



Kurzfassung der Vorträge der wissenschaftlichen Sitzungen  
der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie  
vom 21.9.2002

ThermenRessort Warmbad Villach

## Sprunggelenk

<b>Technische Entwicklung der oberen Sprunggelenksendoprothetik unter Berücksichtigung biomechanischer Aspekte .....</b>	<b>2</b>
<i>K. Tillmann .....</i>	<i>2</i>
<b>Endoprothetik des oberen Sprunggelenks: Differentialindikation und Ergebnisse.....</b>	<b>3</b>
<i>K. Tillmann .....</i>	<i>3</i>
<b>Erste Erfahrungen mit der HINTEGRA OSG Prothese.....</b>	<b>4</b>
<i>H.-J. Trnka, F. Machacek, P. Ritschl.....</i>	<i>4</i>
<b>Ergebnisse der Sprunggelenksendoprothetik im AKH Linz .....</b>	<b>5</b>
<i>B. Ruhs, N. Böhler.....</i>	<i>5</i>
<b>Ankle Chronral Defect Repair .....</b>	<b>6</b>
<i>D. Radosavljevic, M. Drobnic, M. Gorenssek, B. Koritnik, V. Pavlovic.....</i>	<i>6</i>
<b>Autologe Knorpelzelltransplantation mit und ohne Matrixunterstützung bei Knorpeldefekten des Sprunggelenkes .....</b>	<b>7</b>
<i>R. Dorotka, R. Kotz, K. Schatz, G. Skrbensky, S. Nehrer .....</i>	<i>7</i>
<b>Intraossäre Lipome des Calcaneus.....</b>	<b>8</b>
<i>R. Radl, A. Leithner, W. Köhler, F. Machacek, R. Windhager.....</i>	<i>8</i>
<b>Rehabilitation nach Sprunggelenkserkrankungen .....</b>	<b>9</b>
<i>R. Crevenna, C. Zöch, V. Fialka-Moser, M. Quittan.....</i>	<i>9</i>
<b>Bericht über die aktuelle Situation Orthopädie – Unfallchirurgie .....</b>	<b>10</b>
<i>R. Windhager .....</i>	<i>10</i>

# Technische Entwicklung der oberen Sprunggelenksendoprothetik unter Berücksichtigung biomechanischer Aspekte

K. Tillmann

Die moderne Endoprothetik des oberen Sprunggelenks begann 1973 mit der Publikation der St. Georg-Endoprothese: Zweikomponentenprothese, unverblockt, zylindrisch, mit konvexer „Schlitten“-artiger Taluskomponente und kongruent konkaver Tibiaunterfläche aus Polyäthylen. Trotz unzureichender Langzeitergebnisse (teils wegen mangelnder Seitenführung) wurde sie zum Prototypen teils sehr unterschiedlicher Endoprothesen entsprechender Bauart: teils streng einachsig geführt, teils „multiaxial“ mit kongruenter sphärischer Artikulation. Bei ersteren war die fehlende Rotationsmöglichkeit problematisch, während letztere an der mangelnden Bandstabilität der destruierten Gelenke scheiterten.

Ein neuer Durchbruch wurde erzielt mit der Einführung der Dreikomponenten-Endoprothesen (Buechel-Pappas-New Jersey, später Kofoed – S.T.A.R.) mit einem beweglichen Gleitkern zwischen Talus- und Tibiakomponente. Der Gleitkern wird nur durch die Formgebung der Taluskomponente geführt und gesichert. Seine freie Beweglichkeit zur Tibia ermöglichte sowohl eine Rotation wie auch eine freie Einstellung der Achsposition nach Maßgabe des Bandapparates. Durch die Entlastung der Knochen-Prothesenverankerung wurde eine zementfreie Implantation möglich. Der „Slope“ der New Jersey-Prothese, u. a. ein biomechanisches Problem, wurde von uns – neben anderen Änderungen – in der „Alphaporm“-Endoprothese eliminiert.

Die biomechanischen Auswirkungen der verschiedenen Designs werden aufgezeigt und diskutiert.

# Endoprothetik des oberen Sprunggelenks: Differentialindikation und Ergebnisse

K. Tillmann

Vor Einführung der Endoprothetik gab es für schmerzhaft destruierte obere Sprunggelenke nur die therapeutische Möglichkeit der Arthrodese. Sie gilt vielfach auch heute noch als „gold standard“. Die Aufgabe der Beweglichkeit, das heißt die Änderung des Gangbildes und der Verlust der „Federung“ als Schutz für die Nachbargelenke musste in Kauf genommen werden.

