

Versorgungsstudie Physikalische Medizin und Rehabilitation in Österreich

Aktualisierung 2015

Impressum

Fachliche Begleitung/Expertise durch die Expertengruppe Physikalische Medizin und Rehabilitation

Richard Crevenna
Wolfgang Grestenberger
Winfried Habelsberger
Friedrich Hartl
Helmut Kern
Tatjana Paternostro-Sluga
Michael Quittan
Günther Wiesinger

Fachliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH

Gerhard Fülöp
Daniela Kern

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Österreichische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation
Alser Straße 4
1090 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Österreichische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation

Erscheinungsdatum: März 2015

Inhalt

Abkürzungen	4
1 Einleitung	5
1.1 Inhalt und Gegenstand der Studie	5
1.2 Materialien und Methoden	6
2 Bestandsanalyse 2012/2013	8
3 Versorgungskonzept Physikalische Medizin und Rehabilitation (PMR).....	9
3.1 Definition	9
3.2 Anforderungen an die PMR-Versorgung.....	9
3.3 Abgestufte Versorgungsstrukturen der PMR	11
3.4 Qualitätskriterien	14
3.4.1 Qualitätskriterien intramuraler Bereich	14
3.4.2 Qualitätskriterien Extramuraler Bereich	15
4 Abschätzung des künftigen Versorgungsbedarfs – Hypothesenmodell	17
Anhang	19

Abkürzungen

ÄAO	Ärzte-Ausbildungsverordnung
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
EFL	Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit
ET	Ergotherapeuten/-therapeutinnen
FÄ	Fachärzte/Fachärztinnen
GF	Gewichtungsfaktor
GÖ FP	Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH
HVSVT	Hauptverband der öst. Sozialversicherungsträger
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KAC	Krankenanstalten-Code
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
LP	Logopäden/Logopädinnen
MEL	Medizinische Einzelleistung
MM	Medizinische Masseur/Masseurinnen
MTF	Medizinisch-technischer Fachdienst
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ORTR	Orthopädie und Traumatologie
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PMR	Physikalische Medizin und Rehabilitation
PSY	Psychiatrie
PT	Physiotherapeuten/-therapeutinnen
RNS	Remobilisation/Nachsorge
SVT	Sozialversicherungsträger

Anm: mit dem Begriff „Ambulatorien“ sind im nachfolgenden Text Krankenanstalten in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums für Physikalische Medizin und Rehabilitation im extramuralen Bereich zu verstehen.

1 Einleitung

Leistungen der Physikalischen Medizin und Rehabilitation (PMR) sind in den letzten Jahren sowohl innerhalb als auch außerhalb der Krankenanstalten in steigendem Umfang in Anspruch genommen worden. Die Steigerungsraten liegen sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich im zweistelligen Bereich in den letzten 5 Jahren. Dies hängt zum einen mit der bekannten demografischen Entwicklung und der damit einhergehenden Änderung des Krankheitsspektrums zusammen. Zum anderen überleben als Folge der Fortschritte der Akutmedizin immer mehr Menschen schwere Erkrankungen, allerdings mit therapiebedürftigen Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und –strukturen, der Aktivitäten und der Partizipation.

Während für den Großteil der medizinischen Sonderfächer eine weitgehend bedarfsgerechte Versorgung vorliegt, gibt es im gesamten PMR-Bereich - selbst an der Spitze der Versorgungspyramide – offensichtlich eine Unterversorgung, die zwangsweise zur Triagierung von Patienten/-innen führt, sodass notwendige Therapiemaßnahmen zum Teil unterbleiben.

Es ist zu erwarten, dass durch die genannten Entwicklungen künftig noch mehr Leistungen der PMR zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Schmerzlinderung, zur Verbesserung der funktionellen Selbständigkeit und Arbeitsfähigkeit, zur Reintegration in das bisherige Wohnumfeld sowie zur Verringerung des Betreuungs- und Pflegebedarfs erforderlich sind. Weiters können durch frühzeitige remobilisierende Maßnahmen Sekundärkomplikationen vermieden und die stationäre Verweildauer in Akutkrankenhäusern deutlich verkürzt werden.

Die Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer und die zunehmende Auslagerung der Krankenhausträger in den extramuralen Bereich führt zu einem stark zunehmenden Behandlungsbedarf im Bereich PMR im außerstationären Bereich. Zugleich geraten immer größere Personenzahlen in den Bereich von Alterskohorten, die eine umfassende physikalische Kombinationstherapie (insbesondere Schmerztherapie) benötigen. Das Bekanntwerden der schweren Nebenwirkungen sowie deutliche Einschränkungen der Indikation für nichtsteroidale Antirheumatika, sowie der gestiegene Anteil von Patient/-innen, deren Basismedikation und Grunderkrankung den Einsatz der medikamentösen Schmerztherapie limitiert oder verunmöglicht, erzeugt zusätzlichen Therapiebedarf. Die gestiegene Lebenserwartung führt neben einem erhöhten medizinischen Betreuungsaufwand insbesondere zu einem erhöhten Bedarf an physikalisch-rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit.

Zunehmender ökonomischer Druck erzeugt massive Nachfrage nach Verkürzung der Krankenstandsdauern. Die physikalischen Kombinationsbehandlung reduziert nachweislich Krankenstandsdauer und Folgekosten um ca. 25 Prozent.¹

Um auch künftig einen effektiven und effizienten Einsatz von Leistungen der PMR sicherzustellen, ist es notwendig, bedarfsgerecht abgestufte Strukturen der PMR für alle Versorgungsregionen sowie Qualitätskriterien hinsichtlich Leistungsangebot, personeller, räumlicher und apparativer Ausstattung zu definieren. Ziel dieser Studie ist es, basierend auf den Bestimmungen des KAKuG, des Ärztegesetzes, der Ärzteausbildungsordnung (Rasterzeugnis), des Rehabilitationsplans 2012 (mit Planungshorizont 2020) und des ÖSG 2012 ein abgestuftes und bedarfsgerechtes PMR-Versorgungssystem - sowohl für den extramuralen als auch für den intramuralen Bereich der Gesundheitsversorgung - zu erstellen.

Dabei wird extramural von zwei und intramural von vier Versorgungsstufen ausgegangen und es werden jeweils Qualitätskriterien definiert. Schließlich wird der Bedarf an Fachärzten/-innen und Leistungen der PMR bis zum Planungshorizont 2030 abgeschätzt.

1.1 Inhalt und Gegenstand der Studie

Diese Studie beinhaltet folgende **Themen**:

- ✓ Definition des Versorgungsauftrags und Aufgabenbereichs der PMR

¹ Torstensen, T.A., e.a.: Efficiency and Cost of Medical Exercise Therapy, Conventional Physiotherapy and Self-Exercise in Patients with Chronic Low Back Pain. In: Spine 23 (1998), S. 2616-2624.

- ✓ Abgestufte Strukturen der intra- und extramuralen PMR-Versorgung
- ✓ Katalog ambulanter und stationärer Leistungen PMR
- ✓ Zuordnung je einer PMR-Versorgungsstufe zu den Fonds-KA und anderen KA
- ✓ Mindest-Personalplanzahlen für medizinisches Fachpersonal in PMR Einrichtungen von Fonds-KA und anderen KA
- ✓ Qualitätskriterien PMR intramural und extramural
- ✓ Abschätzung des künftigen Versorgungsbedarfs

Gegenstand dieser Studie sind alle medizinischen Einrichtungen, die Leistungen der PMR erbringen:

Stationär: Leistungen, die an stationär aufgenommenen Patienten in öffentlich-rechtlichen und privaten Krankenanstalten erbracht werden.

Ambulant: Leistungen, die für nicht stationär aufgenommene Patienten in den Ambulanzen der Fonds-Krankenanstalten, in privaten Krankenanstalten in der Betriebsform eines selbständigen Ambulatoriums für physikalische Medizin (Institute), in Ordinationen von Fachärzten für PMR, in Ordinationen sonstiger niedergelassener Ärzte sowie von freiberuflich niedergelassenen weiteren relevanten Gesundheitsberufen erbracht werden. In dieser Studie werden nur die medizinischen Einrichtungen und Einheiten der PMR bis zur Ebene der Facharzt-Ordinationen behandelt. Die Erfüllung des Behandlungsvertrages unter ärztlicher Verantwortung ermöglicht es, in diesen Einheiten dem Ökonomiegebot gemäß ASVG nachzukommen. Zudem ist die Vorhaltequalität in diesen Einrichtungen optimal gesichert, zum einen aufgrund der Personalredundanz, zum anderen durch ökonomisch wirksame Synergieeffekte (Mengengerüst). Darunter liegende Einheiten kommen aus Gründen der Versorgungsqualität und der Ökonomie nur subsidiär zur Versorgungssicherung in ruralen Gebieten und für Hausbesuche in Frage.

1.2 Materialien und Methoden

Zugrundegelegt wurden Analysen der derzeitigen Versorgungsstrukturen der PMR. Eine Arbeitsgruppe der Österreichischen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation ermittelte den im Jahr 2012 zur Verfügung stehenden IST-Stand der stationären und ambulanten Versorgung und definierte ein abgestuftes Versorgungskonzept, das sich an europaweit gültigen Richtlinien orientiert.² Dabei wurden bestehende gesetzliche Grundlagen und Planungskonzepte (insbesondere ÖSG 2012, Rehabilitationsplan 2012) berücksichtigt. Grundlagen dieser Leistungserhebung waren:

- » Statistiken bezüglich verrechneter Behandlungen in Facharztordinationen für Physikalische Medizin in Wien mit allen Kassen, sowie in den Ambulatorien für Physikalische Medizin in Wien und NÖ
- » Leistungsstatistiken physikalischer Abteilungen in folgenden Krankenanstalten: KFJ Wien, SMZ Ost Wien, KH Elisabethinen Linz
- » Leistungsstatistiken physikalischer Ambulanzen in folgenden Krankenanstalten: KH Ried/Innkreis, LKH Steyr
- » Leistungsstatistiken des Wiener Krankenanstalten-Verbundes bezüglich ambulanter und stationärer Leistungen für das Jahr 2012
- » Relevante medizinische Leistungen der PRIKRAF-KA
- » Handbuch für die Personalplanung (GÖG/ÖBIG 2010)

² vgl. Weißbuch Physikalische und Rehabilitative Medizin in Europa. In: Phys Med. Rehab Kuror 16: S. 1 – 38. August 2006

- » LKF-Daten der Fondskrankenanstalten für die medizinische Einzelleistungsposition Physiotherapie (MEL PE010) und Ergotherapie (MEL ZN360)
- » Rasterzeugnis für das Sonderfach Physikalische und rehabilitative Medizin (ÄAO 2015)

Die Leistungserhebung erfolgte nach einem einheitlichen Raster (vgl. Anhang Abbildungen). Auf Basis der detaillierten Leistungszahlen der Fachgesellschaft für PMR für die Bundesländer Wien, NÖ und OÖ sowie der bei der GÖ FP verfügbaren Datengrundlagen aus der KA-Statistik und zur Demographie wurde nach Durchführung einer Datenprüfung durch die GÖ FP auf Basis des tatsächlichen Leistungsgeschehens in bestimmten Altersgruppen eine entsprechende „demographische Hochrechnung“ im Sinne einer Grobabschätzung der Leistungsvolumina in der PMR bis zum Jahr 2030 für Österreich insgesamt sowie auf Ebene der Bundesländer erstellt (vgl. dazu Kapitel 4).

Zur Ermittlung des Personalbedarfs für Physikalische Einrichtungen in Krankenanstalten (vgl. KaKUG und österreichweite Landesgesetzgebung) wurden entsprechend den Vorgaben des Handbuchs zur Personalplanung (BIQG 2010) anhand der tatsächlichen Personal-Iststände in Referenzkrankenhäusern in Oberösterreich, Niederösterreich und Wien für die Berufsgruppen der Ärzte, Physiotherapeut/innen, Ergotherapeut/innen, Logopäd/innen, med. Masseur/innen und med. Fachkräfte *Personalkennzahlen* entwickelt. Daneben wurde für alle Krankenanstalten anhand der in der Krankenanstaltenstatistik 2012 aufgelisteten Fachbereiche und der jeweiligen tatsächlichen Bettenanzahl ein *gewichteter Bettenindex* erstellt, der durch verschiedene Gewichtung der Bettenanzahl den unterschiedlichen Therapiebedarf der einzelnen Fachbereiche berücksichtigt.

In weiterer Folge wurde auf den so ermittelten Personalkennzahlen und gewichteten Bettenindex der Personalbedarf der PMR Einrichtungen aller Krankenanstalten ermittelt und ab einer Gesamtpersonenzahl größer gleich 15 Mitarbeiter (in VZÄ Zahlen) aufgelistet (vgl. Tab. 1 im Anhang, blaumarkierte Spalten, Habelsberger 2014).

Das dargestellte Berechnungsmodell ist das zur Zeit aktuellste und genaueste Verfahren zur Personalbedarfsplanung für Physikalische Einrichtungen zur Standardversorgung in Krankenanstalten (alle Hauptleistungen abdeckend, mit Berücksichtigung durchschnittlicher Ausfalls-, Fehl- und Absenzzzeiten). Zusätzliche über den Standardversorgungsbedarf hinausgehende Bedarfe und Tätigkeiten, z.B. ärztliche Betreuung auf bettenführenden Einheiten wie AG/R oder RNS, Teilnahme in Kommissionen und Projekten, Lehr- und Forschungsaufgaben sowie die Dienstposten der Primarii wurden dabei nicht berücksichtigt.

2 Bestandsanalyse 2012/2013

Grundsätzlich werden Leistungen der PMR in den Akut-KA (im Rahmen von rund 500.000 der bundesweit insgesamt rund 2,6 Mio. akutstationären Aufenthalte im Jahr 2013), im spitalsambulanten Bereich (bundesweit rund 1 Mio. Patientenkontakte im Jahr 2013) sowie im extramuralen Bereich (selbständige Ambulatorien für PMR sowie niedergelassene FÄ für PMR mit/ohne Kassenvertrag) erbracht.

