Österreichischer
Rheumatologie-Report II

Österreichische Gesellschaft für
Rheumatologie & Rehabilitation

Inhalt

Vorwort 3
Rheumatische Erkrankungen und Burden of Disease 4
Rheumatologische Versorgung 7
Tatsächliche Arbeitssituation österreichischer Rheumatolog:innen 10
Stationäre Versorgung 13
Resümee 14

Anhang: Redaktionsteam 15

Impressum

Herausgeber: Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR)
Wissenschaftliche Leitung: Ruth Fritsch-Stork und Christina Duftner
Texte und Gesamtredaktion: Susanne Hinger
Redaktionsteam: Christina Duftner, Ruth Fritsch-Stork, Susanne Hinger, Helga Lechner-Radner, Peter Mandl
Danksagung: Besonderer Dank geht an Dr. Florian Röthlin, Gesundheit Österreich GmbH, an Mag. Anton Sinabell, Abteilung Statistik, Österreichische Ärztekammer, sowie an Dr. Simon Reider, PhD, Medizinische Universität Innsbruck.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdruckes, des Vortrages, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikrodatenverarbeitung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Allgemeine Hinweise: Die Beiträge geben die persönliche und/oder wissenschaftliche Meinung des Redaktionsteams wieder. Trotz sorgfältiger Prüfung übernehmen Verlag, Redaktion und Herausgeber keinerlei Haftung für drucktechnische und inhaltliche Fehler.

© 2025 MedMedia Verlag und Mediaservice Ges.m.b.H.,
Seidengasse 9/Top 1.1, A-1070 Wien,
Tel.: +43 1 407 31 11-0, E-Mail: office@medmedia.at, www.medmedia.at

Redaktion: susanne.hinger@gmx.at
Lektorat: online-lektorat.at – Sprachdienstleistungen
Gestaltung und Layout: Katharina Blieberger, katharina.blieberger.at
Coverbild: Sebastian Kaulitzki, stock.adobe.com
Druck: Hantsch PrePress Services OG, Jochen-Rindt-Straße 9, 1230 Wien
ISBN: 978-3-9505733-1-2

Vorwort

© ÖGK/Martin Biller

Prim.[a] Priv.-Doz.[in]
Dr.[in] Ruth Fritsch-Stork, PhD

© Michaela Seidl Photographie

Priv.-Doz.[in]
Dr.[in] Christina Duftner, PhD

Rheumatologie wird häufig ausschließlich mit älteren Menschen und Schmerzen assoziiert. Doch hinter dem Begriff „Rheuma" verbirgt sich weit mehr als „Alter" und „Schmerz". Rheumatische Erkrankungen können Menschen jeden Alters betreffen – vom Säugling bis zum Senior. Sie zählen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen und betreffen bis **zu einem Viertel der österreichischen Bevölkerung.**

Unter „Rheuma" werden entzündliche Autoimmun- sowie Autoinflammationserkrankungen, aber auch Osteoporose, Arthrose sowie stoffwechselassoziierte Gelenkerkrankungen wie etwa die Gicht zusammengefasst. Diese Erkrankungen sind nicht nur weit verbreitet, sondern gehen auch mit erheblichen **physischen und psychischen Belastungen** für die Betroffenen sowie mit beträchtlichen **sozioökonomischen Auswirkungen** einher.

Mit dem *2. Österreichischen Rheumatologie-Report* legt die Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR) einen erneuten Faktencheck zur Prävalenz rheumatologischer Erkrankungen, zum **Burden of Disease** sowie zur **aktuellen** Versorgungssituation in Österreich vor.

Die Rheumatologie zählt zu den **innovativsten** Fachdisziplinen der **modernen Medizin.** Immer tiefere Einblicke in die Pathophysiologie immunvermittelter Erkrankungen ermöglichen den Einsatz zielgerichteter, hochwirksamer Therapien. Dieses Wissen ist nicht nur für die Diagnostik der rheumatischen Erkrankungen entscheidend, sondern auch für das Management von Begleiterkrankungen (z. B. erhöhtes kardiovaskuläres oder Krebsrisiko) und therapieassoziierten Komplikationen (z. B. Infektionen).

Im Vergleich zur **Versorgungssituation** 2023 zeigt sich jedoch **Stillstand:** Die Zahl der internistischen Rheumatolog:innen stagniert, und die Versorgung erfolgt weiterhin überwiegend im ambulanten Bereich der Spitäler, weil Kassenpraxen nach wie vor fehlen. Weite Teile Österreichs, v. a. im ländlichen Raum, sind ohne jegliche rheumatologische Versorgung. Besonders **alarmierend** ist, dass 45 % der Rheumatolog:innen über 55 Jahre alt sind und in den kommenden 10 Jahren in Pension gehen werden. Gleichzeitig steigt das Interesse an **Teilzeitmodellen,** was die **Versorgungslage weiter verschärfen** dürfte. Hierfür wurden Daten mittels einer Umfrage erhoben, wobei 48 % der Rheumatolog:innen angaben, in 5 Jahren in Teilzeit arbeiten zu wollen. Aus diesen Gründen ist die **Sicherstellung** einer **adäquaten** rheumatologischen Versorgung der österreichischen Bevölkerung in der Zukunft in Gefahr.

Die Rheumatologie ist keine „apparative" Disziplin – sie lebt von klinischem Denken, präziser Anamnese, körperlicher Untersuchung und integrierter Bewertung von Labor-, Bildgebungs- und histologischen Befunden. Zeitintensive Aufklärungsgespräche über Medikamente sowie engmaschiges Monitoring der Krankheitsaktivität und der medikamentösen Therapien prägen den klinischen Alltag.

Damit die Rheumatologie auch künftig attraktiv bleibt, braucht es **einheitliche Leistungspositionen** für Kassenpraxen in ganz Österreich und **klare Versorgungsstrukturen,** die auch in Zeiten zunehmender Bettenknappheit eine adäquate stationäre Behandlung komplexer Fälle sicherstellen. Hier ist insbesondere die Gesundheitspolitik gefordert, den dringlichen Handlungsbedarf zu erkennen – und im Sinne unserer Patient:innen zu handeln.

Die Inhalte des *2. Österreichischen Rheumatologie-Reports* wurden mit großem Engagement von Susanne Hinger erarbeitet und aufbereitet. Unser besonderer Dank gilt ihr, dem gesamten Team des MedMedia Verlags und Dr. Simon Reider, PhD (Medizinische Universität Innsbruck), für die Erstellung der begleitenden Umfrage.

Liebe Leser:innen, wir wünschen Ihnen eine interessante sowie erkenntnisreiche Lektüre und freuen uns auf einen anregenden Austausch!

Herzlichst

Ruth Fritsch-Stork, Christina Duftner

für den Vorstand der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation

Rheumatische Erkrankungen und Burden of Disease

In Österreich leiden bis zu 300.000 Menschen an einer entzündlichen rheumatischen Erkrankung. Noch viel häufiger sind die Osteoporose und degenerative nichtentzündliche Gelenkerkrankungen, allen voran die Arthrose. Rheumatische Erkrankungen gehen mit enormen Belastungen einher.

Mittelpunkt der rheumatologischen Versorgung sind vor allem Patient:innen mit entzündlichen rheumatischen Erkrankungen. Diese umfassen mehrere Hundert verschiedene entzündliche Erkrankungen, denen als gemeinsames Merkmal ein chronischer Entzündungsprozess zugrunde liegt. Dieser ist wiederum meist durch Störungen im Immunsystem (Autoimmunerkrankungen) begründet und schreitet unbehandelt meist rasch fort.

Die entzündlichen rheumatischen Erkrankungen umfassen einerseits die entzündlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates, anderseits aber auch komplexe entzündliche Systemerkrankungen:

- Entzündliche Gelenkerkrankungen betreffen nicht nur Gelenke, sondern auch die Wirbelsäule sowie Sehnen, Enthesen (Sehnenansätze), Bänder und Muskeln. Dazu zählen: die rheumatoide Arthritis, die axiale Spondyloarthritis (= Morbus Bechterew), die Psoriasisarthritis, die reaktive Arthritis, die Gicht, die Chondrokalzinose etc.
- Die Gruppe der entzündlichen Systemerkrankungen umfasst komplexe autoimmune und autoinflammatorische Erkrankungen, die häufig schwere Verläufe haben und die verschiedensten Organe betreffen können (Niere, Herz, Lunge, Darm, Hirn, Nervensystem etc.). Dazu zählen der systemische Lupus erythematodes (SLE), die systemische Sklerose, entzündliche Gefäßerkrankungen (Vaskulitiden), aber auch verschiedenste autoinflammatorische Syndrome wie periodische Fiebersyndrome und vieles mehr.

Rheumatische Erkrankungen gehen für Betroffene **mit enormen Belastungen** einher und sind mitunter lebensverkürzend. Sie verursachen hohe sozioökonomische Kosten.

Komorbiditäten. Auch entzündliche Gelenkerkrankungen können mit Organmanifestationen einhergehen.[1] Die chronische Entzündung kann zu irreversiblen Schäden an Gelenken und Organen führen und kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, aber auch Krebs triggern. Personen mit entzündlichen rheumatischen Erkrankungen haben ein fast doppelt so hohes Herzinfarktrisiko, ein 2- bis 3-mal so hohes Krebsrisiko wie die Vergleichsbevölkerung und ein höheres Mortalitätsrisiko.[1]

In Österreich leiden bis zu 300.000 Menschen an einer **entzündlichen rheumatischen,** autoimmun bedingten Erkrankung; dazu kommen nochmals so viele Menschen mit Gicht und anderen stoffwechselbedingten entzündlichen Erkrankungen. Noch viel häufiger sind die **Osteoporose** und die große Gruppe der degenerativen nichtentzündlichen Gelenkerkrankungen, allen voran die **Arthrose.**

Jedes Alter betroffen. Während entzündliche rheumatische Erkrankungen Menschen jeden Alters betreffen und sich schon im Kleinkindalter manifestieren können, nehmen degenerative nichtentzündliche Erkrankungen sowie die Osteoporose mit dem Alter zu. In Summe betreffen rheumatische und muskuloskelettale Erkrankungen somit rund ein Viertel der Bevölkerung![1,2] Der Bedarf an rheumatologischer Versorgung ist enorm.