Mit der Sprunggelenksendoprothese steht jetzt eine Alternative zur Verfügung. Die allgemeinen inhaerenten Risiken der Endoprothetik (Verschleiß, Lockerung) müssen gegenüber den Vorteilen der Erhaltung der Beweglichkeit abgewogen werden.

Die Arthrodese erbringt im Erfolgsfalle streng lokal ein Dauerergebnis, jedoch gibt es auch hier Fehlschläge- insbesondere Pseudarthrosen. Bei schweren Knochendestruktionen, Defekten und Fehlstellungen müssen diese jedoch in Kauf genommen werden, ebenfalls die langwierige, aufwendige und für den Patienten belastende postoperative äußere Fixierung – unabhängig von der Technik.

Bei ausreichenden lokalen Implantationsverhältnissen seitens des Skeletts und des Bandapparates kann die Endoprothetik erhebliche Vorteile bieten: so bei krankhaften Veränderungen der Nachbargelenke (Arthrosen, Arthritiden, auch endoprothetische Versorgungen), bei doppelseitigen Destruktionen der oberen Sprunggelenke, Arthrosen in der Fußwurzel und massiven Vorfußproblemen. Auch die einfachere und kürzere Nachbehandlung kann für die Indikation ausschlaggebend sein.

Beide Verfahren sind operationstechnisch schwierig und bieten Probleme, die sich in den Langzeitergebnissen in etwa die Waage halten. Beide werden ihre Bedeutung behalten – im Gegensatz zur Situation am Hüft- und Kniegelenk – auch wenn der Anteil der Endoprothetik wahrscheinlich zunehmen wird.

# Erste Erfahrungen mit der HINTEGRA OSG Prothese

H.-J. Trnka, F. Machacek, P. Ritschl

## **Problemstellung**

Die meist posttraumatische Arthrose des oberen Sprunggelenkes verursacht für den betroffenen Patienten eine massive Einschränkung der Beweglichkeit und damit des Lebensstandard. Über viele Jahre war die Arthrodeese die einzige Möglichkeit diese Patienten schmerzfrei zu bekommen. Erste Designs waren erfolglos. Die nun dritte Generation der Sprunggelenksprothesen sollte auf Grund des Prinzipes des "mobile bearings" weniger Abrieb und Lockerungen zeigen.

Das Ziel dieses Vortrages ist die Präsentation der Komplikationen und Ergebnisse unserer ersten HINTEGRA OSG Prothesen.

5 Patienten (4 männl. und 1 weibl.) mit posttraumatischer Arthrose des Sprunggelenkes wurden zwischen Juni 2001 und Mai 2002 an unserer Abteilung operiert. Die Patienten wurden mit der zementfreien 3-Komponenten HINTEGRA OSG Prothese versorgt.

4 Patienten waren zum Nachuntersuchungszeitraum mit der Operation sehr zufrieden. 1 Patient mit erst 3 Monaten Follow up klagte noch über Anlaufschmerzen, war aber mit dem Fahrrad schon 400 km gefahren.

Als Komplikationen traten eine Fraktur des medialen Malleolus sowie eine Wundheilungsstörung über der Inzision einer in der gleichen Sitzung durchgeführten USG Arthrodeese auf.

Die Endoprothese des oberen Sprunggelenkes ist bei korrekter Indikation eine mögliche Alternative. Man sollte aber bedenken daß diese Technik schwierig ist, zu Beginn eine deutliche "learning curve" verursacht, und daher nur an Zentren mit Erfahrung in der Rückfußchirurgie angewandt werden sollte.

# Ergebnisse der Sprunggelenksendoprothetik im AKH Linz

B. Ruhs, N. Böhler

In der Behandlung der konservativ austherapierten Arthrose des Oberen Sprunggelenkes galt insbesondere durch die schlechten Ergebnisse der frühen OSG-TEP's die Arthrodeese lange Zeit als Goldstandard. Seit der Einführung der letzten Generation von Sprunggelenksendoprothesen mit dem für nahezu alle Fabrikate typischen Dreikomponenten-Design werden deutlich bessere Resultate präsentiert.

Im AKH -Linz wurde mit der Sprunggelenksendoprothetik im Jahr 1993 begonnen, seither wurden 32 Implantationen durchgeführt, allein im Jahr 2001 zehn, im Jahr 2002 gab es bis jetzt 9 Operationen.