Da sich die Strukturen der Referenzeinrichtungen (Krankenanstalten und Institute) im intra- und extramuralen Bereich in den letzten Jahren nicht geändert haben, sind die Referenzwerte für das Jahr 2013 auch für das Jahr 2015 und die Folgejahre anzuwenden.

Medizinische Leistungen der PMR nach Versorgungsbereichen

Für die **akutstationären** Aufenthalte mit Erbringung der MEL „PE010 Physiotherapie im Rahmen eines stationären Aufenthaltes“ bzw. der MEL „ZN360 Ergotherapie im Rahmen eines stationären Aufenthaltes“ ist deren Anzahl (wenngleich diese „nicht split-relevanten“ MEL offenbar nicht immer verlässlich/vollständig dokumentiert werden) zumindest in ihrer Größenordnung bekannt. Ebenso kann die aktuelle „Versorgungslandschaft“ in Bezug auf diese beiden MEL dargestellt und in Differenzierung nach Alters-/Geschlechtsgruppen analysiert werden (vgl. Karten 1 und 2 im Kartenanhang sowie Abb. 2.1 und 2.2. im Anhang Abbildungen).

Im **spitalsambulanten** Bereich können derzeit nur die Patientenkontakte („Frequenzen“ im Sinne von BMG/KDok) im Bereich der mit einem Funktionscode für PMR gekennzeichneten nicht bettenführenden Kostenstellen ausgezählt werden, wobei sich Hinweise darauf ergeben, dass die Handhabung dieser Funktionscodes je nach Region unterschiedlich ist, sodass die Belastbarkeit dieser Mengenangaben eingeschränkt ist. Darüber hinaus gibt es in der derzeitigen KA-Statistik auch noch keine Rückschlussmöglichkeit auf die Natur der erbrachten PMR-Leistungen im spitalsambulanten Bereich.

Im **extramuralen** Bereich sind bundesweit einheitlich dokumentierte Leistungsdaten zur PMR (und auch zu allen anderen Fachrichtungen) erst in Ansätzen bzw. für die vier Pilotbundesländer verfügbar, sodass auf der bundesweiten Datenbasis derzeit noch keine detaillierten Analysen (z.B. hinsichtlich Art und Menge der erbrachten PMR-Leistungen oder in Bezug auf die „Versorgungslandschaft“) möglich sind. Dies sollte sich sowohl für den spitalsambulanten als auch für den extramuralen Bereich in den nächsten Jahren grundlegend ändern (bundesweite Einführung der „ambulanten Dokumentation“ auf Basis des bundesweit einheitlichen „Katalogs ambulanter Leistungen – KAL“). Aus den Erhebungen des BMG ist bekannt, dass es rund 300 **selbstständige Ambulatorien** in Österreich gibt, die einen Leistungsschwerpunkt im Bereich der PMR aufweisen.

Anzahl der Fachärzte/-innen für PMR

Hinsichtlich der Anzahl der in Österreich verfügbaren **FÄ für PMR** lässt sich aus der Ärzteliste der ÖÄK ableiten, dass im Jahr 2014 rund 300 Fachärzt/innen gemeldet waren (darunter rund 150 niedergelassene FÄ bzw. rund 30 FÄ mit Kassenvertrag). Trotzdem können zahlreiche Dienstposten im Bereich PMR nur durch Nicht-Fachärzt/innen besetzt werden.

3 Versorgungskonzept Physikalische Medizin und Rehabilitation (PMR)

3.1 Definition

Gemäß Definition der Union Européenne des Médecines Spécialistes (UEMS) - Section of PRM – ist die Physikalische Medizin und Rehabilitation ein unabhängiges medizinisches Fachgebiet, das sich mit der Förderung der körperlichen und kognitiven Funktionsfähigkeit, Aktivitäten (einschließlich Verhalten) und Teilhabe (einschließlich Lebensqualität) sowie der Modifizierung von persönlichen und Umweltfaktoren befasst. Es ist somit für Prävention, Diagnostik, Behandlung und das Rehabilitationsmanagement von Menschen mit krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen und Komorbiditäten in allen Altersgruppen zuständig (vgl. Weißbuch PMR 2006).

Laut Ärztegesetz ist die Fachrichtung PMR ein Sonderfach der Medizin mit eigener Ausbildungsordnung.

Das Aufgabengebiet der PMR beinhaltet die Diagnose und Therapie krankheitsbedingter Beeinträchtigungen aller Organsysteme und aller Altersgruppen; Prävention bzw. Minimierung von Krankheitskomplikationen und Schmerzen; die Diagnose der Funktionsdefizite sowie die Verbesserung der Funktionsfähigkeit und Aktivitäten zur Ermöglichung der Partizipation in wichtigen Lebensbereichen; alle diese Aktivitäten unter Berücksichtigung des persönlichen, kulturellen und des Umweltkontext der Betroffenen Ziel- und problemorientierte Leistungserbringung in multidisziplinären und -professionellen Teams unter der Leitung und Koordination einer Fachärztin/eines Facharztes für PMR.

Im Detail umfasst das Fachgebiet die Diagnostik, Therapieverordnung und Therapie in den Bereichen der Mechano-, Elektro-, Thermo- und Photodiagnostik, die Mechano-, Bewegungs- und Trainingstherapie, die Ergo-, Elektro-, Thermo-, Photo- und Hydrotherapie, Schmerztherapie, medikamentöse Therapie, die Logopädie, die Inhalation sowie die Balneo- und Klimatherapie. Das Aufgabengebiet der Rehabilitation beinhaltet die rehabilitative Diagnostik mit Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, der Rehabilitationsfähigkeit und –prognose, Planung, An- und Verordnung von Interventionen und Maßnahmen, Versorgung mit Hilfsmitteln und Heilbehelfen und Körperersatzstücken, Rehabilitationsmanagement und die Teamführung aller am Rehabilitationsprozess beteiligten Berufsgruppen sowie die Evaluation der rehabilitativen Maßnahmen (vgl. ÄAO 2015) auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse und der ICF (WHO 2004).

3.2 Anforderungen an die PMR-Versorgung

Bedarfsgerechtigkeit

Die Kapazitäten für die Versorgung durch PMR sind personell, zeitlich, räumlich und apparativ bedarfsdeckend zur Verfügung zu stellen. Die Versorgungsressourcen müssen den geografischen Bedingungen und der Höhe des Interventionsbedarfes entsprechend als gestuftes System mit Zuordnung von Aufgaben, Leistungsangebot und Funktionen vorgehalten werden. Auch die individuellen Patientenbedürfnisse müssen in die Bedarfsplanung einbezogen werden. Der durch die Studie aufgezeigte Bedarf sollte in mehreren Schritten priorisierend bis zum Jahr 2020 umgesetzt werden.

Regionalisierung

Das System der PMR-Versorgung ist so zu gestalten, dass es jedem Betreuungsbedürftigen angemessenen Zugang zu den einzelnen Einrichtungen (intramural, extramural) ermöglicht. Dies erfordert eine Balance zwischen einer notwendigen Zentralisierung aufwendiger und einer Dezentralisierung allgemeiner und häufiger Leistungen.

Die Erreichbarkeit der in dieser Studie gegenständlichen Einrichtungen der PMR (stationär oder ambulant) sollen im ruralen Gebieten im Umkreis von **30 bis 50 km** liegen und innerhalb von **30 Minuten** im Individualverkehr erreichbar sein. In Ballungszentren ist nicht nur auf die Erreichbarkeit im Straßenverkehr, sondern auch auf die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln Bedacht zu nehmen. Im Bedarfsfall können diese Einrichtungen auch die häusliche Versorgung von bettlägerigen und transportunfähigen Patienten sicherstellen. Die Erreichbarkeitsanalyse in Bezug auf die selbstständigen Ambulatorien für PMR gemäß SAMBA-Kataster des BMG zeigt, dass der weitaus überwiegende Teil des Bundesgebiets innerhalb der 30-Minuten-Isochrone liegt – wobei davon auszugehen ist, dass die Versorgung für die außerhalb dieser Isochrone liegenden Regionen zumindest teilweise von den Ambulanzen der dort platzierten Akut-Krankenanstalten übernommen werden könnten oder neue Institutionen gegründet werden müssen (z.B. im nördlichen Waldviertel, in nördlichen Mühlviertel oder im Raum Lilienfeld, vgl. Karte 2 im Kartenanhang).

Zur Sicherstellung der Erreichbarkeit von Einrichtungen der PMR und zur Erreichung einer flächendeckenden Versorgung wird unter Heranziehung von nationalen und internationalen Erfahrungswerten von den folgenden **Rahmenrichtwerten** ausgegangen:

1. Bedarf an Fachärzten der PMR³: 4 Fachärzte pro 100.000 Einwohner im Bundesschnitt für die ambulante und stationäre Versorgung (Weißbuch PMR 2006)
2. Bedarf an ambulanten Versorgungseinheiten Physikalische Medizin (vgl. Kap. 4.2): 1 Versorgungseinheit pro 30.000 Einwohner
3. Bedarf an Versorgungseinheiten der ambulanten Rehabilitation: 1 Versorgungseinheit pro 50.000 Einwohner (möglichst über alle Rehabilitations-Indikationsgruppen laut Rehabilitationsplan 2012; sinnvollerweise auch in Kombination mit einer Versorgungseinheit gemäß Pkt. 2; in Ballungszentren ist auch eine indikationsspezifische ambulante Rehabilitation möglich);

Integration, Koordination und Kooperation

Leistungen der PMR müssen in das System der Gesundheitsversorgung laut bestehender Gesetzeslage integriert sein. Die Abfolge der Leistungsschritte (Diagnostik, Verordnung, Durchführung, Kontrolle) soll in Kooperation mit anderen Leistungserbringern (Sozialdienste, mobile Pflegedienste, etc.) erfolgen.

Qualitätssicherung

Qualitätssicherung ist eine Aufgabe für alle beteiligten Berufsgruppen, die im Team zusammenwirken. Dies ist gerade in der PMR von besonderer Bedeutung, da hier eine Reihe von Professionen kooperativ tätig sind. Ein organisatorisches Mittel dazu ist die Einrichtung von Arbeitsgruppen in der Form von Qualitätszirkeln bis hin zu Systemen des Qualitätsmanagements.

Weitreichende Aktivitäten der Qualitätssicherung sind im Fachgebiet PMR bereits seit längerem verwirklicht.

Das Qualitätsmanagementsystem zahlreicher Einrichtungen ist nach anerkannten Kriterien (wie EN ISO 9000, EFQM, ÖQMED) zertifiziert und/oder in Qualitätszirkeln organisiert. Sie erfüllen die gesetzlichen Vorgaben zur Qualitätssicherung (Struktur- und Prozessqualitätskriterien) gem. Ärztegesetz (§ 49 2 a und b sowie § 118a) bzw. KAKuG (§ 5b) sowie die Vorgaben des ÖSG durchgängig.

³ Betreffend der Zahl von Fachärzten pro 100.000 Einwohnern ist für das Bundesland Wien und andere urbane Ballungszentren von einer mehr als doppelt so hohen Bedarfzahl wie für die anderen Bundesländer auszugehen, da hier Aufgaben der Ausbildung von Fachärzten, der Forschung und Erbringung von Spezialleistungen zu erfüllen sind.

Darüber hinaus wurden von der ÖGPMR detaillierte Grundlagen der Struktur- und Prozessqualität definiert. Basis für sämtliche Aspekte der Qualitätssicherung sind die Prinzipien der ICF. Die Erfüllung des Behandlungsvertrages erfolgt in den betrachteten Einrichtungen ausschließlich unter der Verantwortung eines FA für PMR. Dieser wählt im Rahmen seiner Verantwortung die erforderlichen Untersuchungen, legt den Detaillierungsgrad der Anweisung fest (Therapieverordnung) und hat die Aufsicht über die ausführenden Angehörigen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe. Die Behandlungsverantwortung liegt beim Erfüller des Behandlungsvertrages und ist zur Sicherstellung einer adäquaten Krankenbehandlung erforderlich.

Die Behandlungsverantwortung durch Fachärztinnen und Fachärzte für PMR gewährleistet eine ökonomische Ressourcennutzung. In der Nachsorge ist die Betreuung über Monate, ja bis über Jahre hinweg sicherzustellen. Auch das Entlassungsmanagement zur weiteren extramuralen physikalisch-medizinischen und rehabilitativen Betreuung ist durch Fachärzte für PMR sicherzustellen.

Physikalische und rehabilitative Maßnahmen sollten aus Gründen der Qualitätssicherung und nicht zuletzt auch aufgrund ökonomischer Aspekte vorzugsweise unter Aufsicht und Kontrolle von FachärztInnen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation durchgeführt werden. Bis zum Planungshorizont 2020 ist in den Fonds-KA ein Versorgungsgrad von 66% zu realisieren; dazu ist die Schaffung einer entsprechenden Zahl von Ausbildungsstellen vorzusehen.

3.3 Abgestufte Versorgungsstrukturen der PMR

Abgestufte Versorgungsstrukturen intramural

Folgende Argumente sprechen zwingend für das Vorhalten eines **Zentralinstitutes für PMR** in jeder Form einer KA:

1. Personalredundanz:

In kritischen Bereichen muss eine physikalische Untersuchung und Behandlung jedenfalls ununterbrochen gewährleistet werden. Dies ist in Einheiten, in denen die Therapeuten/Therapeutinnen direkt zur jeweiligen Einheit zugeordnet sind, nicht möglich. Bei Vorhandensein eines Zentralinstitutes können Therapeuten/Therapeutinnen aus weniger kritischen Bereichen wie z.B. Ambulanzen in die kritischen Bereiche wie z.B. Intensivstationen bei Ausfall zugeteilt werden.