Häufigkeiten von entzündlichen rheumatischen Erkrankungen

Die Zahl der Menschen, die in Österreich an entzündlichen rheumatischen Erkrankungen leiden und damit der rheumatologischen Versorgung bedürfen, kann aus europäischen Prävalenzstudien extrapoliert werden. Aktuelle deutsche Prävalenzdaten stehen mit dem 2023 publizierten „Systematischen Review zur Schätzung der Prävalenz entzündlich rheumatischer Erkrankungen in Deutschland" zur Verfügung.[3] Auf Basis dieser Daten und anhand aktueller Bevölkerungszahlen der österreichischen Wohnbevölkerung[4,5] zum 1.1.2025 wurde die Anzahl der Betroffenen in Österreich errechnet[6] **(Tab. 1)**. In Summe leiden damit 2025 in Österreich etwa 205.000 bis knapp 300.000 Personen an einer entzündlichen rheumatischen Erkrankung.[6] Die tatsächliche Zahl Betroffener könnte in Zukunft sogar noch höher liegen: Demografische Verschiebungen (Änderungen in der Altersstruktur hin zu einer älteren Gesellschaft), eine verbesserte Frühdiagnostik und moderne Therapiemöglichkeiten, die das Überleben verlängern, könnten bei einzelnen Erkrankungen auch zu höherer Prävalenz führen.[7]

Gicht. Zu beachten ist weiters, dass die Zahl an Menschen, die an Gicht und anderen stoffwechselbedingten entzündlichen Erkrankungen (wie CPPD-Arthritis [Chondrokalzinose], Hämochromatosen) leiden, sehr hoch ist. Patient:innen mit stoffwechselbedingten entzündlichen Erkrankungen bedürfen insbesondere bei Diagnosestellung, bei therapieresistenten, schweren Verläufen und bei akuten Exazerbationen der rheumatologischen Betreuung! Anhand von rezenten Prävalenzdaten[8, 9] wurde die Anzahl der betroffenen Patient:innen errechnet **(Tab. 1,** Teil 2): Demnach leiden in Österreich rund 124.000 Personen an Gicht und vermutlich rund 200.000 an anderen Kristallarthropathien.[10]

Häufigkeiten von Osteoporose und Arthrosen

Osteoporose ist die häufigste Erkrankung des Knochenstoffwechsels. Die Dunkelziffer ist hoch. Laut Schätzungen der Österreichischen Gesellschaft für Knochen- und Mineralstoffwechsel[11] ist davon auszugehen, dass in Österreich 460.000 Personen (davon 80 % Frauen) von einer Osteoporose betroffen sind. Insbesondere die bei rheumatischen Erkrankungen und therapieassoziiert häufig auftretende Osteoporose erfordert rheumatologische Expertise.[7]

Degenerative Erkrankungen (Arthrosen und Schmerzsyndrome) betreffen rund ein Viertel der Bevölkerung. Auch sie zählen zu den rheumatischen muskuloskelettalen Erkrankungen und gehen für Betroffene mit großen Schmerzen, Beeinträchtigungen und großem Leid einher. Als nichtentzündliche Erkrankungen werden sie in der öffentlichen Wahrnehmung oft bagatellisiert. Am Ende des degenerativ fortschreitenden Krankheitsprozesses steht jedoch ebenso die Gelenkdeformation, d. h. das schwer arthrotische Gelenk. Kausale Therapien der Arthrose fehlen noch. Wie eine rezente Studie zu den Komorbiditäten bei Arthrose zeigt, sind Menschen mit Arthrosen häufig multimorbide Patient:innen, die ein multidisziplinäres Management benötigen.[12, 13] Insbesondere zum Ausschluss entzündlicher Erkrankungen bedürfen degenerative Gelenkerkrankungen ebenso wie chronische Rückenschmerzen auch einer strukturellen rheumatologischen Abklärung.

Krankheitslast, Burden of Disease

Viele rheumatische Erkrankungen gehen für die Betroffenen mit enormen Belastungen, Schmerzen, massiven Einschränkungen der Lebensqualität und der Mobilität, oft auch mit Behinderung, Arbeitsunfähigkeit und Einkommensverlust einher. Sie sind mit permanenter Krankheitslast für Betroffene und ihre Familien verbunden und belasten auch die Volkswirtschaften durch hohe sozioökonomische Kosten (hohe – auch indirekte – krankheitsassoziierte Kosten, Produktivitätsverlust). Europäische Daten zeigen: Ein Drittel aller Patient:innen mit rheumatoider Arthritis fällt bereits innerhalb von

Tab. 1: Anzahl Betroffener in Österreich

Erkrankung	Prävalenz[3] [%]			Betroffene in Österreich[6]	
	von	bis	Kollektiv	von	bis
Entzündliche Gelenkerkrankungen					
rheumatoide Arthritis	0,8	1,2	Erw.	61.000	91.400
Spondyloarthritiden	1,0	1,4	Erw.	76.200	106.600
Psoriasisarthritis	0,24	0,32	Erw.	18.300	24.400
juvenile idiopath. Arthritis		0,1	< 18 J.	1.600	1.600
Entzündliche Systemerkrankungen					
system. Lupus erythematodes		0,056	Erw.	4.300	4.300
systemische Sklerose (SSc)	0,017	0,025	Erw.	1.300	1.900
Sjögren-Erkrankung	0,4	0,7	Erw.	30.500	53.300
Idiopath. entz. Myopathien	0,012	0,017	ges. Bev.	1.100	1.600
Polymyalgia rheumatica	0,14	0,15	≥ 40 J.	7.100	7.600
Riesenzellarteriitis	0,04	0,05	≥ 50 J.	1.550	1.900
ANCA-assoz. Vaskulitiden		0,026	Erw.	2.000	2.000
Summe entzündlich rheumatisch				**205.000**	**297.000**
Gicht[8]		1,63	Erw.		124.000
andere Kristallarthropathien[9]		8	≥ 60 J.		202.500
Summe stoffwechselbedingte entzündliche Erkrankungen[10]					**325.000**
Osteoporose[11]			Erw.		**460.000**

Quellen: Prävalenzen nach Albrecht et al.[3], Kiltz et al.[8], Zink et al.[9], ÖGKM[11]; Bev.-Zahlen Österreich 1. 1. 2025[4] nach Altersgruppen[5], Anzahl Betroffener in Österreich: berechnet von S. Hinger[6,10]

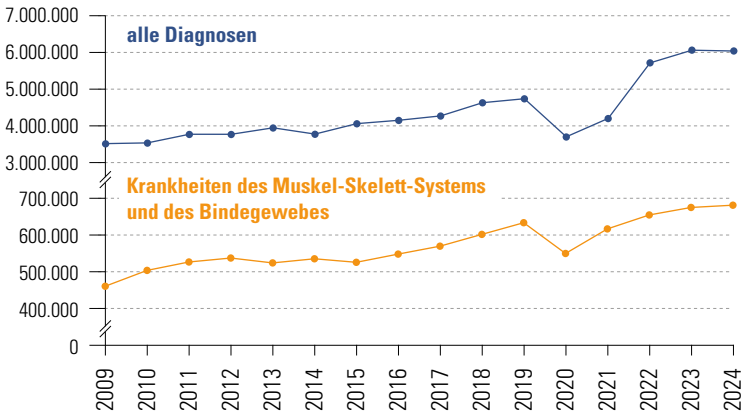
5 Jahren aus dem Erwerbsprozess.[1] Rheumatische und muskuloskelettale Erkrankungen sind die Hauptursache für Behinderung in Europa und sind für mehr als 50 % der Years lived in Disability (YLD = in Behinderung verbrachte Lebensjahre) verantwortlich. Die mit rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen assoziierten Kosten werden auf 240 Milliarden Euro pro Jahr geschätzt, allein ihre direkten Kosten betragen 2 % des Bruttoinlandsproduktes der EU.[14]

Aktuelle österreichische Daten

Wie der letzte Österreichische Gesundheitsbericht 2022, der auf einer Gesundheitsbefragung zum subjektiven Gesundheitszustand der ≥ 15-Jährigen basiert, zusammenfasst, stehen muskuloskelettale Erkrankungen an erster Stelle der selbstberichteten chronischen Krankheiten. Mit 26 % (1,9 Millionen Betroffene!) rangiert allein der chronische Rückenschmerz auf Platz 1 (noch vor der Hypertonie und Allergien), gefolgt von chronischen Nackenschmerzen (20 %) und den Arthrosen (13 %).[15]

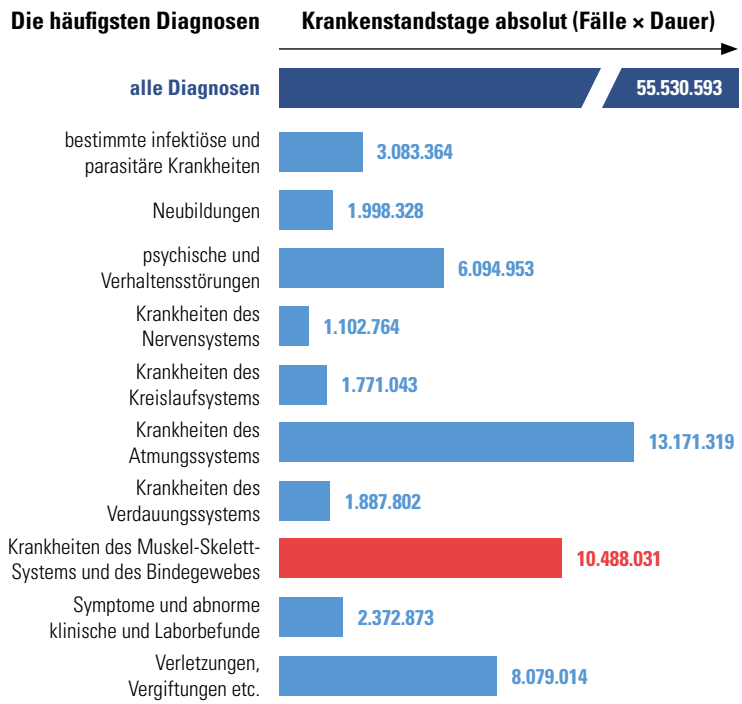
Krankenstände. Muskuloskelettale Erkrankungen führen zu einer hohen Zahl von Krankenstandsfällen. Insgesamt wurden

