

Bedarfsplanung im Gesundheitswesen:

Bedarf für Neuroorthopädie in Österreich

Walter Michael Strobl

Dr. med. univ. MBA

**Arbeitskreis Neuroorthopädie der Österreichischen
Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie**

Wirtschaftsuniversität Wien

Bedarfsplanung im Gesundheitswesen:

Bedarf für Neuroorthopädie in Österreich

Walter Michael Strobl

Dr. med. univ. MBA

**Arbeitskreis Neuroorthopädie der Österreichischen
Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie**

Wirtschaftsuniversität Wien

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

1.1 Relevanz und Aktualität des Themas

1.1.1 Gesundheitspolitische Relevanz5

1.1.2 Versorgungsprobleme6

1.1.3 Öffentliches Interesse8

1.2 Offene Fragen8

1.3 Ziel der vorliegenden Arbeit9

Kurzbeschreibung, Struktur und Aufbau der vorliegenden Arbeit

2. Theorieüberblick

2.1 Definition „Bedarf“

2.1.1 Was sind „Bedarf“ und „Bedürfnisse“ und wie können sie erhoben werden? Aus enzyklopädischer - volkswirtschaftlicher – Marketing - psychologischer – philosophisch-ethischer - medizinischer Sicht10

2.1.2 Bedürfnisse von Stakeholdern im Gesundheitssystem17

2.1.3 Vergleich der Definitionen18

2.2 Definition „Neuroorthopädie“

2.2.1 Was ist neuroorthopädische Versorgung?20

2.2.2 „Behinderte“ Mensch und ihre Bedürfnisse23

2.2.3 Medizinische Möglichkeiten – evidenzbasierte Verbesserung der Lebensqualität24

2.2.4 Organisation und Struktur der Neuroorthopädie in Österreich25

2.2.5 Stakeholder der Neuroorthopädie28

2.3 Bedarfserhebung im Gesundheitssystem

2.3.1 Bedarfserhebung und Bedarfsplanung im Gesundheitssystem28

2.3.2 Wie kann Bedarf im Gesundheitssystem gemessen werden?

„Normative needs“ - Expertenteam - ergebnisorientierte Outcome - Messung - „expressed needs“ und das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage31

2.3.3 Wie können Bedürfnisse im Gesundheitssystem gemessen werden?

„Felt needs“ der Anbieter und Nutzer - Relevanz der Patientenperspektive - Einflüsse auf die Patientenzufriedenheit - LQ-Messung35

2.4 Grundlagen für das Studiendesign41

2.5 Hypothesen42

3. Erhebungsmethoden

3.1 Erhebung des normativen Bedarfs43

3.2 Erhebung der Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche der Stakeholder44

3.2.1 Beobachtung der veröffentlichten Meinung45

3.2.2 Interviews mit Experten45

3.2.3 Vortrags- und Diskussionsveranstaltung46

3.2.4 Schriftliche Befragung der Nutzer- und Anbieterseite48

4. Projektmanagement und Studienverlauf51

5. Ergebnisse

5.1 Ergebnisse zum normativen Bedarf

5.1.1 Demografische Entwicklung in Österreich55

5.1.2 Definition und Wandel des „Krankheitswertes“ neuroorthopäd. Krankheitsbilder56

5.1.3 Epidemiologie neuroorthopädischer Krankheiten57

5.1.4 Definition und Überprüfung der neuroorthopädischen Behandlungsmethoden auf evidenzbasierte Kriterien59

5.1.5 Die Inanspruchnahme vorhandener Gesundheitsleistungen62

5.1.6 Bestehende Organisations-, Behandlungs- und Finanzierungsstrukturen und ihre integrative Leistungsfähigkeit63

5.2 Die Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche der Stakeholder

5.2.1 Ergebnis der Beobachtung der veröffentlichten Meinung64

5.2.2 Ergebnisse der Interviews und der Vortrags- und Diskussionsveranstaltung66

5.2.3 Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Nutzer- und Anbieterseite 72

6. Zusammenfassung & Diskussion83

7. Ausblick86

8. Quellenverzeichnis86

9. Abbildungsverzeichnis89

10. Anhang92

1. Einleitung

1.1 Relevanz und Aktualität des Themas

1.1.1 Gesundheitspolitische Relevanz

Ziel der Gesundheitspolitik ist die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung durch die Planung und Steuerung der Gesundheitsförderung, Prävention, Krankenversorgung und Rehabilitation. Einige der wichtigsten Instrumente der Gesundheitspolitik sind dabei die Bedarfserhebung und Bedarfsplanung.

Eine zentrale Aufgabe einer humanitären Gesellschaft ist die Sicherstellung der Versorgung und Betreuung dauerhaft gesundheitlich benachteiligter Bevölkerungsgruppen, zum Beispiel so genannter „behinderter“ Menschen.

Neuroorthopädie beschäftigt sich mit der Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation orthopädischer Probleme bei neurologischen Erkrankungen. Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität bei Schmerzen und Einschränkungen der Alltagsaktivitäten durch Greif-, Geh- und Haltungsstörungen bei angeborenen oder erworbenen Lähmungen, zum Beispiel nach einem Schlaganfall. Neuentwicklungen in der Bewegungsanalyse, chirurgischer und anästhesiologischer Verfahren und der Rehabilitation verbesserten in den vergangenen Jahren die Möglichkeiten in der Betreuung von Menschen mit cerebralen Bewegungsstörungen und neuromuskulären Erkrankungen. Zahlreiche Behandlungsmethoden durch ein multiprofessionelles Team ermöglichen heute eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität sowohl der betroffenen als auch der betreuenden Personen.

Das seit Jahren auch in der österreichischen Bevölkerung wachsende Mobilitätsbedürfnis wird besonders in der Versorgung bewegungsbehinderter Menschen beobachtet. Ein moderner, interdisziplinärer Zugang der Neuroorthopädie als „Lifetime Medicine“ kann heute Kindern und Erwachsenen bis ins hohe Alter zu mehr Mobilität und Selbständigkeit verhelfen. Eine Voraussetzung dafür ist die Zusammenarbeit über die Grenzen der medizinischen Fachgebiete hinweg: Erkenntnisse der Entwicklungsbiologie, Neurobiologie, Biomechanik, Bewegungsanalyse, der bildgebenden Diagnostik, Orthopädie- und Rehabilitationstechnik, Werkstoffwissenschaften, Biomaterialforschung, orthopädischen

Chirurgie, Anästhesiologie, Pharmakologie, Bewegungstherapie, Pflege, Psychologie, Kommunikations- und Informationstechnologie haben in den vergangenen Jahren neue Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität eröffnet. Entsprechend ist die Behandlung bewegungsbehinderter Kinder und Erwachsener heute in einem multiprofessionellen Team mit Eltern, Betreuern, Pflege, Fachärzten, Therapeuten, Orthopädietechnikern, Rehabilitationsspezialisten, Pädagogen und Psychologen international zum Standard geworden (Heinen 2001, Goldstein 2004, Stotz 2000).

Auch die österreichische Gesundheitspolitik ist gefordert, durch organisatorische, strukturelle und finanzielle Konzepte mit dieser Entwicklung Schritt zu halten und dabei ihre Aufgaben der Förderung von Gesundheit, Prävention, Krankenbehandlung und Rehabilitation unter den Gesichtspunkten von Effektivität und Effizienz wahrzunehmen. Ein ausreichender Einblick und Überblick über das gewachsene komplexe Versorgungssystem „behinderter“ Menschen ist erforderlich, die Möglichkeiten in dieses System wirkungsvoll einzugreifen, müssen abgeschätzt werden. Eine quantitative und qualitative Bedarfsanalyse für Neuroorthopädie in Österreich ist daher notwendig.

1.1.2 Versorgungsprobleme

Dass die Entwicklung organisatorischer, struktureller und finanzieller Konzepte zur neuroorthopädischen Versorgung „behinderter“ Menschen in Österreich nicht in ausreichendem Ausmaß mit den medizinisch-pflegerisch-orthopädietechnischen Verbesserungen Schritt hält, zeigen Stellungnahmen zahlreicher betreuer und arbeitender Personen im eigenen Arbeitsbereich (vgl. Strobl 2003):

Für den Erhalt orthopädischer Alltagsbehelfe wie Rollstühle und Stehständer, für Therapiestunden und Rehabilitationsaufenthalte müssen Patienten und Betreuungspersonen regelmäßig als Bittsteller eine Vielzahl von Kostenträgern aufsuchen. Für die Diagnostik und Behandlung müssen mitunter inakzeptable Wartezeiten auf Ambulanz- und Operationstermine eingeplant werden, weil entsprechende spezialisierte Ressourcen fehlen. Für die postoperative Akut - Remobilisation und intensive stationäre Rehabilitationsverfahren sind teilweise Aufenthalte im Ausland notwendig, da entsprechende Einrichtungen in Teilen Österreichs gänzlich fehlen.

Die Notwendigkeit individueller Therapiepläne für Kinder und Erwachsene mit neuromotorischen Erkrankungen erschwert die Erstellung allgemeingültiger Behandlungsrichtlinien und führt daher zu Tendenzen in Richtung Polypragmasie, aber auch zu therapeutischem Nihilismus.

Die, nicht nur einst, weit verbreitete Ansicht nicht heilbare Erkrankungen auch nicht behandeln zu können, schwindet mit dem Aufleben der Kultur einer erfolgreichen Palliativmedizin. „Doctor-Shopping“ und ständige Therapiewechsel im Rahmen eines florierenden Medizin-Tourismus, der Eltern und Betreuungspersonen in vielerlei Hinsicht oft mehr kostet als nützt, sind Ausdruck einer Hilflosigkeit beider Seiten, der suchenden Behandelten und überforderten Behandler.

Ein wesentlicher Unterschied in Versorgungsorganisation, -struktur und -finanzierung besteht zwischen Menschen mit Lähmungen nach Arbeitsunfällen und Menschen, deren Lähmungen rund um die Geburt, im Kleinkindalter oder bei einer Erkrankung erworben wurden.

Demografische und epidemiologische Entwicklungen lassen einen erhöhten Bedarf erwarten: Trotz Geburtenrückgangs bleibt die Zahl der Kinder mit neuroorthopädischem Versorgungsbedarf gleich und die Gruppe älterer und alter behinderter Menschen wird in unserer Gesellschaft größer (Wacker), für sie fehlen bedarfsgerechte Leistungsangebote und Förderkonzepte (Pfäfflin & Pödl-Krämer 2003).

Die nur im interdisziplinär arbeitenden Team mögliche neuroorthopädische Versorgung behinderter Kinder und Erwachsener ist gefährdet. Das Fehlen wichtiger Mitglieder des Behandlungsteams, mangelnde Einstellung auf die Bedürfnisse der Patienten in Krankenanstalten, Therapieverzögerungen durch Schwierigkeiten mit der Kostenübernahme von Hilfsmitteln und damit das Fehlen der Kombination therapeutischer Möglichkeiten führen nicht selten erst zu unnötigen funktionellen Problemen oder prolongierten Schmerzen im Alltag der Patienten. Oft entsteht erst dadurch eine „Behinderung“ des Betroffenen.

Es muss daher auf einen erhöhten Bedarf und notwendige qualitative Mindeststandards in der Behandlung neuromotorischer Erkrankungen in Österreich hingewiesen werden, ohne die jede Behandlung, und dies gilt in besonderem Maße für invasive, z.B. chirurgische Verfahren, gänzlich in Frage zu stellen ist.

1.1.3 Öffentliches Interesse

Die neuroorthopädische Versorgung vor allem „behinderter“ Kinder ist von ausgeprägtem öffentlichem Interesse, da regelmäßig bedeutende Geldmittel von betrieblicher wie privater Seite mit Unterstützung der Medien für Hilfsorganisationen zur Finanzierung bereit gestellt werden. Einzelne Einrichtungen und Familien profitieren dankenswerter Weise von dieser Art der Zuwendung. Andere werden im Rahmen der bestehenden Gesundheitsfinanzierung oder durch einzelne Kostenträger als Vorzeigeprojekte finanziert.

Jede humanitäre Gesellschaft, die die Sicherstellung einer sozial gerechten und ursachenunabhängigen Versorgung und Betreuung ihrer gesundheitlich benachteiligten und ihrer „behinderten“ Mitmenschen als eine zentrale Aufgabe sieht, hat das Recht auf eine transparente, effiziente und auch effektive Verwendung der aufgewendeten Mittel. Eine bestmögliche Bedarfserhebung und Bedarfsplanung für die neuroorthopädische Versorgung „behinderter“ Kinder und Erwachsener ist daher von erheblichem öffentlichem Interesse.

1.2 Offene Fragen

Aus der gesundheitspolitischen Relevanz, den Versorgungsproblemen und dem öffentlichen Interesse am Thema „Versorgung behinderter Menschen und Bedarf für Neuroorthopädie in Österreich“ ergeben sich die vorliegende Studie folgende Fragen:

Wie kann der Bedarf für Neuroorthopädie in Österreich gemessen werden?

Wie kann Bedarf im Gesundheitswesen prinzipiell gemessen werden?

Sind bisherige Methoden der Bedarfsplanung, die nur auf Zahlenbasis erhoben wurden, ausreichend?

Welche Methoden sind geeignet?

Was ist unter neuroorthopädischer Versorgung gemeint?

Haben Menschen mit neuroorthopädischen Problemen bestimmte Bedürfnisse?

Ist eine patientenorientierte Bedarfsplanung sinnvoll?

Wer sind die Stakeholder des Versorgungssystems?

Wie können Ihre Bedürfnisse, Wünsche, Erwartungen, Ansprüche erhoben werden?

Kann auf bisherige Bedarfsanalysen zur neuroorthopädischen Versorgung zurückgegriffen werden?

1.3 Ziel der vorliegenden Arbeit

In der vorliegenden Arbeit wird versucht einen neuen Weg in der Bedarfserhebung, abseits des Weges der traditionellen Bedarfsanalyse auf reiner Zahlenbasis, zu gehen. Nach einer Analyse von „Bedürfnissen“ aus psychologischer, wirtschaftswissenschaftlicher und medizinischer Sicht und der Identifizierung der Stakeholder der neuroorthopädischen Versorgung in Österreich wird im Rahmen einer Tagung und anschließenden Befragung mittels Gestaltungsfragen erstmals der Versuch unternommen neben dem quantitativen auch den qualitativen Bedarf für Neuroorthopädie in Österreich zu erheben. Schlussendlich soll die Frage **„Was ist der Bedarf für Neuroorthopädie in Österreich?“** beantwortet werden.

Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit zugrunde liegenden Theorien. Der erste Theorieteil der Arbeit wird sich mit der Frage auseinandersetzen, wie „Bedarf“ und „Bedürfnisse“ aus psychologischer, wirtschaftswissenschaftlicher, philosophisch-ethischer und medizinischer Sicht definiert werden können.

Im zweiten Theorieteil soll aus Sicht der Betroffenen und von Public Health-Experten gezeigt werden, wie Bedürfnisse „behinderter“ Menschen definiert werden können und aus medizinischer Sicht geklärt werden, was unter neuroorthopädischer Versorgung und der evidenz-basierten Verbesserung der Lebensqualität neuroorthopädischer Erkrankungen (Abb. 1) verstanden wird. Auf dieser Basis können die Stakeholder der Neuroorthopädie definiert werden.

Im dritten Theorieteil soll eine Annäherung an die Beantwortung der Frage nach einer adäquaten Bedarfserhebung und -planung im Gesundheitswesen gefunden werden. Das gesundheitsökonomische Problem der angebotsinduzierten Nachfrage und das ethische Problem der Gerechtigkeit werden aufgegriffen. Die Fragen, wie der objektive Bedarf und die subjektiven Bedürfnisse gemessen werden können, soll beantwortet werden.

Am Ende des Theoriekapitels (Teil vier und fünf) führt die Beschreibung der geplanten Studie zur Formulierung von Hypothesen.

In Kapitel 3 werden die Erhebungsmethoden, in 4 die Ergebnisse, in 5 die Zusammenfassung und in Kapitel 6 ein Ausblick verfasst.

Im Anschluss erfolgen das Quellenverzeichnis und der Anhang mit Abbildungen.

2. Theorieüberblick

2.1 Begriffsdefinition „Bedarf“

2.1.1 Was sind „Bedarf und Bedürfnisse“ und wie können sie erhoben werden?

Allgemein wird „**Bedarf**“ definiert als der konkretisierte Wunsch nach Beschaffung von Mitteln zur Befriedigung von Bedürfnissen oder als die Art und Menge der zur Befriedigung der Bedürfnisse notwendigen Güter und Dienstleistungen. Dies impliziert eine Abweichung des Ist-Zustandes vom Ideal-Zustand. Ein **Bedürfnis** ist das Gefühl eines Mangels und der Wunsch, diesem abzuweichen (Bibliografisches Institut 2006).

Während „Bedarf“ die zum Erreichen eines bestimmten Zieles erforderliche Menge, Intensität, Dauer bzw. den hierzu erforderlichen Aufwand beschreibt, könnten „Bedürfnisse“ als Sammelbegriff für materielle und nicht-materielle Dinge oder Zustände aufgefasst werden, die für Individuen unumgänglich notwendig sind oder von ihnen angestrebt werden. Elementare (Grund-, Primär-) Bedürfnisse dienen 1. der Selbsterhaltung (Nahrung, Schlaf, Sexualität, Wohnung, Kleidung) und 2. der Sicherheit des Individuums. Erlernte (Sekundär-) Bedürfnisse beziehen sich 3. auf die soziale Anerkennung, 4. die Selbstachtung und 5. die Selbstverwirklichung. „Bedürfnisse variieren zwischen unterschiedlichen Kulturen, unterliegen immer psychologisch-subjektiver Empfindung und Einschätzung und unterscheiden sich daher gravierend hinsichtlich der erforderlichen Menge oder Intensität und dem individuellen Grad der Bedürfnis-Befriedigung. Vor allem in der Ökonomie wird daher der Begriff "Bedarf" bevorzugt“ (Schubert 2006).

Aus volkswirtschaftlicher Sicht

Aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht ist **Bedarf** ein mit Kaufkraft ausgestattetes Bedürfnis. Konkreter: Bedarf wird definiert als Umfang derjenigen Bedürfnisse, die mit den vorhandenen Geldmitteln befriedigt werden können oder sollen. Am Markt wirksam wird dann die Nachfrage nach bestimmten Gütern und Dienstleistungen, die sich aus Bedarf generiert. Das gesundheitsökonomische Rahmenmodell nach Fleßa (2005) zeigt den Zusammenhang zwischen Bedürfnissen und Bedarf aus volkswirtschaftlicher Sicht (Abb. 1).

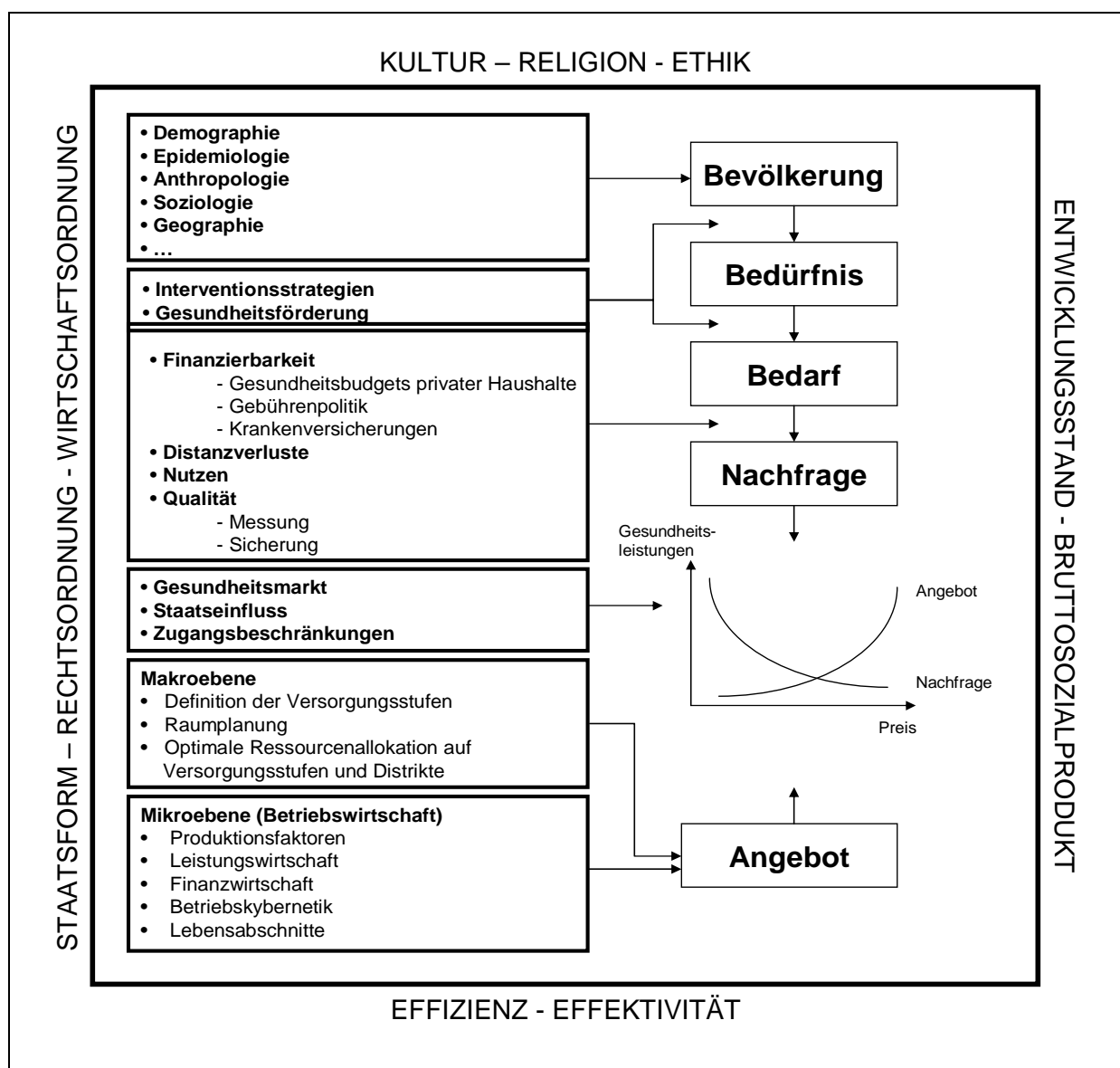


Abb.1 Das gesundheitsökonomische Rahmenmodell (Fleßa 2005)

Bedürfnisse sind daher die Vorstufe zu Bedarf. Auf die Wichtigkeit beide Begriffe voneinander zu unterscheiden, wird mehrfach hingewiesen.

Bedürfnisse sind Mangelerscheinungen, die beim einzelnen Menschen den Wunsch auslösen, diesen Mangel zu beheben (Bedürfnisbefriedigung). Bedürfnisse schaffen Wünsche und werden damit zu Auslösern für wirtschaftliches Handeln. Umgekehrt können Bedürfnisse in Verbindung mit vorhandenen finanziellen Mitteln als Bedarf zur Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen werden.

Die Bedürfnisse des Menschen sind grundsätzlich unbegrenzt und verändern sich im Laufe des Lebens. Nach der Dringlichkeit unterscheidet man Grundbedürfnisse, z. B. nach Gesundheit, Kleidung und Ernährung, Kultur- und Luxusbedürfnisse.

Nach der Art der Befriedigung lassen sich Individualbedürfnisse, die der Mensch für sich selbst befriedigen kann, und Kollektivbedürfnisse als Notwendigkeiten oder Wunschvorstellungen, die von vielen Menschen empfunden werden, unterscheiden (Bibliographisches Institut 2004).

Aus Sicht des Marketing

Marketing-Denken in Organisationen bedeutet die Ausrichtung der Organisation an den Bedürfnissen der Kunden bzw. Leistungsempfänger. Wenn der erwartete Nutzen die Kosten übersteigt, finden Austauschprozesse zwischen kommunizierenden Nachfragern und Anbietern statt. Beide Seiten handeln aufgrund bestimmter **Bedürfnisse bzw. Motive**.

Das Bedürfnis des Nachfragers ist ein Nettonutzen oder Wertgewinn, der sich aus der Differenz des erwarteten Nutzwerts, z.B. durch den Wert des Produkts, das Image und begleitende Dienstleistungen, minus der erwarteten Kosten in zeitlicher, psychischer, finanzieller Hinsicht errechnet.

Das Bedürfnis des Anbieters ist ebenso ein Nettonutzen oder Wertgewinn, der in der Differenz des erwarteten Nutzens aus Gewinn, Imagegewinn, Zusatzkäufen und Weiterempfehlung und der erwarteten zeitlichen, psychischen und finanziellen Kosten besteht (Meyer & Buber 2006 und Scheuch 2002).

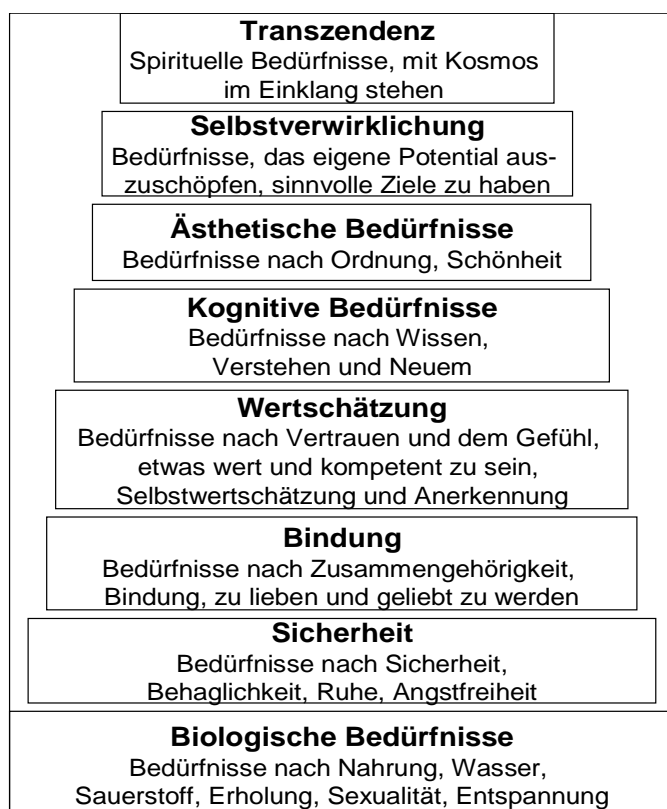
Als Bedürfnis-Trio werden Macht als Wunsch der Umweltkontrolle, Zugehörigkeit als Wunsch nach Freundschaft und Akzeptanz und Leistung als Wunsch nach persönlichem Erfolg und Selbstverwirklichung angeführt.

Konsumenten- und Anbieter-Bedürfnisse sind im Kontext eines komplexen Systems zu sehen. Anthropologische, verhaltensbiologische und psychotechnische Forschungsansätze zeigen den Einfluss kultureller und schichtspezifischer, sozialer und rollenabhängiger sowie persönlicher und psychologischer Faktoren auf die Bedürfnisse im Rahmen des Konsumverhaltens (Kroeber-Riel & Esch 2004).

Eine Marktsegmentierung ist daher ein erster Schritt zur **Erhebung** von Bedürfnissen. Die Messung kann objektbezogen über Umsätze und Marktanteile und subjektbezogen über Konsumenten- und Anbieterbefragungen erfolgen.

Aus psychologischer Sicht

Die Motivationspsychologie verwendet den Begriff „**Bedürfnis**“ in zwei verschiedenen Zusammenhängen. Einerseits als aktuellen Zustand eines Organismus: Bedürfnis wird als physiologischer oder psychologischer Mangelzustand definiert, der zu Bedürfnisbefriedigung führen soll. Andererseits kann Bedürfnis als Disposition aufgefasst werden, als zeitstabiles Merkmal eines Organismus mit der Neigung eine bestimmte Klasse von Zielen zu verfolgen.



Maslow nimmt an, dass sich menschliche Bedürfnisse hierarchisch anordnen lassen. Es müssen jeweils die Bedürfnisse einer Ebene befriedigt sein, bevor die nächste Ebene erreicht werden kann. Den biologischen Bedürfnissen auf der untersten Ebene folgen die Ebenen der Sicherheit, Bindung, Wertschätzung, Wissen, Ästhetik und an der Spitze der Pyramide Transzendenz (siehe Abb. 2).

Abb. 2 Maslows Bedürfnishierarchie aus Zimbardo & Gerrig (2004)

Richards & Greenlaw analysieren aufbauend auf diesem Modell die Stärke der Bedürfnisse, das Anspruchsniveau, die Intensität und die gewählten Bedürfnisstrategien. Bedürfnisse des Menschen werden als der Teil der Persönlichkeitsstruktur gesehen, die durch das kulturelle Umfeld, wie es beispielsweise eine bestimmte Marktordnung darstellt, sozialisiert wird. Das Motivationsmodell von Richards & Greenlaw (Fleßa 2005) zeigt die komplexen Auswirkungen der Persönlichkeitsstruktur auf die Bedürfnisse des Individuums (Abb. 3).

Zur **Erhebung** der Bedürfnisse bedient sich die Psychologie je nach Kategorie physiologischer Testverfahren, wie die Messung von Körpertemperaturdifferenzen, Atemfrequenzänderung und Schweißabsonderung oder verschiedener Formen der Beobachtung und Befragung.

