



Dr. Erwin Lintner

Historisch betrachtet ist die Bedarfsplanung im österreichischen Gesundheitswesen jung. Erst mit der Auseinandersetzung mit dem österreichischen Strukturplan (ÖSG) begann man im stationären Bereich die Planungsgrundlage umzustellen. Nicht nur die Fachabteilung und das Bett bildeten die Grundlagen für strategische Planungen, sondern durch die Einführung einer „Versorgungsmatrix“ die Krankheitsbilder und damit die Bedürfnisse der Patienten. Wie bedeutend diese Umstellung war, kann nicht oft genug betont werden. Selbstverständlich ist es richtiger, die Frage zu stellen, welche Bedürfnisse haben die Patienten, als durch die Planung von Fachabteilungen und Betten Verteidigungsargumente und Egoismen von Fachrichtungen, aber auch von Gemeinden in Planungsgrundlagen einfließen zu lassen.

Für die Orthopädie war es besonders wichtig, dass die Simulationsmodelle auf denen der ÖSG beruht, nicht nur statistische Verläufe von Krankheitsbildern, sondern auch demographische Entwicklung berücksichtigen. Auch dem manchmal geäußerten Vorhalt, der ÖSG basiert auf der LKF-Statistik und die sei lediglich ein abrechnungstechnisches und damit nicht-medizinisches

System, sei hier entschieden entgegengetreten. Die LKF-Statistik beinhaltet einen Diagnoseteil, der auf dem von internationalen Medizinern erstellten ICD10-Code beruht. Weiters enthält diese einen nur in Österreich gültigen Katalog medizinischer Einzelleistungen. Dieser wird ebenfalls von Medizinern aufgestellt, lediglich die Abrechnungspauschalen werden von Ökonomen festgelegt. Darüber hinaus werden beide Indizes laufend auf Aktualität geprüft, evaluiert und ergänzt.

Seit dem Entstehen des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2004 liegt nun erstmals eine detaillierte Beschreibung der Krankheitsbilder, sowohl in Form von Medizinischen Einzelleistungsgruppen als auch Hauptdiagnosegruppen vor. Fallzahlen liegen für Versorgungsregionen, Bundesländer sowie Versorgungszonen und für Gesamtösterreich vor. Diese hatte die Österreichische Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie zum Anlass genommen, 2005 eine umfassende Bedarfsanalyse¹ herauszugeben.

¹ Lintner E., Engel A., Krismer M., Sigmund R., Windhager R.; Bedarfs-schätzungen zukünftiger orthopädischer Leistungen auf Grund von Krankheitsbildern für Österreich, die Bundesländer und Versorgungsregionen; Wien 2005