Abb. 1: Krankenstandsfälle in Österreich im Zeitverlauf (2009–2024)



Quelle: nach Daten der Statistik Austria[16]

Abb. 2: Krankenstandstage in Österreich



Quelle: Statistik Austria, Krankenstandsfälle und Dauer[16], Berechnung Krankenstandstage: S. Hinger[17]

im Jahr 2024 in Österreich 6.035.934 Krankenstandsfälle verzeichnet, davon entfielen 681.041 Krankenstände auf Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSD). Damit sind die „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes" (wobei entzündliche und nichtentzündliche Erkrankungen gemeinsam erfasst sind) der dritthäufigste Krankenstandsgrund nach den Erkrankungen des Atmungssystems (2,5 Millionen Fälle) und infektiösen Erkrankungen (752.040 Fälle).[16]

Wie in **Abbildung 1** ersichtlich, ist nach einem – vermutlich Corona-assoziierten – Knick in den Krankenstandsfällen in den letzten Jahren wieder eine starke Zunahme zu verzeichnen. Das betrifft die Gesamtzahl aller Krankenstandsfälle, aber auch die durch muskuloskelettale Erkrankungen bedingten Fälle.[16] Gegenüber den Daten von 2021, die im 1. Rheumatologie-Report[1] dargestellt wurden, stieg die Zahl der MSD-bedingten Krankenstandsfälle um 10,4 %.

Die durchschnittliche Dauer eines Krankenstandes (quer über alle Erkrankungen) lag 2024 bei 9,2 Tagen, das ist eine leichte Verkürzung gegenüber 2021 (10,3 Tage). Bei Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes dauerte ein Krankenstand unverändert lange und wesentlich länger als der Gesamtdurchschnitt, nämlich 15,4 Tage (2021: 15,3 Tage).[16]

Österreichs Erwerbtätige waren im Jahr 2024 in Summe 55,5 Millionen Tage krank, die Gruppe der MSD schlägt dabei mit 10,5 Millionen Krankenstandstagen besonders hoch zu Buche. Das ist nach den Atemwegserkrankungen die zweithöchste Zahl an Krankenstandstagen für eine Diagnosegruppe **(Abb. 2)**.[16, 17]

Frühpensionen. Im Jahr 2024 waren in Österreich 12.631 Neuzugänge zu Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit/dauernden Erwerbsunfähigkeit zu verzeichnen.[18] Bei 2.852 lag der Grund in muskuloskelettalen Erkrankungen, das entspricht einem Anteil von 22,6 % an allen Neuzugängen zu Frühpensionen. Muskuloskelettale Erkrankungen rangieren damit vor den Krebserkrankungen (15,2 %) und vor den kardiovaskulären Erkrankungen (11,6 %) an 2. Stelle der Ursachen für Frühpension nach den psychischen und Verhaltensstörungen (29,6 %).[18]

1 1. Österreichischer Rheumatologie-Report der ÖGR, 2023, www.medmedia.at/oesterreichischer-rheumatologie-report-2023/
2 WHO Rehabilitation Need Estimator, https://vizhub.healthdata.org/rehabilitation/#0
3 Albrecht K et al., Systematisches Review zur Schätzung der Prävalenz entzündlich rheumatischer Erkrankungen in Deutschland. Z Rheumatol 2023; 82:727–738
4 Statistik Austria, www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-nach-alter/geschlecht; letzte Abfrage: 10. 7. 2025
5 Bevölkerungszahlen berechnet nach Altersgruppen aus [4], S. Hinger, 10. 7. 2025
6 Berechnung der Anzahl Betroffener in Österreich, berechnet anhand [3], auf Basis [5], S. Hinger
7 Braun J, Albrecht K, Callhoff J et al., Rheumatologische Versorgung in Deutschland. Memorandum der DGRh, Z Rheumatol 2024; 83 (Suppl 2):249–284
8 Kiltz U et al., Gicht: aktuelle Epidemiologie, Komorbiditäten, Komplikationen und sozioökonomische Konsequenzen. Akt Rheumatol 2021; 46:36–41
9 Daten der DGRh, Website; nach: Zink A, Albrecht K, How frequent are musculoskeletal diseases in Germany? Z Rheumatol 2016; 75(4):346–53
10 Berechnung der Anzahl Betroffener in Österreich, berechnet anhand [8, 9], auf Basis [5], S. Hinger
11 Österreichische Gesellschaft für Knochen- und Mineralstoffwechsel, www.oegkm.at/knochen/osteoporose/; letzte Abfrage: 19. 9. 2025
12 Interview mit Daniel Aletaha, Fakten der Rheumatologie 2/2024, S 6 ff.
13 Swain S et al., Ann Rheum Dis 2024; 83:119–120
14 EULAR 2024–2029 European Manifesto, https://www.eular.org/eular-manifesto
15 Griebler R et al., Österreichischer Gesundheitsbericht 2022. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien 2023
16 Statistik Austria, www.statistik.at/statistiken/arbeitsmarkt/arbeit-und-gesundheit/krankenstaende; letzte Abfrage: 26. 8. 2025
17 Berechnung nach Daten[16], S. Hinger, 26. 8. 2025
18 www.statistik.at/statistiken/arbeitsmarkt/arbeit-und-gesundheit/pensionen-der-geminderten-arbeitsfaehigkeit/erwerbsunfaehigkeit, letzte Abfrage 26. 8. 2025

Rheumatologische Versorgung

Die Rheumatologie ist heute eine hochspezialisierte Fachrichtung. Die komplexen, aufwendigen Leistungen werden in den Kassentarifen nicht abgebildet. Immer noch gibt es Regionen ohne fachspezifische rheumatologische Versorgung. Vor allem Kassenärzt:innen fehlen.

Rheumatologische Patient:innen sind chronisch kranke Menschen, die einer aufwändigen fachspezifischen Betreuung bedürfen. Moderne zielgerichtete Therapien, das Wissen um die Bedeutung einer frühen Diagnose und konsequente differenzierte Therapiekonzepte haben die Behandlungsmöglichkeiten revolutioniert und bei vielen Erkrankungen die Prognose verbessert. Die modernen Therapien sind effektiv, aber auch hochkomplex und erfordern aufgrund ihres vielfältigen Eingreifens in das Immunsystem viel Spezialwissen. Der Erkrankungsverlauf, der Therapieerfolg und erste Anzeichen von Komplikationen müssen engmaschig von Fachärzt:innen für Rheumatologie evaluiert werden. Anamnese, Diagnose, aber vor allem die Therapieeinstellung und die regelmäßige Überwachung sind aufwändig und erfordern neben höchster Expertise auch viel Zeit.

Um diesem Versorgungsauftrag gerecht werden und die notwendige fachspezialisierte Betreuung gewährleisten zu können, ist eine ausreichend große Zahl an gut ausgebildeten Rheumatolog:innen sowie ein Ausbau der kassenmedizinischen Versorgungsstrukturen notwendig.

Herausforderung in der Versorgung: Landkarte mit weißen Flecken

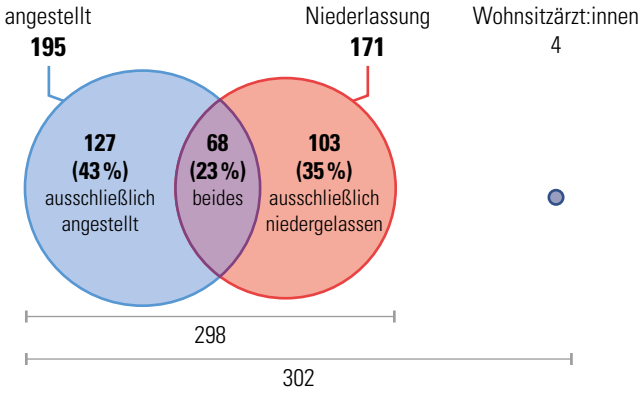
Im österreichischen Gesundheitssystem sind keine exakten Daten verfügbar, wie viele Patient:innen wie und wo im ambulanten Setting behandelt werden. Im niedergelassenen Bereich gibt es zwar eine rheumatologische Wahlarztversorgung, aber nur sehr wenige Rheumatolog:innen mit Kassenvertrag. Dem liegt das Problem einer immer noch unzureichenden Honorierung von – wie oben beschrieben – aufwändigen rheumatologischen Leistungen im Kassentarif zugrunde. Eine bedarfsdeckende rheumatologische Versorgung ist daher im Sozialversicherungssetting in vielen Regionen, wenn überhaupt, nur an Spitalsambulanzen möglich. Bundesländerweise, aber vor allem zwischen Stadt und Land bestehen hier große Unterschiede.

Immer noch existieren vereinzelt weiße Flecken auf der österreichischen Landkarte mit Bezirken ohne fachspezifische rheumatologische Versorgung, sodass Betroffene weite Anfahrtswege in Kauf nehmen müssen. Exakte Daten fehlen, und der Mangel ist schwer zu beziffern, da insbesondere im spitalsambulanten Setting teilweise Überbrückungslösungen organisiert werden und eine gewisse Basisversorgung für rheumatologische Patient:innen teilweise durch internistische Fachärzt:innen aus anderen Sonderfächern – oft unter großem persönlichem Einsatz – ermöglicht wird.