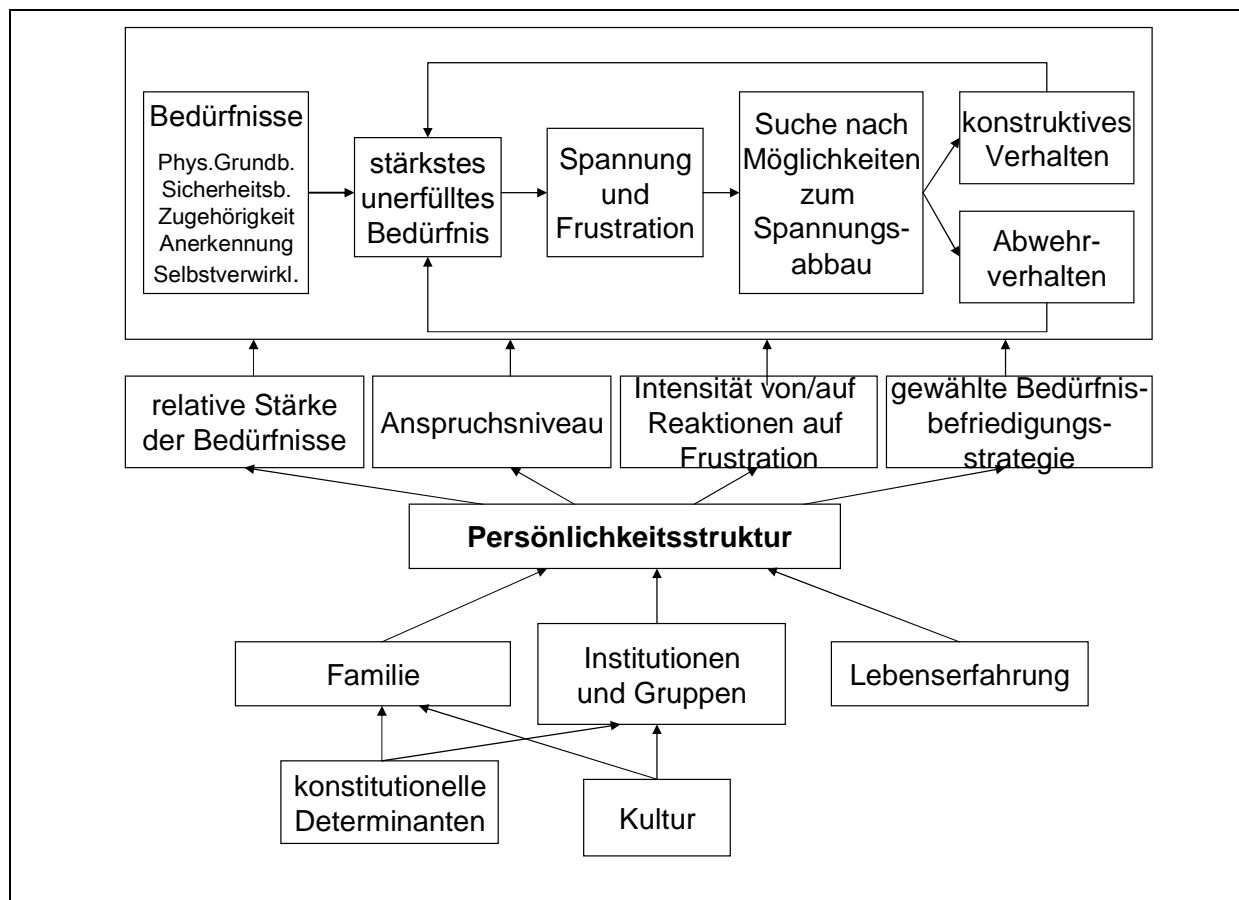


Abb. 3 Das Motivationsmodell von Richards & Greenlaw (Fleßa 2005)

Aus philosophisch-ethischer Sicht

Aus philosophischer Sicht wird besonders auf die **Unbegrenztheit subjektiver menschlicher Bedürfnisse** hingewiesen. Sie ist verbunden mit der menschlichen Suche nach dem Sinn des Lebens und dem vollkommenen Glück. Die Zitate reichen von Goethes Faust „So taumle ich von Begierde zu Genuss, und im Genuss verschmacht ich nach Begierde“ bis zu Mick Jagers „I can´t get no satisfaction.“. Eine antike Antwort darauf gibt Epikur und die römische Stoa mit der Forderung nach dem „Leben im Einklang mit der Natur“, eine christliche Ignatius von Loyola mit der „irdischen Askese als Bedingung für das Glück im Jenseits“, Montesquieu mit der „Pflicht zur Bedürfnisbefriedigung im diesseitigen Leben“ und schließlich eine **utilitaristische Antwort**, jene Jeremy Benthams mit der Forderung nach „dem größtmöglichen Glück für die größtmögliche Zahl“, die die Grundlage unserer sozialen Marktwirtschaft bildet (Prange 2006).

Das Prinzip der sozialen Gerechtigkeit ist nach Wallner (2004) die „Nagelprobe für das gesellschaftliche Zusammenleben“. Das in der Marktwirtschaft gelebte Prinzip der Leistungsgerechtigkeit soll noch um das Prinzip der **Bedürfnisgerechtigkeit** bereichert werden, das besagt, dass Menschen mit körperlichen Einschränkungen bei der Verteilung von Mitteln als Ausgleich ihrer eingeschränkten Möglichkeiten entsprechend bevorzugt werden sollen. Dies kann nach den Sozialpsychologen Van Lange und De Dreu (2003) im Prinzip der sozialen Verantwortlichkeit erreicht werden.

Aus medizinischer Sicht

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“ wird allgemein angeführt um Gesundheit als eines der wichtigsten **Bedürfnisse** des Menschen zu bewerten. Sie gehört zu den menschlichen Grundbedürfnissen.

Beim Gesundheitsbedürfnis handelt es sich um einen umfassenden Begriff, der das Bedürfnis nach medizinisch-somatischer Behandlung ebenso beinhaltet wie psychische, soziale und seelisch-spirituelle Bedürfnisse, die von Mensch zu Mensch stets individuell unterschiedlich ausgeprägt anzutreffen sind. Definitionen aus medizinischer Sicht wurden von ärztlicher und Pflegeseite formuliert.

Auch aus der Perspektive der Medizin ist eine Unterscheidung der ähnlichen, jedoch nicht deckungsgleichen Begriffe Bedarf und Bedürfnis wichtig.

Der Begriff des **Bedarfs** hat sich im Gesundheitssystem für die Operationalisierung des Bedürfnisprinzips etabliert.

So existiert eine Differenzierung in „**Normative Needs**“, ein von Experten oder professionellen Gruppen definierter Bedarf, „**Felt Needs**“, von Nutzern bzw. Patienten empfundene subjektive Bedürfnisse, „**Expressed Needs**“, von Nutzern in Form eines Handelns, der Inanspruchnahme, ausgedrücktes Bedürfnis, und „**Comparative Needs**“, ein im Vergleich zu einem anerkannten Kriterium festgestellter Bedarf (Noack 2006).

Nutzer	Keine subjektive Annahme einer Krankheit oder Behinderung	(Initiale) Inanspruchnahme professioneller Strukturen	Zufallsentdeckung einer Krankheit oder Behinderung bei anderweitiger Inanspruchnahme bei Screening oder Feldstudie = latenter Bedarf	
Subjektive Annahme einer Krankheit oder Behinderung	und Bedürfnis nach Inanspruchnahme einer professionellen Versorgungsleistung = Bedürfnis		Professionelle Bestätigung der Krankheit oder Behinderung = Bedarf	Versorgung / Behandlung Angebotseitig fehlende Behandlung / Versorgung
Kein Wunsch nach Inanspruchnahme			Keine professionelle Bestätigung, aber weiterhin Bedürfnis	Verweigerung des Patienten (<i>non compliance</i>)
Selbstbehandlung oder Behandlung im Laiensystem				

Abb. 4 Systematischer Zusammenhang von Bedürfnis und Bedarf im Gesundheitssystem und seine Beeinflussung durch Annahme, Inanspruchnahme und professioneller Bestätigung (aus: Sachverständigenrat 2000/01)

Wallner (2004) beschreibt, dass das Bedürfnis als normativer Ausgangspunkt und Suchprinzip für die Strukturfrage nicht direkt operationalisiert werden kann. Normative Ideale, wie etwa jenes, wonach das Gesundheitssystem „für Alle und jeden Einzelnen“ da ist, wären richtig und wichtig, aber sie müssten im Rahmen des Möglichen umgesetzt werden. Der Bedarfsbegriff erlaube somit die Verwirklichung des normativen Ideals der Bedürfnisgerechtigkeit innerhalb dieser Grenzen. Eine **bedarfsgerechte Versorgung** versuche, Über- Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden, die ineffektiv und ineffizient sind und damit dem Nutzer schaden.

„Bedarfsgerechte Versorgung ist eine dem individuellen, professionellen und wissenschaftlich anerkannten Bedarf voll entsprechende, also „indizierte“, sich auf Leistungen mit hinreichend gesichertem Nettonutzen beschränkende und fachgerecht erbrachte Versorgung. Abbildung 4 zeigt den systematischen Zusammenhang von Bedürfnis und Bedarf im Gesundheitssystem, der von Annahme, Inanspruchnahme und professioneller Bestätigung beeinflusst wird (Sachverständigenrat 2000/01).

Aus medizinischer Sicht kann jedoch auch ein Bedarf für Prävention gegeben sein.

Und eine bedarfsgerechte Versorgung muss auch die sozialen, psychischen und seelisch-spirituellen Bedürfnisse der Akteure berücksichtigen (Wallner 2004).

Gericke und Busse (2005) führen an, dass das Konzept des Bedarfs nach Gesundheit und Gesundheitsleistungen einen direkten Bezug zur Bevölkerungsgesundheit hat. Neben dem von US-amerikanischen Wissenschaftlern gerne benutzten Nachfrage- und Angebots-Modell hat sich in Europa das Modell von Williams (1974) als Kapazität, von der Behandlung zu profitieren („capacity to benefit“), etabliert. Das heißt, dass neben dem **subjektiv empfundenen Bedarf** und der **objektivierenden Feststellung einer Krankheit oder Behinderung** („objektiver Bedarf“) als drittes Element die Feststellung **eines objektiven Behandlungsbedarfs** erforderlich ist; dies setzt das prinzipielle Vorhandensein von geeigneten Behandlungsverfahren und Einrichtungen, um die Krankheit oder Behinderung aussichtsreich zu behandeln oder Leiden zu lindern, voraus (siehe Sachverständigenrat 2000/01). Ein Zustand, für den es keine Behandlung gibt, ist nicht behandlungsbedürftig, es besteht kein Behandlungsbedarf. Neben der Verfügbarkeit einer aussichtsreichen und zugleich mit vertretbaren Risiken behafteten Behandlung tritt als vierter Aspekt für manche Leistungen auch der kulturelle Kontext und der gesellschaftliche Wandel als Element der Bedarfsdefinition hinzu (Sachverständigenrat 2000/01). Bestimmte körperliche oder psychische Veränderungen werden in einigen Kulturen als „Erkrankung“ und damit behandlungsbedürftig eingestuft, in anderen jedoch nicht.

2.1.2 Bedürfnisse von Stakeholdern im Gesundheitssystem

Wallner (2004) stellt die unterschiedlichen, teilweise konkurrierenden Bedürfnisse der Nutzer und Anbieter von Gesundheitsleistungen gegenüber. Er fasst sie unter dem Begriff **Care-Gedanke** zusammen, der das unveräußerliche Autonomie-Prinzip der Nutzerseite mit dem ebenso unhintergehbaren Fürsorge-Prinzip der Anbieterseite gleichberechtigt verbinden soll. Abbildung 5 zeigt in tabellarischer Form Beispiele für mögliche Gesundheitsbedürfnisse auf Nutzer- und Anbieterseite, die abhängig vom konkreten Umfeld und der Persönlichkeitsstruktur vorliegen können.

Gesundheitsbedürfnisse auf Nutzerseite	Gesundheitsbedürfnisse auf Anbieterseite
Bedürfnis nach medizinischer Hilfe, die die Gesundheit wiederherzustellen hilft (kurative Medizin)	Bedürfnis mit Hilfe des Fachwissens und der Erfahrung etwas bewirken zu können, das dem Hilfe Suchenden hilft
Bedürfnis nach medizinischer Hilfe, die Krankheit erträglich macht (vgl. palliative Medizin)	Bedürfnis, über das medizinische und pflegerische Fachwissen hinaus etwas für den Klienten tun zu können
Informationsbedürfnisse; über Angebote, Gesundheitszustand, Behandlung, Prognosen, Kosten	Bedürfnisse, die mit dem Arbeitsplatz zusammenhängen, z.B. Arbeitsplatzgestaltung, Kontakt mit Kollegen und Mitarbeitern, gute Zusammenarbeit mit dem Management
Bedürfnis nach psychologischer Unterstützung für den Patienten selbst und sein soziales Umfeld	Bedürfnis nach sozialer Anerkennung
Soziale Bedürfnisse nach Kontakt, einem Zuhause, Menschen mit einem gleichen Schicksal, Netzwerke	Finanzielle Bedürfnisse, v. a. eine ausreichende und leistungsgerechte Entlohnung
Bedürfnis nach Einbeziehung in Behandlungsentscheidungen, Autonomiebedürfnis	Informationsbedürfnisse über neue Leistungsmöglichkeiten, Kooperationspartner, etc.
Seelisch-spirituelle Bedürfnisse, die in der Krankheit besonders aktuell werden	Psychologische und spirituelle Bedürfnisse, die durch die Arbeit entstehen
Präventive Gesundheitsbedürfnisse: Wunsch nach Erhaltung und Stärkung der Gesundheit, des Wohlbefindens, der Wellness	Professionelle Bedürfnisse nach effektiven und effizienten Strukturen, die in der Arbeit unterstützen

Abb. 5 Beispiele für mögliche Gesundheitsbedürfnisse auf Nutzer- und Anbieterseite abhängig vom konkreten Umfeld und der Persönlichkeitsstruktur (Tabelle aus: Wallner 2004).

2.1.3 Vergleich der Bedarf-Bedürfnis-Definitionen

Ein Vergleich der angeführten wirtschaftswissenschaftlichen, psychologischen und medizinischen Bedürfnis-Definitionen zeigt, dass menschliche **Bedürfnisse stets vom Umfeld abhängig in einem komplexen System** auftreten. Kulturelle und schichtspezifische,

soziale und rollenabhängige sowie persönliche und psychologische Faktoren spielen eine Rolle. Bedürfnisse **verändern sich im Laufe des Lebens** und sind prinzipiell **unbegrenzt**.

Disziplin	Bedarf & Bedürfnisse	Messmethoden
Volkswirtschaft	Bedürfnis ist Mangelerscheinung, schafft Wunsch, wird zu Auslöser für wirtschaftliches Handeln	Beobachtung , Befragung im sozial-kulturell-ethischen Kontext
	Bedarf ist mit Kaufkraft ausgestattetes Bedürfnis	Nachfrage nach bestimmten Gütern am Markt
Marketing	Bedürfnis ist Nettonutzen oder Wertgewinn, Differenz des erwarteten Nutzwerts minus der erwarteten Kosten	Beobachtung, Befragung, Messen des Konsumverhaltens (anthropologisch, verhaltensbiologisch, psychotechnisch)
Psychologie	Bedürfnis ist Mangel und Teil der Persönlichkeitsstruktur, beeinflusst durch Sozialisierung im kulturellen Umfeld	Verhaltensbeobachtung, Befragung, physiologische Testverfahren (Körpertemperatur, Atemfrequenz, Schwitzen etc.)
Philosophie & Ethik	Bedürfnis ist unbegrenzt wie die Suche nach dem Sinn des Lebens und nach vollkommenen Glück	Sinnfrage im sozial-kulturell- ethischen Kontext
Medizin	Bedürfnis ist subjektives Empfinden für Inanspruchnahme für medizinische Hilfe	Beobachtung, Befragung, Häufigkeit der Inanspruchnahme im sozial-kulturell-ethischen Kontext
	Bedarf ist mit professioneller Bestätigung, Behandlungsmöglichkeit und Inanspruchnahme ausgestattetes Bedürfnis	Frage nach der Expertenmeinung im fachlich-sozial-kulturell- ethischen Kontext, Messen der Inanspruchnahme

Abb. 6 Bedarf und Bedürfnisse in verschiedenen Disziplinen und Methoden ihrer Messung

Der Begriff **Bedarf ist stets abhängig von den realen Möglichkeiten**, das heißt Ressourcen wie zur Verfügung stehenden Geldmitteln oder Behandlungsverfahren, die menschliche Bedürfnisse befriedigen können. Im Unterschied zu Bedürfnis ist Bedarf keine psychologische, jedoch eine ökonomische und medizinische Kategorie. Einen Überblick über Bedarf und Bedürfnisse aus der Sicht verschiedener Wissenschaftsdisziplinen und die Methoden ihrer Messung bietet Abbildung 6.

2.2 Definition „Neuroorthopädie“

2.2.1 Was ist neuroorthopädische Versorgung?

Neuroorthopädie beschäftigt sich mit der orthopädischen Behandlung von Menschen mit Gehirn-, Rückenmarks-, Nerven- und Muskel-Erkrankungen. Im weiteren Sinn umfasst ihre Definition in den Lehrzielkatalogen zu den deutschsprachigen Facharztprüfungen alle Erkrankungen und Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems. Die Kernaufgaben der Neuroorthopädie sind die Diagnostik, Analyse, Behandlung und Rehabilitation der Auswirkungen neurologisch und muskulär bedingter Haltungs-, Gang-, Greif- und Bewegungsstörungen auf den Bewegungsapparat. Ihr Behandlungsziel ist die **Verbesserung der Lebensqualität**.

Das Zusammenspiel des aktiven und passiven Bewegungsapparats ist ein bekanntes Beispiel für ein komplexes biologisches System. Neuroorthopädische Probleme bedürfen daher einer systemischen Diagnostik und Therapie. Durch den Einfluss und die Synthese funktionell anatomischer, biomechanischer, neurophysiologischer, entwicklungsbiologischer, psychischer und sozialer Grundprinzipien stellen sie bei jedem einzelnen Patienten eine neue Herausforderung für ein multiprofessionelles Behandlungsteam dar. Neuroorthopädie ist ein Spezialgebiet, in dem **interdisziplinäres Denken und Zusammenarbeit** in einem gut funktionierenden Netzwerk Voraussetzung sind für eine menschlich und fachlich qualitativ hochwertige Arbeit (siehe Abb. 7).

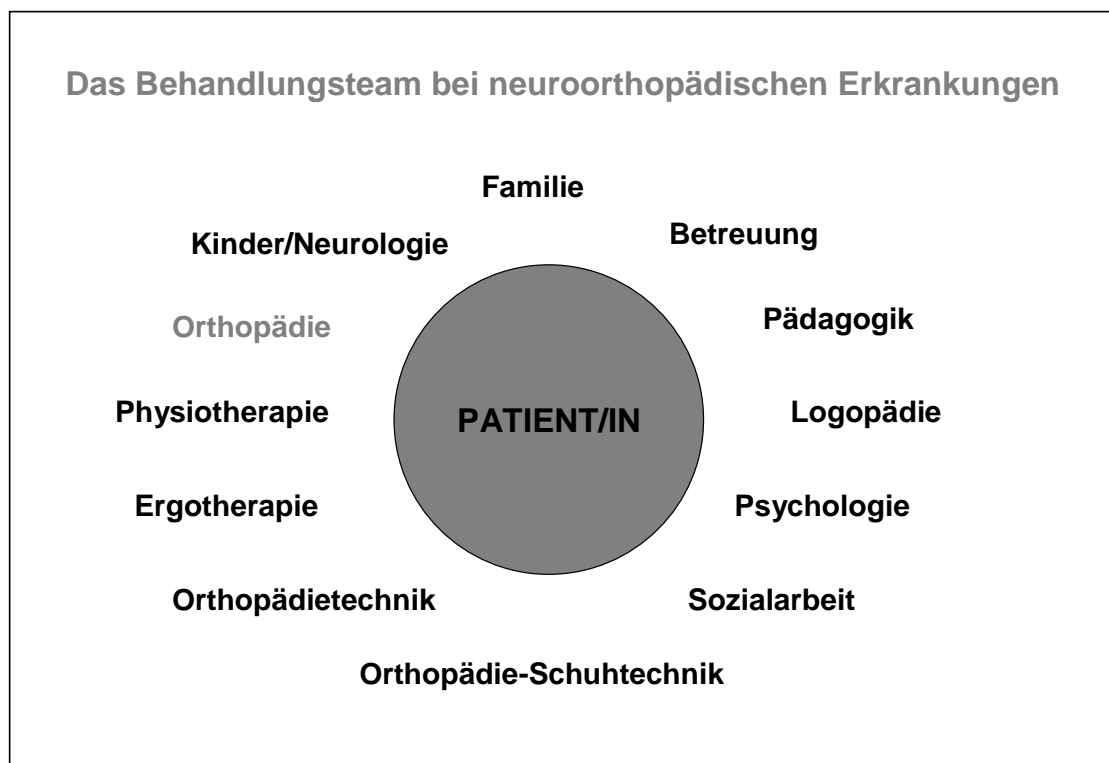


Abb. 7 Das Behandlungsteam neuroorthopädischer Erkrankungen und der Stellenwert des integrierten neuroorthopädischen Versorgungsbeitrags (aus: Strobl 2004)

Neuroorthopädie bildet zusammen mit der Kinderorthopädie die Wurzel orthopädischen Denkens: „orthos – paidos“ frei übersetzt mit „für Kinder ohne Behinderung“, wurde ursprünglich 1741 als das Fachgebiet definiert, das „die Form- und Funktionsstörungen des Kindesalters“ erstmals mit wissenschaftlicher Systematik verhindern sollte. Diagnostik und Therapie haben sich mit dem Wandel der Krankheitsbilder stark verändert. In den Staaten der Europäischen Union sind Infektionen des Nervensystems, wie Poliomyelitis, heute von Erkrankungen durch degenerative Veränderungen des Nervensystems und auch durch erfolgreiche intensivmedizinische Interventionen rund um die Geburt und bei Unfällen verdrängt worden. Abb.8 (Strobl 2006) zeigt die häufigsten neuroorthopädischen Erkrankungen im Kindes- und Erwachsenenalter in Österreich.

In Österreich leben derzeit rund 6000 Kinder mit einer schweren Form einer Cerebralparese, zentraler Kinderlähmung, und 14000 Menschen mit einer Hemiparese, Halbseitenlähmung, nach einem Schlaganfall. Je nach der Lokalisation und dem Schweregrad der Schädigung des Gehirns liegen verschieden ausgeprägte Formen von Bewegungs-, Wahrnehmungs- und Lernstörungen vor.

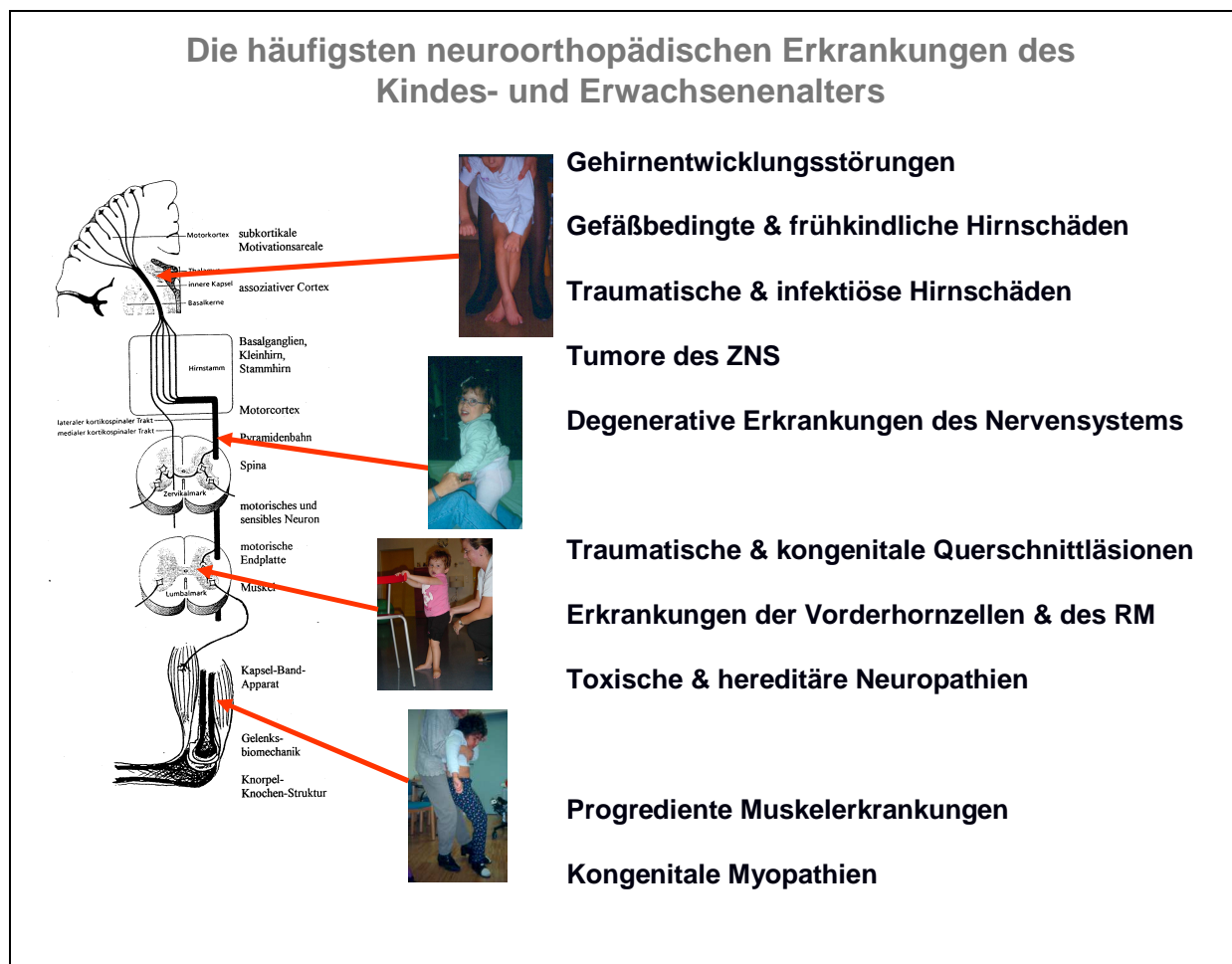


Abb.8 Die häufigsten neuroorthopädischen Erkrankungen im Kindes- und Erwachsenenalter in Österreich, dargestellt anhand der Schädigungslokalisierung im menschlichen Bewegungssystem (aus: Strobl 2006)

Entsprechend leben neuroorthopädische Patienten entweder nur mit leichten Gang-, Haltungs- Sprach oder Greifstörungen oder bedürfen einer intensiven pflegerischen Betreuung. Die primäre Schädigung der Nervenzellen des Gehirns ist nicht heilbar, aber sowohl von der Förderung und Rehabilitation der neurobiologisch formbaren Sensomotorik als auch von der Vorbeugung und Behandlung zusätzlich auftretender Probleme, wie Bewegungseinschränkung, -mangel und einseitiger Belastung, hängen das **Erreichen einer ausreichenden Mobilität und Selbständigkeit** und das Selbstbewusstsein des Patienten ab. In der Zeit der frühen Rehabilitation nach akuten neurologischen Erkrankungen und in der Zeit des Wachstums entwicklungsgestörter Kinder liegt der Schlüssel zur späteren verbesserten Lebensqualität bewegungsbehinderter Menschen, hier beginnt der Arbeitsbereich der Neuroorthopädie.

2.2.2 „Behinderte“ Menschen und ihre Bedürfnisse

Im alltäglichen Sprachgebrauch ist der Begriff „Behinderung“ nicht missverständlich. Pfäfflin & Pöld-Krämer (2003) weisen jedoch auf die große Varianz und gesellschaftliche Abhängigkeit der Definition einer „Normabweichung“ hin. „Behinderung“ weist auf eine Abweichung von einem für das Lebensalter „typischen Zustand“ körperlicher, geistiger und seelischer Art. Die Gruppe der Behinderten ist daher keine homogene Gruppe. Wer zur Gruppe der Behinderten gezählt werden soll und wer nicht, wäre vom Kontext gesellschaftlicher Normvorstellungen, von Zuschreibungen, Möglichkeiten der Hilfesysteme, diagnostischen Entwicklungen, vom Gesetzgeber und von Personen, die Definitionen vorgeben, abhängig.

Eine der größten Ängste des Menschen ist die vor Bewegungsunfähigkeit, die Angst vor der eigenen Lähmung oder der des eigenen Kindes. Reaktionen der Gesellschaft auf Menschen mit Bewegungsbehinderung reichen daher je nach Kultur, Philosophie und Religion von Integration, besonderer Betreuung und wundertätiger Heilung bis zur Ausgrenzung als Inbegriff alles Bösen, ehemaliger Vernichtung und der heute im Zuge ökonomischer und biotechnologischer Diskussionen wieder gewagten Definition so genannten „unwerten Lebens“ (vergleiche Gerber 2004).