Die Indikationen ergeben sich aus posttraumatischen und primären Arthrosen, daneben auch Arthrosen rheumatischer Genese.

Die klinische Evaluation erfolgt mit dem AOFAS Score wobei Patienten mit einem Mindest-Follow-up von 6 Monaten in die Auswertung einbezogen werden.

Im Vortrag werden im Detail die klinischen und radiologischen Resultate präsentiert, es wird auch auf die Komplikationen eingegangen.

Mittelfristig zeigt sich eine hohe Patientenzufriedenheit durch die deutliche Schmerzreduktion sowie die Steigerung der Beweglichkeit. Durch die geringe Zahl an Implantationen ist jedoch die learning curve des Operateurs mit daraus resultierendem Komplikationsrisiko zu beachten.

Aufgrund unserer Erfahrungen ist die OSG-Endoprothese eine vielversprechende Alternative zur Arthrodeese.

# Ankle Chondral Defect Repair

D. Radosavljevic, M. Drobnic, M. Gorenssek, B. Koritnik, V. Pavlovic

The majority of focal ankle chondral defects are limited to the osteochondral lesions of the talar trochlea. Traditionally these defects were treated with different techniques of subchondral bone penetration which resulted in the growth of fibro-cartilage with the limited durability. The alternative methods that enable a hialine-like filling of such lesions are mosaico-plasty and autologous chondrocyte transplantation.

We started the use of mosaico-plasty for ankle defects in 1998. The size of the lesions on talar trochlea ranged from 1 to 2,5 cm<sup>2</sup>. The harvesting was made through a mini-arthrotomy from the lateral femoral condyle on the same leg with the use of classical mosaico-plasty drills. Some patients had alternatively had osteoperiostal plugs implanted from the anterior iliac crest. The number of plugs ranged from 1 to 3 and their diameter was up to 7 mm. All ankles were exposed anteriorly and medial osteotomy was performed if necessary. All patients were restrained from full weight-bearing for 3 weeks postoperatively. In the majority we experienced good results. There were no major harvesting site problems. In one patient the symphatic distrophy of the calf was experienced.

Encouraged with good results of the autologous chondrocyte transplantation in the knee we have just recently started with its use on talar trochlea, as well. The cartilage was harvested arthroscopically from the knee. The cells are cultured in usual manner. The implantation of the cells under sutured periostal flap was performed with medial maleolar osteotomy. We experienced problems while suturing the periostal flap. The appropriate exposure of the lesion was difficult and the cartilage on talar trochlea is thinner and harder than the one on femoral condyles. The observation period is too short for any definite results.

We have good four-year experience with the use of mosaico-plasty for the osteochondral defects on talar trochlea. The autologous chondrocyte transplantation in the same region is possible, but the implantation technique has to be improved.

# Autologe Knorpelzelltransplantation mit und ohne Matrixunterstützung bei Knorpeldefekten des Sprunggelenkes

R. Dorotka, R. Kotz, K. Schatz, G. Skrbensky, S. Nehrer

**Einleitung:** Die Therapie der Osteochondritis dissecans beim jungen Patienten, speziell am Talus, stellt vor allem bei völliger Separation und Fragmentdislokation ein großes therapeutisches Problem dar. Während kleinere Defekte mit anderen Methoden behandelt werden, bieten sich für größere Defekte Chondrozytentransplantationsverfahren an. Hier werden vor allem Zellsuspensionen mit Periostlappen als klassisches Verfahren (ACT) und matrixassistierte Chondrozytentransplantationsverfahren mit in festen Trägermaterialien aufgebracht Zellen (MACT) angeboten. Im Vergleich zur Anwendung am Kniegelenk sind für Sprunggelenke bisher noch geringe Patientenzahlen in der Literatur beschrieben.

**Patienten:** Bei fünf Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 31 Jahren und Vorliegen von Knorpeldefekten am Talus wurde entweder die ACT oder MACT durchgeführt. 3 Defekte fanden sich am medialen, 2 am lateralen Talus, die Defektgröße war im Schnitt 1,9cm<sup>2</sup>, es lagen arthroskopische Outerbridge Grade 3-4 vor. Die Nachuntersuchung erfolgte nach 10-24 Monaten (Schnitt 18) mit dem Hannover Score für Sprunggelenke.

