Erkrankungen zu betonen, die Bindung politischer Entscheidungen an einen Expertenrat sicherzustellen und eine starke Position bei Verhandlungen der Remunerationsschemata und gegen weitere Einsparung von Betten, Primariaten und Facharztposten einzunehmen, um einen Verlust an Lehrkapazität, fachlicher Kompetenz und Breite sowie potentieller Wertschöpfung zu verhindern
    - Mitsprache bei der Definition, Erfassung und Validierung von Qualitäts-, Leistungs- und Effizienzparametern für die Ver- und Zuteilung von Ressourcen; Unterstützung von sektorenübergreifenden „all-policies“ Kosten-Nutzen-Analysen
    - Validitätsbeurteilung medizinischer Innovationen/dermatologischer Inhalte/Themen durch die Fachgesellschaft als „authoritative source“
- Practice start-up support, training (accounting, personnel management, recruitment, digitalization, marketing, leadership/communication; optimization analyses of organization and processes)
  - Reduce bureaucracy as recommended by a working group to be set up by the ÖGDV
  - Introduce flexible (e.g., hybrid) working time and employment models; cooperation models with health insurance funds (e.g., upstream surgeries as joint ventures between hospitals and health insurance funds)
  - **Make the work of hospital doctors more attractive**
    - Offer more competitive salaries, flexible working time models, and the possibility of extra-mural part-time employment
  - **Secure expertise in the face of a foreseeable wave of retirements**
    - Develop measures to keep expertise and experience available for effective care (eldercare, senior consultants)
    - Secure qualified young talent
  - **Specialist society, specialist group**
    - Strengthen committee representation of hospital, panel, and elective doctors
    - More broadly involve dermatologists in decisions (e.g., online surveys)
    - Standardize diagnostics, treatment, aftercare and controls by providing guidelines, information sheets
    - Ensure an attractive range of training and development opportunities
    - Strengthen general skin and health literacy and promote preventive health behavior by carrying out high-impact media campaigns
    - Encourage professional engagement in the Austrian Medical Chamber and Parliament/Ministry of Health to emphasize the importance of dermatology for the prevention and treatment of socially relevant diseases, ensuring that political decisions are tied to a council of experts, taking a strong position in negotiations on remuneration schemes, and preventing further cuts in beds, departments/chairs, and specialist positions. This will prevent a loss of teaching capacity, specialist expertise, and breadth, as well as potential added value
    - Increase participation in the definition, recording, and validation of quality, performance, and efficiency parameters for the allocation and assignment of resources; provide support for cross-sectoral “all-policies” cost-benefit analyses
    - Support a validity assessment of medical innovations, dermatological content, and topics by the specialist society as an “authoritative source”

■ **Sicherstellung von Innovation** (Digitalisierung, Telemedizin, KI; 3D Printing, Präzisionsmedizin) und **Attraktivität als Studienstandort**

- Methodische/administrative/regulatorische Professionalisierung vorantreiben (Studien- und Innovationsmanagement und -administration; Verwertung/IP; technologische/methodische Schulung/Ausbildung/Expertiseaustausch)
- Zentralisierung/Beschleunigung der Genehmigungs- und Prüfungsverfahren für klinische Studien durch Musterverfahren/Rahmenverträge/Zentralregister
- Förderprogramme für physician/clinician scientists
- Forschungsstruktur/-kultur etablieren (geschützte Forschungszeit, Studienassistenten; Personalbemessung für die klinische Forschung im Stellenplan)
- Existentielle Partnerschaften mit Industrie in Grundlagen-, translationaler, klinischer Forschung unter Einhaltung der internen Compliance-Regeln fördern, inkl. Privat-Public-Partnership-Modellen
- Eingeschränkte oder fehlende Zugänglichkeit von Technologie für bestimmte Bevölkerungsgruppen (ältere Generation, Unterprivilegierte) im Zuge der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung berücksichtigen und komplementäre Versorgungsmaßnahmen sicherstellen.

Danksagung und Aufruf

Die durch diese Umfrage gewonnenen Erkenntnisse sind für die ÖGDV von großem Wert. Aus diesem Grund möchten wir allen Mitgliedern nochmals herzlich für deren Mitwirkung danken. Bitte bleiben Sie diesem Projekt gewogen und engagieren sich unkompliziert und jederzeit, denn Ihre Anliegen sind unser Auftrag.

Korrespondenz: m.laimer@salk.at

■ **Ensure innovation** (digitalization, telemedicine, AI, 3D printing, precision medicine) and **attractiveness as a study location**

- Advance methodological, administrative, regulatory professionalization (study and innovation management, administration, exploitation or IP, technological, or methodological training, education, or exchange of expertise)
- Centralize or accelerate approval and review procedures for clinical trials through model procedures, framework agreements, and central registers
- Fund programs for physician or clinician scientists
- Establish research structure or culture (protected research time, study assistance, staffing levels for clinical research in the staffing plan)
- Promote existential partnerships with industry in basic, translational, and clinical research in compliance with internal compliance rules, including private-public partnership models
- Consider limited or lack of accessibility to technology in certain population groups (older generation, underprivileged) when planning the digitalization of healthcare and ensure complementary care measures

Acknowledgement and appeal

The insights gained from these survey results are of great value to the ÖGDV. For this reason, we would like to thank all members once again for their participation. Please remain committed to this project and get involved in any way that you can and at any time, because addressing your concerns is our mission.

Correspondence: m.laimer@salk.at

**Literatur:**

1. Laimer M, Bauer JW, Wolf P. Die österreichische Dermatologie: Fit für die Zukunft? SKIN (Austrian Edition). 2024;2(2):30–4.

2. Laimer M, Posch C, Bauer J. Die österreichische Dermatologie: Fit für die Zukunft? J Dtsch Dermatol Ges. 2024;22(6):900–1.