Das Fehlen von kassenmedizinischen Strukturen wiederum wird teilweise (vereinzelt durchaus versorgungsrelevant) im wahlärztlichen Bereich kompensiert, was für Betroffene neben der ohnehin hohen Krankheitslast (siehe Seite 4) wiederum mit zusätzlichen finanziellen Belastungen einhergeht.

Abb. 1: Gesamtzahl: internistische Rheumatolog:innen 2025

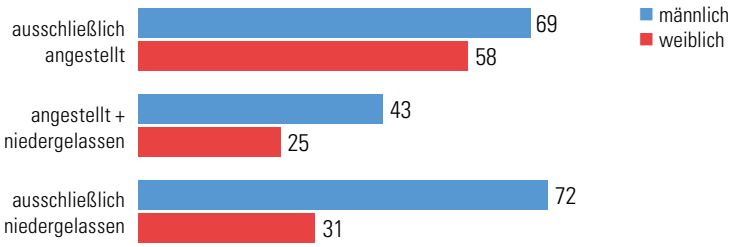
(= **Kopfzahlen** der in Rheumatologie ausgebildeten Ärzt:innen **unabhängig** davon, ob diese tatsächlich in der Rheumatologie tätig sind, und **ungeachtet** ihres Alters und ob sie Vollzeit oder Teilzeit tätig sind)



Quelle: nach Angaben der ÖÄK, A. Sinabell[2], Auswertung und Darstellung: S. Hinger

Abb. 2: Anzahl Rheumatolog:innen in Österreich, 2025 (nach Setting)

(= **Kopfzahlen** der in Rheumatologie ausgebildeten Ärzt:innen **unabhängig** davon, ob diese tatsächlich in der Rheumatologie tätig sind, und **ungeachtet** ihres Alters und ob sie Vollzeit oder Teilzeit tätig sind)



Quelle: nach Angaben der ÖÄK[2], Stand Juli 2025

Hochspezialisierte Fachrichtung

Rheumatologie ist ein Sonderfach der Inneren Medizin. Bis 2015 war die Rheumatologie ein sogenanntes Additivfach,

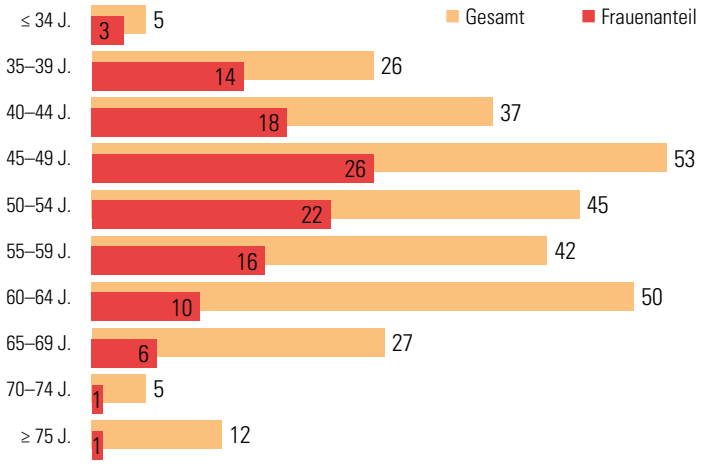
das von Fachärzt:innen für Innere Medizin, zusätzlich – d. h. erst nach der abgeschlossenen Facharztausbildung – absolviert werden konnte. Andere Additivfächer waren beispielsweise Kardiologie, Gastroenterologie, Nephrologie etc. Im Jahr 2015 wurden anstelle der Additivfächer internistische Sonderfächer geschaffen[1], im Falle der Rheumatologie das Sonderfach „Innere Medizin und Rheumatologie". Die Ausbildung zum/zur Fachärzt:in für Innere Medizin und Rheumatologie umfasst nach einer 9-monatigen Basisausbildung eine mindestens 63 Monate dauernde Sonderfachausbildung (davon 27 Monate Sonderfach-Grundausbildung „Innere Medizin" und 36 Monate Sonderfach-Schwerpunktausbildung „Rheumatologie").[1]
Im Folgenden werden Fachärzt:innen für Innere Medizin mit dem Additivfach „Rheumatologie" und Fachärzt:innen des Sonderfaches „Innere Medizin und Rheumatologie" unter dem Begriff „internistische Rheumatolog:innen" zusammengefasst.

Status quo: Fachärzt:innen für Rheumatologie

In der Statistik der Österreichischen Ärztekammer[2] sind in Summe 302 Fachärzt:innen als internistische Rheumatolog:innen ausgewiesen (davon 34 bereits mit Sonderfach-Ausbildung, der Großteil mit Additivfachausbildung).
Die **Abbildungen 1** und **2** stellen eine Verteilung nach Geschlecht und nach Art der Tätigkeit dar.
Tabelle 1 zeigt die Aufteilung nach Bundesländern.[2] Da vereinzelt Personen in mehreren Bundesländern tätig sind, kommt es zu Mehrfachzählungen. Damit erklärt sich, warum die Gesamtzahl geringfügig höher ist als die Kopfzahl.

Zu beachten ist, dass diese Zahlen die formale Anzahl der Personen wiedergeben, die in der Ärzteliste erfasst sind und die eine Spezialisierung in Rheumatologie abgeschlossen haben, nicht jedoch, ob – und wenn ja, in welchem Ausmaß – diese auch tatsächlich als Rheumatolog:innen tätig sind.

Abb. 3: Rheumatolog:innen in Österreich, 2025: Altersverteilung und Frauenanteil



Quelle: nach Angaben der ÖÄK, A. Sinabell[2], Auswertung und Darstellung: S. Hinger

So haben viele Ärzt:innen eine Ausbildung in mehreren Additivfächern. In den hier zitierten Daten ist nur der Umstand ihrer Ausbildung erkennbar, aber nicht, in welchem Fach sie letztlich primär tätig sind. Zu bedenken ist ferner, dass es sich um „Kopf"-Zahlen der in Rheumatologie Ausgebildeten (jeden Alters) handelt, nicht um Vollzeitäquivalente (Details dazu siehe Seite 10).
Trotz ihrer Limitationen geben diese Zahlen einen guten Überblick über die Verteilung nach Geschlecht, Alter, Ausbildung sowie Art der Tätigkeit und erlauben Rückschlüsse auf die Versorgungssituation.

Demografische Details

Altersstruktur. Wie in **Abbildung 3** ersichtlich, sind in der Gesamtzahl aller Rheumatolog:innen 44 Personen erfasst, die bereits 65 Jahre oder älter sind (27 sind zwischen 65 und 70 Jahren alt, 17 Personen sind ≥ 70 Jahre). Betrachtet man die Altersverteilung im Detail, so fällt auf, dass von den verbleibenden 259 Personen (≤ 65 Jahre) weitere 92 Rheumatolog:innen älter als 55 Jahre sind und damit in den nächsten 10 Jahren vermutlich in Pension gehen werden. In Summe sind damit in den Statistiken 136 Personen erfasst (= 45 %), die das Pensionsalter bereits erreicht haben bzw. in den nächsten 10 Jahren in Pension gehen werden.
Diese Zahlen verdeutlichen den zunehmenden, auch aus anderen Fachrichtungen bekannten Ärztemangel, der sich in der Rheumatologie, bei der gleichzeitig rasanten Entwicklung des Fachgebietes und dem damit steigenden Versorgungsbedarf, besonders gravierend auf die Versorgungssituation auswirken wird.
Da mit der neuen Sonderfachausbildung die Spezialisierung für Rheumatologie in wesentlich jüngerem Alter erfolgen kann als das früher der Fall war, ist in den nächsten Jahren bei sinkenden Ärztezahlen zumindest von einer gewissen Verjüngung des Durchschnittsalters auszugehen.

Frauenanteil. Wie **Abbildung 4** mit einem Vergleich von historischen Daten der letzten 16 Jahre zeigt, steigt der Frauenanteil unter Rheumatolog:innen im Laufe der Jahre sukzessive an. Auch die Rheumatologie wird daher zunehmend weiblich. Derzeit sind von den 302 in Rheumatologie ausgebildeten Ärzt:innen 117 Frauen und 185 Männer. Das entspricht im Gesamtkollektiv einem Frauenanteil von 39 % quer über alle Altersgruppen.
Während die Rheumatologie in älteren Generationen männlich dominiert ist, verschiebt sich das Geschlechterverhältnis bei jüngeren Rheumatolog:innen immer stärker **(Abb. 3)**. Betrachtet man die Gruppe von Rheumatolog:innen, die noch nicht das Pensionsalter erreicht haben (< 65 Jahre; n = 258), so liegt der Frauenanteil schon bei 42 % **(Abb. 5)**. In der Altersgruppe der < 55-Jährigen sind derzeit von 166 Personen 83 Frauen und 83 Männer, was bereits einem Verhältnis von 50 : 50 entspricht.

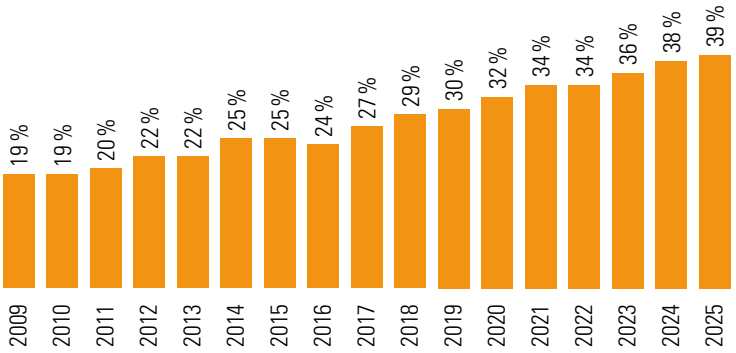
In welchem Setting tätig?