**Operationsmethodik:** Die Knorpelbiopsie erfolgte in allen Fällen arthroskopisch. Nach Aufbereitung in den entsprechenden Labors wurden die vermehrten Zellen nach mindestens 3 Wochen in den Defekt implantiert. Im Falle der ACT als Zellsuspension (Carticel®, Genzyme Tissue Repair, Cambridge, USA), die unter einen von der Tibia entnommenen und über dem Defekt vernähten Periostlappen eingespritzt wurde. Für die MACT erfolgte die Implantation mittels auf einer Hyaluronsäurematrix (Hyalograft C®, Fidia Advanced Biopolymer, Abano Terme, Italien) aufgebracht Zellen, die Fixierung der Matrix am Defektrand mit Fibrinkleber.

**Ergebnisse:** Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung wurde bei allen Patienten eine verbesserte Gelenksfunktion und eine signifikante Schmerzreduktion festgestellt. Eine Patientin klagte über leichte Schmerzen nach längerer Belastung, ein Patient war wieder als Amateurzehnkämpfer aktiv. Der Hannover Score verbesserte sich in allen Fällen signifikant. Die Osteotomie am Malleolus heilte in allen Fällen unauffällig ab, bei 2 Patienten war das Osteosynthesematerial bereits entfernt.

**Schlussfolgerung:** Die ACT erscheint als geeignetes Behandlungsverfahren, wenn konventionelle Strategien wie Mikrofrakturierungen erfolglos bleiben. Die Matrixassistierte Implantation erlaubte einen kleineren Zugang und ein einfacheres chirurgisches Handling. Die MACT wird die Möglichkeiten des Tissue Engineering bei Defekten am Sprunggelenksknorpel erweitern.

# Intraossäre Lipome des Calcaneus

R. Radl, A. Leithner, W. Köhler, F. Machacek, R. Windhager

## **Problemstellung:**

Intraossäre Lipome gehören zu den sehr seltenen benignen Knochentumoren. Die Häufigkeit dieser Läsionen beträgt cirka 0.1% der gutartigen Knochentumoren.. Interessanterweise können intraossäre Lipome nahezu in jedem Knochen auftreten, bevorzugt allerdings die intertrochantäre und subtrochantäre Region des Femur, die proximale Tibia und auch den Calcaneus. Die Ursache für das Auftreten von intraossären Lipomen ist unbekannt.

## **Patienten und Methoden:**

In einer retrospektiven Studie wurden Patienten nach operativer Versorgung wegen eines intraossären Lipoms am Calcaneus zu einer klinischen und radiologischen Untersuchung einberufen.

Präoperativ hatten 6 Patienten lokale Belastungsschmerzen, die auf konservative Therapie keine oder nur geringe Besserung zeigten.. Bei einem Patienten wurde die Indikation zur operativen Versorgung aufgrund einer großen, frakturgefährdeten Osteolyse gestellt, die als Zufallsbefund entdeckt wurde. Die operative Ausräumung erfolgte in allen Fällen, und der Defekt wurde 6 mal mit autologer Beckenkammpongiosa und in einem Fall mit Trikalziumphosphat aufgefüllt. Bei 3 Patienten wurde die Operationshöhle zusätzlich als Rezidivprophylaxe mit Phenol behandelt.

## **Ergebnisse:**

7 Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 41 Jahren bei der Erstoperation (20 – 72) konnten mit einem durchschnittlichen Intervall von 24 Monaten (3 – 47) nachuntersucht werden. Alle Patienten hatten im Operationsgebiet keine Beschwerden und auch radiologisch konnte kein Hinweis auf ein Rezidiv festgestellt werden. Postoperative Komplikationen konnten keine festgestellt werden. Die laborchemische Analyse der Serumfette bei 6 von 7 Patienten ergab einen durchschnittlichen Cholesterinwert von 244 mg/dl (196 – 330; Normwert bis 200mg/dl) und einen durchschnittlichen Triglyceridwert von 242 mg/dl (58 – 780; Normwert bis 150 mg/dl).

## **Fazit:**

Die operative Behandlung der intraossären Lipome am Calcaneus mit Excochleation und Auffüllung mit autologem Knochen oder Knochenersatzstoffen zeigt ein zufriedenstellendes Ergebnis. Ob ein Zusammenhang zwischen Hypercholesterin- und Triglyceridämie und intraossären Lipomen besteht, kann aufgrund der kleinen Fallzahl nur vermutet werden. In der Literatur ist allerdings das Auftreten von multiplen intraossären Lipomen bei Patienten mit Hyperlipoproteinämie beschrieben worden.

# Rehabilitation nach Sprunggelenkserkrankungen

R. Crevenna, C. Zöch, V. Fialka-Moser, M. Quittan

Nach Erkrankungen / Operationen des Sprunggelenkes ist die Restauration der gestörten Propriozeption das Hauptziel der Rehabilitation.