Ob Menschen mit Bewegungsbehinderungen glücklich leben, hängt von ihrer Schmerz- und Bewegungsfreiheit, ihren selbständigen Aktivitäten in ihrer sozialen Umgebung ab. Aber auch von ihrem Recht auf Unvollkommenheit. Zum Beispiel: Ein Rollstuhl gibt Freiheit, an ihn ist man nicht „gefesselt“. Ein Mieder gibt Sitzstabilität und ermöglicht oft eine freie Handfunktion, es „sperrt nicht ein“. Der Sprachgebrauch einer Gesellschaft verrät ihre Einstellung gegenüber bewegungsbehinderten Mitmenschen (vergleiche Firlinger 2003), aber es gibt einen allgemeinen Konsens und ein Bekenntnis zur Akzeptanz von „Behinderten“ und deren besondere Unterstützung. Trotzdem lastet auf Eltern und Betreuern bewegungsbehinderter Menschen und auf den Betroffenen selbst ein enormer physischer, psychischer und finanzieller Leistungsdruck.

Rosenbrock (2003) weist darauf hin, dass „gegenwärtig eine Sichtweise zunimmt, in der tendenziell jeder seines Glückes Schmied und also auch verantwortlich für sein Unglück ist. Solche Ideologien sind kaum förderlich für Konzepte der kollektiven Artikulation von gesellschaftlich bedingten Gesundheitsproblemen und der politischen Mobilisierung zur

Durchsetzung von Veränderungsstrategien, die auf die Verminderung der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod abzielen“ (Rosenbrock 2003).

„Behindert ist, wer behindert wird.“ Bedürfnisse von bewegungsbehinderten Menschen werden von Behinderten-Initiativen, Selbsthilfegruppen und Hilfsorganisationen veröffentlicht (Engelbert 1999, Firlinger 2003, Forschungsinstitut Kindertraum 2005, Gerber 2004, Strobl2003). Behindert werden heute:

- Eltern, die ein Kind mit einer angeborenen Veränderung akzeptieren wollen. In der Gesellschaft wird zunehmend ein Recht auf ein „normales“ Kind mit hoher Leistungsfähigkeit eingefordert.
- Eltern und Betreuer, die ein Kind in seiner Unvollkommenheit annehmen. Man hört nicht selten ein „Kann man denn nichts dagegen unternehmen?“ zwischen Vorwurf und Mitleid.
- Eltern und Betroffene, denen kein klares Konzept zur Diagnostik und Behandlung angeboten wird. Ankündigungen neuer Therapieverfahren bleiben oft eine klare Differenzierung zwischen „Heilung“ und „Hilfe“ schuldig.
- Eltern und bewegungsbehinderte Menschen, wenn sie kein Vertrauen in bewährte Behandlungsverfahren aufbauen können. Auch aufgrund von Schuldgefühlen werden Eltern jede Chance auf Heilung um jeden Preis wahrnehmen. Die Folge ist gelegentlich ethisch bedenkliches Marketing neuer Behandlungsmethoden und ein lebhafter „Gesundheitstourismus“.
- Eltern und Betroffene, die verschlungene Wege der Bürokratie zu Bittstellern machen, weil die Finanzierung von Alltagshilfen, Behandlungen oder passenden Schulmöbeln in Österreich stark aufgesplittert ist.
- aber auch heute noch Jugendliche auf der Suche nach Arbeit, die zum Beispiel ihre gelähmte Hand verstecken oder einer kosmetischen Operation zuführen müssen um ihre Jobchancen zu wahren.

Zuerst müsse sich die Gesellschaft und die Gesundheitspolitik dieser Behinderungen annehmen und:

- Eltern akzeptieren, die sich auch ein Kind mit Fehlbildungen vorstellen können.
- sich bemühen Unvollkommenheit auch im Zeitalter der Biomedizin anzunehmen.
- Informationen zu Prävention, Gesundheitsförderung und Behandlungsmöglichkeiten verstärken.
- neue Behandlungsverfahren fördern und in bewährte, funktionierende Konzepte übernehmen.
- neue einfachere Wege der Finanzierung von Hilfen und Behandlung aufbauen.
- Menschen aufgrund ihrer Leistungen und nicht ihrer Defizite beurteilen.

2.2.3 Medizinische Möglichkeiten – evidenzbasierte Verbesserung der Lebensqualität

Neuroorthopädische Versorgung erfolgt in der Regel interdisziplinär im Rahmen eines Gesamtbehandlungsprogramms durch ein multiprofessionelles Team. Eine konservative Behandlung und Förderung des Bewegungsbehinderten erfolgt sofort nach dem Erkennen der Symptome, oft noch vor einer exakten Diagnosestellung. Unbehandelte Patienten sind aus ethischen Überlegungen sehr selten und stehen als Kontrollgruppen für Studien nicht zur

Verfügung. Die mangelnde Differenzierungsmöglichkeit einzelner Therapieschritte im Rahmen einer multidisziplinären Versorgung stellt daher ein bekanntes methodisches Problem in der exakten **Analyse der Effektivität von Behandlungsverfahren** dar. Allerdings ist die Beurteilung zusätzlicher Verfahren, die über die therapeutische Grundversorgung hinausgehen, und von Mehrfachtherapien durchaus möglich und wissenschaftlich akzeptiert.

Je nach Aussagekraft der Studien nach Evidence Based Medicine-Kriterien können diese bestimmten Kategorien zwischen High-level (Meta-Studie zu mehreren randomisierten Doppelblindstudien) und Low-level (Einzelfallberichte) zugeteilt werden. Aus den oben genannten Gründen existieren für Menschen mit neuroorthopädischen Erkrankungen relativ wenige mit hoher Evidenz eingestufte, aber doch zahlreiche mit niedriger Evidenz eingestufte Studien.

Sehr oft werden dabei jedoch nur Teilschritte einer Teilbehandlung klassifiziert und die Aussagekraft für ein Gesamtbehandlungsprogramm bleibt unklar. Bei der Verbesserung der Lebensqualität im Rahmen von chronischen Erkrankungen und „Behinderungen“ stößt diese Kategorisierung an Grenzen. Herkömmliche Kriterien der EBM müssen daher in diesem Zusammenhang durchaus kritisch betrachtet werden.

Einigen Autoren erscheint die Einstufung von Outcome-Studien in Hinblick auf ihr durch Messung erzielttes technisches, funktionelles, subjektives oder ökonomisches Ergebnis wichtiger zur Beurteilung des Behandlungserfolges bei neuroorthopädischen Erkrankungen (vergleiche Goldstein 2000). Wichtige patientenzentrierte und wirtschaftliche Aspekte fließen in diese Outcome-Messungen ein.

2.2.4 Organisation und Struktur der Neuroorthopädie in Österreich

Orthopädische Probleme bei neurologischen Erkrankungen werden je nach Schweregrad in einem **mehrstufigen Versorgungssystem** betreut (siehe Abb. 8). Patienten mit einfachen Nervenläsionen werden in **orthopädischen Praxen** versorgt und im Bedarfsfall an **orthopädischen Abteilungen** meist für operative Eingriffe, z.B. zur Lösung von Nervenengpasssyndromen, wie dem häufigen Karpaltunnelsyndrom, stationär oder in Tageskliniken aufgenommen.

Für die Gruppe der Patienten mit schwereren neuroorthopädischen Erkrankungen sind spezialisierte ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgungseinrichtungen notwendig.

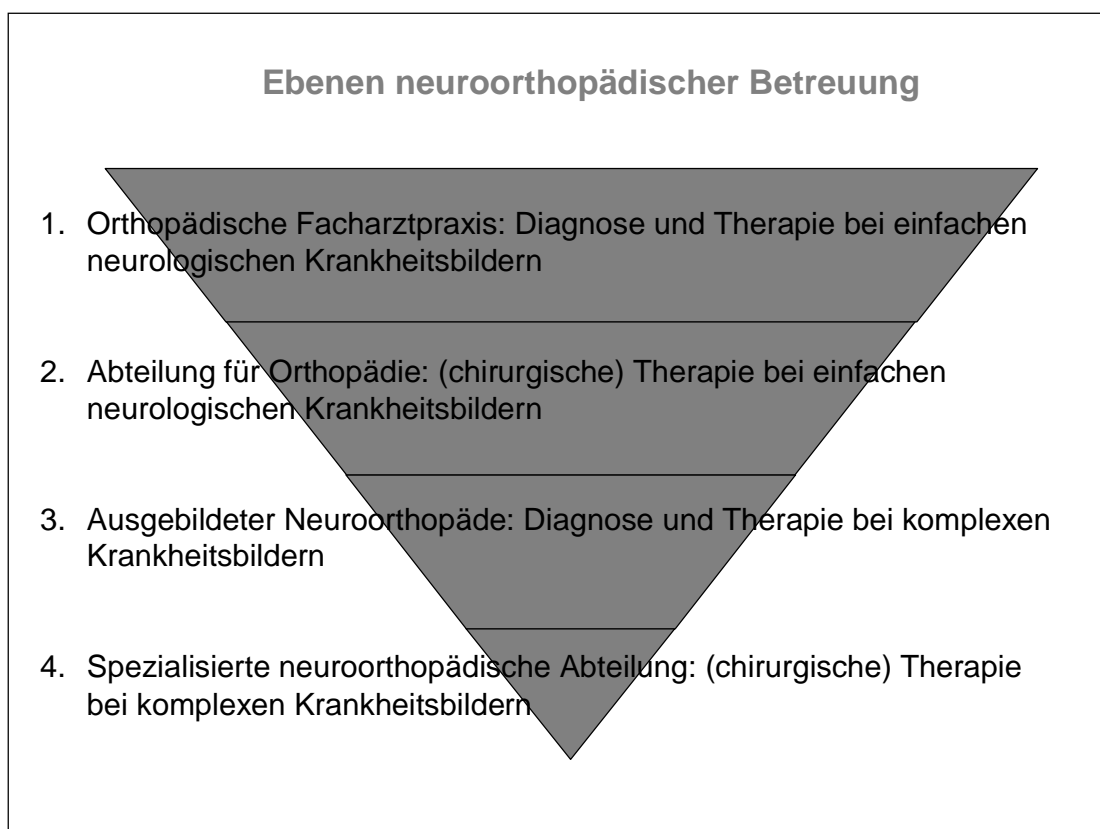


Abb. 9 Neuroorthopädie-Versorgungspyramide mit vier Betreuungsstufen für eine integrierte, effektive und effiziente Patientenversorgung, aus: Strobl (2006)

Nach internationalem Vorbild wurde in den 1980er Jahren mit einer interdisziplinär orientierten orthopädischen Behandlung von Patienten mit neuromotorischen Erkrankungen in Österreich begonnen. An den großen orthopädischen Zentren in Wien, Innsbruck, Salzburg, Linz und Stolzalpe, wo eine Spezialisierung möglich war, und an der Kinderchirurgie Graz bildeten einzelne neuroorthopädisch interessierte Ärzte mit Kollegen anderer Fachgebiete, Therapeuten und Orthopädietechnikern **Spezialambulanzen**, um den bis dahin großteils unversorgten, teilweise sogar „versteckten“ Patienten eine Anlaufstelle für ihre in der Allgemeinorthopädie meist unverstandenen Beschwerden zu bieten.

Heute sind diese Ambulanzen trotz mehrmonatiger Terminwartezeiten meist überfüllt und die Kollegen der beschriebenen Zentren haben bereits in mehreren Regionen Österreichs begonnen, die Patienten **regelmäßig im Team und wohnortnah**, in kleineren regionalen Gesundheitseinrichtungen, Wohnheimen und Schulen, zu betreuen. Der Funktionsstatus des Patienten wird durch die neuroorthopädische Anamnese und Untersuchung erhoben. Wesentliche Bereiche sind Kommunikation, sensorische Systeme, Propriozeption, Motorik -

gross motor function (GMF), daily living activity (DLA), Sport und Hilfsmittel im Alltag. Die Erhebung der psychosozialen Situation des Patienten, seine Motivation, Ziele, Wünsche und Ängste, seine Familie, Freunde, Schule, Therapie- und Arbeitsplatz ermöglicht die Einschätzung der Erwartungshaltung, Compliance und Belastbarkeit in neuen Therapiesituationen.

Hilfsmittel werden in Zusammenarbeit mit ansässigen Orthopädietechnikern angepasst und überprüft, statomotorische und therapeutische Veränderungen werden besprochen, postoperative Rehabilitationsschritte geplant. Ein klares Gesamtbehandlungsprogramm, das Platz für unterschiedliche Therapieformen bietet, bildet die Grundlage für qualitätssichernde Maßnahmen.

Vom Marktführer, dem Neuroorthopädie-Team des Orthopädischen Spitals Wien-Speising werden im Rahmen dieser orthopädischen Teamtage jährlich etwa 3000 Untersuchungen durchgeführt. Weiters werden in der Freizeit regelmäßig Fortbildungsvorträge und -seminare für etwa 300 Teilnehmer pro Jahr veranstaltet, die die Kompetenz des Behandlungsteams fördern sollen.

In die **Orthopädischen Abteilungen mit Neuroorthopäden** reisen die Familien nur zu stationären Aufnahmen für Operationen und Injektionen und zu ambulanten perioperativen Untersuchungen, zum Beispiel mittels computergestützter 3D-Ganganalyse an. Hier fehlen meist eine durchgehend barrierefreie Umwelt, ein professioneller Umgang mit „Behinderten“ und der große Bereich des nichtchirurgischen Behandlungsspektrums, z.B. eine Akutpflege- und postoperative Remobilisationseinheit.

Im Falle einer Operationsentscheidung erfolgt die Bewegungsdiagnostik, die perioperative Betreuung, der Eingriff selbst und die Nachkontrollen möglichst durch denselben Arzt, um die wichtige Vertrauensbasis zu stärken und Veränderungen der Bewegungsfunktionen leichter erkennen zu können.

Die wichtige postoperative Frühmobilisierung und Zeit der Hilfsmitteladaptierung muss derzeit fast ausschließlich in einigen wenigen spezialisierten Rehabilitationszentren in Österreich oder dem nahen Ausland durchgeführt werden.

Staatlich geförderte und institutionalisierte Präventions- und Fortbildungsprogramme oder Behandlungs-Referenzzentren für neuroorthopädische Patienten, wie sie in einigen Ländern der EU, z.B. in Skandinavien üblich sind, fehlen in Österreich zur Gänze.

2.2.5 Stakeholder der Neuroorthopädie

Als Stakeholder der neuroorthopädischen Versorgung in Österreich können definiert werden:

- Patienten, ihre Betreuungspersonen, Patientenvertreter, Selbsthilfegruppen als User, Influencer, Decider und Buyer
- Zuweiser wie Fachärzte, Allgemeinmediziner, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten als Maintainer, Influencer und Decider
- Mitarbeiter, die in die Patientenbetreuung eingebunden sind (Pflege, Medizin, Therapie, Ambulanz, Röntgen, BewegungsanalySELabor, Psychologie, Seelsorge, Aufnahme, Telefonzentrale, Patientenzeitung) als Maintainer
- Orthopädie- Rehabilitationstechniker, Orthopädieschuhmacher als Maintainer und Influencer
- Krankenhausträger als Disposer
- Kostenträger wie Krankenkassen, Gemeinde, Land, Gesundheitsplanung als Buyer, Gatekeeper und Disposer

2.3 Bedarfserhebung im Gesundheitssystem

2.3.1 Bedarfserhebung und Bedarfsplanung im Gesundheitssystem

Die autonome Selbstregulation mit Wachstum und Differenzierung des Gesundheitssektors haben in Österreich und Deutschland nur teilweise zu einer stärkeren Bedarfsorientierung geführt (Noack 2006): Die Spezialisierung, das breitere therapeutische Angebot und die Verfügbarkeit haben den Versorgungsgrad verbessert, allerdings haben Einflüsse aus Gesundheitspolitik, Rechtsprechung, Forschungsförderung, Medizintechnik und Pharmaindustrie Partikularinteressen gestärkt und **Fehlversorgungen** nicht verhindert.

Eine umfassende Studie des Sachverständigenrates (siehe Sachverständigenrat 2000/01) in Deutschland zeigt, dass die Versorgung bestimmter chronischer Erkrankungen, darunter neuroorthopädische Erkrankungsbilder, in den vergangenen 10 Jahren nicht verbessert werden konnte. Die Versorgungssituation würde in vielen Fällen deutlich von den Anforderungen an eine bedarfsgerechte Versorgung abweichen. Überversorgungen bestünden im Akut- und Unterversorgung auf dem Gebiet der Rehabilitation.

Zur Gestaltung des Gesundheitssystems wird eine **verstärkte Berücksichtigung der Bedürfnisse** gefordert. Subjektiv empfundener Bedarf (Bedürfnisse) und professionell definierter Bedarf sollen in einem „angemessenen Verhältnis“ zur Planung herangezogen werden.

Nach Rosenbrock (2003) ist das **Ziel der Gesundheitspolitik** die „Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung durch die Minimierung krankheitsbedingter Einschränkungen der Lebensqualität und des vorzeitigen Todes. Dies schließt die Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten durch Minderung pathogener Belastungen und die Förderung salutogener Ressourcen ebenso ein wie die Gestaltung und Steuerung der Krankenversorgung und der Rehabilitation.“ Einige der wichtigsten Instrumente der Gesundheitspolitik sind dabei die Bedarfserhebung und Bedarfsplanung.

Nach Plamper und Lungen (2006) stützt sich die **Bedarfsplanung in Deutschland** auf Bevölkerungsdaten (Einwohnerzahl), auf Parameter für die Nutzung (Häufigkeit der stationären Aufnahmen) und weitere Krankenhaus Kennzahlen, wie die Zahl der Krankenhäuser und die Zahl der belegten Betten, Bettenauslastung, sowie Verweildauer und berücksichtigt darüber hinaus die historisch gewachsenen Krankenhausstrukturen. Die so genannte „Burton-Hill-Formel“ würde die Faktoren zur Bettenbedarfsermittlung zusammenfassen.

Das **österreichische Gesundheitssystem** wird im internationalen Vergleich sehr gut bewertet und liegt laut WHO-Ranking (2005) auf Platz 9. Seine Stärken liegen in einer hohen Risikoabdeckung von 99% durch die Sozialversicherung, in einer barrierefreien Zugänglichkeit und Nutzung durch 98% und in einer hohen Zufriedenheit von 71% bei vergleichsweise moderaten öffentlichen Kosten. Seine Schwächen liegen in der hohen Krankenhaushäufigkeit, regionalen Ungleichverteilung, Kompetenzkonflikten, Schnittstellenproblemen und einer geringen ökonomischen Effizienz (Moritz 2006).

Es besteht eine Pflicht zur Gesundheitsberichtserstattung, jedoch keine gesetzliche Versorgungsberichterstattung (Noack 2006).

Gesundheitsplanung wird in Österreich vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen in Zusammenarbeit mit den Organen auf Bundes- und Landesebene und den Sozialversicherungsträgern durchgeführt. Einen Schwerpunkt bilden die Planungsarbeiten zur stationären und ambulanten Versorgung. Dabei stehen Kapazitäten (z.B.

Krankenhausbetten, medizinisch-technische Geräte) und medizinische Leistungen (z.B. Dialyse) ebenso im Mittelpunkt wie organisatorische Aspekte der Vernetzung und Koordination von Einrichtungen in Richtung einer **integrierten Gesundheitsversorgung**. Der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) wurde zu einem Leistungsangebotsplan weiterentwickelt und in den "Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2006" (ÖSG 2006) übergeführt. Der ÖSG bildet die Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgung und liefert den Rahmen für Detailplanungen auf regionaler Ebene (siehe ÖBIG 2006).

Der ÖSG 2006 wurde von ÖBIG - Expertengremien erarbeitet. Als Planungsgrundlagen werden unter anderem die Ergebnisse des in regelmäßigen Abständen vom ÖBIG verfassten Gesundheitsberichts Österreich GBÖ des Gesundheitsministeriums an den Nationalrat, der Studien des ÖBIG z. B. zur abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich und zu Diensten und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich, des Rehabilitationsplans und des Berichts der Bundesregierung über die Lage der behinderten Menschen in Österreich vom März 2003 verwendet.

Die **Bedarfsplanung im neuen ÖSG 2006** beruht auf einer Berechtigungsmatrix mit Mindest-Strukturqualitätskriterien, auf einer Planungsmatrix mit der bestehenden Versorgungssituation (Betten, Aufenthalte, Arztpraxen, Pflegeplätze) je Region und einer Versorgungsmatrix mit dem Angebot an medizinischen Leistungen je Region.

In den aktuellen Studien des ÖBIG, z.B. im Bericht „Palliativstation im Akutkrankenhaus“, schätzen Experten aus multiprofessionellen Behandlungsteams die Bedürfnisse der Betroffenen ein und etablieren Strukturqualitätskriterien (ÖBIG 2006).

In Deutschland wird eine umfassende Bedürfnis- und Bedarfsanalyse regelmäßig und für konkrete Versorgungsbereiche durch den Sachverständigenrat (siehe Sachverständigenrat 2000/01) durchgeführt.

Wallner (2004) fordert eine solche Analyse um Veränderungen der Bedürfnisse und des Bedarfs rechtzeitig zu erkennen.

Ein verstärktes Autonomiebedürfnis der Patienten führe derzeit zu einem Leerstand von Betten in Pflegeheimen in Deutschland. In den Niederlanden und Dänemark wäre diese Veränderung der Nutzerbedürfnisse bereits früh erkannt und halbstationäre Einrichtungen eröffnet worden (Österle 2006).

Bedürfnisverschiebungen der Nutzer erfordern umfassende Strukturreformen und Umschichtungen von Ressourcen (vgl. Badura & Feuerstein 1994). Ausgangspunkt für eine

Neuausrichtung der Gesundheitsversorgung könnten die umfassenden, integrierten Care-Konzepte der Palliativmedizin sein, die multiprofessionell und interdisziplinär arbeiten (Wallner 2001).

Der normative Ausgangspunkt für die Organisations-, Struktur- und Finanzierungsplanung im Gesundheitswesen ist der Bedürfnisbegriff.

Wallner: „Bedürfnisse sind zwar von Mensch zu Mensch unterschiedlich, doch sollte dies nicht davon ablenken, bestimmte „Grundbedürfnisse“, deren Potential sich in jedem Menschen findet, bei der Strukturgestaltung mit zu bedenken. Dazu ist es zunächst notwendig auf die Betroffenen zu hören, eine Tugend, die zwar seit jeher zum medizinischen Ethos gehört, auf der Strukturebene aber zu wenig Beachtung findet.“

Nach Wallner (2004) muss eine Bedürfnis- und Bedarfsanalyse als Basis für Bedarfsplanung folgende Gebiete umfassen:

- eine **Bedürfnisanalyse auf der Nutzer- und Anbieterseite**, vor allem der menschlichen Grundbedürfnisse, die in technisierten Bereichen fehlen.
- Eine **Bedarfsanalyse** im Sinne einer Überprüfung von Krankheitsbildern auf ihren „Krankheitswert“.
- Eine **Analyse des Behandlungsbedarfs**, auch für Erkrankungen, die objektiv nicht (mehr oder noch nicht) „behandlungsbedürftig“ oder behandelbar sind.
- Eine **Analyse der Versorgungsstrukturen** nicht nur in Hinblick auf grundsätzliche „Bedarfsdeckung“, sondern auf Effektivität, Effizienz und integrative Leistungsfähigkeit.

2.3.2 Wie kann Bedarf im Gesundheitssystem gemessen werden?

Vor jeder Bedarfsmessung für die Bedarfsplanung im Gesundheitswesen müssen folgende Parameter definiert werden:

- Für welches Krankheitsbild ist in welcher Region für welchen Zeitraum ein Versorgungsbedarf zu erheben?
- Wer sind die Nutzer und wer die Anbieter?

Erhebung der „**Normative Needs**“:

Professionelle Expertengruppen bestehen aus im theoretischen Wissen über das definierte Krankheitsbild und in der praktischen Anwendung entsprechender Therapieverfahren gleichermaßen qualifizierten Fachleuten verschiedener Berufsgruppen, die fähig sind im interdisziplinären wissenschaftlichen Dialog einen Konsens zu finden. Eine Unterstützung durch bzw. Einbindung von Public Health- und Gesundheitsökonomie-Experten erscheint sinnvoll.

Sie definieren das **Krankheitsbild** und prüfen, ob aus wissenschaftlicher Sicht eine Änderung der Terminologie oder Zusammenfassung verschiedener oder Differenzierung einer Erkrankung notwendig geworden sind.

Bei der professionellen Erhebung des normativen Bedarfs muss eine **Änderung des „Krankheitswertes“** eines Krankheitsbildes in der Gesellschaft bewertet werden. Es ist zu beurteilen, ob eine Behandlung wichtiger geworden ist, z.B. Therapien des Bewegungsapparates aufgrund eines erhöhten Mobilitätsbedürfnisses der Bevölkerung, oder die Wichtigkeit einer Behandlung aufgrund einer Bedürfnisverschiebung abgenommen hat.

Dazu ist eine vorhergehende Erhebung von Nutzerbedürfnissen erforderlich.

Die professionelle Expertengruppe prüft weiters, ob wissenschaftlich anerkannte oder empirisch bekannte **Diagnose- und Behandlungsverfahren** mit ausreichendem medizinischem Nettonutzen vorliegen. Nur Leistungen mit einem hinreichend gesichertem Nettonutzen stellen einen objektiven Behandlungsbedarf dar.

Es sollte definiert werden, welches Diagnose- und welches Therapieverfahren „notwendig“, das heißt „Not abwendend“, welches „sinnvoll“, „wünschenswert“ und „maximal möglich ist“.

Richtlinie sind Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und Berufsgruppen und evidenz-basierte bzw. –orientierte Outcome-Studien.

Outcome-Studien (Goldberg 2000) beinhalten neben technischen, funktionellen Ergebnissen und einer Kosten-Nutzen-Analyse auch eine subjektive Beurteilung des Behandlungsergebnisses durch die Patienten. Hier muss also bereits ein ergebnisorientiertes Messen von Nutzerbedürfnissen einfließen.

Für die medizinische Ergebnisqualität zu berücksichtigen ist, dass **juristisch** relevant nur die „optimale Behandlung nach einem Expertenstandard“ in Hinblick auf medizinische Fachkenntnis, Indikation, Behandlung, Aufklärung, Dokumentation und

Organisationsprozesse ist. Auch dies muss Bestandteil der Überlegungen im Rahmen einer Bedarfsmessung sein (Hassenpflug 2006).

Zur Bedarfsmessung prüft die professionelle Expertengruppe, ob die Versorgungsleistungen **fachgerecht erbracht** werden (können). Die Behandlungsverfahren müssen von den dafür ausgebildeten und dafür befähigten Mitgliedern von Berufsgruppen durchgeführt werden. Die einzelnen Berufsgruppen sind für Ausbildung, Zertifizierung und laufendes Qualitätsmanagement verantwortlich.

Da auch **gesundheitsfördernde** Programme oder **Präventionsmaßnahmen** von der Bedarfserhebung erfasst werden müssen, ist deren wissenschaftlicher Wert eventuell gemeinsam mit Sozialmedizinern und /oder Public Health-Experten zu prüfen.

„**Comparative Needs**“, ein im Vergleich zu einem anerkannten Kriterium festgestellter Bedarf, kann nur aufgrund wissenschaftlicher Daten bewertet und einer statistischen Vergleichsanalyse gemessen werden.

Eine Berücksichtigung **demografischer Daten und prognostischer Werte** in Verbindung mit der **Epidemiologie** der betroffenen Krankheitsbilder sind für die Beurteilung des Bedarfs für einen bestimmten Zeitraum erforderlich.

Die professionelle Expertengruppe wird sich mit Sozialmedizinern und /oder Public Health-Experten beraten.

Eine Kenntnis der bestehenden und geplanten **Versorgungsorganisation und –struktur** ist für die Beurteilung des Bedarfs für eine definierte Region notwendig.

Die professionelle Expertengruppe wird sich mit regionalen (politischen) Gesundheitssystem- und Organisations-Experten beraten.

Insbesondere die **integrative Leistungsfähigkeit** sollte überprüft werden.

Durch ein Messen der „**Expressed Needs**“, der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der bestehenden Versorgungsorganisation und -strukturen kann in einem weiteren Schritt eine Ineffektivität durch eine Unterversorgung oder eine Ineffizienz aufgrund einer Überversorgung berechnet werden. Auch eine eventuelle Fehlversorgung

durch eine falsche Ressourcenverteilung oder Organisationsprobleme kann so aufgedeckt werden.

Beim Messen der Inanspruchnahme von Leistungen ist das Problem **der angebotsinduzierten Nachfrage** zu berücksichtigen:

Jede Produktion von Gütern beginnt erst nach der Erkundung der Bedürfnisse der Menschen und einer Bedarfs- und Nachfrageanalyse. Nachfrager und Anbieter tauschen Produkte oder Dienstleistungen, wenn der erwartete Nutzen die Kosten übersteigt. Nachfrager des Marktes verfügen in der Regel über ausreichend Informationen um Nutzen und Kosten abzuwägen. Je schwieriger die Beschaffung der Informationen ist, umso weniger kann der persönlich erwartete Wertgewinn eingeschätzt werden. Wenn es sich dabei um die Befriedigung von menschlichen **Grundbedürfnissen** handelt, so geht der Nachfrager einen Austausch auch ohne ausreichende Informationen über den Nutzen ein. Da **die fühlbaren Kosten** für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im öffentlichen Bereich überdies **äußerst gering** sind und daher der Nettonutzen für den Nachfrager bald erreicht ist und außerdem sehr häufig eine **Vertrauensbasis** zu Anbietern im Gesundheitssystem aufgebaut werden kann, findet ein Austausch von Dienstleistungen häufiger statt. Im Gesundheitssystem haben wir regelmäßig andere Verhältnisse: Angebot weckt Bedarf.