Wie in **Abbildung 2** ersichtlich, sind 127 der 302 in Rheumatologie ausgebildeten Ärzt:innen ausschließlich angestellt tätig. Dazu kommen 68, die zusätzlich zu ihrer Anstellung auch eine Ordination betreiben. In Summe sind damit 195 Rheumatolog:innen angestellt tätig. Demgegenüber stehen 103 Personen, die ausschließlich selbständig in ihrer Ordination tätig sind (von diesen sind 16 älter als 70 Jahre).
Auffällig ist, dass der Frauenanteil settingspezifisch sehr unterschiedlich ist. So sind bei ausschließlich angestellt Tätigen 46 % Frauen. Bei jenen, die in beiden Settings tätig sind (angestellt und Niederlassung), liegt der Frauenanteil bei 37 %. In der Gruppe der ausschließlich in eigener Ordination Tätigen liegt der Frauenanteil bei nur 30 % **(Abb. 2)**.

Mehrere Spezialisierungen. Viele Ärzt:innen haben in mehreren Additivfächern eine Spezialisierung, das trifft auch auf viele Rheumatolog:innen zu: Nach Angaben der Ärztekammer hat ein gutes Viertel aller Rheumatolog:innen neben der Rheumatologie auch ein anderes Additivfach (mitunter auch mehrere), einzelne haben auch andere Sonderfächer.[3] Am häufigsten haben Ärztinnen mit Spezialisierung in Rheumatologie auch eine Spezialisierung in Gastroenterologie (n = 29), in Endokrinologie (n = 23), gefolgt von Nephrologie (n = 11) etc. Es ist daher unklar, in welchem Ausmaß Personen, die mehrere Spezialisierungen haben, sowie jene, die auch Allgemeinmediziner:innen sind, tatsächlich primär rheumatologisch tätig sind.
Eine rezente Datenabfrage der Ärztekammer zeigt, dass 116 aller internistischen Rheumatolog:innen auch Allgemeinmediziner:innen sind.[3] Es kann nur gemutmaßt werden, dass dies zu einem großen Teil deshalb der Fall ist, weil früher die Facharztausbildung vielfach erst nach der Ausbildung zum/zur Allgemeinmediziner:in erfolgte.

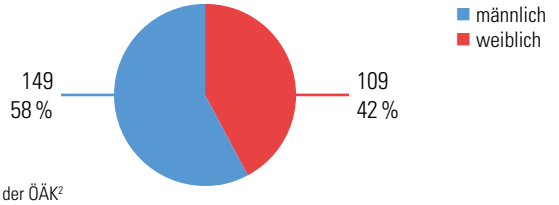
Kassenärzt:innen fehlen. Der Großteil der niedergelassenen Rheumatolog:innen ist als Wahlärzt:innen tätig. In ganz Österreich gibt es nur 32 Rheumatolog:innen mit einem Kassenvertrag mit allen Kassen, dazu kommen noch 8 Ärzt:innen mit Verträgen mit kleinen Kassen **(Tab. 1)**. Es gibt damit viel zu wenig Kassenärzt:innen! Diese ohnehin viel zu wenigen Kassenärzt:innen behandeln vielfach jedoch auch internistische Patient:innen mit anderen Erkrankungen und nicht nur rheumatische Patient:innen – nicht zuletzt aus wirtschaftlichen Gründen. Die rheumatologische Betreuung beruht zum Großteil auf dem ärztlichen Gespräch und der Untersuchung der Patient:innen, ohne Nutzung einer Apparatur oder invasiver Eingriffe. Das Gespräch mit Erhebung der Beschwerden, aber auch der möglichen Nebenwirkungen und Kontraindikationen der modernen Therapien wird jedoch nur unzureichend in Honorarpositionen abgebildet, was dazu führt, dass die Kassenhonorierung den aufwändigen, immer komplexer werdenden rheumatologischen Leistungen nicht Rechnung trägt.

Abb. 4: Frauenanteil unter Rheumatolog:innen von 2009 bis 2025



Quelle: nach Angaben der ÖÄK[2], Auswertung und Darstellung: S. Hinger

Abb. 5: Rheumatolog:innen < 65 Jahre (n = 258)



Quelle: nach Angaben der ÖÄK[2]

Tab. 1: Verteilung Rheumatolog:innen in Österreich, 2025, nach Bundesland sowie Übersicht Kassenärzt:innen

	B	K	N	O	S	ST	T	V	W	Ö
ausschließlich angestellt	3	10	19	17	7	9	9	1	53	**128**
weiblich	2	6	9	6	5	3	4		23	**58**
männlich	1	4	10	11	2	6	5	1	30	**70**
angestellt + niedergelassen		3	12	7	3	1	4	1	37	**68**
weiblich		2	6	1	2				14	**25**
männlich		1	6	6	1	1	4	1	23	**43**
ausschließlich niedergelassen	4	12	29	18	6	3	7	5	25	**109**
weiblich	2	4	9	7	1	2	3		5	**33**
männlich	2	8	20	11	5	1	4	5	20	**76**
Wohnsitzärzt:in			1	1	1				1	**4**
weiblich			1	1					1	**3**
männlich					1					**1**
Gesamt	**7**	**25**	**61**	**43**	**17**	**13**	**20**	**7**	**116**	**309**
weiblich	4	12	25	15	8	5	7	0	43	**119**
männlich	3	13	36	28	9	8	13	7	73	**190**
Kassenärzt:innen										
alle Kassen (ÖGK + kl.)		8	4	8	2		1	3	6	**32**
nur kleine Kassen*		1		3	1		1		2	**8**

***** (5-mal KFA, 3-mal KFA plus BVAEB, SVS), **Cave:** Da vereinzelt Personen in mehreren Bundesländern tätig sind, kommt es zu Mehrfachzählungen, und die Gesamtzahl (309) ist etwas höher als die Kopfzahl (302)!

Quelle: nach Angaben der ÖÄK[2]

1 Ärzteausbildungsordnung 2015; www.aerztekammer.at/ausbildung, letzte Abfrage: 7. 8. 2025
2 Österreichische Ärztekammer, Stand 16. 7. 2025, Abfrage: Mag. Anton Sinabell (ÖÄK)
3 Daten der Ärztekammer zu Spezialisierungen, Stand 16. 7. 2025 – auf Personenebene – ordentliche Eintragungen; Abfrage: Mag. Anton Sinabell (ÖÄK)

Tatsächliche Arbeitssituation österreichischer Rheumatolog:innen

Um ein umfassendes Bild zum Status quo der rheumatologischen Versorgung in Österreich sowie zur tatsächlichen Arbeitssituation der Rheumatolog:innen zu erhalten, hat die ÖGR im Juni 2025 unter ihren Mitgliedern eine Online-Umfrage durchgeführt.[1]

Umfrage der ÖGR

An der komplexen Umfrage[1] nahmen 134 internistische Rheumatolog:innen und 11 in Ausbildung Stehende teil. Von diesen haben 104 Personen auch den demografischen Fragebogen am Ende der Umfrage (Alter und Geschlecht) beantwortet; ihre Angaben ermöglichen somit auch geschlechtsspezifische Auswertungen zu Teilzeittätigkeit und Zukunftsplänen.

Von den an der Umfrage teilnehmenden internistischen Rheumatolog:innen (134) waren 41 % auch Allgemeinmediziner:innen, wobei der Anteil bei jenen mit altem Curriculum (Additivfach) höher ist (45,5 %) als bei jenen mit neuem Curriculum (Sonderfach) (20,8 %). 22 % der teilnehmenden Rheumatolog:innen gaben auch eine weitere Spezialisierung in einem oder auch mehreren weiteren Additivfächern an.

Die demografischen Fragen nach Geschlecht und Alter wurden von 104 Personen beantwortet: 43 Frauen (41 %) und 61 Männer (59 %). Die Geschlechterverteilung ist settingspezifisch unterschiedlich. So lag der Frauenanteil bei ausschließlich im Krankenhaus Tätigen bei 51 %, bei jenen in beiden Settings bei 37 % und bei ausschließlich niedergelassen Tätigen bei 29 % **(Abb. 1)**.

Damit entspricht die Geschlechterverteilung der an der Umfrage teilnehmenden Ärzt:innen in allen Subgruppen weitgehend dem Geschlechterverhältnis in den Bestandsdaten der Ärztekammer (mit einem Frauenanteil von 30 % unter ausschließlich Niedergelassenen, 37 % in beiden Settings, 46 % unter ausschließlich Angestellten) (siehe Seite 7).

Trend zur Teilzeit

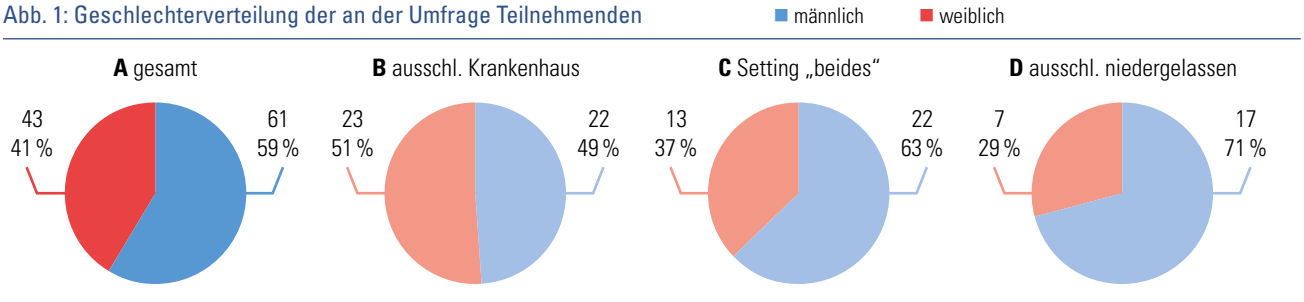
Wie schon aus den im 1. Rheumatologie-Report publizierten Daten ersichtlich[2], ist auch unter Rheumatolog:innen ein zunehmender Trend zur Teilzeit zu beobachten. In künftigen Bedarfsplanungen muss daher auch dem Mehrbedarf, der sich allein aus dem zunehmenden Teilzeittrend ergibt, Rechnung getragen werden. Die ÖGR hat daher in ihrer aktuellen Umfrage sowohl das aktuelle Ausmaß an Teilzeittätigkeit erfasst als auch nach Zukunftsplänen gefragt und diese quantifiziert.