Eine komplette Ruhigstellung des Gelenkes sollte auf das notwendige Mindestmaß beschränkt bleiben, da sich dadurch die Probleme der lokalen Reizung, Gelenksimmobilisation, Muskelatrophie verstärken und ausgedehnte propriozeptive Verluste resultieren. Anzustreben ist eine frühe Rehabilitation, die sich in Anlehnung an die Literatur in vier Phasen gliedern lässt: die initiale Phase, die Frührehabilitation, die Spätrehabilitation und die funktionelle Phase. Die Dauer der einzelnen Phasen richtet sich nach Schwere und Ausmaß der Sprunggelenkserkrankung, bzw. des operativen Eingriffes. Diese bestimmen auch die Schwerpunktsetzung der einzelnen Rehabilitationskomponenten. Daher wird in der Folge nicht eine zeit- sondern eine kriteriums-basierte Darstellung der einzelnen Rehabilitationsphasen gegeben.

Ziele der initialen Phase sind analgetische, abschwellende und antiphlogistische Maßnahmen. Therapeutische Methoden dafür sind: Ruhigstellung, Kryotherapie und/oder manuelle Lymphdrainage in Kombination mit Kompression, Hochlagerung, Ultraschall- und Elektrotherapie, sowie NSAR und Enzyme. Zum Erhalt der neuromuskulären Koordination muss möglichst früh mit der Gangschulung (unter Vollbelastung) begonnen werden. Die Frührehabilitation dient der Wiederherstellung des normalen Bewegungsumfanges mittels Methoden der manuellen Medizin und der Bewegungstherapie mit steigender Belastung, daneben sind Kryotherapie und Elektrotherapie fortzuführen.

Bei tolerierter Vollbelastung und normalem Gangbild beginnt die Phase der Spätrehabilitation, die ihr Hauptaugenmerk auf Wiederherstellung der Kraft, Ausdauer und der neuromuskulären Leistungsfähigkeit legt. Isokinetisches Training bietet eine schonende Möglichkeit Kraftdefizite auszugleichen. Darauf aufbauend bewirkt die Bewegungstherapie eine Beseitigung der propriozeptiven Defizite und eine weitere Verbesserung der Muskelkraft -ausdauer durch zunehmend funktionelle Übungen. In der funktionellen Phase bereitet mittels Sprung- und Lauftraining sowie isokinetischem Training auf die Rückkehr ins Berufs- und Sportleben vor.

Die Anzahl wissenschaftlich hochwertiger Studien zur Sprunggelenksrehabilitation ist limitiert. Die meisten Studien zeigen jedoch als Ergebnis eine Verbesserung der Muskelkraft bzw. der Propriozeption und Muskelreaktionszeiten in den rehabilitierten Gruppen gegenüber nicht behandelten Gruppen.

Zusammenfassend ist eine gezielte Rehabilitation nach Sprunggelenkserkrankungen zur Wiederherstellung einer ausreichenden Propriozeption notwendig.

# Bericht über die aktuelle Situation Orthopädie – Unfallchirurgie

R. Windhager

Vorerst war es mir wichtig festzuhalten, dass die Österreichische Gesellschaft für Orthopädie nicht durch „egoistische“ Motive geleitet ist, sondern sich eine klare Zielsetzung gegeben hat, nur solche Maßnahmen bzw. Veränderungen mitzutragen, die die Qualität der Medizin für die Patienten sicherstellen, ökonomisch effektiv sind und eine Verbesserung für die regionale Versorgung mit sich bringen.

Mobilität ist ein gesellschaftsrelevanter Wert. Da mobilitätserhaltende Maßnahmen und damit die Orthopädie auch große volkswirtschaftliche Bedeutung haben, gibt es auch budgetäre Gründe, Entwicklungen auf dem Gebiet der Orthopädie und die notwendige Ressourcenzuteilung nicht zu verschlafen. Die rasche Zunahme an Österreichern über 60 Jahren – in den nächsten 20 Jahren wird ihre Zahl von 1,7 Mio. auf 2,5 Mio. ansteigen – führt zu einem Kollaps, wenn nicht rechtzeitig gegengesteuert wird.

Um Mobilität zu erhalten ist das Wissen des Orthopäden über Erkrankungen des Bewegungsapparats unabdingbar. Österreich braucht in der Zukunft mehr Orthopäden, aber nicht um die Vielzahl an Operationen und Therapien absolvieren zu können, sondern um einen Großteil davon zu vermeiden.