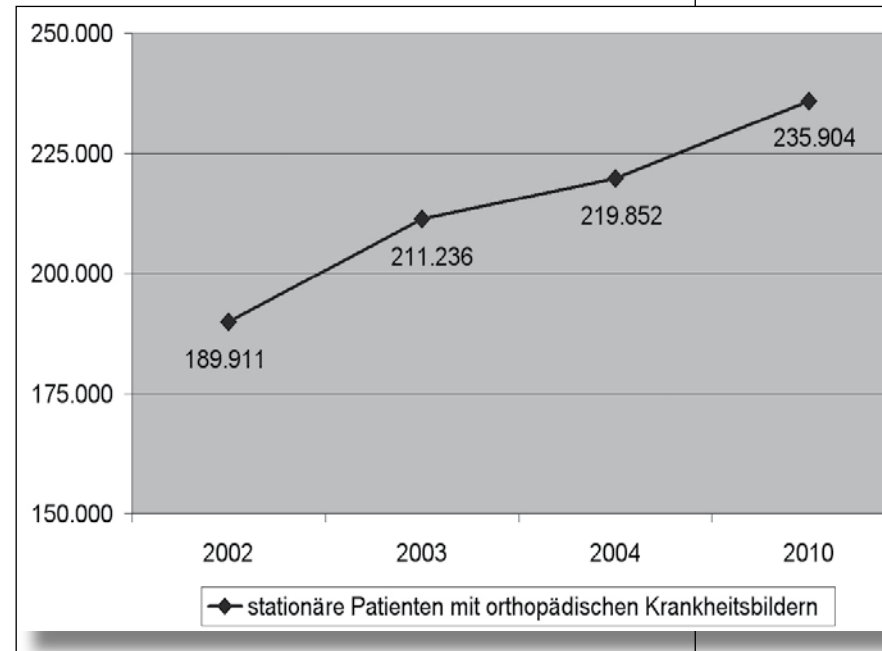
Bedarf an orthopädischen Leistungen

Für die eigentliche Bedarfsschätzung wurde zwischen den Hauptdiagnosen und den MEL-Gruppen unterschieden. Hauptdiagnosen finden voll in die Bedarfsschätzung Eingang. Die MEL-Gruppen wurden jedoch nur mit dem gemeinsam mit dem ÖBIG erarbeiteten Anteil berücksichtigt.

Die Zurechnung aller Hauptdiagnosegruppen ist darin begründet, dass Organfächer gegenüber operativen oder technischen Spezialisierungen gerade im Bereich der Diagnose die höchste Effizienz erbringen und damit erster Ansprechpartner im Krankenhaus sein müssen.

Im Jahr 2002 kam es insgesamt zu etwa knapp 190.000 stationären Aufnahmen in den Krankenhäusern Österreichs, die eine Hauptdiagnosegruppe mit orthopädischem Krankheitsbild zeigten oder mit einer orthopädischen Einzelleistung versorgt wurden. Bis 2010 ist mit einer Steigerung auf etwa 236.000 Aufnahmen zu rechnen. Das bedeutet eine Erhöhung um 24 %.

in der Zukunft

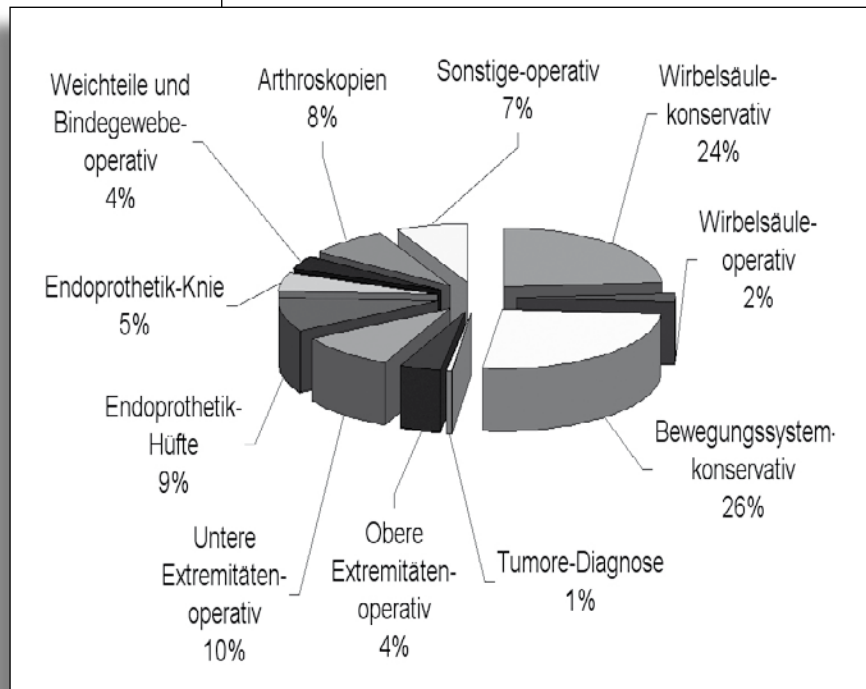


Um die Breite an notwendiger orthopädischer Versorgung zu verstehen, sei hier der Anteil der unterschiedlichen Krankheitsbilder dargestellt. Vor allem jenen, die Orthopädie nur mit Endoprothetik gleichsetzen, kann eindrucksvoll ihr Missverständnis aufgezeigt werden.