2. Triagemöglichkeit:

Bei dem die vorhandenen Kapazitäten übersteigenden Bedarf besteht die Möglichkeit zur krankenhausesweiten fachärztlichen Triage.

3. Zuordnung zum jeweils günstigsten Leistungserbringer:

Viele Anwendungen aus dem Bereich der PMR können von mehreren Berufsgruppen erbracht werden (med. Masseur/in, Heilmasseur/in, medizinisch-technische Fachkraft). Wenn Personal nur der jeweiligen Abteilung zugeordnet wird ist es nicht möglich, die Leistungserbringung dem jeweils kostengünstigsten Teammitglied zuzuweisen.

4. Sicherstellen bedarfsgerechter Fort- und Ausbildung:

Inhalte und Ausmaß der Fortbildung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe müssen laufend dem Bedarf der gesamten KA angepasst werden. Diese Anpassung ist ausschließlich durch die umfassende Expertise des FA für PMR sinnvoll möglich.

Nur im Zentralinstitut für PMR kann eine Ausbildung zum FA für PMR erfolgen (ÄAO). Um eine Ausbildung am gesamten Krankheitsverlauf zu ermöglichen, ist das Vorhalten von Ambulanzen in diesem Bereich unabdingbar, da in Folge der kurzen Liegedauer sonst nur die Akutphase der Krankheiten vermittelt werden kann.

5. Sicherstellen bedarfsgerechter Vorhaltung:

Die physikalischen Therapieanwendungen bedürfen entsprechender Raumressourcen und hochtechnisierter Infrastruktur, wie z.B. Einheiten für medizinische Trainingstherapie, Lokomotion, Unterwassertherapieeinheit, etc. Auch kommt es häufig zur Notwendigkeit von „Servicefenstern“ für diese Geräte. Auf einzelnen Abteilungen verteilte Geräte sind im Falle eines Servicefensters nicht verfügbar, die entsprechende Therapie muss entfallen. Teurere Geräte, die nur zentral vorgehalten werden können, bedürfen dem Vorhandensein eines Zentralinstitutes und können nur so wirtschaftlich ausgelastet werden.

6. Qualitätssicherung über den gesamten Therapieprozess:

Aus der Qualitätslehre ist bekannt, dass der Regelkreis gemäß Deming (1982⁴) die folgenden Phasen: Planen – Durchführen – Überprüfen – Ändern des Planes umfasst. Ein Kernprozess wie z.B. der Therapieprozess in der PMR besteht aus den Phasen: Eingangsprüfung – ärztliche Krankenuntersuchung – ggf. Anforderung bzw. Interpretation von Hilfsbefunden – Therapieverordnung – Sicherstellung der Durchführung der Therapie – Prozesssteuerung des Therapieprozesses insbes. in Hinblick auf dessen Qualitätsfähigkeit – Monitoring der Prozessparameter und Analyse der Ergebnisse – Veranlassung von Korrekturmaßnahmen bei Abweichungen – Abschlusskontrolle und Feststellen des Prozessendes. Bei Zuweisung der Therapeuten/Therapeutinnen zu den einzelnen Abteilungen kommt es zu einer Fragmentierung des Gesamtprozesses, da die dann nur noch konsiliarisch einholbare Expertise des FA für PMR nur noch in die Planung des Prozesses einfließt.

7. Haftungsvermeidung:

Die Durchführung physikalischer Therapiemaßnahmen erfolgt bei MTD's und Heilmassagisten/Heilmassagistinnen eigenverantwortlich, bei MTF und medizinischen Massagisten/Massagistinnen unter ärztlicher Aufsicht. Die ärztliche Anordnung steckt einen Rahmen für die Handlungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, die je nachdem eigenverantwortlich oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgen. Der anordnende Arzt steht haftungsrechtlich für die eingeräumte Weite des gesteckten Rahmens ein, den er gemäß Risikogeneigtheit der Maßnahme, Risikopotenzial des Patienten sowie seiner Einschätzung der Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen der durchführenden Person zu wählen hat. Während bei Vorhandensein eines Zentralinstitutes für PMR der Behandlungsauftrag von der jeweiligen Abteilung an das Zentralinstitut ergeht und sohin der FA für PMR für die Detaillierung der Anordnung und das Stecken der Weite des Rahmens verantwortlich ist, ist bei Nichtvorhandensein eines Zentralinstitutes für PMR der/die jeweils anordnende Arzt/Ärztin der Abteilung dafür verantwortlich. Da naturgemäß in klinischen Sonderfächern anderer Sparten die Kenntnisse und Erfahrungen aus dem Bereich PMR nicht in dem Ausmaß wie bei FÄ für PMR vorhanden sind, steigt das Risiko haftungsbegründender Therapieauswahl bzw. Steckung des Handlungsrahmens in unverantwortbarer Weise an. Die wirtschaftlich-ökonomischen Folgen sind neben Schadenersatz und Schmerzensgeld auch deutlich höhere Haftpflichtversicherungsprämien.

8. Gesamtökonomische Betrachtung:

Die Effekte gemäß Pkt. 1 bis 7 ergeben aus empirischen Daten der Bundesfachgruppe für PMR Einsparungen von ca. 20 Prozent der Gesamtkosten im intramuralen Bereich (gemäß einer Studie eines Krankenhausträgers eines Bundeslandes).

Im Kontext der aktuellen Planungsgrundsätze für die **intramurale** Versorgung erfolgt eine **Typisierung der PMR-Versorgung** in Krankenanstalten in **vier Stufen**:

Stufe 1: Grundversorgung, zumindest konsiliarfachärztliche PMR Betreuung

⁴ Deming, W.E: Out of the Crisis. Massachusetts Institute of Technology, Cambridge 1982, ISBN0-911379-01-0, S. 88

Stufe 2: Zentraleinrichtung für PMR, Leitung/ Aufsicht durch PMR FA: in KA ab einer Gesamtpersonenanzahl größer gleich 15 Personen (vgl. Tab. 1 im Anhang)

Stufe 3: Institut für PMR mit dem kompletten Angebot der diagnostischen und therapeutischen Leistungen des Sonderfaches, Leitung durch PMR FA (Primariat): jedenfalls in Zentralversorgungs-KA und je nach Landesgesetzgebung auch in Schwerpunkt-KA, sowie jedenfalls ab einer Arztpersonenanzahl von größer gleich 4 (vgl. Tab. 1 im Anhang)

Stufe 4: Universitätsklinik/ Lehrstuhl für PMR, mit dem kompletten Angebot der diagnostischen und therapeutischen Leistungen des Sonderfaches

Ab der Stufe 3 sollten entsprechend den Vorgaben des ÖSG auch bettenführende Einheiten zur RNS und AG/R unter Leitung eines FA für PMR betrieben werden, damit die Potenziale der Personalredundanz, organisatorischer und infrastruktureller Ressourcen optimal genutzt werden können (vgl. ÖSG 2012, Kapitel 2.6.2 und 2.6.3 sowie die o.s. Ausführungen zu Beginn des Abschnitts 3.3).

Die **Zuordnung einzelner KA** zu den definierten Versorgungsstrukturen ist der Tabelle 1 im Anhang zu entnehmen.

Ambulante Versorgungseinheiten physikalische Medizin und Rehabilitation

Für die **extramurale** Versorgung mit den Leistungen der PMR sind zwei Stufen vorzusehen:

Stufe 1: Versorgungseinheit der **Kuration**: Ordinationen von Fachärzten der PMR, Ambulatorien der PMR sowie Ambulanzen von Krankenanstalten; Erfüllung des Behandlungsvertrages durch die Diagnostik, Durchführung und/oder Anordnung der Behandlungen. Die Anwendung der Behandlungen erfolgt unter der medizinischen, organisatorischen und ökonomischen Verantwortung des frei beruflich tätigen Facharztes für PMR (Ordinationen) bzw. ärztlichen Leiters des Ambulatoriums (Facharzt für PMR)

Stufe 2: Versorgungseinheit der ambulanten Rehabilitation: Rehabilitation ist die Intervention auf zumindest 2 Ebenen des ICF-Systems (Körperfunktion und –struktur, Aktivität, Partizipation, Kontext) unabhängig von der zugrundeliegenden Erkrankung. Durchführung ambulanter Rehabilitation sowohl in Krankenanstalten (PMR-Ambulanzen in Akut-KA und in Ambulatorien) als auch in Facharztordinationen für PMR⁵.

Es wird auf den Österreichischen Rehabilitationsplan 2012 verwiesen, wobei anzumerken ist, dass aufgrund der Bestimmungen des Rasterzeugnisses für PMR, des Ärztegesetzes, der Ärzteausbildungsordnung für PMR und der gängigen Praxis der Facharzt für PMR zur Rehabilitation aller im Rehabilitationsplan angeführten Indikationen berechtigt und befähigt ist.

Diese ambulanten Versorgungseinheiten können Stufe 1 und Stufe 2 kombiniert oder jede für sich anbieten.

⁵ Diese Festlegung erfolgt aus sachlichen Gründen, unabhängig von der sozialversicherungsrechtlichen derzeitigen Situation

3.4 Qualitätskriterien

3.4.1 Qualitätskriterien intramuraler Bereich

Personalausstattung

Die qualitative und quantitative personelle Ausstattung muss die Durchführung der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Leistungen ermöglichen und der Patientenzahl Rechnung tragen. Das Team setzt sich je nach Struktur der Versorgungseinrichtung aus Angehörigen der folgenden Berufsgruppen und in der Tabelle 1 angeführten Mindestzahl zusammen:

- ✓ Leitung: Fachärztinnen/-ärzte für PMR
- ✓ Zusätzliches ärztliches Personal
- ✓ Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
- ✓ Physiotherapeutinnen/-en
- ✓ Ergotherapeutinnen/-en
- ✓ Logopädinnen/-en
- ✓ MTF
- ✓ Med. Masseur/Heilmasseur
- ✓ Klin. Psychologen, Psychotherapeutin/Psychotherapeut,
- ✓ Sonstige therapeutische Gesundheitsberufe
- ✓ Sozialarbeiter
- ✓ Techniker (z. B. Orthopädietechniker)
- ✓ Sportwissenschaftler

Technisch-apparative und räumliche Ausstattung

Versorgungsstufe 1 bis 4

Die technisch-apparative und räumliche Ausstattung muss die Durchführung der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Leistungen ermöglichen und der Patientenzahl Rechnung tragen. Es ist möglich, die erforderliche räumliche Ausstattung auch durch Multifunktionsräume sicherzustellen, solange die Intimsphäre des Patienten gewahrt bleibt.

Versorgungsstufe 2 bis 4

- ✓ Jedenfalls Hydro- und Balneotherapie;
- ✓ In Einrichtungen mit Abteilungen für ORTR und NEU: Unterwasserbewegungsbecken

Leistungsangebote

Diagnostische Leistungen

- ✓ Diagnostik und Assessment von relevanten Beeinträchtigungen der Körperfunktion und -struktur, Aktivität und Partizipation sowie der Kontextfaktoren
- ✓ Ab Stufe 2 bis Stufe 4 je nach Erfordernis der Versorgungseinrichtung apparative Struktur- und Funktionsdiagnostik (z.B. Reizelektrische Untersuchung, EMG, ENG, Dynamometrische Muskelkraftmessung,

Oszillometrische Untersuchung, Ultraschall Doppler) sowie apparative Diagnostik der Aktivität (z. B. Posturographie, Pedobarographie, EFL) erforderlich

Therapeutische Leistungen

- ✓ Ärztliche Interventionen
- ✓ Physikalische Modalitäten (wie Packung, Massage, therapeutischer Ultraschall, Elektrotherapie etc.)
- ✓ Bewegungstherapie
- ✓ Trainingstherapie
- ✓ Funktions- und ADL-Training
- ✓ Wahrnehmungs- und Psychokognitives Training
- ✓ Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Dysphagie-Therapie
- ✓ Versorgung mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln und assistiven Technologien
- ✓ Sonstige therapeutische Maßnahmen durch o.g. Berufsgruppen

3.4.2 Qualitätskriterien Extramuraler Bereich

Stufe 1: Ambulante Versorgungseinheiten physikalische Medizin

Hinsichtlich der erforderlichen Qualitätskriterien wird für diesen Bereich grundsätzlich auf § 49 Abs. 2 Ärztegesetz sowie auf die Qualitätssicherungs-Verordnung 2012 (QS-VO 2012) verwiesen.

Personalausstattung

Für die Anwendungen sind gemäß Leistungsspektrum entsprechende Teammitglieder aus obiger Auflistung in ausreichender Zahl vorzuhalten.