Ökonomisch gesehen, ermöglichen asymmetrische Informationen der Anbieterseite, die Nachfrage nach medizinischen Leistungen zu erhöhen, ohne dass dies den Patienten nützt. Im Gegenteil: Es steigen ihre Kosten.

Allerdings sind der anbieterinduzierten Nachfrage dort Grenzen gesetzt, wo Patienten sich nicht für mehr Diagnostik oder längere Behandlungen ausnützen lassen und wo Informationen angeboten, Konventionen überschritten und Kontrollen vorgenommen werden (Österle 2006).

Beim Messen der Inanspruchnahme von Leistungen sollten daher vor allem Asymmetrien im Nachfrager-Anbieter-Verhältnis beleuchtet werden. Messergebnisse müssen in ihrer Aussagekraft entsprechend geringer bewertet werden.

Aus ethischer Sicht ist vor allem bei der Bedarfserhebung für schwere chronische Krankheitsbilder auch das Problem der Gerechtigkeit zu berücksichtigen. **Bedarfsgerechtigkeit** oder Bedürfnisgerechtigkeit bezeichnet aus volkswirtschaftlichem Blickwinkel die Vorstellung einer Gerechtigkeit, bei der den körperlichen Einschränkungen einer Person Rechnung getragen werden soll. In rein marktwirtschaftlich organisierten

Systemen ist das Prinzip der Bedürfnisgerechtigkeit im Gegensatz zum Prinzip der Leistungsgerechtigkeit nicht erfüllt.

Nach Van Lange und De Dreu (2003) besagt die **Norm der sozialen Verantwortlichkeit**, dass Handlungsergebnisse von Individuen, die relativ schwach, abhängig oder ansonsten weniger in der Lage sind, für sich selbst gute Ergebnisse zu erzielen, unterstützt werden sollten. Diese Norm würde dem Bedürfnisprinzip ähnlich sein, das verlangt, dass jenen Menschen bessere Handlungsergebnisse zugestanden werden sollten, die diese am meisten brauchen.

Es müsste daher im Leistungsangebotsbereich sichergestellt werden, dass Menschen mit schweren chronischen Erkrankungen eine vereinfachte Kontaktmöglichkeit in räumlicher, zeitlicher und finanzieller Hinsicht mit den Gesundheitsanbietern zur Verfügung gestellt wird. Bewegungsbehinderte Menschen benötigen beispielsweise einen ausnahmslos barrierefreien Zugang und einfache Finanzierungskonzepte für Hilfsmittel.

2.3.3 Wie können Bedürfnisse im Gesundheitssystem gemessen werden?

Die Erhebung der subjektiv empfundenen Bedürfnisse „felt needs“ der Nutzer bzw. Patienten und Leistungserbringer ist für die Bedarfserhebung und Bedarfsplanung im Gesundheitssystem notwendig.

Eine **verstärkte Berücksichtigung von Patienten- und Leistungserbringer-Interessen**, nicht nur durch bereits eingebundene Vertreter aus Sozialversicherungen, Patientenanwaltschaft und Standes- bzw. Berufsgruppenvertretungen, sondern als Teilnehmer an Entscheidungsprozessen wird seit einigen Jahren angestrebt.

Partizipation oder Mitbestimmung der Bürger im Gesundheitswesen wird von Francke & Hart in vier verschiedenen Partizipationsmodellen gefordert: Eine Verfahrensbeteiligung bei gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen in parlamentarischen Ausschüssen, eine Beratungsbeteiligung bei der jährlichen Österreichischen Gesundheitskonferenz, eine Entscheidungsbeteiligung in Strukturkommissionen und bei Vertragsverhandlungen zwischen Ärzten und Sozialversicherungsträgern und eine Umfragebeteiligung zu Gesundheitszielen, Allokationsprioritäten und bei Patientenbefragungen in Spitälern.

Einige dieser Forderungen werden heute erfüllt, **Patienten- und Mitarbeiterbefragungen** werden in vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens heute regelmäßig und größtenteils in der Zusammenarbeit mit professionellen Unternehmen durchgeführt und ausgewertet. Inwieweit

die erhobenen Bedürfnisse in organisatorische und strukturelle Veränderungsprozesse Eingang finden ist Sache der einzelnen Leistungserbringer und wird unterschiedlich gehandhabt.

Wie können die verschiedenartigen Bedürfnisse der Nutzer und Anbieter jedoch umfassend erhoben werden um für Bedarfsplanung im Gesundheitssystem einen entscheidenden Beitrag zu leisten?

Wie für die Bedarfsmessung gilt auch für die Erhebung der Bedürfnisse, dass zunächst eingrenzende Parameter definiert werden müssen:

- Für welches Krankheitsbild ist in welcher Region für welchen Zeitraum ein Versorgungsbedarf zu erheben?
- Wer sind die Nutzer und wer die Anbieter?

Ziel muss es sein vor allem die **menschlichen Grundbedürfnisse**, die in technisierten Bereichen des Gesundheitssystems fehlen können, zu eruieren.

Die Erhebung der **Lebensqualität** mit einer definierten Erkrankung oder Behinderung und die Lebensqualität der Menschen, die als Gesundheits-Dienstleister arbeiten, sind zentrale Themen. Auch die **Zufriedenheit** der Patienten und Leistungserbringer mit dem Behandlungs-Ergebnis und mit dem Weg, der zum Ergebnis geführt hat, soll erhoben werden.

Prinzipiell können die verschiedenen Methoden der klassischen Marktforschung eingesetzt werden.

- Beobachtung von Verhalten als persönliche oder unpersönliche, teilnehmend oder nicht teilnehmende, Feld- oder Labor, Fremd- oder Selbstbeobachtung.
- Auswertung von Gruppendiskussionen
- mündliche Interview- oder telefonische oder schriftliche Befragungen
- Experimente

Beobachtungen sind zielgerichtete und planmäßige Erfassungen von Sachverhalten durch von der Handlung nicht betroffenen Personen oder durch Geräte (siehe Berekoven). Bei einer beobachtenden Studie können Anspruchsniveau, Äußerung der stärksten Bedürfnisse, Befriedigung und Frustration in unverfälschten realen Situationen erhoben werden. Silent-Shopping wird beispielsweise häufig zur Beurteilung der Qualität von Dienstleistungen eingesetzt.

Der Vorteil der Beobachtung liegt darin, dass typische Probleme von Befragungen wie Verfälschung der Aussagen durch erwünschtes Antwortverhalten oder Rationalisierung vermieden werden können.

Die Beobachtung, Aufzeichnung und **Auswertung von Gesprächen**, z.B. eines Dialogs oder einer Expertendiskussion, liefert umfangreiche Informationen, die einer speziellen qualitativen Auswertungstechnik bedürfen.

Befragungen veranlassen Personen zu Aussagen über vom Fragesteller vorgegebene Sachverhalte. Der Vorteil von Befragungen liegt darin, dass die erhobenen Informationen besser gebündelt und damit für die Auswertung leichter zugänglich gemacht werden können. Die Fragen werden dabei zu Studienbeginn strukturiert, ein Interviewleitfaden oder für noch konkretere Antworten ein standardisierter Fragebogen erstellt. Einzelne Bedürfnisse können durch Fragestellungen, die einen definierten Kontext herstellen, gezielt erhoben werden. Handelt es sich wie in dieser Arbeit um eine Forschungsfrage aus dem Bereich der Gestaltung, werden für die Erstellung eines Fragebogens neben geschlossenen Fragen mit vorgegebener Antwortskala offene Gestaltungsfragen Anwendung finden.

Befragungen mittels Fragebögen sind aufgrund des Zeitfaktors kostengünstiger als persönliche oder telefonische Interviews. Ein weiterer Vorteil ist die relative Anonymität der Befragungssituation. Verfälschungen der Aussagen durch erwünschtes Antwortverhalten oder Rationalisierungseffekte sind bei Fragebögen etwas seltener, müssen jedoch im Gegensatz zur Beobachtung berücksichtigt werden.

Das Erheben von menschlichen Grundbedürfnissen in Telefoninterviews hat weitere Nachteile. Ein geringer Informationsgehalt ist aufgrund einer fehlenden situationsbezogenen Vertrauensbildung, wegen Zeitmangels und Konzentrationsproblemen zu erwarten.

Die häufig problematische Rücklaufquote der Fragebögen muss durch Motivationsanreize erhöht werden. Das Erzielen einer persönlichen Betroffenheit der Zielpersonen durch abgestimmte Fragestellung, Begleitbriefe und -aktivitäten wird empfohlen.

Rahmenbedingungen und Zeitpunkt einer Befragung sind für den Erfolg mitentscheidend.

Für die **Erhebung der Lebensqualität** wurden, bezogen auf unterschiedliche Anwendungsgebiete im Gesundheitswesen, spezifische Scores entwickelt. Die Lebensqualität nach Hüftoperationen, besonders nach der Implantation von Hüftgelenk-Ersatz-Prothesen, wird beispielsweise mit dem Harris Hip Score international standardmäßig gemessen.

Für die Beurteilung der Verbesserung der Lebensqualität durch Therapiemaßnahmen bei bewegungsbehinderten Menschen werden zahlreiche Messmethoden, verwendet, die die Selbständigkeit und Mobilität der Patienten im Alltag bewerten.

Häufig angewandte, für die Publikation in führenden wissenschaftlichen Zeitschriften geforderte und auch evaluierte Verfahren sind zum Beispiel der Barthel-Index, die Daily Living Activity (DLA)-Messung und das Gross Motor Function Measurement (GMFM).

Eine Messung einzelner Parameter erfolgt anschaulich und aussagekräftig mit der visuellen Analog-Skala (VAS), bei der der Befragte seine Präferenz auf einer von hell bis dunkel oder 0 bis 10 offenen Leiste an passender Stelle beliebig einträgt.

Zu den ergebnisorientierten Messmethoden gehört die Erhebung der **Zufriedenheit mit Dienstleistungen im Gesundheitssystem**. Sowohl Patienten als auch die Leistungsanbieter können um ihre subjektive Stellungnahme gebeten werden. Ökonomische Argumente sind die Qualitätssicherung und Patienten- bzw. Mitarbeiterbindung an das Unternehmen. Medizinische Argumente für eine Patientenbefragung sind der direkte Zusammenhang der Zufriedenheit mit einer besseren Compliance, der Stress- und Schmerztoleranz und mit dem Behandlungserfolg.

Steffen (2004) fasst diese Vorteile, aber auch die Probleme zusammen, die sich aus der Interpretation der in vielen Versorgungseinrichtungen unterschiedlich durchgeführten Patientenbefragungen ergeben. Zahlreiche Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit können isoliert werden, Dimensionen der Messung sind die Zufriedenheit mit der medizinischen und nicht-medizinischen Betreuung, mit der Infrastruktur und die Gesamtzufriedenheit.

Zur Frage der Relevanz der Patientenorientierung zeigt Schaeffer, dass eine hohe Versorgungsqualität und neue patientenorientierte Strukturen in der AIDS-Betreuung, außer in späten Krankheitsstadien, ein hohes Maß an Zufriedenheit bewirken konnten. Diese Art der integrierten Versorgung könnte als Beispiel für andere schwere chronische Erkrankungsbilder dienen.

Die Messung der Patienten-Zufriedenheit mit dem konkret erreichten Behandlungsergebnis findet Eingang in **Outcome-Studien**. In vier Kategorien werden technische, funktionelle, subjektive und ökonomische Ergebnisse getrennt erhoben und fließen gemeinsam in die ergebnisorientierte Bewertung eines Behandlungsverfahrens ein (vgl. Goldberg 2000).

Ein typisches Beispiel für eine Outcome-Messung im Bereich der Neuroorthopädie umfasst:

- Das **technische** Ergebnis, das durch eine klinische Untersuchung mit Gelenkwinkel nach der Neutral-Null-Methode, einer Vermessung von 2D-Röntgenaufnahmen und einer Beurteilung einer 3D-Bewegungsanalyse erhoben wird.
- Das **funktionelle** Ergebnis, das durch einen Fragebogen zu den Alltagsaktivitäten, z.B. DLA-Score, erarbeitet wird.
- Das **subjektive** Ergebnis, das einer Erhebung der Patienten-Zufriedenheit besteht.
- und das **ökonomische** Ergebnis, das eine Kosten-Nutzen-Bewertung des individuellen Behandlungsergebnisses in medizinischer, zeitlicher, psychischer, finanzieller Hinsicht umfasst.

Zusammenfassung der Literatur zu den Stärken bisheriger Bedarfsanalysen	Zusammenfassung der Literatur zu den Schwächen bisheriger Bedarfsanalysen
<ul style="list-style-type: none"> • Exakte Definition der Krankheitsbilder • Berücksichtigung epidemiologischer Krankheitsdaten • Berücksichtigung möglicher demografischer Entwicklungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende systematische Berücksichtigung des Wandels des „Krankheitswertes“ von Krankheitsbildern im sozial-kulturell-ethischen Kontext • Geringe Berücksichtigung der Bedarfsgerechtigkeit für schwere chronische und „nicht-behandelbare“ Krankheitsbilder
<ul style="list-style-type: none"> • Definition der relevanten Behandlungsmethoden 	<ul style="list-style-type: none"> • Häufig fehlende Überprüfung der Behandlungsmethoden auf evidenzbasierte Kriterien unter Berücksichtigung von Outcome-Studies
<ul style="list-style-type: none"> • Erhebung zur Verfügung stehender LKF-Daten zu den definierten Krankheiten und Behandlungsverfahren 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Berücksichtigung der unsicheren Validität zugrunde liegender LKF-Daten
<ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Häufig fehlende Berücksichtigung der angebotsgesteuerten Nachfrage
<ul style="list-style-type: none"> • Auflistung sämtlicher bestehender Organisations-, Behandlungs- und Finanzierungsstrukturen 	<ul style="list-style-type: none"> • Häufig fehlende Überprüfung der bestehenden Organisations-, Behandlungs- und Finanzierungsstrukturen auf ihre integrative Leistungsfähigkeit
<ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung von Studien multiprofessioneller Expertenteams zur Versorgung definierter Krankheitsbilder 	<ul style="list-style-type: none"> • Meist fehlende Partizipation von Leistungserbringern, bisherigen Patienten, Patientenvertretern und SH-Gruppen im Entscheidungsprozess
<ul style="list-style-type: none"> • Einbindung der Krankenhausträger und der Gesundheitspolitik 	<ul style="list-style-type: none"> • Meist fehlende Einbindung von Sozialmedizinern/ Public Health- und Medizin-Ethik-Experten

Abb. 10 Zusammenfassung der Literatur zu den Stärken und Schwächen bisheriger Bedarfsanalysen im österreichischen und deutschen Gesundheitswesen

2.4 Grundlagen für das Studiendesign

Basierend auf den erhobenen Erkenntnissen zu Stärken und Schwächen bisheriger und basierend auf den Empfehlungen zu zukünftigen Bedarfsanalysen im Gesundheitswesen wird meine Bedarfserhebung für die neuroorthopädische Versorgung in Österreich in folgender Weise durchgeführt: **Zur Berücksichtigung aller für diese Studie relevanten Formen von Bedarf und Bedürfnissen ist eine Mehrmethodenstudie erforderlich.**

Datenbankabfragen, Literaturrecherche, Medienbeobachtung, Experteninterviews, Gruppendiskussion und anonyme schriftliche Befragung und die Zusammenführung, Bewertung und Gewichtung der Ergebnisse in einer Arbeitsgruppe sollen eine ausgewogene und differenzierte Aussage zum Bedarf für Neuroorthopädie ermöglichen.

Die Bedarfserhebung erfolgt in zwei Hauptbereichen, die in Teilbereiche unterteilt werden und verschiedene Untersuchungsmethoden erfordern.

In Bereich I wird der **normative Bedarf**, „**normative needs**“, gemessen:

- Erhebung statistischer Daten zur **demografischen** Entwicklung in Österreich
- Definition der relevanten neuroorthopädischen **Krankheitsbilder** unter Berücksichtigung des Wandels des „Krankheitswertes“
- Erhebung epidemiologischer Daten zu den Krankheiten
- Definition der relevanten **Behandlungsmethoden**
- Überprüfung der Behandlungsmethoden auf evidenzbasierte Kriterien unter Berücksichtigung bisheriger internationaler und eigener Outcome-Studien
- Erhebung zur Verfügung stehender **LKF-Daten** zu den definierten Krankheiten und Behandlungsverfahren
- Auflistung der bestehenden Organisations-, Behandlungs- und Finanzierungs**strukturen** und Überprüfung ihrer integrativen Leistungsfähigkeit
- Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

In Bereich II werden die **Bedürfnisse, Wünsche, Erwartungen**, „**felt needs**“, der Stakeholder in folgender Weise gemessen:

- Persönliche, informelle, anhand eines Interviewleitfadens teilstrukturierte **Interviews** mit Vertretern aus allen Stakeholdergruppen.

- **Vortrags- und Diskussionsveranstaltung** mit Einladung aller Stakeholder und interventioneller Teilnahme des Studienleiters.
- Durchführung einer **schriftlichen Befragung** der Nutzer- und Anbieterseite mittels standardisierter Fragebögen.

Die Datenerhebung erfolgt getrennt nach Gruppen von Stakeholdern um bei der Auswertung mögliche persönliche Motive mitzuerfassen. Die Ergebnisse werden einander gegenübergestellt um bei der Auswertung eine Gewichtung und Balancierung konkreter Wünsche vornehmen und ein Anforderungsprofil für den Bereich Neuroorthopädie erstellen zu können.

2.5 Hypothesen

Die folgenden Annahmen sollen durch die Ergebnisse dieser Studie unterstützt oder widerlegt werden:

- Es gibt einen erhöhten Bedarf für Neuroorthopädie in Österreich.
- Das derzeitige Versorgungssystem weist eine Ineffektivität durch Unterversorgung auf.
- Der Bedarf wird durch mehr chronische Erkrankungsfälle in Zukunft steigen.
- Mehr Mobilität ist auch für Behinderte erstrebenswert – dies wurde bisher nicht als notwendig erachtet.
- Die Bedürfnisse behinderter Menschen und ihrer Leistungsanbieter müssen in der Organisations- und Strukturplanung auf allen Ebenen berücksichtigt werden.
- Gesundheitsförderungs-, Bildungs- und Präventionsprogramme für Nutzer fehlen.
- Das Management von chronischen Erkrankungen bedarf eines Wechsels von Komm- zur Bring-Struktur, das heißt der Etablierung von Screening-Programmen.
- Die bestehende ambulante Betreuung muss flächendeckend vervollständigt werden.
- Die bestehende personenabhängige ambulante dezentrale neuroorthopädische Betreuung muss institutionalisiert werden.
- Stationäre Versorgung soll in Kombination mit Akut-Remobilisation erfolgen.
- Krankenanstalten der Zukunft sind auch Bildungseinrichtungen.
- Ein Referenzzentrum je Versorgungsregion laut ÖSG 2006 ist zur Erfüllung des erweiterten Aufgabenbereiches notwendig.
- Es gibt ein organisatorisches Problem in der Finanzierung der orthopädischen Hilfsmittel.
- Eine integrierte Versorgung braucht eine integrierte Finanzierung.

3. Erhebungsmethoden

Nach Fertigstellung der grundlegenden theoretischen Vorarbeiten der Studie und Entwurf des Forschungsdesigns im Jänner 2007 werden im Februar erste Gespräche mit den Mitgliedern einer beratenden Arbeitsgruppe geführt.

Mit der Geschäftsführung des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG), das für die Bedarfserhebung und Planung des Gesundheitswesens in Österreich zuständig ist, wird ein Plan für die Erhebung der Daten zum normativen Bedarf für Neuroorthopädie in Österreich erstellt. In der Folge beraten Mitarbeiter des ÖBIG und stellen Daten zur Verfügung.

Mit medizinischen Experten aus den Bereichen Neuroorthopädie, Pädiatrie, Neurologie und Rehabilitation werden Vorgespräche zur Definition relevanter Krankheitsbilder und Behandlungsmethoden sowie Organisations- und Behandlungsstrukturen geführt.

Mit Vertretern der Sozialversicherung und Krankenhausträger werden die Recherchemöglichkeiten zu Finanzierungs- und Organisationsstrukturen erörtert.

3.1 Erhebung des normativen Bedarfs

In Bereich I der vorliegenden Studie wird der **normative Bedarf**, „**normative needs**“, gemessen:

- Statistische Daten zur **demografischen** Entwicklung in Österreich werden mittels Recherche in der Datenbank des ÖSTAT erhoben. Von Interesse ist die Entwicklung der Altersstruktur der österreichischen Bevölkerung in den nächsten drei Dekaden. Absolute und relative Zahlen werden erhoben.
- Medizinische Fachliteratur und Erfahrungen der Mitglieder des österreichischen Arbeitskreises Neuroorthopädie (Österreichischer Arbeitskreis Neuroorthopädie 2007) werden zur Definition der relevanten neuroorthopädischen **Krankheitsbilder** unter Berücksichtigung des Wandels des „Krankheitswertes“ und zur Definition der relevanten **Behandlungsmethoden** eingesetzt.

- **Epidemiologische** Daten zu den relevanten neuroorthopädischen Krankheiten werden durch ÖSTAT- und Fachliteratur-Recherche erhoben.
- Internationale medizinische Publikationen, die auf Metaanalysen basieren, werden, ergänzt durch eigene Outcome-Studien, zur **Überprüfung der Behandlungsmethoden auf evidenzbasierte Kriterien** herangezogen. Die Beurteilung der verschiedenen Studientypen erfolgt nach der Hierarchie der Evidence: 1) systematische Reviews und Meta-Analysen, 2) randomisiert-kontrollierte Studien, 3) Kohorten-Studien, 4) Case-Control-Studien, 5) Überkreuzstudien und 6) Fallberichte (Heinen & Bartens 2001). 1) bis 3) werden als high-level- und 4) bis 6) als low-level evidenzbasierte Studien bewertet. Die EBM-Kriterien werden in jedem Einzelfall kritisch betrachtet, ob sie tatsächlich die Veränderung der Gesamtsituation („Lebensqualität“) des Betroffenen bewerten können.
- Die **Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen** wird durch eine Erhebung und kritische Analyse der dem Österreichischen Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung stehenden leistungsbezogenen Krankenanstalten-Finanzierungs-Daten, (**LKF-Daten**) zu den definierten Krankheiten und Behandlungsverfahren beleuchtet.
- Fachliteratur und Internetrecherche bilden die Basis für eine Auflistung der bestehenden **Organisations-, Behandlungs- und Finanzierungsstrukturen** und für die Bewertung ihrer integrativen Leistungsfähigkeit. Die erhobenen Fakten werden durch die Experteninterviews im Bereich II der vorliegenden Studie ergänzt.

3.2 Erhebung der Bedürfnisse, Erwartungen und Wünsche der Stakeholder

In Bereich II werden die **Bedürfnisse, Wünsche, Erwartungen, „felt needs“**, der Stakeholder in folgender Weise sukzessive erhoben:

- Zu Beginn wird in einer Pilotstudie die **veröffentlichte Meinung** in definierten Printmedien in einem definierten Zeitraum beobachtet. Ziel ist eine Sondierung von Meinungen und

Meinungsbildnern zum Themenbereich der orthopädischen Versorgung bewegungsbehinderter Kinder und Erwachsener in Österreich.

- Ziel der **Interviews** ist die Erhebung der persönlichen Meinung und Erwartungshaltung von 15 ausgewiesenen Experten aus allen Stakeholdergruppen zu definierten Themenbereichen im informellen Rahmen.

- Ziel der **Vortragsveranstaltung und Gruppendiskussion** mit Intervention des Studienleiters ist die Erhebung der reaktiven Meinung mit Wünschen und Vorbehalten der Stakeholder zu den definierten Themenbereichen.

- Ziel der **schriftlichen Befragung** ist die Erhebung der Nutzer- und Anbieter-Zufriedenheit mit der integrierten Zusammenarbeit und mit der Versorgungssituation anhand von messbaren Parametern wie Warte- und Fahrzeiten und durch die Formulierung von Änderungswünschen.

3.2.1 Beobachtung der veröffentlichten Meinung

Zwischen Juni 2006 und Jänner 2007 werden Pressemeldungen in ausgewählten Tages-, Wochenzeitungen und Fachzeitschriften, die das Thema der orthopädischen Versorgung bewegungsbehinderter Kinder und Erwachsener in Österreich betreffen, gesammelt und ihre Autoren und Kernaussagen schriftlich festgehalten. Die Suche von österreichischen Experten mit unterschiedlichen und gegensätzlichen Meinungen dient der kritischen Auseinandersetzung mit dem Sachthema und der Vorbereitung von Gesprächen mit Experten und einer Tagungsveranstaltung.

3.2.2 Interviews mit Experten

Mit 15 Personen wird im Vorfeld und zum Teil als Vorbereitung auf die Veranstaltung vom Studienautor ein freies, qualitatives Interview, eine Exploration, als persönliche Befragung durchgeführt. Die Befragungen erfolgen anhand eines Interviewleitfadens, Standardfragen werden nicht verwendet. Die Vertraulichkeit des Gespräches und das individuelle Eingehen

auf den Befragten ermöglicht eine Vertiefung mit gesteigerter Aussagewilligkeit und spontanen Äußerungen (vgl. Berekoven 2006).

Der einfach gestaltete Interview-Leitfaden (siehe Anhang 2 Interviewleitfaden) wird in allen Gesprächen verwendet, das Gespräch ad hoc stichwortartig schriftlich festgehalten. Die anschließende qualitative Analyse aller Interviews erfolgt durch die Kategorisierung fachspezifischer Aussagen zu den Themenbereichen, und Zuordnung der passenden Textbestandteile zu diesen Kategorien.

Die Aussagen zu den folgenden Themenbereichen werden systematisch analysiert:

- 1) Heutige und mögliche zukünftige Sichtweise von „Behinderung“ in der Gesellschaft. Der zeitliche Wandel von Krankheitsbildern.
- 2) Der State of the art der Behandlungs- und Betreuungsoptionen.
- 3) Unter-, Fehl- und Überversorgung in den verschiedenen Altersgruppen.
- 4) Die Leistungsfähigkeit der ambulanten, stationären, rehabilitativen und orthopädietechnischen Versorgungsstrukturen in Österreich.
- 5) Die Vernetzung und integrative Leistungsfähigkeit der vorhandenen Strukturen.
- 6) Die Effizienz und Effektivität der Finanzierung der verschiedenen Versorgungsbereiche.

Die Auswahl der Experten erfolgt im Sinn einer gleichmäßigen Verteilung aus den Neuroorthopädie-Stakeholdergruppen Nutzer, Anbieter, Kostenträger und Planer (siehe auch 2.2.5).

Als Pilotstudie dienen die Interviews der Planung der Diskussionsveranstaltung und der späteren schriftlichen Befragung.

3.2.3 Vortrags- und Diskussionsveranstaltung

Im Gegensatz zu den Interviews, bei denen man einen tiefen Einblick in individuelle Meinungen und Einstellungen gewinnt, bietet eine Gruppendiskussion in kurzer Zeit ein breites Spektrum an Ideen, Ansichten und Meinungen mehrerer Personen im gemeinsamen Gespräch. Berekoven (2006) bezeichnet eine Gruppengröße von 6 bis 10 Personen, einen qualifizierten Moderator, eine Stimmung für freie Meinungsäußerungen aller Teilnehmer und eine Tonbandaufzeichnung als ideale Voraussetzungen für eine gehaltvolle Analyse.

Alle Stakeholder der Neuroorthopädie in Österreich werden zu einer Tagung mit dem Titel: „Ethik, Recht und Ökonomie in der orthopädischen Behandlung bewegungsbehinderter Kinder und Erwachsener“ eingeladen (siehe Anhang 1 Tagungsprogramm). Veranstaltet wird die Tagung vom Arbeitskreis Neuroorthopädie der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie und von der Vinzenz Gruppe, einem bundesländerübergreifenden Zusammenschluss privater, von katholischen Orden getragener, wirtschaftlich modern geführter Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen.

Der erste, philosophische Teil der Tagung dient der inhaltlichen Vorbereitung auf den zweiten, ökonomischen Teil und der Motivation zur Teilnahme an der Tagung. Er beschäftigt sich mit der hochaktuellen Frage nach dem Stellenwert von Menschen mit Behinderungen in unserer Gesellschaft. Zwei OGH-Urteile des Jahres 2006 haben die „nicht beabsichtigte“ Geburt eines behinderten und eines nicht behinderten Kindes als unterschiedliche Schadensfälle eingestuft und damit die Diskussion um den Wert menschlichen Lebens eröffnet. Die Bewertung und die praktischen Konsequenzen werden aus Sicht der Betroffenen, der Medizin, Rechtsprechung, Philosophie, Theologie und Ökonomie dargestellt und diskutiert.

Im zweiten Teil der Tagung wird erstmals eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Ressourcen und der Bedürfnisse und des Bedarfs für die orthopädische Versorgung bewegungsbehinderter Kinder und Erwachsene in Österreich versucht.