Bedarf an orthopädischen Leistungen

Lediglich 14 % aller stationären Patienten mit orthopädischen Krankheitsbildern bekommen in den Krankenhäusern Österreichs ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk. Eingriffe an den unteren Extremitäten und hier vor allem am Fuß sind häufiger notwendig als das Implementieren von künstlichen Hüftgelenken. Arthroskopien sind zahlenmäßig der Knieendoprothetik deutlich überlegen.



in der Zukunft

Vor allem die Anzahl der Patienten, die mittels konservativer Therapien an Wirbelsäule und Bewegungssystem zu behandeln sind, ist beachtlich und – wie noch zu zeigen sein wird – ebenfalls im Steigen.

Sicher ist ein Grund für den steigenden Bedarf die demografische Entwicklung in Österreich. Während heute 1,750.000 Menschen in Österreich leben, die älter als 60 Jahre sind, werden es im Jahr 2011 bereits 1,952.000 und im Jahr 2021 sogar 2,300.000 sein. Dies läßt nicht nur die absolute Zahl der orthopädischen Patienten steigen, sondern auch der Anteil insgesamt wird größer.

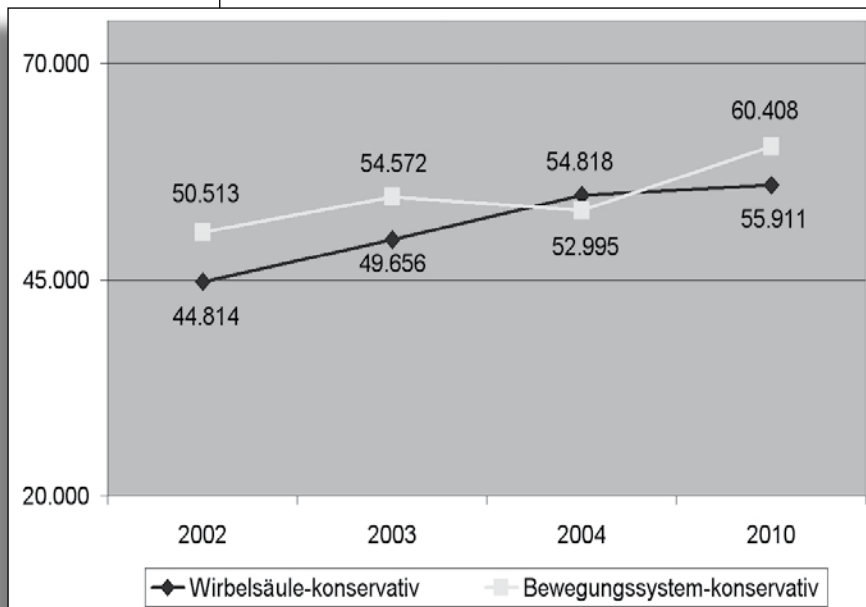
Im folgenden sei die Entwicklung einiger Krankheitsbilder seit Erfassung im ÖSG ab dem Jahr 2002 exemplarisch aufgezeigt.

Die Hauptdiagnosegruppe – HDG 01.32 „Lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule“ –, zu der als wesentliche Krankheitsbilder neben Kyphose, Lordose und Skoliose auch mit Kreuzschmerz verbundene Krankheitsbilder zählen, zeigt einen kontinuierlichen Anstieg bei den stationären Aufnahmen. Wichtig für die Einschätzung der zukünftigen Entwicklung ist hier der besonders hohe Anteil der über 60-jährigen Patienten,