Derzeitig benötigt jeder vierte Österreicher über 60 zumindest einmal im Jahr die Hilfe eines Facharztes für Orthopädie. Nur der Orthopäde hat durch Aus- und Weiterbildung eine ganzheitliche Sicht über das Funktionieren der Bewegung. Wir sind gefordert durch Prävention, rechtzeitige Diagnose, richtige frühe Therapieentscheidung und sinnvolle Rehabilitationsmaßnahmen so gegenzusteuern, dass ein Horrorszenario mit weit mehr als einer halben Million stationärer Aufnahmen in Krankenhäusern mit orthopädischer Diagnose nicht eintritt.

Von Seiten der Unfallchirurgen aber auch in der Öffentlichkeit wird oft auf die „numerische“ Überlegenheit der Unfallchirurgie gegenüber der Orthopädie hingewiesen. Dieses Bild ist schlichtweg falsch. Betrachtet man nämlich nicht nur den Krankenhaus- sondern auch den niedergelassenen Bereich, so zeigt sich eindeutig die Wichtigkeit unseres Faches. Orthopädie kann niemals teilbar sein in eine solche, die im Krankenhaus passiert und eine andere, die im niedergelassenen Bereich dem Patienten dient. Diese heute schon gegebene Parität zwischen den beiden Fächern wird durch die demographische Entwicklung zu einer Entwicklung führen, die nach noch mehr Orthopäden verlangt, wenn man den Bedarf decken will. Die Österreichische Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie hat diese Bedarfsentwicklung modellhaft bis ins Jahr 2021 vorherberechnet und kommt dabei zu einer Bedarfszahl von nahezu 1.000 Orthopäden für Österreich.

Es gibt jetzt und heute Handlungsbedarf um die Entwicklung in den Griff zu bekommen.

Österreich wird im niedergelassenen Facharzt-Bereich und im Krankenhaus mehr Orthopäden gebrauchen. Ein bedarfsorientierter Anstieg der Ausbildungsstätten wird sofort nötig sein, mittelfristig ist ein moderates Ansteigen bei den Kassenplanstellen vorzusehen und weiters fordert die Österreichische Gesellschaft für Orthopädie eine orthopädische Abteilung in jedem Schwerpunktkrankenhaus und in allen Häusern mit mehr als 300 Betten.

Eine Bedarfsschätzung, die die Zunahme der Bevölkerung über 60 berücksichtigt, verlangt eine Steigerung an orthopädischen Betten in den Krankenhäusern von 584 bis ins Jahr 2011. Das klingt viel, bedeutet aber lediglich eine Veränderung bei 1,4 % aller derzeitigen nicht-orthopädischen Betten in den Krankenhäusern.

Bis 2030 haben alle Bundesländer Handlungsbedarf. Selbst Wien, wo die Versorgung nur geringe Versorgungsdefizite ausweist, wird um regionale Veränderungen – für die Bezirke 2, 20, 21 und 22 gibt es nur eine orthopädische Fachabteilung nördlich der Donau für 400.000 Wienerinnen und Wiener – nicht herkommen. Die Bedarfsschätzung für 2030 zeigt ein Fehlen von 1.400 orthopädischen Betten. Das bedeutet eine Veränderung bei 3% aller derzeitigen nicht-orthopädischen Betten in den Krankenhäusern.

Auch mit einer weiteren Fehleinschätzung konnten wir im ÖBIG-Gespräch aufräumen. Bei einer Gegenüberstellung der derzeitigen Ausbildungsinhalte zeigen sich nämlich nicht die oft gepriesene hohe Übereinstimmung. Besonders eklatant ist der Unterschied dabei gerade in den diagnostischen Ausbildungsinhalten.

Kurzfristige Veränderungspotentiale sieht die Österreichische Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie in der flexibleren Handhabung der Strukturen, wobei kein Qualitätsverlust eintreten darf. Dabei könnte die Teilung von Fachabteilungen in Departements der Unfallchirurgie und Orthopädie eine Möglichkeit darstellen, aber auch zeitlich variable Bettenzuordnungen, variable Diensteinteilungen und variable Arbeitszeiten könnten zu einer besseren Nutzung in den Spitälern führen.

Möchte man nicht in der Versorgungsqualität absinken, so ist eine Rücknahme der Spezialisierung von Unfallchirurgie und Orthopädie ohne Qualitätsverlust weder in der Ausbildung noch in der Patientenversorgung möglich.