Technisch-apparative und räumliche Ausstattung

Stufe 1: Ambulante Versorgungseinheiten physikalische Medizin

Vgl. grundsätzlich § 49 Abs. 2 Ärztegesetz sowie Qualitätssicherungs-Verordnung 2012 (QS-VO 2012); Technisch-apparative und räumliche Ausstattung gemäß den gesetzlichen Bestimmungen; insbesondere Gewährleistung von vertraulicher Kommunikation und dem Leistungsspektrum angemessener technisch-apparativer Grundausstattung

Stufe 2: Versorgungseinheit der ambulanten Rehabilitation

Einhaltung der im Rehabilitationsplan 2012 definierten Qualitätskriterien in Hinblick auf räumliche, technische Ausstattung für Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation;

Mindestleistungsspektrum

Diagnostische Leistungen

- ✓ Diagnostik und Assessment von relevanten Beeinträchtigungen der Körperfunktion und -struktur, Aktivität und Partizipation sowie der Kontextfaktoren
- ✓ apparative Struktur- und Funktionsdiagnostik (z. B. Reizelektrische Untersuchung, EMG, ENG, Oszillometrische Untersuchung, Ultraschall Doppler); falls optional angeboten: apparative Diagnostik der Aktivität

Therapeutische Leistungen (je nach Erfordernis der Versorgungseinrichtungen)

- ✓ Ärztliche Interventionen
- ✓ Physikalische Modalitäten
- ✓ Bewegungstherapie
- ✓ Trainingstherapie
- ✓ Funktions- und ADL-Training , wenn in der betreffenden Indikation erforderlich
- ✓ Wahrnehmungs- und Psychokognitives Training
- ✓ Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Dysphagie-Therapie, wenn in der betreffenden Indikation erforderlich
- ✓ Versorgung mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln und assistiven Technologien
- ✓ Hausbesuche und sonstige therapeutische Maßnahmen, wenn in der betreffenden Indikation erforderlich

Stufe 2: Versorgungseinheit der ambulanten Rehabilitation

Für Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation gelten grundsätzlich die im Rehabilitationsplan 2012 definierten Qualitätskriterien in Hinblick auf räumliche, technische Ausstattung, Leistungsangebot und Personalausstattung (vgl. Tabelle 3.10 ff. und alle anderen Rehabilitations-Indikationsgruppen außer PSY) oder die jeweils gültigen Rahmenverträge für ambulante Rehabilitation des HVSVT.

Leistungskatalog PMR

Der Katalog dient zur Dokumentation ambulanter Leistungen (KAL) und wurde von der ÖGPMR und der Bundesfachgruppe Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation erarbeitet. Er ist elektronisch von der Homepage der ÖGPMR downloadbar (vgl. www.oegpmr.at).⁶

⁶ Anmerkung: Er darf unter der Auflage der unveränderten Anwendung frei verwendet werden.

4 Abschätzung des künftigen Versorgungsbedarfs – Hypothesenmodell

Datengrundlagen und Methoden

Auf Basis der bei der GÖ FP verfügbaren Datengrundlagen aus der KA-Statistik sowie zur Demographie sowie anhand detaillierter Leistungszahlen der Fachgesellschaft für PMR für die Bundesländer Wien, NÖ und OÖ wurde nach Durchführung einer Datenprüfung durch die GÖ FP auf Basis des tatsächlichen Leistungsgeschehens in bestimmten Altersgruppen eine entsprechende „demographische Hochrechnung“ im Sinne einer Grobabschätzung der Leistungsvolumina in der PMR bis zum Jahr 2030 für Österreich insgesamt sowie auf Ebene der Bundesländer erstellt. Diese Grobabschätzung ist im Sinne eines (auf z.T. sehr kleinen Stichproben bzw. auf einer reinen „demographischen Hochrechnung“ des Ist-Stands basierenden) **Hypothesenmodells** zu verstehen und impliziert keine Aussagen zum tatsächlich bestehenden künftigen Leistungsbedarf. Die Ergebnisse aus diesem als Simulationsmodell konzipierten Hypothesenmodell werden nach den drei in Kapitel 1 erwähnten Versorgungsbereichen sowie weiters nach den PMR-relevanten Segmenten „Ärztliche Leistung (A)“, „Bewegungstherapie (B)“, „Ergotherapie (E)“ sowie „Modalität (M)“ (=Anwendung physikalischer Verfahren) differenziert und können stichwortartig wie folgt skizziert werden:

- » **Akutstationärer** Bereich: Bundesweiter Anstieg der Leistungsanspruchnahme insgesamt um rund 9 % bis 2020 bzw. um rund 22 % bis 2030 (höhere Steigerungsraten in Bezug auf männliche Patienten als in Bezug auf weibliche Patientinnen, insbesondere in den Bereichen (A) und (E), vgl. Abb. 4.1 im Anhang); höchste Steigerungsraten in den westlichen Bundesländern sowie in NÖ (vgl. Abb. 4.4 im Anhang; das Ost-Westgefälle sowie die Sonder-Situation in den südlichen Bundesländern soll in dieser Abbildung durch eine spezielle Reihung der Bundesländer hervorgehoben werden).
- » **Spitalsambulanter** Bereich: Bundesweiter Anstieg der Leistungsanspruchnahme insgesamt um rund 8 % bis 2020 bzw. um rund 18 % bis 2030 (höhere Steigerungsraten auch hier in Bezug auf männliche Patienten, insbesondere in den Bereichen (A) und (B), vgl. Abb. 4.2 im Anhang); höchste Steigerungsraten in Vorarlberg und in NÖ (vgl. Abb. 4.4 im Anhang)⁷.
- » **Extramuraler** Bereich: Bundesweiter Anstieg der Leistungsanspruchnahme insgesamt um rund 8 % bis 2020 bzw. um rund 15 % bis 2030 (höhere Steigerungsraten auch hier in Bezug auf männliche Patienten, insbesondere im Bereich (M), vgl. Abb. 4.3 im Anhang); höchste Steigerungsraten in Vorarlberg und in NÖ (vgl. Abb. 4.4 im Anhang)⁸.

Aufgrund der erheblichen Unsicherheiten in der Datenbasis für dieses Hypothesenmodell wäre eine Neudurchrechnung nach Vorliegen einer vollständigen und Sektoren übergreifend einheitlichen „ambulanten Dokumentation“ („KAL-Daten“) angezeigt.

Bestand und künftiger Bedarf an FÄ für PMR

Gemäß Ärzteliste der ÖÄK waren per Juli 2014 insgesamt 308 Fachärzte/-innen für PMR in Österreich berufstätig, wobei das **Durchschnittsalter** dieser FÄ bei **51,6 Jahren** lag (niedergelassene FÄ 52,2 Jahre, angestellte FÄ mit 50,6 Jahren etwas jünger). Die detaillierte Analyse der Altersstruktur der FÄ für PMR zeigt einen Schwerpunkt in den Altersgruppen zwischen 50 und 60 Jahren (vgl. Abb. 4.5. im Anhang). Dies hat zur Folge, dass bei einem angenommenen durchschnittlichen Pensionsalter von 65 Jahren rund **180 oder 60 %** dieser FÄ bis zum Jahr 2030 in die Pension abwandern werden und durch entsprechenden FÄ-Nachwuchs ersetzt werden müssen, wenn zumindest der derzeitigen Stand an FÄ für PMR gleich gehalten werden soll (bei einer analog der o.s. dargestellten erwarteten Erhöhung des Leistungsvolumens Steigerung der FÄ-Anzahl um eine Größenordnung von **15 bis 20 Prozent** wäre der Ersatzbedarf dementsprechend noch höher). Die regionale Analyse der %-Anteile an pensionsbedingten Abgängen weist darauf hin, dass voraussichtlich sowohl die städtischen

⁷ Künftig ist eine Verlagerung vom spitalsambulanten in den extramuralen Bereich erwartbar, aber nicht quantifizierbar.

⁸ Nach den Erfahrungen/Berechnungen der Fachgesellschaft PMR bleiben zudem Patienten/-innen in Wien in einer Größenordnung von rund 15 Prozent trotz dringenden Behandlungsbedarfs aufgrund langer, unzumutbarer Wartezeiten (zwischen Anmeldung und Therapiebeginn) unbehandelt.

Regionen (Wien, Klagenfurt, Innsbruck) als auch die ländlichen Regionen im Südosten des Bundesgebiets von besonders hohen Abgangsraten betroffen sein werden (vgl. Karte 3 im Anhang).

Gemäß GÖG-„Ärztebedarfsstudie“⁹ zeigen sich bezüglich des künftigen Bedarfs an Fachärzten/-ärztinnen für PMR ähnliche Ergebnisse: Demnach ergibt sich je nach Berechnungsvariante eine Steigerung des prognostizierten Bedarfs an PMR-Ärzten von 2013 bis 2030 von 16 bis 22 Prozent (vgl. GÖG/ÖBIG 2012, Tabellen 5.7 und 5.8).

Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass sich durch die ab 2015 geplante Umstellung der Ärzteausbildung auch in der Fachrichtung PMR die **Verweildauer** der auszubildenden FÄ für PMR auf den Ausbildungsplätzen für PMR und somit auch die Anzahl an bedarfsnotwendigen PMR- Ausbildungsplätzen tendenziell erhöhen wird (Verweildauer bisher 6 Jahre minus ca. 2 Jahre Ausbildung im Gegenfach; Verweildauer künftighin 6 Jahre minus 9 Monate allgemeine „Basisausbildung“). Diese Rahmenbedingungen sind bei der Bemessung der künftigen Ausbildungskapazitäten für PMR jedenfalls zu berücksichtigen.

Da in KA der Versorgungsstufen 1 und 2 jeweils nur 1 FA für PMR vorgesehen ist, wird dringend empfohlen, im Zuge der Definition der PMR als Mangelfach ein Ausbildungsverhältnis von 1:1 zu normieren, da der Forderung von 2 FÄ pro Ausbildungsstelle sonst nur in KA der Stufe 3 und 4 nachgekommen werden könnte, was angesichts der Altersstruktur zu einer logarithm. Abnahme der Anzahl der FÄ für PMR bei gleichzeitig steigendem Bedarf führen würde.

Grobabschätzung der ökonomischen Effekte der Physikalischen Kombinationstherapie im extramuralen Bereich für Wien und Österreich insgesamt

Zur Grobabschätzung der ökonomischen Effekte im Bereich PMR/Physiotherapie durch Verkürzung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit wurde ein Hypothesen-Modell zur "Abschätzung der Krankenstands-Kostendämpfung durch PMR " erstellt, wobei einerseits die publizierten Basisdaten des HVSV und andererseits bundesweite Daten aus der Krankenstands-Statistik und der Statistik Austria herangezogen wurden. Aufgrund der getroffenen Annahmen sind auf Basis der Ergebnisse von Torstensen e.a. (1998)¹⁰ Kostendämpfungs-Effekte aufgrund verkürzter Arbeitsunfähigkeit durch Maßnahmen im Bereich PMR für ganz Österreich in der Größenordnung von € 450 Mio. pro Jahr zu vermuten.

⁹ GÖG /ÖBIG 2012: Ärztinnen/Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 - 2030

¹⁰ Torstensen, T.A., e.a.: Efficiency and Cost of Medical Exercise Therapy, Conventional Physiotherapy and Self-Exercise in Patients with Chronic Low Back Pain. In: Spine 23 (1998), S. 2616-2624

Anhang

Abbildungen

Abbildung 2.1: Alters-/Geschlechtsgruppen-spezifische Inanspruchnahme in Akut-KA 2012 (MEL PE010 Physiotherapie)

Abbildung 2.2: Alters-/Geschlechtsgruppen-spezifische Inanspruchnahme in Akut-KA 2012 (MEL ZN360 Ergotherapie)

Abbildung 4.1: Hypothetische Entwicklung der Inanspruchnahme nach Geschlecht und Leistungsgruppen 2013-2030 (akutstationärer Bereich)

Abbildung 4.2: Hypothetische Entwicklung der Inanspruchnahme nach Geschlecht und Leistungsgruppen 2013-2030 (spitalsambulanter Bereich)

Abbildung 4.3: Hypothetische Entwicklung der Inanspruchnahme nach Geschlecht und Leistungsgruppen 2013-2030 (extramuraler Bereich – selbstständige Ambulatorien und niedergelassene Ärzte/-innen für PMR)

Abbildung 4.4: Hypothetische Entwicklung der Inanspruchnahme nach Bundesländern und Versorgungs-Bereichen 2013-2030

Karten

Karte 1: Krankenhaushäufigkeit 2013 - MEL im Bereich PMR (MEL PE010, ZN360)

Karte 2: Natürliche Einzugsbereiche und Erreichbarkeit der selbstständigen Ambulatorien für PMR 2014

Karte 3: Anteil der Fachärzte/-innen für PMR im Alter von 50 und mehr Lebensjahren 2014

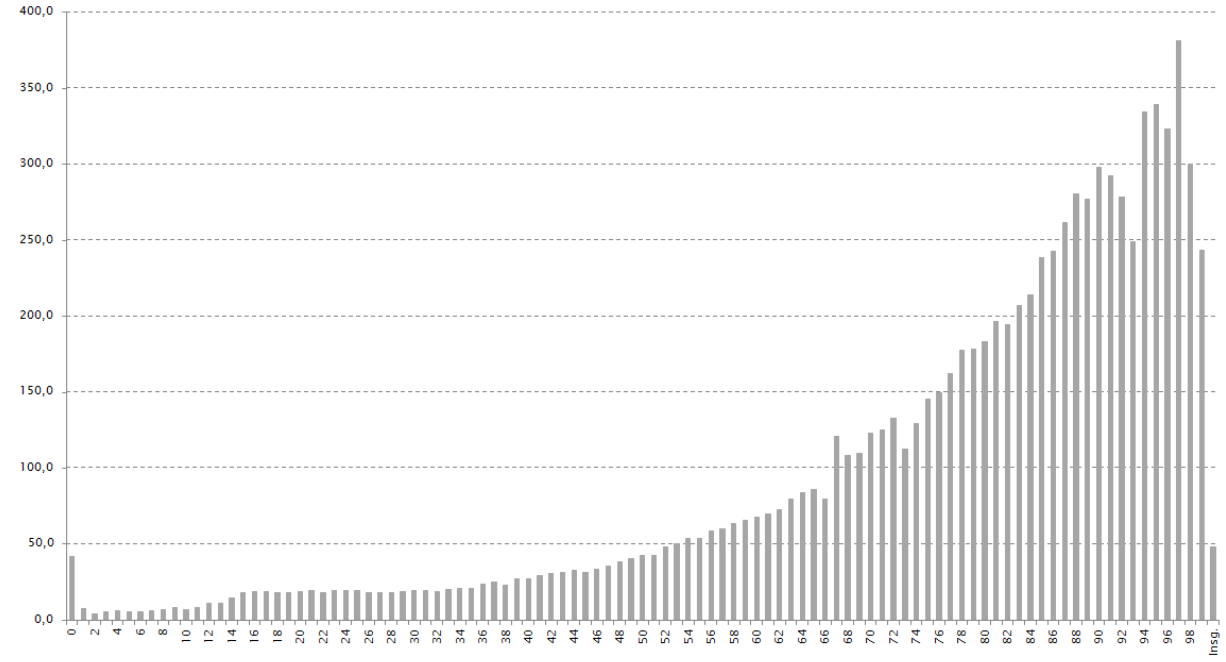
Tabellen

Tabelle 1: PMR-spezifische Typisierung der Akut-KA nach Versorgungsstufe und Mindest-Personalplanzahlen für PMR Einrichtungen nach KA und Standort-Bundesländern der KA 2013