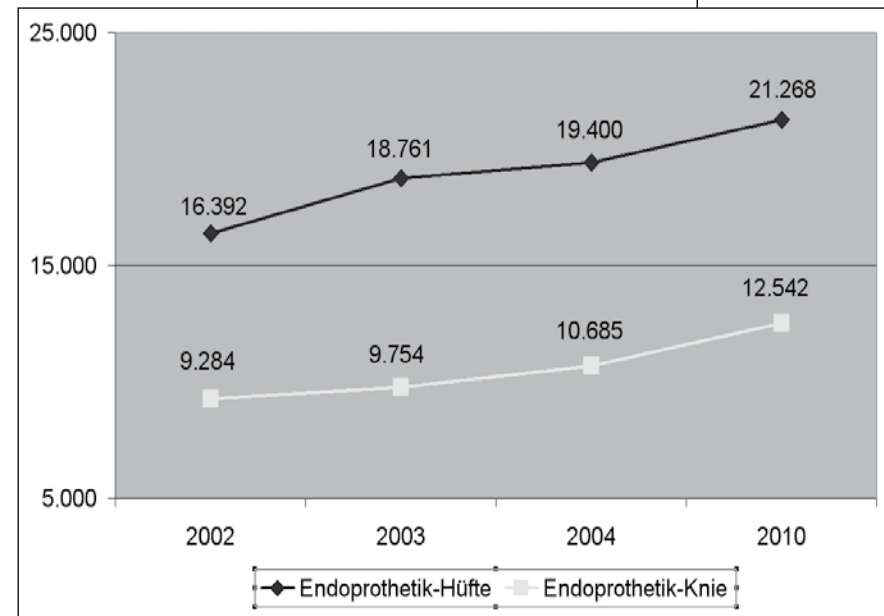
Bedarf an orthopädischen Leistungen

der bei fast 50% liegt. Gleiches gilt für Hauptdiagnosegruppe – HDG 14.04 „Chronisch entzündliche und degenerative Erkrankungen am Bewegungsapparat“ und HDG 14.05 und HDG 14.07 „(Andere) Affektionen der Weichteile am Bewegungsapparat“. Hier werden die Formen von Arthritis und Polyarthritis sowie Koxarthrosen und Gonarthrosen, Bursopathien und Synovitis erfasst. Diese Krankheitsbilder sind ebenfalls durch einen hohen Anteil der über 60-jährigen und einer starken Steigerung in dieser Altersgruppe beschrieben.



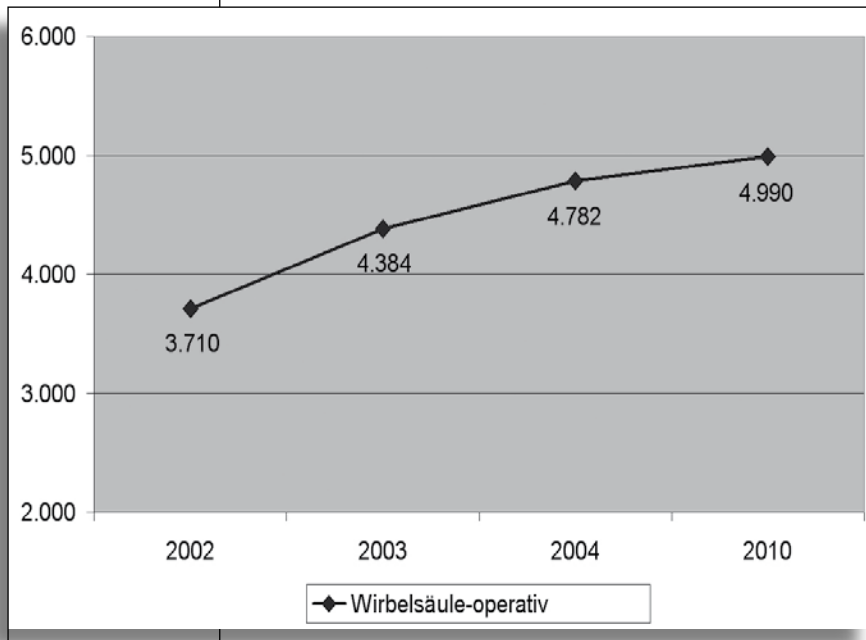
in der Zukunft

Die Geschichte des endoprothetischen Gelenkersatzes hat eine besonders lange Tradition und geht auf Versuche mit Prothesen aus Elfenbein Ende des 19. Jahrhunderts zurück. Ein größerer Durchbruch im vorigen Jahrhundert gelang bei den Hüftprothesen zunächst durch die Fixierung mit Knochenzement und gipfelt in der heute zementfreien Praxis. Die Häufigkeiten dieser Eingriffe steigt bedingt durch die demographische Entwicklung – der Anteil der über 60-jährigen liegt bei den Hüftprothesen über 70 %, bei den Knieprothesen bei fast 90 % – besonders stark.