Zunächst bieten Vorträge von sechs Experten klare Standpunkte zur Thematik aus den Bereichen Patientenangehörige, Gesundheitsplanung, Patientenvertreter, Medizin, Sozialpolitik und Gesundheitspolitik. Im Anschluss findet eine Experten- und Podiumsdiskussion mit den eingeladenen Neuroorthopädie-Stakeholdern statt, bei der unter professioneller Moderation durch eine ORF-Wissenschaftsjournalistin Aspekte der neuroorthopädischen Betreuung mit ambulanter Therapie und Hilfsmittelversorgung und mit stationärer operativer Behandlung und Rehabilitation zur Verbesserung der Lebensqualität diskutiert werden.

Die Datenbasis für die Grundgesamtheit ist das Adressverzeichnis des österreichischen Arbeitskreises für Neuroorthopädie. 500 Neuroorthopädie-Stakeholdern aus allen österreichischen Bundesländern werden eingeladen. Durch das nicht zufällige Sampling,

bedingt durch die Teilnahmemöglichkeit an der Tagung, muss eine mögliche Verzerrung des Ergebnisses der Gruppendiskussion angenommen werden.

Der Studienautor nimmt selbst als Vortragender und Diskutant an der Veranstaltung teil. Mit Hilfe provokativer Stellungnahmen sind direkte Reaktionen zu erwarten und es gelingt spezifische Interessenspositionen einfacher aufzudecken.

Die Veranstaltung dient gleichzeitig der Motivation für die im Sommer folgenden schriftlichen Befragungen.

Alle Vorträge und die Diskussionsbeiträge werden schriftlich verfasst und der zweite, ökonomische Teil der Tagung qualitativ analysiert. Es werden zunächst Kategorien fachspezifischer Aussagen zu den wichtigsten Themenbereichen gebildet, dann alle passenden Textbestandteile diesen Kategorien zugeordnet. Die Auswertung erfolgt analog und gemeinsam mit der Analyse der Einzelinterviews. Es werden die gleichen Themenbereiche erfasst.

Die gewonnenen Erkenntnissen werden auch dazu verwendet Fragebögen für eine ergänzende schriftliche Befragung der beiden großen Stakeholdergruppen, direkte Anbieter und Nutzer, das sind Behandler und Patienten, zu erstellen.

3.2.4 Schriftliche Befragung der Nutzer- und Anbieterseite

Eine ergänzende schriftliche Befragung der beiden großen Stakeholdergruppen, Nutzer und direkte Anbieter, das heißt Patienten und Behandler, wird mittels standardisierter Fragebögen vorgenommen.

Für beide Stakeholdergruppen werden spezifische Fragebögen ausgearbeitet. Die Fragebögen sind jeweils kurz gestaltet, die Länge beträgt für beide Gruppen je eine A4-Seite.

Der Kopf des Fragebogens enthält Angaben zur Institution, die die Befragung durchführt, zum Befragungszweck und zur Adresse und zum Zeitpunkt, zu denen die Bögen retourniert werden sollen.

Zu Beginn beider Fragebögen sind das Bundesland und die Patientenaltersgruppe zu markieren. Die insgesamt 28 bzw. 25 Fragen enthalten je Fragebogen eine abschließende Gestaltungsfrage zu konkreten Änderungswünschen. Um die integrative Leistungsfähigkeit der Strukturen abzufragen, wird die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit einzelnen

Versorgungsbereichen erhoben. Ergänzt wird dieser subjektive Eindruck durch Zahlen zur derzeitig erlebten und akzeptablen Wartezeit auf Leistungen, Dauer von Fahrzeiten und zur Kostenübernahme. Die Zufriedenheitsfragen mit einer Skala von 1(sehr gut) bis 5(nicht genügend) sind zusätzlich grafisch gestaltet.

Als Ergänzung zur Erhebung des normativen Bedarfs im Bereich I der Studie, speziell des Wandels des Krankheits- beziehungsweise „Behinderungs-Wertes“ wurde im Patienten-Fragebogen die Frage nach der „subjektiven Lebensqualität“ eingefügt.

Als **Pretest** werden die Fragebögen zunächst in zwei Institutionen an insgesamt 26 Personen verteilt. Punktuellen Schwierigkeiten beim Textverständnis wird durch Änderungen der Formulierungen begegnet.

Für die **Zielgruppe Anbieter (Behandler)** werden zusätzlich der Name der Institution, die Anzahl der orthopädisch zu versorgenden bewegungsbehinderten Personen (bezogen auf das Jahr 2006), der Zufriedenheitsgrad und die Wartezeiten auf bestimmte Versorgungsbereiche abgefragt.

Das Erreichen eines hohen Repräsentationsgrads erscheint für die Datenanalyse dieser Zielgruppe sinnvoll und aufgrund der Größe der Zielgruppe möglich.

Anfang Juli werden daher im Sinne einer Totalerhebung die Leiter und führenden Mitarbeiter (Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonen, Physio-, Ergotherapeutinnen, Orthopädietechniker und –schuhmacher) der wichtigsten 100 Behandlungsinstitutionen für bewegungsbehinderte Kinder und Erwachsene in Österreich angeschrieben. Ein Begleitbrief und ein Fragebogen werden verschickt (s. Anhang 3 Fragebogen für Behandler).

Für die **Zielgruppe Nutzer (Patienten)** werden die Zufriedenheit mit einzelnen Versorgungsbereichen, Fahrzeiten, Wartezeiten und Finanzierung erhoben. Diese Daten bilden auf Bundesländer und Altersgruppen bezogen ein Stimmungsbild ab, das mit den repräsentativen Daten der Behandler-Gruppe verglichen wird.

Die Gesamtzahl aller bewegungsbehinderten Menschen in Österreich mit neuroorthopädischem Versorgungsbedarf ist nicht bekannt, die Erreichbarkeit einer zufälligen Auswahl aufgrund der unsicheren Zahl nicht regelmäßig namentlich betreuter Patienten schwierig. Für die Aussagekraft der Studie erscheint die gezielte Befragung einer während eines definierten Zeitraumes in den wichtigsten Institutionen behandelten Patientengruppe ausreichend. So werden alle Patienten, die in den 100 kontaktierten Institutionen in einem

definierten Zeitraum (Juli 2007) in Behandlung stehen, erfasst. Die Stichprobe ist in dieser Gruppe jedoch nicht zufällig, der Repräsentationsgrad für das Gesamtkollektiv entsprechend niedriger (s. Anhang 4 Fragebogen für Patienten).

Für die **Datenerfassung** wird ein Software-Programm mit zwei Schablonen entwickelt, in die alle Daten der Fragebögen eingetragen werden und das auch für eine eventuelle zukünftige, zu Vergleichszwecken mögliche Befragung verwendet werden kann. Die Erfassung erfolgt getrennt nach den beiden Gruppen von Stakeholdern um bei der Auswertung mögliche persönliche Motive mitzuerfassen. Die Ergebnisse werden einander gegenübergestellt um bei der Auswertung eine Gewichtung und Balancierung konkreter Wünsche vornehmen und ein Anforderungsprofil für den Bereich Neuroorthopädie erstellen zu können. Zu diesem Zweck werden die Ergebnisse beider Bereiche abschließend mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe besprochen und bewertet.

Bereich I: Erhebung des Bedarfs	Bereich II: Erhebung der Bedürfnisse
<ul style="list-style-type: none"> • Datenbank -> demografische Entwicklung • Medizinische Fachliteratur -> Definition relevanter Krankheitsbilder • Datenbank und medizin. Fachliteratur -> Epidemiologie • Medizinische Publikations-Datenbank -> Überprüfung d. Behandlungsmethoden • LKF-Daten -> Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen • Internet-Recherche -> Organisations-, Behandlungs- u. Finanzierungsstrukturen 	<ul style="list-style-type: none"> • Interviews mit Experten -> Erhebung der persönlichen Meinung/Erwartungshaltung/ Wünschen zu definierten Themenbereichen • Vortragsveranstaltung und Gruppendiskussion -> Erhebung der reaktiven Meinung/ von Wünschen zu definierten Themenbereichen • schriftliche Befragung -> Erhebung der Nutzer- und Anbieter-Zufriedenheit mit integrativer Leistungsfähigkeit und definierten Themenbereichen

Abb. 11 Überblick über die Methoden der Studie

4. Projektmanagement und Studienverlauf

Der chronologische Ablauf der Studie wurde mit allen angeführten Aktivitäten in folgender Weise gestaltet:

- Von 1. Juni 2006 bis 31. Jänner 2007 werden definierte Printmedien systematisch untersucht und alle Beiträge zum Themenbereich gesammelt.
- Parallel dazu werden vom Studienleiter im Rahmen einer Literaturrecherche die **theoretischen Grundlagen für eine Bedarfserhebung im Gesundheitswesen** erarbeitet. Es wird eine Stärken-Schwächen-Analyse bisheriger Erhebungen durchgeführt und ein Anforderungskatalog für eine neue Mehrmethodenstudie erstellt.
- Mitte November bis Mitte Dezember 2006 werden Experten für die Tagungsveranstaltung und für die Interviews nominiert und kontaktiert, die Neuroorthopädie-Stakeholder über den Tagungstermin im März 2007 informiert (siehe Abb. 12 Vorprogramm).
- Mitte Jänner bis Mitte Februar erfolgt die **Organisation der Tagung im Wiener Schottenstift**. Veranstalter ist der Arbeitskreis Neuroorthopädie der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie gemeinsam mit der Vinzenzgruppe. Vorgespräche werden mit allen eröffnenden und als Experten geladenen Vortragenden, der ORF-Wissenschafts-Moderatorin und den Mitarbeitern der Tagungsorganisation vom Arbeitskreis- und gleichzeitig Studienleiter geführt. Er erstellt die Programmhefte und Adressdateien und versendet die Einladungen über ein professionelles Büro. Angebote für Bildtechnik, Tontechnik und Buffet werden von ihm eingeholt und Aufträge vergeben.

ANMELDUNG

Wir bitten Sie **unbedingt** um verbindliche Voranmeldung unter neuroortho@hohmail.com oder per FAX 01-40 50 50 24 bis zum 2. 3. 2007.

Die Teilnehmerzahl ist beschränkt.

Der Tagungsbeitrag von € 20,- wird beim Eingang eingehoben.

Die Tagung findet am 9. 3. 2007 von 10.00 - 17.00 Uhr in den Räumen des Wiener Schottenstiftes statt. Zum Prälatensaal im ersten Stock gelangen Sie durch den Eingang rechts neben dem Stiftsportal im Schottenhof, 1010 Wien, Freyung 6.

VERANSTALTER

Arbeitskreis Neuroorthopädie der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Leiter: Dr. Walter Michael Strobl, Neuroorthopädie und Wertemanagement des Orthopädischen Spitals Wien-Speising der Vinzenz Gruppe


**VORPROGRAMM zur
NEUROORTHOPÄDIE-TAGUNG**
ETHIK, RECHT UND ÖKONOMIE
**IN DER ORTHOPÄDISCHEN BEHANDLUNG
BEWEGUNGSBEHINDERTER
KINDER & ERWACHSENER**

FREITAG, 9. MÄRZ 2007
WIEN

Prälatensaal des Schottenstiftes

Sehr geehrte Damen!
Sehr geehrte Herren!
Liebe Freunde der Neuroorthopädie!

Für die zahlreichen positiven Rückmeldungen zum 8. Internationalen Neuroorthopädie-Symposium im Mai 2006 möchte ich mich sehr herzlich im Namen des Teams bedanken! Da bis zum nächsten Symposium 2008 in Bad Aussee noch eineinhalb Jahre vor uns liegen, werden wir zu aktuellen Themen eine Tagung im März 2007 in Wien veranstalten.

Der erste Teil der Tagung wird sich mit der Frage nach dem Stellenwert von Menschen mit Behinderungen in unserer Gesellschaft beschäftigen. Zwei OGH-Urteile des vergangenen Jahres haben die „nicht beabsichtigte“ Geburt eines behinderten und eines nicht behinderten Kindes als unterschiedliche Schadensfälle eingestuft und damit die Diskussion um den Wert menschlichen Lebens eröffnet. Die Bewertung und die praktischen Konsequenzen sollen aus Sicht der Betroffenen, der Medizin, Rechtsprechung, Philosophie und Ökonomie dargestellt und diskutiert werden.

Im zweiten Teil der Tagung soll eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Ressourcen und der Bedürfnisse und des Bedarfs für bewegungsbehinderte Kinder und Erwachsene in Österreich versucht werden. Die orthopädische Betreuung mit ambulanter Hilfsmittelversorgung und stationärer operativer Behandlung soll dabei als Teil des gesamten Therapiespektrums zur Verbesserung der Lebensqualität im Mittelpunkt stehen. Betroffene sowie Vertreter aus Medizin, Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik sind zur Stellungnahme und Diskussion eingeladen.

Der Arbeitskreis Neuroorthopädie der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie lädt Sie in Zusammenarbeit mit der Vinzenz Gruppe zu dieser Fortbildungs- und Diskussionsveranstaltung ein.

Ich hoffe Sie im März im Wiener Schottenstift begrüßen zu dürfen und freue mich auf Ihr Kommen!

Walter Michael Strobl

Wien im Jänner 2007

VORPROGRAMM

10.00 - 13.00 Uhr
Thema: Wert-Schätzung
Gibt es „unwertes“ Leben? Was ist der Wert des Lebens?

10.00 Uhr **Eröffnung:** Dir. Mag. P. Johannes Jung OSB, Stiftsadministrator, Dr. W.M. Strobl, Dr. Michael Heinisch, Geschäftsführer der Vinzenz Gruppe

10.30 **Leben mit Behinderung**
Anna Wieser, Down-Syndrom Österreich (angefragt)
10.45 **Wert des Lebens aus medizinisch-theologischer Sicht**
Univ. Prof. DDr. Johannes Huber

11.00 **Bewertung des Lebens in der Rechtsprechung**
Dr. Jürgen Wallner, Rechtswiss. Fakultät der Universität Wien

11.15 **Wert des Lebens aus philosophischer Sicht**
Univ. Prof. Dr. Peter Kampits, Dekan der Philosophischen Fakultät

11.30 **Leben mit Behinderung - Grenzen setzen, Grenzen überschreiten**
Dr. Helmut Ocenasek, Race Across America

11.45 **Behinderung aus medizinethischer Perspektive**
DDr. Matthias Beck, Inst. f. Ethik und Recht in der Medizin

12.00 Uhr Podiumsdiskussion

13.00 Uhr Mittagspause (Buffet)

14.00 - 17.00 Uhr
Thema: Bedarfs-Schätzung
Welche Ressourcen gibt es? Welche sind notwendig? Welche möglich?

14.00 Uhr **Bedürfnisse des Einzelnen**

Marlies Wiesinger, Mutter

14.15 **Grundlagen der Bedarfs- und Versorgungsplanung in Österreich**

Dr. Michaela Moritz, Österr. Bundesinstitut f. Gesundheit

14.30 **Bedürfnisse & Bedarf Behinderter**

Präs. Dr. Klaus Voget, Dachverband österr. Behindertenverbände (angefragt)

14.45 **Medizinischer Versorgungsbedarf in Österreich**

Dr. Walter Michael Strobl, Österr. AK Neuroorthopädie

15.00 **Versorgung aus aktueller sozialpolitischer Perspektive**

Sozialminister Dr. Erwin Buchinger

15.15 **Versorgung aus aktueller gesundheitspolitischer Perspektive**

Gesundheitsministerin Dr. Andrea Kdolsky (angefragt)

15.30 Uhr Podiumsdiskussion

ca. 17.00 Ende

Abb. 12 Vorprogramm der Veranstaltung im März 2007

- Mitte Februar 2007 wird über Email- und Telefonkontakte eine **beratende Arbeitsgruppe gegründet**, die aus drei multiprofessionellen Experten zum Thema Neuroorthopädie und aus Mitgliedern aus den Bereichen Krankenhausträger, Public Health, ÖBIG/Gesundheitspolitik und Medizinethik besteht. Erste Treffen finden Ende Februar vor und Ende März nach der Tagungsveranstaltung statt.

- Ab Mitte Februar, in den Wochen vor und im März nach der Tagung werden insgesamt 15 persönliche und informelle, jedoch anhand eines Interviewleitfadens teilweise strukturierte **Experteninterviews** mit Vertretern aus allen Stakeholdergruppen geführt. Die Interviews werden schriftlich aufgezeichnet.

- Am 9. März 2007 wird die **Vortrags- und Diskussionsveranstaltung** mit Einladung aller Neuroorthopädie-Stakeholder aus Österreich am 9. 3. 2007 im Wiener Schottenstift, 1010 Wien abgehalten (siehe Anhang 1 Tagungsprogramm). Dem ersten Teil der Tagung am Vormittag zum Thema „Wert des Lebens mit Behinderung“, der als zusätzliche Motivation zum Tagungsbesuch in Kombination angeboten wird, folgt am Nachmittag der zweite Teil zum Thema „Bedarfschätzung für die orthopädische Versorgung behinderter Menschen in Österreich“. Jeweils sechs Vorträgen folgt eine Podiumsdiskussion, in der auch das Publikum zur Stellungnahme aufgefordert wird. Die gesamte Tagung wird mit Wissen aller Teilnehmer aufgezeichnet.

- Ein Angebot für eine **schriftliche Aufzeichnung** der gesamten Tagung wird eingeholt, der Auftrag erteilt, die Schriftfassung liegt bis Ende März vollständig vor.

- Im April und Mai führt der Studienleiter eine **qualitative Analyse der Texte** der Tagungsveranstaltung mit Gruppendiskussion und der Interviews durch. Die Analyse erfolgt getrennt nach vier Stakeholdergruppen und in sechs Themenbereichen, sodass eine Gegenüberstellung der Aussagen möglich ist.

- Parallel dazu werden **Datenbankabfragen** zur Erhebung statistischer Daten zur demografischen Entwicklung in Österreich, zur Definition und Epidemiologie neuroorthopädischer Krankheitsbilder, zur Definition und EBM-Überprüfung relevanter Behandlungsmethoden und zur Auflistung von Versorgungsstrukturen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vom Studienleiter vorgenommen.

- Ebenfalls parallel dazu werden vom Studienleiter Ziel, Zielgruppe und deren Größe für die schriftliche Befragung vorgeplant und die Befragung für Juli 2007 terminisiert. Als Zielgruppe wird für die Nutzerseite eine repräsentative Stichprobe der in diesem Zeitraum laufend betreuten Patienten und für die Anbieterseite eine Totalerhebung der Vertreter der 100 wichtigsten spezialisierten Institutionen, in denen Ärzte, Pflegepersonen, Physio-, Ergotherapeuten, Orthopädietechniker und –schuhmacher in Österreich arbeiten, bestimmt.
- Mitte Juni 2007 werden zwei unterschiedliche **Fragebögen** zur Durchführung einer schriftlichen Befragung der Nutzer- und Anbieterseite mit geschlossenen Fragen und je einer offenen Gestaltungsfragen entworfen und als Pretest in zwei Institutionen durch Woche verteilt. Nach geringen Modifikationen werden die Bögen Ende Juni vom Studienleiter fertig erstellt.
- Am 1. Juli 2007 findet die Aussendung der standardisierten Fragebögen für die **schriftliche Befragung** im Zeitraum Juli 2007 statt. Der Rücklauf erfolgt wegen der Ferienzeit bis 20. August, später eintreffende Bögen werden nicht berücksichtigt.
- Ab 20. August werden von einem Mitarbeiter nach dem Muster der Fragebögen zwei **Datenbanken neu entwickelt** und alle Daten inklusive des Textes der Gestaltungsfragen eingegeben.
- Anfang bis Mitte September erfolgt die **Datenauswertung** vom Studienleiter getrennt nach den beiden Gruppen der Stakeholder um mögliche persönliche Motive mitzuerfassen. Die Ergebnisse werden einander gegenübergestellt um bei der Auswertung eine Gewichtung und Balancierung konkreter Wünsche vornehmen und ein Anforderungsprofil für den Bereich Neuroorthopädie erstellen zu können.
- Die Ergebnisse beider Bereiche werden Mitte September 2007 in der Arbeitsgruppe zusammengeführt und bewertet, die Bedarfsstudie vom Studienleiter bis Ende September 2007 schriftlich erstellt.

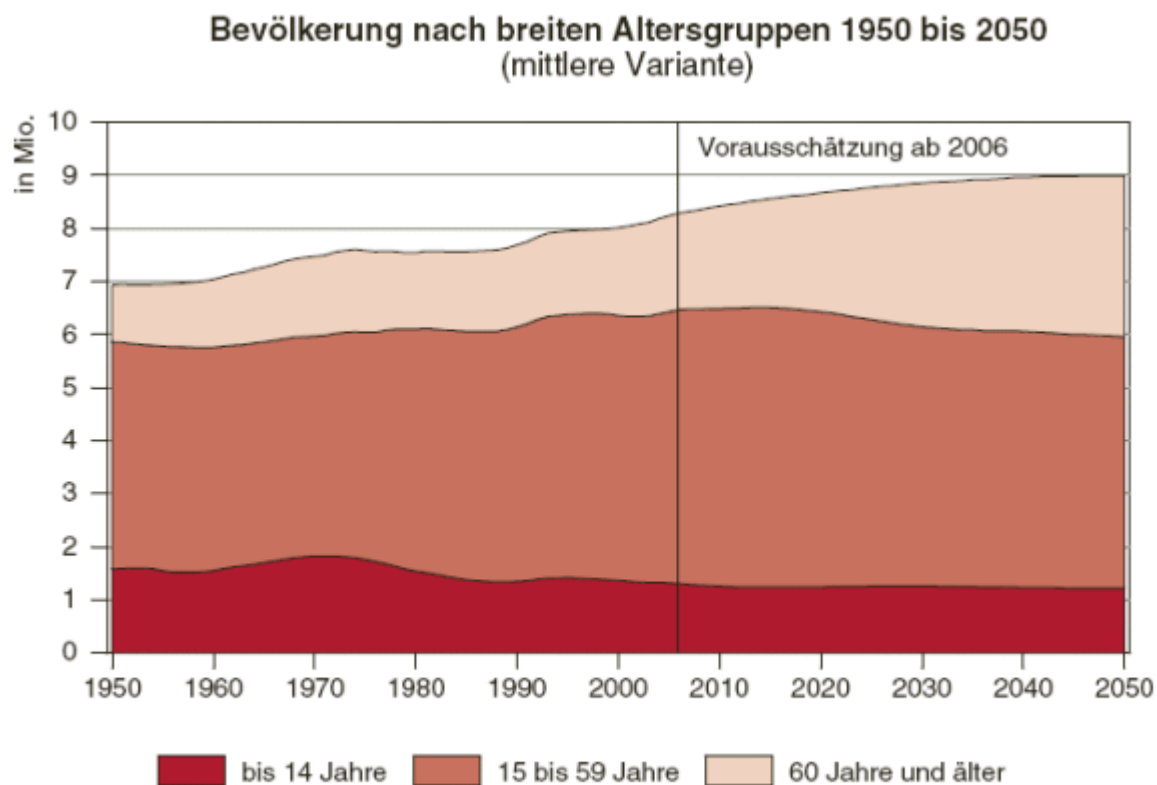
5. Ergebnisse

5.1 Ergebnisse zum normativen Bedarf

5.1.1 Demografische Entwicklung in Österreich

Statistische Daten zur **demografischen** Entwicklung in Österreich werden mittels Recherche in der Datenbank des ÖSTAT erhoben. Von Interesse ist die Entwicklung der Altersstruktur der österreichischen Bevölkerung in den nächsten drei Dekaden. Die Vorausberechnung der Bevölkerungsstruktur in Österreich für die Jahre 2005 bis 2075 zeigt laut Hauptszenario eine stagnierende bis leicht abnehmende Zahl der Kinder und Jugendlichen von 1.291 167 oder 15,5 % (2007) auf 1.257651 oder 14,2% (2030). Die Zahl der Personen zwischen 15 und 60 Jahren wird als deutlich rückläufig prognostiziert, von 5.185 327 oder 62,3% (2007) auf 4.884.519 oder 55.2% (2030). Die Zahl der über 60jährigen wird als deutlich steigend errechnet, von 1.842.953 oder 22,2% (2007) auf 2.709 989 oder 30,6% (2030). Die Daten basieren auf der Berechnung einer Bevölkerungsprognose aus dem Jahr 2006 (Statistik Austria 2006).

Zu erwarten wäre somit eine Stagnation der absoluten Zahl von neuromotorischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und ein starker Anstieg im höheren Erwachsenenalter mit Auswirkungen auf die neuroorthopädische Versorgung. Bei unveränderten Ressourcen ist eine unveränderte Versorgungslage unter 15 Jahren und eine deutlich zunehmende Unterversorgung für höhere Altersgruppen zu erwarten.



Q: STATISTIK AUSTRIA

Abb. 13 Bevölkerungsprognose für Österreich 2006 – 2050

5.1.2 Definition und Wandel des „Krankheitswertes“ neuroorthopädischer Krankheitsbilder

Die Definition und die Abgrenzung neuroorthopädischer Krankheitsbilder sind nach einer Recherche in der medizinischen Fachliteratur und nach den Erfahrungen der Mitglieder des österreichischen Arbeitskreises Neuroorthopädie nicht eindeutig festgelegt. Neuroorthopädie ist mit einem Alter von etwa 30 Jahren ein relativ junges Fachgebiet, das sich im Zuge einer Spezialisierung durch raschen Wissenszuwachs in Diagnostik und Therapie gebildet hat. Eine exakte Abgrenzung des Fachgebietes ist daher noch nicht etabliert.

Prinzipiell werden alle Auswirkungen von Erkrankungen des neuromotorischen Systems auf den Bewegungsapparat, also von angeborenen und erworbenen Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystems und der Muskulatur auf Muskeln, Knochen und Gelenke, unter den Begriff „neuroorthopädischer Erkrankungen“ subsumiert.

In der Praxis der Erstellung von Lehrzielkatalogen, medizinischen Fachbüchern und Kongressprogrammen herrscht Konsens darüber, dass sich das Spezialgebiet der Neuroorthopädie mit der Diagnostik, Behandlung, Vorbeugung und Rehabilitation von orthopädischen Störungen bei lokalen Erkrankungen und Systemerkrankungen des Zentralnervensystems, des peripheren Nervensystems und der Muskulatur beschäftigt.

Während alle Formen von Rückenmarks-Querschnittläsionen neuroorthopädische Störungen darstellen, ist die Abgrenzung von Schmerzsyndromen der Wirbelsäule durch sekundär neurogene Schäden nicht klar. Abgrenzungsprobleme durch Überschneidungen mehrerer Fachgebiete bestehen auch im Bereich der ebenfalls sehr häufigen peripheren Nervenläsionen. In der Behandlungs- und Betreuungspraxis werden Engpasssyndrome peripherer Nerven und Wirbelsäulen-Schmerzsyndrome jedoch in der Regel nicht von spezialisierten Neuroorthopäden versorgt, da sie aufgrund ihrer Häufigkeit seit langem Eingang in das allgemein orthopädische Tätigkeitsfeld gefunden haben.

Als Kernaufgabe der Neuroorthopädie wird die konservative und chirurgische orthopädische Versorgung von körper- und mehrfachbehinderten Menschen mit neurogen und muskulär bedingten Bewegungsstörungen betrachtet.

Konstatiert werden steigende Ansprüche der Nutzerseite bei motorischen Funktionsstörungen. Durch ein steigendes Mobilitätsbedürfnis, auch eine zunehmende Mobilitätsnotwendigkeit, hat der Krankheitswert von (Fort-)Bewegungsstörungen, wie beispielsweise Gangstörungen, in der Gesellschaft zugenommen. Beleg dafür ist eine stark wachsende Zahl von Publikationen und Tagungen zu diesem Thema (vgl. Hassenpflug 2006).

5.1.3 Epidemiologie neuroorthopädischer Krankheiten

Epidemiologische Daten zu den relevanten neuroorthopädischen Krankheiten werden durch ÖSTAT- und Fachliteratur-Recherche erhoben. Die Häufigkeit und Art neuroorthopädischer Krankheitsbilder unterliegt einem steten Wandel.

So sinkt seit Beginn der pränatalen Diagnostik vor etwa 15 Jahren die Zahl der Geburten von Neugeborenen mit neuroorthopädisch relevanten Fehlbildungen konstant. Die

Säuglingssterblichkeit durch angeborene Fehlbildungen ist von 244 (1992) kontinuierlich auf 59 (2006) zurückgegangen (Statistik Austria 2007).

Die rückläufige Zahl von Kindern mit klassischer spastischer Diparese nach Frühgeburten zwischen der 28. bis 32. Schwangerschaftswoche wird auf Fortschritte der postnatalen Intensivmedizin und die verbesserte Infrastruktur zurückgeführt. Durch die relativ stark zunehmende Anzahl früh- und frühestgeborener Kinder steigt andererseits die Zahl von Kindern mit sehr leichten und sehr schweren Formen der infantilen Cerebralparese.

Mehr Menschen mit cerebralen Bewegungsstörungen erreichen ein mittleres und höheres Lebensalter. Dies wird auf eine bessere Betreuung und medizinische Versorgung zurückgeführt. Mittelfristig ist daher mit einer Zunahme von erwachsenen Cerebralparese-Patienten auszugehen.

Die Zahl chronischer neurologischer Erkrankungen steigt mit dem Altersdurchschnitt der Bevölkerung. Weitere Zuwachsraten sind aus epidemiologischer Sicht zu erwarten. Es kann damit gerechnet werden, dass auch der neuroorthopädische Versorgungsbedarf entsprechend steigt.

Neuroorthopädische Erkrankungen	Erwartete Veränderung der Inzidenz bis 2050
<ul style="list-style-type: none"> • Angeborene ZNS-Fehlbildungen • cerebrale Entwicklungsstörungen • cerebrale Insulte • entzündliche ZNS-Erkrankungen • degenerative ZNS-Erkrankungen • Querschnittläsionen • Spinale Erkrankungen • Läsionen peripherer Nerven • Polyneuropathien • Angeborene Muskelerkrankungen • Erworbene Muskelerkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> • deutliche Abnahme • mäßige Zunahme • deutliche Zunahme • mäßige Zunahme • deutliche Zunahme • mäßige Zunahme • Stagnation • deutliche Zunahme • deutliche Zunahme • Stagnation • mäßige Zunahme

Abb. 14 Überblick über neuroorthopädische Erkrankungen und die in Österreich erwartete Veränderung ihrer Inzidenz bis 2050

5.1.4 Definition und Überprüfung der neuroorthopädischen Behandlungsmethoden auf evidenzbasierte Kriterien

Medizinische Fachliteratur und Erfahrungen der Mitglieder des österreichischen Arbeitskreises Neuroorthopädie werden zur Definition der relevanten **Behandlungsmethoden** eingesetzt.

Internationale medizinische Publikationen, die auf Metaanalysen basieren, werden, ergänzt durch eigene Outcome-Studien, zur **Überprüfung der Behandlungsmethoden auf evidenzbasierte Kriterien** herangezogen.

Um einen Überblick über die Effektivität aktueller therapeutischer Maßnahmen bei spastischen Bewegungsstörungen zu gewinnen, wurden die Ergebnisse einer umfassenden Literatursuche den Erfahrungen einzelner Mitglieder des österreichischen Arbeitskreises für Neuroorthopädie gegenüber gestellt. Ziel der Studie war die Erhebung der Korrelation zwischen dem Behandlungsverfahren und dem Erfolg der Therapie, die in vorangegangenen Studien zum Beispiel zur Lebensqualität nach Botulinumtoxin-Injektionen, Mehretagenoperationen, Fußoperationen und nach Hüftrekonstruktionen erhoben wurde.

Alle Therapieansätze der Neuroorthopädie müssen die **individuellen Ziele und Wünsche** des Patienten und seiner Familie oder Betreuer berücksichtigen. Da individuelle Fälle und Krankheits- bzw. Rehabilitationsverläufe nur mit Einschränkungen verglichen und nach gemeinsamen Kriterien bewertet werden können, ergeben sich weitere methodische Probleme bei der Erstellung von Outcome-Studien.

Trotzdem konnte im Rahmen zahlreicher internationaler und eigener Studien (Heinen 2001, Molenaers 1999, Reichel 2004, Strobl 2004 & 2005) gezeigt werden, dass heute mehrere therapeutische Verfahren **nach den Kriterien der „Evidence Based Medicine“ eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität** sowohl der betroffenen als auch der betreuenden Personen ermöglichen:

Für die richtige Indikationsstellung zur Behandlung der Spastik müssen zunächst kurzfristige von langfristigen therapeutischen Effekten differenziert werden. In der Reihenfolge der Häufigkeit des Einsatzes können Gruppen von Behandlungsverfahren aufgezeigt und die Erwartungen an deren Therapieerfolg beschrieben werden:

- Der therapeutische Effekt von bestimmten **Orthesen, orthopädischen Schuhen und orthopädischen Hilfsmitteln, wie Geh-, Steh-, Sitz- und Lagerungshilfen** auf die Spastik kann sowohl qualitativ als auch quantitativ gemessen werden. Zahlreiche Low-level-Outcome-Studien zeigen, dass eine Tonusregulierung mit Schmerzfreiheit und ein Ausgleich funktioneller Defizite im Alltag während der Verwendungszeit kurz- und langfristig erreicht werden kann.
- Der Effekt einer **Bewegungs- und Kräftigungstherapie**, die blockweise oder im Rahmen von Rehabilitationsaufenthalten auf neurophysiologischer Grundlage durch die Hemmung pathologischer und die Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster durchgeführt wird, ist nachweisbar. Low-level-Studien zeigen, dass kurzfristige signifikante Funktionsverbesserungen für den Alltag erzielt und die Patienten längerfristig motiviert werden können ihren Bewegungsmangel zumindest teilweise auszugleichen.
- **Physikalische Therapieverfahren** wie Massagen, Wärmeanwendungen, Mobilisationen und manuelle Therapien führen über eine Reduktion des erhöhten Muskeltonus, blockweise im Rahmen einer stationären Intensivrehabilitation eingesetzt, kurzfristig zu einer Tonusregulation, Schmerzfreiheit und Verminderung von Spastik und damit Verbesserung von Alltagsfunktionen. Eine langfristige Wirkung kann in Fallstudien beobachtet werden.
- Die mehrwöchige Behandlung mit **therapeutischen Gipsverbänden** ermöglichen im Bereich der langen Handgelenk-, Finger- und langen Fußmuskulatur eine nachhaltige, mittelfristige Tonusreduktion mit der Möglichkeit einer langfristigen Funktionsverbesserung durch eine Verkürzung des Hebelarms der Antagonisten. Mehrere Low-level, wenige High-level-Studien sind publiziert.
- Effektive und teilweise im Rahmen von Doppelblindstudien evaluierte **medikamentöse** Behandlungsverfahren bei hochgradiger Spastizität sind die perorale oder intrathekale Gabe von zentral wirksamen Substanzen wie Baclofen und die lokale, perineurale Verabreichung von Phenol- oder intramuskuläre Verabreichung von Botulinumtoxin-Injektionen. Bei allen medikamentösen Verfahren ist die exakte Indikationsstellung nach einer Differenzierung primärer Spastik von sekundären dynamischen und strukturellen Muskelveränderungen sowie Gelenkkontrakturen für den Therapieerfolg entscheidend.

- Zahlreiche High-level und Low-level-Outcome-Studien zeigen, dass **Operationen** nach eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität bei Kindern und Erwachsenen mit cerebralen Bewegungsstörungen bewirken können. Kriterien für deren Erfolg scheinen eine sorgfältige Indikationsstellung im Behandlungsteam, die Durchführung in einem spezialisierten und erfahrenen Zentrum und die Qualität der postoperativen Rehabilitation darzustellen.

Bei gehfähigen Patienten wird ein weitgehend symmetrisches und flüssiges Gangbild ohne hohen Kraftaufwand angestrebt. Qualitative und quantitative Analysen bestätigen einen kurz- und langfristigen signifikanten Therapieeffekt auf eine Funktionsstörung während des Gangzyklus durch neuroorthopädische Mehretagen-Operationen, bei denen **muskelverlängernde, muskel- und sehnenverlagernde Eingriffe mit Korrektur-Osteotomien** kombiniert werden.

Ein vergleichbarer Therapieeffekt auf die Funktion wie an der unteren Extremität wird auch nach Mehretagen-Operationen an der oberen Extremität gefunden.

Bei nicht gehfähigen Patienten besteht das Therapieziel in einer schmerzfreien Sitz- und Transferstehfähigkeit.

Die Evaluation operativer Therapieverfahren zeigt auch in der Behandlung von Bewegungsstörungen nicht gehfähiger Patienten, dass die Indikationsstellung, perioperative Schmerz- und antispastische Therapie, frühmobilisierende Bewegungstherapie und symmetrische Geh-, Steh-, Sitz- und Lagerungsversorgung einen wesentlichen Anteil am kurz- und langfristigen Therapieerfolg hat.

Problematisch bei der Beurteilung neuroorthopädischer Behandlungsmethoden auf evidenzbasierte Kriterien erweist sich die Tatsache, dass alle Patienten aufgrund ihrer chronischen Erkrankungen bzw. Behinderung laufend und mehrfach therapiert werden. Outcome-Studien mit nicht-behandelten Kontrollgruppen oder Verblindung sind aus ethischen und praktischen Gründen nicht möglich.

Neuroorthopädische Behandlungsmethoden	Outcome-Studien nach EBM-Kriterien
<ul style="list-style-type: none"> • funktionsverbessernde Operationen • Palliative Operationen • Therapiegips-Behandlungen • Funktionsorthesen • Lagerungsorthesen • Orthopädische Hilfsmittel • neurophysiologische Therapien • Lokomotionstherapien • Reflextherapien • Physikalische Behandlungen • Botulinumtoxin-Injektionen • Intrathekale Baclofentherapien • Systemische Pharmaka 	<ul style="list-style-type: none"> • High-level • High-level • High-level • High-level • Low-level • Low-level • Low-level • Low-level • Low-level • Low-level • High-level • High-level • High-level

Abb. 15 Überblick über neuroorthopädische Behandlungsmethoden mit evidenzbasierter Bewertung bisheriger Outcome-Studien

5.1.5 Die Inanspruchnahme vorhandener Gesundheitsleistungen

Die **Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen** wird durch eine Erhebung und kritische Analyse der dem Österreichischen Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung stehenden leistungsbezogenen Krankenanstalten-Finanzierungs-Daten, (**LKF-Daten**) zu den definierten Krankheiten und Behandlungsverfahren beleuchtet. Sämtliche Daten sind nur für den stationären Bereich verfügbar, der weitaus größere ambulante Behandlungsbereich ist nicht erfassbar. Die Anzahl der stationären Aufnahmen von Patienten mit neurogenen und muskulär bedingten Erkrankungen ist in den vergangenen Jahren an Akutabteilungen konstant geblieben, im rehabilitativen Bereich ist eine Steigerung bei Erhöhung der Behandlungskapazitäten zu deutlich erkennen. Die spezifisch neuroorthopädische Einzelleistung MEL 4558 „Komplexe neuroorthopädische Operation“ wird in allen vier Versorgungsregionen als leicht steigend beobachtet.

Aufgrund einer möglichen Verzerrung der Daten durch das bekannte Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage und durch eine mögliche Unterversorgung, auf die lange Wartezeiten hinweisen, ist die Messung der Inanspruchnahme problematisch. Weitere Informationen zur Inanspruchnahme ergeben sich aus der Analyse der Ergebnisse des Bereiches II „Erhebung der Bedürfnisse“.

5.1.6 Bestehende Organisations-, Behandlungs- und Finanzierungsstrukturen und ihre integrativen Leistungsfähigkeit

Fachliteratur und Internetrecherche bilden die Basis für eine Auflistung der bestehenden **Organisations-, Behandlungs- und Finanzierungsstrukturen**. Für die Bewertung ihrer integrativen Leistungsfähigkeit stehen keine objektiven Daten zur Verfügung, die erhobenen Fakten werden daher durch die Ergebnisse der Experteninterviews, Gruppendiskussion und schriftlichen Befragungen im zweiten Bereich der vorliegenden Studie ergänzt.

Orthopaedics(B-Europe), Journal For Child Neurology And Developmental Medicine, Clinicum - Zeitschrift für medizinische Führungskräfte, Österreichische Ärztezeitung, Wiener Ärztezeitung, Ärztekronen, in den Tageszeitungen Kurier, Die Presse, Der Standard, und in der Wochenzeitschrift Profil ergab eine Zahl von 81 Publikationen zum Themenbereich Bewegungsbehinderung.

In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um medizinische Fachbeiträge zu spezifischen diagnostischen und Behandlungsmethoden (31 Publikationen; 38%) und um gesellschaftlich-ethische Fragestellungen (47 Publikationen; 58%).

In nur **drei Beiträgen**, das sind 4% aller Publikationen zum Themenbereich, wurde das Thema der orthopädischen Versorgung bewegungsbehinderter Kinder und Erwachsener in Österreich behandelt. Die Autoren wurden eingeladen, an der Studie im Rahmen eines Experteninterviews und eines Vortrages an der Tagungsveranstaltung teilzunehmen.

5.2.2 Ergebnisse der Interviews mit Experten und der Vortrags- und Diskussionsveranstaltung

Alle 15 ausgewählten Experten konnten interviewt werden. Die qualitative Textanalyse der 15 Experteninterviews wurde aufgeschlüsselt nach den vier Stakeholdergruppen mit acht Untergruppen und nach Kategorisierung und Zuordnung der Textstellen in sechs Themenbereichen durchgeführt.

Die Experten wurden unter Berücksichtigung einer gleichmäßigen Verteilung der Berufsgruppen aus dem Kreis der Neuroorthopädie-Stakeholder (siehe 2.2.5) ausgewählt:

- 1) Nutzer (Patienten, Angehörige, Patientenvertreter, Selbsthilfegruppen und Dachorganisationen in gemeinsamer Auswertung)
- 2) Anbieter mit Medizin, Pflege, Therapeutische Berufsgruppen einerseits und Orthopädietechnik, Rehabilitationstechnik, Schuhtechnik, Pharmabranche andererseits
- 3) Kostenträger (getrennte Auswertung nach Sozialversicherungen/Pensionsversicherungen, Krankenanstaltenträger)
- 4) Planer (getrennte Auswertung nach Gesundheitspolitik, Gesundheitsplanung, Medizinethik)

An der Vortragsveranstaltung mit Gruppendiskussion am 9. März 2007 nahmen 121 von 500 (24%) eingeladenen Stakeholdern teil. An der Gruppendiskussion beteiligten sich 22 Personen (18% aller Tagungsteilnehmer). Die qualitative Textanalyse der sechs Vorträge und der Gruppendiskussion erfolgte analog und gemeinsam mit der Analyse der Experteninterviews.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt aufgeschlüsselt nach den sechs **Themenbereichen**:

- 1) Die heutige und mögliche zukünftige Sichtweise von „Behinderung“ in der Gesellschaft und der zeitliche Wandel von Krankheitsbildern.
- 2) Der State of the art der Behandlungs- und Betreuungsoptionen.
- 3) Unter-, Fehl- und Überversorgung in den verschiedenen Altersgruppen.
- 4) Die Leistungsfähigkeit der ambulanten, stationären, rehabilitativen und orthopädiotechnischen Versorgungsstrukturen in Österreich.
- 5) Die Vernetzung und integrative Leistungsfähigkeit der vorhandenen Strukturen.
- 6) Die Effizienz und Effektivität der Finanzierung der verschiedenen Versorgungsbereiche (siehe Abb. 17).

Stakeholder der Neuroorthopädie Österreich	Aussagen zu den Themenbereichen
<ul style="list-style-type: none"> • Nutzer • Anbieter: Medizin, Pflege, Therapie, Orthopädiotechnik, Pharmabranche • Kostenträger: Sozial-/Pensionsversich., Krankenanstaltenträger • Planer: Gesundheitspolitik, Gesundheitsplanung, Medizinethik 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheitsbilder • Behandlung & Betreuung • Versorgungsstatus • Versorgungsstrukturen • Integrative Leistungsfähigkeit • Finanzierung

Abb. 17 Die Probanden und Themenbereiche der qualitativen Textanalyse

1) Die heutige und mögliche zukünftige Sichtweise von „Behinderung“ in der Gesellschaft und der zeitliche Wandel von Krankheitsbildern:

Patienten und Selbsthilfegruppen als **Nutzer** weisen mehrfach auf das steigende Mobilitätsbedürfnis für behinderte Menschen in der Gesellschaft hin und erblicken in der Definition von „Behinderung“ auch eine Verpflichtung zur Gleichstellung in Hinblick auf Chancengleichheit. Andererseits könnte das „Anderssein“ behinderter Menschen unter der optimistischen Annahme einer funktionierenden Integration in zunehmendem Maß eine Bereicherung für die Lebenswelt nicht-behinderter Menschen darstellen.

Aus **Anbietersicht** wird auf steigende Ansprüche auch in der Versorgung von Menschen mit Bewegungsbehinderungen und auf die prognostizierte Zunahme älterer Bevölkerungsgruppen mit mehr chronischen neuromotorischen Erkrankungen hingewiesen. Ein juristisch formuliertes und in der Praxis verwirklichtes Anrecht auf eine adäquate orthopädische Versorgung sollte das teilweise künstlich - für ein höheres Spendenkonto - erzeugte Mitleid mit behinderten Menschen zunehmend ersetzen.

Kostenträger bemängeln das Fehlen klarer Kriterien für die Klassifikation verschiedener Schweregrade von „Behinderung“ und von Krankheitsbildern um heutige Ressourcen besser zuteilen und zukünftige Ansprüche besser vorplanen zu können.

Gesundheitsplaner verweisen auf die Schwierigkeit der Datenerhebung in Österreich. Die Zahl von Menschen mit Behinderungen oder neuromotorischen Erkrankungen ist nicht exakt feststellbar, Schätzungen wären problematisch.

Zusammenfassend stehen einem vermehrten Mobilitäts- und Integrationsbedürfnis und einer höheren Zahl, vor allem älterer Menschen mit neuromotorischen Erkrankungen fehlende Instrumente zur Erhebung ihrer Zahl gegenüber.

2) Der State of the art der Behandlungs- und Betreuungsoptionen:

Nutzer betonen im Zusammenhang mit Behandlungsmöglichkeiten die Differenzierung zwischen den Termini „Krankheit“ und „Behinderung“ und weisen auf die großen

Unterschiede in der Betrachtungsweise der geburts-, unfall- und altersbedingten Bewegungsbehinderungen hin. Der „Therapie-Markt“ wäre intransparent. Jede Behandlung und Rehabilitation sollte in ihren Augen ganzheitlich gesehen und ein entsprechendes Angebot vom Alltag über Schule und Arbeitsplatz bis zur stationären Betreuung erstellt werden.

Anbieter weisen auf eine Deckelung, im benachbarten Ausland sogar Einschränkung des Angebotes von Behandlungen hin, für die keine High-level-Outcome-Studien existieren. Und dies, obwohl nach ihrer subjektiven Einschätzung der Therapiebedarf laufend zunimmt.

Kostenträger bemängeln das Fehlen klarer Kriterien für die Bewertung von Behandlungsmethoden um heutige Ressourcen besser zuteilen und zukünftige Ansprüche besser vorplanen zu können. Auch für sie ist der Markt für Behandlungsangebote intransparent.

Planer verweisen auf die Schwierigkeit der Datenerhebung aufgrund fehlender Zahlen zu diagnosebezogenen Behandlungen im ambulanten Bereich. Aus medizinethischer Sicht sind Evidence Based Medicine-Kriterien auf ihre Wirkung gerade im Behandlungsbereich chronischer Erkrankungen zu hinterfragen.

Zusammenfassend scheinen eine Intransparenz des Marktes, Fehlen von Zahlen zur Behandlungsbedürftigkeit und eine fragwürdige Anwendung der bestehenden EBM-Kriterien in diesem Segment die Effektivität und Effizienz der Versorgung zu erschweren.

3) Unter-, Fehl- und Überversorgung in den verschiedenen Altersgruppen:

Nutzer stellen außerhalb der Ballungsräume Österreichs eine fehlende medizinische und therapeutische Versorgung fest. Für behinderte Menschen über 15 Jahren würde das Angebot selbst in den großen Städten, inklusive Wien völlig unzureichend sein. Barrierefreie Schulen würden in vielen Regionen fehlen, Anfahrtswege von 500 km pro Woche wären durchaus üblich. Stationäre Abteilungen für Kurzzeit-Mobilisierung und –Rehabilitation würden vollständig fehlen.

Aus **Anbieterseite** fehlt eine flächendeckende Versorgung mit ambulanten Therapiezentren, vor allem ab dem Jugendlichenalter. In den Alpentälern sollten Cluster niedergelassener Ärztinnen und Therapeutinnen oder mobile Teams diese Aufgabe übernehmen. Pro Bundesland werden mehrere multidisziplinäre Spezialambulanzen mit Neurologen gefordert. Remobilisation und Kurzzeit-Rehabilitation sollte aus Gründen der Integration und Qualität der Leistungsangebote wohnortnahe möglich sein. In den vorhandenen Physikalischen Instituten wäre die Finanzierung der Behandlungen problematisch.

Kostenträger beklagen die unterschiedlichen gesetzlichen Zuständigkeiten der Behandlungs-, Orthopädietechnik- und Rehabilitationsversorgung.

Planer setzen sich für ein besseres Nutzen der vorhandenen Ressourcen ein. Sie sehen beispielsweise keinen Bedarf für ein großes Rehabilitationszentrum für Kinder in Österreich. Vonseiten der Gesundheitspolitik würden Unter- und Fehlversorgungen nicht klar erkannt werden. Gesundheitspolitiker weisen auf die Überversorgung mit zu vielen Akutbetten und Großgeräten und auf die Unterversorgung im Bereich der Physio-, Ergotherapie, Logopädie und Palliativmedizin hin, da hier lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz bestünden. Medizinethiker weisen darauf hin, dass chronische Erkrankungen relativ unterbewertet werden und deutlich mehr Ressourcen benötigen.

Zusammenfassend scheint die Unterversorgung umso deutlicher je älter die Patienten und je weiter sie von Ballungsräumen entfernt wohnen. Eine bundesweit einheitliche Richtlinie wird gewünscht. Eine Verschiebung von Ressourcen aus dem Akut- in den stationären Remobilisations-/Rehabilitations- und Pflegebereich scheint erforderlich.

4) Die Leistungsfähigkeit der ambulanten, stationären, rehabilitativen und orthopädietechnischen Versorgungsstrukturen in Österreich:

Aus **Nutzersicht** werden die stationären medizinischen Einrichtungen als ausreichend beschrieben, fehlen würden jedoch Einrichtungen im Remobilisations- und Rehabilitationsbereich. Vor allem werden dringend stationäre Strukturen gewünscht, in denen eine Kurzzeit-Aufnahme pflegebedürftiger behinderter Menschen aus sozialer Indikation

möglich ist. In allen Einrichtungen sollte die Aufmerksamkeit für den einzelnen Patienten im Mittelpunkt stehen und sollten die Bedürfnisse behinderter Menschen Berücksichtigung finden. Im ambulanten und rehabilitativen Bereich wird wie im stationären eine Qualitätssicherung gefordert.

Anbieter erwarten sich eine Institutionalisierung von Betreuungsnetzwerken, wie zum Beispiel die Förderung von Versorgungen im spezialisierten Team. Referenzzentren für die neuroorthopädische Behandlung sollten in jeder ÖSG-Versorgungszone aufgebaut und in autonomen Abteilungen oder Departments für Neuroorthopädie mit einer entsprechenden Infrastruktur untergebracht werden. Im Vergleich mit internationalen Vorbildern wäre eine Kombination aus Akut-, Remobilisations- und Rehabilitationseinheit mit Wohneinheiten und Spezialambulanzen für spezifische Behandlungen und orthopädietechnische Versorgungen, mit Werkstätte, BewegungsanalySELabor und physikalischem Therapieangebot erforderlich.

Kostenträger vermuten, dass in den vorhandenen Strukturen Unter-, Fehl- und Überversorgungen nebeneinander existieren und betonen, dass Ökonomie ethisch ist, indem erst effizientes Wirtschaften die Rahmenbedingungen für den Dienst am Menschen schaffen kann.

Planer fordern für behinderte Menschen den Ausbau von Strukturen, die die Mitaufnahme von pflegenden Angehörigen ermöglicht. Ziel ist prinzipiell das Nutzen bestehender Strukturen, Rehabilitationseinheiten für Kinder und Jugendliche sollen beispielsweise in Verbindung mit Akut-Krankenhäusern oder in Rehabilitationszentren für Erwachsene weiter ausgebaut werden. Die stationäre neuroorthopädische Versorgung sollte wie die Neurorehabilitation stufenweise organisiert werden.

Ethiker empfehlen den Ausbau stationärer Strukturen zu Bildungseinrichtungen und die Einplanung der Bedürfnisse behinderter Menschen.

Zusammenfassend scheinen neue Versorgungsstrukturen zur Integration akuter und rehabilitativer Betreuung mit orthopädietechnischer Versorgung und Bildungsaufgaben im Rahmen von Kompetenzzentren mit angeschlossener flächendeckender ambulanter Versorgung notwendig um den gewachsenen qualitativen wie quantitativen Ansprüchen gerecht zu werden.

5) Die Vernetzung und integrative Leistungsfähigkeit der vorhandenen Strukturen:

Nutzer orten in allen Versorgungsbereichen gravierende Defizite der Zusammenarbeit und Vernetzung. Informationen aus dem Internet werden als Info-Flut wahrgenommen, offizielle oder autorisierte Informationsplattformen als institutionalisierte Netzwerke werden gefordert.

Anbieter fordern eine Förderung und Finanzierung der Vernetzung als Kommunikation, Koordination und Kooperation. Krankenhäuser könnten als Netzwerkzentren in Erscheinung treten. Alle, besonders auch orthopädietechnische Versorger, benötigen in einem Netzwerk jedoch verantwortliche Partner, die klar definiert sein müssen.

Kostenträger weisen darauf hin, dass gerade in einem Netzwerk häufig eine Absprache mit den kostentragenden Institutionen notwendig ist.

Planer sehen multiple Schnitt- oder Nahtstellenprobleme. Die Gesundheitspolitik weist auf das Bundessozialamt als Schiedsstelle für Angelegenheiten, die das Behindertengleichstellungsgesetz betreffen, hin. Medizinethiker sehen bei chronischen Erkrankungen die Notwendigkeit die Kommstrukturen der Gesundheitseinrichtungen in Bringstrukturen umzuwandeln.

Zusammenfassend werden aufgrund einer gravierenden Schnittstellenproblematik der Ausbau und die Finanzierung von kooperierenden und koordinierenden Strukturen, zum Beispiel in lokalen Betreuungs-Netzwerken mit integrierten Screening- und Bildungsprogrammen dringend gefordert.

6) Die Effizienz und Effektivität der Finanzierung der verschiedenen Versorgungsbereiche:

Nutzer finden sich bei der Finanzierung von orthopädietechnischen Hilfsmittelversorgungen in der Rolle von Bittstellern und fordern transparente, regional und bundesweit einheitliche Entscheidungskriterien. Sie wünschen sich fachlich kompetente Entscheidungsträger.

Anbieter wünschen sich für eine integrierte Gesundheitsversorgung eine integrierte Finanzierung, zum Beispiel durch einen österreichischen Bundesfond für behinderte Menschen. Damit Eltern ihre behinderten Kinder nicht länger als arm präsentieren müssen um Spendengelder zu erhalten, sollte der Anspruch auf ein neu definiertes Versorgungsniveau gegeben sein. Auch für die Neuentwicklung von Hilfsmitteln sollte ein entsprechendes Budget vorhanden sein, da die Kosten derzeit sehr häufig von den Nutzern (oder Anbietern) selbst getragen werden müssen.

Kostenträger würden die Finanzierung durch einen österreichischen Bundesfond für behinderte Menschen befürworten, wenn klare Aufnahmekriterien definiert werden. Sie weisen darauf hin, dass sogar die Gehbehindertenausweise durch die Länder ausgestellt werden.

Gesundheits**planer** und Medizinethiker halten eine integrierte Ein-Hand-Finanzierung aller Versorgungsbereiche für Menschen mit Behinderungen für vorteilhaft. Gesundheitspolitiker weisen darauf hin, dass anstelle der Sozialversicherungen, die einen Großteil der Mittel bereitstellen, die Gemeinden und Länder Entscheidungen treffen. Der österreichische Föderalismus stützt eine Gesundheitsgesetzgebung auf Länderebene.

Zusammenfassend wird eine Finanzierung der orthopädischen Versorgung behinderter Menschen österreichweit aus einer Hand von allen Stakeholdern befürwortet. Transparente und klare fachliche Kriterien sind für die Umsetzung notwendig.

5.2.3 Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Nutzer- und Anbieterseite

1) Auswertung der Fragebögen an die Anbieter (Behandler):

Von den 100 angeschriebenen, für die neuroorthopädische Versorgung in Österreich wichtigsten Institutionen (Grundgesamtheit) wurden aus 81 Fragebögen zurückgesendet. Die Rücklaufquote beträgt 81%, auswertbar waren 72 Fragebögen (72%).

Die **Anzahl der orthopädisch versorgten bewegungsbehinderten Personen** betrug im Jahr 2006 in 7 Institutionen mehr als 200 Patienten, in 15 zwischen 100 und 200 Patienten, in 22 zwischen 10 und 50 und in 8 weniger als 10 Patienten (siehe Abb. 18).

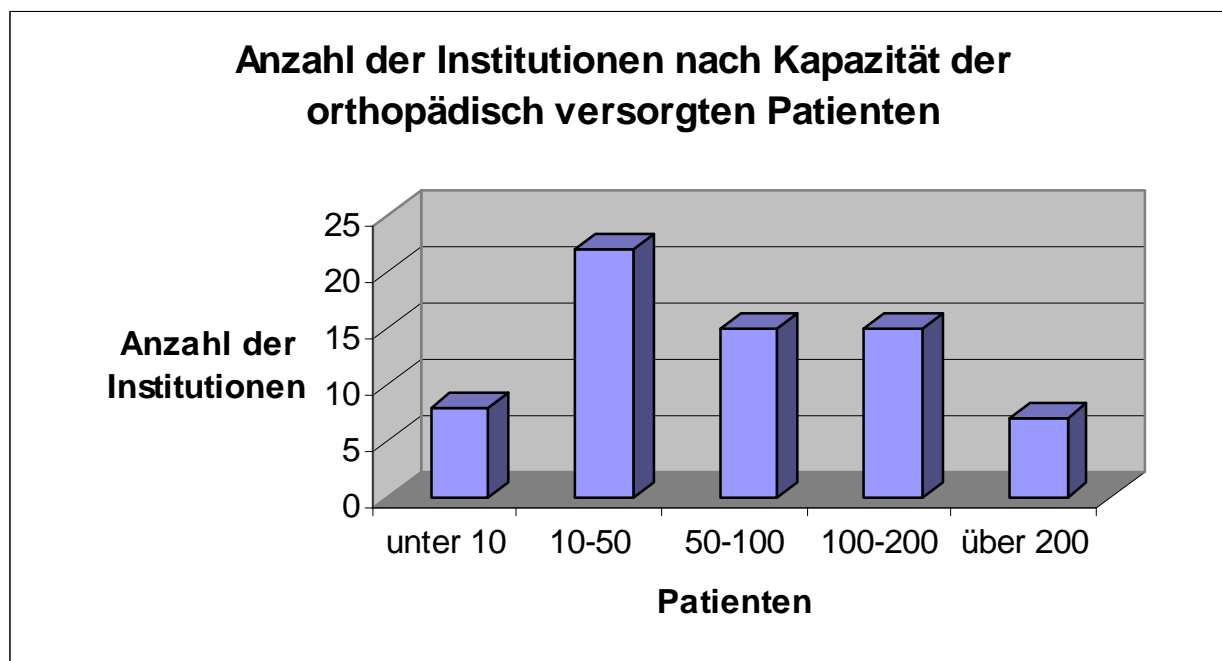


Abb. 18 Ergebnis der Anbieter-Befragung: Einteilung und Anzahl der Institutionen (n=72) nach der Kapazität der Patienten mit neuroorthopädischem Versorgungsbedarf.

Die Gesamtzahl der derzeit orthopädisch versorgten Patienten, die in Einrichtungen in Österreich innerhalb eines Jahres betreut werden, wurde auf etwa 5000 geschätzt.

Bei der differenzierten Auswertung der Bundesländerdaten ergab sich abgesehen von der regionalen Versorgungsdichte bei den meisten Datensätzen kein signifikanter Unterschied. Die Größe der Absolutzahlen lässt statistisch keine differenzierten Aussagen zu den einzelnen Ergebnissen in den Bundesländern zu.

Die Auswertung der versorgten **Altersgruppen** zeigt ein deutliches Übergewicht im Bereich der Kinder und Jugendlichen, was dem vermuteten mangelnden institutionellen Versorgungsgrad im Erwachsenenalter entsprechen würde.

In 49 Institutionen werden Kinder unter 6 Jahren, in 51 zwischen Kinder im Schulalter von 6 bis 15 Jahren, in 27 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 16 bis 30 Jahren, in 11 Institutionen ältere Erwachsene zwischen 31 und 60 Jahren und in 8 Institutionen werden ältere Menschen über 60 Jahren betreut.

Alle folgenden Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der auswertbaren Fragebögen. Die fehlenden Prozentzahlen auf Hundert beinhalten fehlende Angaben durch die Befragten, wobei diese Zahl bei Fragen an Patienten und Behandler zu Operationen und Rehabilitationsaufenthalten aufgrund seltenerer Erfahrungen entsprechend höher ist.

Die Auswertung der Daten zur **Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit** (s. Abb. 19) mit bestimmten Versorgungsbereichen und zu den **Wartezeiten** (s. Abb. 20) zeigte folgendes Ergebnis:

1) 70% der Institutionen waren mit der Zusammenarbeit für die **Schuhversorgung** sehr zufrieden und zufrieden, 17% mäßig und 7% wenig und nicht zufrieden. 42% der Institutionen warteten unter einem Monat, 38% unter drei Monaten und 11% über drei Monaten auf die Versorgung. 88% der Institutionen wünschen sich weniger als ein Monat Wartezeit.

2) 70% waren mit der Zusammenarbeit für **Orthesenversorgung** sehr/zufrieden, 21% mäßig und 4% wenig/nicht zufrieden. 44% warteten weniger als ein Monat, 32% mehr als ein Monat und 14% mehr als drei Monate. 81% wünschten sich weniger als ein Monat Wartezeit auf Orthesen.

3) 61% waren mit der Zusammenarbeit für die **Reha- und andere Hilfsmittelversorgung** sehr zufrieden und zufrieden, 25% mäßig und 6% wenig und nicht zufrieden.

4) 54% der Institutionen waren mit der Zusammenarbeit für **ambulante Therapien** sehr zufrieden und zufrieden, 21% mäßig und 4% wenig und nicht zufrieden.

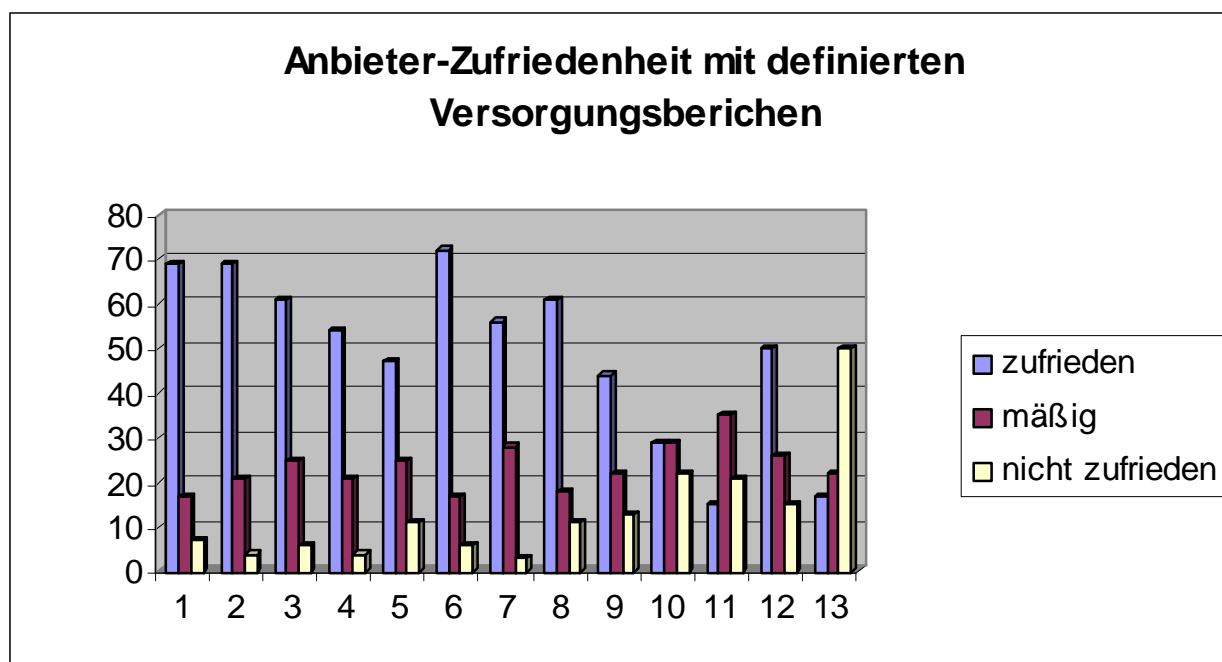


Abb. 19 Ergebnis der Anbieter-Befragung: Zufriedenheit mit den Versorgungsbereichen 1 Schuhe, 2 Orthesen, 3 Reha- und Hilfsmittel, 4 ambulante Therapien, 5 Therapien in Schulen und Werkstätten, 6 orthopädische Untersuchungen, 7 Gipstherapien und BTX, 8 orthopädische Operationen, 9 Akutmobilisierung, 10 stationäre Rehabilitation, Präventionsprogramme, 11 orthopädische Fortbildungen, 12 Kostenübernahme

5) 47% waren mit der Zusammenarbeit für **Therapien in Schulen und Werkstätten** sehr/zufrieden, 25% mäßig und 11% wenig/nicht zufrieden.

6) 72% waren mit der Zusammenarbeit für **orthopädische Untersuchungen** sehr/zufrieden, 17% mäßig und 6% wenig/nicht zufrieden. 43% warteten weniger als ein Monat, 32% weniger als drei Monate, 14% mehr als drei Monate. 62% wünschen sich weniger als ein Monat und 17% weniger als drei Monate Wartezeit.

7) 56% waren mit der Zusammenarbeit für **Therapiegips- und BTX-Behandlungen** zufrieden, 28% mäßig und 3% nicht zufrieden. 36% warteten weniger als ein Monat, 28% weniger als drei Monate und 8% mehr als drei Monate. 53% wünschen weniger als ein Monat, 17% unter drei Monate Wartezeit.

8) 61% waren mit der Zusammenarbeit für **orthopädische Operationen** zufrieden, 18% mäßig und 11% nicht zufrieden. 44% warteten weniger als drei Monate und 38% mehr als drei Monate. 78% wünschen sich weniger als drei Monate Wartezeit.

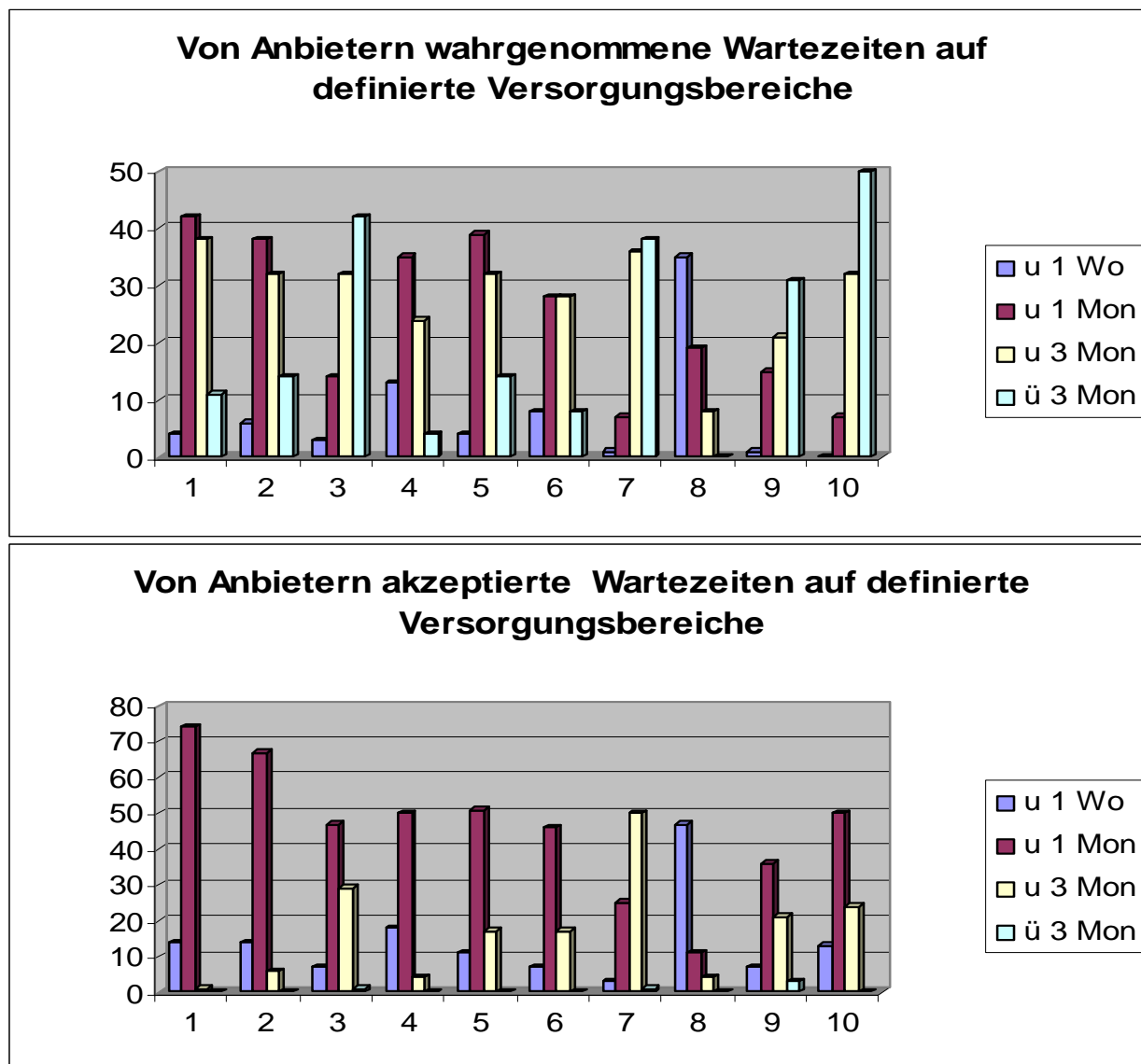


Abb. 20 Ergebnis der Anbieter-Befragung: Wahrgenommene und akzeptierte Wartezeiten für die Versorgungsbereiche 1 Schuhe, 2 Orthesen, 3 Reha- und Hilfsmittel, 4 ambulante Therapien, 5 orthopädische Untersuchungen, 6 Gipstherapien und BTX, 7 orthopädische Operationen, 8 Akutmobilisierung, 9 stationäre Rehabilitation, 10 Kostenübernahme

9) 44% waren mit der Zusammenarbeit für die **Akutmobilisierung** zufrieden, 23% mäßig und 13% nicht zufrieden. 35% warteten weniger als eine Woche, 28% mehr als eine Woche.

10) 29% der Institutionen waren mit der Zusammenarbeit für einen **intensiven stationären Rehabilitationsaufenthalt** zufrieden, 29% mäßig und 22% nicht zufrieden. 30% warteten länger als drei Monate, 85% wünschten sich weniger als drei Monate Wartezeit.

11) 15% waren mit den vorhandenen **Präventionsprogrammen** zufrieden, 35% mäßig und 21% nicht zufrieden.

12) 50% waren mit dem **orthopädischen Fortbildungsangebot** zufrieden, 26% mäßig und 15% nicht zufrieden.

13) 17% waren mit der Zusammenarbeit für die **Kostenübernahme und Finanzierung** sehr zufrieden und zufrieden, 22% mäßig 50% wenig und nicht zufrieden. 7% warteten weniger als ein Monat, 32% weniger als drei Monate und 50% mehr als drei Monate. 13% wünschen sich weniger als eine Woche, 50% weniger als ein Monat, 23% weniger als drei Monate.

Zur Gestaltungsfrage „**Ideen und konkrete Änderungswünsche**“ finden sich auf 31% der Fragebögen, die von Institutionen zurückgesendet wurden, Antworten. Zusammenfassend wurden die folgenden Stellungnahmen - nach der Häufigkeit der Nennungen gereiht – getätigt:

- Bewilligungen für Hilfsmittelversorgungen sollten schneller, unbürokratischer und transparent und adäquat erteilt werden.
- Eine bessere Kontinuität in der Patient-Arzt-Therapeuten-Beziehung mit einer homogeneren Betreuungsstruktur wird gefordert
- Rund um Operationen sollte eine bessere Planung und Organisation, besonders der postoperativen Rehabilitation und Hilfsmittelversorgung stattfinden
- Auf die Qualität der orthopädischen Hilfsmittelversorgung sollte vermehrt geachtet werden.
- Eigene Versorgungs- und Rehabilitationszentren werden in einzelnen Bundesländern besonders ein Versorgungszentrum in Vorarlberg und ein Rehabilitationszentrum in (der Nähe von) Wien.
- Es besteht ein dringender Wunsch nach mehr Workshops und Erfahrungsaustausch.

Zusammenfassend lässt sich aus der schriftlichen Befragung der Anbieter eine hohe Sensibilität für die berufsübergreifende Zusammenarbeit erkennen.

Große Zufriedenheit besteht mit der Zusammenarbeit im orthopädie- und schuhtechnischen Bereich und mit Neuroorthopäden, wo jedoch die Wartezeiten generell auf unter ein Monat reduziert werden sollten.

Probleme gibt es auf dem Gebiet der Reha- und Hilfsmittelversorgungen, speziell mit der Bewilligung der Kostenübernahme.

Die integrative Leistungsfähigkeit der vorhandenen Strukturen sollte besonders rund um komplexere Maßnahmen wie Operationen, Therapiegips- und Botulinumtoxin-Behandlungen verbessert werden. Ein großer Nachholbedarf wird dabei in der

integrierten Zusammenarbeit mit ambulanten Therapien, Therapien in Schulen und Werkstätten, Akut- und Frühmobilisierung und Rehabilitation geortet.

Einzelne regionale Versorgungslücken müssten geschlossen werden.

Weitgehend fehlende Präventions- und Fortbildungsprogramme werden gefordert.

2) Auswertung der Fragebögen an die Nutzer (Patienten):

Die Grundgesamtheit, alle in den 100 wichtigsten österreichischen Institutionen behandelten Patienten mit dauerhaftem orthopädischem Versorgungsbedarf wurde mit etwa 5000 Patienten geschätzt. Davon waren im Juli 2007 in allen Institutionen etwa 800 Patienten in Behandlung.

311 Fragebögen (39% der Stichprobe und 6% der geschätzten Grundgesamtheit) wurden zurückgesendet, davon konnten 253 (32% der Stichprobe und 5% aller Patienten) ausgewertet werden.

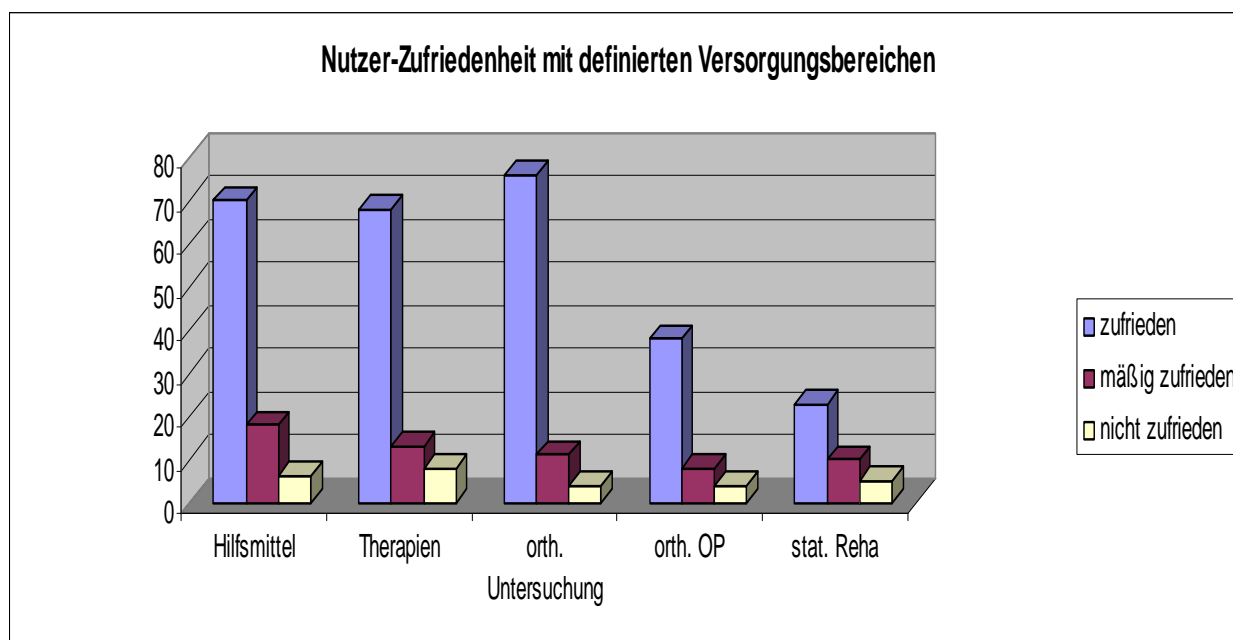


Abb. 21 Ergebnis der Nutzer-Befragung: Zufriedenheit mit definierten Versorgungsbereichen

Die Auswertung der Daten zur **Zufriedenheit** mit bestimmten Versorgungsbereichen (Abb. 21) und zu den **Fahrzeiten**, **Wartezeiten** und zur **Kostenübernahme** zeigte folgendes Ergebnis:

70% sind mit **orthopädischen Hilfsmittelversorgungen** sehr zufrieden und zufrieden, 18% sind mäßig und 6% wenig und nicht zufrieden. Die Fahrzeit wird von 66% mit weniger als zwei Stunden angegeben, jedoch finden 91% eine Fahrzeit von weniger als zwei Stunden akzeptabel. Die Wartezeiten betragen derzeit in 35% über ein Monat, nur 8% finden eine

Wartezeit von über einem Monat akzeptabel. Die Finanzierung erfolgt in 38% komplett und in 52% teilweise durch die Kostenträger, 55% sind damit zufrieden, 19% mäßig und 14% nicht zufrieden.

68% sind mit den **regelmäßigen ambulanten Therapien** sehr zufrieden und zufrieden, 13% sind mäßig und 8% wenig und nicht zufrieden. Die Fahrzeit wird von 73% mit weniger als einer Stunde angegeben, womit allgemeine Zufriedenheit besteht. Die Wartezeiten betragen in 14% weniger und mehr als drei Monate, nur 4% finden jedoch eine Wartezeit von mehr als einem Monat akzeptabel. Die Finanzierung erfolgt in 50% komplett und 33% teilweise durch den Kostenträger, 67% sind damit zufrieden.

76% sind mit den **orthopädischen Kontrolluntersuchungen** sehr zufrieden und zufrieden, 11% sind mäßig und 4% wenig und nicht zufrieden. Die Fahrzeit wird von 12% mit mehr als einer und von 15% mit mehr als zwei Stunden angegeben. 9% finden eine Fahrzeit von mehr als einer und nur 3% von mehr als zwei Stunden akzeptabel. Die Wartezeiten auf einen Termin betragen in 74% unter, in 12% über ein Monat und in 4% über drei Monate, was allgemein für akzeptabel befunden wird. Mit der Kostenübernahme sind 73% zufrieden.

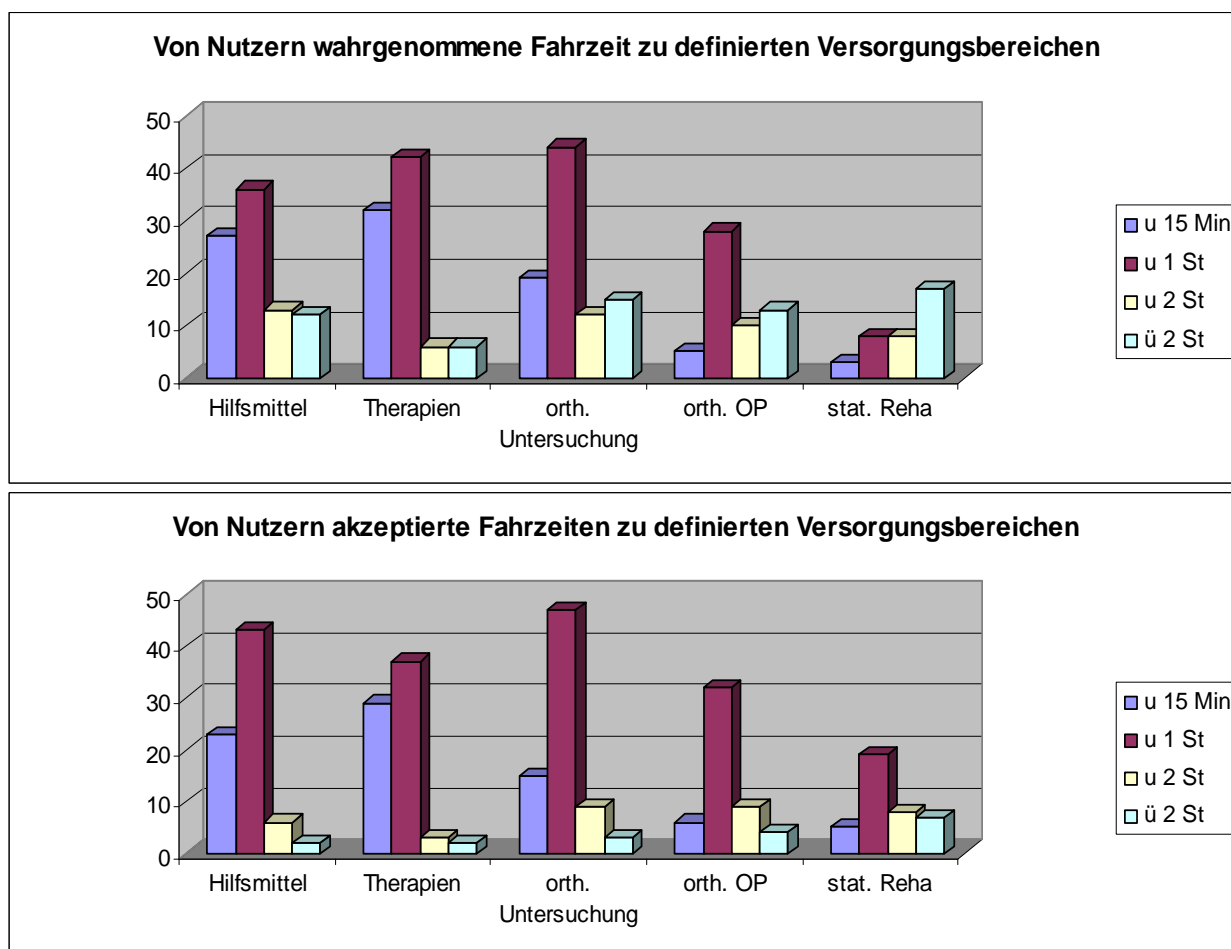


Abb. 22 Ergebnis der Nutzer-Befragung: Wahrgenommene und akzeptierte Fahrzeit zu definierten Versorgungseinrichtungen

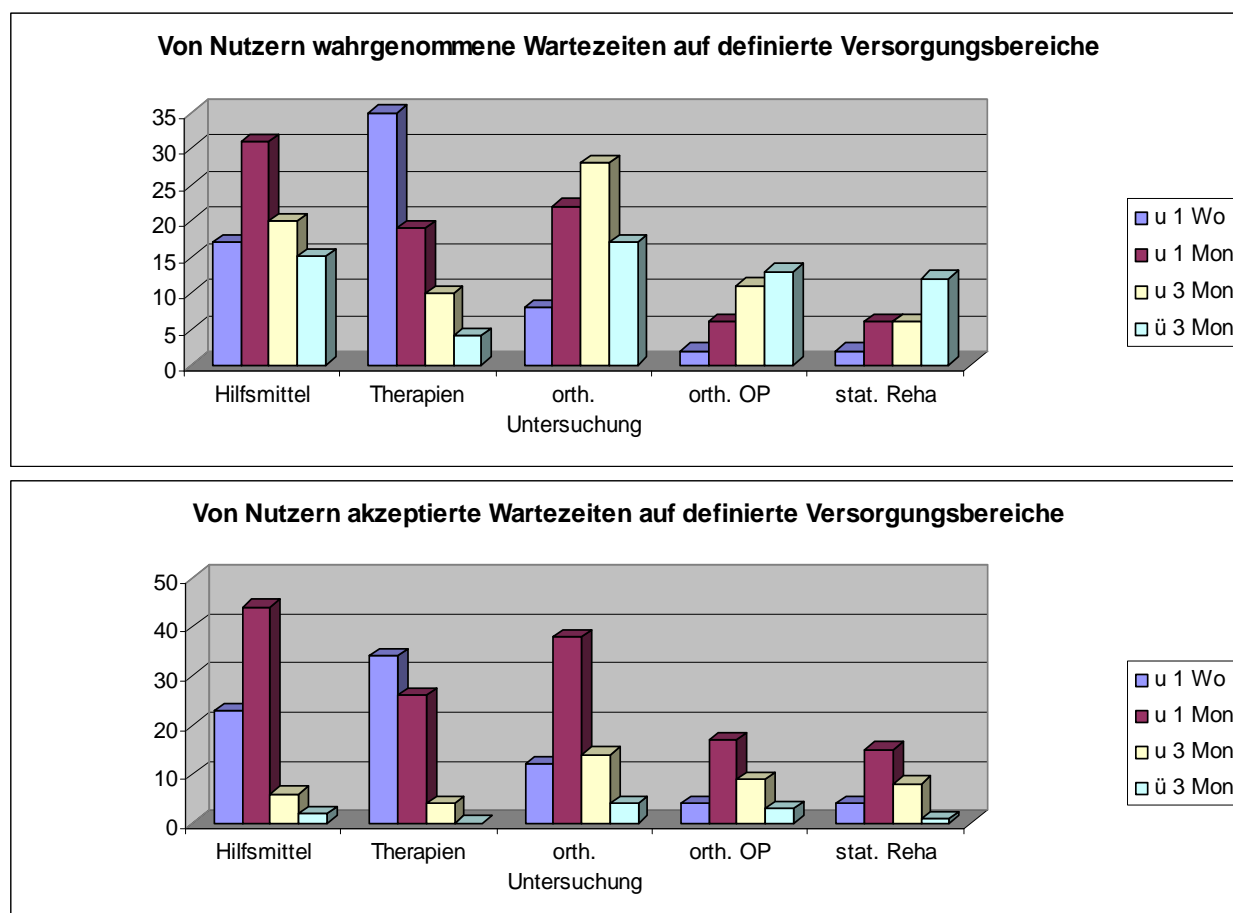


Abb. 23 Ergebnis der Nutzer-Befragung: Wahrgenommene und akzeptierte Wartezeiten auf definierte Versorgungsbereiche

Mit den Bereichen Operationen und Rehabilitationszentren haben weniger Patienten persönliche Erfahrungen, was aus den nur in diesen Bereichen fehlenden Beurteilungen geschlossen werden kann. 50% der Patienten haben zu Operationen und 38% zu Rehabilitation Stellung genommen. Die prozentualen Angaben, die sich auf alle auswertbaren Fragebögen beziehen, werden entsprechend interpretiert.

38% sind **Operationen im Krankenhaus** sehr zufrieden und zufrieden, 8% sind mäßig und 4% wenig und nicht zufrieden. Die Fahrzeit wird von 26% mit weniger als einer und 10% mit weniger zwei Stunden, von 13% mit mehr als zwei Stunden angegeben. 4% halten eine Fahrzeit von mehr als zwei Stunden akzeptabel. Die Wartezeiten betragen in 8% unter einem Monat, 12% finden eine Wartezeit von mehr als einem Monat akzeptabel. Die Finanzierung erfolgt in 32% komplett und 14% teilweise durch den Kostenträger, nur 8% sind damit nicht zufrieden.

23% sind mit den **intensiven Rehabilitationsaufenthalten** sehr zufrieden und zufrieden, 10% sind mäßig und 5% wenig und nicht zufrieden. Die Fahrzeit wird von der Hälfte der

Patienten mit Reha-Erfahrungen mit mehr als zwei Stunden angegeben, nur jeder Fünfte hält dies für akzeptabel. Die Wartezeiten wurden von der Hälfte der Patienten mit Reha-Erfahrungen mit über drei Monaten angegeben, die Akzeptanz dafür ist sehr gering (5% der erfahrenen Patienten). Die Finanzierung erfolgt jeweils etwa zur Hälfte komplett und teilweise durch den Kostenträger, womit mehr als die Hälfte der Patienten zufrieden ist.

Als Ergänzung zur Erhebung des normativen Bedarfs im Bereich I der Studie, speziell des „Wandels des Krankheitswertes“ wurde im Fragebogen die Frage nach der „subjektiven **Lebensqualität**“ eingefügt. Bei der Beurteilung der Lebensqualität wurde diese von 125 Patienten und deren Angehörigen mit sehr gut und gut angegeben, das sind 49,4%, von 69 (27,3%) mit befriedigend und von 28 (11,1%) mit genügend und nicht genügend.

Diese Zahlen stehen in Einklang mit einer aktuellen britischen Studie (Dickinson 2007), die zeigt, dass die meisten Kinder mit Cerebralparese eine ähnliche Lebensqualität wie Gleichaltrige haben und daher „nicht mit Mitleid und Sorge betrachtet werden sollten“. Lediglich bestimmte Kategorien der Lebensqualität wären durch funktionelle Probleme beeinträchtigt.

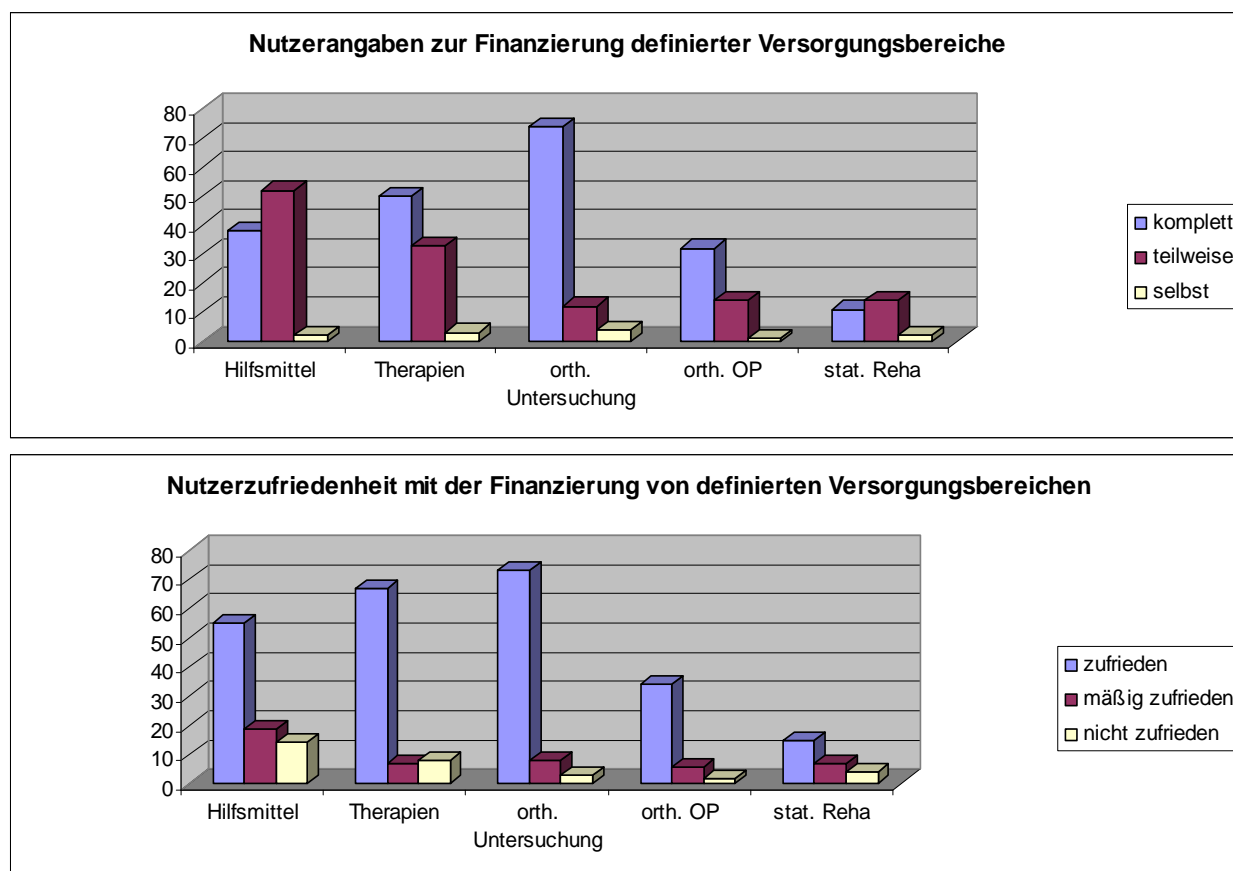


Abb. 24 Ergebnis der Nutzer-Befragung: Art der Finanzierung definierter Versorgungsbereiche und Zufriedenheit

Zur Gestaltungsfrage „**Ideen und konkrete Änderungswünsche**“ finden sich auf 22% der Patienten-Fragebögen Antworten. Zusammenfassend wurden die folgenden Stellungnahmen - nach der Häufigkeit der Nennungen gereiht – getätigt:

- Es besteht ein dringender Wunsch nach einer besseren Organisation der Bewilligungen von orthopädischen Behelfen
- Eine bessere Zusammenarbeit aller Beteiligten Patienten-Ärzte-Rehabilitation-Therapeuten-Kostenträger wird gewünscht
- ein zentrales Therapieverzeichnis und bessere Information und Aufklärung der Patienten werden eingefordert
- Die Hilfsmittelversorgung wird in Hinblick auf Passform, Service und Wartezeiten als verbesserungswürdig betrachtet
- Kritisiert werden viel zu lange Wartezeiten in den Ambulanzen
- barrierefreie und behindertengerechte Räumlichkeiten sind notwendig
- Eine eigene neuroorthopädische Erwachsenenambulanz wird gefordert

Zusammenfassend korrespondieren die Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Nutzer mit denen der Anbieter.

Allgemeine Bedürfnisse sind eine bessere Zusammenarbeit der Mitglieder des Behandlungsteams und mehr Informationen über das therapeutische Angebot.

Prinzipielle Zufriedenheit besteht mit den Versorgungsstrukturen im orthopädie- und schuhtechnischen Bereich und mit Neuroorthopäden, allerdings liegen sowohl Fahrzeiten zu den Einrichtungen als auch Wartezeiten auf Termine generell jenseits eines akzeptablen Bereiches. Nur die Fahrzeiten zu ambulanten Therapien wären generell zufrieden stellend.

Auch für Operationen und Rehabilitationsaufenthalte, mit denen weitgehende Zufriedenheit besteht, werden die bestehenden Wartezeiten länger als akzeptabel angegeben.

Organisatorische Verbesserungen werden bei der Bewilligung der Kostenübernahme von Reha- und Hilfsmittelversorgungen gefordert, die Finanzierung wird in allen Bereichen als zufrieden stellend angegeben.

Die Feststellung, dass die Mehrzahl der existierenden Institutionen Kinder betreut, unterstützt die in den Experteninterviews geäußerte Meinung, dass Menschen mit neuroorthopädischen Erkrankungen ab dem Alter von 15 Jahren derzeit mangelhaft versorgt werden.

6. Zusammenfassung & Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurde der Versuch unternommen einen neuen Weg in der Bedarfserhebung, abseits des Weges der traditionellen Bedarfsanalyse auf reiner Zahlenbasis, zu gehen. Nach einer Analyse von „Bedürfnissen“ aus psychologischer, wirtschaftswissenschaftlicher und medizinischer Sicht und der Identifizierung der Stakeholder der neuroorthopädischen Versorgung in Österreich wurde im Rahmen vorbereitender Interviews, einer Tagungsveranstaltung mit Gruppendiskussion und einer anschließenden schriftlichen Befragung erstmals der Versuch unternommen neben dem quantitativen auch den qualitativen Bedarf für Neuroorthopädie in Österreich zu erheben.

Mithilfe dieses Mehrmethodenzuganges war es möglich eine weitgehende und differenzierte Antwort auf die Frage „Was ist der Bedarf für Neuroorthopädie in Österreich?“ zu finden.

Wie die Zusammenfassungen der Ergebnisse zeigen, konnte mit den einzelnen Methoden jeweils das Ziel der Erhebung eines Teilbereiches der Versorgung erreicht werden.

Wurden - zur Kontrolle des Ergebnisses – einzelne gleiche Teilbereiche mit unterschiedlichen Methoden in unterschiedlichen Stakeholdergruppen abgefragt, konnten deckungsgleiche Antworten als Hinweis auf die Validität der Daten erhoben werden.

Problematisch für die Erhebung des normativen Bedarfs, aber auch der Bedürfnisse erwiesen sich fehlende Basisdaten zur Anzahl von Menschen mit neuroorthopädischen Erkrankungen und „Behinderungen“ in Österreich. Im ambulanten Bereich werden keine diagnosebezogenen Patientenzahlen erfasst, Leistungen können im ambulanten Bereich nicht und im stationären Bereich nur teilweise erfasst werden. Damit verbunden ist das Problem dass auch die Inanspruchnahme von Leistungen nur unvollständig erhoben werden kann.

Bei der Interpretation der Studie ist weiters zu berücksichtigen, dass für die Erhebung der Bedürfnisse in Bereich II nur Anbieter/ Behandler und Nutzer/ Patienten herangezogen werden konnten, die bereits orthopädisch versorgt sind und in einer Institution betreut werden. Eine Dunkelziffer unversorgter Menschen muss angenommen werden.

Eine exakte absolute Zahl von neuroorthopädisch zu versorgenden Patienten konnte daher in dieser Studie nicht erhoben werden. Alle Ergebnisse beziehen sich auf unvollständige absolute Zahlen und geschätzte relative Daten.

Die zusammengeführten Ergebnisse der vorliegenden Studie unterstützen die eingangs formulierten **Hypothesen** in folgender Weise:

- Die Analyse der Epidemiologie und des Wandels neuroorthopädischer Krankheitsbilder und der wachsenden Zahl EBM-basierter Behandlungsmethoden und die Analyse der Experteninterviews und schriftlichen Befragungen unterstützen die Hypothese, dass es **derzeit einen erhöhten Bedarf für Neuroorthopädie in Österreich** gibt.

- Die Ergebnisse der Strukturanalyse, der Interviews, Gruppendiskussion und der schriftlichen Befragungen geben eindeutige Hinweise, dass **das derzeitige Versorgungssystem eine Ineffektivität durch Unterversorgung aufweist**. Betroffen ist vor allem die Versorgung von Patienten über 15 Jahren und außerhalb von Ballungsräumen, weiters die stationäre Früh- und Akutmobilisierung.

- Die exakte Definition der neuroorthopädischen Krankheitsbilder und deren demografische und epidemiologische Analyse zeigen eine Zunahme in den nächsten Jahrzehnten und bestätigen die Hypothese, dass **der Bedarf durch mehr chronische Erkrankungsfälle in Zukunft steigen wird**. Berücksichtigt wird dabei auch, dass aufgrund einer besseren sozialen, pflegerischen und medizinischen Betreuung mehr Menschen mit neuromotorischen Erkrankungen ein höheres Lebensalter erreichen.

- Die Analyse der Interviews und schriftlichen Befragungen weisen auf einen seit Jahren bestehenden Trend hin, dass **mehr Mobilität ist auch für behinderte Menschen erstrebenswert** (und in unserer Gesellschaft notwendig) **ist – dies wurde bisher und wird gelegentlich auch heute nicht als notwendig erachtet**.

- Die Ergebnisse der Experteninterviews und der schriftlichen Befragungen zeigen, dass **die Bedürfnisse behinderter Menschen und ihrer Leistungsanbieter in der Organisations- und Strukturplanung in allen Bereichen berücksichtigt werden müssen**. In besonderer Weise würden komplexe Behandlungsmethoden bei komplexen chronischen Erkrankungen einen höheren Grad an Koordination und Kooperation erfordern, die als Leistungen abgebildet werden müssen.

- Experteninterviews und Befragungen weisen gerade im Zusammenhang mit neuroorthopädischen Krankheitsbildern auf das **Fehlen von Gesundheitsförderungs-, Bildungs-, Präventions- und Screening-Programmen** für chronisch Kranke hin und unterstützen die Hypothese, dass **das Management von chronischen Erkrankungen eines Wechsels von Komm- zur Bring-Struktur bedarf.**

- Ergebnisse der Erhebung der Versorgungsstrukturen und der Befragungen zeigen auf, dass **die bestehende ambulante Betreuung** als Basisversorgung vor allem für Jugendliche und Erwachsene mit neuroorthopädischen Erkrankungen und besonders außerhalb von Ballungsräumen **flächendeckend vervollständigt werden muss.**

- Die Analyse der Interviews und Gruppendiskussion unterstützt die Förderung und Finanzierung koordinierender und kooperierender Strukturen als integrative Leistungsträger des Gesundheitswesens und damit die Hypothese, dass **die bestehende personenabhängige ambulante dezentrale neuroorthopädische Betreuung institutionalisiert werden muss.**

- Interviews, Gruppendiskussion und Befragungen weisen, unter Hinweis auf eine bestmögliche Nutzung der vorhandenen Strukturen und eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe Versorgung darauf hin, dass **die stationäre Versorgung** (zum Beispiel durch Operationen) **in Kombination mit Akut-Remobilisation erfolgen soll.**

- Die Ergebnisse der Experteninterviews, der Gruppendiskussion und der schriftlichen Anbieter- und Nutzer-Befragung bestätigen, dass aufgrund des hohen Informations- und Aufklärungsbedarfs für Nutzer und Weiterbildungsbedarfs für Anbieter **Krankenanstalten der Zukunft auch als Bildungseinrichtungen** zu betrachten und führen sind.

- Experteninterviews, Gruppendiskussion und die schriftliche Befragung der Anbieter zeigen auf, dass **Referenzzentren für Neuroorthopädie in den Versorgungszonen laut ÖSG 2006 zur Erfüllung dieses erweiterten Aufgabenbereiches notwendig** sind.

- Die Analyse der Interviews, Gruppendiskussion und der Befragungen sowohl der Anbieter als auch Nutzer zeigen, dass es **ein organisatorisches Problem in der Finanzierung der orthopädischen Hilfsmittel** gibt.

- Die Ergebnisse der Experteninterviews und Gruppendiskussion unterstützen die Hypothese, dass **eine integrierte Versorgung eine integrierte Finanzierung braucht**.

7. Ausblick

Die vorliegende Studie bietet einen ersten Überblick über den Bedarf und die Bedürfnisse bewegungsbehinderter Menschen mit neuroorthopädischen Erkrankungen in Österreich. Sie soll dazu dienen einen **integrierten Neuroorthopädie-Plan für Österreich** im Rahmen des Arbeitskreises Neuroorthopädie der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie auszuarbeiten, wobei die verwandten Fachgebiete zur Mitarbeit und Entwicklung eines vernetzten, integrierten Konzeptes eingeladen werden.

Wichtige weitere Schritte mit großer Relevanz für zukünftige Studien und die Praxis wären:

- der Aufbau eines **Registers für bewegungsbehinderte Menschen**, die eines bestimmten Grades an orthopädischer oder orthopädietechnischer Versorgung bedürfen.
- Der Ausbau und Aufbau von **lokalen Netzwerken** könnte helfen weitere Untersuchungen zum Bedarf und zu den Bedürfnissen von Menschen mit neuroorthopädischen Erkrankungen zu erleichtern.

Weitere Forschungsarbeiten könnten sich in der Folge der Frage widmen, wie viele Menschen in Österreich in absoluten Zahlen einen Versorgungsbedarf haben, wie diese erreicht und adäquat versorgt werden können.

Die Entwicklung neuer effizienter und effektiver Strukturen der Neuroorthopädie mit hoher integrativer Leistungsfähigkeit, ihre Vernetzung mit Gesellschaft und Wirtschaft könnten im Mittelpunkt weiterführender Studien stehen.

8. Quellenverzeichnis

Badura, B. & Feuerstein, G. (1994) Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim – München: Juventa

Berekoven, L. & Eckert, W. & Ellenrieder, P. (2006) Marktforschung: methodische

- Grundlagen und praktische Anwendung. 11. Aufl. Wiesbaden: Gabler
- Bibliographisches Institut (2004) Das Lexikon der Wirtschaft. Grundlegendes Wissen von A bis Z. 2. Aufl. Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus
- Bibliographisches Institut (2006) Brockhaus Lexikon in 15 Bänden. Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus
- Dickinson, HO. (2007) Self-reported quality of life of 8-12-year-old children with cerebral palsy: a cross-sectional European study. *Lancet* 369(9580): 2171-8.
- Engelbert, A. (1999) Familien im Hilfenetz. Bedingungen und Folgen der Nutzung von Hilfen für behinderte Kinder. Weinheim: Juventa
- Firlinger, B. & Integration Österreich (Hrsg., 2003) Buch der Begriffe. Sprache, Behinderung, Integration. Wien: Ing. W. Adam
- Fleßa, S. (2005) Gesundheitsökonomik - Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken für Mediziner. Berlin – Heidelberg: Springer
- Forschungsinstitut Kindertraum (2005) Lebensqualität und Hilfsbedarf von Familien mit schwer kranken oder behinderten Kindern. Wien: Projektbericht 2005 www.kindertraum.at
- Francke, R. & Hart, D. (2001) Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Gesundheitsrecht und Gesundheitswissenschaften, 1. Baden-Baden: Nomos
- Gerber, G. und Universität Wien: Arbeitsgruppe Sonder- und Heilpädagogik (Hrsg., 2004) Leben mit Behinderung. Ein Bilder- und Lesebuch aus Wissenschaft und Praxis. Wien: Empirie
- Gericke, C. & Busse, R. (2005) Rationierung im Krankenhaus: vertretbar oder gar notwendig? In: Krukemeyer, M.G. et al. (Hrsg.) Krankenhaus und soziale Gerechtigkeit. Stuttgart: Schattauer. S. 53-71
- Goldberg, M.J. (2000) Outcomes Assessment. A National View. New England Medical Center
- Goldstein M (2004) The treatment of cerebral palsy: What we know, what we don't know. *J Pediatr* 145(2 Suppl): S42-6
- Hassenpflug, J. (2006) Versorgungsforschung Orthopädie in der Europa: Was erwarten wir von der optimalen Versorgung eines orthopädischen Patienten? Vortrag Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie Berlin
- Heinen, F. & Bartens, W. (Hrsg.; 2001) Das Kind und die Spastik. Erkenntnisse der Evidence-based Medicine zur Cerebralparese. Bern: Hans Huber
- Kroeber-Riel, W. & Esch, F.R. (2004) Strategie und Technik der Werbung. Verhaltenswissenschaftliche Ansätze. 5. Aufl. Stuttgart-Berlin-Köln: Kohlhammer

- Meyer, M. & Buber, R. (2006) Marketing und Marktforschung. Skriptum Professional MBA Health Care Management. Executive Academy Wirtschaftsuniversität Wien
- Molenaers, G. et al. (1999) Botulinum toxin type A treatment of cerebral palsy: an integrated approach. *Eur J Neurol* 1999; 6/ suppl.4: 51-7
- Moritz, M. (2006) Das österreichische Gesundheitssystem. Skriptum Professional MBA Health Care Management. Executive Academy Wirtschaftsuniversität Wien
- Noack, H. (2006) Public Health. Skriptum Professional MBA Health Care Management. Executive Academy Wirtschaftsuniversität Wien
- Österle, A. (2006) Gesundheitsökonomie und Internationale Systemvergleiche. Skriptum Professional MBA Health Care Management. Executive Academy Wirtschaftsuniversität Wien
- Österreichischer Arbeitskreis Neuroorthopädie (2007) Protokoll der AK-Sitzung 2007 in Salzburg
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen <http://www.oebig.org> – abgefragt am 22. 12. 2006
- Pfäfflin, M & Pöld-Krämer, S. (2003) Behinderte. In: Schwartz, F.W. (Hrsg.) Das Public Health Buch. München: Urban & Fischer. S. 660-674
- Plamper, E. & Lungen, M. (2006) Die stationäre Versorgung. In: Lauterbach, K.W. et al. (2006) Gesundheitsökonomie. Bern: Hans Huber
- Prange, P. (2006) Werte. München: Droemer
- Reichel G (2004) Therapieleitfaden Spastik – Dystonien, 2. Aufl., Bremen: Unimed
- Rosenbrock, R. (2003) Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann, K & Laaser, U. (Hrsg.) Handbuch Gesundheitswissenschaften. 3. Aufl. Weinheim-München: Juventa S. 707-752
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/01) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. In: Gutachten 2000/01 Drucksache 14/5660 des Deutschen Bundestags, 14. Wahlperiode. Berlin
- Schaeffer, D. (2004) Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Hans Huber
- Scheuch, F. (2002) Marketing Leicht Gemacht. Frankfurt-Wien: Ueberreuter
- Schubert, K. & Klein, M. (2006) Das Politlexikon. 4. aktual. Aufl. Bonn: Dietz
- Statistik Austria (2006) Bevölkerungsprognose 2006, Wien: Statistisches Jahrbuch
- Statistik Austria (2007) Gesundheitsstatistik, Wien
- Steffen, P. (2004) Patientenzufriedenheit als Zielgröße für das strategische Krankenhausmanagement. In: Pfaff, H. et al. (2004) Weiche Kennzahlen für das

- strategische Krankenhausmanagement. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Hans Huber
- Stotz, S. (2000) Therapie der infantilen Cerebralparese. München: Pflaum
- Strobl, W.M. (2003) Lebensqualität für das bewegungsbehinderte Kind. Auszüge aus dem Grußwort zum 7. Internationalen Symposium für Neuroorthopädie & Rehabilitation 2003 im Orthopädischen Spital Wien-Speising. In: Gerber, G. et al.(Hrsg., 2004) *Leben mit Behinderung*. Wien: Empirie
- Strobl, W.M. (2004) Zerebralparesen In: Wirth, C.J., Zichner, L. Orthopädie und orthopädische Chirurgie Bd. Becken, Hüfte (Hrsg. Tschauner, C.), Stuttgart: Thieme
- Strobl, W.M. (2005) Critic indications for botulinum toxin: Where are limitations for the use of botulinum toxin A in the treatment plan for cerebral palsy? In: Conference Book: *Controversies in cerebral palsy, 24th meeting Europ Ped Orth Society 2005*
- Strobl, W.M. (2006) Editorial: Was ist Neuroorthopädie? *ADFacharzt Orthopädie* 1/06, 4-5
- Van Lange, P. & De Dreu, C. (2003) Soziale Interaktion: Kooperation und Wettbewerb. In: Stroebe, W. et al. (Hrsg.) *Sozialpsychologie*. Berlin – Heidelberg - New York: Springer
- Wacker, E. (2001) Alter hat Zukunft – demografische Entwicklung älter werdender Menschen mit Behinderung und ihre Konsequenzen. In: Hessisches Sozialministerium (Hrsg.) *Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung – Hessische Erfahrungen*. Marburg S. 57-77
- Wallner, J. (2001) Palliativmedizin: Schnittpunkt von Ethik, Medizin und Ökonomie. *Soziale Sicherheit* 54, H.9, S. 379-386
- Wallner, J. (2004) *Ethik im Gesundheitssystem*. Wien: Facultas UTB
- Williams, A. (1974) „Need“ as a demand concept (with spezial reference to health). In: Culyer, A. (Hrsg.) *Economic policies and social goals*. London: Martin Robertson
- Zimbardo, P. & Gerrig, R. (2004) *Psychologie*. 16. aktual. Aufl. München: Pearson

9. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Gesundheitsökonomisches Rahmenmodell (Fleßa 2005)

Abb. 2 Maslows Bedürfnishierarchie aus Zimbardo & Gerrig

Abb. 3 Motivationsmodell von Richards & Greenlaw aus Fleßa

Abb. 4 Systematischer Zusammenhang von Bedürfnis und Bedarf aus: Sachverständigenrat

Abb. 5 Beispiele für mögliche Gesundheitsbedürfnisse auf Nutzer- und Anbieterseite aus: Wallner 2004

Abb. 6 Bedarf und Bedürfnisse und die Methoden ihrer Messung

Abb. 7 Das Behandlungsteam neuroorthopädischer Erkrankungen und der Stellenwert des integrierten neuroorthopädischen Versorgungsbeitrags, aus: Strobl (2004)

Abb.8 Die häufigsten neuroorthopädischen Erkrankungen im Kindes- und Erwachsenenalter in Österreich, dargestellt anhand der Schädigungslokalisation im menschlichen Bewegungssystem, aus: Strobl (2006)

Abb. 9 Die Neuroorthopädie-Versorgungspyramide zeigt die bestehenden vier Betreuungsebenen für eine integrierte, effektive und effiziente Patientenversorgung, aus: Strobl (2006)

Abb. 10 Zusammenfassung der Literatur zu den Stärken und Schwächen bisheriger Bedarfsanalysen im österreichischen und deutschen Gesundheitswesen

Abb. 11 Überblick über die Erhebungsmethoden

Abb. 12 Vorprogramm der Tagungsveranstaltung

Abb. 13 Bevölkerungsprognose für Österreich 2006 – 2050

Abb. 14 Überblick über neuroorthopädische Erkrankungen und die in Österreich erwartete Änderung ihrer Inzidenz bis 2050

Abb. 15 Überblick über neuroorthopädische Behandlungsmethoden mit evidenzbasierter Bewertung bisheriger Outcome-Studien

Abb. 16 Überblick über bestehende Organisations-, Behandlungs- und Finanzierungsstrukturen für neuroorthopädische Patienten in den österreichischen Versorgungszonen laut ÖSG

Abb. 17 Die Probanden und Themenbereiche der qualitativen Textanalyse

Abb. 18 Ergebnis der Anbieter-Befragung: Einteilung und Anzahl der Institutionen (n=72) nach der Kapazität der Patienten mit neuroorthopädischem Versorgungsbedarf.

Abb. 19 Ergebnis der Anbieter-Befragung: Zufriedenheit mit den Versorgungsbereichen 1 Schuhe, 2 Orthesen, 3 Reha- und Hilfsmittel, 4 ambulante Therapien, 5 Therapien in Schulen und Werkstätten, 6 orthopädische Untersuchungen, 7 Gipstherapien und BTX, 8 orthopädische Operationen, 9 Akutmobilisierung, 10 stationäre Rehabilitation, Präventionsprogramme, 11 orthopädische Fortbildungen, 12 Kostenübernahme

Abb. 20 Ergebnis der Anbieter-Befragung: Wahrgenommene und akzeptierte Wartezeiten für die Versorgungsbereiche 1 Schuhe, 2 Orthesen, 3 Reha- und Hilfsmittel, 4 ambulante Therapien, 5 orthopädische Untersuchungen, 6 Gipstherapien und BTX, 7 orthopädische Operationen, 8 Akutmobilisierung, 9 stationäre Rehabilitation, 10 Kostenübernahme

Abb. 21 Ergebnis der Nutzer-Befragung: Zufriedenheit mit definierten Versorgungsbereichen

Abb. 22 Ergebnis der Nutzer-Befragung: Wahrgenommene und akzeptierte Fahrzeit zu definierten Versorgungseinrichtungen

Abb. 23 Ergebnis der Nutzer-Befragung: Wahrgenommene und akzeptierte Wartezeiten auf definierte Versorgungsleistungen

Abb. 24 Ergebnis der Nutzer-Befragung: Art der Finanzierung definierter Versorgungsbereiche und Zufriedenheit

10. Anhang

Anhang 1 Tagungsprogramm der Vortrags- und Diskussionsveranstaltung im März 2007

Anhang 2 Interviewleitfaden

Anhang 3 Fragebogen für Behandler

Anhang 4 Fragebogen für Patienten