Zurzeit sind 73 % der an der Befragung Teilnehmenden in Vollzeit tätig, 27 % in Teilzeit. (Diese Zahlen entsprechen auch den Umfrageergebnissen[2] aus 2023). Während im Krankenhaus 30 % angeben, in Teilzeit zu arbeiten, sind es bei den ausschließlich Niedergelassenen 27 %, bei jenen in beiden Settings 23 %.

Es zeigen sich jedoch **große geschlechtsspezifische Unterschiede:** Der Anteil an Teilzeittätigkeit ist in allen Settings bei Frauen höher als bei Männern **(Abb. 2)**. In der Gesamtgruppe arbeiten 42 % der teilnehmenden Ärztinnen und 16 % der teilnehmenden Ärzte in Teilzeit. Im Krankenhaus ist der Teilzeitanteil unter Frauen noch höher: Hier arbeiten 48 % der Ärztinnen in Teilzeit.

Das durchschnittliche Tätigkeitsausmaß der in Teilzeit Tätigen liegt bei 54,4 %. Auch hier zeigen sich leichte geschlechtsspezifische Trends. In Teilzeit arbeitende Männer geben ein Tätigkeitsausmaß von durchschnittlich 60 % an, Frauen ein Ausmaß von 51 %.

Abb. 1: Geschlechterverteilung der an der Umfrage Teilnehmenden



Zukunftspläne. Der Anteil an Teilzeittätigkeit wird in den nächsten Jahren noch deutlich zunehmen – und damit den Mangel an Rheumatolog:innen weiter verschärfen. Befragt nach ihren Zukunftsplänen in 5 Jahren geben 48 % (!) aller Befragten an, eine Teilzeit anzustreben. Auffällig ist, dass auch Männer künftig vermehrt Teilzeit arbeiten wollen: 43 % der Männer und 58 % der Frauen wollen in Teilzeit arbeiten. Das angestrebte Tätigkeitsausmaß liegt bei durchschnittlich 55,6 %.

48 % aller Befragten geben an, in 5 Jahren eine **Teilzeitbeschäftigung** anzustreben.

Hochgerechnet vom aktuellen Teilzeitanteil und vom Ausmaß der Teilzeittätigkeit bedeutet das: Die Tätigkeit von 100 derzeit tätigen Personen entspricht der Tätigkeit von 87,7 Vollzeit-Äquivalenten, d. h., dass schon jetzt 1,14-mal so viele Personen nötig sind wie Vollzeit-Äquivalenten entsprächen. Laut den angegebenen Wünschen wird die von 100 Personen erbrachte Arbeit künftig nur noch jener von 78,2 Vollzeit-Äquivalenten entsprechen. Das bedeutet, die Bedarfsplanung ist in Zukunft mindestens mit dem Faktor 1,28 zu multiplizieren.

Welche Patient:innen werden behandelt?

Ambulante Patient:innen. Die Teilnehmer:innen wurden gefragt, wie viele Patient:innen sie pro Woche ambulant sehen (sei es in Ordination und/oder Spitalsambulanz). Die Zahlenangaben erfolgten ungestützt, d. h., die Teilnehmer:innen trugen ihre individuellen Patientenzahlen ein. Während pro Ärzt:in im Spitalssetting und im Wahlarztsetting die Anzahl an ambulanten Patient:innen pro Woche annähernd vergleichbar ist, sieht ein:e Kassenärzt:in mehr als doppelt so viele Patient:innen pro Woche. Zu beachten ist, dass es sich ausschließlich um die Zahl ambulanter Patient:innen handelt und die anderen Aufgabenbereiche von Spitalsärzt:innen außerhalb des Ambulanzbetriebes hier nicht abgebildet sind.

Wie viele davon sind „Rheuma"-Patient:innen? Während rheumatologische Patient:innen (inkl. jener mit Verdacht auf eine rheumatologische Erkrankung) bei Spitalsärzt:innen 85 % des Patientenkollektivs ausmachen, liegt ihr Anteil im kassenärztlichen Patientenkollektiv bei nur 57 %. Fast ausschließlich rheumatologisch tätig sind hingegen Wahlärzt:innen mit 93 % rheumatologischen Patient:innen **(Abb. 3)**.

Diese „Rheuma"-Patient:innen (inkl. solcher mit Rheumaverdacht) gliedern sich in 21 % mit degenerativen Gelenkerkrankungen (Arthrosen), 54 % mit inflammatorischen Gelenkerkrankungen und 25 % mit autoimmunen Systemerkrankungen. Bei Kassenärzt:innen ist der Anteil an degenerativen Gelenkerkrankungen mit durchschnittlich 29 % höher als in der Spitalsambulanz oder bei Wahlärzt:innen (bei beiden durchschnittlich 20 %). Spitalsärzt:innen wiederum haben in ihrem Patientenkollektiv einen höheren Anteil an komplexen Systemerkrankungen (30 %) als Kassen- und Wahlärzt:innen (bei beiden durchschnittlich 19 %) **(Abb. 4)**.

Rheumatologische Erstvisite. Im Durchschnitt handelt es sich bei einem knappen Viertel aller ambulant behandelten Rheuma-Patient:innen um Erstvisiten (23 %). Bei Kassenärzt:innen liegt der Anteil an Erstvisiten bei rund 30 %, im

Abb. 2: Vollzeit-/Teilzeittätigkeit derzeit und in 5 Jahren

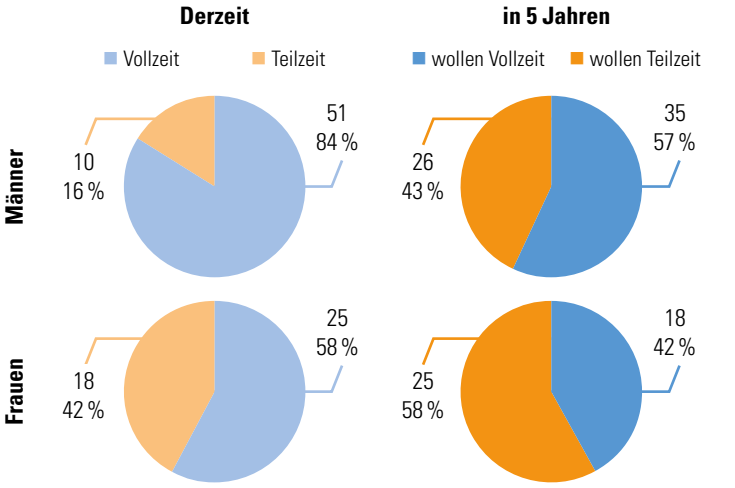


Abb. 3: Anteil von „Rheuma"-Patient:innen an Gesamtzahl der Patient:innen

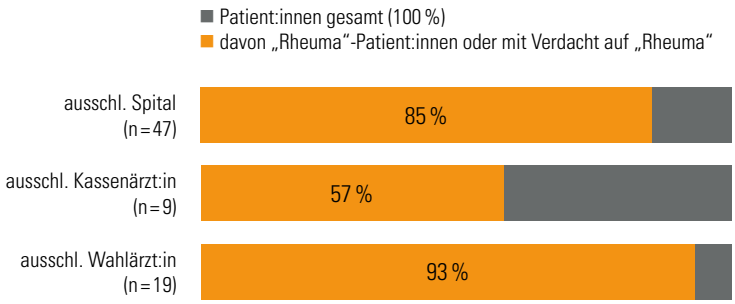
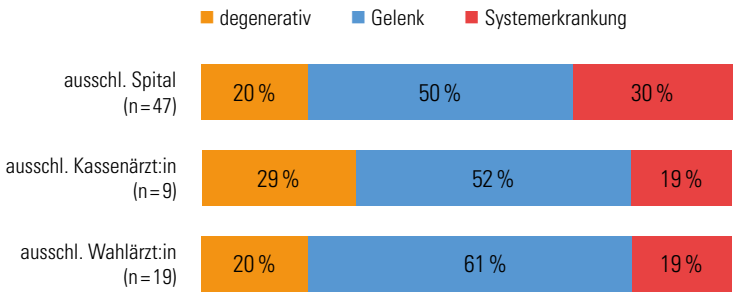


Abb. 4: Verteilung der Erkrankungsgruppen



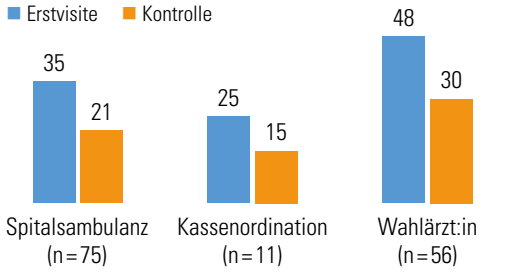
Spital bei 19 %. Dies spiegelt auch die unterschiedliche Patientenpopulation im Spitalssetting im Vergleich zum niedergelassenen Bereich wider, in dem eine Abklärung, ob es sich tatsächlich um eine entzündliche Erkrankung handelt, häufiger stattfindet.

Zeit pro Patient:in

Die Frage nach der durchschnittlich pro Patient:in zur Verfügung stehenden Zeit konnte von den teilnehmenden Ärzt:innen settingspezifisch beantwortet werden.
Hier zeigt sich, dass Kassenärzt:innen am wenigsten Zeit pro Patient:in zur Verfügung haben – mit im Durchschnitt 25 Minuten für eine Erstvisite und nur 15 Minuten pro Folgevisite, was angesichts der hohen Patientenzahlen pro Woche nicht verwunderlich ist. Wahlärzt:innen haben mit durchschnittlich 48 Minuten für rheumatologische Erstvisiten und 30 Minuten für Folgetermine am meisten Zeit zur Verfügung **(Abb. 5)**.