Bedarf an orthopädischen Leistungen

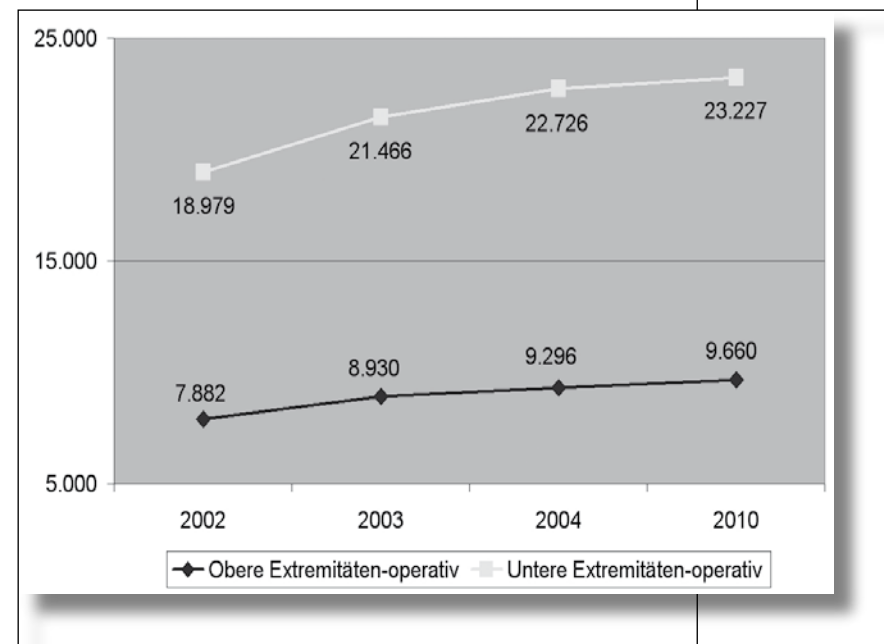
Auch wenn der Anteil der über 60-jährigen bei operativen Eingriffen an der Wirbelsäule vergleichsweise mit etwa 25 % kleiner ist, ist auch hier die zu erwartende Steigerung bei Patienten nicht nur von der demographischen Entwicklung abhängig, sondern ist vor allem auch in gesellschaftlichen Gründen wie Bewegungsarmut zu suchen.



in der Zukunft

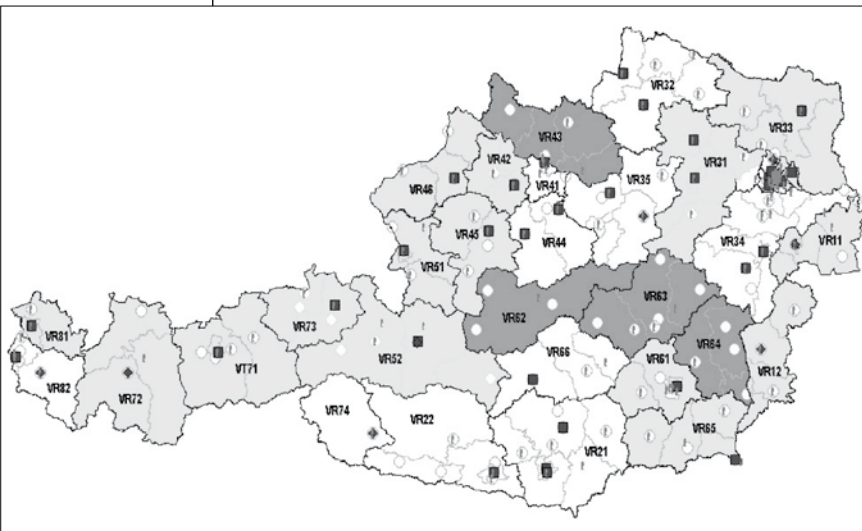
Wichtig für die Behandlung von Patienten ist, dass es für Krankheitsbilder an der Wirbelsäule nach eingehender Diagnostik sowohl konservative Methoden als auch operative Therapien gibt. Der Facharzt für Orthopäde ist gefordert, den Behandlungserfolg zu optimieren.