Abbildung 2.1:

Alters-/Geschlechtsgruppen-spezifische Inanspruchnahme in Akut-KA 2012 (MEL PE010 **Physiotherapie**) - Anzahl der erbrachten MEL pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung pro Alters-/Geschlechtsgruppe

Männlich



Weiblich

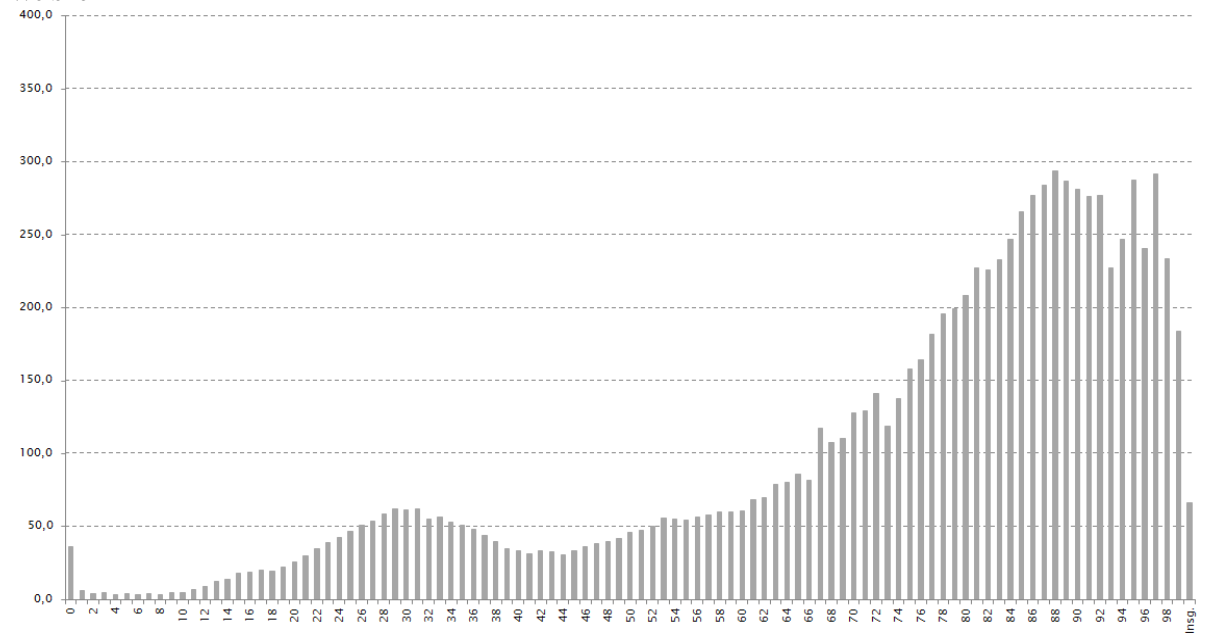
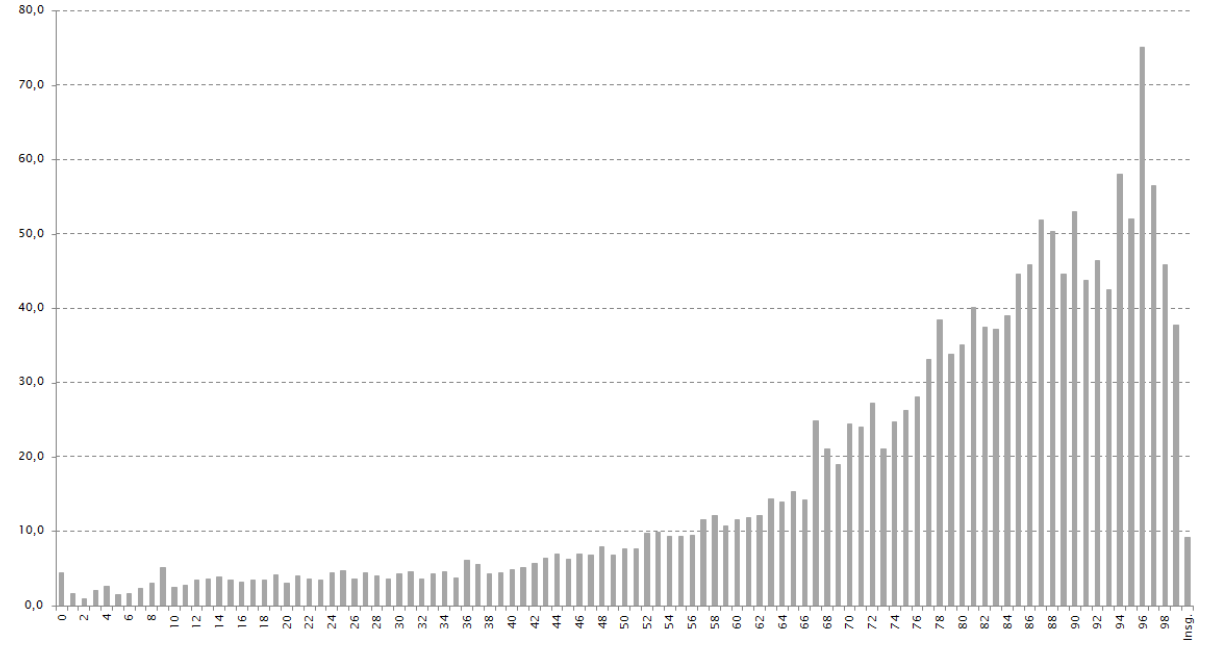


Abbildung 2.2:

Alters-/Geschlechtsgruppen-spezifische Inanspruchnahme in Akut-KA 2012 (MEL ZN360 Ergotherapie) - Anzahl der erbrachten MEL pro 100.000 Einwohner der Wohnbevölkerung pro Alters-/Geschlechtsgruppe

Männlich



Weiblich

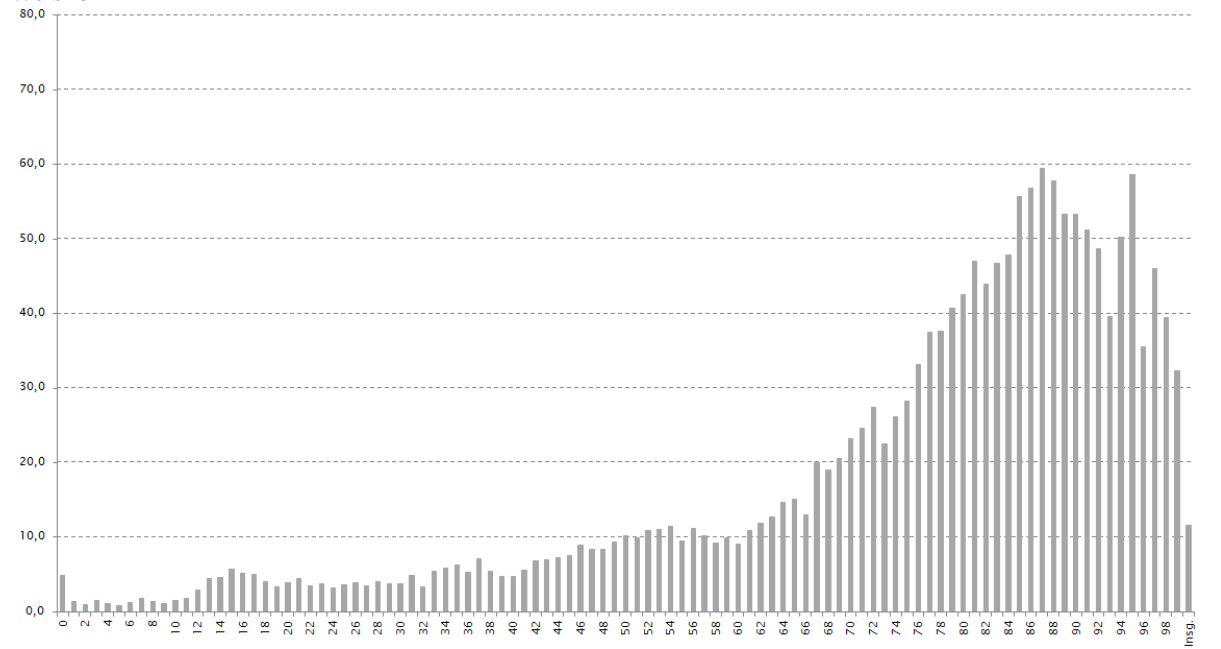
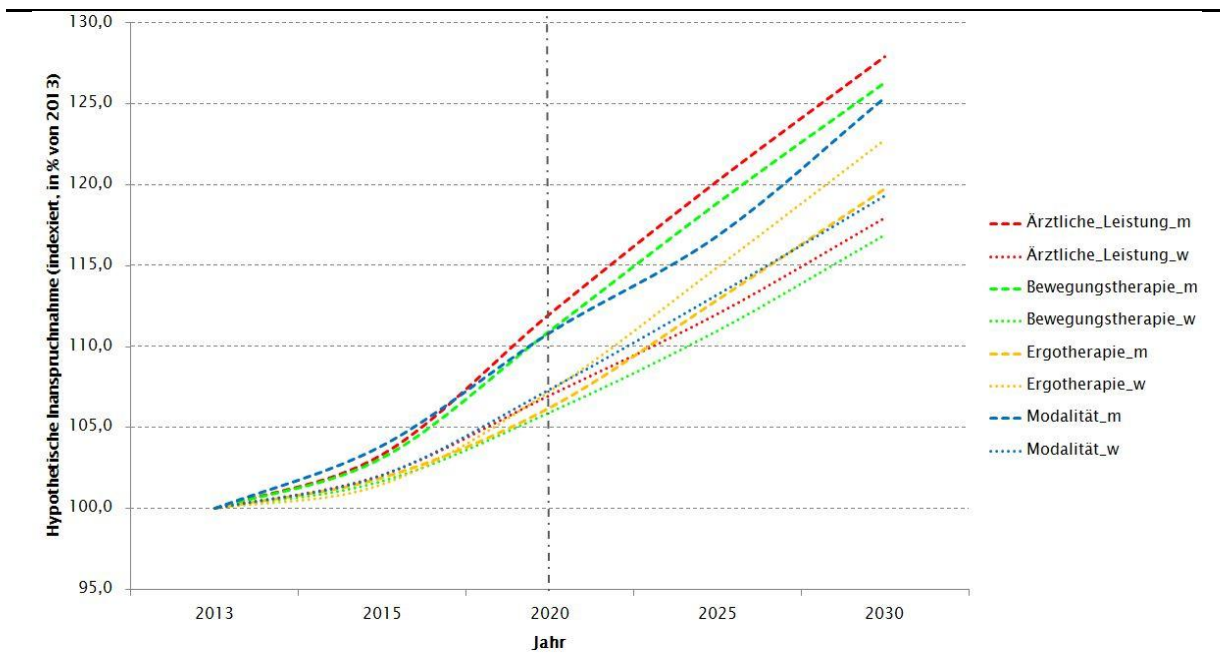


Abbildung 4.1:

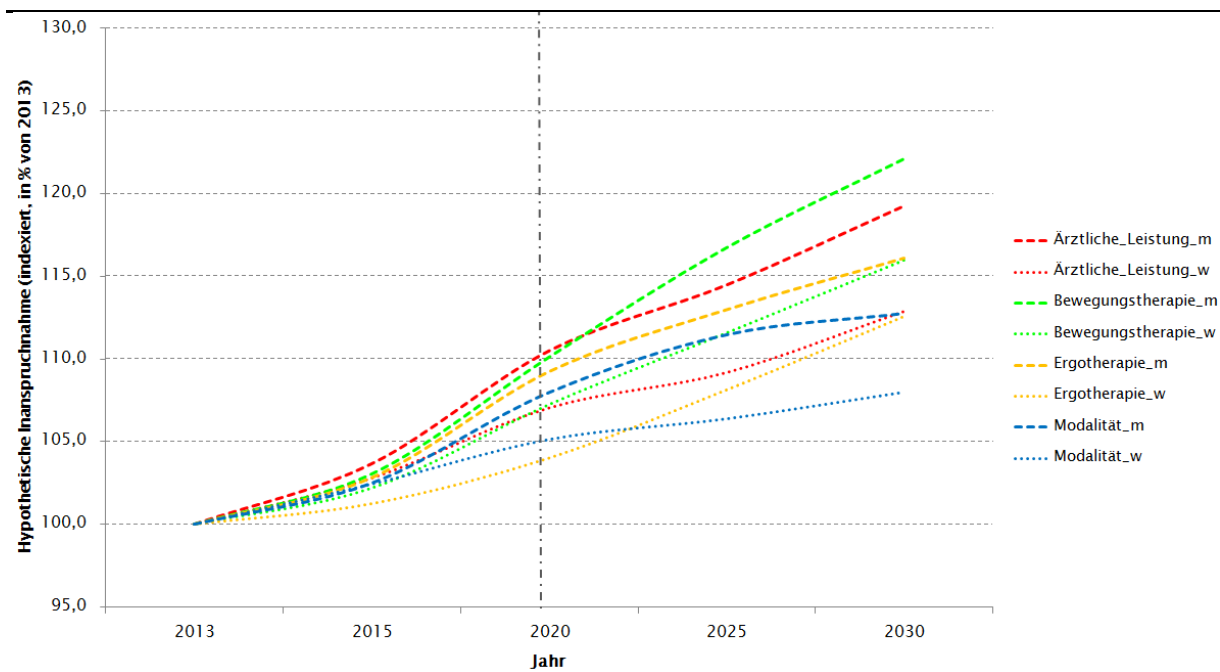
Hypothetische Entwicklung der Inanspruchnahme nach Geschlecht und Leistungsgruppen 2013-2030 (akutstationärer Bereich)