Wartezeit auf Erstvisite. Die Frage nach der Wartezeit auf einen Termin konnte ebenfalls settingspezifisch beantwortet. Die Antworten zeigen eine große Schwankungsbreite von nur 1 Woche bis zu ≥ 6 Monaten. Während die Wartezeit auf eine Erstvisite von im Spital tätigen Ärzt:innen im Median (!) mit 12 Wochen angegeben wird, liegen im Wahlarztbereich die angegebenen medianen Wartezeiten bei nur 3 Wochen und im Kassenbereich bei 5 Wochen. Am größten ist die Chance auf einen raschen Ersttermin bei Wahlärzt:innen: So werden Wartezeiten von nur 1– 2 Wochen immerhin von knapp der Hälfte aller Wahlärzt:innen (48 %) angegeben, allerdings nur von einem geringen Anteil der Spitalsärzt:innen sowie Kassenärzt:innen (jeweils 10 %).

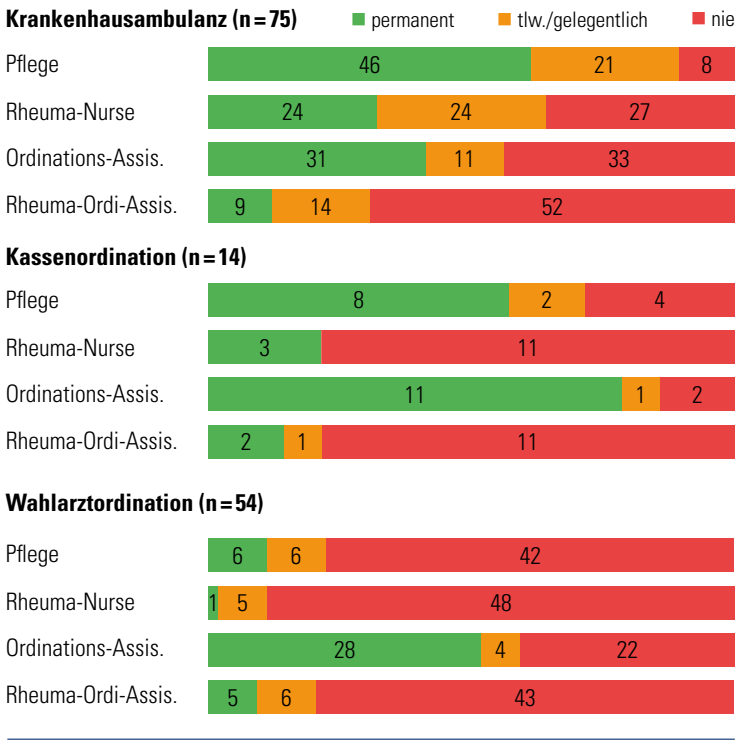
Abb. 5: Durchschnittliche Zeit pro Patient:in (in Minuten)



Rheuma-Fachassistenz

Die ÖGR fordert seit Jahren die Etablierung der Rheuma-Fachassistenz zur fachspezifischen Entlastung von Fachärzt:innen in der Patientenversorgung, wie sie in anderen Ländern Europas, etwa den Niederlanden, bereits sehr erfolgreich etabliert ist.[2] Ziel ist die Verankerung einer spezifischen rheumatologischen Ausbildung für Gesundheitsberufe (insbesondere Pflege) und damit die Qualifizierung zur sogenannten Rheuma-Nurse, die einen wesentlichen Beitrag in der Beratung und Führung von Rheuma-Patient:innen leisten könnte.
Zu bedenken ist, dass in den letzten Jahren österreichweit zwar einige wenige berufsbegleitende „Rheuma-Kurse" von verschiedenen Institutionen angeboten und diese in Summe von rund 60 Personen absolviert wurden. Die Herausforderungen liegen jedoch immer noch in der Verankerung entsprechender Berufsprofile und in der Entwicklung verbindlicher Curricula und somit auch einer offiziell anerkannten Spezialisierung.
Im Rahmen der Umfrage wurde auch settingspezifisch abgefragt, ob die teilnehmenden Ärzt:innen durch andere Berufsgruppen in der täglichen ambulanten Patientenbetreuung unterstützt werden und ob diese rheumaspezifisch ausgebildet sind. Ärzt:innen, die eine Kassenordination betreiben, werden am häufigsten durch andere Berufsgruppen unterstützt (Ordinationsassistenz: 86 %, Pflege rund 70 %). Am wenigsten Unterstützung durch andere Berufsgruppen geben Wahlärzt:innen an; Ambulanzärzt:innen liegen hinsichtlich unterstützender Berufsgruppen in der Mitte.
Die Frage nach *fachspezifisch ausgebildeter* Ordinationsassistenz und Pflegekräften wird bei niedergelassenen Ärzt:innen weitgehend verneint, am ehesten sind im Ambulanz-Setting fachlich spezialisierte Rheuma-Nurses tätig **(Abb. 6)**.

Abb. 6: Unterstützung durch andere Berufsgruppen



1 Online-Umfrage unter den Mitgliedern der ÖGR, durchgeführt Juni/Juli 2025. Konzeption: Ruth Fritsch-Stork, Susanne Hinger, Christina Duftner; Online-Umsetzung: Simon Reider, Auswertung: S. Hinger
2 1. Österreichischer Rheumatologie-Report der ÖGR, 2023, www.medmedia.at/ oesterreichischer-rheumatologie-report-2023/

Stationäre Versorgung

Aufgrund der enormen Fortschritte kann die rheumatologische Versorgung heute zu einem guten Teil ambulant erfolgen. Dennoch bedürfen komplexe Fälle der stationären Versorgung. Dafür sind ausreichende spezialisierte stationäre Kapazitäten notwendig.

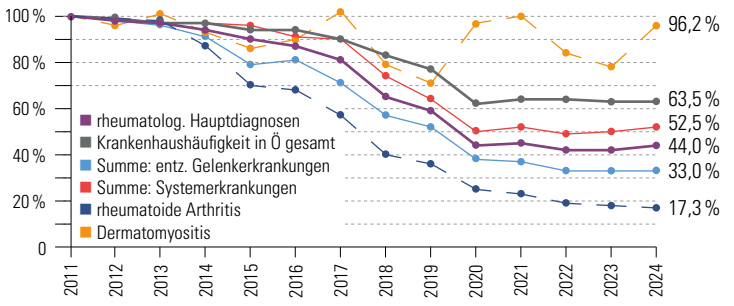
Stationäre Aufenthalte mit rheumatologischer Hauptdiagnose. Wie im 1. Rheumatologie-Report[1] im Detail dargestellt, zeigt eine Auswertung der Entlassungsstatistiken der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) in den letzten Jahren einen kontinuierlichen Rückgang stationärer Fälle mit rheumatologischer Hauptdiagnose*: von 43.000 im Jahr 2011 auf 26.800 im Jahr 2019 und einem vermutlich Corona-assoziierten Knick auf 20.600 im Jahr 2021. Das entspricht einem Rückgang in der Krankenhaushäufigkeit wegen rheumatologischer Erkrankungen von 509 Fällen (2011) auf 228 Fälle (2021) pro 100.000 Einwohnern. Wie ein rezentes Update der GÖG-Entlassungsstatistiken zeigt, hat sich die Krankenhaushäufigkeit in den letzten 3 Jahren von 2021 bis 2024 de facto jedoch nicht mehr verändert (Abb. 1).[2, 3]

Stärker als der Gesamtrückgang. Insgesamt war im Beobachtungszeitraum auch ein starker Rückgang in der allgemeinen Aufenthaltshäufigkeit zu verzeichnen (d. h. in der Summe aller stationären Aufenthalte wegen konservativer Diagnosen). Zu beachten ist jedoch, dass der beschriebene Rückgang in der Spitalshäufigkeit aufgrund rheumatologischer Diagnosen wesentlich stärker war als der Gesamtrückgang (indexiert mit dem jeweiligen Ausgangswert 2011). Es ist daher davon auszugehen, dass dieser starke Rückgang in der rheumatologischen Aufenthaltshäufigkeit mit den gewaltigen Fortschritten in der Rheumatologie und der Verfügbarkeit effektiver Therapien korreliert, die eine Prognoseverbesserung und damit auch einen Shift hin zu mehr ambulanter Betreuung ermöglicht haben.

Diese Aussage wird durch die unterschiedliche Entwicklung der einzelnen Erkrankungsgruppen noch verdeutlicht: Während bei den komplexen Systemerkrankungen bis 2024 ein Rückgang auf 52,5 % vom Ausgangswert zu verzeichnen war, konnte bei den entzündlichen Gelenkerkrankungen, für die heute eine Vielzahl hochwirksamer Therapiekonzepte zur Verfügung steht, sogar ein Rückgang auf 33 % erreicht werden.[2, 3]

Stagnierende Zahlen. Auffällig ist jedoch, dass die Spitalshäufigkeit wegen rheumatologischer Erkrankungen in den letzten Jahren auf einem konstanten Wert stagniert. Das macht deutlich, dass trotz aller Erfolge spezialisierte stationäre Ressourcen zwingend notwendig sind, um komplexe Erkrankungsfälle adäquat behandeln zu können.

Abb. 1: Relative Veränderung der Krankenhausaufnahmehäufigkeit



Entlassungsdiagnosen pro 100.000 EW, indexiert mit Ausgangswert 2011 (= 100 %)
Quelle: Daten GÖG: Florian Röthlin[2], Indexierung: S. Hinger[3]

Komplexe Fälle im Spital

Gleichzeitig hat sich die **durchschnittliche Liegedauer** quer über alle abgefragten rheumatologischen Erkrankungen in den letzten 14 Jahren verlängert: von durchschnittlich 5,2 Tagen im Jahr 2011 auf 6,5 Tage im Jahr 2024. Daraus lässt sich ableiten, dass mit der drastischen Reduktion der Aufenthaltshäufigkeit heute nur schwerere Erkrankungsfälle stationär behandelt werden müssen. Oft sind es auch die modernen Therapien selbst, die mit schweren Nebenwirkungen einhergehen können und eine stationäre Aufnahme erfordern. Umso wichtiger ist es, dass für diese komplexen Erkrankungsfälle adäquate stationäre Behandlungsmöglichkeiten verfügbar sind. Darüber hinaus verlängert das Vorliegen rheumatischer Erkrankungen (als Zusatzdiagnose) die Liegedauer bei schweren Erkrankungen, wie bei Sepsis, Pneumonie und ischämischer Herzkrankheit eindrucksvoll gezeigt werden konnte (Tab. 1).[2, 3]

1 www.medmedia.at/oesterreichischer-rheumatologie-report-2023
2 Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Entlassungsstatistiken, Abfrage und Auswertung: Dr. Florian Röthlin (GÖG), Oktober 2025
3 Indexierung und Berechnung einzelner Diagnosen: S. Hinger

Tab. 1: Stationäre Aufenthalte mit und ohne rheumatologische Zusatzdiagnosen
RA (M05, M06), Gicht u. a. (M10, M11), Kollagenosen (M32–34)

		gesamt	**ohne** Rheuma-Diagnosen	**mit** Rheuma-Diagnosen
Sepsis (A40, A41)	Aufenthalte	6.120	6.006	114
	Belagstage	77.862	76.133	1.729
	dBD	**12,7**	**12,7**	**15,2**
Grippe, Pneumonie, Bronchitiden (J09–22)	Aufenthalte	55.093	54.483	610
	Belagstage	407.395	400.425	6.970
	dBD	**7,4**	**7,3**	**11,4**

dBD: durchschnittl. Belagsdauer (in Tagen) **Quelle:** nach Daten[2]

* Ausgewertet wurden konservative Fälle, die nicht in einer MEL-Gruppe (medizinische Einzelleistung) abgerechnet werden, d. h. keine (arthrosebedingten) Operationen. Abgefragt wurden die folgenden ICD-10-Diagnosecode-Gruppen: entz. Gelenkerkrankungen (M00, [M02–03], [M05–06], [M07], [M08–09], [M10–11], [M12–14], [M45–46]); entz. Systemerkrankungen ([M30–31, D69, D89, L95], [M32], [M33], [M34], [M35–36], [M60], [M79], [D70–71, D80–84], [D86], [I00–01, R50]); Arthrosen (M15–M19); Osteopathien (M81–M85)

Resümee

Rheumatische Erkrankungen sind häufig und können Menschen jeden Alters betreffen. In Österreich leiden bis zu 300.000 Menschen an einer entzündlich rheumatischen, autoimmun bedingten Erkrankung. Dazu kommen nochmals so viele Menschen mit Gicht und anderen stoffwechselbedingten entzündlichen Erkrankungen. Noch viel häufiger sind die Osteoporose und die große Gruppe der degenerativen nichtentzündlichen Gelenkerkrankungen, allen voran die Arthrose.
Die chronische Entzündung kann neben irreversiblen Schäden an Gelenken und Organen auch kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, aber auch Krebs triggern. Rheumatische Erkrankungen gehen für Betroffene **mit enormen Belastungen** (Schmerzen, oft auch mit Behinderung, Arbeitsunfähigkeit und Einkommensverlust) einher und sind mitunter auch lebensverkürzend. Zudem verursachen sie hohe sozioökonomische Kosten: So stellen muskuloskelettale Erkrankungen in Österreich mit mehr als 10 Millionen Krankenstandstagen pro Jahr den zweithäufigsten Grund für Krankenstandstage dar und sind auch der zweithäufigste Auslöser für Frühpensionierungen.
In den letzten Jahren wurden viele neue Therapien entwickelt, die zu einer Revolution der Behandlungsoptionen entzündlich rheumatischer Erkrankungen geführt haben, an der die österreichische rheumatologische Forschung federführend beteiligt war.

Die modernen Therapien sind effektiv, aber auch hochkomplex. Sie greifen in das Immunsystem ein, weshalb das Therapieansprechen und erste Anzeichen von Nebenwirkungen und Komplikationen engmaschig von Fachärzt:innen für Rheumatologie evaluiert werden müssen. Anamnese, Diagnose, aber vor allem die Therapieeinstellung und die regelmäßige Überwachung sind aufwändig und erfordern neben höchster Expertise auch viel Zeit.
Um diesem Versorgungsauftrag gerecht werden und die notwendige fachspezialisierte Betreuung gewährleisten zu können, ist eine ausreichende Zahl an gut ausgebildeten Rheumatolog:innen sowie ein Ausbau der kassenmedizinischen Versorgungsstrukturen notwendig.

- viele Betroffene, enorme Krankheitslast
- Komplexe Erkrankungen und hochkomplexe Therapien erfordern höchste Expertise!
- Behandlungen sind aufwändig und erfordern Zeit.
- Der Mangel an Rheumatolog:innen wird sich verschärfen (zu wenige, Altersverteilung, Teilzeittrend).
- unzureichende Kassenhonorierung → viel zu wenige Kassenärzt:innen

Herausforderungen

Ziele

- Nachwuchsförderung und Zukunftsplanung (Berücksichtigung von Teilzeitmodellen schon in der Bedarfsplanung!)
- ausreichende Spitalsressourcen für komplexe Fälle
- adäquate Kassenhonorare für aufwändige rheumatologische Leistungen → bessere kassenärztliche Rheuma-Versorgung

Versorgungsmangel. Immer noch gibt es Regionen ohne jegliche fachspezifische rheumatologische Versorgung. Viele Patient:innen werden daher in Spitalsambulanzen betreut. Der Großteil der niedergelassenen Rheumatolog:innen ist als Wahlärzt:innen tätig. In ganz Österreich gibt es derzeit nur 32 Rheumatolog:innen mit einem Kassenvertrag mit allen Kassen. Es gibt damit viel zu wenige Kassenärzt:innen! Die komplexen, aufwändigen Leistungen werden in den Kassentarifen noch immer nicht abgebildet und haben keine Honorarposition, weswegen sie nicht mit den Kassen abgerechnet werden können.

Damit in Zukunft eine adäquate rheumatologische Versorgung garantiert werden kann, fordert die ÖGR eine adäquate Honorierung im Kassenbereich, insbesondere die aufwändigen Kontrollen sowie Beratung und Aufklärung bei immunsuppressiven Therapien und spezifische Leistungen wie die Ultraschalluntersuchung müssen – in ganz Österreich einheitlich – honoriert werden!

Der Trend zur Teilzeittätigkeit muss in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Um ein umfassendes Bild zur Arbeitssituation der Rheumatolog:innen zu erhalten, hat die ÖGR im Juni 2025 eine Online-Umfrage durchgeführt: Zurzeit sind 27 % der an der Befragung Teilnehmenden in Teilzeit tätig. Es zeigen sich große geschlechtsspezifische Unterschiede: Der Anteil an Teilzeittätigkeit ist bei Rheumatologinnen höher als bei ihren männlichen Kollegen. Der Anteil an Teilzeittätigkeit wird in den nächsten Jahren noch deutlich zunehmen – und damit den Mangel an Rheumatolog:innen weiter verschärfen. 48 % (!) aller Befragten geben an, in 5 Jahren Teilzeit anzustreben – zunehmend auch Männer. Das muss bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden: Für die Tätigkeit von **100** Vollzeitäquivalenten sind derzeit schon mindestens **114** Rheumatolog:innen nötig, in 5 Jahren werden dafür allein wegen der Teilzeittätigkeit **128** gebraucht werden.

Stationäre Ressourcen – ein Muss: Aufgrund der enormen Fortschritte kann die rheumatologische Versorgung heute vielfach ambulant erfolgen. Dennoch bedürfen komplexe Fälle der stationären Versorgung. Die Entlassungsstatistiken haben in den letzten Jahrzehnten einen enormen Rückgang an stationären Aufnahmen wegen rheumatologischer Hauptdiagnosen gezeigt. Gleichzeitig hat sich bei jenen Fällen, die stationär behandelt werden müssen, die Liegedauer verlängert.
Daraus lässt sich ableiten, dass mit der drastischen Reduktion der Aufenthaltshäufigkeit heute nur schwerere Erkrankungsfälle stationär behandelt werden müssen. Es ist entscheidend, dass für diese komplexen Erkrankungsfälle ausreichende spezialisierte stationäre Ressourcen zur Verfügung stehen!

Redaktionsteam

© Michaela Seidl Photographie

Priv.-Doz.in Dr.in Christina Duftner, PhD
Universitätsklinik für Innere Medizin II,
Department für Innere Medizin,
Medizinische Universität Innsbruck/Tirol Kliniken.
Präsidentin der ÖGR

© ÖGK/Martin Biller

Prim.a Priv.-Doz.in Dr.in Ruth Fritsch-Stork, PhD
Ärztliche Leiterin, Österreichische Gesundheitskasse –
Mein Gesundheitszentrum Mariahilf, Wien; Univ.-Prof.in für
Rheumatologie (Sigmund Freud PrivatUniversität, Wien).
Leiterin Sektion Kooperationen der ÖGR

© Oliver Miller-Aichholz

Susanne Hinger
Medizinjournalistin.
Konzept * Recherche * Text | Wien

© feelimage/Matern

Assoc. Prof. Priv.-Doz.in Dr.in Helga Lechner-Radner
Klinische Abteilung für Rheumatologie, Universitätsklinik
für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien.
Leiterin der Sektion Wissenschaft der ÖGR

© Christian Houdek

Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Peter Mandl MD, PhD
Klinische Abteilung für Rheumatologie, Universitätsklinik
für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien.
Geschäftsführer der ÖGR

Österreichische Gesellschaft für
Rheumatologie & Rehabilitation

Sekretariat: Michaela Lederer, Boerhaavegasse 3/1/2, 1030 Wien
office@rheumatologie.at, www.rheumatologie.at