Bei den operativen Eingriffen an den Extremitäten ist mit einem moderateren Anstieg der Frequenzen zu rechnen. Grund dafür ist auch hier, dass die demographische Entwicklung eine geringere Rolle spielt.



Bedarf an orthopädischen Leistungen

Diesem hier klar ableitbaren Bedarf an steigenden Ressourcen wird heute österreichweit noch nicht gerecht, wengleich in einigen Bundesländern wie Salzburg und Burgenland vermehrt in den Ausbau von orthopädischen Einrichtungen investiert wird. Stellt man die von nahezu allen Fachleuten akzeptierte Minimalanforderung für die Orthopädische Versorgung, nämlich zumindest eine orthopädische Fachabteilung in jeder Versorgungsregion und so viele §2-Facharzt-Stellen, dass eine Versorgungsdichte von einem §2-Facharzt für 50.000 Einwohner gesichert ist, so ist der Vergleich mit der Realität ernüchternd.



in der Zukunft

In vier Versorgungsregionen (dunkelgrau dargestellt)

- VR 43 Mühlviertel – Oberösterreich
- VR 62 Liezen (VS1) – Steiermark
- VR 63 Obersteiermark (VS2) – Steiermark
- VR 64 Steiermark Ost (VS5) – Steiermark

gibt es keine stationäre Betreuung. In 17 Versorgungsregionen (hellgrau dargestellt) wird die minimale Bettenmessziffer – 0,30 Betten pro 1.000 Einwohner – nicht erreicht.

In 13 Versorgungsregionen (hellgrau dargestellt)

- VR 11 Burgenland Nord – Burgenland
- VR 35 Mostviertel – Oberösterreich
- VR 42 Zentralraum Wels – Oberösterreich
- VR 44 Phyrn-Eisenwurzen – Oberösterreich
- VR 45 Traunviertel-Salzkammergut – Oberösterreich
- VR 51 Salzburg/Umgebung – Salzburg
- VR 52 Pinzgau-Pongau-Lungau – Salzburg
- VR 61 Graz-Voitsberg – Steiermark
- VR 62 Liezen – Steiermark
- VR 63 Obersteiermark – Steiermark
- VR 65 Steiermark Süd – Steiermark
- VR 71 Tirol-Zentralraum – Tirol
- VR 73 Tirol-Nordost – Tirol

liegt die Anzahl der von einem §2-Orthopäden betreuten Einwohner über 50.000.

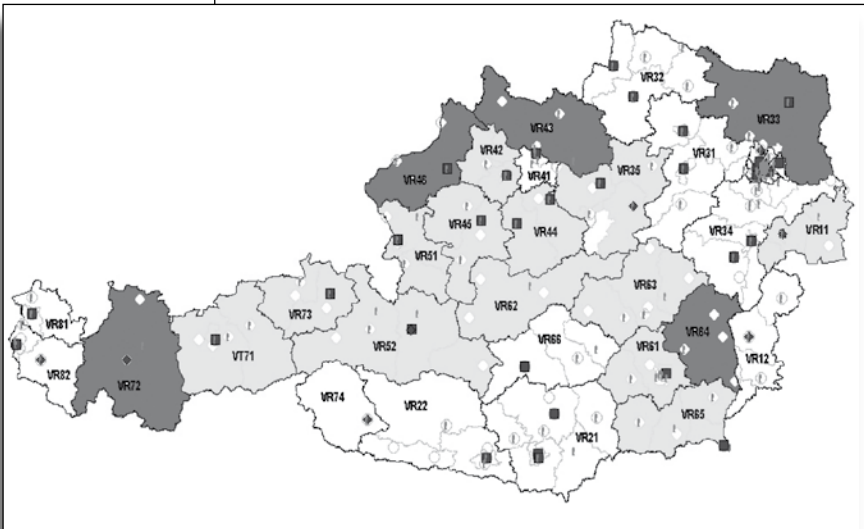


Bedarf an orthopädischen Leistungen

In fünf Versorgungsregionen (dunkelgrau dargestellt) liegt die Anzahl der von einem §2-Orthopäden betreuten Einwohner über 90.000:

- VR 33 Weinviertel – Niederösterreich
- VR 43 Mühlviertel – Oberösterreich
- VR 46 Innviertel – Oberösterreich
- VR 64 Steiermark Ost (VS5) – Steiermark
- VR 72 Tirol West – Tirol

In der Versorgungsregion 64 Steiermark Ost gibt es keine stationäre orthopädische Betreuung und lediglich ein §2-Orthopäde ist für 177.000 Einwohner „zuständig“.



in der Zukunft

Während der Anteil der Menschen über 60 Jahre in Österreich bis 2011 um durchschnittlich 2,75 % wächst, liegt der Anstieg in den Versorgungsregionen

- VR 31 NÖ Mitte – Niederösterreich
- VR 34 Industrieviertel – Niederösterreich
- VR 51 Salzburg/Umgebung – Salzburg
- VR 71 Tirol Zentralraum – Tirol
- VR 73 Tirol Nordost – Tirol
- VR 81 Rheintal/Bregenzerwald – Vorarlberg
- VR 82 Vorarlberg Süd – Vorarlberg
- VR 93 Wien Nordost – Wien

bei 4 % und mehr. Auch dieser Umstand wird bei der zukünftigen Planung von Ressourcen zu berücksichtigen sein.

Zusammenfassend kann man sagen, dass es noch ein weiter Weg bis zur optimalen orthopädischen Versorgung in Österreich ist. Erschwerend kommt hinzu, dass insbesondere in Regionen, in denen die stationäre Versorgung unterentwickelt ist, dies keineswegs durch die niedergelassenen Fachärzte für Orthopädie ausgeglichen wird. Vielmehr haben Regionen mit unterentwickelter stationärer Versorgung ebenfalls unterentwickelte Leistungsangebote im niedergelassenen Bereich.



Bedarf an orthopädischen Leistungen

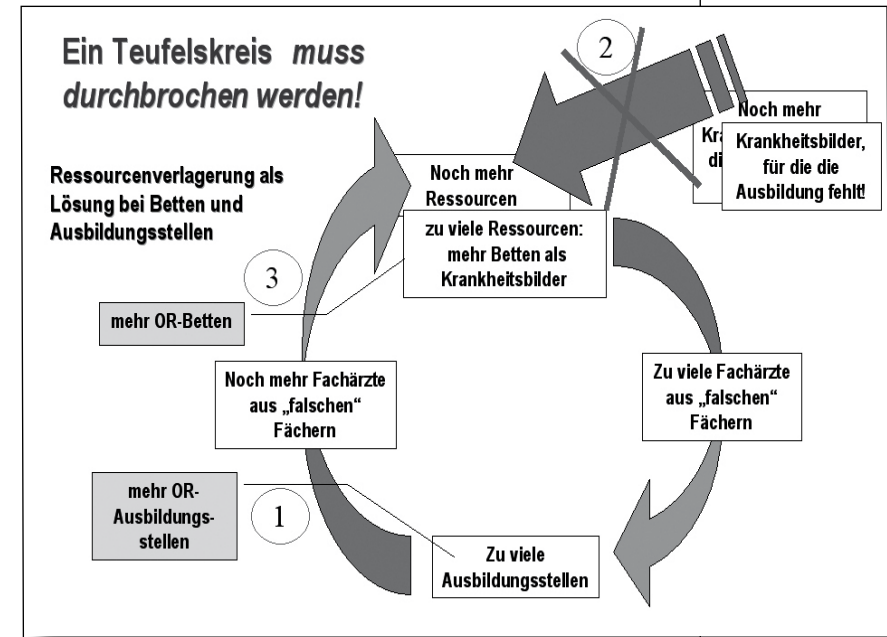
Eine richtige Ressourcenzuordnung muss jedoch keineswegs zu einer gesundheitspolitisch nicht vertretbaren Aufstockung der Gesamtbetten in Österreichs Krankenhäusern führen, sondern kann durch Ressourcenverlagerung erfolgen, die darüber hinaus im Sinne von Qualitätssicherung auch die Betreuung dieser Krankheitsbilder durch den für dieses Organfach spezialisierten Facharzt sicherstellt.