Quellen: BMG – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2013; Fachgesellschaft für PMR – Leistungsdaten 2012/2013; Statistik Austria/ÖROK – Registerzählung 2011 und Bevölkerungsprognosen 2013 bis 2030; GÖ Beratungs GmbH – eigene Berechnungen

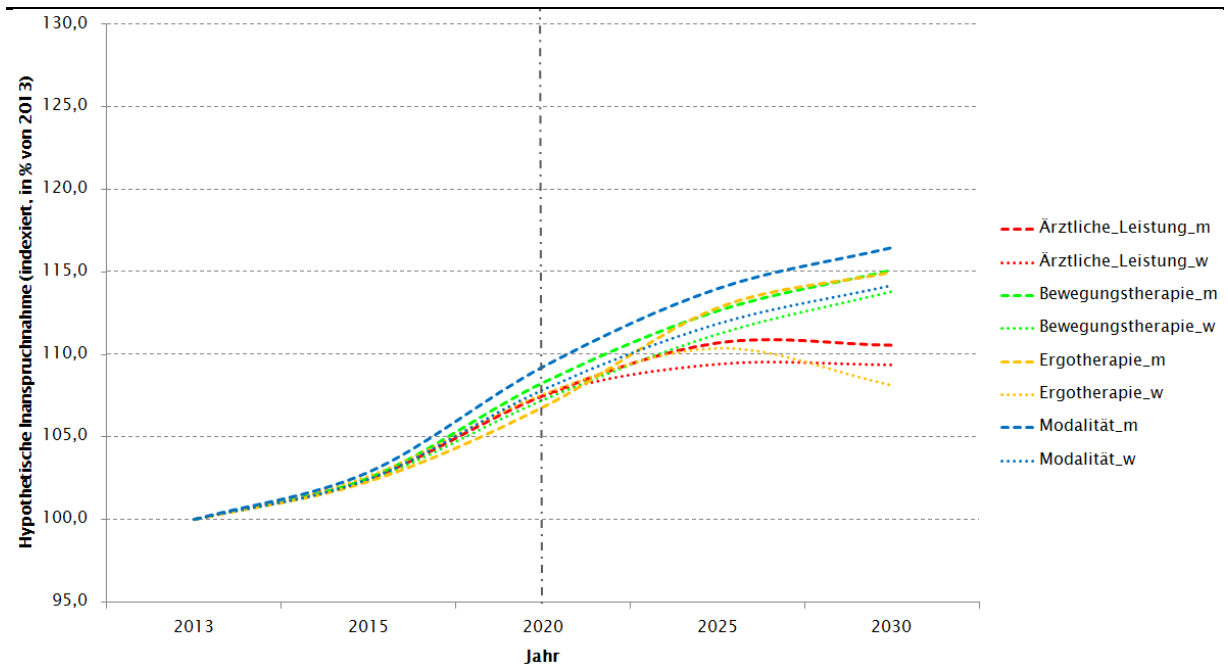
Abbildung 4.2:

Hypothetische Entwicklung der Inanspruchnahme nach Geschlecht und Leistungsgruppen 2013-2030 (spitalsambulanter Bereich)



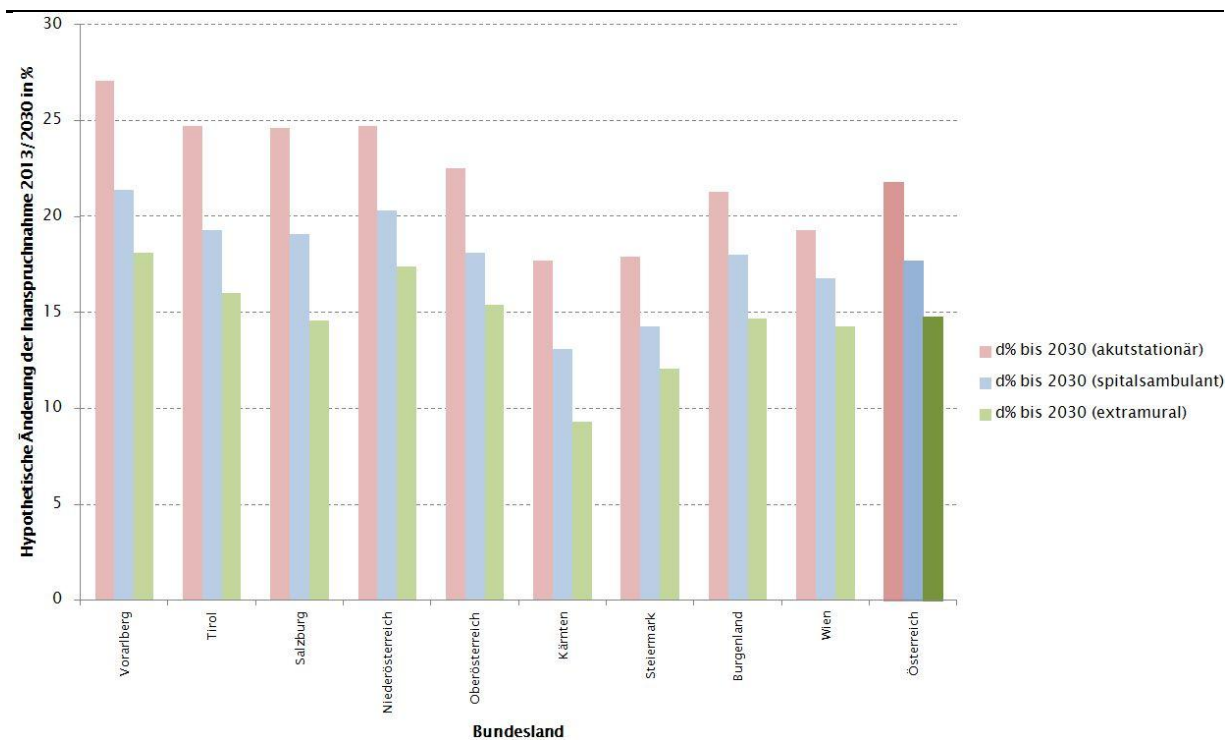
Quellen: Fachgesellschaft für PMR – Leistungsdaten 2012/2013; Statistik Austria/ÖROK – Registerzählung 2011 und Bevölkerungsprognosen 2013 bis 2030; GÖ Beratungs GmbH – eigene Berechnungen

Abbildung 4.3:
Hypothetische Entwicklung der Inanspruchnahme nach Geschlecht und Leistungsgruppen 2013-2030 (**extramuraler Bereich** – selbstständige Ambulatorien und niedergelassene Ärzte/-innen für PMR)



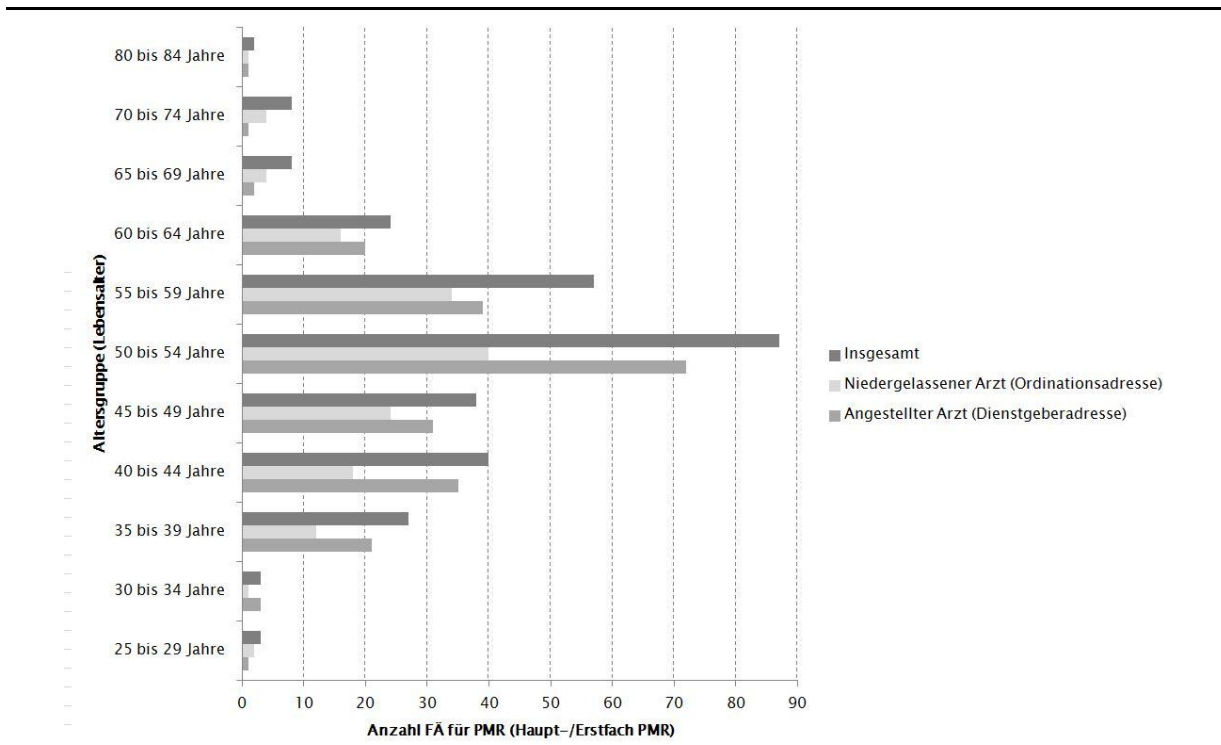
Quellen: Fachgesellschaft für PMR – Leistungsdaten 2012/2013; Statistik Austria/ÖROK – Registerzählung 2011 und Bevölkerungsprognosen 2013 bis 2030; GÖ Beratungs GmbH – eigene Berechnungen

Abbildung 4.4:
Hypothetische Entwicklung der Inanspruchnahme nach Bundesländern und Versorgungs-Bereichen 2013-2030



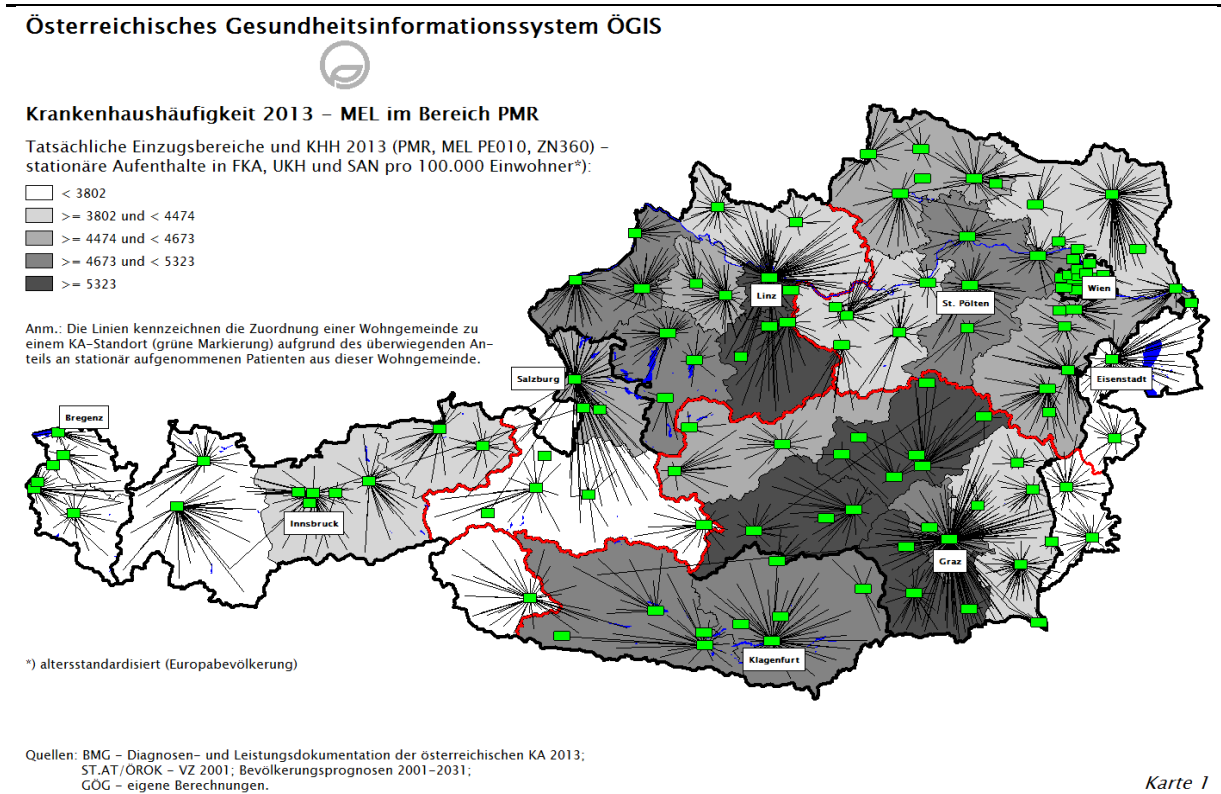
Quellen: BMG – DLD der österreichischen KA 2013; Fachgesellschaft für PMR – Leistungsdaten 2012/2013; Statistik Austria/ÖROK – Registerzählung 2011 und Bevölkerungsprognosen 2013 bis 2030; GÖ Beratungs GmbH – eigene Berechnungen