Da das Vorhalten von falschen Ressourcen bzw. das Fehlen von orthopädischen Ressourcen im System einen unmittelbaren Zusammenhang auch mit dem Vorhandensein von Ausbildungsstätten hat, wirkt sich dies insbesondere auf den Facharztbedarf der Zukunft gravierend aus.

Wichtig ist auch anzumerken, dass die Grund- und Basisausbildung jeweils im Organfach zu erfolgen hat und nicht durch die Ausbildung in einer Spezialisierung oder technischen Fachrichtung möglich ist. Denn nur so ist sichergestellt, dass der zukünftige Facharzt für Orthopädie auch jene Ausbildung erhält, die ihn zu einem sicheren Diagnostiker und einem Arzt macht, dem auch in der Therapie sowohl konservative als auch operative Möglich-

in der Zukunft

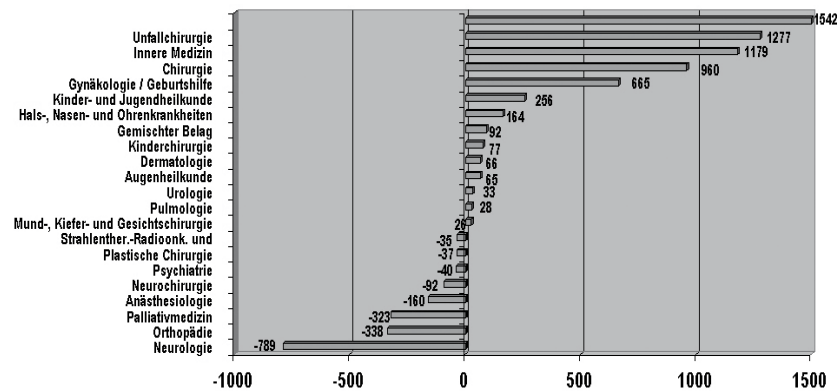
keiten offen stehen. Eine einseitige Einschränkung, etwa nur auf operative Therapien, würde zum einen keineswegs im Sinne des Patienten sein, aber ganz sicher auch ökonomisch das Gesundheitssystem extrem belasten.



Bedarf an orthopädischen Leistungen

Da die tatsächlichen Betten heute schon von den Planbetten in einigen Sonderfächern eklatant abweichen, kann diese Ressourcenverlagerung bei gutem Willen kein Problem darstellen.

geplante Betten(ÖKAP 2005) - tatsächliche Betten (2000)



Ganz konkret bedeutet das, dass nicht nur orthopädische – also solche, die auf Abnutzungserscheinungen im Bewegungssystem begründet sind – operative Krankheitsbilder von chirurgischen Abteilungen zu orthopädischen Fachabteilungen zu verlagern sind, sondern auch, dass Patienten mit orthopädischen Diagnosen, die zu einem erheblichen Teil auf internen Abteilungen aufgenommen werden, mit orthopädischen

in der Zukunft

Ressourcen an Fachabteilungen oder im extremuralen Bereich zu versorgen sind.

Die Orthopädie kann die Bevölkerung nicht nur mit operativen Eingriffen versorgen, sondern sie versucht, vor allem durch Prävention, rechtzeitige und richtige Diagnose und konservative Therapien, die Anzahl operativer Eingriffe zu verringern bzw. diese ganz zu vermeiden.

Heute werden zum Teil künstliche Hüft- und Kniegelenke an chirurgischen Abteilungen implantiert. Da an diesen Abteilungen der operative Eingriff die einzig mögliche Form der Therapie ist, wird teuer operiert. Andere Therapiemöglichkeiten sind mangels Ausbildung ausgeschlossen. Für die optimale Betreuung – Diagnose – Therapievarianten – Rehabilitation – ist die solide Ausbildung im Organfach unabdingbar.

Die teuerste Form der Orthopädie wird von „Nicht-Orthopäden“ geleistet.