Abbildung 4.5:
 Altersstruktur der Fachärzte/-innen für PMR 2014



Quellen: ÖÄK – Österreichische Ärzteliste (Stand Juli 2014); GÖ Beratungs GmbH – eigene Berechnungen

Karte 1:
 Krankenhaushäufigkeit 2013 - MEL im Bereich PMR (MEL PE010, ZN360)



Karte 2:

Natürliche Einzugsbereiche und Erreichbarkeit der selbstständigen Ambulatorien für PMR 2014

Österreichisches Gesundheitsinformationssystem ÖGIS

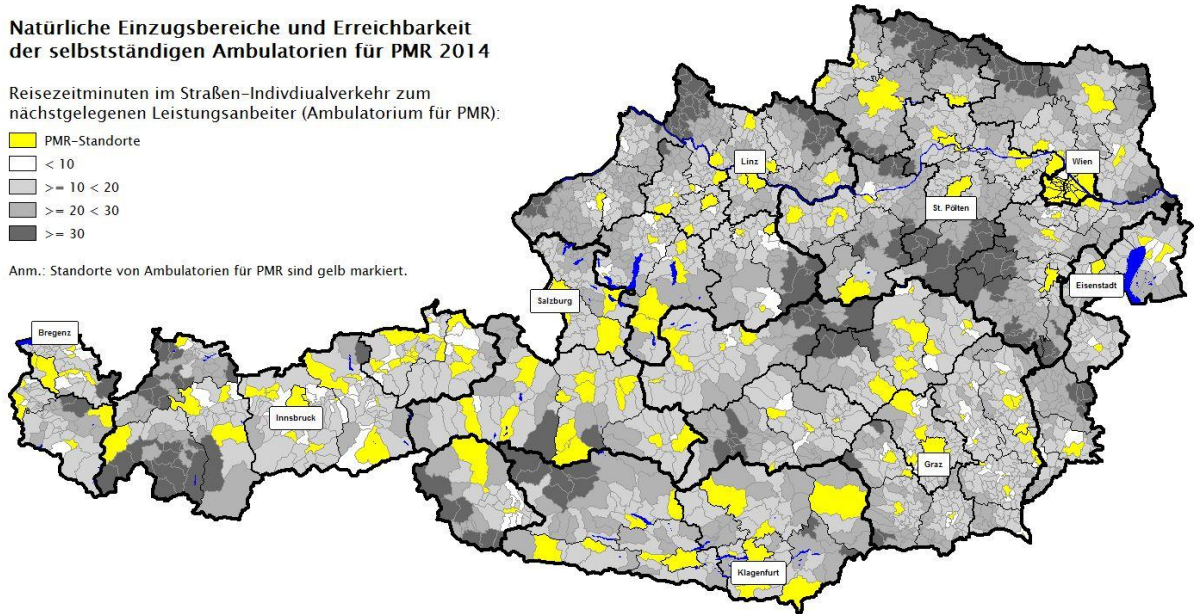


Natürliche Einzugsbereiche und Erreichbarkeit der selbstständigen Ambulatorien für PMR 2014

Reisezeitminuten im Straßen-Individualverkehr zum nächstgelegenen Leistungsanbieter (Ambulatorium für PMR):

- PMR-Standorte
- < 10
- >= 10 < 20
- >= 20 < 30
- >= 30

Anm.: Standorte von Ambulatorien für PMR sind gelb markiert.



Quellen: BMG – SAMBA-Kataster 2014;
Geomarketing GmbH – Distanzmatrix 2014;
GO FP – eigene Berechnungen.

Karte 2

Karte 3:

Anteil der Fachärzte/-innen für PMR im Alter von 50 und mehr Lebensjahren 2014

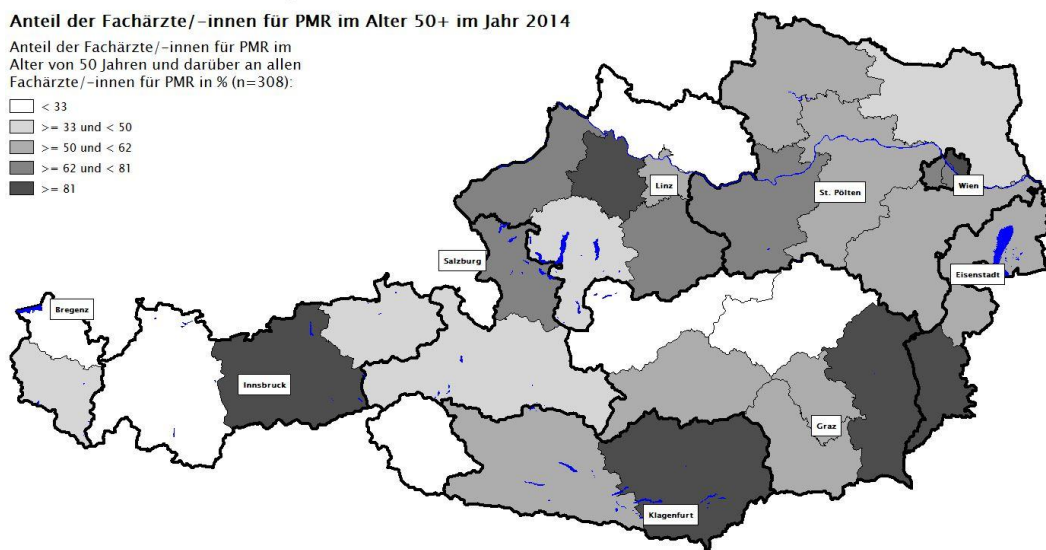
Österreichisches Gesundheitsinformationssystem ÖGIS



Anteil der Fachärzte/-innen für PMR im Alter 50+ im Jahr 2014

Anteil der Fachärzte/-innen für PMR im Alter von 50 Jahren und darüber an allen Fachärzte/-innen für PMR in % (n=308):

- < 33
- >= 33 und < 50
- >= 50 und < 62
- >= 62 und < 81
- >= 81



Quellen: ÖAK – Arzteliste (Stand Juli 2014);
ST.AT/ÖROK – VZ 2001; Bevölkerungsprognosen 2001–2031;
GO FP – eigene Berechnungen.

Karte 3

Tabelle 1:

PMR-spezifische Typisierung der Akut-KA nach Versorgungsstufe und Mindest-Personalplanzahlen für PMR Einrichtungen nach KA und Standort-Bundesländern der KA 2013

	KAC	Krankenanstalt	Betten gesamt ungewichtet	gewichtete Bettenkennzahl mit niedriger PMR-Workload, GF 0,2	gewichtete Bettenkennzahl mit mittlerer PMR-Workload, GF 0,6	gewichtete Bettenkennzahl mit hoher PMR-Workload, GF 0,9	gewichtete Bettenkennzahl gesamt	PMR Versorgungsstufe	Personalbedarf gesamt	Personalbedarf Ärzte	Personalbedarf PT	Personalbedarf ET	Personalbedarf LP	Personalbedarf MM/ MTF
Burgenland														
	102	Eisenstadt BBR KH	375	14	132	78	224	3	30,2	4,0	16,1	3,8	1,6	4,7
	107	Oberwart LKH	347	12	101	108	221	3	29,8	4,0	15,9	3,8	1,5	4,6
Kärnten														
	201	Friesach BSRD KH	197	0	70	72	142	2	19,2	2,6	10,2	2,4	1,0	3,0
	205	Klagenfurt LKH	1327	100	186	464	750	3	101,2	13,5	54,0	12,7	5,2	15,7
	206	Klagenfurt ELISAB KH	172	0	70	50	120	2	16,2	2,2	8,6	2,0	0,8	2,5
	214	St Veit/Glan BBR KH	212	0	122	7	130	2	17,5	2,3	9,3	2,2	0,9	2,7
	215	Spittal/Drau KH	239	0	101	64	165	2	22,2	3,0	11,9	2,8	1,2	3,5
	216	Villach LKH	724	20	205	254	479	3	64,7	8,6	34,5	8,1	3,4	10,1
	219	Wolfsberg LKH	284	0	111	89	200	2	27,0	3,6	14,4	3,4	1,4	4,2

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

Fortsetzung Tabelle 1 – Seite 2 von 6

	KAC	Krankenanstalt	Betten gesamt ungewichtet	gewichtete Bettenkennzahl mit niedriger PMR-Workload, GF 0,2	gewichtete Bettenkennzahl mit mittlerer PMR-Workload, GF 0,6	gewichtete Bettenkennzahl mit hoher PMR-Workload, GF 0,9	gewichtete Bettenkennzahl gesamt	PMR Versorgungstufe	Personalbedarf gesamt	Personalbedarf Ärzte	Personalbedarf PT	Personalbedarf ET	Personalbedarf LP	Personalbedarf MM/ MTF
Niederösterreich														
	303	Amstetten LKL	344	5	89	151	246	3	33,2	4,4	17,7	4,2	1,7	5,2
	315	Hohegg LKL	170	0	0	153	153	2	20,7	2,8	11,0	2,6	1,1	3,2
	319	Hollabrunn LKL	221	14	83	11	108	2	18,3	1,9	10,1	2,4	1,0	2,9
	321	Klosterneuburg LKL	152	0	69	32	101	2	21,3	1,8	12,0	2,8	1,2	3,5
	1) 326	Krems LKL	476	21	120	156	296	4	40,0	5,3	21,3	5,0	2,1	6,2
	333	Amstetten-Mauer LKL	438	64	0	106	170	2	23,0	3,1	12,3	2,9	1,2	3,6
	334	Melk LKL	174	0	100	7	107	2	26,9	1,9	15,4	3,6	1,5	4,5
	335	Mistelbach LKL	534	21	164	142	327	3	44,1	5,9	23,5	5,6	2,3	6,9
	338	Neunkirchen LKL	361	12	135	69	216	2	26,9	3,9	14,2	3,4	1,4	4,1
	347	Scheibbs LKL	198	0	109	14	124	2	37,8	2,2	21,9	5,2	2,1	6,4
	356	Wiener Neustadt LKL	887	45	227	254	526	3	71,1	9,5	37,9	8,9	3,7	11,1
	377	Horn-Allentsteig LKL	365	5	94	165	264	3	35,6	4,7	19,0	4,5	1,8	5,5
	378	Korneuburg-Stockerau LKL	313	7	106	92	204	2	27,6	3,7	14,7	3,5	1,4	4,3
	379	Tulln LKL	442	31	97	114	242	3	32,6	4,4	17,4	4,1	1,7	5,1
	380	Baden-Mödling LKL	736	35	262	113	410	3	55,3	7,4	29,5	7,0	2,9	8,6
	382	St Pölten-LF LKL	1179	55	307	352	714	3	96,4	12,9	51,4	12,1	5,0	15,0
	383	Zwettl-Gmünd-W/T LKL	672	20	236	163	418	3	56,5	7,5	30,1	7,1	2,9	8,8

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

Fortsetzung Tabelle 1 – Seite 3 von 6

Oberösterreich	KAC	Krankenanstalt	Betten gesamt ungewichtet	gewichtete Bettenkennzahl mit niedriger PMR-Workload, GF 0,2	gewichtete Bettenkennzahl mit mittlerer PMR-Workload, GF 0,6	gewichtete Bettenkennzahl mit hoher PMR-Workload, GF 0,9	gewichtete Bettenkennzahl gesamt	PMR Versorgungstufe	Personalbedarf gesamt	Personalbedarf Ärzte	Personalbedarf PT	Personalbedarf ET	Personalbedarf LP	Personalbedarf MM/ MTF
	404	Bad Ischl LKH	238	3	82	77	162	2	21,9	2,9	11,7	2,8	1,1	3,4
	405	Braunau KH St Josef	391	21	112	88	221	3	29,9	4,0	15,9	3,8	1,5	4,6
	411	Gmunden LKH	320	0	98	140	239	3	32,2	4,3	17,2	4,1	1,7	5,0
	415	Kirchdorf/Krems LKH	239	3	93	62	158	2	21,3	2,8	11,4	2,7	1,1	3,3
2)	416	Linz AKH	924	29	205	392	627	4	84,6	11,3	45,1	10,7	4,4	13,2
	417	Linz BBR KH	347	8	111	110	229	3	30,9	4,1	16,5	3,9	1,6	4,8
	418	Linz BSRV KH	663	38	217	101	355	3	48,0	6,4	25,6	6,0	2,5	7,5
	419	Linz ELISAB KH	493	15	160	138	312	3	42,1	5,6	22,5	5,3	2,2	6,6
	420	Linz UKH	155	0	0	140	140	2	18,8	2,5	10,0	2,4	1,0	2,9
2)	425	Linz LNKL	663	91	0	186	278	3	37,5	5,0	20,0	4,7	1,9	5,8
	427	Ried/Innkr BSRV KH	455	18	123	146	286	3	38,7	5,2	20,6	4,9	2,0	6,0
	431	Steyr LKH	773	38	206	216	460	3	62,1	8,3	33,1	7,8	3,2	9,7
	433	Vöcklabruck LKH	536	31	135	140	306	3	41,3	5,5	22,0	5,2	2,1	6,4
	434	Wels-Grieskirchen KL	1255	54	268	484	806	3	108,9	14,5	58,1	13,7	5,6	16,9
	441	Rohrbach LKH	202	2	79	54	135	2	18,3	2,4	9,7	2,3	0,9	2,8
2)	449	Linz LF- u -KIKL	275	19	74	50	144	2	19,4	2,6	10,4	2,4	1,0	3,0

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

Fortsetzung Tabelle 1 – Seite 4 von 6

KAC	Krankenanstalt	Betten gesamt ungewichtet	gewichtete Bettenkennzahl mit niedriger PMR-Workload, GF 0,2	gewichtete Bettenkennzahl mit mittlerer PMR-Workload, GF 0,6	gewichtete Bettenkennzahl mit hoher PMR- Workload, GF 0,9	gewichtete Bettenkennzahl gesamt	PMR	Versorgungsstufe	Peronalbedarf gesamt	Peronalbedarf Ärzte	Peronalbedarf PT	Peronalbedarf ET	Peronalbedarf LP	Peronalbedarf MM/ MTF
Salzburg	3)	524 Salzburg LKA	1202	69	255	389	713	4	96,2	12,8	51,3	12,1	5,0	15,0
		525 Salzburg UKH	138	0	0	124	124	2	16,8	2,2	8,9	2,1	0,9	2,6
		527 Salzburg BBR KH	235	3	127	9	138	2	18,7	2,5	10,0	2,4	1,0	2,9
		528 Salzburg LNKL	561	51	10	262	323	3	43,6	5,8	23,2	5,5	2,3	6,8
		534 Schwarzach/Pongau KH	505	25	120	160	306	3	41,3	5,5	22,0	5,2	2,1	6,4
		536 Zell/See KH	266	10	88	63	161	2	21,7	2,9	11,6	2,7	1,1	3,4
	Steiermark		606 Bruck/Mur LKH	325	7	80	141	229	3	30,8	4,1	16,5	3,9	1,6
		608 Feldbach-Fürstenfeld KAV	349	0	158	77	235	3	31,8	4,2	16,9	4,0	1,6	4,9
		611 Hörgas Enzenb LKH	155	0	34	88	122	2	16,5	2,2	8,8	2,1	0,9	2,6
4)		612 Graz LKH	1540	102	280	507	889	4	120,0	16,0	64,0	15,1	6,2	18,7
		614 Graz UKH	145	0	0	131	131	2	17,6	2,3	9,4	2,2	0,9	2,7
		619 Graz BBR KH	217	0	125	8	133	2	17,9	2,4	9,6	2,3	0,9	2,8
		621 Graz LNKL	732	120	0	118	238	3	32,1	4,3	17,1	4,0	1,7	5,0
		627 Graz Eggenb BBR KH	269	17	80	48	144	2	19,5	2,6	10,4	2,4	1,0	3,0
		638 Leoben LKH	497	28	148	100	276	3	37,2	5,0	19,8	4,7	1,9	5,8
		643 Rottenmann-Bad Aussee KAV	245	0	124	35	159	2	21,4	2,9	11,4	2,7	1,1	3,3
7)		648 Stolzalpe LKH	220	0	24	162	186	3	25,1	3,3	13,4	3,2	1,3	3,9
		672 Judenburg-Knittelfeld LKH	256	0	106	72	178	2	24,0	3,2	12,8	3,0	1,2	3,7
		673 Graz-West LKH	238	0	133	14	148	2	19,9	2,7	10,6	2,5	1,0	3,1

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

Tirol	KAC	Krankenanstalt	Betten gesamt ungewichtet	gewichtete Bettenkennzahl mit niedriger PMR-Workload, GF 0,2	gewichtete Bettenkennzahl mit mittlerer PMR-Workload, GF 0,6	gewichtete Bettenkennzahl mit hoher PMR-Workload, GF 0,9	gewichtete Bettenkennzahl gesamt	PMR Versorgungstufe	Personalbedarf gesamt	Personalbedarf Ärzte	Personalbedarf PT	Personalbedarf ET	Personalbedarf LP	Personalbedarf MM/MTF
5)	704	Hall in Tirol LKH	519	55	119	41	215	3	29,0	3,9	15,5	3,7	1,5	4,5
	706	Innsbruck LKH	1531	94	319	476	889	4	120,0	16,0	64,0	15,1	6,2	18,7
	707	Hochzirl LKH	198	0	28	136	164	2	22,2	3,0	11,8	2,8	1,1	3,4
	714	Lienz BKH	372	16	100	112	228	3	30,7	4,1	16,4	3,9	1,6	4,8
	719	St Johann BKH	274	3	94	94	190	2	25,7	3,4	13,7	3,2	1,3	4,0
	720	Schwaz BKH	252	3	92	77	171	2	23,1	3,1	12,3	2,9	1,2	3,6
	722	Zams BSRV KH	330	8	118	85	210	2	28,4	3,8	15,1	3,6	1,5	4,4
	731	Kufstein BKH	379	23	103	85	210	2	28,4	3,8	15,1	3,6	1,5	4,4
Vorarlberg														
	803	Bregenz LKH	275	9	109	44	162	2	21,8	2,9	11,6	2,7	1,1	3,4
	807	Dornbirn KH	284	6	104	72	182	2	24,6	3,3	13,1	3,1	1,3	3,8
	824	Rankweil LKH	368	46	0	126	172	2	23,2	3,1	12,4	2,9	1,2	3,6
	830	Feldkirch LKH	606	32	132	203	367	3	49,6	6,6	26,5	6,2	2,6	7,7

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

Fortsetzung Tabelle 1 – Seite 6 von 6

Wien	KAC	Krankenanstalt	Betten gesamt ungewichtet	gewichtete Bettenkennzahl mit niedriger PMR-Workload, GF 0,2	gewichtete Bettenkennzahl mit mittlerer PMR-Workload, GF 0,6	gewichtete Bettenkennzahl mit hoher PMR-Workload, GF 0,9	gewichtete Bettenkennzahl gesamt	PMR Versorgungstufe	Personalbedarf gesamt	Personalbedarf Ärzte	Personalbedarf PT	Personalbedarf ET	Personalbedarf LP	Personalbedarf MM/MTF
6)	901	Wien AKH	1820	99	349	671	1118	4	150,9	20,1	80,5	19,0	7,8	23,5
	903	BBR KH	387	20	118	83	220	3	29,7	4,0	15,9	3,7	1,5	4,6
	904	BSR KH	214	5	82	46	133	2	18,0	2,4	9,6	2,3	0,9	2,8
	908	Evangelisches KH	236	0	55	129	184	2	24,8	3,3	13,2	3,1	1,3	3,9
	909	Floridsdorf KH	170	0	81	32	113	2	15,2	2,0	8,1	1,9	0,8	2,4
	910	Wien SMZ SÜD KFJ/Preyer	665	29	206	159	395	3	53,3	7,1	28,4	6,7	2,8	8,3
	912	Hanusch KH	422	15	142	97	255	3	34,4	4,6	18,3	4,3	1,8	5,4
	914	Herz-Jesu KH	155	0	41	78	119	2	16,1	2,1	8,6	2,0	0,8	2,5
	916	Hietzing-Rosenhügel KH	1019	35	272	351	658	3	88,8	11,8	47,4	11,2	4,6	13,8
	917	Rudolfstiftung KH	685	27	265	99	390	3	52,7	7,0	28,1	6,6	2,7	8,2
	920	Meidling UKH	142	0	0	128	128	2	17,3	2,3	9,2	2,2	0,9	2,7
	921	Wilhelminenspital	986	30	262	362	653	3	88,2	11,8	47,0	11,1	4,6	13,7
	940	Böhler UKH	128	0	0	115	115	2	15,6	2,1	8,3	2,0	0,8	2,4
	943	Speising Orthopädisches SP	257	0	0	231	231	3	31,2	4,2	16,7	3,9	1,6	4,9
	955	Göttlicher Heiland KH	281	3	106	81	190	2	25,7	3,4	13,7	3,2	1,3	4,0
	956	Wien SMZ OST	948	52	236	266	554	3	74,7	10,0	39,9	9,4	3,9	11,6
	971	Otto Wagner-Spital	981	97	30	401	528	3	71,3	9,5	38,0	9,0	3,7	11,1
8)	---	SMZ Nord	739	22	142	356	519	3	70,0	9,0	37,0	9,0	4,0	11,0

Fortsetzung folgt auf der nächsten Seite

1- 6) an allen Universitätsstandorten: Stufe 4 - Ordinariat/ Klinik

7) aufgrund des nicht dargestellten Mehrbedarfs an Fachärzten zur Betreuung einer bettenführenden Abteilung, Stufe 3

8) Berechnungen basierend auf veröffentlichte Planungsdaten

>= 15 Personalbedarf gesamt: Stufe 2 = Zentraleinrichtung

>= 4 Ärzte: Stufe 3 = Institut/ Primariat

Quelle: Öst. Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik 2012, ÖGPMR-eigene Berechnungen (Habelsberger 2014)

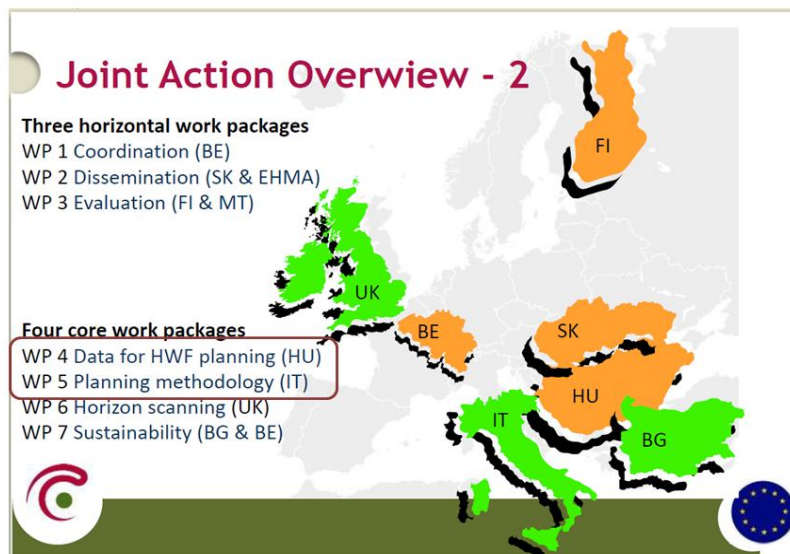
Abbildung:

Zeit	AM	Internist. Fächer	Chirurgische Fächer	Andere Fächer
72		36 Mo Schwerpunkt Kardio Gastro Lunge Nephro etc.	48 Mo Schwerpunktausbildung in einem dieser Schwerpunkte: • Gefäßchirurgie • Herzchirurgie • Kinderchirurgie • Thoraxchirurgie • Viszeralchirurgie	27 Mo in 3 Modulen Schwerpunktausbildung im Sonderfach
48	Lehrpraxis			
42	Lehrpraxis			
36	27 Mo Spitals- turnus	27 Mo Sonderfachgrund- ausbildung Innere Medizin	15 Mo Sonderfachgrund- ausbildung Chirurgie	36 Mo Sonderfachgrund- ausbildung
9	Basisausbildung			

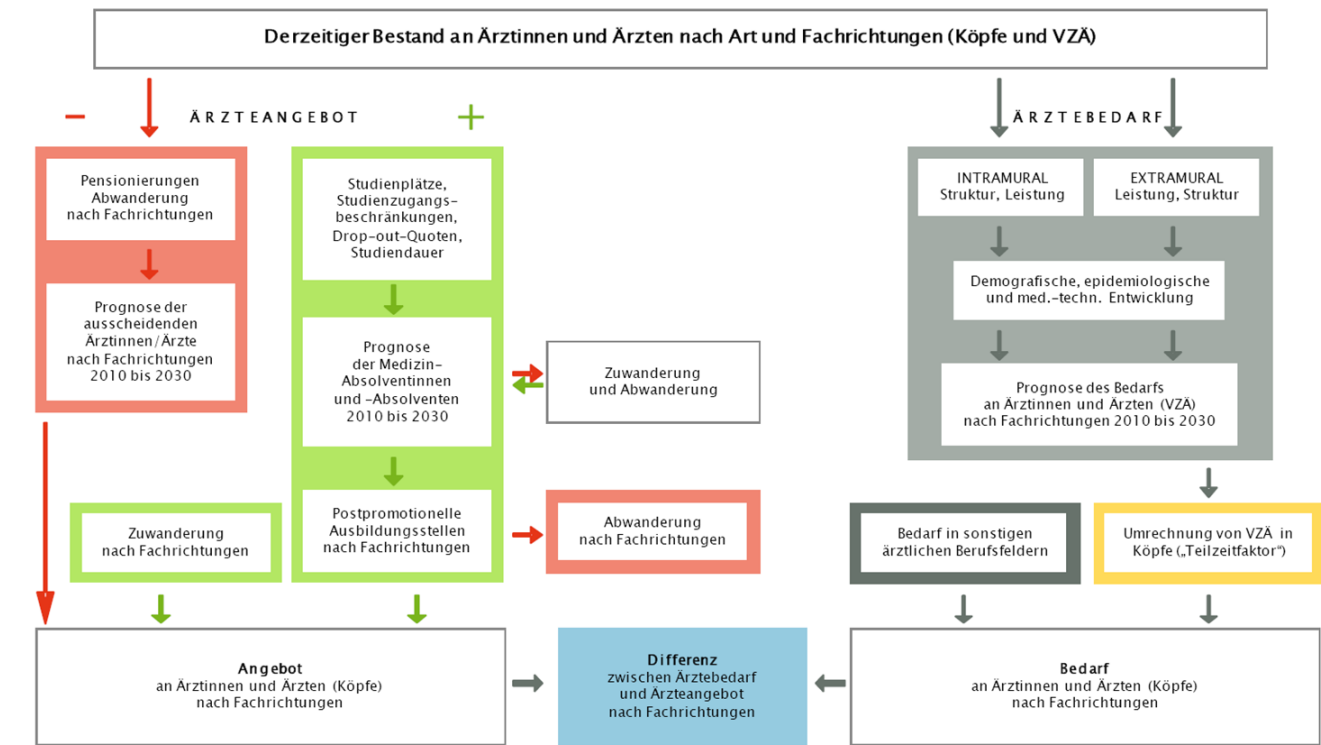
Abbildung:

4 Ärztebedarf/Personalbedarf – Internationales

The European Commission Joint Action on
Healthcare and Workforce Planning (2013 – 2015)



4 Ärztebedarf/Personalbedarf – Methodik



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG