

Projektbericht
Research Report

Dezember 2022

Gastroenterologische und hepatologische Versorgung in Österreich

Thomas Czypionka, Sophie Fößleitner, Lea Koisser,
Monika Riedel, Gerald Röhrling

Studie im Auftrag

der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH)
und der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK)



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

AutorInnen

Thomas Cypionka, Sophie Fößleitner, Lea Koisser, Monika Riedel, Gerald Röhrling

Titel

Gastroenterologische und hepatologische Versorgung in Österreich

Kontakt

T +43 1 59991-127

E cypionk@ihs.ac.at

Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS)

Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien

T +43 1 59991-0

F +43 1 59991-555

www.ihs.ac.at

ZVR: 066207973

Die Publikation wurde sorgfältig erstellt und kontrolliert. Dennoch erfolgen alle Inhalte ohne Gewähr. Jegliche Haftung der Mitwirkenden oder des IHS aus dem Inhalt dieses Werks ist ausgeschlossen.

Abstract

The aim of the present study was to use qualitative and quantitative data to analyze and evaluate the current status of care in gastroenterology and hepatology in Austria and to estimate the future demand for gastroenterologists and hepatologists. Data from the Austrian Medical Association, the Federal Ministry for Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection, the Main Association of Austrian Social Security Organizations, the state medical associations, the Austrian Health Insurance Fund and Statistics Austria were analyzed and collated in numerous displays in the report. In addition, a literature search was carried out as part of the analysis of personnel planning and screening, and qualitative interviews with relevant stakeholders from the area of GEH were conducted.

The analysis shows that diseases from the field of GEH have a high prevalence and importance for healthcare, but that health services in this area are provided in a very heterogeneous way and are rarely subject to planning. This concerns, firstly, the interfaces between general practitioners, extramural specialists, intramural specialists and inpatient care, but also the interface to other disciplines, especially surgery. Secondly, in many places there seems to be a sharp divide between the centre and the periphery. Improvements in these areas are often due to the initiative of individuals. It is obvious that interface problems and uncontrolled patient flows are detrimental to both the quality of care and its efficiency, and that insufficient service provision in the periphery also represents an equality problem. The same goes for the fact that preventive care is not routinely provided. Contributions to a solution would be to include the field of GEH explicitly in the ÖSG, as well as implementing integrated appropriate level of care models based on the specific regional conditions, including preventive care.

In our GAP analysis of supply and demand for specialised personnel we find the following: In the case of GEH specialists exclusively employed in hospitals, we forecast a gap of 83 people in 2030, since the number of available doctors with GEH qualifications will increase between 2021 and 2030 27% decrease, while demand – derived from ÖSG demand forecasts – will increase by 4%. There will also be a gap between supply and demand in the extramural contractual sector by 2030, which is even larger than in the intramural sector; for 2030 we forecast a shortage of 144 to 188 people. The range results from different estimates of demand, with the lower limit corresponding to a more conservative estimate and the upper limit corresponding to forward projection of the services billed in recent years. It is therefore necessary to make the field of GEH more attractive in general and to take measures to increase interest in GEH among prospective physicians, for example through establishing a thorough and structured training programme. In addition, the extramural contract physician sector should be made more attractive

Key words: gastroenterology; hepatology; health services research; human resources; workforce planning; integrated care; appropriate level medical care

Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Studie ist es, mithilfe von qualitativen und quantitativen Methoden den derzeitigen Stand der gastroenterologisch-hepatologischen Versorgung in Österreich zu analysieren, zu bewerten sowie den zukünftigen Bedarf an GastroenterologInnen und HepatologInnen abzuschätzen. Es wurden Daten von der Österreichischen Ärztekammer, dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, dem Dachverband der Sozialversicherung, den Landesärztekammern, der Österreichischen Gesundheitskasse sowie der Statistik Austria analysiert und dargestellt. Zusätzlich wurden auch eine Literaturrecherche im Rahmen der Bedarfsplanung (Personalplanung und Screening) sowie qualitative Interviews mit relevanten StakeholderInnen aus dem Bereich der GEH durchgeführt.

Die Analyse zeigt, dass Erkrankungen aus dem Bereich der GEH eine hohe Prävalenz und Bedeutung für die Versorgung aufweisen, die Versorgung diesbezüglich allerdings sehr heterogen ist und kaum Planung unterliegt. Dies betrifft zum Ersten die Schnittstellen zwischen einerseits allgemeinärztlicher, extramural fachärztlicher, intramural fachärztlicher und stationärer Versorgung, aber auch die Schnittstelle hin zu anderen Fächern, insbesondere der Chirurgie. Zum Zweiten scheint es vielerorts ein starkes Gefälle zwischen Zentrum und Peripherie zu geben. Verbesserungen in diesen Bereichen obliegen oft der Initiative Einzelner. Es liegt nahe, dass Schnittstellenprobleme und ungesteuerte PatientInnenströme sowohl der Qualität der Versorgung als auch deren Effizienz abträglich sind, und eine unzureichende Peripherieverorgung auch ein Verteilungsproblem darstellt. Dasselbe gilt für die fehlende strukturierte Vorsorge. Lösungsbeiträge wären eine Aufnahme des Bereichs GEH explizit in den ÖSG sowie konkrete abgestufte und integrierte Versorgungsmodelle nach regionalen Gegebenheiten, inklusive Vorsorgemaßnahmen.

Bezüglich der vorgenommenen GAP-Analyse ergibt sich folgendes Bild: Bei den ausschließlich angestellten ÄrztInnen (intramuraler Bereich) wird im Jahr 2030 voraussichtlich eine Lücke von 83 Personen klaffen, da die Zahl verfügbarer ÄrztInnen mit GEH-Qualifikation zwischen 2021 und 2030 um 27 % abnehmen, während der Bedarf – abgeleitet aus Nachfrageprognosen des ÖSG – um 4 % steigen wird. Auch im niedergelassenen Bereich wird bis zum Jahr 2030 eine Lücke zwischen Angebot und Nachfrage entstehen, diese ist sogar um einiges größer als im intramuralen Bereich, es werden im Jahr 2030 voraussichtlich 144 bis 188 Personen fehlen. Die Schwankungsbreite ergibt sich dabei aus unterschiedlichen Schätzungen der Nachfrage, wobei die Untergrenze

einer konservativeren Schätzung und die Obergrenze einer Fortschreibung der abgerechneten Leistungen der letzten Jahre entspricht. Es bedarf daher einer generellen Attraktivierung des Fachs sowie Maßnahmen, um unter angehenden MedizinerInnen mehr Interesse für die GEH zu wecken, beispielsweise durch eine gute, strukturierte Ausbildung. Zudem sollte auch der vertragsärztliche Bereich besser gefördert und Kassenstellen wieder attraktiver gemacht werden.

Schlagwörter: Gastroenterologie; Hepatologie; Versorgungsforschung; Humanressourcen; Personalplanung; integrierte Versorgung; abgestufte Versorgung

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	9
2	Status quo der Versorgung	10
2.1	Angebot im Bereich der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung.....	11
2.1.1	Gesamtüberblick über ÄrztInnen mit anerkannter Qualifikation für GEH.....	11
2.1.2	Angebot im niedergelassenen kassenärztlichen Bereich in der GEH.....	23
2.1.3	Schematischer Überblick über das Angebot im Bereich der GEH anhand einer Primärerhebung unter ÖGGH-Mitgliedern	32
2.2	Nachfrage im Bereich der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung.....	47
2.2.1	Intramuraler Bereich: Analyse auf Basis der ICD-10-Diagnosen	47
2.2.2	Intramural: Analyse auf Basis des Leistungskatalogs BMASGK 2020 – Codierung ambulant und Codierung stationär	62
2.2.3	Extramural: Analyse auf Basis von Abrechnungsdaten der Sozialversicherung....	73
2.2.4	Extramural: Analyse auf Basis von Medikamentenverordnungen.....	78
3	Literaturüberblick: Ausgewählte österreichische Regelungen im internationalen Vergleich	86
3.1	Darmkrebsscreening.....	86
3.1.1	Status quo Österreich	87
3.1.2	Internationale Beispiele	91
3.1.3	Status quo Deutschland	92
3.1.4	Status quo Schweiz	93
3.1.5	Status quo Niederlande.....	99
3.1.6	Fazit Ländervergleich	102
3.1.7	Länderspezifische Leitlinien und Qualitätssicherung.....	103
3.1.8	Leitlinien der Europäischen Union	119
3.1.9	Weitere Interessengruppen auf EU-Ebene	128
3.2	Bedarfsplanung im Vergleich der DACH-Länder	132
3.2.1	Österreich.....	134
3.2.2	Deutschland	155
3.2.3	Schweiz.....	169
4	Ergebnisse der qualitativen Befragung von relevanten StakeholderInnen aus dem Bereich der Gastroenterologie und Hepatologie.....	175
4.1	Status quo allgemein	176
4.2	Intramuraler Bereich	177
4.2.1	Stationär.....	177
4.2.2	Ambulant.....	178
4.2.3	Zentren.....	178

4.3	Niedergelassener Bereich	178
4.4	CED.....	179
4.5	Hepatology	179
4.6	Endoskopie	180
4.7	Vorsorge/Screening	181
4.8	Diagnose und Behandlung.....	181
4.9	Qualität und Qualitätskontrolle.....	182
4.10	Technisch-apparative Ausstattung	183
4.11	Kassenleistungen	184
4.11.1	Übernommene Leistungen	185
4.11.2	Nicht-übernommene Leistungen	185
4.12	Pflege/CED-Nursing	186
4.13	Rehabilitation	186
4.14	Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen	187
4.14.1	Radiologie.....	187
4.14.2	Allgemeinmedizin.....	187
4.14.3	Chirurgie.....	187
4.14.4	Andere.....	188
4.15	Vernetzung	188
4.16	Gatekeeping.....	189
4.17	Abgestufte Versorgung	190
4.18	Kapazitätsplanung	190
4.19	Personalplanung	191
4.20	Ausbildung	192
4.21	Wartezeit	193
4.22	Wegzeit	193
4.23	Weg des/der PatientIn.....	194
4.24	Verbesserungsvorschläge	194
5	Gap-Analyse	197
5.1	Modell 1: Ausschließlich angestellte ÄrztInnen.....	198
5.1.1	Entwicklung des Angebots	199
5.1.2	Entwicklung der Nachfrage	202
5.1.3	Gap-Analyse	204
5.2	Modell 2: ÄrztInnen mit ÖGK-Vertrag	206
5.2.1	Entwicklung des Angebots	208
5.2.2	Entwicklung der Nachfrage	210
5.2.3	Gap-Analyse	211

5.3	Modell 3: ÄrztInnen ohne Vertrag oder ausschließlich mit Vertrag zu kleinen Kassen.....	212
5.3.1	Entwicklung des Angebots	214
6	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	216
7	Verzeichnisse	220
7.1	Abbildungsverzeichnis	220
7.2	Tabellenverzeichnis	227
7.3	Literaturverzeichnis	229
8	Anhang	237
8.1	Weitere Schlüsseldiagnosen	237
8.1.1	Akute und Chronische Hepatitis.....	237
8.1.2	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas.....	240
8.1.3	Zöliakie, Ulcus ventriculi et duodeni sowie Barrettösophagus und Achalasie....	243
8.2	Weitere Schlüsseleingriffe	245

1 Einleitung

Der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung kommt im österreichischen Gesundheitswesen aufgrund der diesbezüglichen Krankheitslast große Bedeutung zu. So gilt Darmkrebs als die dritthäufigste Krebserkrankung in Österreich und die „Krankheiten des Verdauungssystems“ befinden sich unter den fünf häufigsten Hauptdiagnosen, die einen Krankenhausaufenthalt bedingen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2021a, Statistik Austria 2020). Dennoch wurde die gastroenterologisch-hepatologische Versorgung in Österreich bisher recht wenig untersucht und auch im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) gibt es für dieses Fach kaum spezifische Vorgaben oder Planwerte. Das Fach „Innere Medizin“ wird nur insgesamt geplant, was dem heutigen Spezialisierungsgrad nicht mehr entspricht.

Ziel der vorliegenden Studie ist es daher, dazu beizutragen, diese Forschungslücke zu schließen. Mithilfe von qualitativen und quantitativen Methoden soll der derzeitige Stand der gastroenterologisch-hepatologischen Versorgung in Österreich analysiert und bewertet sowie der zukünftige Bedarf an GastroenterologInnen und HepatologInnen abgeschätzt werden. Darüber hinaus soll auch der versorgungsrelevante Bedarf untersucht werden, wobei insbesondere geklärt werden soll, wie – wenn möglich – die Versorgung gestaltet sein sollte.

Das Vorhaben wird in drei Modulen, die zum Teil aufeinander aufbauen, abgewickelt: In Modul 1 wird der Status quo der Versorgung anhand von Struktur- und Abrechnungsdaten sowie einer Primärerhebung analysiert und dargestellt, wobei hier insbesondere auch die Abbildung von regionalen Versorgungsunterschieden relevant ist. Im Modul zur Bedarfsplanung (Modul 2) wird anhand einer umfangreichen Literaturanalyse sowie qualitativer Interviews aufgearbeitet, welche Vorgaben es für eine gute gastroenterologische Versorgung gibt, welche Anforderungen momentan bestehen bzw. in naher Zukunft bestehen werden und welche Verbesserungspotenziale aus der Sicht der Stakeholder in der österreichischen Versorgung existieren. In Modul 3 wird schlussendlich ein Bild des zukünftigen Bedarfs und Angebots an GastroenterologInnen und HepatologInnen gezeichnet sowie eine quantitative Abschätzung (Gap-Analyse) getroffen.

Der vorliegende Projektbericht gliedert sich somit wie folgt: Kapitel 2 beschreibt den Status quo der Versorgung im Bereich der GEH in Österreich, Kapitel 3 und 4 stellen die Ergebnisse der Literaturrecherche im Bereich der Bedarfsplanung sowie der Interviews mit relevanten Stakeholdern aus dem DACH-Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz) dar und Kapitel 5 widmet sich der Gap-Analyse. In Kapitel 6 werden Schlussfolgerungen präsentiert.

2 Status quo der Versorgung

Modul 1 liefert eine Bestandsaufnahme und Analyse der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung in Österreich, wobei sowohl die Angebots- als auch die Nachfrageseite betrachtet werden.

Aufseiten des Angebots wird einerseits ein Gesamtüberblick über alle in Österreich tätigen FachärztInnen mit anerkannter Qualifikation für Gastroenterologie und Hepatologie gegeben und andererseits der extramurale kassenärztliche Bereich näher beleuchtet. Zudem werden auch die Ergebnisse einer Primärerhebung unter Mitgliedern der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie präsentiert. Als sekundäre Datenquellen dienen hierbei Struktur- und Abrechnungsdaten des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger, der Österreichischen Gesundheitskasse, der Österreichischen Ärztekammer sowie der neun Landesärztekammern.

Auf der Nachfrageseite wird die Inanspruchnahme von gastroenterologischer und hepatologischer Versorgung sowohl für den intramuralen als auch für den extramuralen Bereich untersucht. Im intramuralen Bereich erfolgt die Analyse anhand von ausgewählten Schlüsseldiagnosen und -eingriffen für den gastroenterologischen und hepatologischen Bereich, als Datenquelle dienen Abrechnungsdaten des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Im extramuralen Bereich wird die Nachfrage anhand von Abrechnungsdaten zu ausgewählten Markerleistungen sowie spezifischen Medikamenten, die vom Dachverband der Sozialversicherungsträger zur Verfügung gestellt wurden, untersucht.

Die Darstellung des Status quo ist insbesondere aus Sicht der Versorgungsforschung relevant, da sie auf eine mögliche Unter- bzw. Überversorgung hinweisen kann. Zudem liefert eine solche Bestandsaufnahme auch wichtige Hinweise für die Nachwuchsplanung, da sie auf einen potenziellen Mangel an ÄrztInnen aufmerksam machen kann.

2.1 Angebot im Bereich der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung

Das Angebot im Bereich der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung wird auf dreierlei Arten dargestellt: Einerseits wird, unter Berücksichtigung verschiedener Datenquellen, ein Gesamtüberblick über alle in Österreich tätigen FachärztInnen mit anerkannter Qualifikation für Gastroenterologie und Hepatologie (GEH) gegeben. Andererseits wird der niedergelassene kassenärztliche Bereich anhand von abgerechneten Leistungen im Bereich der GEH näher beleuchtet, da dieser in den meisten Fällen die erste Anlaufstelle für PatientInnen darstellt. Schließlich werden auch die Ergebnisse einer Primärerhebung, die unter den Mitgliedern der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH) durchgeführt wurde, präsentiert, um eine Übersicht über das Angebot und das Leistungsspektrum jener ÄrztInnen, die sich klar der GEH zuordnen, zu erhalten.

2.1.1 Gesamtüberblick über ÄrztInnen mit anerkannter Qualifikation für GEH

In diesem Abschnitt wird, für Österreich erstmalig, ein quantitativer Überblick über die in Österreich tätigen FachärztInnen mit anerkannter Qualifikation für GEH geboten. Diese Zusammenschau muss die verschiedenen bestehenden Qualifikationsformen für GEH aus unterschiedlichen Datenquellen zusammenführen, da derzeit keine einheitliche Datenquelle dafür existiert. Außerdem wird in diesem Abschnitt dargestellt, wie viele Personen sich in der fachärztlichen Ausbildung befinden, um in Modul 3 dieses Berichts eine Abschätzung über zukünftige Kapazitäten zu erstellen.

GEH wurde erst vor Kurzem in der Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO) als eigenes Fach anerkannt: In der ÄAO 2006 noch als Additivfach für Innere Medizin geführt, wurde der Fachbereich in der ÄAO 2015 zu einem eigenen Fach „Innere Medizin und Gastroenterologie“. Mit Ausbildungsbeginn nach dem 01.06.2016 ist die Facharztausbildung laut ÄAO 2015 verpflichtend; ÄrztInnen, die davor mit der Ausbildung angefangen haben, können optional in die neue Facharztausbildung wechseln, das Additivfach GEH wird mit Ausbildungsende der sich derzeit in Ausbildung befindlichen ÄrztInnen jedenfalls auslaufen. Darüber hinaus können auch ÄrztInnen für Innere Medizin (ohne Additivfach GEH) sowie ÄrztInnen für Allgemein- und Viszeralchirurgie gastroenterologische und hepatologische Untersuchungen durchführen und mit der Sozialversicherung bei Nachweis entsprechender Erfahrungen eine Abrechnungsbefugnis bzw. einen Gerätenachweis für Gastroskopien und/oder Koloskopien verrechnen. Daher werden folgende Fachgruppen bzw. Qualifikationsnachweise als *anerkannte Qualifikation für GEH* zusammengefasst:

- (1) Innere Medizin mit Additivfach GEH (ÄAO 2006)
- (2) Innere Medizin und GEH (ÄAO 2015)
- (3) Innere Medizin ohne Additivfach GEH (ÄAO 2006) mit Abrechnungsbefugnis/Gerätenachweis für Gastroskopien und/oder Koloskopien
- (4) Allgemein Chirurgie und Viszeralchirurgie (ÄAO 2006) mit Abrechnungsbefugnis/Gerätenachweis für Gastroskopien und/oder Koloskopien

Die Anzahl von ÄrztInnen mit Qualifikation (1) und (2) wurde von der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) mit Stichtag 01.01.2021 ausgehoben und zur Verfügung gestellt. Die Anzahl von ÄrztInnen mit Qualifikation (3) und (4) lag bis dato nicht zentral vor. Daher führte die ÖÄK hierfür im Zeitraum März/April 2021 eine Primärerhebung bei den Landesärztekammern (LÄK) durch, die für sechs der neun österreichischen Bundesländer zu einer Zusendung der entsprechenden Zahlen führte;¹ für das Burgenland, Kärnten und die Steiermark wurden von den LÄK keine Zahlen übermittelt. Die von den LÄK gelieferten Daten wurden im Anschluss von der ÖÄK zusammengefasst, bereinigt und zur Verfügung gestellt.

¹ Die Daten wurden seitens der ÖÄK hinsichtlich Mehrfachregistrierungen (Personen, die in mehreren Bundesländern tätig und in mehreren LÄK registriert sind) abgeglichen. Für Wien, Niederösterreich, Oberösterreich und Salzburg kam dies jedoch lediglich einmal vor, die betroffene Person wurde dem Bundesland der Haupttätigkeit zugeordnet.

Tabelle 1: ÄrztInnen mit anerkannter Qualifikation für GEH: Innere Medizin mit Additivfach GEH (ÄAO 2006) bzw. Innere Medizin und GEH (ÄAO 2015), Stichtag: 01.01.2021

	ÄrztInnen mit ÖGK-Vertrag (ausschließlich niedergelassen tätig)	ÄrztInnen mit ÖGK-Vertrag (niedergelassen und angestellt tätig)	Ausschließlich angestellte ÄrztInnen	ÄrztInnen mit Vertrag zu kleinen Kassen oder ohne Vertrag (WahlärztInnen) (ausschließlich niedergelassen tätig)	ÄrztInnen mit Vertrag zu kleinen Kassen oder ohne Vertrag (WahlärztInnen) (niedergelassen und angestellt tätig)	Insgesamt
Innere Medizin mit Additivfach GEH (ÄAO 2006)	70	10	261	82	110	533
Innere Medizin und GEH (ÄAO 2015)	1	0	11	1	1	14
Insgesamt	71	10	272	83	111	547

Quelle: ÖÄK (2021), Darstellung: IHS 2022.

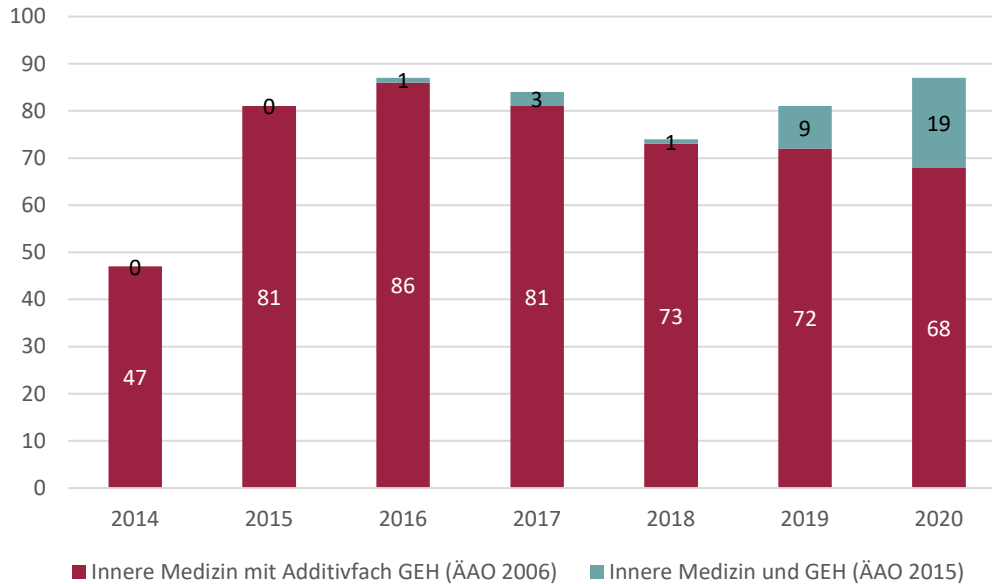
Mit Stand 01.01.2021 gab es in Österreich 533 InternistInnen mit Additivfach GEH, wobei rund die Hälfte (49 %) ausschließlich angestellt tätig war, vgl. Tabelle 1. Rund 15 % besaßen einen Vertrag mit der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), etwas mehr als ein Drittel (36 %) waren als Wahlarzt/Wahlärztin tätig oder befanden sich ausschließlich mit sogenannten kleinen Kassen (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) und Sozialversicherung der Selbstständigen (SVS)) in einem Vertragsverhältnis. Insgesamt 14 Personen hatten zum Stichtag die Qualifikation für GEH über die neue ÄAO 2015 zum Facharzt bzw. zur Fachärztin für Innere Medizin und GEH erworben.

Im Zeitraum 2015–2020 waren zudem im Durchschnitt rund 80 ÄrztInnen auf Ausbildungsstellen für GEH nach Qualifikation (1) oder (2) gemeldet. In den letzten Jahren wuchs naturgemäß die Anzahl der FachärztInnen in Ausbildung für Innere Medizin und GEH (ÄAO 2015), sodass Ende 2020 bereits 19 Personen oder mehr als ein Fünftel (22 %) der Ausbildungsstellen im Bereich GEH der neuen Facharztausbildung zuzurechnen waren, vgl. Abbildung 1

Der jährliche Output an ÄrztInnen mit Qualifikation (1) für GEH betrug im Zeitraum 2008 bis 2015 im Median 23 Personen. Ab 2017 schlossen im Median mehr Personen das Additivfach für GEH ab (28 Personen), wobei im Jahr 2020 die Anzahl auf 20 Personen sank, vgl. Abbildung 2. Im Median betrug der jährliche Output an ÄrztInnen mit Qualifikation (1) und (2) für den Zeitraum 2017–2020 29 Personen. Für die letzten vier Jahre ist auch eine geschlechtsspezifische Betrachtung möglich: so zeigt sich, dass der Frauenanteil in der ÄrztInnengruppe mit Qualifikation (1) von rund 40 % auf 55 % im Jahr 2020 anstieg. Die neue Ausbildung für FachärztInnen für Innere Medizin und GEH gemäß ÄAO 2015 beendeten bis 2020 insgesamt vier Personen, allesamt Frauen.

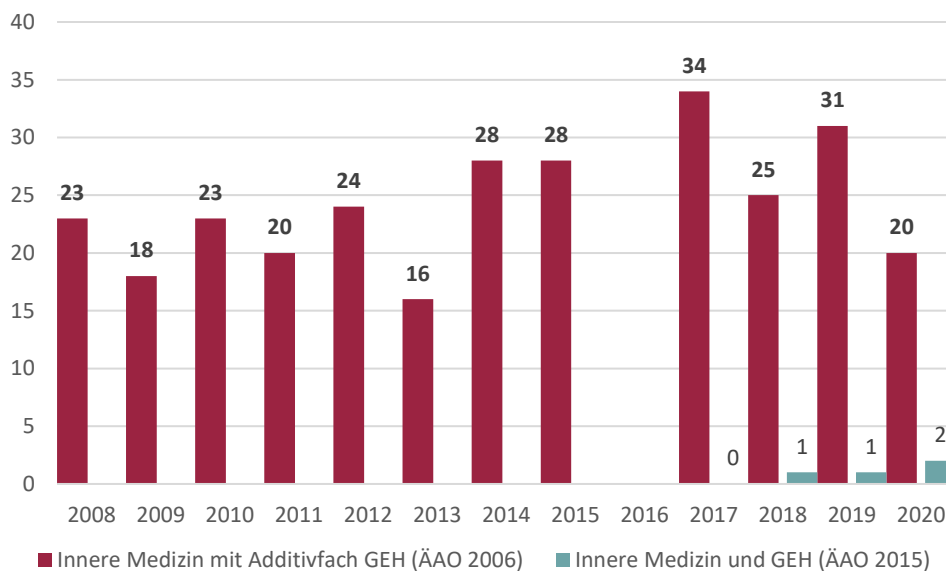
Für sechs Bundesländer (Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Tirol, Vorarlberg und Wien) liegen Daten von niedergelassenen ÄrztInnen (mit/ohne ÖGK-Vertrag) für Innere Medizin ohne Additivfach GEH bzw. AllgemeinchirurgInnen/ViszeralchirurgInnen mit Abrechnungsbefugnis/Gerätenachweis für Gastroskopien und/oder Koloskopien vor (Qualifikation (3) und (4)). Diese von den Landesärztekammern primär erhobenen Daten zeigen, dass in beiden Fachbereichen die Ausstattung mit abrechnungsbefugten ÄrztInnen im Bereich der GEH je nach Bundesland stark variiert, vgl. Tabelle 2 und Tabelle 3. Insbesondere das Bundesland Tirol fällt mit einer sehr hohen Dichte (Anzahl pro 100.000 EinwohnerInnen) an ÄrztInnen mit entsprechender Abrechnungsbefugnis auf.

Abbildung 1: Gemeldete ÄrztInnen auf Ausbildungsstellen zum Stichtag 31.12., Innere Medizin mit Additivfach GEH (ÄAO 2006) und Innere Medizin und GEH (ÄAO 2015)



Quelle: ÖÄK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 2: Jährlicher Output (Ausbildungsabschlüsse) an FachärztInnen, Innere Medizin mit Additivfach GEH (ÄAO 2006) und Innere Medizin und GEH (ÄAO 2015)



Quelle: ÖÄK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Anmerkung: 2008–2015: Jährlicher Output (inkl. derzeitige A.O und Nichtmitglieder) – Kriterium = Ende der Ausbildung; ab 2017: Inländische Neuanerkennungen (inkl. Anerkennungen nach diversen Übergangsbestimmungen) – Kriterium = Ende der Ausbildung; für das Jahr 2016 sind keine Zahlen verfügbar.

Tabelle 2: ÄrztInnen mit anerkannter Qualifikation für GEH: Innere Medizin ohne Additivfach GEH (ÄAO 2006) mit Abrechnungsbefugnis/Gerätenachweis für Gastroskopien und/oder Koloskopien, niedergelassen tätig (keine Information über eine etwaige Anstellung), Stichtag: März/April 2021

absolut	Nieder- öster- reich	Ober-ös- terreich	Salzburg	Tirol	Vorarl- berg	Wien	Alle 6 Bundes- länder
Innere Medizin ohne Additivfach GEH (ÄAO 2006), mit Abrechnungsbefugnis/ Gerätenachweis mit ÖGK-Vertrag	26	12	15	32	5	15	105
Innere Medizin ohne Additivfach GEH (ÄAO 2006), mit Abrechnungsbefugnis/ Gerätenachweis mit Vertrag zu kleinen Kassen oder ohne Vertrag (WahlärztInnen)	25	2	13	109	3	17	169
Insgesamt	51	14	28	141	8	32	274
pro 100.000 EinwohnerInnen	Nieder- öster- reich	Ober-ös- terreich	Salzburg	Tirol	Vorarl- berg	Wien	Alle 6 Bundes- länder
Innere Medizin ohne Additivfach GEH (ÄAO 2006), mit Abrechnungsbefugnis/ Gerätenachweis mit ÖGK-Vertrag	1,5	0,8	2,7	4,2	1,3	0,8	1,5
Innere Medizin ohne Additivfach GEH (ÄAO 2006), mit Abrechnungsbefugnis/ Gerätenachweis mit Vertrag zu kleinen Kassen oder ohne Vertrag (WahlärztInnen)	1,5	0,1	2,3	14,3	0,8	0,9	2,5
Insgesamt	3,0	0,9	5,0	18,5	2,0	1,7	4,0

Quelle: LÄK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Tabelle 3: ÄrztInnen mit anerkannter Qualifikation für GEH: Allgemein Chirurgie und Viszeralchirurgie (ÄAO 2006) mit Abrechnungsbefugnis/Gerätenachweis für Gastroskopien und/oder Koloskopien, niedergelassen tätig (keine Information über eine etwaige Anstellung), Stichtag: März/April 2021

absolut	Nieder- öster- reich	Ober-ös- terreich	Salzburg	Tirol	Vorarl- berg	Wien	Alle 6 Bundes- länder
Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie (ÄAO 2006) mit Abrechnungsbefugnis/ Gerätenachweis mit ÖGK-Vertrag	20	12	6	9	0	31	78
Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie (ÄAO 2006) mit Abrechnungsbefugnis/ Gerätenachweis mit Vertrag zu kleinen Kassen oder ohne Vertrag (WahlärztInnen)	22	0	14	56	1	33	126
Insgesamt	42	12	20	65	1	64	204
pro 100.000 EinwohnerInnen	Nieder- öster- reich	Ober-ös- terreich	Salzburg	Tirol	Vorarl- berg	Wien	Alle 6 Bundes- länder
Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie (ÄAO 2006) mit Abrechnungsbefugnis/ Gerätenachweis mit ÖGK-Vertrag	1,2	0,8	1,1	1,2	0,0	1,6	1,1
Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie (ÄAO 2006) mit Abrechnungsbefugnis/ Gerätenachweis mit Vertrag zu kleinen Kassen oder ohne Vertrag (WahlärztInnen)	1,3	0,0	2,5	7,4	0,3	1,7	1,8
Insgesamt	2,5	0,8	3,6	8,5	0,3	3,3	3,0

Quelle: LÄK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Da – wie zuvor beschrieben – von drei LÄK (Burgenland, Kärnten, Steiermark) keine Daten für ÄrztInnen mit GEH-Qualifikation (3) und (4) übermittelt wurden, das Ziel jedoch ist, ein komplettes Bild für ganz Österreich zu zeichnen, wurde noch ein alternativer Weg bestritten, um diese „Black Box“ zumindest teilweise zu erhellen: Eine Spezialauswertung der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) liefert einen bundeslandspezifischen Überblick der FachärztInnen für Innere Medizin ohne Additivfach GEH bzw. FachärztInnen für Allgemein- und Viszeralchirurgie (Qualifikation (3) und (4)), die im Jahr 2019 eine sogenannte Markerleistung für den GEH-Bereich mit der ÖGK abgerechnet haben und somit zur GEH gezählt werden können. Diese Markerleistungen umfassten im Jahr 2019 folgende Positionsnummern (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Markerleistungen für den GEH-Bereich aus dem Honorarkatalog, 2019

Positionsnummer	Leistungstext
53	Gastroskopie, in 50 % der § 2-Fälle pro Quartal verrechenbar
201	Gastroskopie (Fachspezifische Ausbildung ist nachzuweisen)
202	Koloskopie (Fachspezifische Ausbildung ist nachzuweisen)
203	Endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Duodenums mit allfälligen Biopsien
216	Inkomplette (diagnostische) Koloskopie inklusive allfällig notwendiger zangenbiotischer Polypenabtragung
217	Hohe (diagnostische) Koloskopie inklusive allfällig notwendiger zangenbiotischer Polypenabtragung
231	Unvollst. Koloskopie (Unters. kann od. muss aus med. Gründen nicht b. z. Coekum durchgeführt werden)
232	Vollständige Koloskopie
233	Gastroskopie u/o part. Duodenoskopie. ggf. einschl. Ösophagoskopie, Probeexz., Probepunkt. u/o Ureasenachweis
263	Ösophago-Gastro-Duodenoskopie
302	Gastroskopie inkl. Biopsie
305	Koloskopie bis zum Zökum inkl. Biopsie bzw. Polypenentfernungen mit Biopsiezange und Ileoskopie
306	Abbruch einer Koloskopie nach Überschreiten der flexura colica sinistra inkl. Biopsie/Polypentfernung
401	Ösophaguskopie
402	Gastro-Duodenoskopie
405	Inkomplette Koloskopie inkl. Probeexcision/Polypektomie
406	Komplette Koloskopie inkl. Probeexcision/Polypektomie
230	Gastroskopie
231	Koloskopie bis zum Zökum inkl. allenfalls notwendiger Biopsieentnahmen und Dokumentation allf. Pathologie
233	Abbruch einer Koloskopie nach Überschreiten der flexura colica sinistra inkl. Biopsie und Dokumentation
30C	Endoskopie des oberen Intestinaltraktes (Gastroskopie, Duodenoskopie)
30H	Koloskopie bis zur Flexura colica sinistra einschl. Sigmoidoskopie und Rektoskopie
30I	Komplette Koloskopie einschl. Sigmoidoskopie und Rektoskopie
53A	Ösophago-Gastro-Duodenoskopie inkl. allfäll. Gewebentnahme, Entfernung von Gewächsen u. Blutstillung
53B	Koloskopie
620	Abbruch einer Koloskopie nach Überschreiten der flexura colica sinistra inkl. Biopsie und Dokumentation
630	Gastroskopie
631	Koloskopie bis zum Zökum inkl. notwendiger Biopsieentnahme und Dokumentation allfälliger Pathologien

Quelle: ÖGK (2022); Anm.: Position 233 und 620 sind unterschiedliche Positionen mit derselben Bezeichnung, was durch die Vereinheitlichung des Honorarkatalogs entstanden ist

Die ÖGK identifizierte die Anzahl der abgerechneten Leistungen der VertragspartnerInnen der ÖGK der Fächer Innere Medizin² bzw. Chirurgie für eben diese Markerleistungen. VertragspartnerInnen mit zumindest einer abgerechneten Markerleistung im Jahr 2019 wurden sodann der ÖÄK übermittelt. Diese bereinigte die Daten für die InternistInnen dahingehend, dass ÄrztInnen mit Additivfach gestrichen wurden, um Doppelzählungen zu vermeiden und stellte diese dem IHS im Anschluss zur Verfügung.

Tabelle 5 zeigt die absolute Anzahl sowie die Dichte pro 100.000 EinwohnerInnen der identifizierten ÄrztInnen mit Abrechnungsbefugnis. Die höchste Dichte an FachärztInnen für Innere Medizin ohne Additivfach mit ÖGK-Vertrag und abgerechneten Markerleistungen lag im Jahr 2019 in der Steiermark (2,7 pro 100.000 EinwohnerInnen) vor. Am anderen Ende liegt das Bundesland Wien mit 0,2 ÄrztInnen pro 100.000 EinwohnerInnen. Im Bereich der ChirurgInnen mit ÖGK-Vertrag weist Niederösterreich mit 1,5 ÄrztInnen pro 100.000 EinwohnerInnen die höchste Dichte auf; für Vorarlberg konnten basierend auf dieser Auswertung für das Jahr 2019 keine ChirurgInnen mit abgerechneten GEH-Leistungen gefunden werden.

² Seitens der ÖGK ist es ausschließlich möglich, das Fach Innere Medizin in seiner Gesamtheit zu identifizieren, da keine Information über ein potenzielles Additivfach vorliegt.

Tabelle 5: ÄrztInnen mit ÖGK-Vertrag: InternistInnen ohne Additivfach bzw. ChirurgInnen, die 2019 zumindest eine Markerleistung abrechneten

absolut	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Österreich
InternistInnen ohne Additivfach mit ÖGK-Vertrag	7	9	14	10	12	34	5	5	3	99
ChirurgInnen mit ÖGK-Vertrag	1	7	25	10	5	4	10	0	23	85
Insgesamt	8	16	39	20	17	38	15	5	26	184

Pro 100.000 EinwohnerInnen (2019)	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Österreich
InternistInnen ohne Additivfach mit ÖGK-Vertrag	2,4	1,6	0,8	0,7	2,2	2,7	0,7	1,3	0,2	1,1
ChirurgInnen mit ÖGK-Vertrag	0,3	1,2	1,5	0,7	0,9	0,3	1,3	0,0	1,2	1,0
Insgesamt	2,7	2,9	2,3	1,3	3,1	3,1	2,0	1,3	1,4	2,1

Quelle: ÖGK (2022) und ÖÄK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abschließend zeigt Tabelle 6 einen Überblick der niedergelassenen FachärztInnen³ mit Qualifikation für GEH. Im Bereich der ÖGK-VertragsfachärztInnen ergibt sich für Österreich eine Dichte von 3,7 ÄrztInnen pro 100.000 EinwohnerInnen; im Bereich der ÄrztInnen ohne ÖGK-Vertrag⁴ liegt die Vergleichskennzahl mit 5,5 ÄrztInnen pro 100.000 EinwohnerInnen um rund 50 Prozent über den FachärztInnen mit ÖGK-Vertrag.

Tabelle 6: Überblick der niedergelassenen FachärztInnen^a mit Qualifikation für GEH

	FachärztInnen mit ÖGK-Vertrag	FachärztInnen ohne ÖGK-Vertrag ^b	FachärztInnen mit ÖGK-Vertrag pro 100.000 EinwohnerInnen (2020)	FachärztInnen ohne ÖGK-Vertrag pro 100.000 EinwohnerInnen (2020)
Qualifikation (1): Innere Medizin mit Additivfach GEH (ÄAO 2006)	80	192	0,9	2,2
Qualifikation (2): Innere Medizin und GEH (ÄAO 2015)	1	2	0,0	0,0
Qualifikation (3): Innere Medizin ohne Additivfach GEH (ÄAO 2006), mit Abrechnungsbefugnis/Gerätenachweis für Gastroskopien und/oder Koloskopien	155*	169**	1,7*	1,9**
Qualifikation (4): Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie (ÄAO 2006) mit Abrechnungsbefugnis/ Gerätenachweis für Gastroskopien und/oder Koloskopien	90*	126**	1,0*	1,4**
Insgesamt	326	489	3,7	5,5

Anmerkungen: ^aÄrztInnen können zusätzlich auch angestellt sein (nur ausschließlich angestellte ÄrztInnen sind exkludiert), ^bkl. Kassen und/oder WahlärztInnen, *ÄrztInnen mit ÖGK-Vertrag, die 2019 eine GEH-Markerleistung abgerechnet haben, für die Bundesländer Burgenland, Kärnten und Steiermark; **ohne Burgenland, Kärnten und Steiermark
Quelle: ÖGK (2022) und ÖÄK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich der Output an ÄrztInnen mit anerkannter Qualifikation für GEH über die letzten Jahre (2008–2020) prinzipiell erhöht hat. Am Ende der Betrachtungsperiode (2020) haben, verglichen mit dem Median der letzten Jahre, weniger ÄrztInnen die Ausbildung für Qualifikation (1) und (2) abgeschlossen während, verglichen mit dem Durchschnitt der letzten Jahre, mehr ÄrztInnen in Ausbildung waren. Bei den ÄrztInnen mit Abrechnungsbefugnis für GEH (Qualifikation (3) und (4)) ist eine starke Variation zwischen den Bundesländern erkennbar, ebenso bei den ÄrztInnen mit ÖGK-Vertrag, welche mittels GEH-spezifischen Markerleistungen identifiziert wurden. Bei der überblickshaften Betrachtung der niedergelassenen FachärztInnen mit

³ ÄrztInnen können zusätzlich auch angestellt sein (nur ausschließlich angestellte ÄrztInnen sind exkludiert).

⁴ ÄrztInnen mit Vertrag zu ausschließlich kl. Kassen und/oder WahlärztInnen.

Qualifikation für GEH (Qualifikation (1)–(4)) ist zudem erkennbar, dass es mehr ÄrztInnen ohne ÖGK-Vertrag als mit einer solchen Vereinbarung gibt. Da der niedergelassene Bereich jedoch als frühe Anlaufstelle für viele PatientInnen gilt und der öffentliche, kostenlose Zugang zur Gesundheitsversorgung sichergestellt werden sollte, wird deswegen in einem nächsten Schritt das Angebot im niedergelassenen kassenärztlichen Bereich in der GEH analysiert.

2.1.2 Angebot im niedergelassenen kassenärztlichen Bereich in der GEH

Das Angebot im niedergelassenen kassenärztlichen Bereich in der Gastroenterologie und Hepatologie wird mittels Abrechnungsdaten der österreichischen Sozialversicherung dargestellt, welche vom Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV) zur Verfügung gestellt wurden. Die Identifizierung der in der GEH tätigen VertragspartnerInnen („Angebot“) erfolgt über mit der Sozialversicherung abgerechneten Leistungen, die der GEH zugerechnet werden können. Dazu wurde der Katalog ambulanter Leistungen (KAL) als Datenbasis herangezogen, wobei die Einzelleistungspositionen jeweils Leistungsclustern zugeordnet wurden. Die Auflistung dieser GEH-spezifischen Leistungen und der entsprechenden Leistungscluster ist in Tabelle 7 dargestellt. Der KAL beinhaltet sowohl (spitals-)ambulante als auch stationäre, nicht-operative Leistungen, bei denen ein Nulltagesaufenthalt nicht ausgeschlossen werden kann, wodurch der gesamte ambulante Versorgungsbereich abgebildet wird. Die Analyse umspannt die Jahre 2015 bis 2019, umfasst alle Sozialversicherungsträger und berücksichtigt die Gesamtheit der Fachgebiete, wobei die Fachgebiete Allgemeinmedizin (FG 01), Chirurgie (FG 04) und Innere Medizin (FG 07) einzeln und die restlichen Fachgebiete als Aggregat ausgewertet werden. Der Fokus der Untersuchung liegt auf der Anzahl der VertragspartnerInnen (VP).

In die Auswertung werden alle VertragspartnerInnen einbezogen, die in dem entsprechenden Jahr zumindest eine GEH-spezifische Leistung mit der Sozialversicherung abgerechnet haben. Aufgrund von Datenschutzgründen werden jedoch nur jene VertragspartnerInnen ausgewiesen, bei denen je Kategorie (Jahr, Bundesland, Fachgebiet, Leistungscluster) sechs oder mehr VertragspartnerInnen identifiziert werden konnten (k-Anonymität=6).

Tabelle 7: GEH-Leistungscluster, vereinheitlichte Katalogversion 2019

Leistungscluster	Einzelleistungspositionen (KAL)
Endoskopie interventionell (E)	<ul style="list-style-type: none"> • Endoskopische Schwellendurchtrennung mit Laser • Schleimhautabtragung (Resekt., RF-Ablation ...) am dist. Ösophagus b. höhergr. Dysplasie • Endoskopische radiologisch kontrollierte Stentimplantation – Ösophagus • Endoskopische Stentimplantation – Ösophagus • Endoskopische Stentimplantation – Magen, Duodenum • Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) – Magen • Endoskopische radiologisch kontrollierte Stentimplantation – Magen, Duodenum • Anlage oder Wechsel einer PEG-Sonde • Kapselendoskopie des Dünndarms • Endoskopisches Legen einer Jejunalsonde • Endoskopische radiologisch kontrollierte Stentimplantation – Dünndarm • Doppelballon-Endoskopie des Dünndarms • Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) – Kolon • Endoskopische radiologisch kontrollierte Stentimplantation – Kolon • Endoskopische Stentimplantation – Kolon • Intestinale Dekompression des Kolons • Retrograde Cholangioskopie • ERCP – Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie • Extraktion eines Konkrements aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP • Implantation eines permanenten Metallstents in die Gallenwege im Rahmen einer ERCP • Endoskopische photodynamische Therapie – Gallenwege • Endobiläre Radiofrequenzablation • Endoskopische Blutstillung am GI-Trakt • Endoskopische Bougierung am GI-Trakt • Endoskopische Fremdkörperentfernung am oberen GI-Trakt • Transrektale oder transvaginale Sonographie • Endosonographie
Endoskopie ambulant (EA)	<ul style="list-style-type: none"> • Koloskopie mit Polypektomie • Koloskopie • Behandlung einfacher innerer analer Erkrankungen • Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie • Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie mit Polypektomie • Proktorektosigmoidoskopie • Proktoskopie/Rektoskopie/Sigmoidoskopie • Endoskopische Polypektomie – Mastdarm/Sigmoid • Proktoskopie/Rektoskopie/Sigmoidoskopie mit Polypektomie
Funktionsdiagnostik (F)	<ul style="list-style-type: none"> • Ösophagus-Manometrie • Anorektale Manometrie • Stuhldiagnostik
Hepatologie (Leber, L)	<ul style="list-style-type: none"> • Lebervenenkatheter und indirekte Pfortaderdruckmessung ohne Leberbiopsie • Lebervenenkatheter und indirekte Pfortaderdruckmessung mit Leberbiopsie • Aderlass • Organbiopsie – Ultraschallgezielt • Radiofrequenzablation von primären Lebermalignomen/Lebermetastasen
Ernährung (Nutrition, N)	<ul style="list-style-type: none"> • N/P: Einleitung einer tot. parent. Ernährung ohne wesentl. orale Ernährung • N/P: Fortführung einer tot. parent. Ernährung ohne wesentl. orale Ernährung • N/P: Partielle parenterale Ernährung (>40 kcal/kg/d oral) • Ernährungsberatung • Spezielle Ernährungsberatung
Radiologie (R)*	<ul style="list-style-type: none"> • Radiofrequenzablation von primären Lebermalignomen/Lebermetastasen

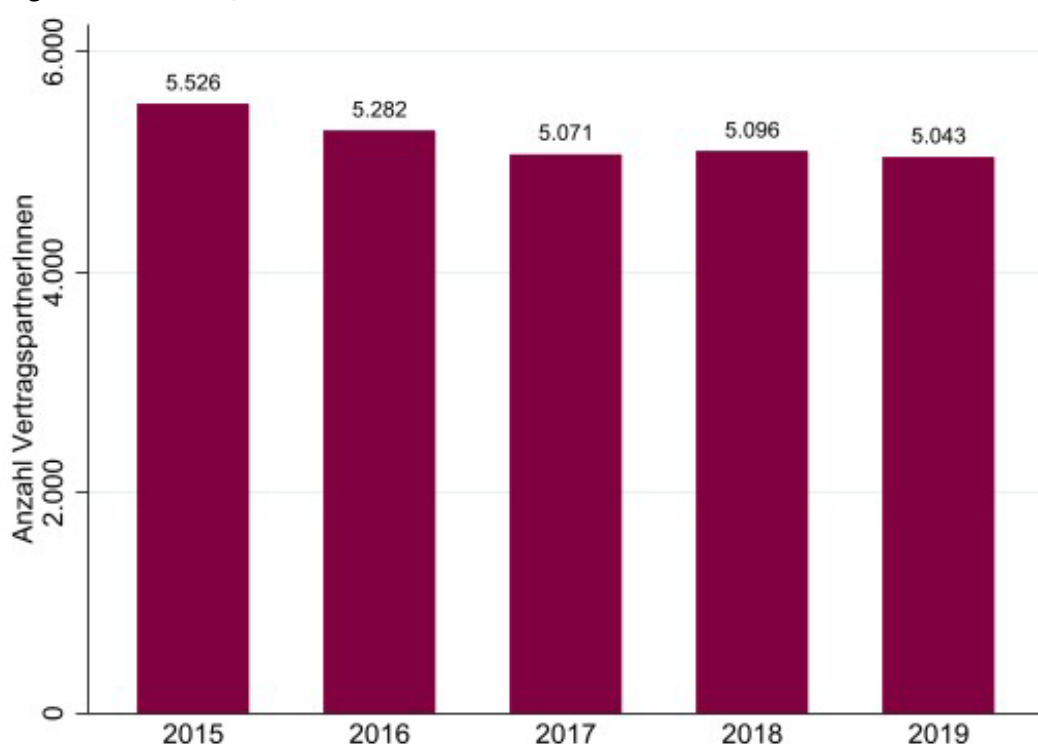
	<ul style="list-style-type: none"> • Anlage eines transjugulären portosystemischen Shunts (TIPS) • Radiologisch geführte Stentimplantation – Ösophagus • Radiologisch geführte Stentimplantation – Magen, Duodenum • Perkutane transhepatische Cholangiographie • Radiologisch geführte Stentimplantation – Gallenwege, Pankreasgang
Sonographie (S)	<ul style="list-style-type: none"> • Sonographie der abdominellen Gefäße • Sonographie im Bereich des Oberbauches / des Retroperitoneums • Sonographie im Bereich des Unterbauches / des Beckens

Anmerkung: * Der Leistungscluster „Radiologie“ ist hier aus Gründen der Vollständigkeit erwähnt, allerdings werden die entsprechenden Leistungen hauptsächlich stationär erbracht, weswegen der Cluster nicht unter die Auswertung des extramuralen Bereichs fällt.

Quelle: BMSGPK (2015–2019), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 3 zeigt die Anzahl der VertragspartnerInnen, die in den Jahren 2015 bis 2019 zumindest eine GEH-Markerleistung mit der Sozialversicherung abgerechnet haben. Generell ist über den Untersuchungszeitraum ein abnehmender Trend in der Anzahl der entsprechenden VertragspartnerInnen erkennbar, sodass im Jahr 2015 insgesamt 5.526 VertragspartnerInnen mit einer GEH-Markerleistung identifiziert werden konnten, während es im Jahr 2019 nur mehr 5.043 VertragspartnerInnen waren. Dies entspricht einem Rückgang von 8,74 %.

Abbildung 3: Anzahl der VertragspartnerInnen, die zumindest eine GEH-Markerleistung abgerechnet haben, 2015–2019



Quelle: DSVS (2022), Darstellung: IHS 2022.

Vergleicht man die Anzahl der VertragspartnerInnen, die im Jahr 2019 zumindest eine GEH-Markerleistung abgerechnet haben (N=5.043), mit der Gesamtzahl an VertragsärztInnen (N=7.257), so fällt auf, dass diese fast 70 % aller VertragsärztInnen ausmachen (Rechnungshof Österreich 2021). Auch wenn es sich bei vielen dieser VertragspartnerInnen nicht um GastroenterologInnen und HepatologInnen im engen Sinn handelt, so ist dieser hohe Anteil doch ein Indikator dafür, welchen Stellenwert die GEH in der medizinischen Versorgung einnimmt.

In Tabelle 8 ist zudem die Anzahl der VertragspartnerInnen, die zumindest eine GEH-Markerleistung mit der Sozialversicherung abgerechnet haben, je Jahr und Bundesland sowohl in absoluten Zahlen als auch pro 100.000 EinwohnerInnen dargestellt. Über den gesamten Untersuchungszeitraum gab es in absoluten Zahlen in Niederösterreich die meisten VertragspartnerInnen, gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark; am unteren Ende der Skala befinden sich das Burgenland und Vorarlberg. Betrachtet man die Anzahl der VertragspartnerInnen pro 100.000 EinwohnerInnen, so wird deutlich, dass die durchschnittliche Dichte an entsprechenden VertragspartnerInnen über die Jahre stetig abgenommen hat (2015: 64 VP pro 100.000 EW, 2019: 56,8 VP pro 100.000 EW). Die mit Abstand niedrigste Dichte an VertragspartnerInnen aus dem Bereich der GEH ist über alle Jahre hinweg in Wien zu finden, während Salzburg die höchste Dichte aufweist.

Tabelle 8: Anzahl der VertragspartnerInnen, die zumindest eine GEH-Markerleistung abgerechnet haben, nach Bundesland, 2015–2019

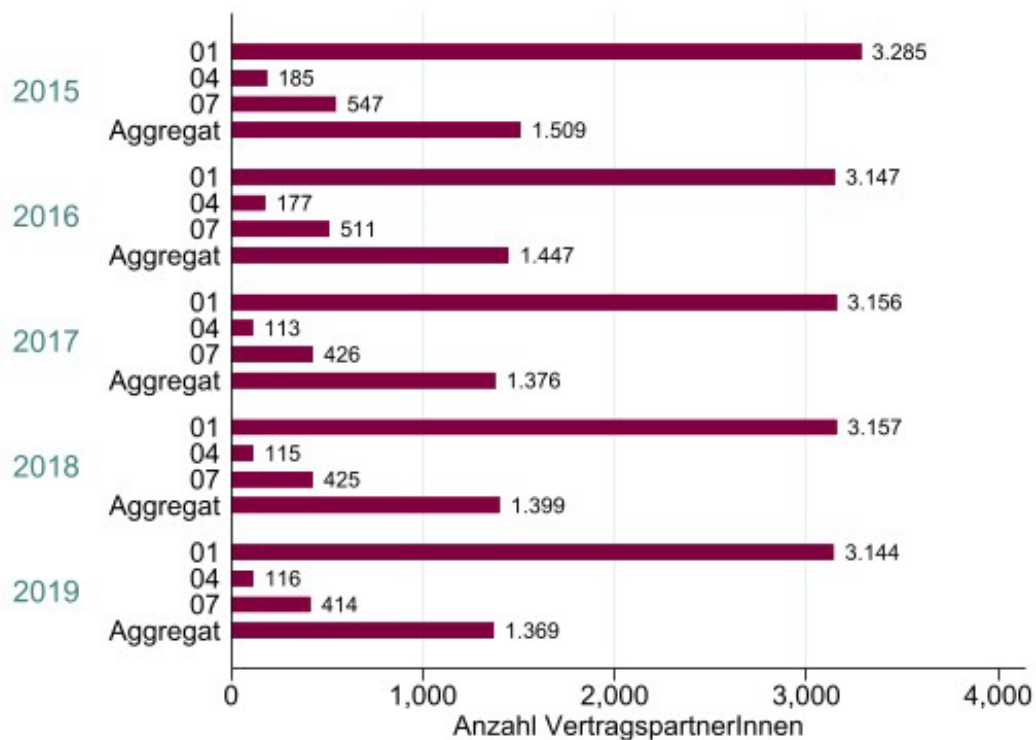
<i>absolut</i>	2015	2016	2017	2018	2019
Burgenland	187	184	185	187	189
Kärnten	364	367	357	362	379
Niederösterreich	1.067	1.058	1.012	1.005	1.010
Oberösterreich	938	935	892	876	868
Salzburg	426	422	407	409	410
Steiermark	904	873	819	843	815
Tirol	500	481	463	488	486
Vorarlberg	259	260	259	270	273
Wien	694	702	677	656	613
Gesamt	5.526*	5.282	5.071	5.096	5.043

<i>pro 100.000 EinwohnerInnen</i>	2015	2016	2017	2018	2019
Burgenland	64,6	63,1	63,3	63,8	64,3
Kärnten	65,2	65,4	63,7	64,6	67,6
Niederösterreich	64,9	63,7	60,7	60,0	60,1
Oberösterreich	65,0	64,0	60,7	59,3	58,4
Salzburg	78,7	77,1	73,9	73,8	73,7
Steiermark	73,8	70,7	66,2	67,9	65,5
Tirol	68,2	64,8	61,9	64,9	64,3
Vorarlberg	68,0	67,2	66,4	68,7	68,9
Wien	38,3	37,9	36,1	34,7	32,2
Gesamt	64,0	60,4	57,7	57,7	56,8

Anmerkung: * In der Gesamtsumme sind zudem 187 VP enthalten, die keinem Bundesland zugeordnet werden konnten.
 Quelle: DSVS (2022) und Statistik Austria (2022), Darstellung: IHS 2022.

Die Analyse nach Fachgebiet der VertragspartnerInnen ergibt folgendes Bild (siehe Abbildung 4): Die meisten VertragspartnerInnen, die im jeweiligen Jahr zumindest eine GEH-Markerleistung mit der Sozialversicherung abgerechnet haben, können über den gesamten Zeitraum dem Fachgebiet Allgemeinmedizin (FG 01) zugeordnet werden, die wenigsten dem Fachgebiet Chirurgie (FG 04).

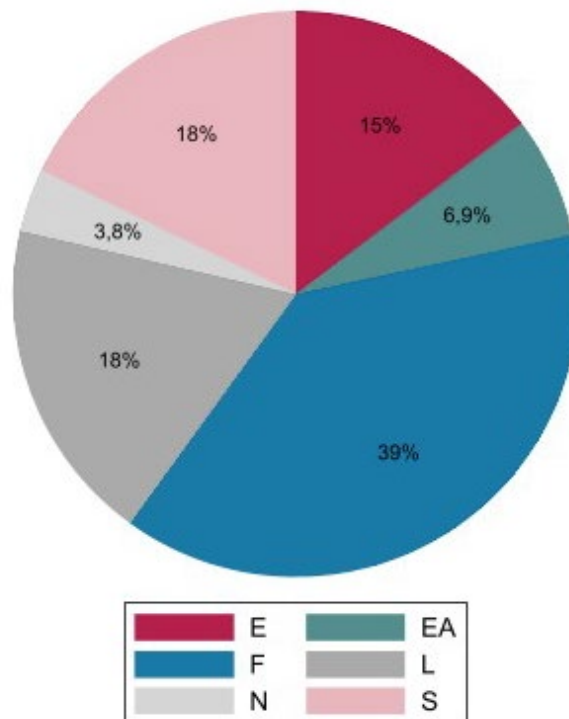
Abbildung 4: Anzahl der VertragspartnerInnen, die zumindest eine GEH-Markerleistung abgerechnet haben, nach Fachgebiet, 2015–2019



Anmerkung: 01 = Allgemeinmedizin, 04 = Chirurgie, 07 = Innere Medizin, Aggregat = andere Fachgebiete
 Quelle: DVS (2022), Darstellung: IHS 2022.

In einem weiteren Schritt wurde schließlich auch noch die Anzahl der VertragspartnerInnen nach den einzelnen Leistungsclustern ausgewertet. Wie aus Abbildung 5 ersichtlich, ist über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg die Anzahl der VertragspartnerInnen, die zumindest eine Leistung aus dem Cluster „Funktionsdiagnostik“ (F;) abgerechnet haben am größten (39 %), gefolgt von den Clustern „Ernährung“ (N; 18 %) und „Sonographie“ (S; 18 %).

Abbildung 5: Anzahl der VertragspartnerInnen mit abgerechneten GEH-Markerleistungen, nach Leistungscluster (in %), 2015–2019

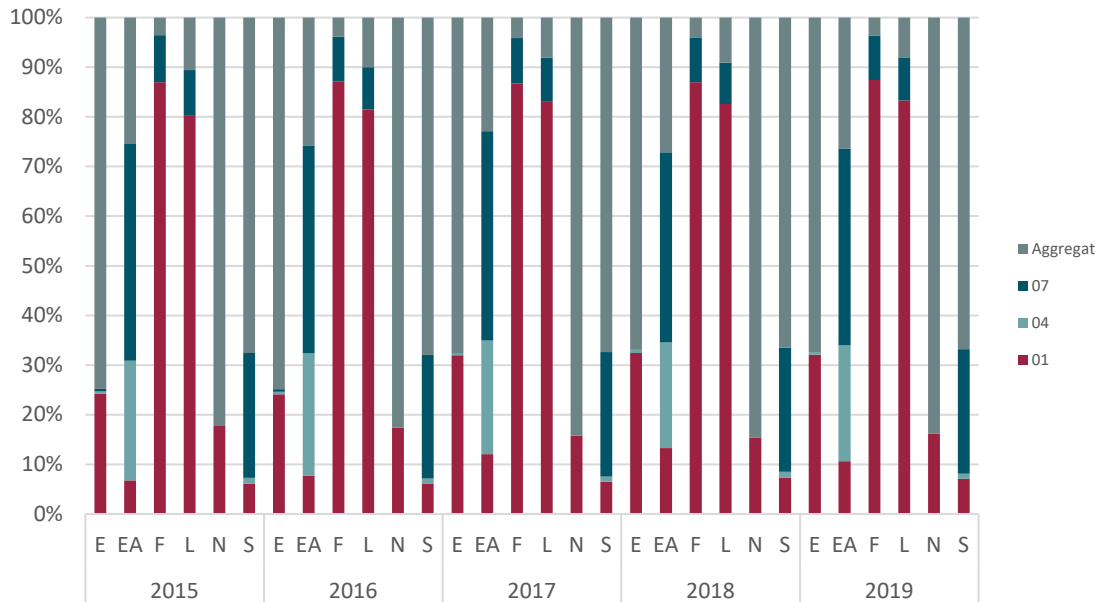


Anmerkung: E = Endoskopie interventionell, EA = Endoskopie ambulant, F = Funktionsdiagnostik, L = Hepatologie (Leber), N = Ernährung (Nutrition), S = Sonographie
 Quelle: DSVS (2022), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 6 zeigt zudem die relative Verteilung der Anzahl der VertragspartnerInnen, die GEH-Markerleistungen abgerechnet haben, aufgeteilt nach den unterschiedlichen Leistungsclustern und den einzelnen Fachgebieten für die Jahre 2015–2019. Wie man aus untenstehender Abbildung erkennen kann, unterscheidet sich die relative Verteilung der Anzahl der VertragspartnerInnen mit abgerechneten GEH-Markerleistungen je Leistungscluster und Fachgebiet über alle Jahre hinweg recht klar. So kann beispielsweise der Großteil der VertragspartnerInnen, die den Leistungscluster „Endoskopie ambulant“ abgerechnet haben, dem Fachgebiet Innere Medizin (FG 07) zugeordnet werden, während die Mehrheit der VertragspartnerInnen, die Leistungen aus den Clustern

„Endoskopie interventionell“, „Ernährung“ und „Sonographie“ mit der Sozialversicherung abgerechnet haben, aus „anderen“ Fachgebieten (FG „Aggregat“) stammt.

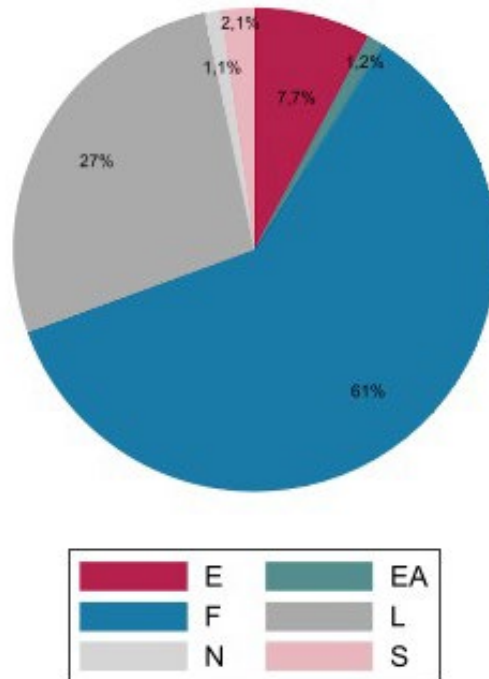
Abbildung 6: Relative Verteilung der Anzahl der VertragspartnerInnen mit abgerechneten GEH-Markerleistungen, nach Leistungscluster und Fachgebiet, 2015–2019



Anmerkung: 01 = Allgemeinmedizin, 04 = Chirurgie, 07 = Innere Medizin, Aggregat = andere Fachgebiete
 Quelle: DSVS (2022), Darstellung: IHS 2022.

Schließlich wird noch das Fachgebiet Allgemeinmedizin näher beleuchtet, da aus diesem die meisten VertragspartnerInnen, die zumindest eine Leistung aus dem GEH-Bereich abgerechnet haben, stammen. Wie aus Abbildung 7 ersichtlich, ist die Anzahl der AllgemeinmedizinerInnen, die zwischen 2015 und 2019 zumindest eine Leistung aus dem Leistungscluster „Funktionsdiagnostik“ (F) abgerechnet haben mit 61 % am größten, gefolgt von den Clustern „Hepatologie“ (L; 27 %) und „Endoskopie interventionell“ (E; 7,7 %).

Abbildung 7: Anzahl der VertragspartnerInnen aus dem FG Allgemeinmedizin (01) mit abgerechneten GEH-Markerleistungen, nach Leistungscluster (in %), 2015–2019



Anmerkung: E = Endoskopie interventionell, EA = Endoskopie ambulant, F = Funktionsdiagnostik, L = Hepatologie (Leber), N = Ernährung (Nutrition), S = Sonographie
 Quelle: DSVS (2022), Darstellung: IHS 2022.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich bei Betrachtung des Angebots im niedergelassenen kassenärztlichen Bereich ein vollständigeres Bild der GEH zeichnen lässt, da nicht nur ÄrztInnen mit anerkannter Qualifikation für GEH (siehe Kapitel 2.1.1), sondern vor allem auch AllgemeinmedizinerInnen zur gastroenterologischen und hepatologischen Grundversorgung der österreichischen Bevölkerung beitragen. Im Durchschnitt der Jahre 2015 bis 2019 haben ca. 5.204 VertragspartnerInnen zumindest eine GEH-Markerleistung mit der Sozialversicherung abgerechnet, über den Analysezeitraum hinweg ist ein abnehmender Trend in der Anzahl zu beobachten (2019: 5.043 VP). Die Dichte der VertragspartnerInnen, die dem Bereich der GEH zugerechnet werden können, schwankt zwischen den einzelnen Bundesländern und liegt über den Analysezeitraum (2015–2019) im Durchschnitt bei 59,32 VertragspartnerInnen pro 100.000 EinwohnerInnen. Mit 75,44 VertragspartnerInnen pro 100.000 EinwohnerInnen ist die Dichte der VertragspartnerInnen, die zumindest eine GEH-Markerleistung abgerechnet haben, in Salzburg am höchsten und in Wien am geringsten (35,84 VertragspartnerInnen pro 100.000 EinwohnerInnen). Die meisten VertragspartnerInnen, die mittels mit der Sozialversicherung abgerechneten Leistungen dem GEH-Bereich zugerechnet werden können, sind in der Allgemeinmedizin tätig und erbringen zum Großteil (61 %) Leistungen aus dem Leistungscluster „Funktionsdiagnostik“, zu dem die KAL-Leistungen „Ösophagus-

Manometrie“, „Anorektale Manometrie“ und „Stuhldiagnostik“ zählen. Dieses Bild bestätigt sich auch in der Analyse der Anzahl der VertragspartnerInnen aus dem Bereich der GEH nach den unterschiedlichen Leistungsclustern, da die meisten abgerechneten Leistungen dem Cluster „Funktionsdiagnostik“ (39 %) zugeordnet werden können, gefolgt von den Leistungsclustern „Ernährung“ und „Sonographie“ (je 18 %).

Da die bisherige Analyse des Angebots im Bereich der GEH zum Teil recht breit gefasst war, werden nun in einem letzten Schritt die Ergebnisse einer Primärerhebung, die unter den Mitgliedern der ÖGGH, und damit ganz klar unter den GastroenterologInnen und HepatologInnen in Österreich, durchgeführt wurde, präsentiert. Dieser Überblick über das Angebot im Bereich der GEH ist im Vergleich zu dem in Kapitel 2.1.1 und 2.1.2 dargestellten Angebot jedoch als schematisch zu verstehen, da die Assoziation zur ÖGGH auf freiwilliger Basis erfolgt und somit auch nicht die tatsächliche Angebotsseite widerspiegelt.

2.1.3 Schematischer Überblick über das Angebot im Bereich der GEH anhand einer Primärerhebung unter ÖGGH-Mitgliedern

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse einer Primärerhebung, welche sich an dem bereits in den Jahren 2002 und 2010 veröffentlichten Endoskopie-Wegweiser⁵ orientiert, näher beschrieben, um eine Übersicht über das Angebot und das Leistungsspektrum jener ÄrztInnen, die sich mit ihrer Assoziation zur ÖGGH klar der GEH zuordnen, zu erhalten.

Die Primärerhebung wurde im Zeitraum von Juni bis Juli 2021 unter allen Mitgliedern der ÖGGH, sowie ÄrztInnen, die sich in die Mailingliste der ÖGGH eingetragen haben, durchgeführt. Insgesamt wurden damit rund 4.000 ÄrztInnen in ganz Österreich erreicht. Die Umfrage wurde mittels eines Online-Fragebogens abgewickelt, wobei getrennte Fragekataloge für den intramuralen bzw. den niedergelassenen Bereich zur Verfügung standen. Neben allgemeinen Informationen zum Krankenhaus bzw. der Ordination wurde vor allem das Leistungsspektrum der Abteilung bzw. der Ordination im Bereich der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten abgefragt. Die Rücklaufquote der Befragung beträgt rund 10 %, weswegen die hier präsentierten Ergebnisse eine limitierte Aussagekraft aufweisen. Darüber hinaus ist zu beachten, dass, wie bereits angemerkt, das hier dargestellte Angebot als schematischer Überblick zu verstehen ist und nicht die tatsächliche Angebotsseite im Bereich der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung in Österreich widerspiegelt.

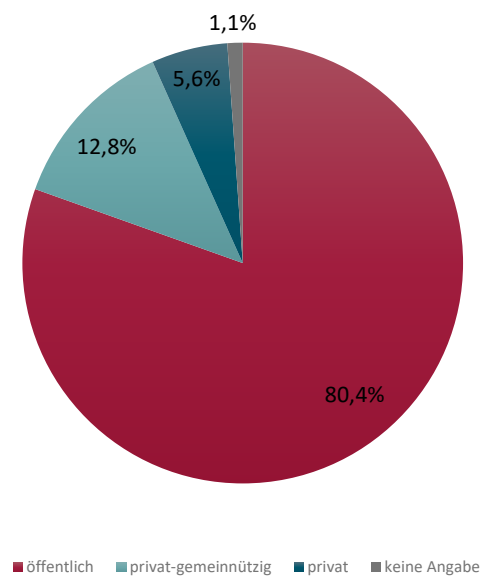
⁵ Die Endoskopie-Wegweiser 2002 und 2010 sind im Krause & Pachernegg-Verlag erschienen, die Letztversion kann hier abgerufen werden: <https://www.kup.at/db/endoskopie/index.html>.

Intramuraler Bereich

An der Primärerhebung im intramuralen Bereich haben insgesamt 179 ÄrztInnen in Österreich teilgenommen. Wie aus Abbildung 8 und

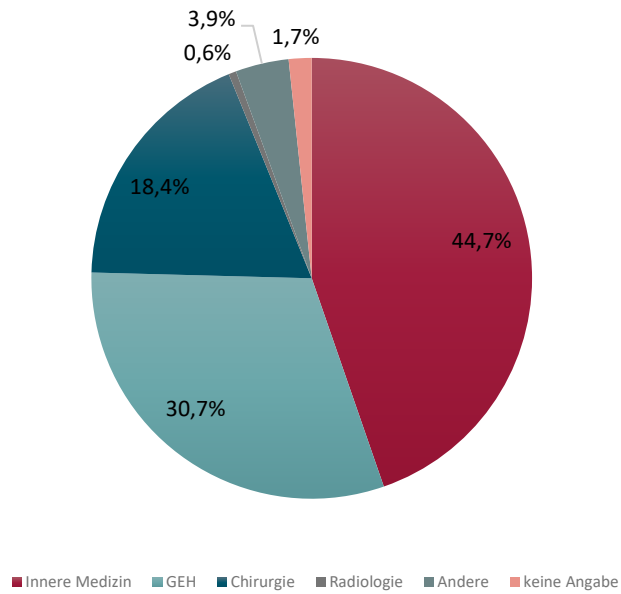
Abbildung 9 ersichtlich, arbeiten die teilnehmenden ÄrztInnen hauptsächlich in einem öffentlichen Krankenhaus (80,4 %) und sind größtenteils in der Abteilung für Innere Medizin (44,7 %) tätig, gefolgt von der gastroenterologischen und hepatologischen Abteilung (30,7 %). Jene ÄrztInnen, die angegeben haben, auf einer „anderen“ Abteilung zu arbeiten, können den Abteilungen Endoskopie und Pädiatrie bzw. Ambulanzen/Tageskliniken zugeordnet werden.

Abbildung 8: ÄrztInnen nach Krankenhausträger, Primärerhebung ÖGGH, 2021



Quelle: IHS (2022).

Abbildung 9: ÄrztInnen nach Abteilung, Primärerhebung ÖGGH, 2021



Quelle: IHS (2022).

Tabelle 9: Relative Häufigkeit der diagnostischen Möglichkeiten (in %), Primärerhebung ÖGGH, 2021

Diagnostische Möglichkeiten	Abteilung	Haus
Ösophagogastroduodenoskopie	40,2 %	89,9 %
Koloskopie	38,5 %	89,9 %
Kapselendoskopie	20,7 %	41,9 %
Notfallendoskopie (24h)	42,5 %	68,7 %
Endosonographie	25,1 %	50,8 %
Cholangioskopie	18,4 %	44,1 %
Enteroskopie	17,9 %	41,9 %
Feinnadelpunktion (Ultraschall)	34,6 %	57,0 %
Laparoskopie	63,7 %	22,3 %
Proktoskopie	54,7 %	58,1 %
Manometrie	28,5 %	41,3 %
24h-pH-Metrie	27,4 %	39,1 %
24h-Impedanzmessung	21,2 %	32,4 %
Elastographie der Leber	22,3 %	41,3 %
HVPG-Messung	16,8 %	25,7 %
LiMAx-Atemtest	12,3 %	14,0 %
H2-Atemtest	30,7 %	46,9 %
C13-Atemtest	20,1 %	32,4 %
Bioimpedanzanalyse	16,2 %	10,1 %
ERCP	29,6 %	63,7 %
MRCP	62,0 %	20,1 %
MR + MRCP	61,5 %	17,9 %
MR-Enteroklysma	57,5 %	15,6 %
CT	77,1 %	26,3 %

Anmerkung: Die angegebenen Prozentwerte beziehen sich auf die Grundgesamtheit (N=179).
Quelle: IHS (2022).

In einem weiteren Schritt wurden im Rahmen der Primärerhebung die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, die in den jeweiligen Krankenhäusern bzw. in den spezifischen Abteilungen bestehen, erhoben.

In Tabelle 9 ist die relative Häufigkeit der wichtigsten diagnostischen Möglichkeiten im Bereich der GEH dargestellt. Dabei wird, wie erwähnt, unterschieden, ob die Diagnostik generell im jeweiligen Krankenhaus oder speziell in den Abteilungen durchgeführt wird. Wie man aus obenstehender Tabelle erkennen kann, gibt es sowohl diagnostische Möglichkeiten, die größtenteils dem ganzen Krankenhaus zur Verfügung stehen als auch jene, die hauptsächlich speziell in den Abteilungen vorhanden sind. So werden etwa CT-Untersuchungen zu 77,1 % Laparoskopien zu 63,7 % und MRCP-Untersuchungen zu 62 % in den Abteilungen durchgeführt, während Ösophagogastroduodenoskopien und Koloskopien jeweils zu 89,9 % und Notfallendoskopien zu 68,7 % als Diagnostik dem gesamten Krankenhaus zur Verfügung stehen. Darüber hinaus gibt es diagnostische Möglichkeiten, wie etwa den LiMAX-Atemtest, die zu nahezu gleichen Teilen in den Abteilungen und im gesamten Krankenhaus bestehen. Zusätzlich gaben 3,9 % der Befragten an, dass weitere, nicht im Fragebogen angeführte, Diagnosemöglichkeiten durchgeführt werden. Zu diesen zählen Bronchoskopien, rektoanale (Endo-)Sonographien, Endoflip-Messungen, der Fibroscan, Kontrastmittelsonographien, MR-Defäkographien, Stuhltransplantationen sowie ultraschallgezielte Punktionen und Drainagen.

Tabelle 10 zeigt hingegen die relative Häufigkeit von therapeutischen Möglichkeiten im Bereich der GEH in den Krankenhäusern bzw. in den Abteilungen. Wie man aus untenstehender Tabelle erkennen kann, werden einige Therapien speziell in den GEH-Abteilungen durchgeführt, beispielsweise Leber- und Pankreaskopfresektionen (jeweils 43 %) oder TACEs der Leber (39,7 %). Andere therapeutische Möglichkeiten, wie etwa lokale Blutstillungen und Polypektomien im GI-Trakt (jeweils 86,6 %) oder PEGs (82,7 %), bestehen hingegen im gesamten Krankenhaus. Darüber hinaus wurde in der Befragung auch angemerkt, dass in manchen Krankenhäusern bzw. in den jeweiligen Abteilungen zusätzlich endoskopische Nekrosektomien sowie Spiralenteroskopien als Therapie angeboten werden.

Tabelle 10: Relative Häufigkeit der therapeutischen Möglichkeiten (in %), Primärerhebung ÖGGH, 2021

Therapeutische Möglichkeiten	Abteilung	Haus
Lokale Blutstillung im GI-Trakt	38,5 %	86,6 %
Polypektomie im GI-Trakt	38,5 %	86,6 %
TIPS	36,3 %	5,6 %

Dilatation von Stenosen	29,1 %	73,2 %
Ösophagus-Duodenum-Kolorektum Stents	29,1 %	65,9 %
Papillotomie (endo.)	27,9 %	63,1 %
Gallenwegsprothesen	25,1 %	58,1 %
Perkutane Drainagen	55,3 %	28,5 %
Aderlass	39,7 %	58,1 %
Nasobiliäre Sonden	24,6 %	53,1 %
Langzeitparenterale Ernährung	33,5 %	59,8 %
PEG	34,6 %	82,7 %
EUS-Feinnadelpunktion	20,1 %	46,9 %
EUS-Drainage	16,2 %	43,0 %
EMR	23,5 %	56,4 %
ESD	13,4 %	31,3 %
Vollwandresektion (endo.)	20,1 %	38,0 %
POEM	7,3 %	11,2 %
RFA oder PDT Ösophagus	8,4 %	34,1 %
RFA oder PDT biliopankreatisch	10,6 %	30,2 %
RFA oder Mikrowellenablation (MWA) Leber	33,5 %	8,4 %
TACE Leber	39,7 %	3,4 %
Leberresektion	43,0 %	11,2 %
Pankreaskopfresektion	43,0 %	10,1 %
Ösophagusresektion	37,4 %	7,8 %
Zenker-Divertikulotomie (endo.)	16,8 %	29,1 %
Vakuumtherapie	33,5 %	25,1 %
FMT	9,5 %	14,0 %

Anmerkung: Die angegebenen Prozentwerte beziehen sich auf die Grundgesamtheit (N=179).

Quelle: IHS (2022).

Zudem wurden auch Informationen zur Anzahl der Betten sowie zum ärztlichen und pflegerischen Personal in der jeweiligen Abteilung im Rahmen der Befragung eingeholt, siehe Tabelle 11.

Tabelle 11: Zusammenfassung Bettenanzahl und Personal (in VZÄ), Primärerhebung ÖGGH, 2021

	Obs.	Durchschnitt	Median	Minimum	Maximum
Anzahl Normalbetten	104	81,7	61	8	1.500
Anzahl Intensivbetten	65	8,8	6	2	100
Anzahl Tagesklinikbetten	54	8,6	6	2	100
Anzahl ÄrztInnen, gesamt	81	48,7	21	2	1.800
Anzahl ÄrztInnen, FG Innere Medizin	61	14,3	11	2	150
Anzahl ÄrztInnen, FG Innere Medizin und Additivfach GEH	49	6,1	5	1	25
Anzahl ÄrztInnen, FG GEH	30	5,4	4	1	19
Anzahl ÄrztInnen, andere FG	22	9,6	8	3	19
Anzahl Pflegepersonal, gesamt	35	68,2	40	4	400
Anzahl Pflegepersonal, diplomiert (CED, Endoskopie)	53	5,1	4	1	20
Anzahl unbesetzte Stellen, FachärztInnen	21	3,4	2	1	25
Anzahl unbesetzte Stellen, AssistenzärztInnen	18	2,8	1	0,5	20
Anzahl unbesetzte Stellen, Pflegepersonal	13	4,7	4,6	1	13
Anzahl unbesetzte Stellen, diplomiertes Pflegepersonal	16	2,8	2	1	8

Anmerkung: VZÄ = Vollzeitäquivalente

Quelle: IHS (2022).

Wie aus obenstehender Tabelle ersichtlich ist, ist die Anzahl der Normalbetten naturgemäß um einiges höher als jene der Intensiv- und Tagesbetten. Durchschnittlich gab es in den jeweiligen Abteilungen somit 81,7 Normalbetten, 8,8 Intensivbetten und

8,6 Tagesklinikbetten. Da sich aufgrund der Größe des Krankenhauses bzw. der jeweiligen Abteilung eine hohe Schwankungsbreite in der Bettenanzahl ergibt, ist zudem auch der Median dargestellt, der mit 61 Normalbetten und 6 Intensiv- bzw. Tagesklinikbetten unter dem jeweiligen Durchschnittswert liegt. Insgesamt arbeiten durchschnittlich 48,7 ÄrztInnen (in Vollzeitäquivalenten) in den Abteilungen, allerdings gibt es auch hier eine recht hohe Schwankungsbreite (Minimum: 2, Maximum: 1.800 ÄrztInnen), weswegen der Median mit 21 ÄrztInnen um einiges geringer ist. Die meisten ÄrztInnen können dem Fachgebiet Innere Medizin (Median: 11) zugeordnet werden, gefolgt von ÄrztInnen mit anderen Fachgebieten (Median: 8) und FachärztInnen für Innere Medizin mit Additivfach GEH (Median: 5). Das „fachfremde“ ärztliche Personal kann den folgenden Fachgebieten zugeordnet werden: Allgemeinmedizin inklusive Stations-, Turnus- und BasisausbildungsärztInnen, Chirurgie und Viszeralchirurgie, Endokrinologie, Geriatrie, Kardiologie, Intensivmedizin, Nephrologie, Onkologie und Hämatonkologie, Radiologie sowie Rheumatologie. Im Bereich des ärztlichen Personals gibt es zudem durchschnittlich 3,4 unbesetzte FachärztInnenstellen sowie durchschnittlich 2,8 unbesetzte AssistenzärztInnenstellen. Die durchschnittliche Anzahl des Pflegepersonals ist, verglichen mit dem ärztlichen Personal, etwas höher und liegt bei 68,4 Personen (Median: 40), unbesetzt sind durchschnittlich 4,7 Stellen. Darüber hinaus gibt es durchschnittlich 5,1 diplomierte Pflegekräfte mit Weiterbildung im Bereich der CED bzw. der Endoskopie in den jeweiligen Abteilungen (Median: 4), die Anzahl der unbesetzten Stellen in diesem Bereich liegt durchschnittlich bei 2,8 Personen.

Schließlich wurde in der Primärerhebung auch das Vorhandensein einer Tagesklinik bzw. von Spezialambulanzen abgefragt, die Ergebnisse sind als relative Häufigkeit in Tabelle 12 dargestellt. Wie man untenstehend erkennen kann, gaben 44,1 % der Befragten an, dass es in dem jeweiligen Krankenhaus eine Tagesklinik gibt, Biologika- und Eisenfusionen sowie Aszitespunktionen werden in rund der Hälfte der Krankenhäuser durchgeführt. Im Bereich der Spezialambulanzen ist die Ernährungsberatung durch Diätologie am weitesten verbreitet (58,1 % der Befragten), gefolgt von Spezialambulanzen, die sich der Nachsorge von Tumoren im GI-Trakt (55,9 %) sowie der CED (34,6 %) widmen. Die am häufigsten angebotene Leistung im Rahmen der Spezialambulanzen ist die Stuhl-Calprotectin-Bestimmung (57,5 %), Hypnotherapie wird hingegen nur in 5,6 % der Fälle erbracht. Darüber hinaus gaben 6,7 % der Befragten an, dass es in dem jeweiligen Krankenhaus weitere, nicht im Fragebogen angeführte, Spezialambulanzen bzw. spezialisierte Zentren gibt. Zu diesen zählen, unter anderem, Spezialambulanzen für Diabetes, Ösophaguserkrankungen, neuroendokrine Tumore, Pankreaserkrankungen, Proktologie, Reflux, Rheumatologie, sowie für seltene Stoffwechselerkrankungen (z. B. AIP, Mb. Gaucher) und zertifizierte Zentren für Beckenboden- bzw. Darmgesundheit, Magen- und Speiseröhrenchirurgie, sowie für klinische Studien im Bereich von innovativen Therapien bei beispielsweise CED. Zudem merkten 11,2 % der Befragten an, dass in den jeweiligen

Tageskliniken zusätzliche ambulante Leistungen erbracht werden, beispielsweise Chemotherapien, ERCP-Stentwechsel, Knochenmarkspunktionen, Leberpunktionen, (hä-mato-)onkologische Therapien, Ökologische Targeted Therapie (HCC), Pleurapunktionen, Polypektomien, sowie weitere tagesklinische chirurgische und endoskopische Interventionen.

Tabelle 12: Relative Häufigkeit von Tageskliniken und Ambulanzen, Primärerhebung ÖGGH, 2021

Tagesklinik/Spezialambulanz inkl. angebotener Leistungen	
Tagesklinik	44,1 %
Biologika- und Eisen-Infusionen	49,7 %
Aszitespunktionen	49,2 %
Spezialambulanz: CED	34,6 %
Stuhl-Calprotectin-Bestimmung	57,5 %
Biologika-Spiegel-Bestimmung	44,7 %
AK-Bestimmung	45,3 %
Spezialambulanz: Leber	29,1 %
Chronische Hepatitis & Cholangitis (DAA/Nukleosid-/Nukleotid-Bestimmung/Immunsuppressiva)	40,8 %
Vor- und Nachbetreuung bei LTX	34,6 %
Spezialambulanz: Nachsorge von Tumoren des GI-Traktes	55,9 %
Spezialambulanz: Ernährungsberatung durch Diätologie	58,1 %
Spezialambulanz: Psychosomatik	31,3 %
Hypnotherapie	5,6 %

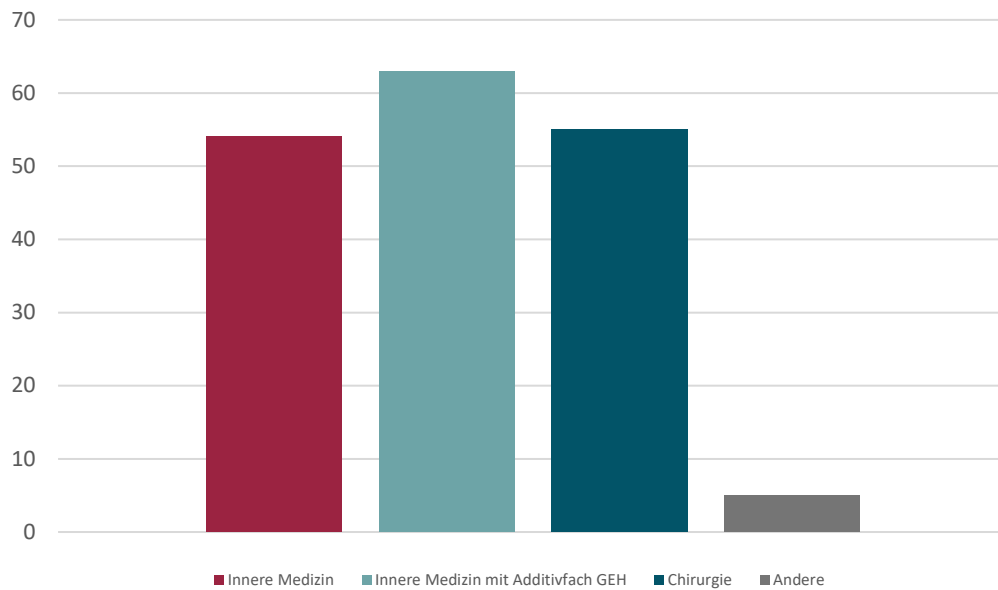
Anmerkung: Die angegebenen Prozentwerte beziehen sich auf die Grundgesamtheit (N=179).

Quelle: IHS (2022).

Niedergelassener Bereich

Im Rahmen der Primärerhebung im niedergelassenen Bereich wurden Informationen zur Ordination selbst (Fachgebiet, Praxistyp, Kassenverträge, Qualitätszertifikat „Darmvorsorge“) sowie über die vorhandenen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eingeholt. Insgesamt haben 157 ÄrztInnen daran teilgenommen. Wie aus Abbildung 10 ersichtlich, können die meisten der befragten ÄrztInnen dem Fachgebiet „Innere Medizin mit Additivfach GEH“ zugeordnet werden, gefolgt zu etwa gleichen Teilen von der Inneren Medizin (ohne Additivfach) und der Chirurgie. Zu den „anderen Fachgebieten“ zählen die Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen, die Endoskopie, die Nuklearmedizin, die Pädiatrie sowie die Plastische Chirurgie.

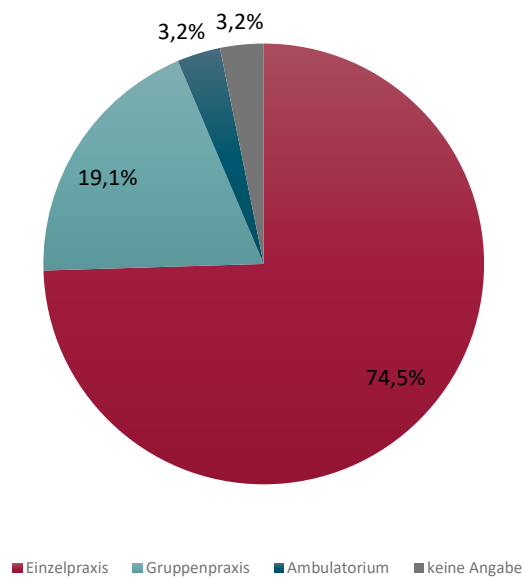
Abbildung 10: Anzahl der ÄrztInnen nach Fachgebiet, Primärerhebung ÖGGH, 2021



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich
Quelle: IHS (2022).

Abbildung 11 zeigt die Anzahl der ÄrztInnen nach Praxistyp. Dabei fällt auf, dass 74,5 % der Befragten in einer Einzelpraxis arbeiten, 19,1 % in einer Gruppenpraxis und 3,2 % in einem Ambulatorium.

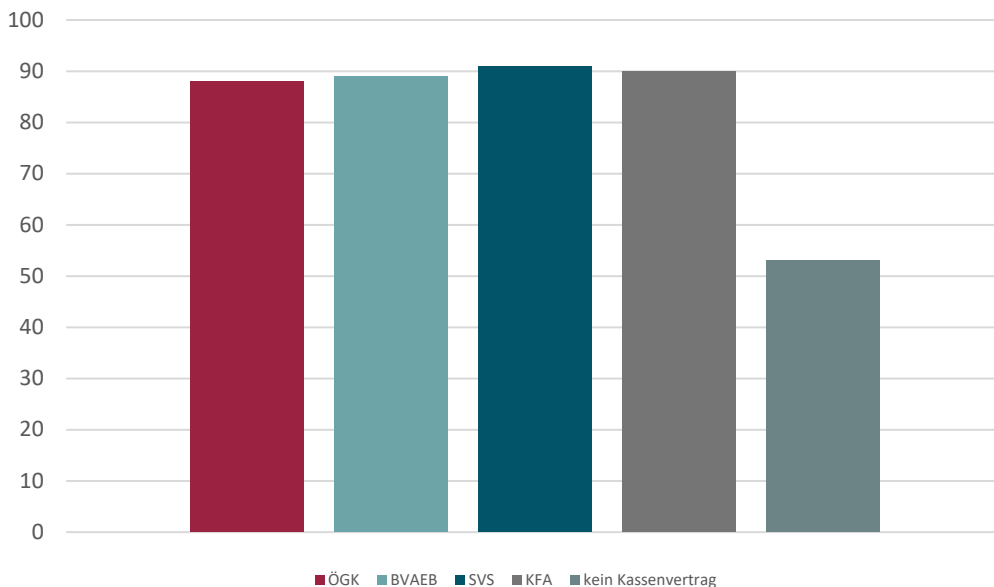
Abbildung 11: ÄrztInnen nach Praxistyp, Primärerhebung ÖGGH, 2021



Quelle: IHS (2022).

In Abbildung 12 ist die Anzahl der ÄrztInnen nach Kassenvertrag dargestellt. Dabei wird unterschieden, ob ein Vertrag zu den drei Krankenversicherungen (ÖGK, BVAEB, SVS) bzw. den Krankenfürsorgeanstalten (KFA) vorliegt, oder nicht. Von den 157 ÄrztInnen, die an der Befragung teilgenommen haben, hat rund ein Drittel (53 Personen) keinen Kassenvertrag, während die restlichen ÄrztInnen einen Vertrag mit mindestens einer der Krankenversicherungen haben. Wie man aus untenstehender Abbildung erkennen kann, haben jedoch viele ÄrztInnen mehr als einen Kassenvertrag, d. h. es kommt zu erheblichen Mehrfachnennungen. Die meisten Kassenverträge bestehen zur SVS (91 Personen), knapp gefolgt von den KFA (90 Personen) und der BVAEB (89 Personen). Zur größten Krankenversicherung, der ÖGK, haben rund 56 % der Befragten (88 Personen) ein aufrechtes Vertragsverhältnis.

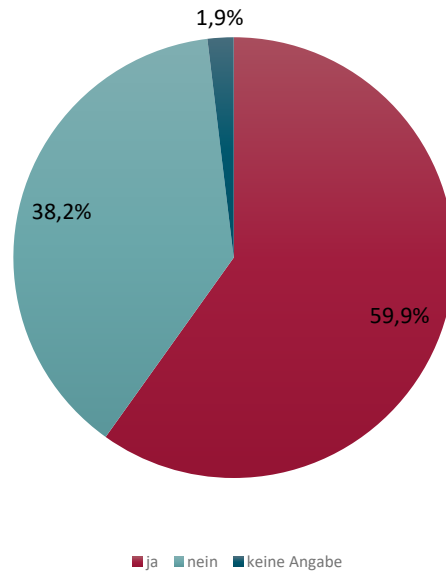
Abbildung 12: Anzahl der ÄrztInnen nach Kassenvertrag, Primärerhebung ÖGGH, 2021



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich
 Quelle: IHS (2022).

Darüber hinaus wurde in der Befragung auch erhoben, ob die jeweiligen Ordinationen bzw. Ambulatorien mit dem Qualitätszertifikat „Darmvorsorge“ akkreditiert sind. Wie man aus Abbildung 13 erkennen kann, ist bei der Mehrheit der ÄrztInnen (59,9 %) ein solches Zertifikat vorhanden, 1,9 % der Befragten haben keine Angabe dazu gemacht.

Abbildung 13: Anzahl der ÄrztInnen nach Vorhandensein des Qualitätszertifikats „Darmvorsorge“, Primärerhebung ÖGGH, 2021



Quelle: IHS (2022).

In einem weiteren Schritt wurden im Rahmen der Primärerhebung die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, die in den jeweiligen Ordinationen bzw. Ambulatorien bestehen, erhoben.

In Tabelle 13 ist demnach die relative Häufigkeit der wichtigsten diagnostischen Möglichkeiten im Bereich der GEH dargestellt. Die große Mehrheit der befragten ÄrztInnen führt sowohl Ösophagogastroduodenoskopien (90,4 %) als auch Koloskopien (89,8 %) in der jeweiligen Ordination bzw. dem jeweiligen Ambulatorium im Zuge der Diagnostik durch, auch Ultraschall-Untersuchungen (61,8 %) und Proktoskopien (56,7 %) sind weit verbreitet. Kapselendoskopien, Manometrien und pH-Metriem bestehen hingegen in weniger als 5 % der Fälle. Zudem haben 11,5 % der Befragten angegeben, dass in ihrer Ordination bzw. in ihrem Ambulatorium weitere, nicht im Fragebogen genannte, diagnostische Mittel zur Verfügung stehen. So gibt es darüber hinaus beispielsweise die Möglichkeit, Ano- und Rektoskopien, Colon-Transitzeit-Bestimmungen, operative Endoskopien und Endosonographien, Laborleistungen, Leberpunktionen, Sonographien sowie diverse Tests (C13, Lactose- und Fructoseintoleranz etc.) zur Diagnosebestimmung durchzuführen.

Tabelle 13: Relative Häufigkeit der diagnostischen Möglichkeiten (in %), Primärerhebung ÖGGH, 2021

Diagnostische Möglichkeiten	
Ösophagogastroduodenoskopie	90,4 %
Koloskopie	89,8 %
Kapselendoskopie	2,5 %
Proktoskopie	56,7 %
Manometrie	3,8 %
pH-Metrie	4,5 %
Elastographie	8,9 %
Ultraschall	61,8 %
H2-Atemtest	48,4 %

Anmerkung: Die angegebenen Prozentwerte beziehen sich auf die Grundgesamtheit (N=157).
Quelle: IHS (2022).

Tabelle 14: Relative Häufigkeit der therapeutischen Möglichkeiten (in %), Primärerhebung ÖGGH, 2021

Therapeutische Möglichkeiten	
CED-Therapie mit Stuhl-Calprotectin-, Spiegel- und AK-Bestimmung	54,1 %
Hepatitis-Therapie (DAA/Nukleosid- oder Nukleotid-Analoga/Immunsuppressiva)	19,7 %
Aderlass	36,9 %
Ambulante Ernährungsberatung durch DiätologIn	31,8 %
Ambulante Psychotherapie durch HypnotherapeutIn	5,1 %
Biologika- und Eisen-Infusionen	49,7 %
Aszitespunktionen	17,2 %

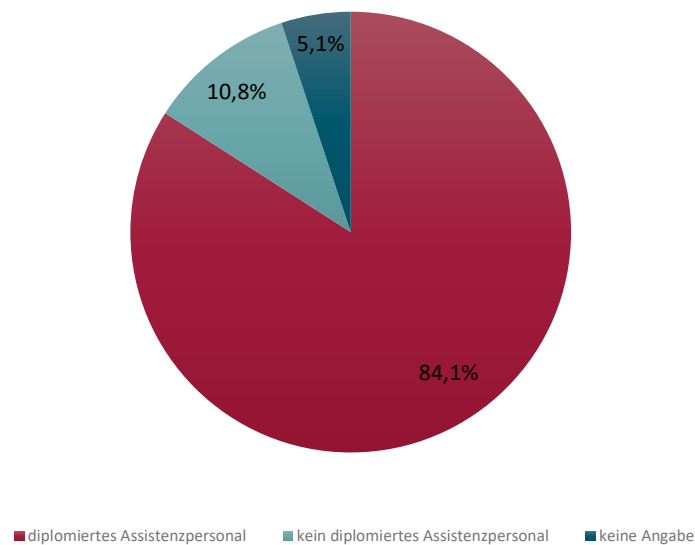
Anmerkung: Die angegebenen Prozentwerte beziehen sich auf die Grundgesamtheit (N=157).
Quelle: IHS (2022).

Tabelle 14 hingegen zeigt die relative Häufigkeit der wichtigsten therapeutischen Möglichkeiten in der GEH im niedergelassenen Bereich. Mehr als die Hälfte (54,1 %) der befragten ÄrztInnen haben angegeben, dass in der jeweiligen Ordination bzw. dem jeweiligen Ambulatorium eine CED-Therapie mit Stuhl-Calprotectin-, Spiegel- und AK-Bestimmung besteht. Weit verbreitet sind zudem auch Biologika- und Eisenfusionen

(49,7 %) sowie der Aderlass (36,9 %), eine ambulante Psychotherapie durch eine/n HypnotherapeutIn steht hingegen nur in 5,1 % der Fälle zur Verfügung. Darüber hinaus haben 5,1 % der Befragten angemerkt, dass bei ihnen weitere, nicht im Fragebogen angeführte, therapeutische Möglichkeiten bestehen. Zu diesen zählen die folgenden: Bauchhypnose, Drainagen, Eingriffe in Sedoanalgesie (z. B. Hämorrhoiden-OP), Endoskopien, Ernährungsberatung durch ärztliches Personal sowie Immunglobulingaben.

Schließlich wurden in der Primärerhebung auch Informationen zur Verfügbarkeit von Assistenzpersonal eingeholt. Dabei wird unterschieden, ob dem ärztlichen Personal diplomiertes Assistenzpersonal unterstützend zur Seite steht, oder nicht. Wie aus Abbildung 14 ersichtlich, haben 84,1 % der Befragten angegeben, dass in der jeweiligen Ordination bzw. dem jeweiligen Ambulatorium diplomiertes Assistenzpersonal vorhanden ist, 10,8 % haben dies verneint und 5,1 % haben keine Angabe dazu gemacht.

Abbildung 14: Verfügbarkeit von dipl. Assistenzpersonal, Primärerhebung ÖGGH, 2021



Quelle: IHS (2022).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Primärerhebung – trotz der limitierten allgemeinen Aussagekraft über die GastroenterologInnen und HepatologInnen in Österreich – einen guten Überblick über die Mitglieder der ÖGGH, sowie die mit der Gesellschaft assoziierten ÄrztInnen, und über ihre diagnostischen und therapeutischen Tätigkeiten sowohl im intramuralen als auch im niedergelassenen Bereich bietet. In einem nächsten Schritt wird nun der Status quo der Nachfragen im Bereich der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung in Österreich analysiert.

2.2 Nachfrage im Bereich der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung

Die Analyse der Nachfrage („Inanspruchnahme“) im Bereich der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung wird sowohl für den intramuralen als auch für den extramuralen Bereich durchgeführt.

Im intramuralen Bereich erfolgt die Analyse der Nachfrage anhand von Struktur- und Abrechnungsdaten des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Die Inanspruchnahme wird dabei einerseits auf Basis von ausgewählten Schlüsseldiagnosen für den GEH-Bereich (ICD-10-Diagnosen) anhand von stationären Aufenthalten (ohne Nulltagesaufenthalte) in den österreichischen Spitälern dargestellt. Andererseits wurden Schlüsselleistungen/-eingriffe im GEH-Bereich definiert und diese für die österreichischen Fondsspitäler bundesland- und geschlechtsspezifisch ausgewertet und analysiert.

Im extramuralen Bereich wird die Nachfrage anhand von Abrechnungsdaten der österreichischen Sozialversicherung, welche vom Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV) zur Verfügung gestellt wurden, wiedergegeben. Bei der Analyse der Nachfrage werden sowohl PatientInnen, die zumindest eine GEH-Markerleistung in Anspruch genommen haben, als auch jene, die Medikamente, die der GEH zugeordnet werden können, verordnet bekommen haben, berücksichtigt. Die Untersuchung erfolgt somit auf Ebene der PatientInnen und wird bundesland-, alters- und geschlechtsspezifisch durchgeführt.

2.2.1 Intramuraler Bereich: Analyse auf Basis der ICD-10-Diagnosen

Der GEH kommt im intramuralen Bereich aufgrund der diesbezüglichen Krankheitslast große Bedeutung zu: So waren beispielsweise im Jahr 2019 9,33 % oder 206.291 aller stationären Aufenthalte auf die ICD-10-Hauptdiagnose „Krankheiten des Verdauungssystems“ zurückzuführen, wodurch diese an vierter Stelle der häufigsten Hauptdiagnosen liegen (BMSGPK 2021a). Zudem spielen auch die „bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane“ eine wichtige Rolle, da diese im Jahr 2019 mit 23,13 % aller bösartigen Neubildungen nicht nur die häufigste Form dieser dargestellt, sondern auch, als dreistellige ICD-10-Diagnose, die siebthäufigste Hauptdiagnose, die einen Krankenhausaufenthalt bedingen, ausgemacht haben (Statistik Austria 2022, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2021a). Aus diesem Grund wird im Folgenden eine genauere Analyse der Krankenhausaufenthalte auf Basis der ICD-10-Diagnosen vorgenommen.

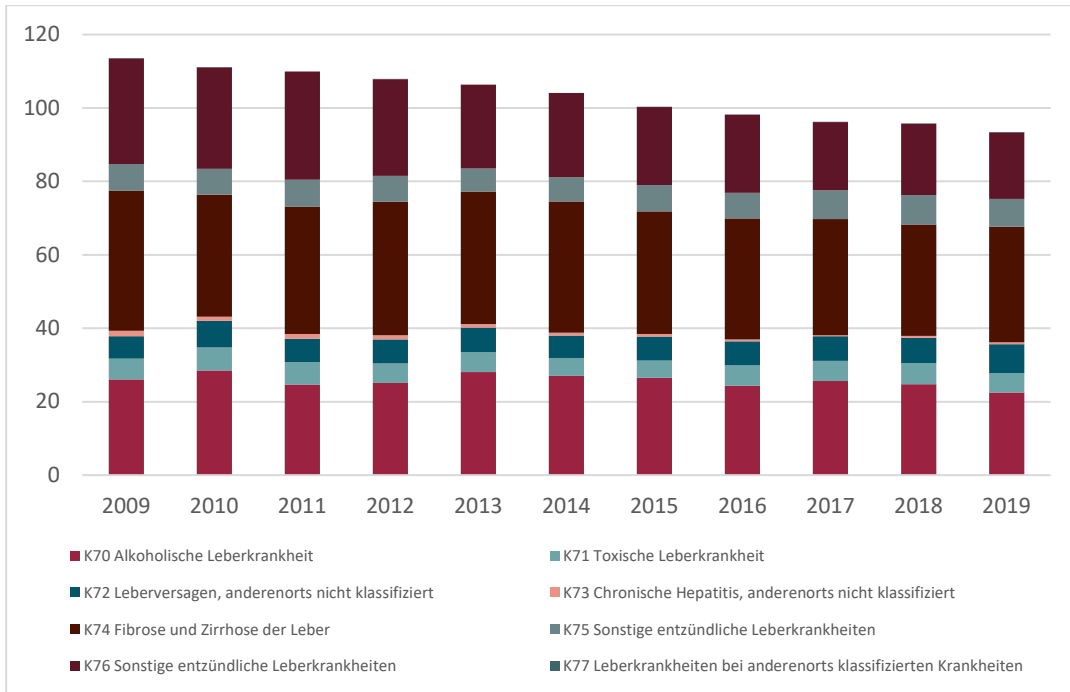
Die analysierten stationären Aufenthalte nach ICD-10-Diagnosen (3-Steller) wurden vom BMSGPK für den Zeitraum 2009 bis 2019 zur Verfügung gestellt, umfassen alle

österreichischen Spitäler (Fondsspitäler, PRIKRAF-Spitäler und sonstige Spitäler) und beziehen sich auf den Wohnort der PatientInnen. Aufgrund der seit 1. Jänner 2019 in allen Bundesländern verbindlich eingeführten Umstellung auf ein (seit 2017 vorliegendes) bundeseinheitliches Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich der Fondsspitäler, erfolgte eine Bereinigung der Aufenthalte um stationäre Nulltagesaufenthalte (NTA). Im Rahmen der Einführungsphase (2017–2018) wurde in den einzelnen Bundesländern entschieden, ob das Modell teilweise oder zur Gänze umgesetzt wird (BMSGPK 2021b). Je nach Umsetzungsgrad ergibt sich somit 2017–2019 eine unterschiedliche Reduktion der stationären Nulltagesaufenthalte je Bundesland, was den Grund für die Bereinigung darstellte.

Im Folgenden werden für drei ausgewählte (zusammengefasste) Schlüsseldiagnosen (ICD-10-Kapitel) die Auswertungen beschrieben. Es sind dies (1) Krankheiten der Leber (K70–K77), (2) Morbus Crohn, Colitis ulcerosa und Divertikulose des Darmes (K50–51 sowie K57) und (3) bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15–C26). Auswertungen zu weiteren Schlüsseldiagnosen im GEH-Bereich finden sich im Anhang (vgl. Tabelle 15).

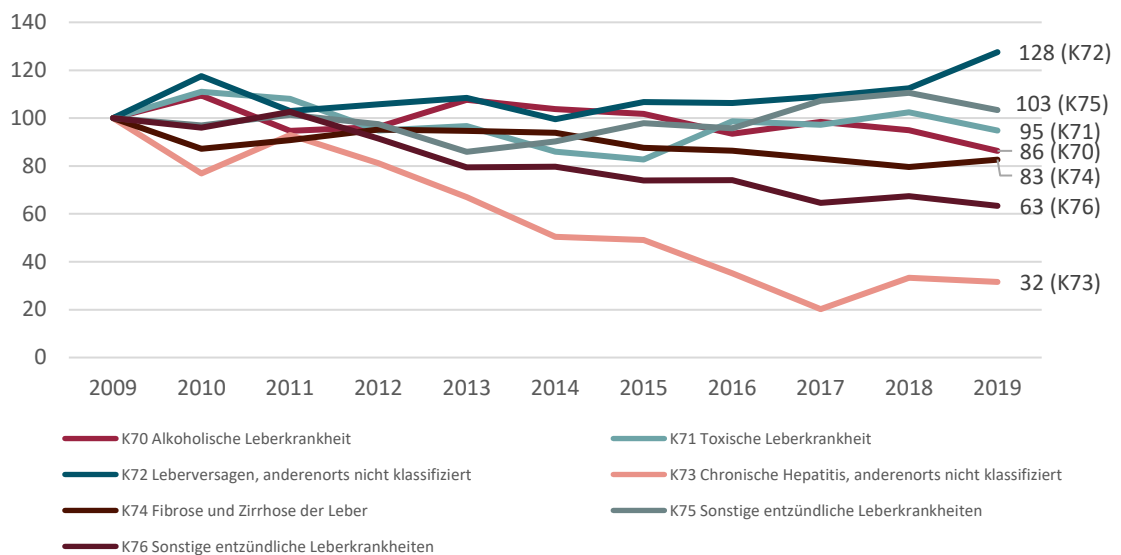
Die stationären Aufenthalte (ohne NTA) aufgrund von Krankheiten der Leber (K70–K77) reduzierten sich im Beobachtungszeitraum 2009–2019 von 114 pro 100.000 auf 93 pro 100.000 EinwohnerInnen, das entspricht rund 18 %, vgl. Abbildung 15. Bei Betrachtung der einzelnen Unterkapitel zeigt sich 2009–2019 ein nennenswerter Anstieg der stationären Aufenthalte (ohne NTA) für ICD-10-Diagnose K72 „Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert“ (+28 %). Der stärkste Rückgang ist für die „chronische Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert“ (K73) zu beobachten (rund 70 %), vgl. Abbildung 16. Innerhalb der Krankheiten der Leber konnten 2019 rund ein Drittel (34 %) der Aufenthalte (ohne NTA) der „Fibrose und Zirrhose der Leber“ (K74) zugerechnet werden; dieser Anteil blieb im Vergleich zu 2009 unverändert, vgl. Abbildung 17. An zweiter Stelle rangieren Aufenthalte der „alkoholischen Leberkrankheit“ (K70) mit rund einem Viertel.

Abbildung 15: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Krankheiten der Leber (K70–K77), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019



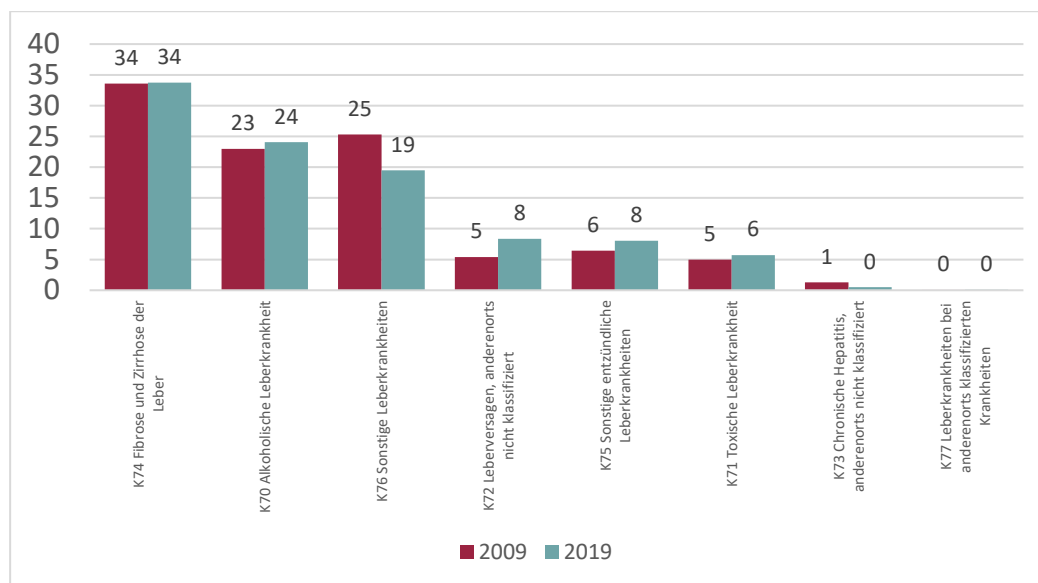
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 16: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Krankheiten der Leber (K70–K77), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009-2019



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 17: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Krankheiten der Leber (K70–K77), Anteile in % (K70–K77), 2009 und 2019

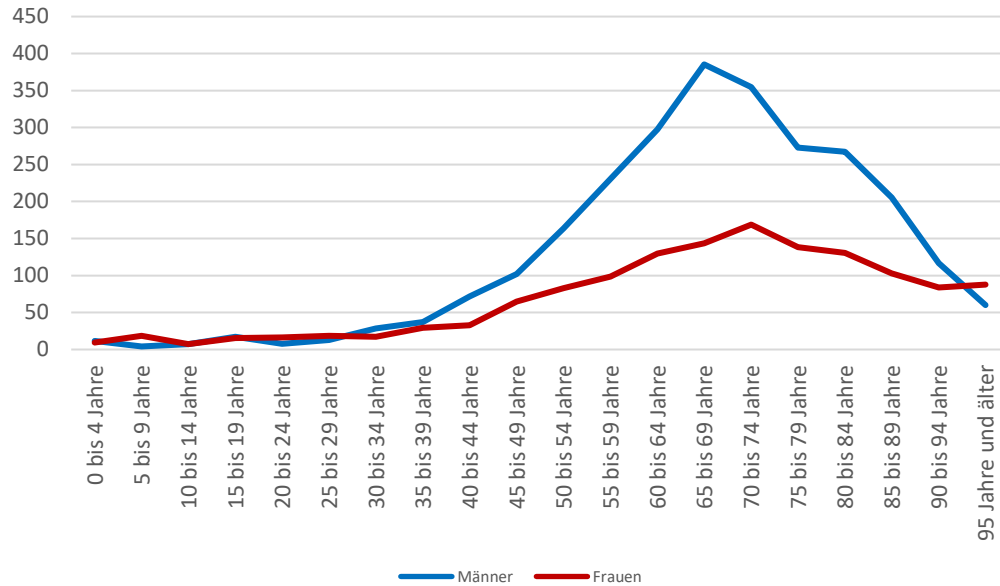


Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Die stationären Aufenthalte (ohne NTA) aufgrund von Krankheiten der Leber weisen pro 100.000 EinwohnerInnen insbesondere bei Männern einen ausgeprägten Altersgradienten auf, vgl. Abbildung 18. Vom 40. bis zum 70. Lebensjahr verzehnfacht sich die Anzahl der Aufenthalte pro 100.000 EinwohnerInnen von rund 40 auf 400, ehe sie ab dem Alter von 70 Jahren wieder absinkt. Bei Frauen ist ein Anstieg erst ab der Altersgruppe der 45-Jährigen zu erkennen, reicht bis in die Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen hinein und ist weitaus geringer ausgeprägt (Verfünffachung von 33 auf rund 170 Aufenthalte pro 100.000 EinwohnerInnen). Wie auch bei den Männern sinken die stationären Aufenthalte (ohne NTA) pro 100.000 EinwohnerInnen bei Frauen in einem ähnlichen Ausmaß, wie diese zuvor angestiegen sind.

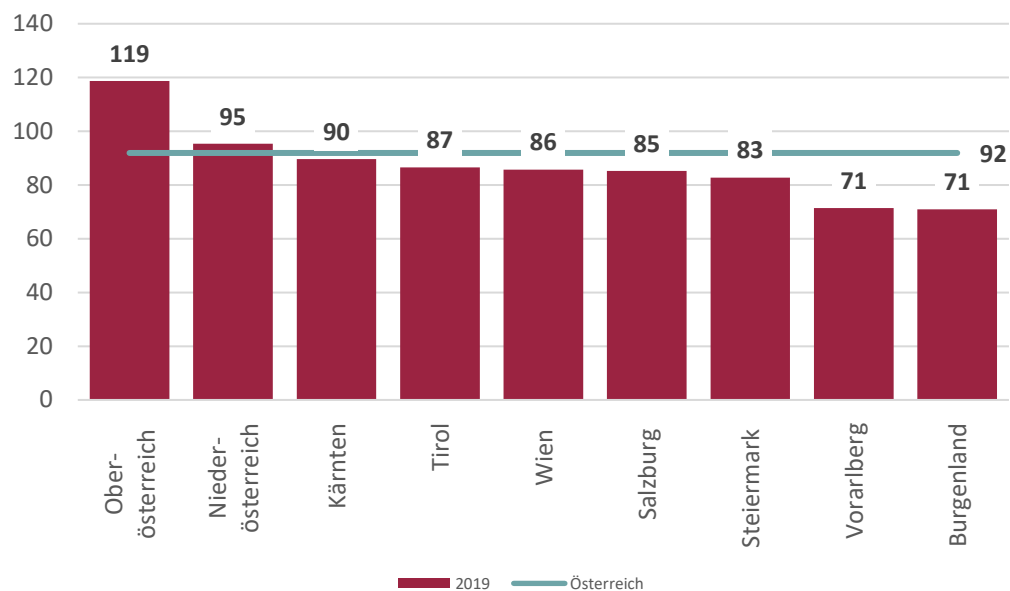
Die Krankheiten der Leber verursachten im Jahr 2019 in den österreichischen Spitälern im Durchschnitt rund 90 Aufenthalte (ohne NTA) pro 100.000 EinwohnerInnen. Die altersstandardisierte Kennzahl variiert zwischen den Bundesländern von 71 Aufenthalten von PatientInnen aus dem Burgenland bis zu rund 120 Aufenthalten von PatientInnen aus Oberösterreich, vgl. Abbildung 19.

Abbildung 18: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Krankheiten der Leber (K70–K77), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2019



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

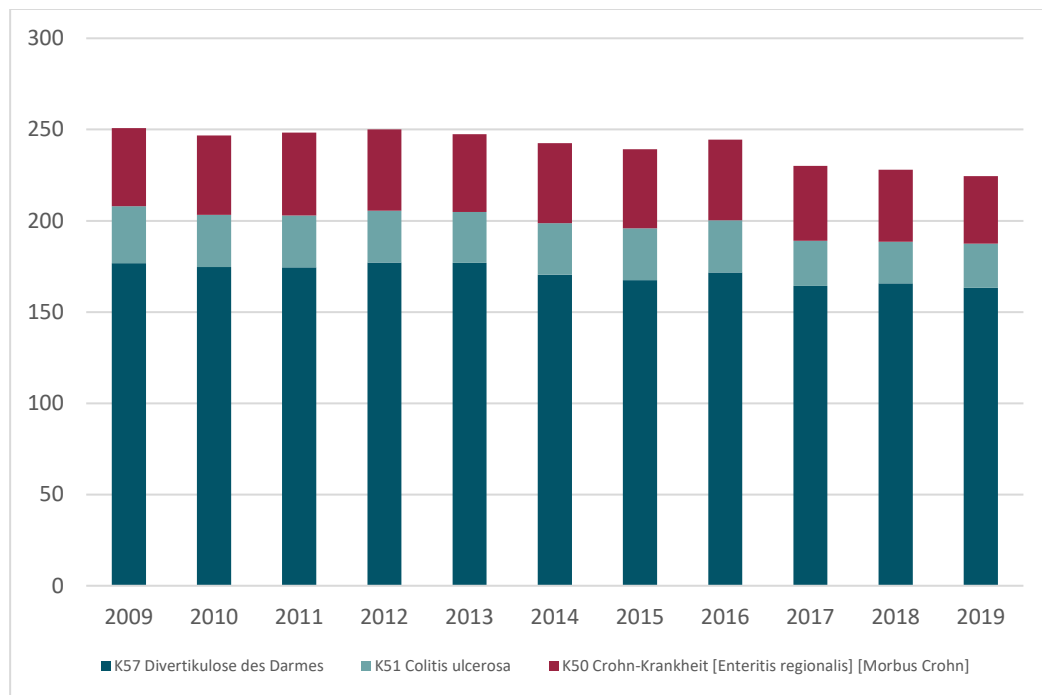
Abbildung 19: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Krankheiten der Leber (K70–K77), pro 100.000 altersstandardisierten EinwohnerInnen*, 2019



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)
 Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung IHS 2022.

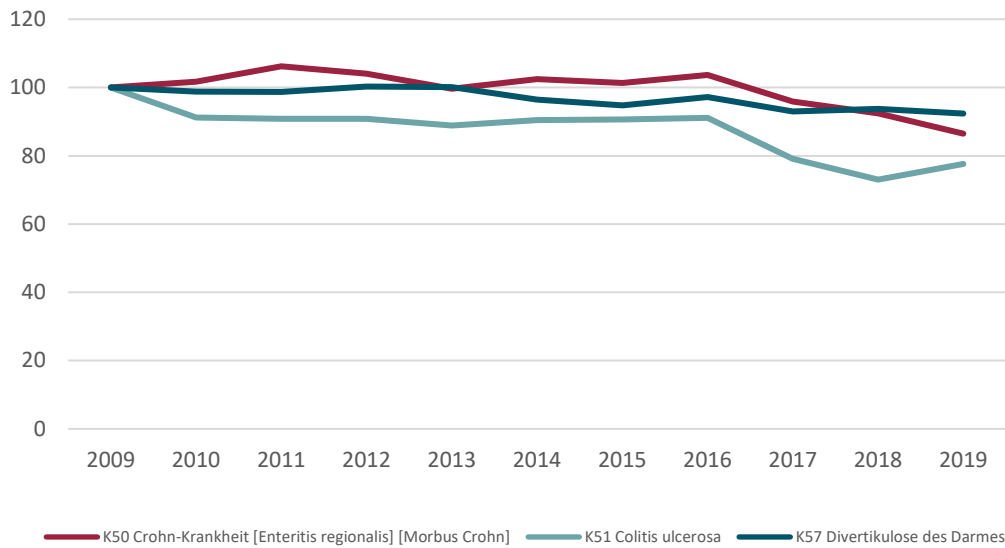
Die stationären Aufenthalte (ohne NTA) pro 100.000 EinwohnerInnen der Diagnosen „Morbus Crohn und Colitis ulcerosa“ (K50-KK51) sowie „Divertikulose des Darmes“ (K57) sanken insgesamt im Beobachtungszeitraum 2009–2019 um rund 10 %, vgl. Abbildung 20. Der geringste Rückgang (-8 %) ist bei der mengenmäßig bedeutendsten Diagnose (Divertikulose des Darmes) festzustellen, vgl. Abbildung 21 und Abbildung 22.

Abbildung 20: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Morbus Crohn u. Colitis ulcerosa (K50–K51) sowie Divertikulose des Darmes (K57), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019



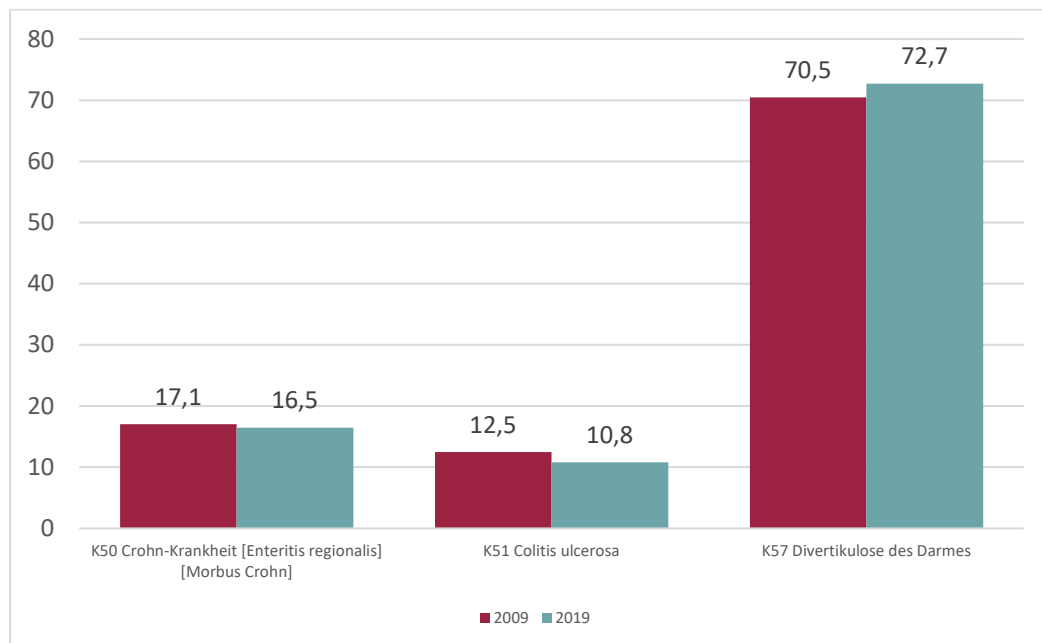
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 21: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Morbus Crohn u. Colitis ulcerosa (K50–K51) sowie Divertikulose des Darmes (K57), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019



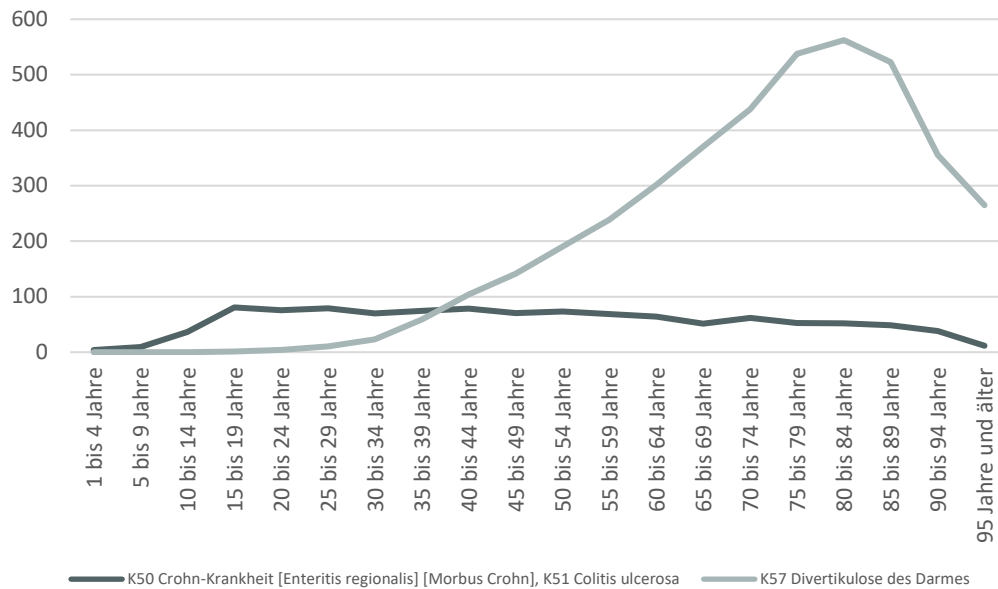
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 22: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Morbus Crohn u. Colitis ulcerosa (K50–K51) sowie Divertikulose des Darmes (K57), Anteile in %, 2009 und 2019



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 23: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Morbus Crohn u. Colitis ulcerosa (K50–K51) sowie Divertikulose des Darmes (K57), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2019

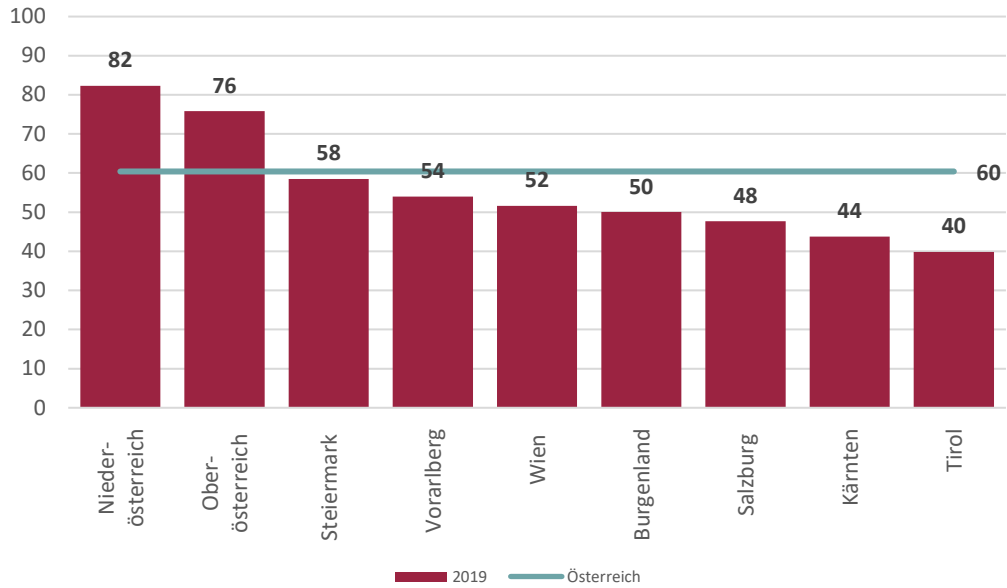


Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Im Gegensatz zu „Morbus Crohn und Colitis ulcerosa“ weist die „Divertikulose des Darmes“ erwartungsgemäß eine ausgeprägte Altersabhängigkeit auf, vgl. Abbildung 23. Der Anstieg beginnt in der Altersgruppe ab 30 Jahren und endet in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen.

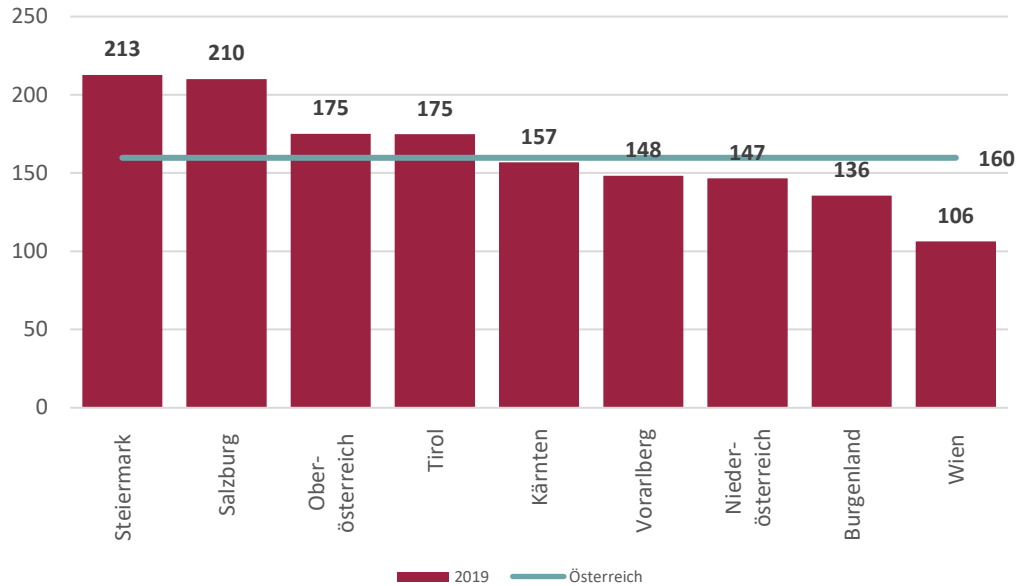
„Morbus Crohn und Colitis ulcerosa“ verursachten im Jahr 2019 in den österreichischen Spitälern im Durchschnitt rund 60 Aufenthalte (ohne NTA) pro 100.000 EinwohnerInnen. Bei niederösterreichischen und oberösterreichischen PatientInnen ist die altersstandardisierte Kennzahl rund doppelt so hoch (rund 80 pro 100.000) wie bei Tiroler PatientInnen (40 pro 100.000), vgl. Abbildung 24. Bei der „Divertikulose des Darmes“ betrug der österreichweite Durchschnitt im Jahr 2019 rund 160 Aufenthalte (ohne NTA) pro 100.000 EinwohnerInnen – mit einem Maximalwert bei steirischen PatientInnen und PatientInnen mit Wohnort im Bundesland Salzburg (rund 210 pro 100.000) bzw. mit einem Minimalwert bei Wiener PatientInnen (106 pro 100.000), vgl. Abbildung 25.

Abbildung 24: Aufenthalte (o. NTA) in österreichischen Spitälern, Morbus Crohn u. Colitis ulcerosa (K50–K51), pro 100.000 altersstandardisierten EinwohnerInnen*, 2019



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

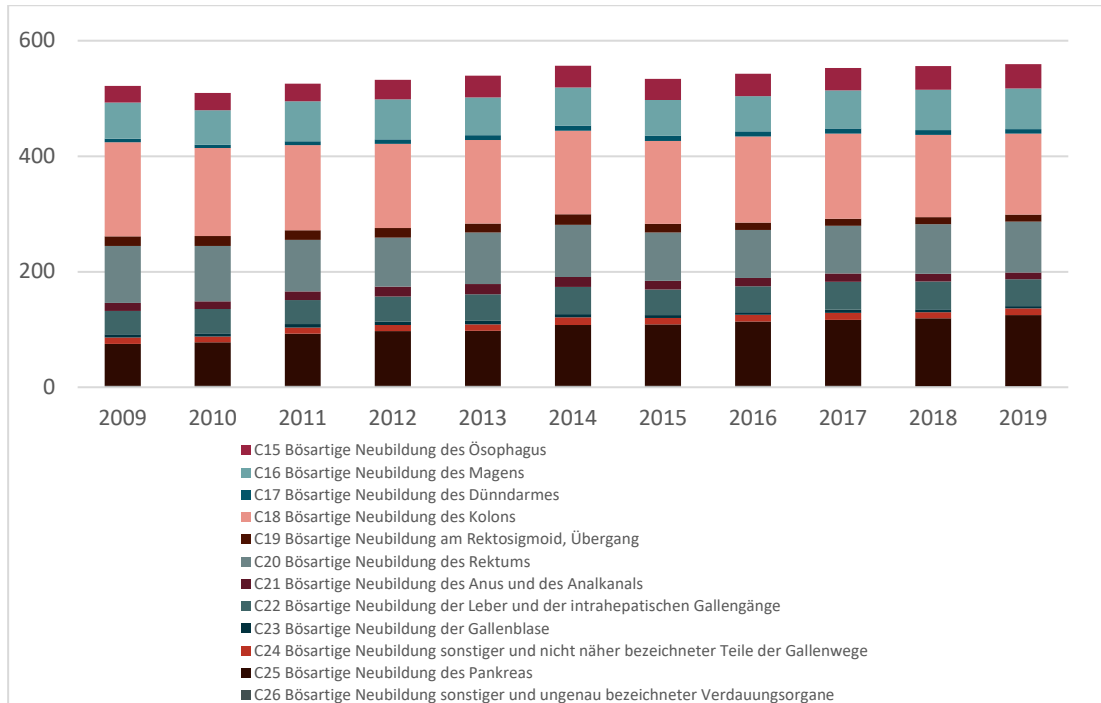
Abbildung 25: Aufenthalte (o. NTA) in österreichischen Spitälern, Divertikulose des Darmes (K57), pro 100.000 altersstandardisierten EinwohnerInnen*, 2019



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)
 Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

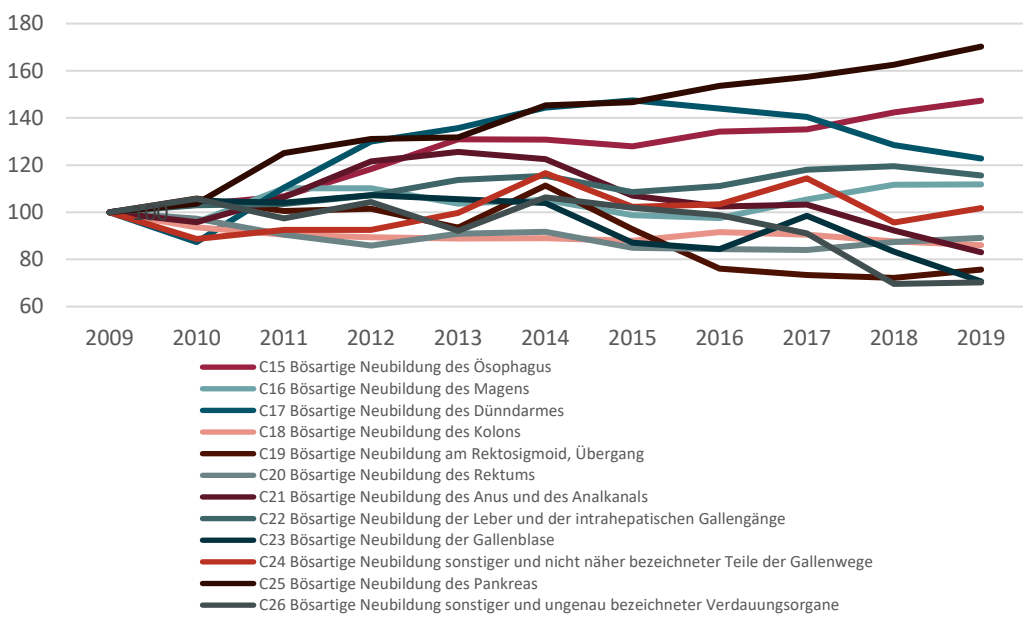
Die stationären Aufenthalte (ohne NTA) aufgrund bösartiger Neubildungen der Verdauungsorgane (ICD-10-Diagnosen C15–C26) stiegen im Beobachtungszeitraum 2009–2019 von 522 pro 100.000 auf 559 pro 100.000 EinwohnerInnen um rund 7 %, vgl. Abbildung 26. Bei Betrachtung der einzelnen bösartigen Neubildungen zeigt sich in der Zeit von 2009 bis 2019 der stärkste Anstieg der stationären Aufenthalte (ohne NTA) aufgrund „bösartiger Neubildungen des Pankreas“ (C25; +70 %), vgl. Abbildung 27. Mit einer Steigerung von knapp unter 50 % wuchsen auch Aufenthalte aufgrund „bösartiger Neubildungen des Ösophagus“ (C15) bedeutend. Auffallend ist, dass die Aufenthalte aufgrund „bösartiger Neubildungen des Dünndarms“ (C17) bis 2015 einem ähnlich dynamischen Wachstum wie jene aufgrund des Pankreas unterworfen waren, aber in den Folgejahren wieder um rund 20 % sanken. Die stärksten Rückgänge (mehr als 20 % im Beobachtungszeitraum) konnten bei Aufenthalten aufgrund „bösartiger Neubildungen am Rektosigmoid (C19), der Gallenblase (C23) und sonstiger und ungenau bezeichneter Verdauungsorgane“ (C26) beobachtet werden.

Abbildung 26: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15–C26), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

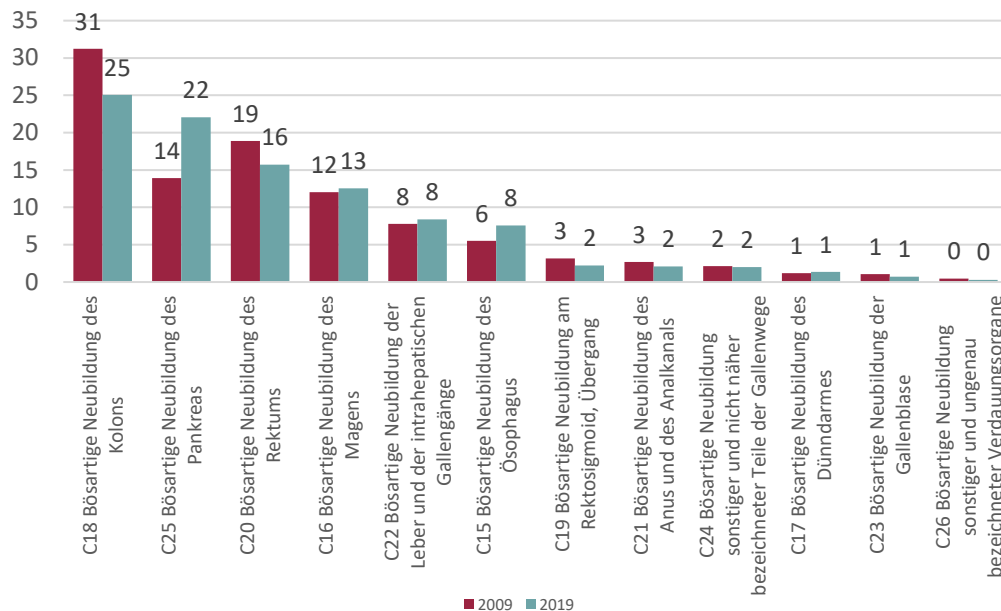
Abbildung 27: Aufenthalte (ohne NTA) in österr. Spitälern, Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15–C26), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

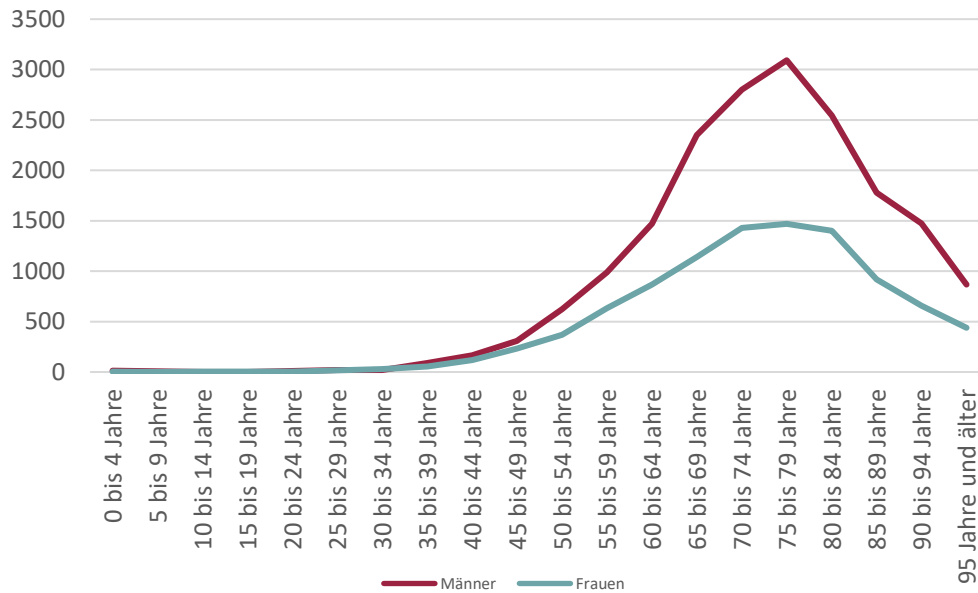
Innerhalb der bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane konnten 2019 rund ein Viertel (25 %) der Aufenthalte (ohne NTA) „bösartigen Neubildungen des Kolons“ (C18) zugerechnet werden; dieser Anteil reduzierte sich im Vergleich zu 2009 von allen bösartigen Neubildungen am stärksten, nämlich um rund sechs Prozentpunkte, vgl. Abbildung 28. Aufenthalte aufgrund „bösartiger Neubildungen des Rektums“ (C20) reduzierten sich um rund drei Prozentpunkte. Die ausgeprägteste (steigende) Anteilsverschiebung mit acht Prozentpunkten ist bei „bösartigen Neubildungen des Pankreas“ (C25) zu beobachten: fielen im Jahr 2009 noch 14 % der Aufenthalte aller bösartigen Neubildungen des Pankreas zu, waren es 2019 beachtliche 22 %. Hält dieser Trend an, werden Aufenthalte im Zuge bösartiger Neubildungen des Pankreas zukünftig die dominierende Diagnose innerhalb aller bösartigen Neubildungen darstellen.

Abbildung 28: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15–C26), Anteile in % (C15–C26), 2009, 2019



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 29: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15–C26), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2019

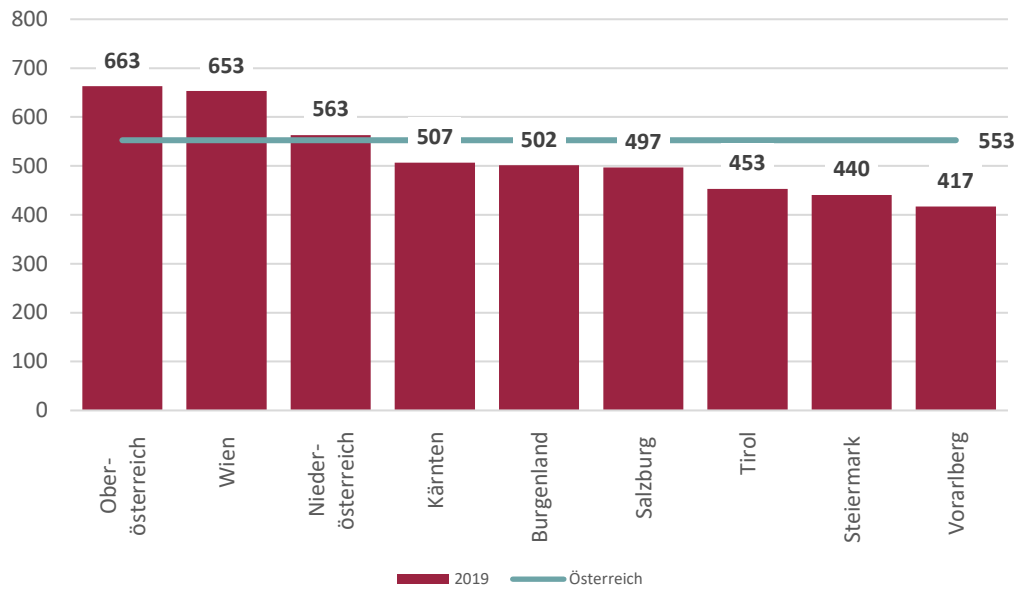


Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Aufenthalte (ohne NTA) aufgrund bösartiger Neubildungen der Verdauungsorgane pro 100.000 EinwohnerInnen weisen in ihrer Gesamtheit bis zum 80. Lebensjahr eine Altersabhängigkeit auf, vgl. Abbildung 29. Diese ist bei Männern und Frauen unterschiedlich stark ausgeprägt: ab der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen steigen die Aufenthalte pro Kopf bei Männern in einem weit dynamischeren Ausmaß als bei Frauen. Bei beiden Geschlechtern einheitlich ist ab der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen wieder ein Rückgang der Kennzahl festzustellen.

Im Durchschnitt wurden im Jahr 2019 österreichweit rund 553 Aufenthalte (ohne NTA) pro 100.000 EinwohnerInnen aufgrund bösartiger Neubildungen der Verdauungsorgane codiert. Bei oberösterreichischen (rund 660) und Wiener PatientInnen (rund 650) ist die altersstandardisierte Kennzahl um rund 60 % höher als bei PatientInnen aus Vorarlberg (rund 420), vgl. Abbildung 30.

Abbildung 30: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15–C26), pro 100.000 altersstandardisierten EinwohnerInnen*, 2019



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Tabelle 15: Schlüsseldiagnosen im Bereich der GEH, ICD-10-Diagnosen

Akute Hepatitis	B15 Akute Virushepatitis A; B16 Akute Virushepatitis B; B17 Sonstige akute Virushepatitis
Chronische Hepatitis	B18 Chronische Virushepatitis; B19 Nicht näher bezeichnete Virushepatitis
<u>Krankheiten der Leber</u>	K70 Alkoholische Leberkrankheit; K71 Toxische Leberkrankheit; K72 Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert; K73 Chronische Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert; K74 Fibrose und Zirrhose der Leber; K75 Sonstige entzündliche Leberkrankheiten; K76 Sonstige Krankheiten der Leber
Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas	K80 Cholelithiasis; K81 Cholezystitis; K82 Sonstige Krankheiten der Gallenblase; K83 Sonstige Krankheiten der Gallenwege; K85 Akute Pankreatitis; K86 Sonstige Krankheiten des Pankreas; K87 Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
<u>Morbus Crohn und Colitis ulcerosa</u>	K50 Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis] [Morbus Crohn]; K51 Colitis ulcerosa
<u>Divertikulitis</u>	K57 Divertikulose des Darmes
Zöliakie	K90 Intestinale Malabsorption
Ulcus ventriculi et duodeni	K25 Ulcus ventriculi; K26 Ulcus duodeni
Barrettösophagus und Achalasie	K22 Sonstige Krankheiten des Ösophagus
<u>Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane</u>	C15 Bösartige Neubildung des Ösophagus; C16 Bösartige Neubildung des Magens; C17 Bösartige Neubildung des Dünndarmes; C18 Bösartige Neubildung des Kolons; C19 Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang; C20 Bösartige Neubildung des Rektums; C21 Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals; C22 Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge; C23 Bösartige Neubildung der Gallenblase; C24 Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege; C25 Bösartige Neubildung des Pankreas; C26 Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Verdauungsorgane

Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

2.2.2 Intramural: Analyse auf Basis des Leistungskatalogs BMSGK 2020 – Codierung ambulant und Codierung stationär

Der Leistungskatalog „Codierung ambulant“ (Stand 1. Jänner 2020) entstand aus dem Katalog ambulanter Leistungen (KAL)⁶ und beinhaltet einerseits Leistungen, die nur bei ambulanten Besuchen, sowie andererseits Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär zu erfassen sind (BMSGPK 2020a). Der Leistungskatalog „Codierung stationär“ (Stand 1. Jänner 2020) ging aus dem stationären Leistungskatalog (MEL-Katalog) hervor; er ist die verbildlichte Grundlage für die bundesweit einheitliche Leistungsdokumentation stationärer/tagesklinischer Aufenthalte in den Krankenanstalten Österreichs (BMSGPK 2020b).

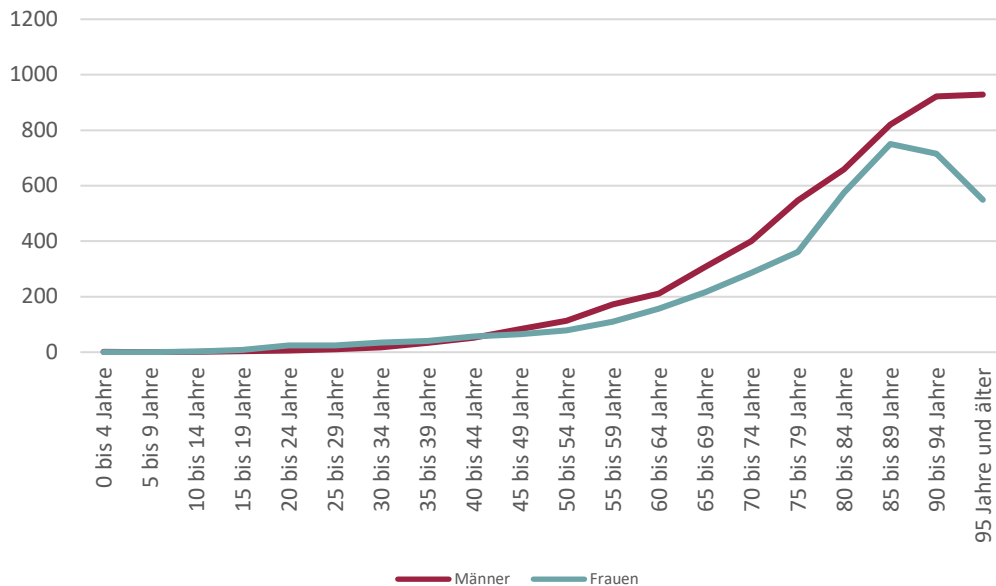
Die analysierten Daten wurden vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) für das Jahr 2019 zur Verfügung gestellt, umfassen alle österreichischen Fondsspitäler und beziehen sich auf den Wohnort der PatientInnen.

Für die detaillierte Analyse der Leistungen wurde gemeinsam mit der ÖGGH eine Liste an Schlüsselleistungen/-eingriffen erarbeitet, die für den Bereich der Gastroenterologie und Hepatologie (GEH) eine besondere Bedeutung haben, vgl. Tabelle 16.

Eine der bedeutendsten Leistungen im Bereich der GEH stellt die „endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie“ (ERCP) (Leistungscode HM060) dar. Das geschlechtsdifferenzierte Altersprofil der abgerechneten Leistungen pro 100.000 EinwohnerInnen zeigt sowohl für Männer als auch für Frauen einen Altersgradienten, vgl. Abbildung 31. Ab der Altersgruppe 45–49 Jahre „überholt“ die abgerechnete Pro-Kopf-Anzahl an ERCPs der Männer die der Frauen; der Anstieg ist bei Männern steiler und bis in die letzte Altersgruppe zu beobachten. Anders bei Frauen: hier ist ab der Altersgruppe 85–89 Jahre wieder ein Rückgang der abgerechneten Anzahl pro Kopf festzustellen.

⁶Die Entwicklung des KAL basiert auf Honorarkatalogen der Sozialversicherungsträger sowie Katalogen von Krankenanstaltenträgern aus ganz Österreich.

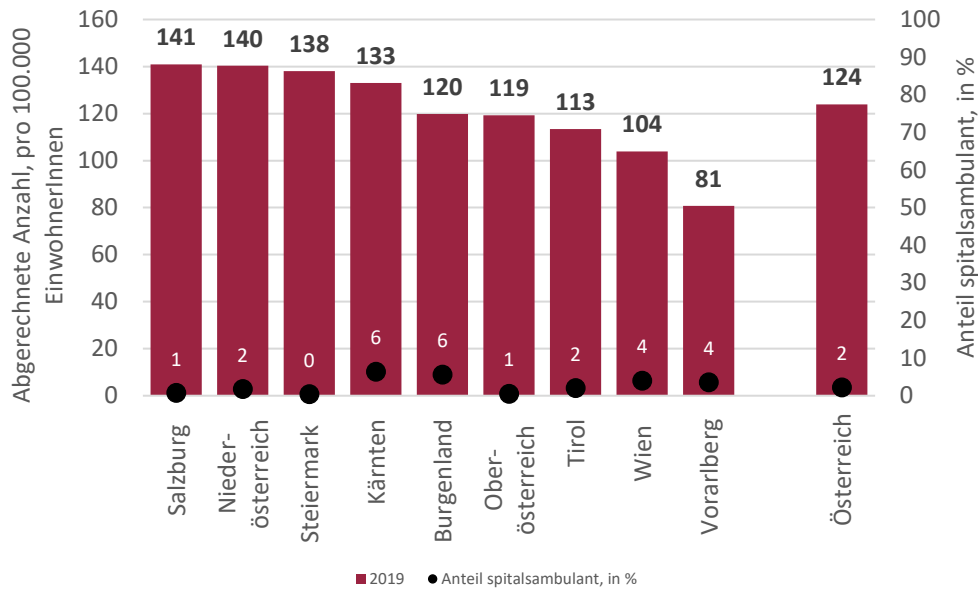
Abbildung 31: HM060 Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP): abgerechnete Anzahl pro 100.000 EinwohnerInnen nach Alter und Geschlecht, 2019



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Im Jahr 2019 wurden österreichweit durchschnittlich 124 ERCPs pro 100.000 EinwohnerInnen abgerechnet. Diese Anzahl variiert (altersstandardisiert) je nach Bundesland zum Teil beträchtlich: Während bei VorarlbergerInnen lediglich 81 Leistungen pro 100.000 EinwohnerInnen abgerechnet wurden, waren es bei PatientInnen aus Salzburg, Niederösterreich und der Steiermark rund 140 pro 100.000 EinwohnerInnen, vgl. Abbildung 32. Der Anteil spitalsambulant erbrachter ERCPs fällt in allen Bundesländern gering aus (rund 2 % österreichweit), ist jedoch bei PatientInnen aus Kärnten und dem Burgenland mit rund 6 % am höchsten.

Abbildung 32: HM060 Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP): abgerechnete Anzahl pro 100.000 altersstandardisierten EinwohnerInnen*, Anteil spitalsambulant in %, 2019



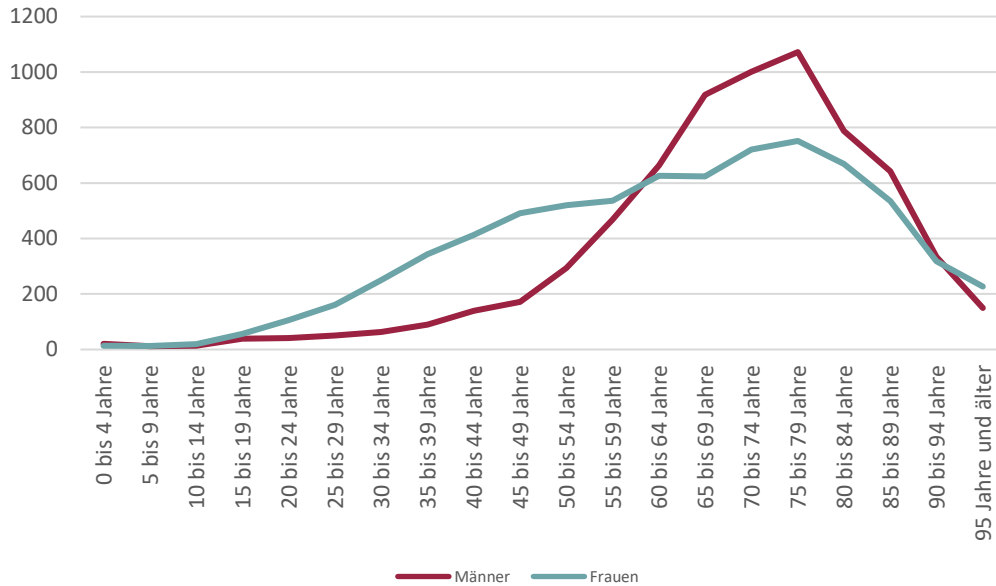
*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den abgerechneten Leistungen (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)

Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Ein weiterer bedeutender Schlüsseleingriff im Bereich der GEH ist die „ultraschallgezielte Organbiopsie“ (Leistungscode ZN010). Im reproduktionsfähigen Alter der Frauen übersteigt die abgerechnete Leistungsanzahl pro 100.000 EinwohnerInnen jene der Männer in starkem Ausmaß, während in den Altersgruppen ab 60 Jahren pro Kopf bei Männern mehr abgerechnet wird, vgl. Abbildung 33.

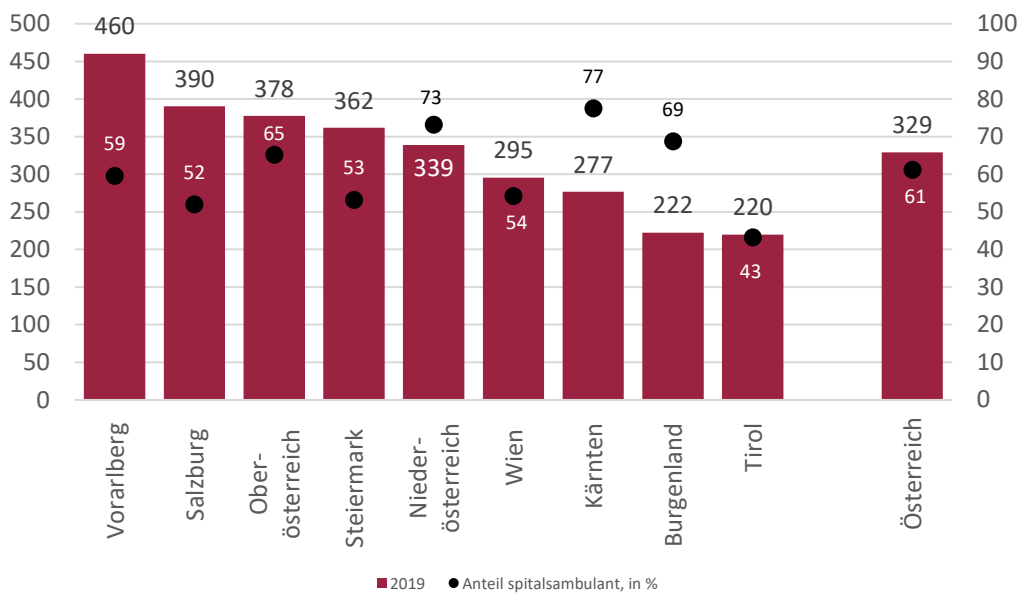
Im Jahr 2019 wurden österreichweit durchschnittlich 329 „ultraschallgezielte Organbiopsien“ pro 100.000 EinwohnerInnen abgerechnet. Diese Anzahl variiert (altersstandardisiert) je nach Bundesland zum Teil beträchtlich: Während bei TirolerInnen und BurgenländerInnen lediglich rund 220 Leistungen pro 100.000 EinwohnerInnen abgerechnet wurden, waren es bei PatientInnen aus Vorarlberg rund 460 pro 100.000 EinwohnerInnen, vgl. Abbildung 34. Der Anteil der spitalsambulant erbrachten ultraschallgezielten Organbiopsien beträgt im Österreichdurchschnitt rund 61 %, variiert aber je Bundesland beträchtlich (77 % bei PatientInnen aus Kärnten und 43 % bei PatientInnen aus Tirol).

Abbildung 33: ZN010 Organbiopsie – ultraschallgezielt: abgerechnete Anzahl pro 100.000 EinwohnerInnen nach Alter und Geschlecht, 2019



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

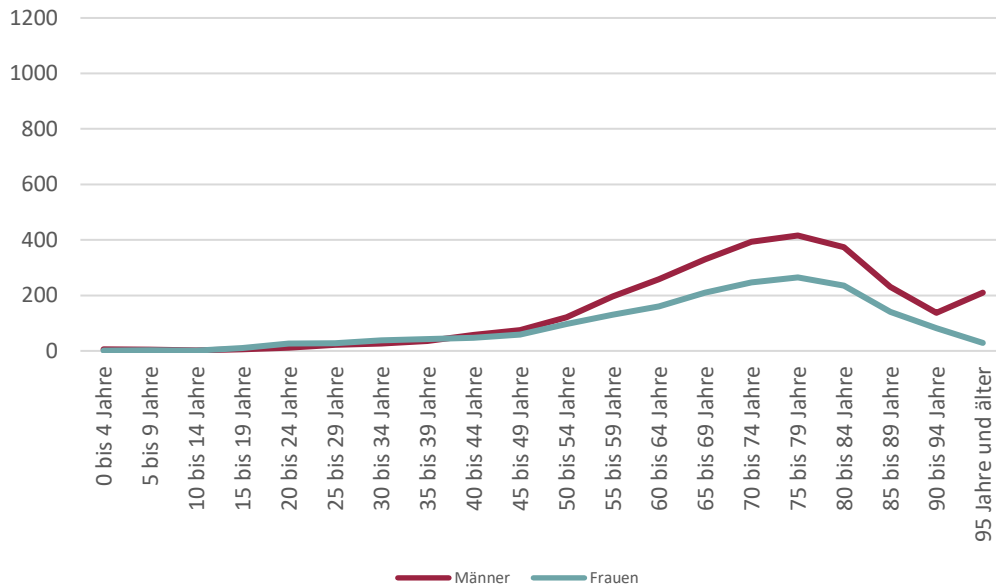
Abbildung 34: ZN010 Organbiopsie – ultraschallgezielt: abgerechnete Anzahl pro 100.000 altersstandardisierten EinwohnerInnen*, Anteil spitalsambulant in %, 2019



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den abgerechneten Leistungen (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)
 Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Die „Endosonographie“ (Leistungscode ZN595) weist lediglich einen leichten Altersgradienten auf, wobei dieser bei Männern stärker ausgeprägt ist als bei Frauen. Bei den unter 50-Jährigen ist praktisch kein geschlechtsspezifischer Unterschied pro 100.000 EinwohnerInnen erkennbar, vgl. Abbildung 35.

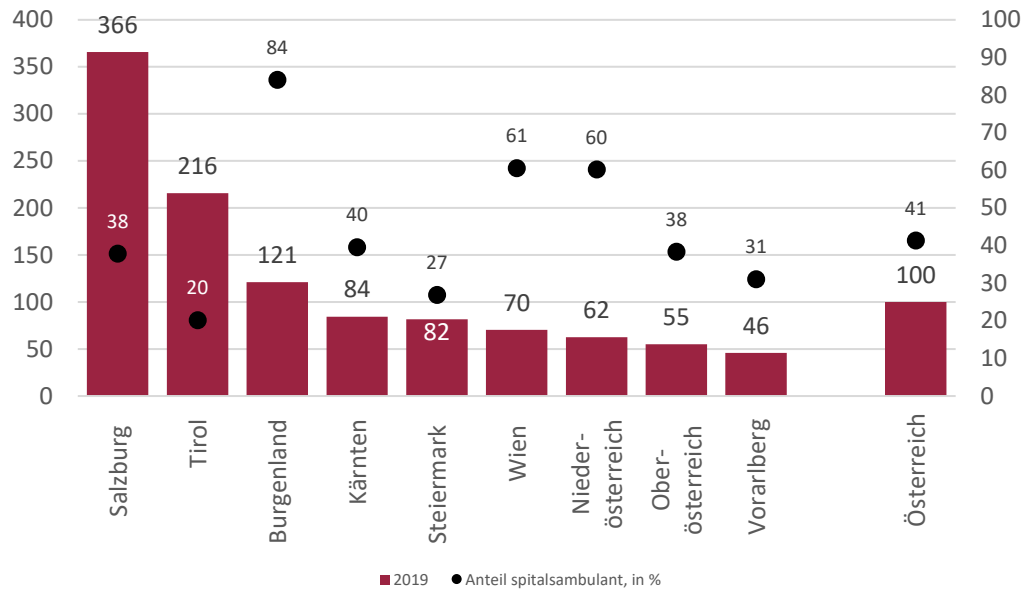
Abbildung 35: ZN595 Endosonographie: abgerechnete Anzahl pro 100.000 EinwohnerInnen nach Alter und Geschlecht, 2019



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Im Jahr 2019 wurden österreichweit durchschnittlich 100 „Endosonographien“ pro 100.000 EinwohnerInnen abgerechnet. Diese Anzahl variiert (altersstandardisiert) je nach Bundesland stark: Während bei PatientInnen aus Salzburg 366 Endosonographien pro 100.000 EinwohnerInnen abgerechnet wurden, waren es in sechs anderen Bundesländern unter 100 pro 100.000 EinwohnerInnen, vgl. Abbildung 36. Der Anteil spitalsambulant erbrachter Endosonographien beträgt im Österreichdurchschnitt rund 41 %, variiert aber je Bundesland beträchtlich (84 % bei PatientInnen aus dem Burgenland und 20 % bei PatientInnen aus Tirol).

Abbildung 36: ZN595 Endosonographie: abgerechnete Anzahl pro 100.000 altersstandardisierten EinwohnerInnen*, Anteil spitalsambulant in %, 2019



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den abgerechneten Leistungen (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)
 Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

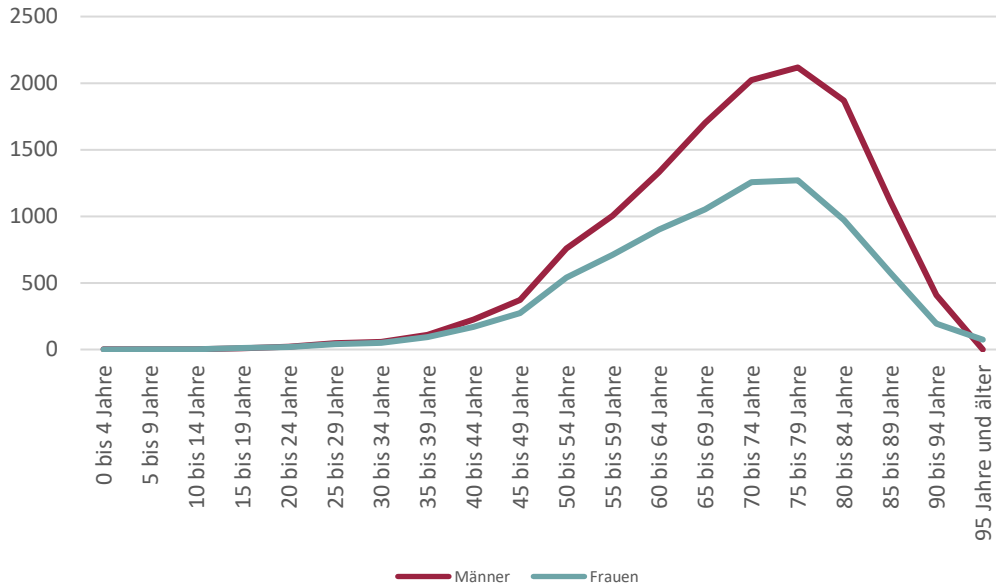
Im Bereich der Polypektomien werden im GEH-Bereich drei verschiedene Leistungen abgerechnet: (1) „Koloskopie mit Polypektomie“ (Leistungscode HH020), (2) „Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie mit Polypektomie“ (Leistungscode HZ520), und (3) „Proktoskopie/Rektoskopie/Sigmoidoskopie mit Polypektomie“ (Leistungscode HZ551).

Für die „Koloskopie mit Polypektomie“ (Leistungscode HH020) ist ein deutlicher Altersgradient zu beobachten, wobei dieser bei Männern stärker ausgeprägt ist als bei Frauen, vgl. Abbildung 37. In den Altersgruppen der 70- bis unter 80-Jährigen wurden bei Männern im Jahr 2019 besonders viele Koloskopien mit Polypektomie (über 2.000 pro 100.000 EinwohnerInnen) abgerechnet, in diesen Altersgruppen ist der Unterschied zu den Frauen auch am größten. Für die Leistungen HZ520 „Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie mit Polypektomie“ und HZ551 „Proktoskopie/ Rektoskopie/Sigmoidoskopie mit Polypektomie“ ist ebenfalls ein Altersgradient zu beobachten, die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind jedoch nicht so stark ausgeprägt wie für die „Koloskopie mit Polypektomie“, vgl. Abbildung 39 und Abbildung 41.

Im Jahr 2019 wurden österreichweit durchschnittlich 484 „Koloskopien mit Polypektomie“ pro 100.000 EinwohnerInnen abgerechnet; im Bereich der Eingriffe mit

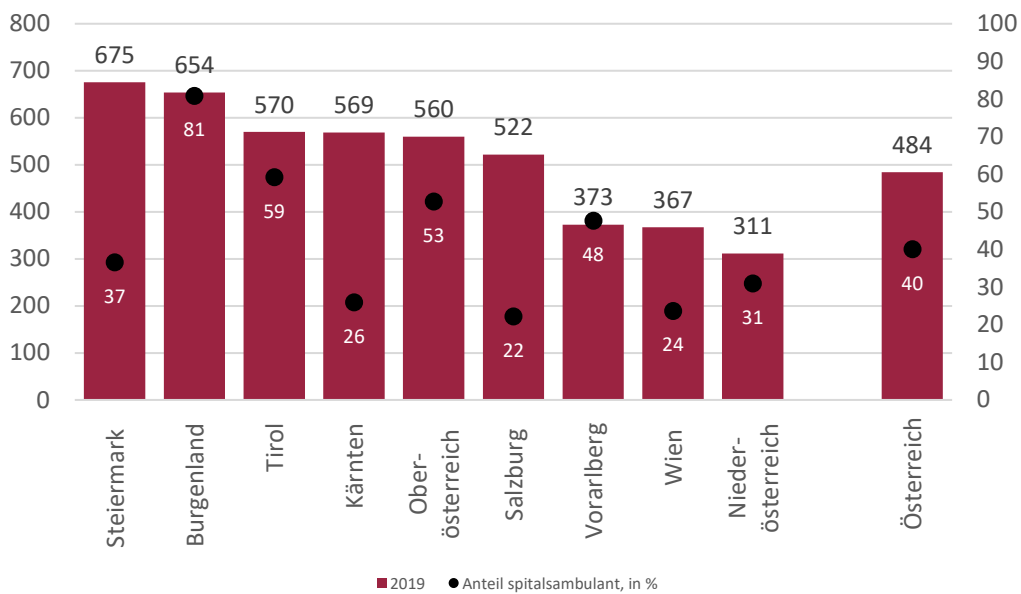
Polypektomie ist diese Leistung somit mit Abstand am bedeutendsten. Die Anzahl pro 100.000 EinwohnerInnen variiert (altersstandardisiert) je nach Bundesland stark. So wurden im Jahr 2019 an PatientInnen aus der Steiermark pro Kopf mehr als doppelt so viele Koloskopien mit Polypektomie abgerechnet als in Niederösterreich, vgl. Abbildung 38. Der Anteil spitalsambulant abgerechneter Koloskopien mit Polypektomie betrug 2019 im Österreichdurchschnitt 40 %; am niedrigsten war der Anteil bei PatientInnen aus Salzburg (22 %), am höchsten bei PatientInnen aus dem Burgenland (81 %). Im Jahr 2019 wurden zudem österreichweit durchschnittlich 36 „Ösophagoskopien/ Gastroskopien/Ösophagogastroduodenoskopien mit Polypektomie“ pro 100.000 EinwohnerInnen abgerechnet, mit einer Spannweite von durchschnittlich 21 Eingriffen bei PatientInnen aus Salzburg, und 62 bei PatientInnen aus Tirol. Knapp 60 % der Eingriffe an PatientInnen aus dem Burgenland wurden spitalsambulant abgerechnet, damit rangiert dieser Anteil im Bundeslandvergleich an der Spitze. Ein Blick zu PatientInnen aus der Steiermark zeigt, dass hier lediglich rund ein Fünftel der Eingriffe in der Spitalsambulanz abgerechnet wurden, vgl. Abbildung 40. Darüber hinaus wurden durchschnittlich 20 „Proktoskopien/Rektoskopien/Sigmoidoskopien mit Polypektomie“ 2019 österreichweit abgerechnet. Am häufigsten wurde dieser Eingriff an OberösterreicherInnen (55 pro 100.000 EinwohnerInnen) und am seltensten an SteirerInnen durchgeführt (8 pro 100.000 EinwohnerInnen); der Anteil der in Spitalsambulanzen erbrachten Eingriffe liegt österreichweit bei 44 %, mit einer Spannweite von 18 % (Niederösterreich) bis 66 % (Burgenland), vgl. Abbildung 42.

Abbildung 37: HH020 Koloskopie mit Polypektomie: abgerechnete Anzahl pro 100.000 EinwohnerInnen nach Alter und Geschlecht, 2019



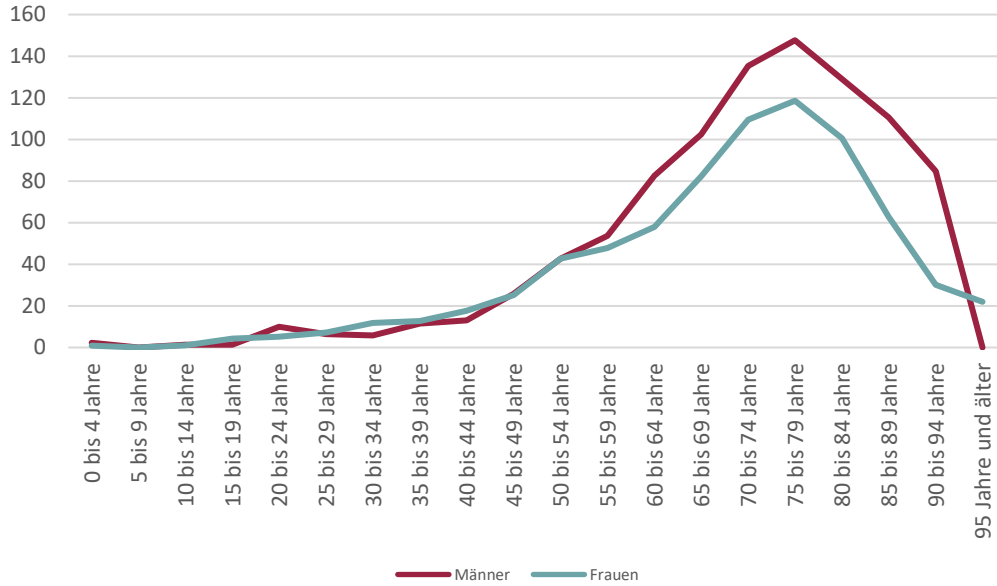
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 38: HH020 Koloskopie mit Polypektomie: abgerechnete Anzahl pro 100.000 altersstandardisierten EinwohnerInnen*, Anteil spitalsambulant in %, 2019



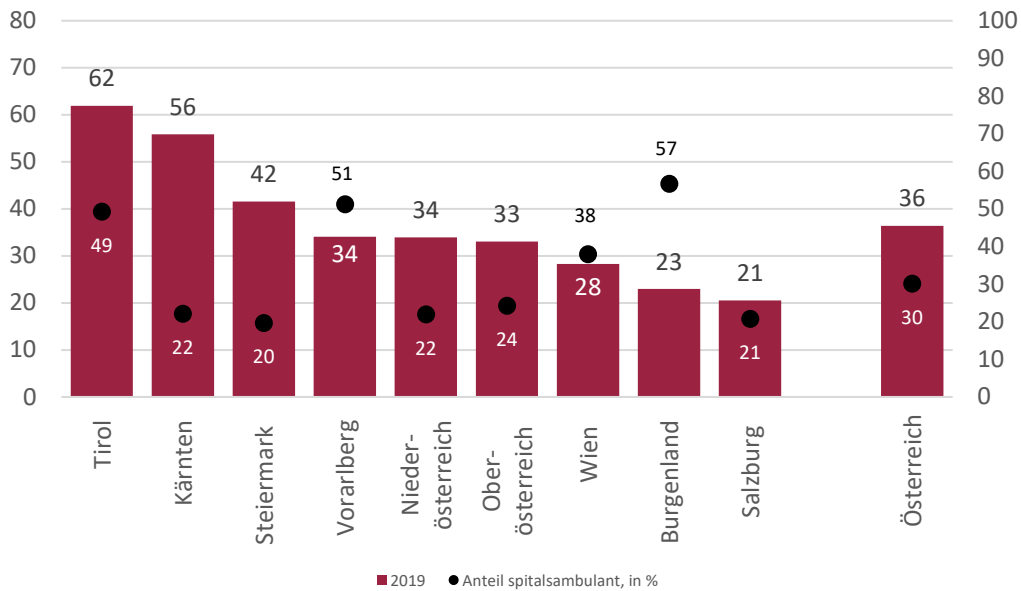
*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den abgerechneten Leistungen (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)
 Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 39: HZ520 Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie m. Polypektomie: abge. Anzahl pro 100.000 EW nach Alter und Geschlecht, 2019



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 40: HZ520 Ösophago-/Gastro-/Ösophagogastroduodenoskopie m. Polypekt.: abge. Anzahl pro 100.000 altersstand. EW*, Anteil spitalsamb. in %, 2019



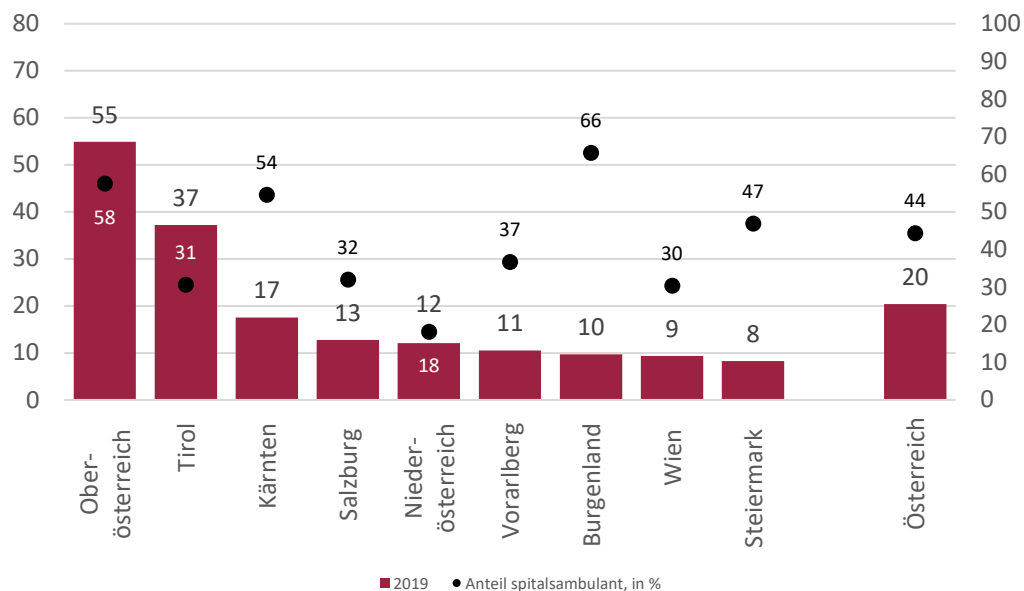
*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den abgerechneten Leistungen (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)
 Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 41: HZ551 Proktoskopie/Rektoskopie/Sigmoidoskopie mit Polypektomie: abgerechnete Anzahl pro 100.000 EinwohnerInnen nach Alter und Geschlecht, 2019



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 42: HZ551 Proktoskopie/Rektoskopie/Sigmoidoskopie m. Polypektomie: abge. Anzahl pro 100.000 altersstandard. EW*, Anteil spitalsambulant in %, 2019



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den abgerechneten Leistungen (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)

Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Tabelle 16: Schlüsselleistungen/-eingriffe im Bereich der GEH, Leistungskatalog Codierung ambulant (LK A) und stationär (LK ST)

Endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP)	HM060 Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (LK A, LK ST)
Endoskopischer Ultraschall (EUS)-Feinnadelaspiration (FNA) /Feinnadelbiopsie (FNB)	ZN010 Organbiopsie – ultraschallgezielt (LK A, LK ST) ZN595 Endosonographie (LK A, LK ST)
Polypektomie	HH020 Koloskopie mit Polypektomie (LK A, LK ST) HZ520 Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastrroduodenoskopie mit Polypektomie (LK A, LK ST) HZ551 Proktoskopie/Rektoskopie/Sigmoidoskopie mit Polypektomie (LK A, LK ST)
(Metall-)Stentimplantation Ösophagus/Magen/Duodenum/Dünndarm/Colon/Rektum	HE025 Endoskopische radiologisch kontrollierte Stentimplantation – Ösophagus (LK A, LK ST) HF025 Endoskopische radiologisch kontrollierte Stentimplantation – Magen, Duodenum (LK A, LK ST) HH025 Endoskopische radiologisch kontrollierte Stentimplantation – Kolon (LK A, LK ST) HG025 Endoskopische radiologisch kontrollierte Stentimplantation – Dünndarm (LK A, LK ST)
Divertikulotomie	HD020 Endoskopische Schwellendurchtrennung mit Laser (Endoskopisches Aufsuchen des Kilianschen Dreiecks, Schwellendurchtrennung, Divertikelentfernung – jede Methode (auch Stapler, Schere, Diathermie)) (LK A, LK ST)
Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) / endoskopisch perkutane Jejunostomie (EPJ)	HF030 Anlage oder Wechsel einer PEG-Sonde (LK A, LK ST)
Funktionsuntersuchungen Manometrie/Impedanz-pH-Metrie	HE510 Ösophagus-Manometrie (LK A) HZ530 Anorektale Manometrie (LK A)
Steinentfernung	HM070 Extraktion eines Konkrements aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP (LK A, LK ST)
(Metall-)Stentimplantation Gallenwege/Pankreas	HM040 Radiologisch geführte Stentimplantation – Gallenwege, Pankreasgang (LK ST)
Endoskopische Mukosaresektion (EMR) und die endoskopische Submukosadisektion (ESD), Endoskopische Radiofrequenzablation (RFA)	HE022 Schleimhautabtragung (submuköse Resektion, Radiofrequenzablation, PDT) am distalen Ösophagus bei höhergradiger Dysplasie (LK ST) HF022 Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) – Magen (LK ST) HH022 Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) – Kolon (LK ST)
HVPG (Hepatic Venous Pressure Gradient)	EJ010 Lebervenenkatheter und indirekte Pfortaderdruckmessung ohne Leberbiopsie (LK A, LK ST) EJ020 Lebervenenkatheter und indirekte Pfortaderdruckmessung mit Leberbiopsie (LK ST)
TIPSS (transjugulären intrahepatischen portosystemischen (Stent-)Shunt)	EJ030 Anlage eines transjugulären portosystemischen Shunts (TIPS) (LK ST)

Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

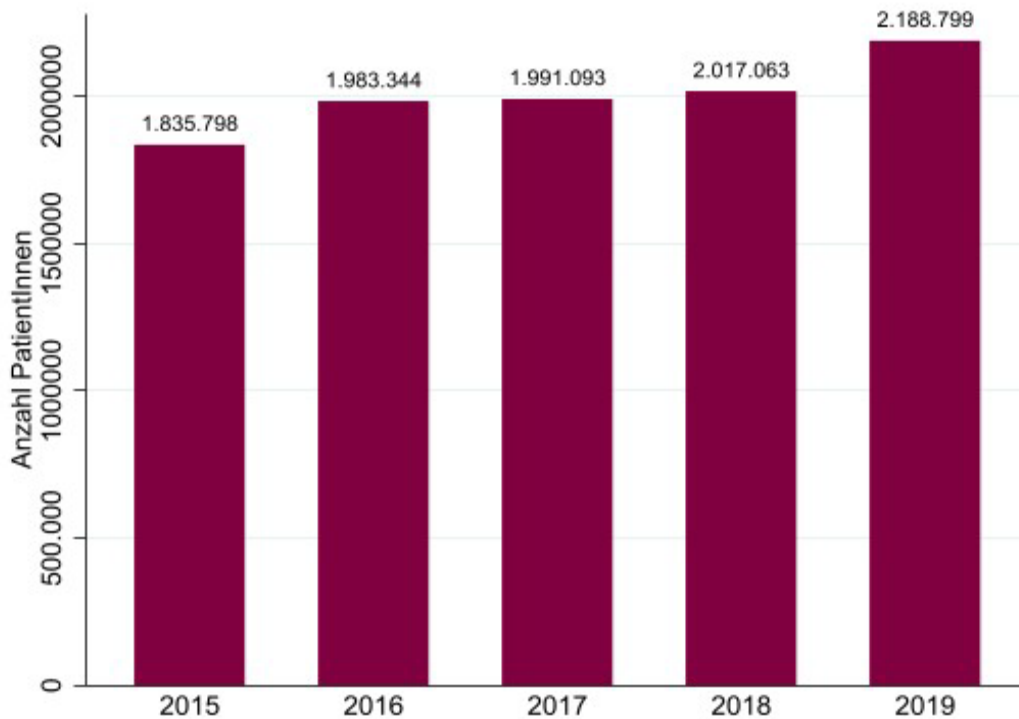
2.2.3 Extramural: Analyse auf Basis von Abrechnungsdaten der Sozialversicherung

Zur Analyse der Nachfrage im extramuralen Bereich werden Abrechnungsdaten der österreichischen Sozialversicherung, welche vom Dachverband der Sozialversicherungsträger zur Verfügung gestellt wurden, verwendet. Die Untersuchung erfolgt auf Ebene der PatientInnen und wird bundesland-, alters- und geschlechtsspezifisch durchgeführt. Die Identifizierung der PatientInnen, die gastroenterologische und hepatologische Leistungen in Anspruch genommen haben, erfolgt – wie auch schon im Bereich des Angebots der niedergelassenen kassenärztlichen Versorgung (siehe Kapitel 2.1.2) – über Markerleistungen, die der GEH zugerechnet werden können. Dazu wurde der Katalog ambulanter Leistungen (KAL) als Datenbasis herangezogen, wobei die Einzelleistungspositionen sechs Leistungsclustern (Endoskopie interventionell, Endoskopie ambulant, Funktionsdiagnostik, Hepatologie, Ernährung und Sonographie) zugeordnet wurden. Eine genaue Auflistung dieser GEH-spezifischen Leistungen und der entsprechenden Leistungscluster ist weiter oben in Tabelle 7 dargestellt. Der Untersuchungszeitraum umspannt die Jahre 2015 bis 2019, es werden PatientInnen aller Sozialversicherungsträger erfasst und es erfolgt eine Differenzierung nach dem Wohnort, dem Geschlecht (männlich, weiblich) und dem Alter (0–49 Jahre, 50–74 Jahre, 75 Jahre oder älter) der PatientInnen. Der Fokus der Analyse liegt auf der Anzahl der PatientInnen.

In die Auswertung werden alle PatientInnen einbezogen, die in dem entsprechenden Jahr zumindest eine GEH-spezifische Leistung in Anspruch genommen haben. Aufgrund von Datenschutzgründen werden jedoch nur jene PatientInnen ausgewiesen, bei denen je Kategorie (Jahr, Bundesland, Geschlecht, Alter, Leistungscluster) zehn oder mehr PatientInnen identifiziert werden konnten (k-Anonymität=10).

Abbildung 43 zeigt die Anzahl der PatientInnen, die in den Jahren 2015 bis 2019 zumindest eine GEH-Markerleistung in Anspruch genommen haben. Über den gesamten Untersuchungszeitraum ist ein zunehmender Trend in der Anzahl der PatientInnen erkennbar, sodass im Jahr 2015 insgesamt 1.835.798 PatientInnen mit einer GEH-Markerleistung identifiziert werden konnten, während es im Jahr 2019 bereits 2.188.799 PatientInnen waren. Dies entspricht einem Wachstum von 19,23 %.

Abbildung 43: Anzahl der PatientInnen, die zumindest eine GEH-Markerleistung in Anspruch genommen haben, 2015–2019



Quelle: DSVS (2022), Darstellung: IHS 2022.

In Tabelle 17 ist die Anzahl der PatientInnen, die zumindest eine GEH-Markerleistung in Anspruch genommen haben, zudem nach Jahr und Bundesland (Wohnort der PatientInnen) in sowohl absoluten Zahlen als auch pro 100.000 EinwohnerInnen dargestellt. Über den gesamten Untersuchungszeitraum gab es in Niederösterreich und Wien in absoluten Zahlen die meisten PatientInnen, am unteren Ende der Skala befinden sich das Burgenland und Vorarlberg. Anzumerken ist hierbei allerdings auch, dass aufgrund von fehlenden Dateneinträgen einige PatientInnen keinem Bundesland zugeordnet werden konnten. Betrachtet man die Anzahl der PatientInnen pro 100.000 EinwohnerInnen, so wird deutlich, dass die durchschnittliche Dichte an GEH-PatientInnen über die Jahre stetig zugenommen hat (2015: 21.273,5 PatientInnen pro 100.000 EinwohnerInnen, 2019: 24.655,2 PatientInnen pro 100.000 EinwohnerInnen). Die mit Abstand niedrigste Dichte an PatientInnen aus dem Bereich der GEH ist über alle Jahre hinweg in Tirol zu finden, während Salzburg, mit Ausnahme des Jahres 2015, die höchste Dichte aufweist.

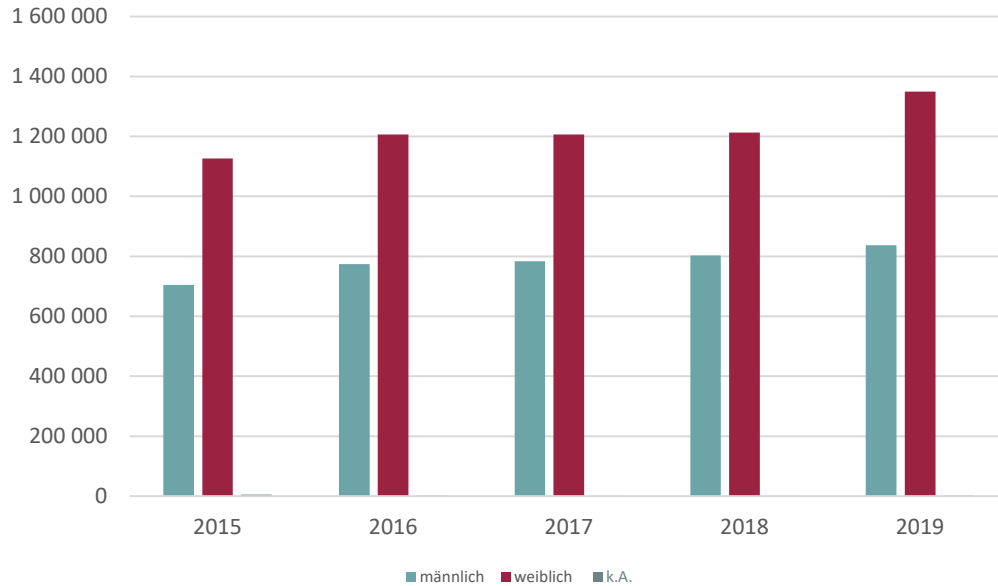
Tabelle 17: Anzahl der PatientInnen, die zumindest eine GEH-Markerleistung in Anspruch genommen haben, nach Bundesland, 2015–2019

<i>absolut</i>	2015	2016	2017	2018	2019
Burgenland	65.121	67.313	66.910	66.088	69.388
Kärnten	134.497	135.626	137.821	138.317	142.765
Niederösterreich	370.274	393.447	415.588	418.615	433.588
Oberösterreich	268.026	324.791	326.002	332.162	341.419
Salzburg	113.567	156.390	159.886	162.444	166.117
Steiermark	289.552	302.086	305.108	304.770	313.975
Tirol	110.270	113.282	115.225	119.466	149.694
Vorarlberg	97.395	99.915	101.435	101.220	109.947
Wien	328.271	345.604	356.406	367.246	453.933
Ohne Zuordnung	58.825	44.890	6.712	6.735	7.973
Gesamt	1.835.798	1.983.344	1.991.093	2.017.063	2.188.799

<i>pro 100.000 EinwohnerInnen</i>	2015	2016	2017	2018	2019
Burgenland	22.512,8	23.079,0	22.901,8	22.558,3	23.612,5
Kärnten	24.077,0	24.171,5	24.573,5	24.664,8	25.445,5
Niederösterreich	22.536,4	23.685,8	24.920,9	25.012,7	25.799,8
Oberösterreich	18.559,8	22.241,8	22.189,3	22.477,5	22.973,5
Salzburg	20.975,0	28.557,1	29.018,7	29.325,7	29.843,5
Steiermark	23.633,3	24.448,9	24.643,9	24.553,9	25.229,5
Tirol	15.050,4	15.255,0	15.400,6	15.880,9	19.808,8
Vorarlberg	25.563,0	25.837,3	25.989,3	25.754,1	27.768,0
Wien	18.094,3	18.649,6	18.980,8	19.408,9	23.850,5
Gesamt	21.273,5	22.693,2	22.638,7	22.823,4	24.655,2

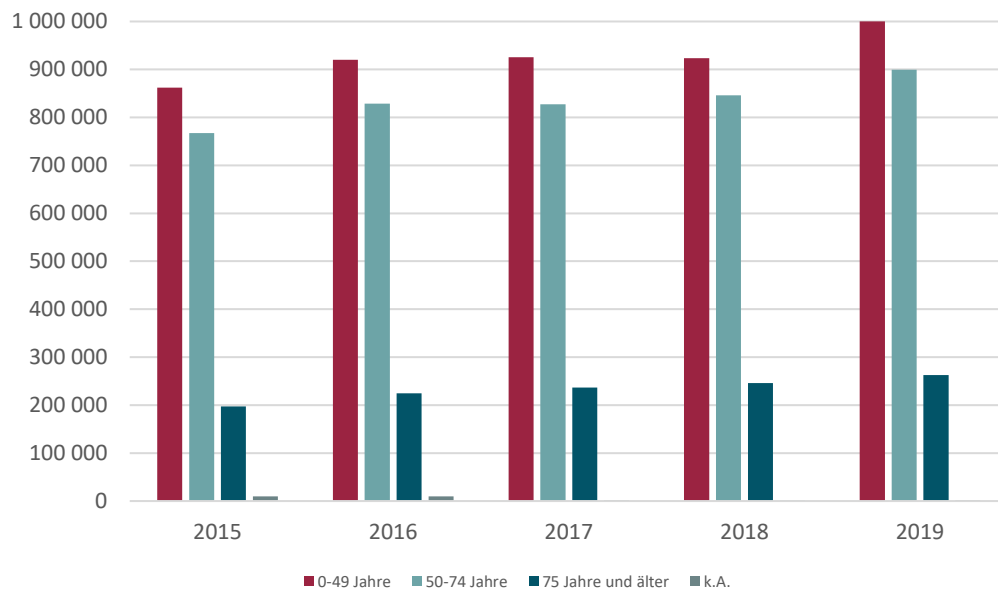
Quelle: DSVS (2022) und Statistik (Austria 2022), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 44: Anzahl der PatientInnen, die zumindest eine GEH-Markerleistung in Anspruch genommen haben, nach Geschlecht, 2015–2019



Quelle: DSVS (2022), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 45: Anzahl der PatientInnen, die zumindest eine GEH-Markerleistung in Anspruch genommen haben, nach Altersgruppen, 2015–2019

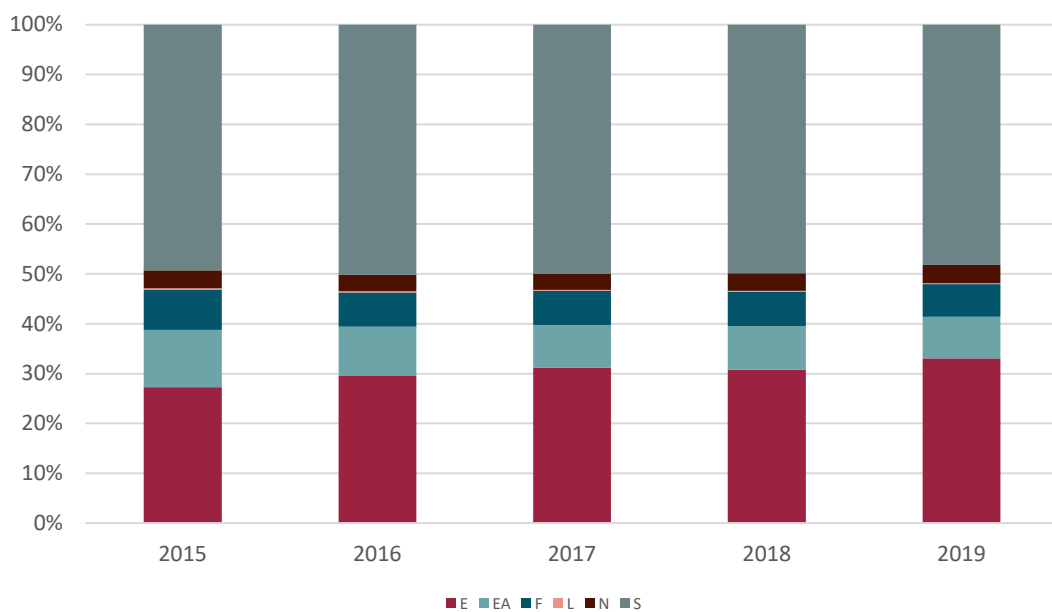


Quelle: DSVS (2022), Darstellung: IHS 2022.

Die Analyse nach Alter und Geschlecht der PatientInnen aus dem GEH-Bereich ergibt folgendes Bild: Über den gesamten Zeitraum war die Mehrheit der PatientInnen weiblich (rund 60 %) und zwischen 0 und 45 Jahre alt (rund 46 %), gefolgt von den 50- bis 74-Jährigen (rund 42 %), siehe Abbildung 44 und Abbildung 45.

In einem letzten Schritt wurde schließlich die Anzahl der PatientInnen, die GEH-Markerleistungen in Anspruch genommen haben, nach den verschiedenen Leistungsclustern untersucht. Wie aus Abbildung 46 ersichtlich, haben die meisten PatientInnen (rund 50 %) Leistungen aus dem Cluster „Sonographie“, zu dem die Sonographie der abdominalen Gefäße, die Sonographie im Bereich des Oberbauches bzw. des Retroperitoneums sowie die Sonographie im Bereich des Unterbauches bzw. des Beckens zählen, in Anspruch genommen. An zweiter Stelle folgt der Leistungscluster „Endoskopie interventionell“ mit rund 30 % der PatientInnen, während die wenigsten PatientInnen eine GEH-Markerleistung aus dem Cluster „Hepatologie“ nachgefragt haben (0,2 %).

Abbildung 46: Anzahl der PatientInnen, die eine GEH-Markerleistung in Anspruch genommen haben (in %), nach Leistungsclustern, 2015–2019



Anmerkung: E = Endoskopie interventionell, EA = Endoskopie ambulant, F = Funktionsdiagnostik, L = Hepatologie (Leber), N = Ernährung (Nutrition), S = Sonographie
 Quelle: (DVS 2022), Darstellung: IHS 2022.

2.2.4 Extramural: Analyse auf Basis von Medikamentenverordnungen

In einem weiteren Schritt wird die Nachfrage im extramuralen Bereich auch anhand von Medikamentenverordnungen analysiert. Die entsprechenden Daten wurden vom Dachverband der Sozialversicherungsträger zur Verfügung gestellt und die Untersuchung erfolgt bundesland-, geschlechts- und altersspezifisch auf Ebene der PatientInnen. Die Identifizierung der PatientInnen erfolgt auf Basis von bestimmten Medikamentengruppen, die der GEH zugerechnet werden können. Als Datenbasis gilt der Erstattungskodex der Sozialversicherung (EKO), der jene Arzneimittel auflistet, die in Österreich zugelassen sind und von der Sozialversicherung bezahlt werden. Die einzelnen Medikamente werden in vier Medikamentenclustern (Säurehemmer, Biologika, Hepatitis B, Hepatitis C) zusammengefasst. Die Auflistung dieser GEH-spezifischen Medikamente und der entsprechenden Medikamentencluster ist in Tabelle 18 dargestellt. Der Untersuchungszeitraum umspannt die Jahre 2015 bis 2019, es werden PatientInnen aller Sozialversicherungsträger erfasst und es erfolgt eine Differenzierung nach dem Wohnort, dem Geschlecht (männlich, weiblich) und dem Alter (0–49 Jahre, 50–74 Jahre, 75 Jahre oder älter) der PatientInnen. Zudem wird auch das Fachgebiet des verordnenden Arztes bzw. der verordnenden Ärztin ausgewiesen, wobei zwischen folgenden Fachgebieten unterschieden wird: Allgemeinmedizin (FG 01), Chirurgie (FG 04) und Innere Medizin (FG 07) sowie die restlichen Fachgebiete als Aggregat. Der Fokus der Analyse liegt auf der Anzahl der Verordnungen.

Tabelle 18: GEH-Medikamentencluster

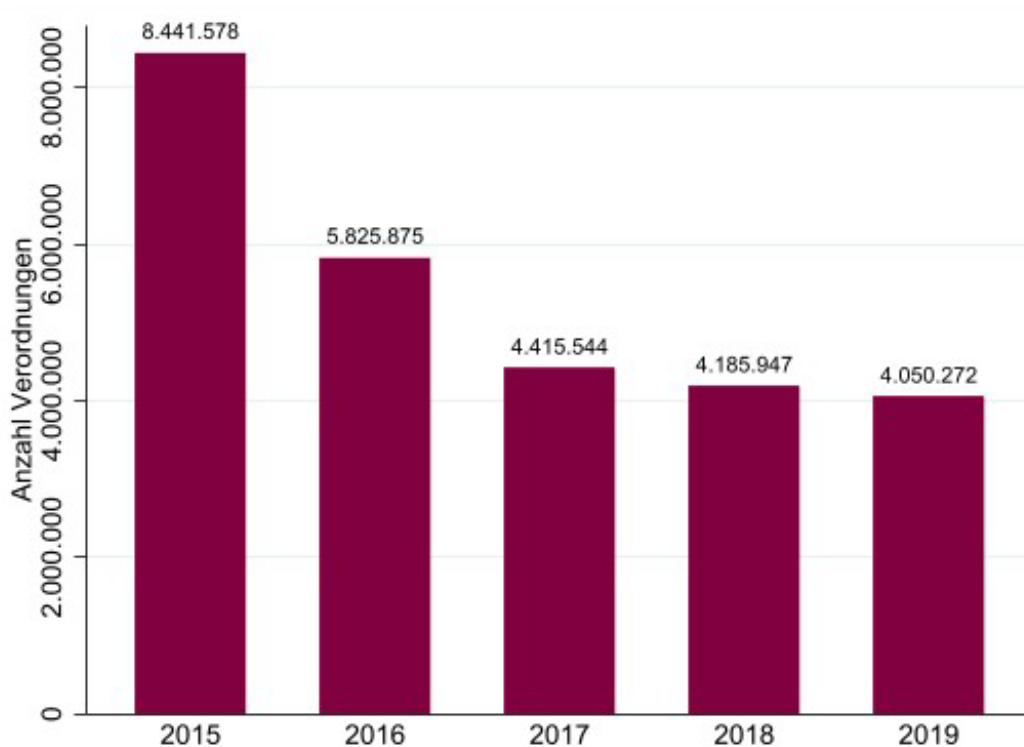
Medikamentencluster	Substanzgruppe/-name bzw. Handelsname (inkl. Code)
Säurehemmer (SH)	<ul style="list-style-type: none"> • Protonenpumpenhemmer (A02BC)
Biologika (B)	<ul style="list-style-type: none"> • Infliximab (L04AB02) • Adalimumab (L04AB04) • Golimumab (L04AB06) • Tofacitinib (L04AA29) • Vedolizumab (L04AA33) • Ustekinumab (L04AC05)
Hepatitis B (H-B)	<ul style="list-style-type: none"> • Tenofovir Disproxil (J05AF07) • Entecavir (J05AF10)
Hepatitis C (H-C)	<ul style="list-style-type: none"> • Epclusa = Sofosbuvir = Velpatasvir (J05AP55) • Maviret = Glecaprevir = Pibrentasivir (J05AP57)

Quelle: EKO (2021), Darstellung: IHS 2022.

In die Auswertung werden alle PatientInnen einbezogen, die in dem entsprechenden Jahr zumindest ein GEH-spezifisches Medikament verordnet bekommen haben. Aufgrund von Datenschutzgründen werden jedoch nur jene PatientInnen ausgewiesen, bei denen je Kategorie (Jahr, Bundesland, Geschlecht, Alter, Medikamentencluster) zehn oder mehr PatientInnen identifiziert werden konnten (k-Anonymität=10).

In Abbildung 47 ist die Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich für die Jahre 2015 bis 2019 dargestellt. Über den gesamten Untersuchungszeitraum ist ein abnehmender Trend in der Anzahl der Medikamentenverordnungen erkennbar, besonders stark ist der Rückgang zwischen den Jahren 2015 und 2016. Während im Jahr 2015 insgesamt 8.441.578 Medikamente aus dem GEH-Bereich verschrieben wurden, waren es im Jahr 2019 nunmehr 4.050.272. Über die gesamte Zeitspanne entspricht dies einem Rückgang von 52,02 %, für die Jahre 2016 bis 2019 beläuft sich dieser auf 30,48 %.

Abbildung 47: Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich, 2015–2019



Quelle: DVSV (2022), Darstellung: IHS 2022.

Tabelle 19 zeigt wiederum die Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich nach Jahr und Bundesland (Wohnort der PatientInnen) sowohl in absoluten Zahlen als auch pro 100.000 EinwohnerInnen. Über die Jahre 2015 bis 2019 wurden in Wien, Niederösterreich und Oberösterreich in absoluten Zahlen die meisten GEH-Medikamente verschrieben, am wenigsten in Vorarlberg. Betrachtet man die Anzahl der Verordnungen pro 100.000 EinwohnerInnen, so wird deutlich, dass die durchschnittliche Dichte an Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich über die Jahre stetig abgenommen und sich sogar halbiert hat (2015: 97.822,1 Verordnungen pro 100.000 EinwohnerInnen, 2019: 45.623,3 Verordnungen pro 100.000 EinwohnerInnen). Die

niedrigste Dichte an GEH-Medikamentenverordnungen ist in Salzburg und Vorarlberg zu finden, während das Burgenland mit Abstand die höchste Dichte aufweist.

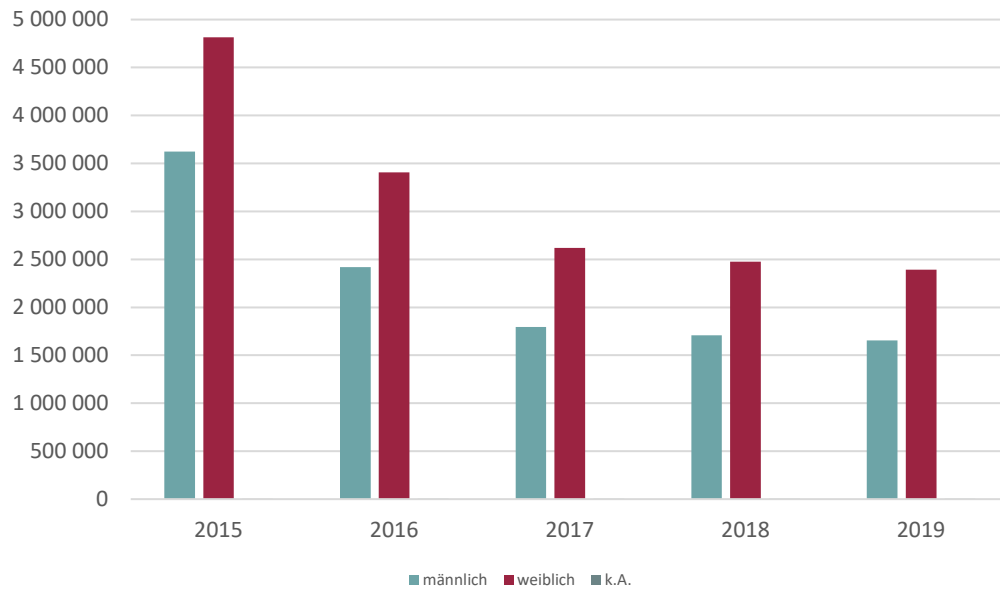
Tabelle 19: Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich, nach Bundesland, 2015–2019

<i>absolut</i>	2015	2016	2017	2018	2019
Burgenland	399.101	286.715	225.959	215.534	207.535
Kärnten	586.189	400.918	296.652	281.861	271.682
Niederösterreich	1.757.144	1.233.300	933.503	875.669	847.853
Oberösterreich	1.023.824	670.768	508.397	489.408	477.418
Salzburg	359.352	237.212	183.954	175.430	171.967
Steiermark	1.401.044	995.520	758.960	711.983	682.794
Tirol	717.934	492.983	372.814	354.069	338.454
Vorarlberg	248.457	165.798	131.938	124.865	122.998
Wien	1.740.993	1.241.126	997.236	951.582	922.847
Ohne Zuordnung	207.540	101.535	6.131	5.546	6.724
Gesamt	8.441.578	5.825.875	4.415.544	4.185.947	4.050.272

<i>pro 100.000 EinwohnerInnen</i>	2015	2016	2017	2018	2019
Burgenland	137.972,2	98.303,5	77.340,8	73.569,6	70.623,5
Kärnten	104.936,7	71.452,3	52.893,1	50.261,7	48.422,8
Niederösterreich	106.947,2	74.245,6	55.977,8	52.322,3	50.449,8
Oberösterreich	70.896,0	45.934,3	34.604,0	33.118,4	32.124,7
Salzburg	66.369,8	43.315,4	33.386,9	31.670,1	30.894,5
Steiermark	114.353,5	80.570,9	61.302,0	57.361,2	54.866,1
Tirol	97.988,6	66.387,0	49.829,1	47.067,3	44.787,1
Vorarlberg	65.211,8	42.874,2	33.804,6	31.770,2	31.064,1
Wien	95.963,5	66.974,2	53.108,9	50.291,0	48.488,2
Gesamt	97.822,1	66.659,1	50.204,7	47.364,6	45.623,3

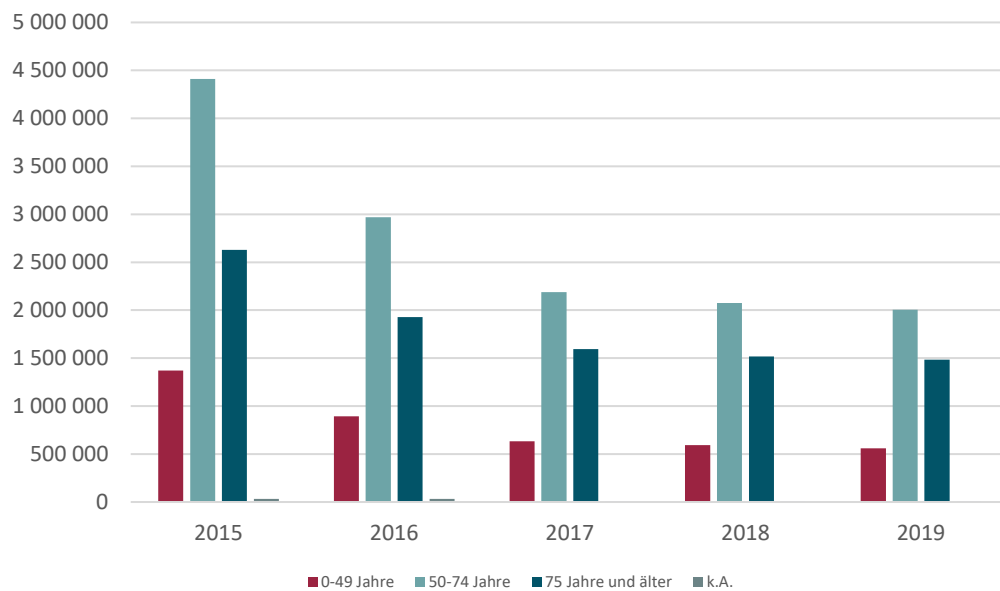
Quelle: DVSV (2022) und Statistik Austria (2022), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 48: Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich, nach Geschlecht, 2015–2016



Quelle: DSVS (2022), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 49: Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich, nach Altersgruppen, 2015–2019

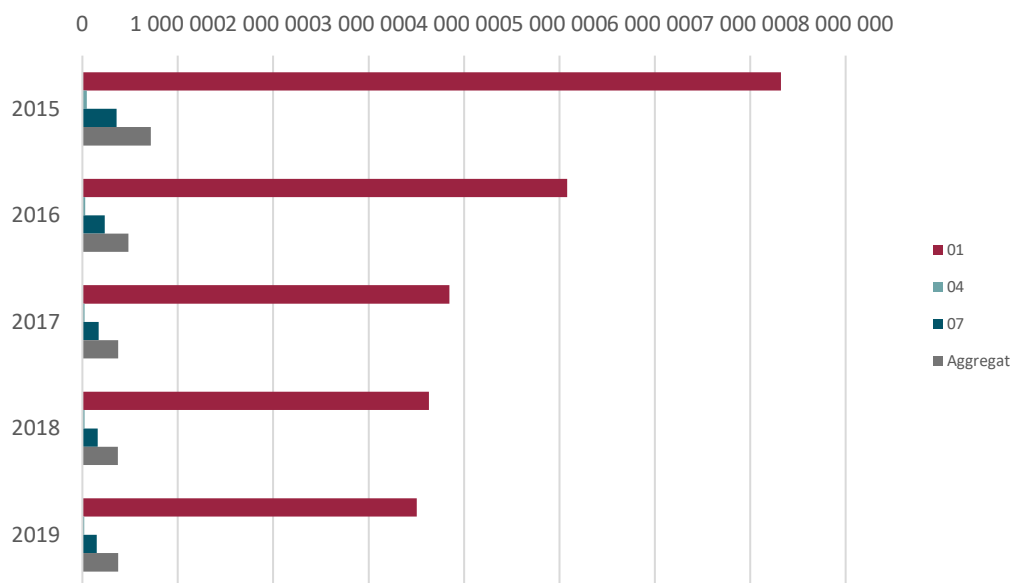


Quelle: DSVS (2022), Darstellung: IHS 2022.

Die Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich wurde darüber hinaus auch nach Alter und Geschlecht der PatientInnen ausgewertet. Wie aus obenstehender Abbildung 48 ersichtlich, war die Mehrheit der PatientInnen, die ein GEH-Medikament verordnet bekommen haben, weiblich. Der Anteil der weiblichen PatientInnen liegt über den gesamten Untersuchungszeitraum bei durchschnittlich 58,6 % und hat über die Jahre leicht zugenommen (2015: 57 %, 2019: 59,1 %). Die altersspezifische Analyse ergibt zudem, dass der Großteil der GEH-Medikamentenverordnungen mit rund 50 % auf die Altersgruppe der 50- bis 74-Jährigen zurückzuführen ist, gefolgt von den über 75-Jährigen (35 % der Verordnungen), siehe Abbildung 49.

Die Analyse nach Fachgebiet der ÄrztInnen, die GEH-Medikamente verordnet haben, ergibt folgendes Bild (siehe Abbildung 50): Die mit Abstand meisten verschreibenden ÄrztInnen können über den gesamten Zeitraum dem Fachgebiet Allgemeinmedizin (FG 01) zugeordnet werden, die wenigsten dem Fachgebiet Chirurgie (FG 04). So wurden durchschnittlich 86,9 % aller Medikamente aus dem GEH-Bereich von AllgemeinmedizinerInnen verordnet, im Jahr 2019 betrug dieser Anteil 86,5 %.

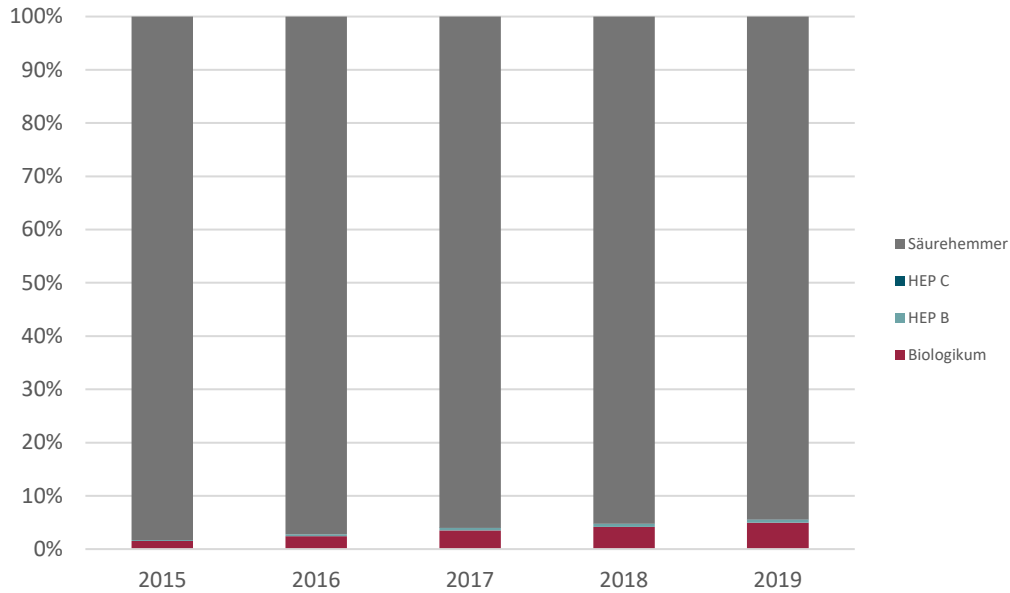
Abbildung 50: Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich, nach Fachgebiet der verschreibenden ÄrztInnen, 2015–2019



Anmerkung: 01 = Allgemeinmedizin, 04 = Chirurgie, 07 = Innere Medizin, Aggregat = andere Fachgebiete
 Quelle: DSVS (2022), Darstellung: IHS 2022.

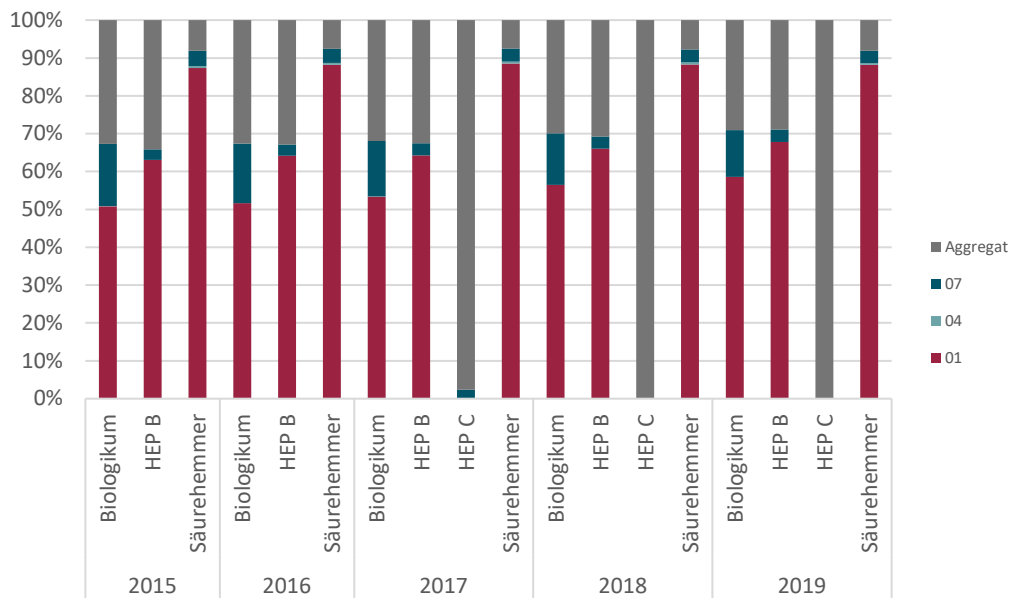
Bei der Betrachtung der einzelnen Medikamentencluster fällt auf, dass der überwiegende Anteil, durchschnittlich 96,3 %, dem Cluster „Säurehemmer“, zu dem die Protonenpumpenhemmer zählen, zugerechnet werden können. Am wenigsten wurden Medikamente aus dem Cluster „Hepatitis C“ verordnet.

Abbildung 51: Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich, nach Medikamentencluster, 2015–2019



Quelle: DSVS (2022), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 52: Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich, nach Fachgebiet der verschreibenden ÄrztInnen und Medikamentencluster, 2015–2019



Anmerkung: 01 = Allgemeinmedizin, 04 = Chirurgie, 07 = Innere Medizin, Aggregat = andere Fachgebiete

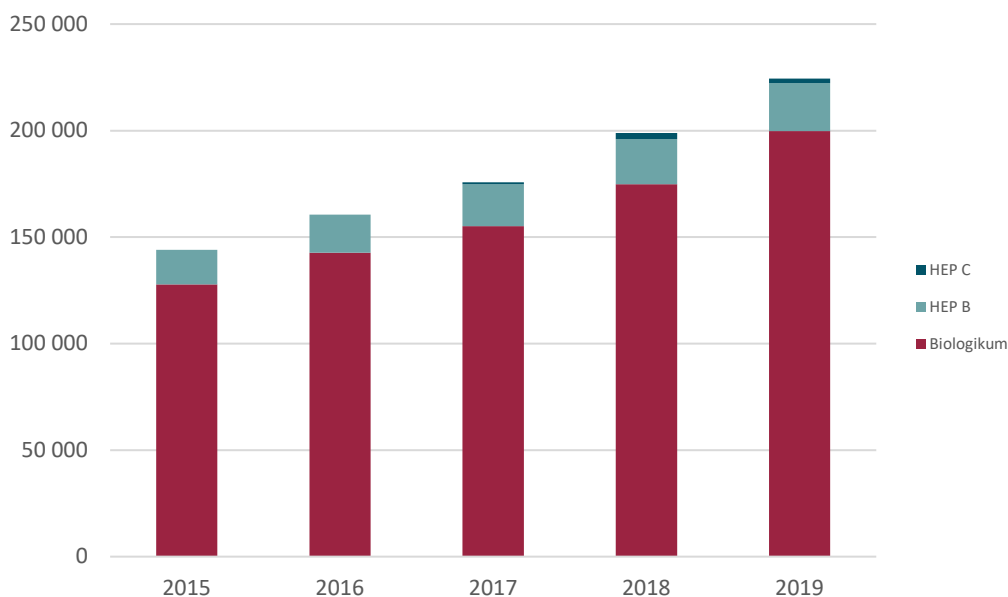
Quelle: DSVS (2022), Darstellung: IHS 2022.

Weiters wurde auch noch die Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich nach dem Fachgebiet der verschreibenden ÄrztInnen in Verbindung mit den einzelnen Medikamentenclustern analysiert. Wie man aus obenstehender

Abbildung 52 erkennen kann, unterscheidet sich das „Verschreibeverhalten“ zwischen den Fachgebieten und Medikamentenclustern recht stark: Während Hepatitis-C-Medikamente fast ausschließlich von den „anderen“ Fachgebieten (FG Aggregat) verordnet wurden, kann der überwiegende Großteil der Medikamentenverordnungen aus dem Cluster „Säurehemmer“ dem Fachgebiet Allgemeinmedizin zugeordnet werden. Zudem ist auch ersichtlich, dass die AllgemeinmedizinerInnen mehrheitlich Medikamente aus den Clustern „Biologikum“ und „Hepatitis B“ verschreiben, was sich mit den Erkenntnissen aus der Analyse in Bezug auf das Fachgebiet der verschreibenden ÄrztInnen deckt (siehe Abbildung 50).

Wie aus Abbildung 51 und Abbildung 52 ersichtlich, kann die überwiegende Mehrheit der Verordnungen dem Medikamentencluster „Säurehemmer“ zugeordnet werden, wodurch die Ergebnisse verzerrt werden können. Aus diesem Grund wurde in einem letzten Schritt eine Auswertung der Medikamentenverordnungen ohne den Cluster „Säurehemmer“ durchgeführt (siehe Abbildung 53).

Abbildung 53: Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich, nach Medikamentencluster exkl. „Säurehemmer“, 2015–2019



Quelle: DSVS (2022), Darstellung: IHS 2022.

Wie aus obenstehender Abbildung ersichtlich, hat die Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich ohne den Cluster „Säurehemmer“ über den

Untersuchungszeitraum hinweg zugenommen: Während es im Jahr 2015 noch 144.053 Verordnungen waren, wurden im Jahr 2019 bereits 244.449 Mal Medikamente aus dem GEH-Bereich verschrieben. Dies entspricht einem Wachstum von 55,81 %. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass der weiter oben beschriebene Rückgang in der Anzahl der Medikamentenverordnungen auf einen Rückgang in der Anzahl der verschriebenen Säurehemmer zurückzuführen ist. Dies kann, unter anderem, daran liegen, dass durch die Zulassung von Generika der Preis für Säurehemmer unter der Rezeptgebühr liegt, wodurch die entsprechende Verordnung nicht bei der Krankenkasse eingereicht, sondern den PatientInnen das Medikament privat verkauft wird. Auffällig bei der Betrachtung der einzelnen Medikamentencluster ist zudem, dass die meisten Verordnungen dem Cluster „Biologika“ zugeordnet werden können, die wenigsten dem Cluster „Hepatitis C“.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Nachfrage im Bereich der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung in den letzten Jahren, gemessen an der Inanspruchnahme im stationären sowie im niedergelassenen Bereich, tendenziell zugenommen hat. Da diese Erkenntnis jedoch in leichtem Widerspruch zu dem sich reduzierenden Angebot, vor allem im Bereich der niedergelassenen kassenärztlichen Versorgung – bei dem jedoch die Gruppenpraxisbildung zu berücksichtigen ist –, steht, wird in Kapitel 5 aufbauend auf den Ergebnissen der Status-quo-Erhebung eine Gap-Analyse durchgeführt, um den zukünftigen Bedarf an GastroenterologInnen und HepatologInnen besser quantifizieren zu können.

3 Literaturüberblick: Ausgewählte österreichische Regelungen im internationalen Vergleich

Normative Vorgaben im Bereich der gastroenterologischen Versorgung spiegeln den versorgungsrelevanten Bedarf wider, d. h. wie die Versorgung idealerweise gestaltet sein sollte. Dies bezieht sich beispielsweise auf die Anzahl an GastroenterologInnen oder Endoskopieeinheiten pro 1.000 EinwohnerInnen. In der österreichischen Gesundheitsversorgung übernimmt die Aufgabe der Bedarfsplanung prinzipiell der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG). Da sich darin im Bereich der Gastroenterologie jedoch kaum Vorgaben finden, erfolgt in der Praxis eine Orientierung an Faustregeln, eine detaillierte Bedarfsplanung gibt es jedoch nicht.

Im Rahmen des Literaturüberblicks soll daher aufgearbeitet werden, welche Vorgaben und Anforderungen im Sinne einer Bedarfsplanung für eine gute gastroenterologische Versorgung derzeit in Österreich bestehen bzw. in naher Zukunft existieren werden. Zusätzlich wird auch der DACH-Raum näher betrachtet, um sich an Best-Practice-Modellen zu orientieren.

Häufig wird der österreichischen Versorgungslandschaft kein gutes Zeugnis bezüglich Präventionsstrategien ausgestellt. Im Bereich der Gastroenterologie und Hepatologie ist ein wesentlicher Präventionsbereich das Darmkrebscreening. Dieses Kapitel stellt daher auch das österreichische Programm für Darmkrebscreening einem internationalen Vergleich, der sich ebenso auf den DACH-Raum konzentriert. Der Abschnitt wird durch eine Darstellung des bereits länger bestehenden niederländischen Programms sowie durch einen internationalen Blick auf Leitlinien für Screeningprogramme ergänzt.

3.1 Darmkrebscreening

Darmkrebs entsteht durch das Vermehren von Zellen in der Darmschleimhaut, welches über das normale Maß hinausgeht. Die konkreten Ursachen dafür sind bisher noch nicht vollständig bekannt, jedoch sind prinzipiell mehrere Faktoren verantwortlich. Daher werden als Prävention regelmäßige körperliche Aktivität, Vermeidung oder Reduktion von Übergewicht, der Verzicht auf beziehungsweise die Verminderung von Alkohol- und Tabakkonsum sowie eine gesunde und ausgewogene Ernährung empfohlen. Gerät das Wachstum der Zellen außer Kontrolle, entsteht Darmkrebs, wobei die Umwandlung von gesunden zu Krebszellen über gutartige Darmpolypen (Adenome, Polypen) entsteht. Da das Wachstum von Adenomen und Polypen mit etwa einem Millimeter pro Jahr vergleichsweise langsam verläuft, dauert es in der Regel mehrere Jahre, bis sich ein Adenom

zu einem Karzinom (Darmkrebs) entwickelt. In etwa 90–95 % der Fälle entsteht Darmkrebs durch entartete Polypen. In Österreich ist Darmkrebs sowohl bei Männern als auch bei Frauen die dritthäufigste Darmerkrankung. Aufgrund der Häufigkeit von Darmkrebs und der langsamen und feststellbaren Entstehung, wird Darmkrebscreening in fast allen europäischen Ländern und darüber hinaus durchgeführt. Unterschieden wird in opportunistische und organisierte Screeningprogramme, sowie in der Durchführung nach Blutstuhltest und Koloskopie. Insbesondere letztere wird von GastroenterologInnen oder ChirurgInnen durchgeführt, weswegen eine Änderung des Screenings sich auch auf den Bedarf an GastroenterologInnen auswirkt (Bundesanstalt Statistik Österreich 2020; Darm Zentrum Bern 2022; Office des Leitlinienprogrammes Onkologie und Deutsche Krebsgesellschaft 2019).

Unterschied opportunistisches und organisiertes Screening

Organisierte Screeningprogramme sind im Gegensatz zu opportunistischen Programmen durch ein Einladungssystem, Qualitätssicherung durch das Programm selbst und eine Prozess- und Ergebnisevaluation gekennzeichnet (BMG 2021; Haug und Pigeot 2018).

In den nachfolgenden Abschnitten wird der Status quo des österreichischen Screeningprogramms sowie der bundesländerspezifischen Ausgestaltungen beschrieben. Weiters werden die Empfehlungen österreichischer Einrichtungen bezüglich der Organisation des Screenings zusammengefasst. Darauf folgt ein internationaler Vergleich, in welchem das „Best-practice“-Land Niederlande sowie die Österreich im Gesundheitssystem ähnlichen Länder Deutschland und Schweiz beschrieben und mit Österreich verglichen werden. Da in jedem der Länder ergänzend zu den Programmen Leitlinien und Empfehlungen zur Qualitätssicherung herausgegeben werden, ist eine Auswahl dieser für Österreich, Deutschland und die Schweiz zusammengefasst und wird durch jene mehrerer EU-Organisationen ergänzt.

3.1.1 Status quo Österreich

In der Mehrheit der österreichischen Bundesländer gibt es seit 2005 ein einheitliches, opportunistisches Darmkrebscreeningprogramm, im Zuge dessen anspruchsberechtigte Personen an einer Vorsorgeuntersuchung teilnehmen können. Die Darmkrebsvorsorge wird im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen der Sozialversicherung durchgeführt und dementsprechend finanziell von den Sozialversicherungsträgern übernommen. Anspruchsberechtigt sind in Österreich versicherte Personen ab einem Alter von 50 Jahren. Diese dürfen zwischen einem jährlichen Hämokkult-Test, auch Gujak-Test

(gFOBT) genannt, oder einer Vorsorgekoloskopie alle zehn Jahre wählen. Obwohl es, wie bei einem opportunistischen Screeningprogramm üblich, kein Einladungssystem gibt, kann man sich über die Krebshilfe für regelmäßige Erinnerungs-SMS oder E-Mails registrieren (GÖG 2021; Österreichische Krebshilfe 2020, 2021). Da es in einer opportunistischen Vorsorgeuntersuchung keine durch das Programm vorgegebene Qualitätssicherung gibt, wurde zusätzlich das Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge von der ÖGGH in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband und der Österreichischen Krebshilfe ins Leben gerufen. Dieses wird genauer in dem Kapitel „Leitlinien und Qualitätssicherung Österreich“ erläutert.

Das Burgenland und Vorarlberg bilden in Österreich die Ausnahme, da es die einzigen Bundesländer sind, welche ein organisiertes Programm anbieten. Das Programm des Burgenlandes unterscheidet sich nicht nur von dem landesweiten opportunistischen Screening durch die typischen Merkmale – Einladungssystem, Qualitätssicherung sowie Prozess- und Ergebnisevaluation – sondern auch anhand der anspruchsberechtigten Altersgruppe. Im Burgenland werden alle Personen im Alter von 40 bis 80 Jahren eingeladen, einmal pro Jahr an einem Screening mittels eines Tests auf okkultes Blut im Stuhl teilzunehmen. Die Stuhlproben können zuhause von den TeilnehmerInnen selbst entnommen werden und können danach in ein zentrales Labor zur Auswertung gesendet werden (Österreichische Krebshilfe 2009). Das Screeningprogramm Vorarlbergs wurde nach dem Vorbild Deutschlands mit internationalen Qualitätsstandards gestaltet: Die Ärztekammer Vorarlberg, die Vorarlberger Gebietskrankenkasse und das Land Vorarlberg schlossen im Jahr 2007 einen Vertrag mit dem niedergelassenen Bereich, in welchem die Finanzierung der Vorsorgekoloskopie und -polypektomie und die Qualitätssicherung geregelt sind. Zu den Qualitätsstandards gehören laufende Routine-nachweise der koloskopierenden ÄrztInnen, Qualifikationen des ärztlichen Hilfspersonals, regelmäßige Videoendoskopieeinheiten, verpflichtende maschinelle chemothermische Desinfektion der Endoskope und des Zubehörs, regelmäßige hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Endoskopieaufbereitungen und eine einheitliche Dokumentation sowie gemeinsame Evaluierung der Untersuchungsergebnisse. Anspruchsberechtigt sind VorarlbergerInnen über 50 Jahren, welche über lokale Medien über das Programm informiert werden, da es bisher kein Einladungssystem gibt. Die Datenauswertung, welche Daten von 2007 bis 2021 beinhaltet, zeigt, dass insgesamt 52.279 Vorsorgekoloskopien durchgeführt wurden, was 42,8 % der versicherten Zielbevölkerung entspricht. Von diesen 52.279 TeilnehmerInnen an einer Vorsorgekoloskopie waren 54,5 % weiblich und 45,5 % männlich. Die Altersverteilung zeigt, dass mit zunehmendem Alter die Teilnahme sowohl in relativen Zahlen (gemessen an der gesamten TeilnehmerInnenanzahl) als auch in absoluten Zahlen abnimmt. Von besonderem Interesse für die potenzielle Umsetzung auf nationaler Ebene sind vor allem die Befunde und die Kostenreduktion. Die Mehrheit der Vorsorgekoloskopien ergab einen Normalbefund

(54,8 %), bei weiteren 43,4 % wurden benigne (gutartige) Polypen entdeckt. Bei 966 TeilnehmerInnen wurden maligne (bösartige) Polypen diagnostiziert, von welchen 72,4 % Darmkrebs im Frühstadium ergaben. 267 der 966 Personen mit malignen Polypen hatten Darmkrebs. Das Programm wurde bisher aufgrund seiner – im österreichweiten Vergleich – hohen TeilnehmerInnenrate (42,8 % in 15 Jahren) und seiner Kostenersparnis (5,71 Mio. € pro Jahr im Vollausbau) als erfolgreich wahrgenommen (Jonas und Brunner 2022).

Tabelle 20: Evaluierung Vorsorgekoloskopieprogramm 2007–2021

Anzahl der Anspruchsberechtigten	Davon: TeilnehmerInnen Koloskopie	Davon: Maligne Polypen	Davon: Diagnose	Davon: Stadium		
122.184	Absolut: 52.279	966	Darmkrebs im Frühstadium: 699	-		
				Stadium 1: 122		
				Stadium 2: 68		
			Darmkrebs: 267	Stadium 3: 58		
				Stadium 4: 19		
			Darmkrebs im Frühstadium: 72,4 %	-		
				Stadium 1: 45,9 %		
			Relativ: 42,8 %	1,8 %	Darmkrebs: 27,6 %	Stadium 2: 25,6 %
						Stadium 3: 21,3 %
						Stadium 4: 7,2 %

Quelle: Jonas und Brunner (2022).

Empfehlungen in Österreich

Organisationen wie die ÖGGH und die Krebshilfe Wien sprechen Empfehlungen zum Darmkrebscreening aus, welche sich teilweise unterscheiden und von dem opportunistischen Programm abweichen.

Die Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH) empfiehlt das erste Vorsorgegespräch mit dem/der HausärztIn ab dem vierzigsten Lebensjahr und Vorsorgekoloskopien ab dem Alter von 50 Jahren, im Abstand von sieben bis zehn Jahren. Diese Empfehlungen gelten nur für Personen ohne direkte Angehörige, die bereits an Darmkrebs erkrankt waren oder sind. Für Personen, in deren Familien es Vorerkrankungen gibt, wird die Vorsorgekoloskopie ab 40 Jahren oder 10 Jahre vor Erkrankungsalter des Familienmitglieds empfohlen. Sowohl die ÖGGH als auch die Österreichische Krebshilfe empfehlen die sanfte Koloskopie, welche auch von zertifizierten ÄrztInnen durchgeführt wird. Die Zertifizierung und Qualitätssicherung wird ausführlicher in dem Kapitel „Leitlinien und Qualitätssicherung“ beschrieben (ÖGGH 2021).

Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) sowie die Website der Sozialversicherung (SV) empfehlen alle Screeningmaßnahmen, sowohl die jährlichen Okkulttests als auch die Koloskopien, ab dem 50. Lebensjahr. Ab diesem Alter werden die oben genannten Vorsorgeuntersuchungen von der Krankenversicherung übernommen, wie im Status quo beschrieben (SV 2021).

Die Österreichische Krebshilfe schließt sich in einer Infobroschüre zur Darmkrebsvorsorge den Empfehlungen der ÖGGH an und rät, das erste ärztliche Vorsorgegespräch im Alter von 40 Jahren zu führen. In diesem soll eine eventuell vorhandene Risikosituation abgeklärt werden. Dazu gehören eigene Vorerkrankungen sowie ein erhöhtes Risiko durch vorbelastete Verwandte. Ebenfalls ab dem 40. Lebensjahr wird die regelmäßige Untersuchung durch einen Okkulttest empfohlen. Bei diesem kann die Stuhlprobe von der Person selbst zuhause entnommen werden, und wird von einem/einer ÄrztIn oder in einem Labor ausgewertet. Ab dem 50. Lebensjahr rät die Österreichische Krebshilfe zu Vorsorgekoloskopien im Abstand von 10 Jahren, sollten vorangehende Untersuchungen unauffällig sein und kein erhöhtes Risiko vorliegen. Neben der Koloskopie werden weitere Screeningmethoden vorgestellt, wie die sanfte Koloskopie, die CT-Koloskopie (virtuelle Koloskopie), die Laboruntersuchung und die Ultraschalluntersuchung. Bei der sanften Koloskopie handelt es sich um eine, durch Prämedikation, schmerzfreie Koloskopie, wobei die Prämedikation nicht von allen Kassen übernommen wird. Die Laboruntersuchung wird nicht als Diagnose der Krankheit, sondern nur als Verlaufskontrolle empfohlen, da dabei Tumormarker bestimmt werden, die nicht bei allen Darmkrebserkrankungen vorhanden sind. Die Ultraschalluntersuchung sollte ebenfalls nicht als Diagnosemethode genutzt werden, sondern nur bei Entdeckung eines Karzinoms eingesetzt werden, um Metastasen in der Leber auszuschließen. Zuletzt wird auch die CT-Kolonographie aufgrund der auftretenden Strahlenbelastung und der Problematik, dass Polypen weniger gut entdeckt und nicht während des Eingriffs entfernt werden können, nicht als Vorsorgeuntersuchung empfohlen (Österreichische Krebshilfe 2020).

3.1.2 Internationale Beispiele

In diesem Abschnitt werden die Screeningprogramme dreier europäischer Länder – Deutschland, Schweiz, Niederlande – erläutert und mit Österreich verglichen, um die Unterschiede zwischen den Ländern sowie Stärken der jeweiligen Programme hervorzuheben. Diese drei Länder wurden aufgrund der Ähnlichkeit des Gesundheitssystems sowie der kulturellen Ähnlichkeiten zu Österreich gewählt. Zudem gelten die Niederlande in der Darmkrebsvorsorge in der Europäischen Union als „Best-practice“-Land, da sie seit 2011 ein erfolgreiches organisiertes Screeningprogramm eingeführt haben. Deutschland hat ebenfalls seit 2018 ein landesweit organisiertes Screeningprogramm, wohingegen in der Schweiz die einzelnen Kantone für die Einführung von organisierten Programmen verantwortlich sind. Tabelle 21 bietet eine Übersicht der Vorsorgeprogramme der drei Länder, welche nachfolgend genauer beschrieben werden.

Tabelle 21: Darmkrebs-Screeningprogramm Ländervergleich

Einordnung	Deutschland	Schweiz	Niederlande
Art des Programms	Nationales, organisiertes Screening	Regionsspezifisches, organisiertes Screening und nationales, opportunistisches Screening	Nationales, organisiertes Screening
Anspruchsberechtigte Personen	Versicherte zwischen 50 und 65	Versicherte zwischen 50 und 69	Versicherte zwischen 50 und 75 (Ausnahmen)
Art der Untersuchung	Wahl zwischen Stuhlblutuntersuchung (iFOBT) und Koloskopie	Wahl zwischen Stuhlblutuntersuchung (iFOBT) und Koloskopie	Stuhlblutuntersuchung (iFOBT); bei positivem Ergebnis Koloskopie
Untersuchungsintervall	Je nach Alter und Art der Untersuchung	iFOBT: alle zwei Jahre Koloskopie: alle zehn Jahre	Alle zwei Jahre
Einladungssystem	ja	In ausgewählten Kantonen	ja
Qualitätsanforderungen	ja	In ausgewählten Kantonen	ja
Möglichkeit der Evaluation	ja	In ausgewählten Kantonen in Arbeit	ja

Quelle: IHS-Zusammenstellung, siehe Text.

3.1.3 Status quo Deutschland

Aufbau des Screeningprogramms

Deutschland hat seit dem Jahr 2018 das organisierte Krebsfrüherkennungsprogramm Darmkrebs, abgekürzt oKFE Darmkrebs, welches die regelmäßige Untersuchung auf Darmkrebs vorsieht. Teilnehmen können in Deutschland versicherte Personen ab einem Alter von 50 Jahren auf freiwilliger Basis. Die anspruchsberechtigten Personen erhalten regelmäßig Einladungen, welche bei Erreichen eines Alters von 50, 55, 60 oder 65 Jahren an die entsprechende Person gesendet werden. Im Alter von 50 Jahren findet eine einmalige Beratung statt, bei welcher Informationen über Ablauf und Möglichkeiten innerhalb des Gesamtprogramms mitgeteilt werden. Von diesem Zeitpunkt an können sich die Anspruchsberechtigten mittels Stuhlblutuntersuchung oder einer Koloskopie regelmäßig auf Darmkrebs Symptome (Blut im Stuhl oder Polypen) untersuchen lassen, wobei die Untersuchungsintervalle je nach Alter, Geschlecht und Art der Untersuchung variieren: Männer zwischen 50 und 54 Jahren können zwischen einer jährlichen Stuhlblutuntersuchung mittels iFOB-Test auf okkultes Blut oder einer einmaligen Koloskopie wählen. Frauen in demselben Alter haben keine Wahlmöglichkeit, sondern können die jährliche Stuhlblutuntersuchung in Anspruch nehmen. Ab einem Alter von 55 Jahren sind die Auswahlmöglichkeiten für Frauen und Männer gleich; anspruchsberechtigte Personen beider Geschlechter können zwischen einer Stuhlblutuntersuchung alle zwei Jahre oder einer Koloskopie im 10-Jahres-Intervall wählen. Das Programm legt fest, dass maximal zwei Koloskopien im Rahmen der Vorsorge durchgeführt werden dürfen, wodurch die letzte Koloskopie spätestens im Alter von 65 durchgeführt wird (BMG 2019; GBA 2020a).

Durchführung der Maßnahmen

Bei dem Test auf okkultes Blut im Stuhl, auch Stuhlbluttest genannt, gibt es zwei verschiedene Arten: gFOBT und iFOBT. Bei dem iFOBT wird eine Stuhlprobe entnommen und mit dem namensgebenden quantitativen immunologischen Test, welcher auch fäkaler immunchemischer Test (FIT) oder immunologischer fäkaler Okkultbluttest (iFOBT) genannt wird, auf nicht-sichtbares Blut getestet. Dieser Test wird von VertragsärztInnen erklärt und ausgegeben. Das Entnehmen der Probe kann von den PatientInnen selbst zuhause durchgeführt werden. Diese müssen von den VertragsärztInnen darauf hingewiesen werden, die Stuhlprobe noch möglichst am selben Tag in die Ordination zurückzubringen. Bei der Rückgabe liegt es in der Verantwortung der ÄrztInnen, die Probe unmittelbar – spätestens aber am nächsten Werktag – für die Untersuchung an ein Labor weiterzuleiten. Dort wird die Stuhlblutprobe standardisiert untersucht und das Ergebnis muss ebenfalls umgehend an den/die ÄrztIn weitergeleitet werden. Ist das Ergebnis positiv, muss dies der betreffenden Person sofort mitgeteilt werden. Dabei wird empfohlen, das Ergebnis durch eine Koloskopie abklären zu lassen (GBA 2020a).

Bei der Koloskopie muss der/die PatientIn mindestens 24 Stunden vorher über Prämedikation, den Eingriff selbst und die eventuelle, ambulante Polypektomie – welche falls notwendig noch während der Koloskopie selbst durchgeführt wird – aufgeklärt werden. Es ist erforderlich, dass die betreffende Person über die eigene Mitwirkung in Form einer Darmreinigung informiert wird und dass die jeweiligen koloskopierenden ÄrztInnen über die Möglichkeiten und Kenntnisse verfügen, eine Polypektomie noch während des Eingriffs durchzuführen. Vor Beginn des Eingriffs müssen ein aktueller Gerinnungswert und ein kleines Blutbild vorliegen. Nach dem Eingriff muss der/die PatientIn ärztlich nachbetreut werden und bei der Diagnose einer Darmkrebserkrankung in die Therapie übergeleitet werden (GBA 2020a).

Qualitätsanforderungen und Programmevaluierung

Wie bei organisierten Screeningprogrammen üblich, gibt es auch in Deutschland Qualitätsanforderungen und -kontrollen. So dürfen nur ausgewählte ÄrztInnen die jeweilige Untersuchung durchführen: Die Ausgabe und Nachbesprechung der Stuhlbluttests darf nur von FachärztInnen für Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Urologie getätigt werden. Eine Koloskopie darf nur von dafür ausgebildeten FachärztInnen durchgeführt werden, welche die Mindestanzahl an Darmspiegelungen nachweisen können. Üblicherweise sind das Magen-Darm-SpezialistInnen, also FachärztInnen der Inneren Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie (GBA 2020a).

Für die zukünftige Evaluierung des Screeningprogramms wurden die oben beschriebenen Qualitätsanforderungen sowie Richtlinien zur Programmbeurteilung festgelegt. Die entsprechenden Daten sind ebenfalls vorhanden, sodass in Zukunft die Qualität des Darmkrebs-Früherkennungsprogramms festgestellt werden kann. Dabei sind generell die Teilnahmeraten, das Auftreten von Intervallkarzinomen, der Anteil falsch-positiver Diagnosen und die Sterblichkeit an der betreffenden Krebserkrankung – Darmkrebs – von Interesse. Spezifisch wird bei der Beurteilung des oKFE Darmkrebs die Akzeptanz des Programms, die Ergebnisse des Screenings, das Auftreten von Intervallkarzinomen, die Sicherstellung der Programmqualität, die Inzidenz und Mortalität sowie der Schaden gemessen, wobei bei jedem der genannten Punkte mehrere Fragestellungen bearbeitet und ausgewertet werden (GBA 2020a).

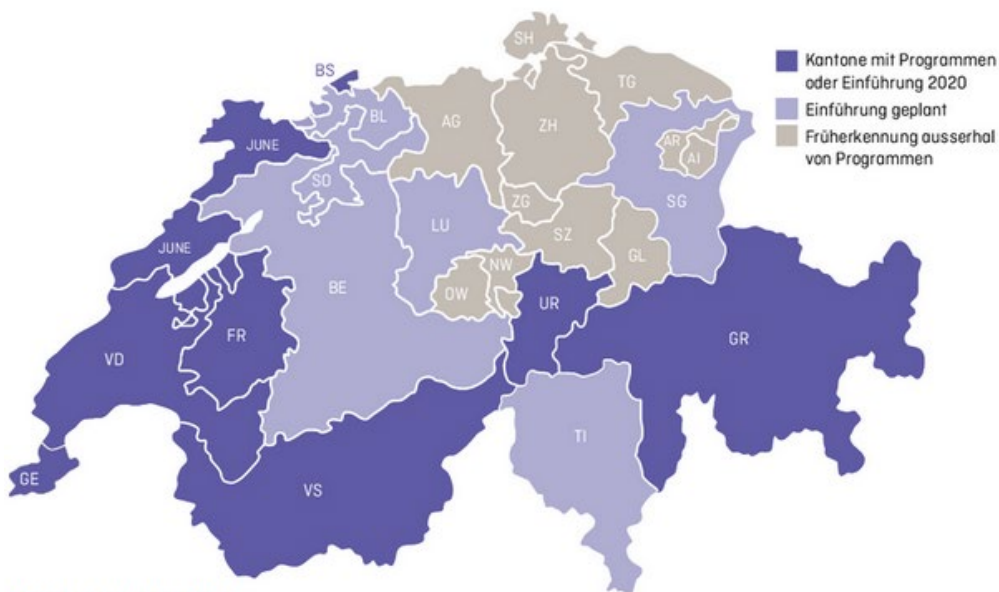
3.1.4 Status quo Schweiz

Aufbau des Screeningprogramms

In der Schweiz ist das Screening auf regionaler Ebene organisiert, das heißt es liegt in der Verantwortung der Kantone, ein organisiertes Screeningprogramm einzuführen und umzusetzen. Kantone, in welchen es noch kein organisiertes Vorsorgeprogramm gibt, werden aufgefordert, eines einzuführen. Bisher gibt es in Basel-Stadt, Freiburg, Jura und

Neuchâtel (gem.: JUNE), Genève, Uri, Vaud, Wallis und Graubünden ein Früherkennungsprogramm (in Abbildung 54 in dunkel-violett eingefärbt), weitere Kantone arbeiten an der Einführung. In jenen Kantonen, in welchen eine Einführung geplant ist (eingefärbt in hell-violett) und in welchen es weder ein organisiertes Screening gibt noch eines geplant ist (eingefärbt in grau), wird der Zugang zu Vorsorgeuntersuchungen von einem nationalen, opportunistischen Programm gesichert (NSK 2021). Zusätzlich können neben den kantonalen Programmen auch weitere öffentliche oder private Initiativen entstehen (NSK 2020).

Abbildung 54: Angebote der Darmkrebs-Früherkennung in der Schweiz



Stand September 2020

Quelle: NSK (2021).

„Alle in der Schweiz wohnhaften Personen ab 50 Jahren sollen niederschweligen Zugang zur qualitätsgesicherten Darmkrebsfrüherkennung haben. Dies geschieht vorzugsweise im Rahmen von organisierten Programmen. Wo dies nicht möglich ist, sollen Angebote bestehen, welche minimale, auf nationaler Ebene vereinbarte Qualitätsstandards einhalten“ (NSK 2021).

Es gibt daher ein nationales, opportunistisches Darmkrebsvorsorgeprogramm, welches für alle Personen gedacht ist, die nicht von einem organisierten kantonalen Programm abgedeckt sind. Die folgenden Absätze beschreiben ausschließlich dieses nationale, opportunistische Programm. Beispielhaft für die organisierten Screeningprogramme, wird das Programm des Kantons Graubünden in dem ebenso betitelten Unterkapitel beschrieben (Haldemann 2014; NSK 2021).

Das nationale opportunistische Screeningprogramm ist für Personen ab 50 Jahren vorgesehen. Die Kosten werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

bei Personen zwischen 50 und 69 Jahren übernommen, die keine Vorsorge durch ein organisiertes Screeningprogramm erhalten und über die OKP versichert sind. Diese Personen dürfen zwischen einem immunologischen fäkalen Stuhlbluttest (iFOBT) im Intervall von zwei Jahren oder einer Koloskopie im Abstand von zehn Jahren wählen. Bei der Stuhlblutuntersuchung konnte bis vor kurzem zwischen einem guajakbasierten Stuhlbluttest (gFOBT) und einem immunologischen fäkalen Okkultbluttest (iFOBT) gewählt werden (Haldemann 2014; NSK 2021). Da gFOB-Tests vorhandenes Blut im Stuhl mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit anzeigen und störungsanfälliger sind als iFOB-Tests, können gFOBT im Rahmen des landesweiten, opportunistischen Programms nicht mehr in Anspruch genommen werden (Swiss Cancer Screening 2021a).

Durchführung der Maßnahmen

Wie bei opportunistischen Programmen üblich, werden die anspruchsberechtigten Personen nicht per Programm eingeladen oder gezielt über die Teilnahme aufgeklärt. Die Anspruchsberechtigten können sich unter anderem auf der Website der Nationalen Strategie gegen Krebs und bei Swiss Cancer Screening sowie in diversen Broschüren über die Teilnahme und den Ablauf eigenständig informieren. Entscheiden sich die TeilnehmerInnen für den iFOBT, können sie sich entweder bei Apotheken oder in Hausarztpraxen registrieren lassen. Das in den Apotheken und Hausarztpraxen vorhandene Fachpersonal übernimmt auch die mündliche Erklärung des Tests. Der Stuhlbluttest und die schriftliche Anleitung können nach der Registrierung mitgenommen und von den TeilnehmerInnen zuhause durchgeführt werden. Dabei wird eine Stuhlprobe bei einem oder mehreren aufeinanderfolgenden Stuhlgängen entnommen und an ein Labor gesendet. Dieses wertet den durchgeführten Test aus und retourniert das Resultat per Post an die jeweilige Person. Ist das Ergebnis positiv, also wurde Blut im Stuhl festgestellt, sollte ein Termin für eine Koloskopie in einer Facharztpraxis vereinbart werden. Ist das Ergebnis negativ, sollte der nächste iFOBT nach zwei Jahren durchgeführt werden. Die Anspruchsberechtigten können sich alternativ auch für die Vorsorgekoloskopie entscheiden, für welche sie zuerst einen Termin bei ihrer Hausarztpraxis machen müssen. Bei diesem Gespräch wird der/die TeilnehmerIn für die Vorsorge registriert und beraten und bekommt anschließend für den Eingriff einen Termin bei einem/einer GastroenterologIn. Die Koloskopie wird entweder ambulant oder stationär durchgeführt. Im Anschluss wird das Ergebnis besprochen (Haldemann 2014; Swiss Cancer Screening 2019).

Qualitätsanforderungen

In den organisierten Programmen, von welchen eines beispielhaft im nächsten Unterkapitel beschrieben wird, muss es laut Definition gesicherte Qualitätsstandards geben, in welchen die Zusammenarbeit der verschiedenen AkteurInnen geregelt ist. Diese Standards legen auch fest, auf welchem Weg und durch welche Entscheidungshilfen die

TeilnehmerInnen über die Teilnahme informiert werden und wie die gesetzten Standards regelmäßig überprüft werden. In dem opportunistischen Screening waren diese Qualitätsanforderungen bis März 2021 nicht wie in einem Programm systematisiert, jedoch wurde die Qualität, ausgewogene Informationen und Zusammenarbeit der AkteurInnen bis dahin durch Verbände wie die Krebsliga Schweiz gefördert (Biskontin 2020; Haldemann 2014). Im Jahr 2020 wurde von der Initiative „Nationale Strategie gegen Krebs“ eine Charta zu Qualitätsstandards eingeführt, die in dem Kapitel „Leitlinien Schweiz“ beschrieben werden.

Programmevaluierung

Um eine Programmevaluierung durchzuführen, gibt es für die Schweiz noch nicht ausreichend Daten, da die Laufzeit der Programme zu gering ist. Es wird jedoch geschätzt, dass ohne Vorsorgeuntersuchungen in etwa zwei von 100 Personen vor dem Alter von 80 Jahren an Dickdarmkrebs sterben. Durch die regelmäßige Teilnahme an dem Screeningprogramm kann die Zahl der Todesfälle voraussichtlich um 25 bis 50 Prozent gesenkt werden, sodass eine aus 100 Personen an Darmkrebs verstirbt (Swiss Cancer Screening 2021b). Bei der Angabe der Wirksamkeit von iFOBT und Koloskopie bezieht sich Swiss Cancer Screening auf eine in den Niederlanden durchgeführte Studie. Diese kommt zu dem Ergebnis, dass durch den iFOBT bei 190 von 1.000 TeilnehmerInnen Blut im Stuhl festgestellt wird. Von diesen 190 Personen werden bei acht Dickdarmkrebs und bei weiteren 54 fortgeschrittene Adenome diagnostiziert. Dies trifft zu, wenn der iFob-Test in zehn Jahren in regelmäßigen Abständen angewendet wird. Durch Darmspiegelungen wird bei sechs von 1.000 TeilnehmerInnen Dickdarmkrebs festgestellt und weitere 85 Personen haben Polypen oder Adenome (Grobbee et al. 2020; Swiss Cancer Screening 2019). Ob diese Ergebnisse auch für die Schweiz gelten, ist bisher ungeklärt, da sich die niederländische Studie in der Altersgruppe und der Ausgestaltung von dem Programm der Schweiz unterscheidet.

Sonstiges

Im Gegensatz zu den organisierten Programmen ist man bei dem nationalen Screening nicht von der Franchise¹ befreit. Die TeilnehmerInnen müssen daher den Selbstbehalt von zehn Prozent und die Franchise bezahlen (Swiss Cancer Screening 2019).

¹ Die Franchise ist im schweizerischen Krankenversicherungssystem jener Betrag pro Jahr, der von den Versicherten selbst zu übernehmen ist, bevor der Versicherungsschutz greift. Er liegt je nach Vertrag zwischen 300 und 2.500 Franken (ÖKK 2022).

Beispiel eines organisierten Screeningprogramms: Graubünden

Aufbau des Screeningprogramms

Das Kanton Graubünden ist eine der Regionen mit organisiertem Screeningprogramm und wird stellvertretend für alle in der Schweiz vorhandenen organisierten Programme beschrieben. Diese sind vom Aufbau recht ähnlich, jedoch kann es Unterschiede geben, da jeder Kanton für den Aufbau seines eigenen Programms verantwortlich ist (Krebsliga Graubünden 2020, 2021a).

In Graubünden darf jede in dem Kanton versicherte Person zwischen 50 und 69 Jahren am Screeningprogramm teilnehmen. Wie auch bei dem opportunistischen Programm basiert die Teilnahme auf Freiwilligkeit, jedoch wird mit einem Erinnerungsschreiben auf die mögliche Teilnahme hingewiesen und über den Ablauf der Teilnahme informiert. Mit diesem Schreiben erhält man auch eine Referenznummer, mit welcher man direkt einen Stuhltest online bestellen kann, oder einen Termin für eine Koloskopie vereinbaren kann. Ähnlich wie bei dem nationalen, opportunistischen Screening kann zwischen einem Stuhlbluttest (iFOBT) alle zwei Jahre oder einer Koloskopie im Intervall von zehn Jahren gewählt werden. Da die Möglichkeit, an der Vorsorgeuntersuchung teilzunehmen, auf Personen im Alter zwischen 50 und 69 beschränkt ist, können maximal zwei Vorsorgekoloskopien gemacht werden. Ausnahmen gelten für Personen mit Vorerkrankungen oder dem Verdacht auf Darmkrebs (Krebsliga Graubünden 2020, 2021a).

Durchführung der Maßnahmen

Wer sich für den iFOBT entschieden hat, kann die Probe eigenständig entnehmen und an das entsprechende Labor senden, welches die Auswertung des Stuhls durchführt. Bei einem positiven Ergebnis wird eine Koloskopie empfohlen (Krebsliga Graubünden 2020, 2021b).

Die Koloskopie kann einerseits als primäre Vorsorgeuntersuchung oder als Abklärung eines positiven iFOB-Tests in Anspruch genommen werden und darf nur bei ausgewählten ÄrztInnen oder in Spitälern durchgeführt werden. Dabei müssen vorher von den PatientInnen einige Schritte zur Vorbereitung unternommen werden, unter anderen eine Darmreinigung. Falls während des Eingriffs Polypen entdeckt werden, sollen diese sofort entfernt werden. Durchschnittlich dauert die Koloskopie 30 Minuten, bei der Entdeckung und Entfernung von Polypen auch länger (Krebsliga Graubünden 2020, 2021b).

Qualitätsanforderungen

Die Qualitätsstandards und die Zusammenarbeit mit akkreditierten medizinischen PartnerInnen sind im Rahmen des Programms geregelt. Zu den medizinischen PartnerInnen, welche in den Screeningprozess eingebunden sind, gehören HausärztInnen,

GastroenterologInnen, GynäkologInnen, Apotheken und die Krebsliga Graubünden. Eine genaue Liste, welche ÄrztInnen der oben genannten Gruppen in das Vorsorgeprogramm eingebunden sind, kann auf der Website der Krebsliga Graubünden eingesehen werden. Um sich zu qualifizieren, müssen, je nach fachlicher Qualifikation, bestimmte fachliche Voraussetzungen erfüllt werden. Im Bereich der Gastroenterologie müssen die ÄrztInnen den Titel FMH Gastroenterologie oder eine äquivalente Ausbildung innehaben. Alternativ können sie auch die Dignität des Kantons Graubünden zur Abrechnung gastroenterologischer Leistungen nach TARMED¹ besitzen. Unabhängig von der Art der Qualifikation müssen ÄrztInnen zusätzlich 200 Koloskopien pro Jahr persönlich durchführen und die Empfehlung der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie (SSG) halten. HausärztInnen benötigen eine Zulassung als FachärztIn für Allgemeinmedizin FMH oder als praktische ÄrztInnen in dem Kanton Graubünden. Im Bereich der Gynäkologie benötigen die ÄrztInnen eine Zulassung als FachärztIn für Gynäkologie FMH im Kanton Graubünden. Für weitere FachärztInnen sowie ApothekerInnen ist ebenfalls erforderlich, dass eine Zulassung in dem spezifischen Bereich in dem Kanton Graubünden vorhanden ist. Weiters müssen alle Personen aus den eben genannten Fachbereichen, die sich als LeistungserbringerIn akkreditieren lassen wollen, eine obligatorische, von der Krebsliga Graubünden organisierte Fortbildung besuchen, welche aus einem medizinischen und einem administrativen Teil besteht (Krebsliga Graubünden 2021c, 2021d).

Programmevaluierung

Da das Darmkrebsvorsorgeprogramm Graubünden im Oktober 2020 ins Leben gerufen wurde, gibt es noch keine detaillierte Programmevaluierung. Jedoch zeigen erste Zahlen eine gute Inanspruchnahme (Krebsliga Graubünden 2021).

Sonstiges

Wie im Abschnitt zum opportunistischen Screening in der Schweiz erwähnt wurde, sind die organisierten Programme von der Franchise befreit. Die Kosten werden, bis auf den Selbstbehalt, von der Krankenversicherung übernommen. Der Selbstbehalt beträgt ungefähr 10 %, bei der Blutstuhluntersuchung zwischen 6,30 CHF und 7,00 CHF, umgerechnet zwischen 4,30 € und 6,50 €, und bei der Koloskopie zwischen 45 CHF und 160 CHF, umgerechnet zwischen 42 € und 150 €. Die Darmreinigung, welche vor der Koloskopie gemacht werden muss, ist nicht von der Franchise befreit und kostet zwischen 25 CHF und 35 CHF, also umgerechnet zwischen 23 € und 33 €. Der Selbstbehalt kann je nach Kosten variieren (Krebsliga Graubünden 2021b).

¹ Die Tarifstruktur TARMED dient in der Schweiz der Abrechnung von ambulanten ärztlichen Leistungen in Arztpraxen und Spitälern mit einem Einzelleistungstarif.

3.1.5 Status quo Niederlande

Aufbau des Screeningprogramms

In den Niederlanden gibt es seit 2011 ein nationales, organisiertes Screeningprogramm, an welchem jede/r StaatsbürgerIn im Alter zwischen 55 und 75 teilnehmen darf. Ausnahmen gelten für Personen, die schon Darmkrebs in Form eines kolorektalen Karzinoms (CRC) oder eine andere Darmkrankheit hatten. Momentan beträgt die Anzahl der Anspruchsberechtigten laut dem Niederländischen Nationalen Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (nied.: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; RIVM) geschätzt vier Millionen Personen. Die Teilnahme basiert auf Freiwilligkeit, jedoch werden regelmäßige Erinnerungsschreiben als Appell an die betreffenden Altersgruppen der Bevölkerung versendet. Die Erinnerungsschreiben werden seit 2019 an alle Personen ab 55 Jahren im Zwei-Jahres-Abstand gesendet, bis das maximale Teilnahmealter von 75 erreicht wird. Dabei bekommen auch jene eine Einladung, die aufgrund einer Vorerkrankung nicht anspruchsberechtigt sind. Es wird jedoch durch Aufklärung und die Bereitstellung von Informationen versucht, diese von der allgemeinen Teilnahme auszuschließen und eine auf die Vorerkrankung abgestimmte Vorsorge zur Verfügung zu stellen. Die Erinnerungsschreiben können online abgemeldet werden. Im Gegensatz zu Deutschland und der Schweiz kann in den Niederlanden die Art der Untersuchung nicht gewählt werden. Alle zwei Jahre kann ein immunologischer fäkaler Okkultbluttest gemacht werden und nur wenn der Wert den Normalwert überschreitet, wird eine Koloskopie empfohlen. Obwohl das Programm landesweit nach den gleichen Anforderungen und Standards durchgeführt wird, wird es je nach Region von unterschiedlicher Stelle organisiert, so dass die Zusammenarbeit der AkteurInnen auf regionaler Ebene besser koordiniert werden kann. Es gibt fünf regionale Screeningprogramme („Noord“, „Oost“, „Zuid“, „Zuid-West“ und „Midden-West“). Der Ablauf des Programms und die Rollen der beteiligten Parteien, von den Screeningorganisationen über die Verpackungcenter der Testkits und den Laboren bis zu den Gruppen der FachärztInnen, sind streng geregelt. Die Teilnahme am Screeningprogramm ist kostenlos. Muss eine Koloskopie gemacht werden, wird diese zu 100 % von der Versicherung gedeckt (RIVM 2019; Serie 2021; Toes-Zoutendijk et al. 2017).

Durchführung der Maßnahmen

Der immunologische fäkale Okkultbluttest kann alle zwei Jahre durchgeführt werden. Das Testkit wird zusammen mit einer Anleitung, den Vor- und Nachteilen der Teilnahme sowie dem Ablauf des Programms zu den Versicherten nach Hause gesendet, wo diese die Stuhlprobe selbst entnehmen. Die eingeladene Person hat drei Möglichkeiten: An der Vorsorgeuntersuchung teilzunehmen, diese Runde auszusetzen oder sich generell für alle zukünftigen Runden abzumelden. Meldet sich die Person zur Gänze von dem

Programm ab, kann sie sich jederzeit wieder anmelden. Nimmt die Person teil, wird die Probe daraufhin in ein Labor zur Analyse gesendet, wo sie auf Blut im Stuhl untersucht wird. Das Ergebnis wird innerhalb von 48 Stunden nach Eintreffen im Labor elektronisch an die Screeningorganisation übermittelt und den PatientInnen innerhalb fünf weiterer Werktage per Post mitgeteilt. Sollte das Ergebnis positiv sein, also liegt der Wert über dem Normalwert eines iFOBT, wird der/die PatientIn mittels Informationsbrief über die weiteren möglichen Untersuchungen informiert und automatisch für ein Gespräch an ein Koloskopiezentrum übermittelt, in welchem ein/e ÄrztIn das Aufklärungsgespräch mit der betroffenen Person durchführt. Vereinbarte Koloskopien sollten innerhalb von 15 Tagen ab Erstgespräch stattfinden, außer der/die PatientIn bittet explizit um einen späteren Termin. Es gibt die Möglichkeit, dass aus medizinischen Gründen eine Koloskopie nicht möglich ist oder die Person aus persönlichen Gründen keine machen lassen möchte. Bei zweiterem Grund wird die Person nochmals telefonisch um Teilnahme an der Folgekoloskopie gebeten, kann jedoch den Eingriff verweigern. Die Koloskopie darf ausschließlich von akkreditierten EndoskopikerInnen durchgeführt werden, welche während der Untersuchung Polypen bei Bedarf entfernen (RIVM 2021; Toes-Zoutendijk et al. 2017).

Qualitätsanforderungen

Wie erwähnt, unterliegt die Durchführung von Koloskopien gewissen Qualitätsanforderungen. Erstens, sie dürfen nur ambulant durchgeführt werden. Zweitens müssen die EndoskopikerInnen gewisse Auflagen erfüllen, um sich im Zuge des nationalen Screeningprogramms akkreditieren zu lassen. Dazu müssen sie ein Minimum an 200 Koloskopien durchführen und an das elektronische Erfassungssystem melden. Die elektronisch übermittelten Ergebnisse werden von unabhängigen GastroenterologInnen, welche bei der jeweiligen Screeningorganisation unter Vertrag stehen, überprüft. Unter Vertrag genommene ÄrztInnen werden laufend durch jährliche (oder zweijährliche) Überprüfungen kontrolliert, um die Qualität der Koloskopien zu gewährleisten (Serie 2021).

Programmevaluierung

In den Niederlanden gibt es eine sorgfältige Programmevaluierung, bei welcher ein jährlicher Monitoringbericht gemeinsam mit der Evaluierung der wichtigsten Zahlen des Screeningprogramms veröffentlicht wird. Bei der Auswahl der Kennzahlen richtet man sich in den Niederlanden stark nach den Empfehlungen der Europäischen Kommission. Zu den im Monitoring veröffentlichten Kennzahlen gehören unter anderem die Anzahl der eingeladenen Personen, die Teilnahmerate sowie der Prozentsatz der Personen mit einem auffälligen iFOBT-Wert. Diese Daten können noch nach den Runden, also wie oft eine Person schon zum Screening eingeladen wurde, unterschieden werden. Zusätzlich

werden manche Daten nach Geschlecht unterschieden, ebenfalls wie von der EU empfohlen (RIVM 2020).

Tabelle 22: Evaluierung Niederlande 2019

Runden	Anzahl der Einladungen	Davon: Teilnahme iFOBT	Davon: erhöhte Werte	Davon: Teilnahme Koloskopie	Diagnose
Runde 1	524.271	Absolut: 348.078	14.452	12.809	CRC ¹ : 611 AAD ² : 4.544
		Relativ: 66,4 %	4,2 %	88,6 %	CRC: 4,8 % AAD: 35,5 %
Runde 2	752.002	Absolut: 530.261	22.341	19.130	CRC: 1.001 AAD: 5.866
		Relativ: 70,5 %	4,2 %	85,6 %	CRC: 5,2 % AAD: 30,7 %
Runde 3	914.943	Absolut: 914.943	30.559	25.588	CRC: 1.473 AAD: 7.633
		Relativ: 75,3 %	4,4 %	83,7 %	CRC: 5,8 % AAD: 29,8 %
2019 Gesamt	2.193.058³	71,5 %	4,3 %	85,4 %	CRC oder AAD: 36,7 %

Quelle: RIVM (2020).

¹colorectal cancer = Dickdarmkrebs; ²advanced adenomas = fortgeschrittene Adenome; ³Daten der vierten Runde wurden aufgrund der geringen Personenanzahl nicht als eigene Runde angeführt, jedoch in den Gesamtzahlen berücksichtigt.

An Tabelle 22 kann man ablesen, dass im Jahr 2019 von den 2.193.058 Eingeladenen 71,5 % an dem Screening teilnahmen. Von den TeilnehmerInnen hatten 4,3 % erhöhte Werte. Von diesen Personen mit erhöhten Werten nahmen 85,4 % an der Folgekoloskopie teil. Insgesamt wurde bei 3.068 Personen Darmkrebs diagnostiziert und bei weiteren 18.054 wurden fortgeschrittene Adenome festgestellt. Gemessen an der Anzahl der TeilnehmerInnen der Folgekoloskopie erhielten demnach 36,7 % eine dieser beiden Diagnosen, beziehungsweise ungefähr 1,35 % aller mit iFOBT getesteten Personen. Ebenso interessant ist, dass die Teilnehmerate mit höherer Anzahl der Runden, also auch mit steigendem Alter, zunimmt, wohingegen die Teilnehmerate an Folgekoloskopien abnimmt. Neben diesen Daten liegen weitere vor, wie die Anzahl und Schwere von Komplikationen bei und nach Koloskopien. Diese Daten werden jährlich evaluiert, um die Qualität des Programms zu gewährleisten (RIVM 2020).

Sonstiges

Die Entscheidung, dass in den Niederlanden ausschließlich der iFOBT als Vorsorgeuntersuchung angeboten wird, basiert auf Ergebnissen einer Pilotphase. In dieser wurde festgestellt, dass der iFOBT gegenüber anderen Screeningmethoden von der Bevölkerung am besten angenommen wurde. Die Studie zeigt, dass die Teilnehmerate für Screening mittels iFOBT zwischen 60 % und 62 % lag, verglichen mit 47 % bis 50 % mittels gFOBT, 32 % bei der Sigmoidoskopie, 22 % bei der Koloskopie und 34 % bei der computertomographischen Kolonographie. Da der iFOBT alle anderen möglichen Untersuchungsmethoden in der Pilotenphase übertraf, wurde entschieden, der Bevölkerung ausschließlich den iFOBT als Vorsorgeuntersuchung in der ersten Runde anzubieten (Toes-Zoutendijk et al. 2017).

3.1.6 Fazit Ländervergleich

Vergleicht man Österreich mit den drei Ländern – Deutschland, Schweiz und den Niederlanden – fällt auf, dass die Darmkrebsvorsorge in Österreich am ehesten der Struktur der Schweiz ähnelt, da es in beiden Ländern in einzelnen Bundesländern beziehungsweise Kantonen organisierte Programme gibt, während der Rest der Länder jeweils durch nationale, opportunistische Programme abgedeckt ist. Der Unterschied zwischen Österreich und der Schweiz liegt darin, dass die Kantone in der Schweiz dazu aufgefordert werden, organisierte Darmkrebsvorsorgeprogramme einzuführen, weswegen deutlich mehr Kantone ein organisiertes Programm haben oder an dessen Einführung arbeiten als dies in österreichischen Bundesländern der Fall ist. Die Niederlande und Deutschland haben beide nationale, organisierte Programme, wodurch sie sich stark von Österreich unterscheiden. Die Programme der beiden Länder sind einander ähnlich, unter anderem weil sich beide an den Leitlinien der Europäischen Union orientieren, welche in Kapitel 3.1.8 beschrieben werden. Weiters unterscheidet sich Österreich von den drei Vergleichsländern durch das Teilnahmealter, welches einzig in Österreich nicht nach oben beschränkt ist, und durch die Art des angebotenen Blutstuhltests. Während in Österreich der gFOBT verwendet wird, wird in Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden der iFOBT eingesetzt, welcher laut Studien präziser ist und in den Niederlanden in der Bevölkerung zu einer höheren Teilnehmerate geführt hat als andere Vorsorgeuntersuchungsmethoden.

Da Österreich auf nationaler Ebene ein opportunistisches Screening hat, gibt es keine Daten über die Teilnehmerate sowie weitere wichtige Indikatoren. Dementsprechend ist eine Evaluierung auf nationaler Ebene nicht möglich. In dieser Hinsicht nehmen die Niederlande eine Vorreiterrolle ein, die ein ausführliches Monitoring nach dem Vorbild der Leitlinien der EU betreiben. Teilweise werden diese Ergebnisse veröffentlicht. In Deutschland ist es festgelegt, ein ähnliches Evaluierungssystem einzuführen, welches

jedoch noch nicht eingeführt wurde. Nach bisherigen Informationen soll sich dieses ebenfalls an den EU-Leitlinien und an den Niederlanden orientieren. Da in der Schweiz die Einführung eines organisierten Programms eine kantonale Aufgabe ist, gibt es keine nationale, einheitliche Evaluierung.

3.1.7 Länderspezifische Leitlinien und Qualitätssicherung

Zusätzlich zu den offiziellen Vorsorgeprogrammen und deren Ausgestaltung gibt es weitere Leitlinien und Qualitätssicherungsempfehlungen, die von Fachgesellschaften und Krebshilfeorganisationen auf nationaler Ebene – und auf EU-Ebene von der Europäischen Kommission, von einem Verbund von Fachgesellschaft und einer Organisation spezialisiert auf Verdauungsgesundheit formuliert werden. Ein Ausschnitt dieser Empfehlungen und Leitlinien wird nachfolgend erläutert, um einerseits ein umfassendes Bild der notwendigen Qualitätsstandards darzulegen und andererseits – die Bedarfsplanung ergänzend – um den Arbeitsaufwand eines gastroenterologischen Eingriffs zu verdeutlichen.

Leitlinien und Qualitätssicherung Österreich

Da Österreich im Zuge des opportunistischen Screeningprogramms keine gesetzlich vorgegebenen, einheitlichen Qualitätsstandards hat, wurde 2007 das Projekt Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge von der ÖGGH in Zusammenarbeit mit dem Dachverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (DVB; ehem. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger) und der Österreichischen Krebshilfe ins Leben gerufen. Das Projekt wurde bereits zum sechsten Mal verlängert. In den Leitlinien, die zuletzt 2021 aktualisiert wurden, sind die Zielsetzung, der Anwendungsbereich, die Versorgungsbereiche, die Diagnose Kolorektales Karzinom, Empfehlungen zur Vorsorgeuntersuchung, insbesondere zur Koloskopie, sowie Qualitätsanforderungen an ÄrztInnen, Personal und an den Ablauf angeführt. Diese Empfehlungen richten sich primär nach den Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Gastroenterologie (ESGE), sind aber auch an die Qualitätssicherung in Deutschland angelehnt (ÖGGH 2016, 2021).

Die wichtigsten Ziele der „Qualitätsgesicherten Vorsorgekoloskopie“ sind definiert als die Früherkennung und rechtzeitige Diagnosestellung, die Erhöhung und Sicherstellung der Qualität der Vorsorgekoloskopie, der Erhalt der Prozessstandardisierung, -optimierung und -transparenz, die Steigerung der Awareness in der Bevölkerung, die Erleichterung der Einarbeitung von neuen MitarbeiterInnen, die Erhöhung der PatientInnenzufriedenheit und -sicherheit sowie die Optimierung und Messbarkeit der Ergebnisqualität. Die Leitlinien sollen für ÄrztInnen und weitere GesundheitsdienstleisterInnen gelten, die eine Vorsorgekoloskopie durchführen oder anderweitig an dem Prozess beteiligt sind. Zu den medizinischen Bereichen, für welche diese Empfehlungen zum Tragen kommen, gehören die Gastroenterologie und Hepatologie, die Chirurgie sowie

die niedergelassenen FachärztInnen der Inneren Medizin. Die Empfehlung zur Vorsorgekoloskopie entspricht allen oben genannten Empfehlungen: Die Koloskopie wird als Vorsorgeuntersuchung ab dem 50. Lebensjahr empfohlen und sollte bis maximal zum 75. Lebensjahr gemacht werden. Ausnahmen gelten, wenn bis zum 75. Lebensjahr keine Vorsorgekoloskopie gemacht wurde. In diesem Fall ist es denkbar, dass der Eingriff bis zum 80. Geburtstag durchgeführt wird, solange die Lebenserwartung der betreffenden Person noch mindestens zehn Jahre beträgt. Konkret wird geraten, das Screening mittels Koloskopie bei unauffälligem Befund im Zehn-Jahres-Intervall zu wiederholen. Sollten Adenome entdeckt und entfernt werden, wird das Untersuchungsintervall verkürzt und hängt von der Anzahl und Art der Adenome ab. Die genaue Vorgehensweise wird in dem Unterkapitel „Weitere Empfehlungen“ auf Seite 107 beschrieben. Bei Angehörigen 1. Grades von Krebserkrankten empfiehlt sich das Screening mindestens zehn Jahre vor Erkrankungsalter des besagten Angehörigen anzusetzen, spätestens jedoch mit 40 Jahren. Diese Ausnahme soll auch für weitere Personen mit erhöhtem Risiko auf ein kolorektales Karzinom, wie PatientInnen mit Morbus Crohn, Polypose-Syndromen etc. gelten. Das Kosteneffektivitätsverhältnis aller Screeningmaßnahmen ist gegenüber keinem Screening überlegen. Berechnet wurde dies für die Modelle kein Screening, ein jährlicher iFOBT im Alter von 40 bis 75 Jahren, ein jährlicher gFOBT im selben Lebensalter sowie eine Koloskopie. Die Vorsorgeuntersuchungen iFOBT und die Vorsorgekoloskopie haben sich als die kosteneffizientesten herausgestellt (ÖGGH 2016, 2021).

Die Leistung der Koloskopie beschränkt sich nicht auf den Eingriff selbst, sondern beinhaltet auch die Beratung und Aufklärung sowie das Angebot der Prämedikation oder Sedierung vor dem Eingriff. Ebenfalls dazu gehören die Nachbetreuung der PatientInnen, die EDV-Dokumentation des Eingriffs und eventueller Nachwirkungen und zuletzt die Befundausstellung und -besprechung. Die Beratung und Aufklärung beinhaltet die Aushändigung der standardisierten PatientInneninformation, inklusive Rezept für die Darmvorbereitung, einer Instruktion zur Durchführung der Vorbereitung, der Besprechung offener Fragen der PatientInnen, sowie die Einholung der Einverständniserklärung und der Zustimmung zur Datenübermittlung an die ÖGGH. Weiters muss den PatientInnen eine Prämedikation oder Sedierung angeboten werden. Der Eingriff selbst muss als Videokoloskopie stattfinden, bei welcher in mindestens 90 % der Fälle eine rektale oder digitale Untersuchung vorangehen muss. Interventionelle Eingriffe sowie das Zökum müssen fotodokumentiert werden. Nach dem Eingriff findet die Nachbetreuung statt, bei welcher eine laufende Betreuung und Beobachtung der PatientInnen bis zur Entlassung stattfinden soll. Nach der Vorsorgekoloskopie wird auch ein schriftlicher Befund ausgestellt und mit den PatientInnen besprochen (ÖGGH 2016, 2021).

In den Leitlinien der qualitätsgesicherten Vorsorgekoloskopie sind auch die Qualifikationen für die Zertifizierung festgelegt. Für ÄrztInnen gilt, dass sie eine Fachausbildung im

Bereich der Inneren Medizin oder Chirurgie haben müssen, sowie mindestens 200 supervidierte Koloskopien und mindesten 50 supervidierte Polypektomien mit nachgewiesener Durchführung und Befundung vorweisen müssen, um sich zertifizieren zu lassen. Ab Erreichen dieser Anzahl muss ein laufender Routinenachweis von mindestens 100 selbständig durchgeführten Koloskopien und mindestens 10 selbständig durchgeführten Polypektomien pro Jahr erbracht werden. Die Nachweise erfolgen durch den Vorstand der Krankenanstaltsabteilungen oder der Endoskopiezentren. Diese Anforderungen werden durch jährliche Stichprobenuntersuchungen der Dokumentation der Eingriffe überprüft. Der Zertifikatsinhaber ist dafür verantwortlich, dass das weitere Personal ausreichend geschult und die folgende Ausstattung vorhanden ist: Geräte für eine Videoendoskopie, Zubehör für die eventuell notwendige therapeutische Ausstattung, Notfallausstattung, Pulsoxymetrie und ein Bereich zur Überwachung der PatientInnen mit Rufanlage. Um die minimalen Anforderungen der Notfallausstattung zu erfüllen, muss zumindest Inkubationsbesteck, Beatmungsbeutel, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung und ein Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber verfügbar sein. Weiters gibt es Vorschriften zur jährlichen Überprüfung der Hygienequalität und der Dokumentation des Eingriffes selbst (ÖGGH 2016, 2021).

Um die Qualität des Programms „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“ zu überprüfen und damit zu gewährleisten, legt die ÖGGH Qualitätsindikatoren in Anlehnung an die Leitlinien der ESGE fest. Diese sind in der nachfolgenden Tabelle 23 zusammengefasst (ÖGGH 2021).

Tabelle 23: Zusammenfassung der Empfehlungen der ÖGGH

Qualitätsmerkmal	Zielwert	Minimalanforderung
Rate an adäquater Darmvorbereitungsqualität	≥ 95 %	≥ 90 %
Zökumerreichsrate inklusive Fotodokumentation	≥ 95 %	90 %
Adenomentdeckungsrate	≥ 25 %	≥ 25 %
Adäquate Polypektomietechnik	≥ 90 %	≥ 80 %
Komplikationsrate	Keine Angabe	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 0,5 % Hospitalisierungsrate innerhalb 7 Tagen • keine Standards für 30-Tages-Mortalität definiert
PatientInnenzufriedenheit	≥ 90 %	Nicht definiert
Adäquate Nachsorge	≥ 95 %	Nicht definiert
Hygieneüberprüfung (keimfrei)	Alle drei Monate	1 Mal pro Jahr

Quelle: ÖGGH (2021).

Um die Tabelle 23 genauer zu erläutern, wird auf einige der Qualitätsmerkmale genauer eingegangen. Die Zökumerreichsrate ist definiert als „Anteil an Untersuchungen, bei denen das Zökum intubiert wurde“ und sollte mindestens 90 %, idealerweise jedoch 95 % betragen. Im Rahmen des „Qualitätszertifikats Darmkrebsvorsorge“ werden die in Tabelle 23: Zusammenfassung der Empfehlungen der ÖGGH angeführten Qualitätsmerkmale gemessen, wobei der erreichte Wert der Zökumerreichsrate 2014 bei 96,8 % lag und sich somit über dem Zielwert befindet. Die Polypen- beziehungsweise Adenomentdeckungsrate ist laut ÖGGH ein wesentliches Qualitätsmerkmal der Vorsorgekoloskopie, da das Risiko für das Auftreten eines kolorektalen Karzinoms bei PatientInnen umgekehrt proportional zu der Adenomentdeckungsrate der durchführenden ÄrztInnen ist. Somit trägt eine hohe Adenomentdeckungsrate stark zu einem der Hauptziele der Vorsorgekoloskopie bei, Polypen und/oder Adenome abzutragen und das Auftreten von Intervallkarzinomen nach einem Eingriff zu verhindern. Wie in Tabelle 23 ersichtlich, empfiehlt die ÖGGH eine Adenomentdeckungsrate von mindestens 25 % und schließt sich damit der ESGE an. In den USA und in Deutschland ausgesprochene Empfehlungen berücksichtigen auch den Gendereffekt und legen bei Patienten eine höhere Adenomentdeckungsrate als bei Patientinnen fest. Im Jahr 2018 betrug die durchschnittliche

Rate 31,5 % bei Männern und 20,7 % bei Frauen. Eine hohe Polypektomie rate ist ebenfalls wesentlich für den gewünschten Effekt, das Auftreten kolorektaler Karzinome zu verhindern. Um dies zu erreichen, müssen Polypen vollständig, also nach Möglichkeit zu 95 %, geborgen werden (ÖGGH 2021).

Um Komplikationen zu vermeiden, und damit das Ziel einer niedrigen Komplikationsrate zu erreichen, sollen potenzielle Risikofaktoren vor der Untersuchung möglichst abgeklärt werden. Da laut ÖGGH die Komplikationsrate sehr gering ist und kein/e PatientIn aufgrund einer Vorsorgekoloskopie bleibende Schäden erlitt oder an dem Eingriff verstarb, gilt der Nutzen als deutlich höher als das Risiko. Der Anteil an innerhalb sieben Tagen nach Eingriff hospitalisierten PatientInnen soll unter einem halben Prozent liegen, wie in Tabelle 23 ersichtlich ist. Damit keine Komplikationen durch Kontamination auftreten, ist ein Hygienemanagement mit Hygieneüberprüfung unabdingbar. Diese Kontrollen sollen mindestens einmal pro Jahr stattfinden, idealerweise aber alle drei Monate und werden von FachärztInnen für Hygiene und Mikrobiologie durchgeführt. Die Dauer einer Überprüfung wird auf ungefähr 30 Minuten geschätzt, kann aber variieren. Sollten im Zuge der Prüfung Mängel hinsichtlich der Hygiene festgestellt werden, wird mit den entsprechenden ÄrztInnen das Gespräch gesucht. Sollte dadurch keine Einigung erreicht werden, kann diesen das Zertifikat entzogen werden (ÖGGH 2021).

Weitere Empfehlungen

Neben den oben beschriebenen Screeningempfehlungen und dem Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge verfasst die ÖGGH auch wissenschaftliche Leitlinien und Checklisten zu den Themen Darm, Endoskopie, Leber, Magen, Darm und Pankreas, durch welche die Qualität gesichert und verbessert werden soll. Diese Leitlinien richten sich einerseits nach dem aktuellen Stand der Forschung und andererseits nach Empfehlungen anderer Organisationen und gastroenterologischer oder endoskopischer Gesellschaften.

In einer Leitlinie zur Vorsorgekoloskopie wird unter anderem die Altersbeschränkung und das Untersuchungsintervall diskutiert. Wie vorangehend beschrieben, wird die Vorsorgekoloskopie von der ÖGGH ab einem Alter von 50 Jahren empfohlen, sollte kein erhöhtes Risiko vorliegen. Die Empfehlung der American Cancer Society von 2018, Vorsorgekoloskopien ab dem 45. Lebensjahr durchzuführen, kann in Österreich aufgrund der epidemiologischen Daten nicht unterstützt werden. Das Screeningintervall sollte bei Personen ohne erhöhtes Risiko oder unauffälligen Befund zehn Jahre betragen. Tritt der Fall ein, dass bei der Vorsorgeuntersuchung Polypen gefunden werden, wird auf der Website des Qualitätszertifikats Darmkrebsvorsorge – einer Initiative der ÖGGH – empfohlen, die Nachsorge je nach Art und Größe der Polypen zu unterscheiden (Waldmann et al. 2021).

Leitlinien Deutschland

Neben staatlich vorgegebenen Richtlinien gibt es auch Leitlinien und Empfehlungen anderer Organisationen, wie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS). Diese appelliert an die Bevölkerung, die eingeführte organisierte Darmkrebsvorsorge wahrzunehmen. Weiters beschäftigt sich die DGVS mit Leit- und Richtlinien und macht auf Missstände in ihrem Fachbereich aufmerksam. Die wichtigsten Positionen zu Darmkrebs, Vorsorgeuntersuchungen, Koloskopien und Qualitätsstandards werden nachstehend erläutert.

Vor der Einführung des organisierten Screeningprogramms durch den GBA im Jahr 2018 hat auch die DGVS bei der Ausarbeitung maßgeblich mitgewirkt, indem – gemeinsam mit weiteren Fachgesellschaften – ein Konzept erstellt wurde, mit dem Ziel, den GBA zum Handeln anzuregen. Daran beteiligt waren die jeweiligen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie, Deutsche Gesellschaft für Humangenetik, Deutsche Gesellschaft für innere Medizin, Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie), die Berufsverbände (Berufsverband der niedergelassenen Gastroenterologen, Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen, Berufsverband Deutscher Internisten, Berufsverband Gastroenterologie Deutschland, Bundesverband Deutscher Pathologen) und weitere Vereinigungen (Deutsche Krebsgesellschaft, Stiftung LebensBlicke, Netzwerk gegen Darmkrebs, Felix Burda Stiftung). Deren gemeinsam erarbeitete Empfehlung wurde in den meisten Punkten vom GBA übernommen und wird inzwischen wie oben beschrieben umgesetzt. Die wichtigsten Unterschiede bestehen in der Altersgrenze von 65 Jahren, die in der Empfehlung nicht ausgesprochen wird, sowie in Feinheiten der administrativen Ausgestaltung. Die Neuregelung des Darmkrebscreenings wurde von der DGVS begrüßt, in einer eigenen Information zur Neuregelung äußerte sie sich wie folgt: *„Es ist ein wichtiger und lange erwarteter Schritt, dass der G-BA nun mit zwei Jahren Verspätung die Neufassung zur Darmkrebsvorsorge verabschiedet hat“* (Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten 2018). Als zentrale Neuerung wird dabei das Einladungssystem angesehen, wobei die fehlende Umsetzung einiger Vorschläge der DGVS und einzelner GastroenterologInnen kritisiert wurde (Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten 2018; Deutsche Gesellschaft für Chirurgie et al. 2018).

Seit März 2021 fordert die DGVS auch eine höhere Qualität bei fäkalen Okkultbluttests, die bei der organisierten Vorsorgeuntersuchung eingesetzt werden. Es wird kritisiert, dass die, im Jahr 2018 zugelassenen, zwölf verschiedenen iFOB-Tests unterschiedliche Schwellenwerte aufweisen, ab welchen ein Test als positiv gilt. Diese variieren zwischen 4 und 25 µg/g Blut im Stuhl, wie man in Tabelle 24 in Spalte 2 ablesen kann. Durch diese,

vom GBA jährlich veröffentlichten, Daten kann auch gezeigt werden, dass die Rate der positiv getesteten TeilnehmerInnen zwischen den verschiedenen iFOB-Tests stark divergiert; im Jahr 2019 zwischen 5,1 % und 22,8 % (Spalte 6). Aus diesen Unterschieden formuliert die DGVS den Appell an die Politik, mithilfe der Folgekoloskopie herauszufinden, wie viele der mithilfe eines iFOBT positiv getesteten TeilnehmerInnen tatsächlich an Darmkrebs erkrankt sind, und damit, welcher Schwellenwert sinnvoll ist. Zuletzt sieht die DGVS Verbesserungspotenzial in der Rate der nicht-auswertbaren Tests, da, laut einem DGVS-Experten, die Einfachheit der Anwendbarkeit die Auswertbarkeit der Tests, und damit den Erfolg des Programms, determiniert. Der Prozentsatz der nicht auswertbaren Tests liegt zwischen 0,7 % und 10,5 % im Jahr 2018 (Spalte 7) sowie 0,6 % und 12,2 % 2019 (Spalte 8). Bei den Tests mit einem hohen Anteil an nicht-auswertbaren Proben gilt es zu evaluieren, wieso der Anteil im Vergleich zu anderen Tests hoch ist (Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten 2021; Gemeinsamer Bundesausschuss 2019, 2020b).

Tabelle 24: Testergebnisse iFOBT nach Hersteller

Hersteller	Schwellenwert	Tests pro Jahr		Positiv gesamt pro Jahr (in %)		Nicht verwertbar gesamt / Jahr (in %)	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019
Mast Group	10 µg/g	1.347.061	1.492.371	138.048 (10,2 %)	170.569 (11,4 %)	8.799 (0,7 %)	9.246 (0,6 %)
Immundiagnostik AG	10 µg/g	613.311	298.168	46.187 (7,5 %)	22.114 (7,4 %)	55.349 (9,0 %)	28.030 (9,4 %)
Systemx GmbH	17 µg/g	532.133	554.578	42.153 (7,9 %)	45.714 (8,2 %)	14.119 (2,7 %)	12.237 (2,2 %)
R-Biopharm AG	6-12 µg/g	256.452	218.741	44.329 (17,1 %)	29.141 (13,3 %)	9.860 (3,8 %)	6.182 (2,8 %)
ScheBo Biotech AG	25 µg/g	50.678	50.687	4.170 (8,2 %)	5.229 (10,3 %)	1.254 (2,5 %)	1.150 (2,3 %)
CARE diagnostika							
Care prime	6 µg/g	31.763	33.272	1.610 (5,1 %)	1.691 (5,1 %)	594 (1,8 %)	473 (1,4 %)
immoCare-c	4 µg/g	2.316	1.016	227 (1,9 %)	114 (11,2 %)	170 (7,3 %)	124 (12,2 %)
Orion Diagnostica	15 µg/g	7.278	11.948	1.008 (13,8 %)	2.006 (16,8 %)	236 (3,2 %)	373 (3,1 %)
CerTest BIOTEC	8 µg/g	1.015	-	214 (21,1 %)	-	67 (6,6 %)	-
Bestbion dx GmbH	10 µg/g	881	1.251	84 (9,5 %)	126 (10,1 %)	55 (6,2 %)	74 (5,9 %)
Roche Diagnostics	15 µg/g	609	400	40 (6,6 %)	22 (5,5 %)	64 (10,5 %)	10 (2,5 %)
Eurolyser Diagnostica GmbH	4 µg/g	177	189	36 (20,3 %)	43 (22,8 %)	6 (3,4 %)	4 (2,1 %)
Gesamt	-	2.864.674	2.662.621	278.106 (9,8 %)	276.769 (10,4 %)	90.573 (3,2 %)	57.903 (2,2 %)

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss (2019, 2020b).

Neben den geschilderten Appellen an die Politik und Positionspapieren gibt die DGVS auch medizinische Leitlinien heraus, von welchen zwei für diesen Bericht besonders interessant sind; einerseits die S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom und andererseits die S2k-Leitlinie Qualitätsanforderung der gastrointestinalen Endoskopie.

Die Leitlinie zur Qualitätsanforderungen in der gastrointestinalen Endoskopie (2015) formuliert Empfehlungen zur räumlichen und personellen Ausstattung, zur PatientInnenvorbereitung, zu Komplikationen sowie zur Nachsorge und zur Dokumentation von Befunden. Diese werden abgestuft in „starke Empfehlungen“, „Empfehlungen“ und „Empfehlungen offen“. Mitwirkend sind neben der DGVS weitere Fachgesellschaften (Denzer et al. 2015).

1. Strukturqualität

Bei den Empfehlungen zu den Instrumenten gilt der starke Konsens, dass die Grundtechnik vergleichbar sein sollte, die Endoskope mit Videotechnik ausgestattet sein sollen und Einmalprodukte nicht mehrmals verwendet werden dürfen. Endoskopien sollen nur in den dafür vorgesehenen und ausgestatteten Räumlichkeiten stattfinden, welche auch für die Sedierung, den Eingriff, die PatientInnenbetreuung und -überwachung sowie das Notfallmanagement ausgerüstet sind. Die Anzahl und Größe der für die Endoskopie vorgesehenen Säle soll sich nach der Anzahl und Art der Untersuchungen richten, jedoch soll es zumindest einen Raum zur Durchleuchtung und einen für endoskopische Eingriffe geben, wobei jeweils eine Mindestgröße von 36 und 30 m² stark empfohlen wird. In den Eingriffsräumen muss eine gewisse Raumausstattung vorhanden sein, zu der eine geeignete Lüftungsanlage, eine Abdunkelungsvorrichtung, Wandanschlüsse für alle notwendigen Versorgungsleitungen, ein Handwaschplatz, Kabelkanäle für Kabel von Elektrogeräten, ein Umkleieraum, eine PatientInnentoilette, Monitoreinheiten zur kardiopulmonalen Überwachung von PatientInnen und ein Befundplatz zählen. In dem Eingriffsraum, dem Aufwachraum und dem Wartebereich soll ein flüssigkeitsdichter, desinfizierbarer Boden liegen, in dem Eingriffsraum gelten diese Kriterien auch für den Wandbelag. Die in den Räumen vorhandene Ausstattung muss an die Art der Untersuchung angepasst sein und ein ergonomisches Arbeiten des medizinischen Personals ermöglichen. Der Durchleuchtungsraum und dessen Ausstattung muss strahlenschutzkonform sein. Auch für den Aufbereitungsraum, den Wart- und Empfangsbereich sowie die weiteren Räume formuliert die Leitlinie bestimmte Anforderungen. Von besonderem Interesse für diesen Projektbericht – insbesondere für die Bedarfssplanung – sind auch die Leitlinien für die personelle Ausstattung. Zu Berechnungen dieser wird die starke Empfehlung ausgesprochen, dass jeder Endoskopieraum mit Vollzeitbetrieb mit je drei Vollzeitarbeitskräften zu besetzen ist. Diese drei Fachkräfte sollten aus einem/einer endoskopierenden FachärztIn, einer assistierenden

Pflegekraft und einer weiteren Fachkraft für die Überwachung der Sedierung bestehen. Zusätzlich dazu muss Pflegepersonal für den Aufwachraum verfügbar sein. Um einen Stellenplan auszuarbeiten, kann die Prozessmessung verwendet werden, bei welcher die Anzahl der endoskopischen Leistungen sowie der Zeitaufwand für den Eingriff selbst, der vorangehenden und nachfolgenden Leistungen sowie der qualifizierenden Maßnahmen berücksichtigt werden. Zuletzt muss man die Ausfallzeit der Fachkräfte miteinrechnen. Neben Vorgaben zur Anzahl der Fachkräfte müssen diese auch qualitative Anforderungen (Ausbildung) erfüllen und sollen die Möglichkeit bekommen, regelmäßig an spezifischen Weiterbildungen teilzunehmen (Denzer et al. 2015).

2. Prozessqualität – PatientInnenvorbereitung

Im Rahmen der PatientInnenaufklärung gilt es, auf die Bereiche Diagnose, Behandlung, Risiko und Sicherheit einzugehen. Bei ersterer wird der medizinische Befund mitgeteilt, bei zweiterer werden mögliche Alternativ- und Nachuntersuchungen sowie die Konsequenzen von Nichtbehandlung besprochen, welche zwei bis drei Monate bei ähnlichem Eingriff ihre Gültigkeit behält, sollte sich nichts erheblich geändert haben. Die Risikoaufklärung soll über die typischen Komplikationen eines endoskopischen Eingriffs aufklären, nicht nur über die prozentual häufigsten. Die vierte und letzte Art der Aufklärung – die Sicherheitsaufklärung – muss die PatientInnen in Kenntnis darüber setzen, wie sie sich am besten nach Entlassung aus der ambulanten Therapie verhalten (Denzer et al. 2015).

3. Prozessqualität – Standards für endoskopische Prozeduren

Das Kapitel Standards für endoskopische Prozeduren ist mit 20 Seiten sehr ausführlich, da zu 15 verschiedenen Behandlungen sowie dem Spezialfall der Endoskopie bei Schwangeren Empfehlungen ausgesprochen werden. Diese betreffen die jeweilige Vorbereitung, die Durchführung, die Nachsorge und die Komplikationen. Im vorliegenden Bericht wird ausschließlich auf die Koloskopie eingegangen, die Empfehlungen für die weiteren Prozeduren können im Originaldokument eingesehen werden (Denzer et al. 2015).

Die Vorbereitungsqualität betreffend herrscht starker Konsens, dass eine gute Vorbereitung die Minimierung der nachweisbaren Stuhlmengen beinhaltet, um eine optimale Untersuchungsqualität zu gewährleisten. Diese Qualität soll im Untersuchungsbefund dokumentiert werden, jedoch fehlt ein geeigneter Qualitätsparameter, um die Vorbereitungsqualität zu messen. Es besteht Konsens, dass ein vereinfachter und auf das gesamte Kolon ausgeweiteter Boston-Bowel-Preparation-Score verwendet werden kann. Ein niedriger Score bildet eine schlechtere Vorbereitungsqualität ab, und kann in einer niedrigeren Adenomdetektionsrate resultieren.

In diesem Fall sollte der Eingriff wiederholt werden. Die koloskopierenden ÄrztInnen sollen über eine hohe Kompetenz und ausreichend Erfahrung verfügen, was mit kumulativ 300 Koloskopien in der Aus- und Weiterbildung und in den Folgejahren mit mindestens 200 Koloskopien pro Jahr festgelegt wird. Vor dem Eingriff soll den PatientInnen eine Sedierung angeboten werden, um einerseits eine hohe Akzeptanz der PatientInnen zu erreichen und andererseits, um die Komplettierungsrate zu optimieren (Denzer et al. 2015).

Bei der Durchführung wird empfohlen, dass der Zeitraum, in welchem das Koloskop während konstanter Untersuchung der Schleimhaut zurückgezogen wird, dokumentiert wird. Dieser Zeitraum, in welchen die Zeit für die Biopsie und Polypektomie nicht miteinberechnet wird, sollte mindestens sechs Minuten betragen. Jedoch kommen Studien, die den Einfluss der Untersuchungszeit auf die Adenomdetektionsrate untersuchen, zu keinem eindeutigen Ergebnis. Diese Adenomdetektionsrate wird als Parameter zur Erfolgskontrolle einer diagnostischen Koloskopie herangezogen, wie auch die Zökumintubationsrate. Daher wird empfohlen, dass die Adenomdetektionsrate bei Vorsorgekoloskopien bei über 20 % liegt, also dass bei mehr als 20 % der PatientInnen Adenome detektiert werden. Die Zökumintubationsrate wird als Messwert für die Vollständigkeit herangezogen und soll mindestens 90 % der kompletten Koloskopien betragen. Komplikationen bei Eingriffen sollen dokumentiert werden, jedoch eignet sich die Komplikationsrate nicht zur Qualitätsmessung, da sie schwer überprüfbar ist. Bevor die Komplikationsrate als Qualitätsparameter eingeführt werden kann, müssen die Art und Definition der Komplikation sowie der Zeitraum der Erfassung nach einem Eingriff festgelegt werden (Denzer et al. 2015).

Bezüglich der bei einer Koloskopie eingesetzten Geräte gibt es starken Konsens, dass hochauflösende Videoendoskope für den Eingriff selbst verwendet werden sollen. Weiters sollen Koloskopien mit einer CO₂-Insufflation durchgeführt werden und es können im Einzelfall spasmolytisch wirksame Medikamente eingesetzt werden (Denzer et al. 2015).

Werden bei dem Eingriff selbst karzinomverdächtige Läsionen entdeckt und es ist keine primäre Abtragung geplant, sollten diese biopsiert werden. Ist eine Polypektomie vorgesehen, soll die Biopsie nur durchgeführt werden, falls die Art nicht eindeutig ist, jedoch das weitere Vorgehen bestimmt. Wenn Läsionen abgetragen werden, sollen sie zur histologischen Untersuchung eingesendet werden. Eine vollständige Entfernung von Adenomen im Kolon und im Rektum ist erforderlich und soll endoskopisch kontrolliert werden. Je nach Polypgröße werden für die Abtragung unterschiedliche Instrumente und Techniken empfohlen, welche in den Leitlinien der DGVS nachgelesen werden können (Denzer et al. 2015).

4. Prozessqualität – Dokumentation von Befunden

Die Dokumentation der Befunde muss insgesamt zwölf Kriterien erfüllen. Die Befunddokumentation muss 1) die PatientInnenidentifikation, 2) die Untersuchungsindikation, 3) die Identifikation des Fachpersonals (ÄrztInnen und Assistenz), 4) die Geräteidentifikation mit Seriennummer, 5) die Medikation, 6) die Zeiterfassung von Untersuchung und Eingriff, 7) die Vollständigkeit und die Beurteilbarkeit des Eingriffs, 8) den Befund gemäß Standardklassifikationssystem, 9) die Diagnose und Therapie, 10) die Kodierung von ICD und OPS⁹, 11) die Erfassung der verwendeten Materialien und Instrumente sowie 12) die relevanten Bilddateien enthalten. Vor dem Eingriff vorhandene Informationen zu vorangehenden Untersuchungen müssen jederzeit erkennbar sein (Denzer et al. 2015).

5. Prozessqualität – Hygiene und Aufbereitung

Die Hygiene und Aufbereitung sollen unabhängig von den Eingriffsräumen sein, wodurch in jedem Durchführungsort dieselbe räumliche, apparative und personelle Ausstattung vorhanden sein muss. Die Sicherheit von PatientInnen und Personal ist besonders wichtig. Bei PatientInnen kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine bakterielle oder virale Infektion vorliegt, weswegen PatientInnen prinzipiell als potenziell ansteckend betrachtet werden müssen. Natürlich haben diese das Recht, vor Infektionen in der medizinischen Einrichtung geschützt zu werden. Das Fachpersonal sollte direkten Kontakt mit Körperflüssigkeiten vermeiden, damit eine potenzielle Ansteckung verhindert werden kann. Aus diesem Grund besteht starker Konsens, dass flüssigkeitsabwesende Schutzkittel, Handschuhe und Augen- und Gesichtsschutz getragen werden sollen. Das an der Endoskopie beteiligte Personal muss geschult werden, um Hygienemaßnahmen und den korrekten Umgang mit dem Instrumentarium zu gewährleisten. Es muss ausreichend Platz, Ablageflächen, Aufbereitungsräume und Personal geben, um einen hohen Hygienestandard sicherzustellen. Das regelmäßige Verwenden von Handdesinfektionsmittel durch ÄrztInnen and AssistentInnen ist ebenfalls erforderlich. Für die Sedierung von PatientInnen verwendete Medikamente müssen zeitnah nach der Öffnung aufgebraucht werden und angebrochene Applikationssysteme sollten nicht weiterverwendet werden. Nach dem Eingriff sollten die Endoskope vorgereinigt werden, um die Funktionstüchtigkeit zu testen. Der Transport sollte in geschlossenen Systemen erfolgen, sodass keine Kontamination stattfindet. Die manuelle Reinigung soll nach standardisierten Protokollen geschehen und dokumentiert werden. Welche Reinigungsmittel und Instrumente dabei zum Einsatz kommen, ist ebenfalls in der Richtlinie geregelt. Diese

⁹ Operationen- und Prozedurenschlüssel; amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen (BfArM 2022).

Maßnahmen sollen im Rahmen des Qualitätsmanagements von einem/einer Beauftragten durch periodische Routineüberprüfungen kontrolliert werden (Denzer et al. 2015).

6. Ergebnisqualität in der Endoskopie

Die Ergebnisqualität kann anhand allgemeiner Qualitätsindikatoren gemessen werden. Präprozedural gilt es, die Indikatoren für den Eingriff zu dokumentieren, das standardisierte Risikoassessment, die PatientInnenaufklärung und das sogenannte Team-Time-Out durchzuführen. Bei gegebener Indikation muss eine gerinnungshemmende Medikation oder eine Antibiotikaprophylaxe für den Eingriff korrekt dosiert werden. Intraprozedural muss eine Fotodokumentation ebenso wie die Dokumentation der Dauer des Eingriffs und der Vitalzeichen der PatientInnen stattfinden. Postprozedural müssen die komplette Befunddokumentation und die Nachsorgeempfehlung erstellt werden und Komplikationen während des Eingriffs und deren Frequenz sowie die verwendeten Instrumente müssen dokumentiert werden. Zuletzt sollten die PatientInnen korrekt entlassen werden (Denzer et al. 2015).

In der S3-Leitlinie zum kolorektalen Karzinom spricht die DGVS gemeinsam mit einer Reihe an ExpertInnen und Fachgesellschaften Empfehlungen rund um die Prävention, Vorsorge, Erkennung und Behandlung von kolorektalen Karzinomen aus. Diese werden gewichtet in „Starke Empfehlung“, „Empfehlung“ und „Empfehlung offen“, beziehungsweise in die prozentuale Zustimmung der TeilnehmerInnen. Alle Empfehlungen werden entweder mit einer Quelle wissenschaftlich belegt oder als Expertenkonsens deklariert, wenn eine Vorgehensweise in der klinischen Praxis etabliert ist und keine Studie notwendig ist. Die Empfehlungen sind auf neun Kapitel aufgeteilt: 1) Prävention, 2) Vorsorge/Früherkennung, 3) Risikogruppen, 4) Endoskopie – Durchführung und Polypenmanagement, 5) Präoperative Diagnostik und Chirurgie, 6) Adjuvante und neoadjuvante Therapie, 7) Therapeutisches Vorgehen bei Metastasierung und in der palliativen Situation, 8) Nachsorge und 9) Qualitätsindikatoren. Nachfolgend wird ausschließlich auf die Früherkennung eingegangen, insbesondere auf Empfehlungen, die von den aktuellen Vorgehensweisen des organisierten Screeningprogramms in Deutschland abweichen (Office des Leitlinienprogrammes Onkologie und Deutsche Krebsgesellschaft 2019).

Die Altersbegrenzung bei der Früherkennung von asymptomatischen Personen wird mit einer Untergrenze von 50 Jahren, jedoch – im Gegensatz zu den aktuellen Regelungen in Deutschland – ohne Obergrenze empfohlen. Dies wird mit der steigenden Lebenserwartung und dem Fehlen von qualitativ ausreichenden Studien über die Effektivität und Sinnhaftigkeit eines Screenings in höheren Altersgruppen begründet. Daher lautet die Empfehlung, dass in höherem Alter eine individuelle Entscheidung unter

Berücksichtigung der Begleiterkrankungen getroffen werden muss. Bei der Wahl des Untersuchungsverfahrens wird die Koloskopie als Standardverfahren empfohlen, da sie die höchste Sensitivität besitzt und nur alle zehn Jahre wiederholt werden muss. Für Personen, die eine Koloskopie ablehnen, soll eine qualitätsgesicherte Sigmoidoskopie in Kombination mit einem jährlichen Stuhlbluttest als Alternative angeboten werden. Ein Stuhlbluttest ist ebenfalls eine gute Alternative für PatientInnen, die keine Koloskopie machen lassen wollen. Dieser sollte jährlich durchgeführt werden. Nicht geeignet als Vorsorgeuntersuchung sind die Kapsel-Koloskopie, genetische Stuhltests sowie CT- und MR-Kolonographie (Office des Leitlinienprogrammes Onkologie und Deutsche Krebsgesellschaft 2019, S. 3).

Leitlinien Schweiz

Mit dem Ziel, die Qualitätsstandards landesweit zu vereinheitlichen und zu vervollständigen, wurde von der Initiative „Nationale Strategie gegen Krebs“, eine Kooperation von Swiss Cancer Screening, der Krebsliga Schweiz, dem Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse, der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie, dem Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz und der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie, eine Charta für die professionelle Zusammenarbeit festgelegt. Diese Qualitätsstandards beruhen auf jenen der Europäischen Union, wurden jedoch leicht abgeändert. Sie gelten für die ganze Schweiz, und damit sowohl für die Kantone mit opportunistischem Screening als auch für jene mit einem organisierten Programm. Die Standards sind in 24 Kategorien mit je einem oder mehreren Qualitätskriterien gegliedert. Es ist festgelegt, dass jedes Screeningprogramm von einer administrativen Leitung, welche Koordinationsstelle genannt wird, geleitet werden muss. Dieser obliegt eine Reihe von Verantwortungen, welche schriftlich festzuhalten sind. Die Kernprozesse müssen dokumentiert und archiviert werden. Dazu gehören unter anderem Gestaltung und Durchführung von Informationen, Einladungen und andere Aufgaben. Die angebotenen Untersuchungsmethoden müssen gewissen Standards entsprechen, zu welchen die Eignung, die Durchführbarkeit und die Kosteneffizienz zählen. Für jedes Programm muss es festgelegte Ein- und Ausschlusskriterien geben, die standardisiert und dokumentiert sind. Momentan gilt, dass Personen zwischen 50 und 69 Jahren, die in der Schweiz versichert sind und keine Symptome, Vorerkrankungen oder ein erhöhtes Darmkrebsrisiko aufweisen, an der Vorsorge teilnehmen dürfen. Ausgeschlossen werden Personen, die schon eine der Vorsorgeuntersuchungen in dem festgelegten Zeitrahmen absolviert haben (negatives Ergebnis einer Koloskopie in den letzten zehn Jahren bzw. eines FIT in den letzten zwei Jahren) oder bei denen bereits Darmkrebs oder eine chronisch entzündliche Darmerkrankung (CED) diagnostiziert wurde.

Die Informationen für Anspruchsberechtigte müssen verständlich, zielgruppengerecht und neutral formuliert und wissenschaftlich fundiert sein, damit sich alle potenziellen

TeilnehmerInnen eine unabhängige Meinung über die Vor- und Nachteile des Screenings bilden können. Die Kommunikation muss den Standards der FMH entsprechen und die vermittelten Inhalte sollen auf nationaler Ebene standardisiert sein. TeilnehmerInnen müssen ebenfalls über die Weiterverarbeitung ihrer Daten im Rahmen des Programms und ihre Rechte informiert werden. Die gesammelten Informationen sollten auch mit weiteren Datenquellen (z. B. Melderegister) verknüpft werden, wobei der Datenschutz eingehalten werden muss. Die interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit ist ebenfalls geregelt: Die Verantwortung und Rollen der teilnehmenden DienstleisterInnen müssen dokumentiert werden. Zusätzlich sollen die an dem Screening teilnehmenden Fachkräfte über die Kommunikationskanäle geschult werden, im Idealfall sollte diese Kommunikation elektronisch verlaufen. Um die Qualität zu erhöhen, sollten Zirkel zum Erfahrungs- und Meinungsaustausch gebildet werden.

Für das Monitoring beziehungsweise die Evaluation des Programms ist die Koordinationsstelle zuständig. Diese muss von den DienstleisterInnen die notwendigen Daten erfassen, um Kennzahlen über die Beteiligung, Leistung und Prognose erstellen zu können. Diese Auswertung und Berichterstattung sind notwendig, um eine Bewertung des Programms vornehmen zu können. Dies gilt insbesondere für das nationale Programm, jedoch müssen auch Vorsorgeprogramme auf anderen Ebenen ihre Leistung anhand von langfristigen Indikatoren bewerten. Sowohl im nationalen als auch im kantonalen Programm müssen die Monitoringzahlen regelmäßig veröffentlicht werden, jedoch gibt es momentan noch keine aktuellen Daten, wie im Unterkapitel 3.1.4 im Abschnitt Programmevaluierung beschrieben. Die Koordinationsstelle ist auch dafür verantwortlich, mit den am Screening beteiligten Fachkräften Verträge abzuschließen und diese auch in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Die Fachkräfte müssen zu den Programmspezifikationen und den jeweiligen Aufgaben geschult werden, diese kennen und einhalten. Die Schulung zum Datenschutz soll separat erfolgen. Zusätzlich sollen die fachspezifischen und programmspezifischen Kenntnisse laufend aufgefrischt werden. Die teilnehmenden DienstleisterInnen werden nach den Programmkriterien beurteilt und können gegebenenfalls sanktioniert werden. Dementsprechend müssen die Fachkräfte medizinische Eingriffe dokumentieren. Die für Eingriffe vorgesehene Infrastruktur muss den Regeln des Programms sowie der entsprechenden Gesetzgebung und den Anforderungen von Fachgesellschaft und Hersteller entsprechen. Jedes Gerät darf erst nach einer Einstellung in Betrieb genommen werden und muss regelmäßig geprüft werden. Die Koordinationsstelle erhält die Daten der Evaluation der Infrastruktur auf Anfrage. Wie beschrieben, soll der Datenaustausch zwischen den Fachkräften und der Koordinationsstelle elektronisch erfolgen. Um dies zu gewährleisten, muss eine technische Infrastruktur entwickelt werden, die den gesetzlichen und den programmspezifischen Anforderungen gerecht wird. Die minimalen Anforderungen an die in den

Berichten vorhandenen Informationen sollen ebenfalls auf nationaler Ebene vereinheitlicht werden (NSK 2020).

Zu den beiden Untersuchungsmethoden iFOBT und Koloskopie werden ebenfalls Standards formuliert, die es in dem nationalen und in den regionalen Screeningprogrammen einzuhalten gilt. Diese gelten zusätzlich zu den voranstehenden allgemeinen Standards. Der iFOBT soll nach den Vorgaben des Herstellers durchgeführt werden, was nach den Regelungen des Programms dokumentiert werden muss. Der Schwellenwert, ab welchem ein/e PatientIn positiv ist, muss dokumentiert werden. Der Zugang zu einem iFOB-Test soll über Fachpersonal erfolgen, da die teilnehmenden PatientInnen über Ablauf und Durchführung in Kenntnis gesetzt werden müssen, um den Test richtig anwenden zu können. Ebenso wird von dem Fachpersonal das persönliche Risiko der jeweiligen TeilnehmerInnen beurteilt, welches auch für den Ein- oder Ausschluss an dem Programm ausschlaggebend ist. Die Privatsphäre soll dabei durch einen separaten Beratungsraum gewahrt werden. Sollte der Test auch über eine Internetplattform verfügbar sein, muss eine Kontaktmöglichkeit für Rückfragen angegeben werden. Die Auswertung der iFOBT findet in von dem Programm akkreditierten Laboren statt. Jedes Vorsorgeprogramm muss ein Prozedere für die Betreuung der TeilnehmerInnen festlegen, vor allem bei einem positiven iFOBT. Sollte dieser Fall eintreten, muss das verantwortliche Fachpersonal das persönliche Gespräch suchen, um die jeweiligen PatientInnen über das Ergebnis und die weiteren Schritte zu informieren. Ist das Ergebnis negativ, werden die PatientInnen nach zwei Jahren wieder zur Vorsorgeuntersuchung eingeladen, sollten sie noch anspruchsberechtigt sein. Diese ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräche müssen schriftlich festgehalten werden. Die Koloskopie kann als Alternative zum iFOBT gewählt werden, wird jedoch nicht in Zwei- sondern in Zehn-Jahres-Abständen durchgeführt. Außerdem wird eine Koloskopie auch als Folgeuntersuchung nach positivem iFOBT-Resultat durchgeführt. In beiden Fällen muss die Koloskopie dem regulatorischen Rahmen des Programms entsprechen. Wird nach einem positiven iFOBT eine Folgekoloskopie durchgeführt, sollen innerhalb von acht Wochen nach Erhalt des positiven Ergebnisses mindestens 80 % der Koloskopien durchgeführt werden. Die Eingriffe werden dokumentiert, wodurch die Koordinationsstelle auf Anfrage die individuelle Leistung der ÄrztInnen überprüfen kann. Die Sanktionen bei Nichteinhalten der Richtlinien müssen auf nationaler Ebene einheitlich bestimmt werden.

Die pathologische Untersuchung wird von Laboren durchgeführt, welche sich an die Vorgaben der Schweizerischen Gesellschaft für Pathologie halten müssen. Wird bei der Untersuchung einer Probe die Diagnose Darmkrebs festgestellt, muss dieses Ergebnis nach dem Vieraugenprinzip bestätigt werden. Um die Qualität der Labore zu überprüfen, sollen regelmäßig sogenannte Ringversuche gemacht werden, bei welchen identische

Proben in einer Reihe von Laboren mit entweder dem gleichen oder verschiedenen Verfahren untersucht wird.

Nach dem abgeschlossenen Eingriff und der Auswertung werden die PatientInnen sowie deren HausärztInnen über das Ergebnis informiert. Ist das Ergebnis unauffällig, werden die PatientInnen nach den in dem Programm vorgesehenen Zeitabständen erneut zu einem Screening eingeladen. Die geschilderten Standards sind zum letzten veröffentlichten Stand (Dezember 2020) noch nicht landesweit umgesetzt, bis Ende 2023 sollen sie jedoch in jedem Programm erfüllt werden (NSK 2020).

Die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie, auch Société Suisse de Gastroentérologie oder Società Svizzera di Gastroenterologia genannt (SGG/SSG), ist die Gesellschaft der FachärztInnen der Gastroenterologie in der Schweiz. Diese gibt Informationen zu Weiterbildungen sowie Empfehlungen und Qualitätsstandards heraus. Diese beinhalten unter anderem eine Koloskopiewegleitung¹⁰ und Nachsorgeempfehlungen (Dorta und Mottet 2016; SGGSSG 2021).

3.1.8 Leitlinien der Europäischen Union

Die Europäische Kommission formuliert eigene Leitlinien und empfiehlt die Einführung eines organisierten Screeningprogramms, um die Qualitätsstandards, die Zugänglichkeit, das Monitoring und die Evaluierung sicherzustellen. Die Ergebnisse der EU zeigen, dass Ergebnis und Qualität eines Programms stark von der Ausführung jedes Schrittes des Screeningprozesses abhängen. Damit das Programm einen gesundheitlichen und finanziellen Nutzen hat, muss jeder Schritt optimal geplant und durchgeführt werden, angefangen bei der Identifizierung der anspruchsberechtigten Bevölkerung und der Einladung der Anspruchsberechtigten, über die Durchführung des Tests und zuletzt – falls erforderlich – die diagnostische Aufarbeitung der im Screening entdeckten Läsionen, die Behandlung, die Überwachung und die anschließende Betreuung. Organisierte Programme bringen einen hohen Grad an organisatorischem Aufwand mit sich, haben jedoch den Vorteil, dass die anspruchsberechtigten Personen gezielt eingeladen werden können. Des Weiteren kann die Qualität besser kontrolliert und verbessert werden. Dadurch ist es möglich, gesundheitliche Ungleichheiten in der Bevölkerung zu verringern. Bezüglich der Organisation bevorzugt die EU, wie erwähnt, organisierte Programme gegenüber opportunistischen, wobei eine Reihe von Faktoren berücksichtigt werden müssen (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010). Dazu gehören

¹⁰ Leitfaden Koloskopie der SGG/SSG, welcher als Standard in der ambulanten und stationären Gastroenterologie gilt und mit dem Ziel erstellt wurde, eine möglichst hohe Untersuchungsqualität zu erzielen.

„der gesetzliche Rahmen, die Verfügbarkeit und Genauigkeit von epidemiologischen und demographischen Daten, die Verfügbarkeit von qualitätsgesicherten Dienstleistungen für Diagnose und Behandlung, Werbemaßnahmen, eine Zusammenarbeit mit dem lokalen Krebsregister und die Nachverfolgung von Todesursachen auf individueller Ebene“ (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

Organisation

Bei der Einführung von Screeningprogrammen soll darauf geachtet werden, dass auf Melderegister und die genauesten und aktuellsten Informationen über die Zielbevölkerung zugegriffen wird, um sicherzustellen, dass möglichst alle anspruchsberechtigten Personen erfasst und über die mögliche Teilnahme informiert werden. Sollte es Gründe geben, Personen aus der anspruchsberechtigten Altersgruppe auszuschließen, müssen diese klar definiert und regelmäßig aktualisiert werden. Personen ohne erbliche Krankheiten, deren Verwandte von Darmkrebs oder anderen Vorerkrankungen betroffen sind, sollten nicht vom Programm ausgeschlossen werden. Personen mit einer positiven Familienanamnese sollten jedoch an spezielle Programme oder Familien-Krebskliniken verwiesen werden, falls solche vorhanden sind. Sollten Screeningprogramme für Personengruppen von einem bestimmten Geschlecht oder einer Altersgruppe vorgesehen sein, muss die Konzeption und Durchführung des Programms besonders sorgfältig gestaltet werden (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

Die Teilnahme am Screeningprogramm sollte möglichst allen Personen der Zielgruppe zugänglich sein, wodurch es sich empfiehlt, finanzielle Barrieren zu reduzieren. Im Optimalfall ist die Teilnahme am Screening daher gratis. Im Zuge eines organisierten Screenings wird geraten, personalisierte Einladungsbriefe zu versenden, idealerweise mit der Unterschrift der jeweiligen HausärztInnen. NichtteilnehmerInnen sollen mit einem Erinnerungsschreiben nochmals an die Vorsorgeuntersuchung erinnert werden, was die Teilnahmequote erhöht. Ausgewogene Informationen reichen nicht als Maßnahme, um Personen von der Teilnahme zu überzeugen, daher sind zusätzlich weitere organisatorische Maßnahmen erforderlich. Trotzdem sind ausgewogene Informationen für TeilnehmerInnen wichtig, um eine fundierte Entscheidung treffen zu können. Aus diesem Grund sollten Primärversorger in den Prozess der Informationsübermittlung an die anspruchsberechtigte Bevölkerungsgruppe involviert werden. Des Weiteren sollten sie an Aufbau und Umsetzung der organisierten Programme beteiligt sein. Um diese Beteiligung zu fördern, ist der Abbau von organisatorischen Barrieren für die ärztliche Beratung notwendig (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

Für das Testen selbst empfiehlt die EU Vorsorgeuntersuchungen für Personen zwischen 50 und 74 mit entweder iFOBT oder gFOBT als Screeningmethode. Bei der Wahl des FOBT-basierten Screenings und des Anbieters muss die Verfügbarkeit des Tests für die Bevölkerung im Vordergrund stehen. Zusätzlich muss beachtet werden, dass Testverfahren, die keine oder geringe Einschränkungen bei der Ernährung mit sich bringen, aufgrund der höheren Teilnahmebereitschaft zu bevorzugen sind. Die Zustellung der Testkits per Post ist prinzipiell empfehlenswert, obwohl die Durchführbarkeit und die Kosteneffektivität im jeweiligen Land zu berücksichtigen sind. Wichtig ist auch die Bereitstellung von einfachen und klaren Gebrauchsanweisungen, beiliegend zu den Tests. Die EU empfiehlt die Implementierung von systematischen, idealerweise auch automatisierten Testprotokollen, um die zuverlässige Klassifizierung der Testergebnisse, die korrekte Identifizierung der Probanden sowie die Erkennung etwaiger unvollständiger oder fehlerhafter Daten sicherzustellen. Nur bei einem positiven Ergebnis wird eine Folgeuntersuchung, also eine Koloskopie oder Sigmoidoskopie, empfohlen. Sollten eine Koloskopie oder Sigmoidoskopie notwendig sein, sind weitere Faktoren zu beachten. Die EU empfiehlt in beiden Fällen, dass mehrere Anbieter zur Verfügung stehen. Bei Koloskopien hat sich zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der Empfehlungen noch kein Präparat als durchgängig besser erwiesen, obwohl Natriumphosphat möglicherweise besser vertragen wird. Außerdem hat es sich gezeigt, dass bessere Ergebnisse erzielt werden, wenn das Darmpräparat in zwei Schritten verabreicht wird. Daraus ergibt sich die Empfehlung, ein Darmreinigungsprogramm zu erstellen und die Wirksamkeit der Präparate laufend zu überprüfen. Um eine rechtzeitige Diagnostik der positiv-getesteten Bevölkerung zu gewährleisten, sollten eine aktive Nachverfolgung und Erinnerungen durch ein computergestütztes System eingeführt werden. Wie erwähnt, wird nochmals hervorgehoben, dass die Kosten aller Untersuchungen für die TeilnehmerInnen so gering wie möglich sein sollten, um die Zugangsgerechtigkeit zu fördern (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

Idealerweise wird jedes Screeningprogramm vor oder bei Einführung mit Kontrollgruppen und individueller Randomisierung getestet, solange eine Abdeckung der gesamten Zielbevölkerung noch nicht möglich ist. Die Einführung selbst erfordert die Berücksichtigung einiger Faktoren. Dazu zählt die Organisation, wozu auch die Infrastruktur, Informationstechnologie, Werbung für die Früherkennung, Schulung und Qualitätssicherung gehören. Weitere zu berücksichtigende Faktoren sind etwaige Nebenwirkungen, die Teilnahmewahrscheinlichkeit und die Wahl der Screeningstrategie. Um die Effektivität überprüfen zu können, müssen Bevölkerungsdaten mit Daten aus allen Stufen der Vorsorgeuntersuchung verknüpft werden, um die Datenbasis für eine Programmevaluation sicherzustellen (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

Evaluierung und Interpretation der Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchung

Für die Evaluierung und Interpretation der Screeningergebnisse ist die Dokumentation aller Daten des Screeningprozesses sowie die Auswertung und das Monitoring besonders wichtig. Um aussagekräftige Ergebnisse zu ermöglichen, sollte die Datenbank einzelne Einträge pro Person pro Screeningrunde beinhalten. Für das Programm ist eine regelmäßige Evaluierung essenziell, um die Qualität sicherzustellen. Dabei sollten in regelmäßigen Abständen, am besten jährlich, die wichtigsten Indikatoren (u. a. TeilnehmerInnenrate, Personen mit erhöhten Werten, Diagnose, Komplikationen) in Tabellenform dargestellt werden. Weiters wird stark empfohlen, die Daten nach Geschlecht und Altersgruppe zu gliedern (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

Bei der Auswertung der Daten werden folgende Richtwerte von der EU befürwortet: Die Einladungsrate sollte mindestens 95 % betragen, gemessen anhand der anspruchsberechtigten Personen. Die Teilnehmerrate, also die Anzahl der eingeladenen Personen, die teilgenommen haben, dividiert durch die anspruchsberechtigten Personen, sollte keinesfalls weniger als 45 % betragen, besser wäre jedoch eine TeilnehmerInnenrate von über 65 %. Eine weitere wichtige Kennzahl ist das Ergebnis der FOBT, entweder gFOBT oder iFOBT, bei welchen das Ergebnis entweder positiv, negativ oder ungültig sein kann. Die Rate der ungültigen Tests sollte so gering wie möglich sein, wobei unter 3 % akzeptabel sind und unter 1 % optimal wäre. Ebenso sollte die Rate der positiv-getesteten Personen nach Art des Tests sowie Geschlechts- und Altersgruppen getrennt festgehalten werden. Die Überweisungsrate gibt an, wie viele der positiv-getesteten Personen für eine Koloskopie zu einem Spezialisten bzw. einer Spezialistin überwiesen wurden. Bei dieser Kennzahl sollte eine möglichst hohe Rate über mindestens 90 % erzielt werden, wobei über 95 % gewünscht wäre. Die Erfüllungsquote der Nachfolgekoloskopien¹¹ ist ein weiterer wesentlicher Schlüsselindikator und misst die Anzahl der Personen, die eine Nachfolgekoloskopie machen lassen anhand der Personen, die nach einem positiven FOBT überwiesen wurden. Diese Prozentzahl sollte ebenfalls hoch sein, wobei die EU über 85 % als akzeptabel und über 90 % als wünschenswert ansieht. Zusätzlich soll die Abschlussrate der Nachfolgekoloskopie gemessen werden, wobei eine Koloskopie als unvollendet gilt, wenn das Zökum unvollständig abgebildet ist. Eine Abschlussrate der Nachfolgekoloskopie von 90 % ist ausreichend, jedoch sollten über 95 % angestrebt werden. Der Zeitraum ab Erhalt des Ergebnisses der Vorsorgeuntersuchung sollte so kurz wie möglich sein, wobei die EU empfiehlt, dass über 90 % der TeilnehmerInnen ihr Ergebnis binnen 15 Tagen erhalten. Die Nachfolgekoloskopie sollte spätestens 31 Tage nach Erhalt des positiven Ergebnisses des Stuhlbluttests stattfinden. Ein akzeptabler Standard ist mindestens 90 %, empfohlen werden jedoch über 95 %. Ebenso soll der

¹¹ Follow-up colonoscopy compliance rate.

Zeitraum zwischen Koloskopie und allfällig nötiger abschließender Behandlung minimiert werden und in 95 % der Fälle nicht länger als 31 Tage betragen (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

Zwei weitere wichtige Indikatoren sind die Erkennungsrate und die positiv prädiktiven Werte für FOBT-Screeningprogramme. Ersteres kann für jede Art der Diagnose erstellt werden, daher gibt es die Erkennungsrate für Läsionen, Adenome, fortgeschrittene Adenome, Krebs sowie die Erkennungsrate für jedes Krebsstadium. Jede der eben genannten Raten wird mithilfe der Anzahl der Personen mit Diagnose durch die Gesamtanzahl der getesteten Personen berechnet. Der zweite Indikator berücksichtigt, dass Läsionen und weitere Diagnosen nur durch Folgekoloskopien erkannt werden können, was in der Berechnung berücksichtigt wird. Daher wird bei PPVs (positive-predicted values; positiv prädiktive Werte) die Anzahl der Personen mit Diagnose durch die Gesamtanzahl der Personen, welche nach einem positiven FOBT an einer Koloskopie teilgenommen haben, dividiert. Die Prozentzahl der positiv prädiktiven Werte kann für Läsionen, Adenome, fortgeschrittene Adenome und Krebs berechnet werden. Bei der Diagnose von Krebs gibt es keine von der EU empfohlenen Werte, jedoch sollte im Schnitt das Stadium des entdeckten Krebses ein früheres sein im Vergleich zu klinisch-diagnostiziertem Krebs. Die Erfassung des Screeningergebnisses ist von besonders hoher Wichtigkeit, insbesondere bei der Diagnose Darmkrebs. Diese Daten sollten mit jenen des Krebsregisters verknüpft werden, um eine Klassifizierung und auch die Analyse von Trends zu ermöglichen (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

Test auf okkultes Blut im Stuhl (FOBT)

Wie beschrieben, empfiehlt die EU als primäre Screeningmethode FOBT (engl.: faecal occult blood tests), sogenannte Tests auf okkultes Blut. Dabei wird unterschieden in gFOBT und iFOBT. Dieser Abschnitt gibt die Empfehlungen zu iFOBT und gFOBT der EU wieder, und worauf bei Durchführung und Auswertung geachtet werden muss (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

Der guajak-basierte Test auf okkultes Blut im Stuhl (gFOBT) hat Eigenschaften, die ihn prinzipiell als Screeningmethode geeignet machen, jedoch gibt es einige Nachteile: Gegenüber dem iFOBT weist der gFOBT eine geringere analytische Genauigkeit und Sensitivität auf, weiters kann die Analyse nicht automatisiert werden und der Grenzwert, bei welchem der Test von negativ auf positiv umschlägt, kann nicht vom Anwender bzw. von der Anwenderin eingestellt werden. Aus diesen Gründen ist der gFOBT nicht der bevorzugte Test bei modernen Screeningprogrammen, obwohl er sich trotzdem als praktikabler und erschwinglicher erweisen könnte als der iFOBT, abhängig von den lokalen Arbeitskosten, der Organisation und weiteren Faktoren. Da der iFOBT eine höhere Genauigkeit und Sensitivität aufweist, automatisierbar ist und die Konzentration, ab

welchem der Test positiv ist, eingestellt werden kann, ist der iFOBT generell zu bevorzugen, jedoch ist diese Entscheidung von individuellen Faktoren abhängig. Neben Blutstuhltests gibt es die Möglichkeit, mit anderen Tests, wie etwa auf DNA-Markern, Krebserkrankungen zu entdecken, allerdings sind diese nicht für Screeningprogramme geeignet und werden dementsprechend auch nicht durch die EU hierzu empfohlen (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

Bei der Durchführung des Tests ist der Zeitraum zwischen Entnahme der Probe und Analyse zu beachten, welcher je nach Test variiert. Ebenso sind Einschränkungen bei der Ernährung und Medikamenten zu berücksichtigen, da diese Faktoren die Akzeptanz und damit auch die Teilnahmerate in der Bevölkerung verringern können. Daher wären möglichst wenige Einschränkungen, besonders bei der Ernährung, optimal. Ebenso sollte das Design des Screeningkits für die Zielgruppe ansprechend gestaltet sein und mit klaren und einfachen Instruktionen ausgestattet sein. Der Anteil der nicht-akzeptablen Testkits sollte weniger als 3 % betragen, wobei unter 1 % wünschenswert wäre (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

Auch für Labore, welche die Proben untersuchen, und für deren Personal formuliert die EU einige Empfehlungen, um ein möglichst schnelles und präzises Screeningverfahren zu ermöglichen. Dabei ist von oberster Priorität, dass die Proben ohne Verzögerung analysiert werden, damit ein Anstieg der falsch-negativen Ergebnisse verhindert wird. Die (Un-)Genauigkeit sollte zwischen Laboren durch externe Qualitätssicherungsprogramme beobachtet werden und die Konsistenz der Ergebnisse soll durch laborübergreifende Plattformen, Qualitätsstandards und Mitarbeiterschulungen gewährleistet sein. Da die Ergebnisse reproduzierbar sein sollten, empfiehlt die EU, die Anzahl der Labore möglichst zu reduzieren und ein einheitliches Testverfahren einzuführen. Alle Labore, in denen Proben des nationalen Darmkrebsscreenings analysiert werden, sollten von klinischen ChemikerInnen geleitet werden, die in der Analyse und der Qualitätssicherung geschult sind. Wie oben erwähnt, ist die Aus- und Rücksendung der Testkits per Post eine effektive Variante, um die anspruchsberechtigte Bevölkerung zu erreichen und durchgeführte Tests schnell an die Labore zu retournieren. Für die Analyse der Proben sollten sowohl für die Abläufe als auch für die Qualitätskontrolle Protokolle implementiert werden. Neben den Maßnahmen für die interne Qualitätssicherung bei gFOBT und iFOBT sollte auch die externe Qualitätssicherung beachtet werden. Dafür sollte ein EU-weites Qualitätsbewertungsschema eingeführt werden, welches die Qualität der Tests und deren Auswertung vergleicht und verbessert. Alle Aspekte der Laboruntersuchung sind in einem Qualitätssicherungssystem festzuhalten, dazu gehören auch die Akzeptanz in der Bevölkerung, unzustellbare Lieferungen, Zeitraum zwischen Entnahme und Analyse, Analyseleistungen, Positivitätsraten, Fehlerraten etc. (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

Qualitätssicherung in der Endoskopie bei Screening auf kolorektales Karzinom und Diagnose

Bei der Planung der Vorsorgekoloskopie ist darauf zu achten, dass sie an einem günstigen Ort für die Teilnehmenden angeboten wird. Zusätzlich sollte sie in der unmittelbaren Nähe von klinischen Diensten durchgeführt werden. Da die Gefahr einer Hochrisikoläsion besteht, muss die Ausstattung und Kenntnis vorhanden sein, um diese sicher zu entfernen, wobei die Rate der Entfernung dokumentiert werden sollte. Die Leitung der Einrichtung ist dafür verantwortlich, dass das Personal dementsprechend ausgebildet ist. Welche Anforderungen in diesem Bereich von der EU empfohlen werden, wird in einem nachfolgenden Absatz konkret beschrieben. Daher muss für die Planung der Vorsorgekoloskopie sowohl die Ausbildung der ÄrztInnen als auch die Nachfrage nach Koloskopien berücksichtigt werden. Daraus ergibt sich die Wartezeit, welche für symptomatische Personen möglichst kurz sein sollte (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

Bezüglich Infrastruktur und Ausstattung formuliert die EU folgende Empfehlungen: Die Einrichtung muss die Infrastruktur und Ausstattung bereitstellen, welche für die Abklärung vor dem Eingriff, den Eingriff selbst und die Nachsorge notwendig ist. Diese muss so gestaltet sein, dass ein guter PatientInnenfluss möglich ist und die Effizienz maximiert wird. Die Einrichtung muss genügend Privatsphäre bieten, um die Würde des/der PatientIn zu wahren. Das Volumen an Ausrüstung sollte dem Bedarf entsprechen, um längere Wartezeiten zu vermeiden. Besonders wichtig ist das Vorhandensein von ordnungsgemäßer Reanimationsausrüstung im Aufwachbereich. Ebenso sollen auf staatlicher Ebene Richtlinien zur Verwendung von Zubehör, besonders bei wiederverwendbarem Zubehör, aufgestellt werden. Die Wartung der Ausrüstung sollte von kompetentem Personal durchgeführt werden, wobei die Reinigung auch regelmäßig überprüft und dokumentiert werden muss (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

Bezüglich der Vorbereitung und Nachsorge wurde unter anderem empfohlen, dass die Nachfolgekoloskopie (nach positivem Screening) spätestens 31 Tage nach Überweisung stattfindet. Vor dem Eingriff muss der/die PatientIn vorbereitet werden, bei einer Sigmoidoskopie entweder mit einem Einlauf oder einer oralen Vorbereitung je nach Präferenz, wobei kulturelle Faktoren berücksichtigt werden müssen. Bei der Koloskopie muss vorher von dem/der PatientIn ein Darmpräparat eingenommen werden, welches nach Verträglichkeit ausgewählt werden sollte. Dieses Präparat sollte von mehreren Anbietern zur Verfügung stehen und mit einfachen Anleitungen versehen sein. Nach dem Eingriff sollte die betroffene Person über die Ergebnisse der Koloskopie oder Sigmoidoskopie aufgeklärt werden. Diese Erläuterung sollte auch durch schriftliche Informationen ergänzt werden. Der/Die HausärztIn sollte ebenfalls über das Ergebnis

informiert werden, sodass die Diagnose Teil der zentralen PatientInnenakte wird und der/die praktische ÄrztIn in den Behandlungsprozess miteinbezogen werden kann. Das Ergebnis sowie etwaige Schwierigkeiten wie unvollständig entfernte Läsionen müssen erfasst und weiterhin behandelt werden, falls notwendig (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

Die Empfehlungen zur Endoskopiemethode handeln vor allem von der Sedierung, der verwendeten Technologie und der Vorgehensweise. Bei der Sedierung sollte man sich an lokale Richtlinien halten, um die Toleranz in der Bevölkerung zu maximieren und die Komplikationen zu minimieren. Bei dem Eingriff kann magnetische Endoskopie-Technologie eingesetzt werden, vor allem bei geringer oder keiner Sedierung. Wenn der/die EndoskopikerIn Zweifel hat, ob eine Hochrisikoläsion entfernt werden kann, muss diese dementsprechend dokumentiert und gegebenenfalls markiert werden, sodass diese durch einen weiteren Eingriff entnommen werden kann (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

Die EU empfiehlt ebenfalls eine Leistungsüberprüfung der EndoskopikerInnen und der durchgeführten Koloskopien. Daher sollten die Eingriffe erfasst und daraus Leistungsindikatoren (eine komplette Liste dieser ist im Originaldokument im Annex 5.1 gelistet) erstellt werden. Einer dieser Leistungsindikatoren ist die unbereingte zökale Intubationsrate, wobei ein Wert über 90 % akzeptabel und über 95 % wünschenswert ist. Jede/r am Darmkrebs-Früherkennungsprogramm teilnehmende EndoskopikerIn sollte ein Minimum an 300 Eingriffen pro Jahr durchführen, wobei ein höheres Volumen wünschenswert wäre. Weiters muss der Dienst so gestaltet werden, dass das wünschenswerte Volumen erreicht werden kann. Alle EndoskopikerInnen und Einrichtungen, welche an dem Screeningprogramm teilnehmen, sollten an einem kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozess teilnehmen (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

Berufliche Anforderungen und Ausbildung für Fachpersonal

Da an dem Darmkrebscreeningprozess Personal aus verschiedenen Bereichen und Berufsgruppen beteiligt ist, müssen die Kriterien unterschieden werden. Allgemein empfiehlt die EU, dass das Screeningprogramm von angemessen ausgebildeten, multidisziplinären Teams geleitet wird. Das administrative Personal sollte Grundkenntnisse über Darmkrebsfrüherkennung sowie Verwaltungskennntnisse verfügen. Daher bietet es sich an, dass Krebscreeningprogramme in Verbindung miteinander verwaltet werden. Speziell ausgebildete EpidemiologInnen sollten für die Organisation des Programms angestellt werden. Die Anforderungen an das Laborpersonal sind in einem Abschnitt oben genauer beschrieben, jedoch betont die EU die Wichtigkeit von Schulungen für das Personal sowie einen Austausch innerhalb ganz Europas, um die Qualität zu

sichern. Alle im Land tätigen AllgemeinmedizinerInnen sollten über die Einführung des Programms informiert und mit den entsprechenden Mitteln ausgestattet werden, so dass sie die Bevölkerung ausreichend informieren können. Die möglichen TeilnehmerInnen sollen durch diese Informationen eine fundierte Entscheidung über die Teilnahmen treffen. Zusätzlich zu den bereits angesprochenen 300 Eingriffen pro Jahr und teilnehmendem/teilnehmender EndoskopikerIn wird empfohlen, dass diese in jenem Verfahren, das sie auch durchführen (Koloskopie oder Sigmoidoskopie), ausgebildet wurden. Weiters müssen sie über die Fähigkeiten verfügen, Biopsien und Polypektomien durchzuführen. Die an dem Programm teilnehmenden FachärztInnen sollen sich einer regelmäßigen Beurteilung unterziehen und hohe Abschlussraten, eine geringe Morbidität und eine angemessene Adenom-Erkennungsrate nachweisen. Teilnehmende RadiologInnen sollten eine Ausbildung in kolorektaler Bildgebung haben. Außerdem sollte zumindest ein Teil der radiologischen Untersuchung doppelt ausgewertet werden. Am Programm teilnehmende PathologInnen sollten eine Ausbildung im Bereich der kolorektalen Pathologie haben und zugleich im Erfahrungsaustausch mit anderen PathologInnen stehen. ChirurgInnen sollten ebenfalls eine Ausbildung im Bereich Darmkrebs haben sowie eine umfangreiche Praxis vorweisen können. Auch von KrankenpflegerInnen wird erwartet, dass diese eine einschlägige Ausbildung haben, um angemessen zu dem Screeningprozess beitragen zu können. Alle anderen ÄrztInnen, die nicht direkt in das Programm miteinbezogen sind, sollten trotzdem ausreichend darüber informiert werden und gegebenenfalls eine entsprechende Ausbildung erhalten (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

Kommunikation

Die Kommunikationsstrategie für das organisierte Darmkrebsprogramm sollte sicherstellen, dass möglichst viele Personen der Zielgruppe erreicht werden und diese alle relevanten Informationen erhalten. Dabei sollten die vier ethischen Prinzipien der Selbstbestimmung der PatientInnen, der Schadensvermeidung, des PatientInnenwohls und der sozialen Gerechtigkeit berücksichtigt werden. Die Informationen sollten ausgewogen, quantifizierbar, unvoreingenommen und leicht zugänglich sein. Das ganze Programm, inklusive Informationsmaterialien und Anleitungen zu den Testkits, sollte auf die Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt sein. Ziel ist es, die Öffentlichkeit zu informieren und in den Prozess miteinzubeziehen. Nicht gut erreichbare Personengruppen sollten dementsprechend identifiziert und konkret angesprochen werden. Wenn Minderheiten direkt angesprochen werden, sollte vor allem auf die positiven Effekte des Screenings, und nicht auf Ungleichheiten eingegangen werden. Die Informations- und Kommunikationstechnik kann auch zur Erinnerung von ÄrztInnen direkt genutzt werden, sodass sie PatientInnen direkt auf das Screening hinweisen und beraten können (European Commission, Directorate-General for Health and Consumers et al. 2010).

3.1.9 Weitere Interessengruppen auf EU-Ebene

Neben dem offiziellen Leitfaden der Europäischen Union gibt es auf EU-Ebene weitere Interessensgruppen, welche Richtlinien zu Krankheiten betreffend Gastroenterologie und Hepatologie herausgeben. Dazu gehören die Europäische Gesellschaft für gastrointestinale Endoskopie (engl.: European Society of Gastrointestinal Endoscopy; ESGE) und die „United European Gastroenterology“ (UEG).

Europäische Gesellschaft für gastrointestinale Endoskopie

Die ESGE vertritt nationale Gesellschaften für Endoskopie in Europa, dem Mittelmeerraum und Nordafrika, von derzeit insgesamt 49 Ländern. Im Jahr 2020 hat die ESGE ein Statement zur Rolle der Endoskopie bei Vorsorgeuntersuchungen auf Magen- und Darmkrebs herausgegeben. Bei Darmkrebs empfiehlt die ESGE die Einführung eines organisierten Screeningprogramms, bei welchem Personen im Alter von 50 bis 75 Jahren teilnehmen sollten. Jedoch zeigt sich in den letzten Jahren, dass auch immer mehr jüngere Leute an Darmkrebs erkranken, weshalb eine Ausweitung der Altersgrenze auf 45 in Betracht gezogen werden kann. Als Screeningmethode sollten okkulte Stuhlbluttests (FOBT) verwendet werden, wobei der iFOBT eine zwei bis drei Mal höhere Sensitivität aufweist als der gFOBT, weswegen er derzeit zu bevorzugen ist. Obwohl eine Vorsorgekoloskopie bei negativem Ergebnis die Wahrscheinlichkeit an Darmkrebs zu erkranken für einen längeren Zeitraum verringert, ist die Bereitschaft der Bevölkerung, eine Koloskopie machen zu lassen, recht gering. Daher sollte anhand der Akzeptanz in der Zielbevölkerung und der Verfügbarkeit von Endoskopie-Diensten in dem entsprechenden Land evaluiert werden, ob die Koloskopie und die Sigmoidoskopie als primäre Screeningmethode sinnvoll sind (Săftoiu et al. 2020).

Bei Magenkrebs empfiehlt die ESGE ein opportunistisches Screening, bei welchem Personen im Alter von 40 bis 80 untersucht werden. Dabei orientiert man sich am asiatischen Raum, wo Personen schon im Alter von 40 anspruchsberechtigt sind, wohingegen es in der EU hauptsächlich erst ab 50 Jahren empfohlen wird. Die Art des Screenings sollte von Region zu Region je nach Sterblichkeitsrate variieren: Bei einer hohen Mortalität (> 20 pro 100.000) wird eine jährliche oder zweijährlich Endoskopie sowie serologisches Screening basierend auf Pepsinogentests empfohlen. Bei einer niedrigen Mortalität (< 10 pro 100.000) wird die Endoskopie als Screeningmethode nicht empfohlen. Bei einer Mortalität zwischen den eben genannten Werten kann die Endoskopie je nach Gegebenheiten in der Region zur Anwendung kommen. Bei entsprechenden Voraussetzungen wie etwa Kosteneffizienz, kann die Endoskopie auch für Regionen mit mittlerer Sterblichkeitsrate verwendet werden, das Intervall darf aber mit fünf Jahren länger sein als bei Regionen mit hoher Rate (Săftoiu et al. 2020).

Vorsorgeuntersuchungen auf Speiseröhrenkrebs, also auf Plattenepithelkarzinome, sollten ebenfalls in einem opportunistischen Programm organisiert werden. Dabei gibt es keine Empfehlung des ESGE bezüglich des Alters der anspruchsberechtigten Personen, da das Auftreten von Speiseröhrenkrebs stark von dem Alkohol- und Tabakkonsum abhängig ist. Daher sollte das Programm nur Personengruppen mit hohem Risiko ansprechen, wie PatientInnen mit Diagnose von Plattenepithelkarzinome im Kopf- und Halsbereich, vorangehende Strahlentherapie bei Brustkrebs oder frühere ätzende Verletzungen der Speiseröhre. Auch bei dem Untersuchungsintervall sind sich ExpertInnen nicht einig; diese reichen von einem Jahr bis fünf oder zehn Jahre. Die Endoskopie kann als Screeningmethode verwendet werden, sollte jedoch nicht als regelmäßige Untersuchung für Personen mit geringem Risiko eingesetzt werden, da Endoskopien teuer und invasiv sind. Es sollte nach anderen Möglichkeiten geforscht werden, jedoch sind bisher keine serologischen Tests verfügbar (Săftoiu et al. 2020).

Bei Screening auf Pankreaskrebs sollte ebenfalls nicht die gesamte Bevölkerung, sondern nur Personen mit hohem Risiko anspruchsberechtigt sein. Dies soll unter anderem anhand von Vorerkrankungen der Person und in der Familie festgestellt werden. Als Methode eignet sich die Untersuchung mittels endoskopischen Ultraschalls, jedoch besteht ein Risiko auf falsche Diagnosen und Übertherapie (Săftoiu et al. 2020).

United European Gastroenterology

Die „United European Gastroenterology“ (UEG) ist eine Non-Profit-Organisation, die sich auf Verdauungsgesundheit spezialisiert, mit dem Ziel, wissenschaftliche Forschung zu fördern, die Qualität der Behandlung zu verbessern und den Austausch zwischen Mitgliedern zu stärken. Mitglieder sind (führende) GastroenterologInnen und weitere SpezialistInnen aus Europa. Unter anderem veröffentlicht die UEG Berichte, Studien und Positionspapiere zu verschiedenen Themen der Gastroenterologie. Für diesen Projektbericht sind vor allem Aussagen zu Darmkrebs und Vorsorgeuntersuchungen von besonderem Interesse (UEG 2021a).

Bei Krebserkrankungen des Verdauungstrakts im Allgemeinen, welche Speiseröhren-, Magen-, Bauchspeicheldrüsen-, Leber-, Darm- und Dickdarmkrebs umfassen, werden in einem Positionspapier die massiven Unterschiede im Screening zwischen den Ländern sowie das unzureichende Wissen über seltenere Krebsarten und die schlechten Genesungschancen bei aggressiven Krebsarten kritisiert. Deswegen fordert die UEG unter anderem die Einführung von Screeningprogrammen für Krebsarten wie Magen- und Speiseröhrenkrebs sowie organisiertes Screening für Darmkrebs in allen EU-Mitgliedsländern. Zusätzlich wird zu einer regelmäßigen Aktualisierung der europäischen Leitlinien nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, mehr Förderung der Gesundheitskompetenzen auf einer gesamt-sozioökonomischen Skala, sowie gleicher

Zugang zu Prävention und Behandlungen im Allgemeinen geraten. Nachstehend wird auf die Empfehlungen der UEG zu Darmkrebs, sowie Screening und Behandlungen genauer eingegangen. Weiters gibt es auch Leitlinien zu Pankreas-, Speiseröhren und Magenkrebs, die auf der Website der UEG eingesehen werden können (UEG 2021b).

Im Jahr 2019 wurde ein internationaler Vergleich des Darmkrebscreenings in Europa veröffentlicht, in welchem auf das in jedem Land jeweilig vorhandene Screeningprogramm eingegangen wird. Diese wird – aktualisiert – in Tabelle 25 dargestellt, in welcher ein Großteil der europäischen Länder sowie Art und Einführungsjahr des jeweiligen Screeningprogramms gelistet sind. Laut dieser Tabelle gehört Österreich zu den sieben Ländern, die kein organisiertes Screeningprogramm implementiert haben, und damit zur Minderheit in Europa. Von diesen sieben Ländern haben fünf ein opportunistisches Vorsorgeprogramm, zu welchen neben Österreich auch die Türkei, Griechenland, Lettland und die Schweiz gehören, wobei in der Schweiz einzelne Kantone organisierte Programme eingeführt haben (UEG 2019).

Tabelle 25: Darmkrebscreeningprogramme in Europa

Darmkrebscreeningprogramme in Europa		
Land	Programm	Einführungsjahr
Belgien-Flandern	Organisiert	2013
Belgien-Wallonien/Brüssel	Organisiert	2009
Bulgarien	n/a	n/a
Dänemark	Organisiert	2014
Deutschland ¹	Organisiert	2018
Estland	Organisiert	2016
Finnland	Organisiert-randomisiert	2009
Frankreich	Organisiert	2009
Griechenland	Opportunistisch	n/a
Irland	Organisiert	2012
Island	Organisiert	n/a
Italien	Organisiert	1982
Kroatien	Organisiert	2007
Lettland	Opportunistisch	2009
Litauen	Organisiert	2009
Luxemburg	Organisiert	2016
Malta	Organisiert	2013

Niederlande	Organisiert	2014; 2019
Norwegen	Organisiert	2012
Österreich	Opportunistisch (Ausnahme: Burgenland und Vorarlberg)	2003
Polen	Organisiert	2012
Portugal	Organisiert	2009
Rumänien	n/a	n/a
Schweden-Stockholm/Gotland	Organisiert	2008
Schweiz ²	Opportunistisch (Ausnahme: einzelne Kantone)	n/a
Slowakei	Organisiert	2011
Slowenien	Organisiert	2009
Spanien	Organisiert	2000; 2017
Spanien	Organisiert	2009
Tschechische Republik	Organisiert	2000; 2009
Türkei	Opportunistisch	2010
Ungarn	Organisiert	2007
Vereinigtes Königreich-England	Organisiert	2006
Vereinigtes Königreich-Nordirland	Organisiert	2010
Vereinigtes Königreich-Schottland	Organisiert	2007
Vereinigtes Königreich-Wales	Organisiert	2008
Zypern	Organisiert	2013

¹ Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2019),

² Quelle: NSK (2021),

Quelle: United European Gastroenterology (2019).

Da ein kleiner Anteil der Länder kein Screeningprogramm implementiert hat und weitere laut UEG eine ineffiziente und kostenineffektive opportunistische Vorsorgeuntersuchung eingeführt haben, kritisiert die UEG die Ungleichheit des Zugangs zu Vorsorgeuntersuchungen in Europa. Aus dieser Kritik werden mehrere Forderungen an die Politik formuliert: Die EU wird aufgefordert, durch finanzielle und logistische Unterstützung den Aufbau, Erhalt und die Verbesserung von organisierten Screeningprogrammen zu fördern. Weiters sollte das öffentliche Bewusstsein für Darmkrebs gesteigert werden, so dass Individuen einerseits die Risikofaktoren und andererseits die Symptome bekannt sind. Wie anfangs erwähnt, sollten auch Forschung und Behandlung von Darmkrebs in der EU eine höhere Priorität erhalten, wie auch das regelmäßige Aktualisieren der EU-Richtlinien (UEG 2021c).

3.2 Bedarfsplanung im Vergleich der DACH-Länder

In diesem Abschnitt wird die Bedarfsplanung der fachärztlichen Versorgung im Bereich der Gastroenterologie und Hepatologie (GEH) in den Ländern Deutschland¹², Österreich und Schweiz einem Vergleich unterzogen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass in jedem medizinischen Fach eine fachspezifische Planung durchgeführt wird. Daher stellen die jeweiligen Länderkapitel zunächst die allgemeine ärztliche Bedarfsplanung dar, und gehen – soweit vorhanden – auf die speziell für GEH geltenden Bestimmungen ein. Die konkrete Länderauswahl wurde vor allem getroffen, weil diese Länder einen gemeinsamen Sprachraum darstellen, was die Migrationsflüsse zwischen den Ländern erleichtert. Diese Migrationsfrage hat in den österreichischen Medien in der jüngeren Vergangenheit bezüglich Zuwanderung Studierender und Abwanderung ausgebildeter ÄrztInnen viel Raum eingenommen und ist von hoher Relevanz für Planungsfragen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in allen drei Ländern auf landesweiter Ebene Vorgaben für die niedergelassene medizinische Versorgungskapazität in einzelnen Fächern erlassen wurden, die für die Umsetzung auf die untergeordnete Ebene (Bundesländer oder Kantone) verweisen. Nur in Deutschland wurde die Berufsvertretung (Kassenärztliche Vereinigung) mit der Umsetzung betraut, in der Schweiz hingegen die Kantone und in Österreich die Bundesländer über das Planungsinstrument RSG. Interessant ist, dass in den beiden Vergleichsländern Höchstzahlen für die VertragsärztInnen der Krankenkassen in den jeweiligen Fachgruppen festgeschrieben wurden, wenn auch nicht unbedingt als Obergrenze exekutiert. Auch in Österreich bestehen personelle Richtwerte nur für die ambulante Versorgung, während im stationären Sektor die Planung insbesondere an Bettenzahlen, nicht aber an Personalindikatoren festgemacht wird. Bezüglich der Fächerabgrenzung erfolgt Planung jedenfalls für die Innere Medizin. In Deutschland wird die Gastroenterologie-Kapazität als Anteil an der Inneren Medizin geplant, für die Schweiz werden konkrete Höchst- und Ist-Werte je Kanton veröffentlicht. Für Österreich werden weder personelle Planungszahlen für GEH noch Ist-Stände veröffentlicht.

¹² Der Berufsverband deutscher Internisten führt die Gastroenterologie (GE) ohne die Hepatologie an, eine eigene Spezialisierung für die Hepatologie gibt es nicht (siehe <https://www.internisten-im-netz.de/fachgebiete/innere-mediziner-internist.html>), das Fachgebiet umfasst jedoch auch die Leber.

Tabelle 26: Übersicht Bedarfsplanung im Vergleich der DACH-Länder, vertragsärztliche Versorgung

	Österreich	Deutschland	Schweiz
Ebene Richtlinien	National (ÖSG)	National (Richtlinien Bedarfsplanung)	National (Verordnung Zulassungen)
Ebene Umsetzung	Bundesländer (RSG)	Bundesländer (durch Kassenärztliche Vereinigungen)	Kantone
Bedarfsplanungsinstrument	Richtwert + Bandbreite	Zulassungssteuerung (Höchstzahlen)	Zulassungssteuerung (Höchstzahlen)
Planungsgrundlage	ärztliche Versorgungseinheiten	Arzt-Einwohner-Verhältnis	Versorgungsgrad

Quelle: IHS-Zusammenstellung, siehe Text.

Ein Vergleich der festgeschriebenen Höchstwerte für die Schweiz und Deutschland zeigt, dass diese von den tatsächlich in der niedergelassenen Versorgung beruflich aktiven ÄrztInnen für GEH deutlich überschritten werden. Zur Veranschaulichung stellt Tabelle 27 den entsprechenden Vergleich für die drei Länder her. Beispielsweise weist die Gesundheitsberichterstattung des Bundes für das Jahr 2020 in Deutschland 2.177 FachärztInnen für Gastroenterologie (davon zwölf auf Kinder spezialisiert) aus, die an der vertragsärztlichen (aber nicht hausärztlichen) Versorgung teilnehmen. Daraus ergibt sich, dass somit im Schnitt für je 38.197 Personen ein/eine FachärztIn für Gastroenterologie zur Verfügung steht. Dies stellt eine weit intensivere Versorgung dar als die laut Verhältniszahl der Planungsrichtlinie vorgesehene Versorgung mit einer FachärztIn pro 75.963 Personen. Der österreichische Vergleichswert zeigt eine höhere faktische Versorgungsdichte als in Deutschland, besonders wenn die FachärztInnen mit Qualifikation 3 und 4 (also jene, die Markerleistungen mit der ÖGK abrechnen) mit einbezogen werden.

Tabelle 27: Übersicht von Soll- und Ist-Zahlen der niedergelassenen GEH-Versorgung, DACH-Länder.

	Anzahl ÄrztInnen	EW/ÄrztIn	
		Plan	Ist
Deutschland	2.177	75.963	38.197
Österreich (inkl. Abrechnende)	275 (459)	n. v.*	32.425 (19.427)
Schweiz	417	22.779	20.638

Quelle: IHS-Zusammenstellung, siehe Text der Länderabschnitte.

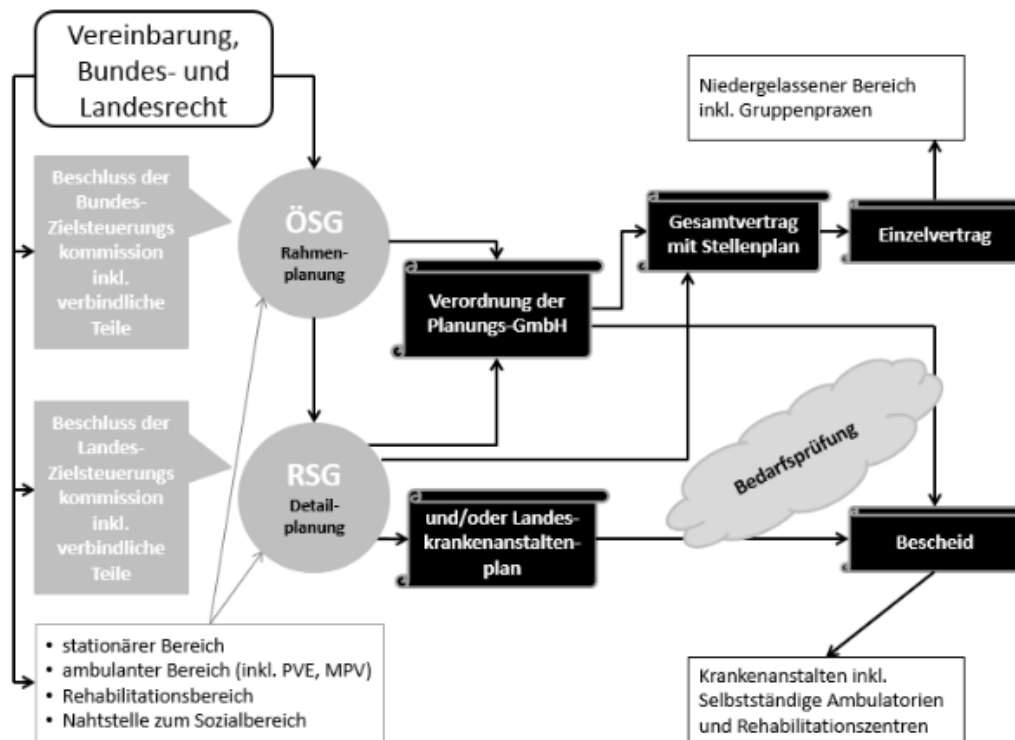
Anmerkung: Ausgewiesene Werte beziehen sich auf die Staatsebene, regionale Abweichungen sind die Regel.

* Die Planwerte für Österreich beziehen sich auf Innere Medizin, aber nicht isoliert auf GEH.

3.2.1 Österreich

In Österreich ist für die Planung von Gesundheitsberufen der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) das zentrale Planungsinstrument auf Bundesebene. Er löste 2006 den bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) ab, ist seit 2013 Bestandteil der Zielsteuerung-Gesundheit und enthält als Rahmenplan verbindliche Vorgaben für die Planung bestimmter Bereiche des Gesundheitsvorsorgesystems sowie Kriterien für die Einhaltung der Qualität. Aktuell ist die fünfte Revision des ÖSG gültig, welche im Jahr 2017 in Kraft getreten ist und sich in ihren Planungsaussagen auf das Jahr 2025 bezieht. Prinzipiell ist die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung in Österreich zwischen Bund, Ländern, Gemeinden und den Sozialversicherungen geteilt, der ÖSG wird jedoch auf Bundesebene erstellt. Dafür zuständig ist die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Der ÖSG stellt auch die Grundlage für die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) dar, welche von dem jeweiligen Bundesland in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Sozialversicherungsträger vereinbart werden. Die rechtliche Umsetzung von ÖSG und RSG sieht wie folgt aus:

Abbildung 55: Rechtliche Umsetzung der Planungsvorgaben des ÖSG und der RSG



Quelle: BMSGPK (2020).

Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Die Bedarfsplanung im Österreichischen Strukturplan Gesundheit erfolgt – unter Berücksichtigung der verfügbaren Datengrundlage – nach den darin formulierten Kriterien der Angebotsplanung. Diese besagen, dass Faktoren wie Demographie, Epidemiologie, Inanspruchnahmeverhalten, Leistungsfähigkeit der AnbieterInnen, Wartezeiten und Wegstrecken berücksichtigt werden müssen. Die Grundlage der Angebotsplanung bildet der Planungsrichtwert auf regionaler Ebene, je nach Sektor und Versorgungsbereich. Dieser beruht auf einem bundesweiten Referenzwert, ebenfalls je nach Sektor und Versorgungsbereich, der aufgrund des Bundesdurchschnitts der Kapazitätsdichte berechnet wird. Es wird in den ambulanten Bereich, der mit der Kennzahl der ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) beziehungsweise der Versorgungsdichte (ÄAVE pro 100.000 EinwohnerInnen) geplant wird, und den akutstationären Bereich, welcher mit Bettenkapazitäten geplant wird, unterschieden. Da bei den regionalen Planungsrichtwerten in den RSGs auf spezifische regionale Rahmenbedingungen und Gegebenheiten Rücksicht genommen werden muss, wird der bundesweite Referenzwert (sowohl im ambulanten als auch im akutstationären Bereich) mit Bandbreiten, also Ober- und Untergrenzen, festgelegt. Die Untergrenze dient dabei dazu, die medizinische Versorgung sicherzustellen, also um gewisse Minimalanforderungen einzuhalten. Die Obergrenze

dient dazu, ungewünschte Auswirkungen (angebotsinduzierte Nachfrage) zu vermeiden. Geplant wird mithilfe der sogenannten Planungsgrundlagenmatrix, welche anhand von Indikatoren die Versorgungssituation in allen inkludierten Versorgungsbereichen der jeweiligen Versorgungsregionen beschreibt. Die regionalen Werte werden zumeist ebenfalls mit den Kennzahlen der Versorgungsdichte beziehungsweise der ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten (ÄAVE) und der Bettenmessziffer geplant, wobei diese Begriffe nachfolgend im Kontext genauer erläutert werden (BMSGPK 2020).

Die Bedarfsplanung im ÖSG ist in drei Gruppen gegliedert, die stationäre, ambulante und rehabilitative Versorgung. Zusätzlich dazu gibt es den Großgeräteplan, der die Planungsvorgaben für die Großgeräte festlegt. Da durch diesen keine Rückschlüsse auf die Planung der Gastroenterologie gezogen werden können, wird er in einem nachfolgenden Unterkapitel nur kurz thematisiert.

1. Ambulante Versorgung

Zum ambulanten Bereich gehören laut ÖSG

„[...] niedergelassene ÄrztInnen und ZahnärztInnen mit Kassenverträgen, Gruppenpraxen mit Kassenverträgen und sonstige in der Gesundheitsversorgung frei praktizierende Berufsgruppen mit Kassenverträgen, selbstständige Ambulatorien mit Kassenverträgen einschließlich der eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger, Spitalsambulanzen“ (BMSGPK 2020, S.15).

Dabei wird unterschieden in die Primärversorgung und die ambulante Fachversorgung:

a. Primärversorgung

Zur Primärversorgung zählen alle an einer multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung beteiligten LeistungserbringerInnen, wobei sich die Angebotsplanung vorerst, aufgrund der Datengrundlage, auf die Allgemeinmedizin beschränkt. Die zwei Kriterien für die Planung der Primärversorgung lauten, dass die räumliche Verteilung der LeistungserbringerInnen dieser Gruppe wohnortnah und verkehrsmäßig gut erreichbar zu planen ist. Bei der Planung muss die regionale Versorgungssituation berücksichtigt werden, wobei verschiedenste Kriterien zu beachten sind. Dazu gehören (1) die demographischen, sozioökonomischen und epidemiologischen Merkmale der Bevölkerung, (2) die Altersstruktur der vorhandenen LeistungserbringerInnen, (3) die Inanspruchnahme und Auslastung der medizinischen Angebote, (4) das Überweisungsverhalten der praktizierenden ÄrztInnen, (5) die Anzahl der Kontakte in

Spitalsambulanzen, sowie (6) die Leitlinien für die Versorgung chronisch Kranker (BMSGPK 2020).

b. Ambulante Fachversorgung

Die ambulante Fachversorgung umfasst LeistungserbringerInnen, die in Fachrichtungen des spitalsambulanten und extramuralen Bereichs tätig sind. Bei der Standortplanung wird darauf geachtet, dass die Standorte von Versorgungsangeboten flächendeckend und regional gleichmäßig verteilt und verkehrsmäßig gut erreichbar sind. Die zu berücksichtigende regionale Versorgungssituation hängt von den nachfolgenden Kriterien ab: (1) die demographischen, sozioökonomischen und epidemiologischen Merkmale der Bevölkerung, (2) die Altersstruktur der vorhandenen LeistungserbringerInnen, (3) die Inanspruchnahme und Auslastung der medizinischen Angebote und (4) die Anzahl der Besuche und Kontakte in den jeweiligen Fachbereichen in den Spitalsambulanzen (BMSGPK 2020).

Planungsrichtwerte für den ambulanten Bereich

Die Angebotsplanung des gesamten ambulanten Bereichs muss nachvollziehbar sein, den oben genannten Kriterien folgen und erfolgt in drei Phasen. In der ersten Phase wird die Ist-Situation der Region abgebildet, welche als Ausgangspunkt der Versorgungsplanung gilt. In der zweiten Phase findet eine regional differenzierte Planung statt, bei welcher aussagekräftige Kriterien herangezogen werden, unter anderem die bereits in der entsprechenden Region bestehenden Strukturen und besonderen Gegebenheiten, sowie allfällige Austauschbeziehungen zwischen einzelnen Facheinrichtungen. In der dritten Phase werden die Ergebnisse der Angebotsplanung durch die überregionale Sicht ergänzt. Damit sollen ungerechtfertigte regionale Unterschiede vermieden werden, sodass die regionen- und länderübergreifende Bedarfsplanung abgestimmt und ausgewogen ist (BMSGPK 2020).

Wie beschrieben, besteht die quantitative Rahmenplanung des ambulanten Bereichs aus der Erhebung und Planung von Kapazitäten. Basis dafür ist die bundesweit einheitliche Messgröße der „ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten“. Alternativ können in der Umsetzung der Bedarfsplanung, dem jeweiligen RSG, auch andere Planungseinheiten wie die Standardversorgungseinheiten (SVE)¹³ verwendet werden, jedoch muss dann ein Umrechnungsschlüssel auf ÄAVE je Fachrichtung angeführt sein. Die jeweils festgelegten Planungsrichtwerte berücksichtigen die

¹³ „Standardversorgungseinheit [...] : Messgröße für das durchschnittliche ärztliche Leistungsvolumen (differenziert nach Sonderfächern) gemäß Bundesland-spezifischer Berechnung (basierend auf dem jährlichen Leistungsvolumen eines „durchschnittlich arbeitenden“ Arztes/einer Ärztin; unter symmetrischer Berücksichtigung der Anzahl der ambulanten Kontakte im extramuralen und im spitalsambulanten Bereich)“ (BMSGPK 2020, S. 204).

versorgungswirksamen ÄAVE, die regionale Bevölkerungsstruktur, die Besiedlungsdichte sowie die Erreichbarkeitsverhältnisse. Bei der Berechnung der Planungsrichtwerte muss in manchen Bereichen, besonders in „technischen“ Fachrichtungen wie der Radiologie, der Nuklearmedizin, der Pathologie, der medizinischen und chemischen Labordiagnostik, der physikalischen Medizin und der allgemeinen Rehabilitation, nicht nur auf die Versorgungswirksamkeit von ÄrztInnen geachtet werden, sondern auch jene der zugehörigen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe sowie der medizinischen Großgeräte. Oftmals wird die Versorgungsdichte (VD) als Planungsrichtwert herangezogen, welche die ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten je Fachrichtung pro 100.000 EinwohnerInnen wiedergibt. Diese Versorgungsdichte wird im Bundesdurchschnitt (ohne Wien) ermittelt, wobei für das Versorgungsdichte-Soll-Intervall eine Bandbreite von +/-30 % des Solls herangezogen wird. Es heißt, dass dadurch starke regionale Abweichungen vermieden werden sollen. Tabelle 28 zeigt die Planungsrichtwerte je Fachbereich für den Planungshorizont 2025. Die erste Spalte gibt die jeweilige Fachrichtung bzw. den Fachbereich an. Err. (Min.) in der zweiten Spalte gibt die Erreichbarkeit in Minuten an, in welcher mindestens 90 % der Bevölkerung den/die nächste/n ÄrztIn oder eine Einrichtung der jeweiligen Fachrichtung erreichen können soll. VD2018 gibt die Versorgungsdichte (der Bundesdurchschnitt der ÄAVE ohne Wien, pro 100.000 Einwohner) aus dem Jahr 2018 an. Spalte drei und vier weisen die Soll-, Unter- und Obergrenze aus, welche von dem VD2018 Wert +/-30 % berechnet wird. In der letzten Spalte ist als Orientierungswert jene Mindestbevölkerung pro ärztlicher ambulanter Versorgungseinheit angegeben, die benötigt wird, um die medizinische und wirtschaftliche Tragfähigkeit zu gewährleisten (BMSGPK 2020).

Tabelle 28: Planungsrichtwerte ambulanter Bereich (Planungshorizont 2025)

Fachbereich/Fachrichtung	Err. (Min.)	VDmin	VDmax	VD2018	BEVmin
Allgemeinmedizin	10	34,9	64,8	49,4	2.000
Kinder- und Jugendheilkunde	20	4,2	7,9	6,0	17.000
Kinder- und Jugendchirurgie	*	*	*	*	*
Kinder- und Jugendpsychiatrie	30	0,6	1,2	0,7	120.000
Chirurgie	*	4,5	8,4	6,3	*
Neurochirurgie	*	*	*	*	*
Innere Medizin	20	11,9	22,2	16,7	6.000
davon Pulmologie / Innere Pneumologie	*	1,6	2,9	2,2	46.000
Frauenheilkunde und Gebur- tenhilfe	30	6,9	12,8	9,7	10.000
Neurologie	30	2,2	4,2	3,1	32.000
Psychiatrie	30	2,9	5,4	3,4	29.000
Dermatologie	30	3,2	5,9	4,5	22.000
Augenheilkunde	30	5,2	9,7	6,7	15.000
Hals-, Nasen- und Ohrenheil- kunde	30	2,9	5,4	4,1	24.000
Urologie	30	2,3	4,3	3,2	31.000
Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie	*	*	*	*	*
Orthopädie und Traumatolo- gie	30	7,4	13,8	10,4	10.000
davon Orthopädie / orthopädische Chirurgie	30	2,9	5,3	4,1	25.000
davon Unfallchirurgie	*	4,5	8,4	6,4	16.000
Mund-, Kiefer- und Gesichts- chirurgie	*	0,5	0,9	0,7	*
Zahn-, Mund und Kieferheil- kunde	30	27,1	50,3	38,8	2.800
davon mit kieferorthopädi- schem Schwerpunkt	*	1,8	3,3	2,5	*

Quelle: BMSGPK (2020).

Wie in Tabelle 28 ersichtlich, sind einige Feldern nur mit einem * ausgefüllt. Dies bedeutet, dass die Daten entweder nicht sinnvoll oder nicht verfügbar sind. Die angeführten Werte sind jeweils eine grobe Schätzung, daher muss eine detaillierte

Planung auf regionaler Ebene unter Einbezug regionaler Faktoren im RSG stattfinden (BMSGPK 2020). Für die Fragestellung dieses Berichts wesentlich ist, dass für den Bereich der Inneren Medizin **kein** Teilbereich Gastroenterologie ausgewiesen wird; ambulante gastroenterologische Versorgung wird in diesem Sinne auf Bundesebene demnach gar nicht, oder in anderer Interpretation, lediglich als unspezifizierter Teilbereich der Inneren Medizin mitgeplant.

2. Akutstationäre inklusive tagesklinische/tagesambulante Versorgung

Der akutstationäre Bereich ist definiert als Krankenanstalten und Unfallkrankenhäuser, die durch Mittel der Gebietskörperschaften oder der Sozialversicherungen (teil-)finanziert werden. In diesem Bereich ist die Planung aufgrund der komplexeren Daten und der zu berücksichtigten Faktoren wesentlich komplizierter. Denn neben Erreichbarkeit und Kapazitäten der Betten für vollstationäre Aufenthalte, der Tagesklinikplätze sowie der ambulanten Betreuungsplätze werden zusätzlich sowohl Richtwerte für bestimmte Leistungsmengen als auch spezielle Planungsgrundlagen für ausgewählte Versorgungsbereiche angeführt (BMSGPK 2020).

Die Planungsrichtwerte im akutstationären und tagesklinischen sowie tagesambulanten Bereich werden anhand der Bettenkapazitäten in Akutkrankenanstalten gemessen. Wie die Versorgungsdichte im ambulanten Bereich, wird auch die Bettenmessziffer als Intervall angegeben, um bei der Umsetzung Spielraum für regionale Umstände zu gewährleisten. Die Kapazität bezieht sich auf alle systematisierten Betten, die für die stationäre Versorgung zur Verfügung stehen. Bei der Planung werden die regionale Bevölkerungs- und Besiedlungsdichte, die Erreichbarkeit, die Auslastung bestehender Stationen sowie die erwartbaren Tendenzen in der medizinischen Entwicklung einbezogen. Bei der Bettenmessziffer wird unterschieden in die Bettenmessziffer-vollstationär, die Platzmessziffer und die Kapazitätsmessziffer. Wie im ambulanten Bereich, werden diese Kennzahlen in einer Tabelle für jeden Fachbereich gelistet, wobei für die Bettenmessziffer-vollstationär auch das Intervall angegeben wird. Da diese Werte nichts über die Anzahl des benötigten Fachpersonals aussagen, und der ÖSG Abstand davon nimmt, eine auf die Fachkräfte bezogene Bedarfsplanung im stationären Bereich durchzuführen, kann in diesem Abschnitt keine konkrete Aussage über die benötigte Anzahl der ÄrztInnen getroffen werden. Eine tatsächliche Planung des benötigten Fachpersonals kann durch die fehlenden Zahlen nur erschwert oder nicht stattfinden. Trotzdem legt der ÖSG allgemeine Qualitätskriterien für alle Fachbereiche in der akutstationären inklusive tagesklinischen/tagesambulanten Versorgung fest, darunter auch allgemeine Richtlinien zum Personal. Unter anderem wird angeführt, dass für die jeweilige Berufsgruppe eine quantitative Ausstattung an Personal vorhanden sein muss, um die jeweiligen Anforderungen diagnostischer, therapeutischer und/oder pflegerischer Natur zu

erfüllen (BMSGPK 2020). Eine konkrete quantitative Festlegung, bei welcher eine Personalanzahl gegeben ist, erfolgt im Rahmen des ÖSG nicht.

Laut eines Berichts der Arbeiterkammer Oberösterreich ist die rechtliche Grundlage der Personalberechnung auf der Bundesebene, neben dem ÖSG, durch die partnerschaftliche Zielsteuerung Gesundheit und teilweise auch auf der Bundesländerebene geregelt. Bei den erwähnten Regelungen werden ebenfalls keine konkreten Zahlen benannt. Meist wird entweder gefordert, dass eine wissenschaftliche Methode zur Berechnung des benötigten Fachpersonals verwendet wird, ohne diese weiter zu spezifizieren, oder dass die Anzahl des Fachpersonals ausreichend sein soll, um eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen (Staflinger 2019).

3. Großgeräteplan

Ebenfalls mitgeplant werden im ÖSG die bundesweiten Großgeräte, die für die öffentliche Versorgung benötigt werden. Berücksichtigt werden Computertomographiegeräte (CT), Magnetresonanztomographiegeräte (MR), Emissions-Computertomographiegeräte (ECT; inkl. ECT-CT), Coronarangiographische Arbeitsplätze (COR), Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR) sowie Positronen-Emissions-Tomographiegeräte (PET; inkl. PET-CT, PET-MR). Für die Großgeräteplanung werden zuerst die Grundsätze und Ziele festgelegt, welche die Planungsgrundlage bilden. Weiters werden quantitative und qualitative Kriterien festgelegt, die erfüllt werden müssen. Zuletzt wird dann der Großgeräteplan festgelegt, in dem die Anzahl der Großgeräte für die jeweiligen Versorgungsregionen und die sich in den Regionen befindenden Krankenanstalten eingeteilt werden (BMSGPK 2020).

Bei der Planung werden sowohl die Ist-Zahlen angegeben als auch Soll- beziehungsweise Planzahlen, mit denen die Standort- und Kapazitätsplanung der Großgeräte beschlossen wird. Das Hauptziel besteht darin, diese möglichst gleich sowie gesamtwirtschaftlich und medizinisch sinnvoll zu verteilen. Geplant werden die Sektoren Fonds-Krankenanstalten sowie Nichtfonds-Krankenanstalten und Rehabilitationszentren im extramuralen Bereich, wobei bei der Planungsgrundlage die Geräte aus der jeweils anderen Kategorie berücksichtigt werden. Für die Nichtfonds-Krankenanstalten und Rehabilitationszentren ist der Ausweis eines Großgerätes erforderlich, um einen Kassenvertrag zu erhalten. Zu den quantitativen Kriterien für die Planung gehört die Anzahl der Großgeräte, die es mindestens pro 1 Million EinwohnerInnen geben sollte, die minimale Bevölkerungsanzahl pro Großgerät sowie die Erreichbarkeit. Zu den qualitativen Kriterien zählen Faktoren wie die Geräteauslastung und die jeweiligen Leistungsspektren. Bei den spezifischen Qualitätskriterien wird angeführt, welche Personalausstattung und Anwesenheit aus welcher Abteilung für das jeweilige Gerät benötigt wird, wobei auch hier nicht spezifisch auf die Gastroenterologie eingegangen wird, unter anderem weil keine spezifisch für die Gastroenterologie benötigten Geräte geplant werden. Unter Berücksichtigung dieser Ziele und Qualitätskriterien wird schließlich der Großgeräteplan festgelegt. Dabei wird jedes Bundesland in Versorgungsregionen und diese wieder in die einzelnen Krankenhäuser unterteilt, für welche dann die Anzahl der Großgeräte verbindlich festgelegt wird. Dargestellt werden auch die Summen für jedes Bundesland und ganz Österreich (BMSGPK 2020).

Obwohl einige Geräte, vor allem CT und MRT, unter anderem auch in der Gastroenterologie eingesetzt werden, werden keine primär für die Gastroenterologie und

Hepatology vorgesehenen Geräte im Großgeräteplan mitgeplant. Auch in diesem Bereich fällt es dadurch sehr schwer, Rückschlüsse auf die Gastroenterologie zu ziehen.

Umsetzung des Regionalen Strukturplans anhand eines Bundeslandes

Die regionale Umsetzung der allgemeinen Vorgaben des ÖSG, bei welcher auch auf die lokalen Gegebenheiten eingegangen wird, erfolgt in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) auf der Ebene der Bundesländer. Dabei bestehen sowohl inhaltlich als auch formal Vorgaben, die jeder RSG erfüllen muss. Der Aufbau der Dokumente ist zu meist sehr ähnlich, trotzdem unterscheiden sie sich zum Teil in Länge, Inhalt und Aufteilung. Wien, Salzburg, Niederösterreich und Tirol teilen den Bericht in zwei Teile – ambulant und stationär – auf, während die restlichen Bundesländer die Planung als einen Bericht veröffentlichen. Eine verpflichtende Vorgabe ist die Planungsmatrix, die in jedem RSG vorhanden sein muss. Diese beschreibt die Versorgungssituation auf der Ebene der Akut-Krankenanstalten, der Versorgungsregionen und des Bundeslandes gesamt. Dabei soll sowohl auf den Ist-Stand als auch auf den Soll-Stand eingegangen werden.

Für den vorliegenden Bericht wurde die Steiermark für die detaillierte Darstellung eines RSG gewählt, da sie ein bevölkerungsstarkes Bundesland ist und einen sehr umfassenden Regionalen Strukturplan Gesundheit veröffentlicht hat. Bezogen auf die Bevölkerungszahl wären auch Wien, Niederösterreich und Oberösterreich in Frage gekommen, jedoch sind Wien und Oberösterreich wenig repräsentativ für ganz Österreich und Niederösterreich hatte zum Zeitpunkt der Recherche nur einen der beiden Teile, den der ambulanten Bedarfsplanung, veröffentlicht.

Der RSG des Bundeslandes Steiermark wird vom Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit (EPIG GmbH) im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark verfasst. Zuerst werden darin Ziele und Grundsätze festgelegt, welche ähnlich jenen im ÖSG sind. Die Darstellung der Versorgung ist gegliedert in die präklinische Notfallversorgung, die Primärversorgung, die ambulante fachärztliche Versorgung und die akutstationäre fachärztliche Versorgung. Auf der Verwaltungsebene ist die Steiermark in sechs Versorgungsregionen gegliedert: Graz, Liezen, die östliche Obersteiermark, die Oststeiermark, die West-/Südsteiermark und die westliche Obersteiermark, die jeweils ein bis drei politische Bezirke beinhalten. Darauf aufbauend wird als Planungsgrundlage die geographische und soziale Entwicklung analysiert. Dazu gehören die Verkehrswege, die Entwicklung von Bevölkerungszahl und -dichte sowie die Altersstruktur. Zusätzlich wird für die derzeitige Versorgungssituation ein Überblick gegeben. Im stationären Bereich gibt es laut dem aktuellen RSG (Version 1.2 mit Ist-Werten für das Jahr 2014) 24 Krankenanstalten, mit der Universitätsklinik Graz als Zentralkrankenhaus. Im

niedergelassenen Bereich wird die Anzahl der ÄrztInnen für die Darstellung der aktuellen Versorgungsstruktur herangezogen, gemessen anhand der Versorgungsdichte. Diese liegt mit 0,49 ÄrztInnen je 1.000 EinwohnerInnen knapp über dem Bundesdurchschnitt von 0,47 je 1.000 EinwohnerInnen, wohingegen die Dichte an ÄrztInnen mit Kassenvertrag unter dem Durchschnitt liegt. Auf diesen grundlegenden Daten aufbauend findet die Planung statt, die in elf verschiedene Bereiche gegliedert wird. Im Gegensatz dazu wird im ÖSG nur in den ambulanten Bereich, den akutstationären und tagesklinischen Bereich und den Großgeräteplan unterschieden. Da nicht alle elf im Regionalen Strukturplan Gesundheit Steiermark thematisierten Bereiche für die Gastroenterologie relevant sind, werden im vorliegenden Bericht nur die Primärversorgung, die ambulante fachärztliche Versorgung und die akutstationäre fachärztliche Versorgung zusammengefasst, sowie der Großgeräteplan angeschnitten. Ebenfalls im steirischen RSG geplant, jedoch hier nicht angeführt, werden die präklinische Notfallversorgung, die Hämodialyse, die Hospiz- und Palliativversorgung, die ambulante psychosoziale Versorgung, die Nahtstelle Pflegemanagement, der Rehabilitationsbereich sowie spezielle weitere Versorgungsthemen, zu denen unter anderem die Behandlung von Abhängigkeitserkrankten gehört. In den nachfolgend angeführten Bereichen ist der Aufbau der Planung ähnlich: Zuerst werden die Ziele und Planungsgrundsätze dargelegt und danach wird die Methode und die Grundlage der Planung erklärt (EPiG GmbH 2019).

1. Primärversorgung

Bei der Primärversorgung werden Einzelordinationen mit Kassenverträgen sowie Primärversorgungseinheiten geplant, also die erste Ebene des Gesundheitssystems, welche für die Kontaktaufnahme sowie gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative und palliative Maßnahmen zuständig ist. Das Bestreben ist, eine umfassende und leicht erreichbare Grundversorgung sicherzustellen. Dabei wird, neben den im ÖSG formulierten Zielen, vor allem auf die Verfügbarkeit, die Erreichbarkeit und die Koordination mit anderen Bereichen in der Medizin und der Pflege im Sinne des Nahtstellenmanagements geachtet. Insbesondere werden Wohnortnähe, Erreichbarkeit, Öffnungszeiten und Inanspruchnahmeverhalten auf der Nachfrageseite, sowie Versorgungsstruktur und Alter des Fachpersonals auf der Angebotsseite berücksichtigt.

Die Planungsmethode ist zweistufig: Zuerst wird die Ist-Situation auf Basis des Leistungsgeschehens analysiert, und daraufhin werden in einem zweiten Schritt die Soll-Kapazitäten abgeleitet. Auf Basis der notwendigen Kapazitäten (gemäß Leistungsgeschehen) werden auf Regionalebene bevorzugte Standorte für Primärversorgungseinheiten identifiziert. Diese werden so gewählt, dass Regionen mit (1) nicht besetzten Planstellen, (2) Praxen, in denen offene Stellen aufgrund der Altersstruktur bevorstehen und (3) Notwendigkeit für Kapazitätsaufbau bevorzugt werden. Ist-

und Soll-Situation werden in Tabelle 29, der sogenannten Quantitativen Strukturdarstellung, aufgeschlüsselt. In dieser werden der Ist- und der Plan-Stand des letzten RSGs sowie die Soll-Werte für den Planungshorizont 2025 angegeben. Die Darstellung der Primärversorgung gliedert sich in die Primärversorgungseinheiten, die Kassenplanstellen (die Anzahl der Einzel-Planstellen) sowie die WahlärztInnen. Konkret sollen die Primärversorgungseinheiten von Null auf 30 erhöht werden, während die Kassenplanstellen auf 522 reduziert werden. Eine Primärversorgungseinheit sollte im Schnitt mit drei ÄrztInnen besetzt werden, jedoch kann die Anzahl je nach regionalen Gegebenheiten variieren. Die Anzahl der WahlärztInnen wird nicht quantifiziert (NQ). Die quantitative Planung der Primärversorgung – bezogen auf den Planungshorizont 2025 – findet nicht nur auf der Ebene des gesamten Bundeslandes, sondern auch auf der Ebene der einzelnen Versorgungsregionen statt, weshalb die nachstehende Tabelle im RSG auch für die sechs Versorgungsregionen vorhanden ist. Die Plan-Werte 2025 werden jeweils verbindlich festgelegt (EPIG GmbH 2019).

Tabelle 29: Quantitative Strukturdarstellung Primärversorgung 2025

Steiermark, gesamt			
	PV-Einheiten (Anzahl)	§2-Kassenplanstellen (Anzahl Einzel-PST)	SKV/WahlärztInnen (Anzahl SVE)
Ist 2014	0	614	8,1
Plan 2020 (RSG 2020)	0	601	NQ
Plan 2025 (RSG 2025)	30	522	NQ

Quelle: EPIG GmbH (2019).

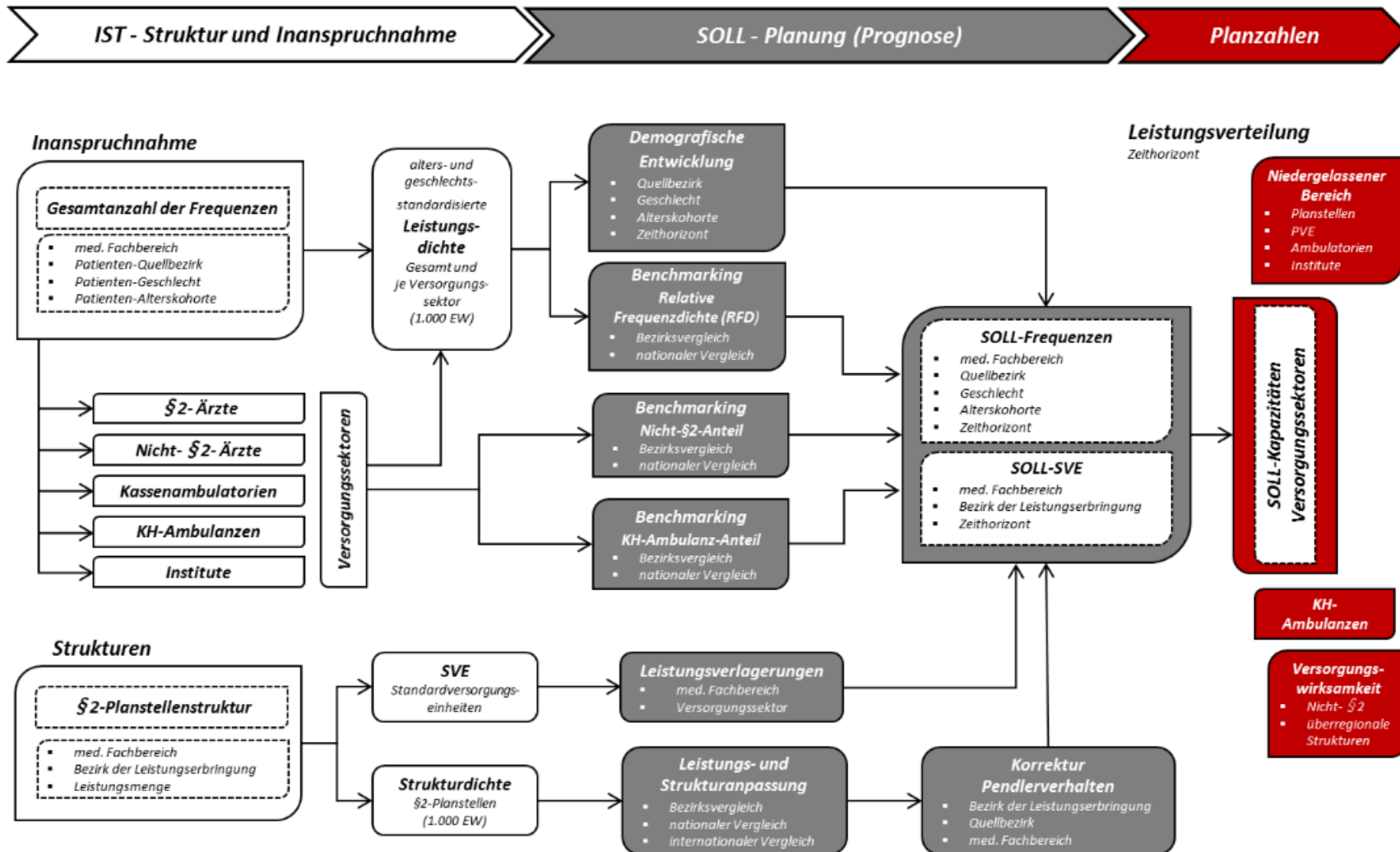
Anmerkung: SVE – Standardversorgungseinheiten, PV – Primärversorgung, PST – Planstellen, SKV – Soziale Krankenversicherung.

2. Ambulante fachärztliche Versorgung

Die ambulante fachärztliche Versorgung beinhaltet niedergelassene FachärztInnen (Einzel- und Gruppenpraxen) mit Kassenvertrag, Ambulatorien, fachärztliche Krankenhausambulanzen der Fondskrankenhäuser und fachärztliche Wahlordinationen. Bei der Planung werden die einzelnen Fachrichtungen getrennt behandelt. Dies geschieht mit der Messgröße der Standardversorgungseinheiten (SVE) und auf Basis der im Jahr 2014 erbrachten Leistungen. Laut RSG Steiermark ist eine Analyse der erbrachten Leistungen nach dem Katalog ambulanter Leistungen (KAL) prinzipiell möglich. Allerdings wird die Datenqualität noch als unzureichend angesehen, um diese Daten bereits für die Planung zu verwenden. Die Planungsziele sind kohärent mit jenen des ÖSG und werden dementsprechend in diesem Abschnitt nicht wiederholt (EPIG GmbH 2019).

Wie erwähnt, erfolgt die Planung auf Basis der Standardversorgungseinheiten, wobei in einem ersten Schritt die Ist-Werte, also das Leistungsgeschehen und das Inanspruchnahmeverhalten erfasst werden. In dem zweiten Schritt wird das Soll prognostiziert, unter Berücksichtigung der erwarteten Änderungen in der Bevölkerung und der medizinischen Versorgung. In dem dritten und letzten Schritt werden auf Basis der Sollzahlen die tatsächlich benötigten Kapazitäten quantitativ festgelegt. Unterschieden wird dabei nach Regionen, Fachgruppen und Versorgungssektoren, wodurch auf regionale und fachspezifische Unterschiede eingegangen werden kann. Die Datengrundlage liefern die Sozialversicherungsträger, einschließlich Daten von Rückverrechnungen mit Fremdkassen. Dieser Prozess wird in Abbildung 56 dargestellt (EPIG GmbH 2019):

Abbildung 56: Darstellung des Planungsprozesses in der ambulanten Versorgung



Quelle: EPIG GmbH (2019).

Die Evaluierung der Ist-Struktur erfolgt durch die Analyse des gesamten Inanspruchnahmeverhaltens auf Ebene der Kontakte. Ein Kontakt wird als Aufsuchen eines/einer LeistungserbringerIn an einem Tag definiert, die Anzahl der dabei erbrachten Leistungen spielt keine Rolle. Auch Kontakte bei ÄrztInnen ohne Kassenvertrag werden bei den Ist- und Soll-Werten berücksichtigt, da sie zur Versorgung beitragen. Sie werden jedoch im letzten Schritt nicht mitgeplant. Die Datenanalyse der Kontakte der einzelnen Fachgruppen bezieht sich auf die Wohnbevölkerung auf Bezirksebene und wird weiter nach Geschlecht und Altersgruppen unterschieden. Da die Planung in Standardversorgungseinheiten stattfindet, wird für jede Fachgruppe eine Gesamtfrequenzzahl bestimmt, welche einer Versorgungseinheit entspricht, um eine Umrechnung zu ermöglichen. Die darauffolgende Soll-Planung prognostiziert zukünftig benötigte Kapazitäten auf Basis von Faktoren der demographischen Entwicklung (d. h. die erwartete Frequenzmenge je Fachgruppe nach Bezirk, Geschlecht und Altersgruppe), der relativen Frequenzdichte (d. h. die Abweichung des Inanspruchnahmeverhaltens im Vergleich zum landesweiten Durchschnitt), des Ist-Leistungsanteils, des „Nicht-§2-Faktors“ (d. h. des Anteils der in Anspruch genommenen Leistungen bei ÄrztInnen ohne §2-Kassenvertrag), des Ambulanzfaktors (d. h. wie stark der Anteil der in Krankenhausambulanzen in Anspruch genommenen Leistungen in einem Wohnbezirk von dem des Landesdurchschnitts abweicht) und des Pendleranteils (EPIG GmbH 2019).

Zusätzlich dazu wird das quantitative Leistungsgeschehen analysiert, wobei auch die Verlagerung von Leistungen zwischen ambulante und stationärem Bereich thematisiert wird. In Abbildung 56 wird dies unter Soll-Planung (Prognose) in grau dargestellt. Für die Ermittlung der zukünftigen Kapazitäten wird ein Benchmarking-Verfahren herangezogen, das verschiedene Festlegungen gewährleisten soll: Unter anderem wird die Inanspruchnahme mit einem Intervall von +/-15 % um den Benchmarkwert definiert. Für die Innere Medizin ist (neben der Allgemeinchirurgie, der Gynäkologie und Geburtshilfe und der Kinder- und Jugendheilkunde) vorgesehen, dass der Anteil der Wohnbevölkerung eines Bezirks, der Leistungen bei KassenärztInnen in anderen Bezirken in Anspruch nimmt (pendelt), nicht mehr als 20 % beträgt. Zusätzlich wird ein Intervall für den Benchmarkwert für den „Nicht-§2-Faktor“ sowie die Frequenzzahlen je Fachrichtung festgelegt. Um letztendlich die Planzahlen zu erstellen, wird nach den eben beschriebenen Adaptionsschritten eine Transformation durchgeführt, bei welcher die, durch die Pendlerströme angepasste, Planfrequenz den Versorgungsregionen zugeordnet wird. Dabei werden nicht nur Pendlerströme innerhalb der Steiermark, sondern auch jene aus anderen Bundesländern berücksichtigt (EPIG GmbH 2019).

Zu jedem Fachbereich werden nach der Analyse der fachspezifischen Versorgung konkrete Anmerkungen gemacht. Bezüglich Innerer Medizin wird ein steigender Bedarf, beziehungsweise steigende Frequenzzahlen, festgestellt. Es wird angenommen, dass der geplante Aufbau von Telefondiensten sowie von multiprofessionellen Strukturen in der Primärversorgung eine Entlastung bringen wird. Inwiefern dieser steigende Bedarf und die gesetzten Maßnahmen die Gastroenterologie im gleichen Ausmaß wie die Innere Medizin im Allgemeinen betreffen, kann derzeit nicht gesagt werden (EPIG GmbH 2019).

3. Akutstationäre fachärztliche Versorgung

Neben der akutstationären Versorgung werden in diesem Kapitel auch die Planung der medizinischen nicht-ärztlichen Versorgung, sowie die vollstationären und tagesklinischen Einheiten besprochen. Die Planung für die vollstationäre Versorgung bezieht sich zumeist auf die Bettenkapazität, und jene für die tagesklinischen Einheiten auf die Kennziffer der ambulanten Betreuungsplätze unter Berücksichtigung der Null-Tagesaufenthalte. Für die Planung werden Krankenhausdaten von 2014 sowie, wie im ambulanten Bereich, bevölkerungs- und strukturbezogene Daten verwendet. Zu diesen gehören die (Struktur-,) Leistungs- und Diagnosedaten der Fondskrankenhäusern in der Steiermark sowie der Fondskrankenhäusern, der AUVA-Krankenhäusern und der PIKRAF-Krankenhäusern in Österreich, in welchen PatientInnen der Steiermark behandelt werden, sowie der Bevölkerungsstand und demographische Prognosen (EPIG GmbH 2019).

Wie schon in der ambulanten fachärztlichen Versorgung wird auch in der akutstationären fachärztlichen Versorgung der Planungsprozess anhand Abbildung 57 dargestellt. In einem ersten Schritt wird die Ist-Situation analysiert, welche in weiß abgebildet ist. Bei dieser Analyse wird die akutstationäre Versorgung anhand einiger Faktoren gemessen, die einerseits nach Fachbereich und Wohnbereich und andererseits nach KA-Standort und Fachbereich gruppiert sind. Die tatsächliche Auswertung der Ist-Situation ist im RSG allgemein gehalten, da kaum auf einzelne Fachbereiche eingegangen wird. Insgesamt waren im Jahr 2014 in den 26 Krankenhäusern (24 landesfondsfinanzierte und zwei Unfallkrankenhäuser) insgesamt 6.792 Betten vorhanden, davon 6.708 vollstationäre und 84 halbstationäre/tagesklinische Betten. Auch die weiteren angeführten Kennzahlen, wie die durchschnittliche Verweildauer, die Bettendichte und die Anzahl der Null-Tages-Fälle, lassen keine Rückschlüsse auf die Gastroenterologie im Allgemeinen oder die dafür benötigten FachärztInnen zu (EPIG GmbH 2019).

Der zweite Schritt – die Berechnung der Soll-Werte – findet unabhängig von den Standorten statt und inkludiert ebenfalls einige der für die Ist-Analyse verwendeten

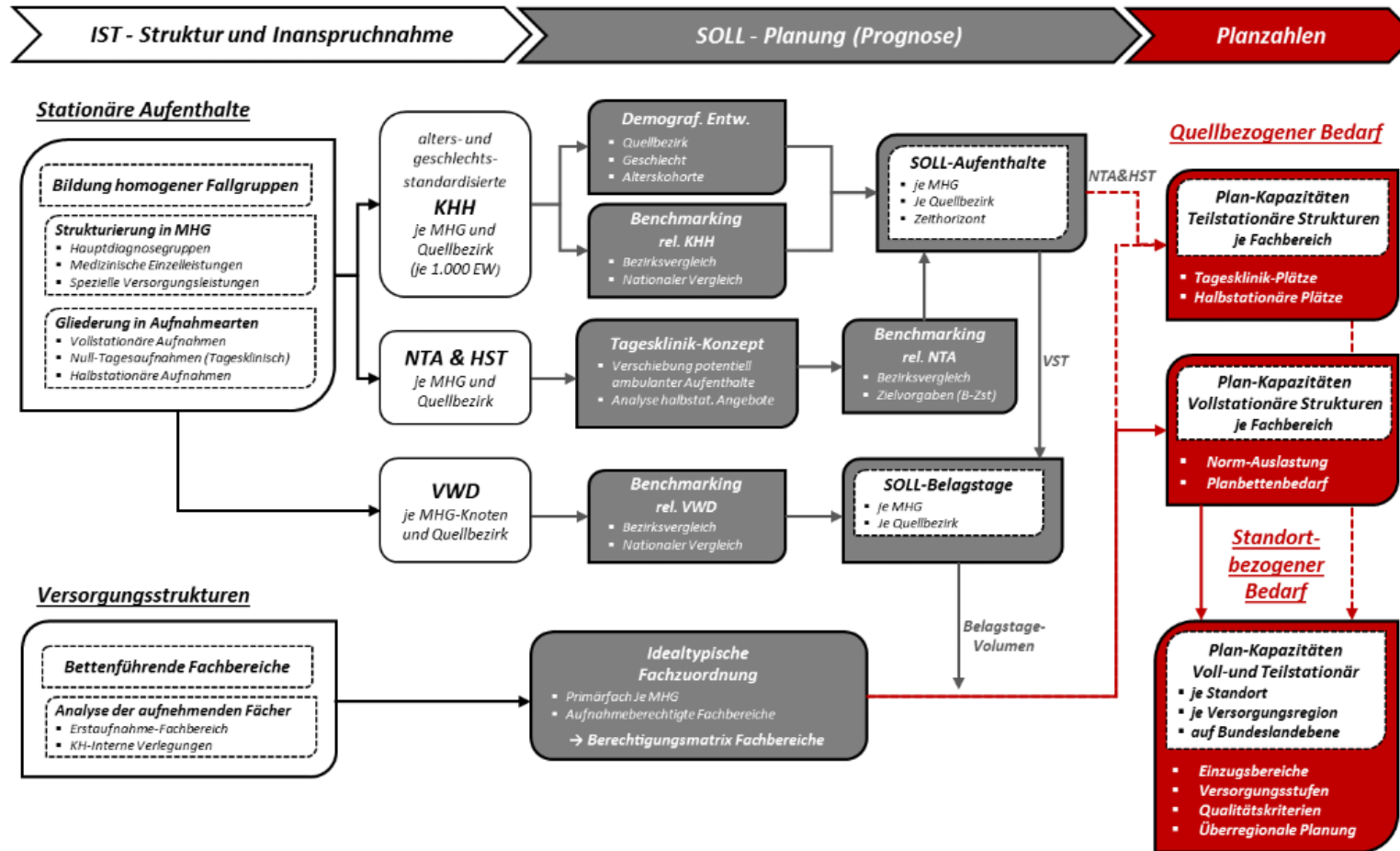
Faktoren. Diese Zahlen bilden die Grundlage für die standortbezogenen Kapazitätszuteilungen, welche darauffolgend durch Einbeziehung regionaler Faktoren, wie der Erreichbarkeit, berechnet werden. Die Ergebnisse der Soll-Berechnung werden einerseits schriftlich in fachbereich- und standortspezifische Anmerkungen zusammenfasst, die für die Gastroenterologie nicht relevant sind, und andererseits in der Quantitativen Strukturdarstellung in Tabellenform abgebildet. Im RSG werden diese Daten sowohl für die gesamte Steiermark als auch für die einzelnen Versorgungsregionen je Fachbereich dargestellt. Für Tabelle 30 wurden jedoch nur die Ist- und Plandaten der gesamten Steiermark des Fachbereichs der Inneren Medizin (inklusive der Planbetten der Pulmologie) übernommen, da die anderen Fachbereiche für die Gastroenterologie nicht relevant sind. Darin aufgelistet ist die tatsächliche Bettenanzahl (Ist) für das Jahr 2014 sowie die Plan-Bettenanzahl für das Jahr 2020 und 2025, mit jeweils der Anzahl der vollstationären Betten und der Tagesklinik-Plätze. Wie man anhand der Tabelle 30 ablesen kann, ist sowohl die Anzahl der vollstationären Betten als auch die der Tagesklinik-Plätze seit 2014 zurückgegangen. Es ist unklar, welcher Rückschluss auf die Anzahl der ÄrztInnen, insbesondere auf die Anzahl der GastroenterologInnen, gezogen werden kann (EPIG GmbH 2019).

Tabelle 30: Quantitative Strukturdarstellung der akutstationären fachärztlichen Versorgung 2025

Steiermark, gesamt	
Normal- und Intensiv-Pflegebereich	Innere Medizin (IM)
Ist – tatsächliche Betten 2014	
- vollstationäre Betten	2.027
- Tagesklinik-Plätze	6
- Summe Gesamt	2.033
Plan-Betten 2020 (RSG 2020)	
- vollstationäre Plan-Betten	1.806
- Tagesklinik-Plätze	0
- Summe Gesamt	1.806
Plan-Betten (RSG-St 2025)	
- vollstationäre Plan-Betten	1.687
- Tagesklinik Plätze ambBP	0
- Summe Gesamt	1.687

Quelle: EPIG GmbH (2019).

Abbildung 57: Darstellung des Planungsprozesses in der akutstationären Versorgung



Quelle: EPIG GmbH (2019).

4. Medizinisch-technische Großgeräte

Bei der Großgeräteplanung werden eben jene, im ÖSG schon beschriebenen, sechs medizinischen Geräte geplant. Zuerst werden die Ist- und Soll-Zahlen erläutert, und darauffolgend in einer Tabelle zusammengefasst. Dabei wird nur die aktuelle Anzahl, beziehungsweise eine etwaige Veränderung, begründet. Tabelle 31 ist weiters in die sechs verschiedenen Versorgungsregionen gegliedert. Wie schon im Abschnitt über den ÖSG beschrieben, werden keine spezifischen Angaben zu Geräten der Gastroenterologie gegeben, trotzdem bietet Tabelle 31 interessante Einblicke in die Grundlage und Funktionsweise der Planung der (Groß-)Geräte. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Ist-Werte (2014) zumeist den Soll-Stand (2020) erfüllen oder überschreiten. Jedoch sind bei den Strahlen- bzw. Hochvolttherapiegeräte (STR) zu wenig Geräte vorhanden (siehe Ist-Stand). Interessant ist auch, dass nicht in jedem Versorgungsbereich jedes Gerät vorhanden ist. Obwohl von der Großgeräteplanung keine Rückschlüsse auf die Gastroenterologie gezogen werden können, bietet sie eine gute Grundlage für eine eventuelle zukünftige Planung der in der Gastroenterologie benötigten Geräte (EPIG GmbH 2019).

Tabelle 31: Ist- und Sollzahlen Großgeräteplan Steiermark

Betreiber	CT		MR		COR		STR		ECT		PET	
	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist	Soll
VR Graz	17	16	13	13	5	4	4	7	10	10	2	2
Intramural	12	11	7	7	5	4	4	7	8	8	2	2
Extramural	5	5	6	6	-	-	-	-	2	2	-	-
Liezen	4	4	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Intramural	3	3	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Extramural	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
östl. Obersteiermark	6	6	5	5	1	1	-	2	2	2	-	1
Intramural	4	4	3	3	1	1	-	2	1	1	-	1
Extramural	2	2	2	2	-	-	-	-	1	1	-	-
Oststeiermark	9	9	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-
Intramural	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Extramural	3	3	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-
Süd/-Weststeiermark	5	5	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Intramural	3	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Extramural	2	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
westl. Obersteiermark	3	3	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Intramural	2	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Extramural	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Steiermark Gesamt	44	43	26	28	6	5	4	9	12	12	2	3

Quelle: EPIG GmbH (2019).

Rechtliche Umsetzung

Im Bundesrecht zur partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit wird die rechtliche Umsetzung geregelt. In Abschnitt 6, Paragraph 19 wird der ÖSG als verbindlicher Rahmenplan definiert. Weiters ist in Paragraph 23, Absatz 3 Folgendes festgehalten (Nationalrat 2021):

„Die/Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministerin/Bundesminister hat eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung zur Verbindlicherklärung von in der Bundes-Zielsteuerungskommission oder den Landes-Zielsteuerungskommissionen beschlossenen Planungen im Gesundheitsbereich zu gründen. Die Gesellschaft führt die Firma „Gesundheitsplanungs GmbH“. Gesellschafter/innen der Gesundheitsplanungs GmbH sind der Bund, die Länder und der Dachverband der Sozialversicherungsträger, die jeweils einen Vertreter/eine Vertreterin in die Generalversammlung entsenden“ (Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort 2021, S.15).

Verbindliche Abschnitte des ÖSG sind im Rechtinformationssystem des Bundes durch die Gesundheitsplanungs GmbH zu verlautbaren. Bei Nichteinhalten gibt es zahlreiche Regelungen, wie der Sanktionsmechanismus ausgestaltet ist. Unterschieden wird in das Nicht-Erreichen von festgelegten Zielen, Verstöße gegen den Zielsteuerungsvertrag und das Zielsteuerungsübereinkommen und in Regelungen bei Nicht-Zustandekommen des Zielsteuerungsvertrags. Bei Nicht-Einhalten von festgelegten Zielen müssen die Gründe dafür sowie ein neuer Zeitplan mit konkreten Lösungsvorschlägen zur Erreichung der Ziele vorgelegt werden. Werden Verstöße gegen die Vereinbarungen des Zielsteuerungsvertrags oder des vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommens festgestellt, sind von der Kommission umgehend Maßnahmen zur Wiederherstellung eines konformen Zustands einzuleiten. Besteht kein Einvernehmen, ob ein Verstoß vorliegt, kann ein Schlichtungsverfahren eingeleitet werden, wobei die dadurch entstandenen Mehrausgaben von dem verantwortlichen Gremium zu tragen sind, sollte ein Verstoß festgestellt werden. Bei Nicht-Zustandekommen des Zielsteuerungsvertrags oder der vierjährigen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen gibt es Nachfristen. Sollten in diesen aufgrund eines Dissens ebenfalls kein Vertrag zustande kommen, hat der/die GesundheitsministerIn für ein Jahr in den Dissens-Punkten Vorgaben zu schaffen, mit denen die Ziele erreicht werden können (Nationalrat 2021).

Fazit

Zusammenfassend lässt sich für das Thema des vorliegenden Berichtsabschnitts – die Planung der ärztlichen Kapazität für Gastroenterologie in Österreich – festhalten, dass die Planung weder im stationären noch im ambulanten Bereich spezifisch für diese Fachgruppe erfolgt. In beiden Bereichen würde der ÖSG beziehungsweise der jeweilige RSG den passenden Rahmen darstellen, jedoch wird die Gastroenterologie lediglich implizit als Teilbereich der Inneren Medizin mitgeplant, ohne auf den Umfang dieses Teilbereichs näher einzugehen. Es kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass die Planung der Versorgung stattdessen durch die Sozialversicherung oder Ärztekammer erfolgt: Wie die Recherchen für Modul 3 ergeben haben, verfügen – nach eigenen Angaben – weder die

jeweiligen Landesstellen der ÖGK noch jene der Ärztekammer durchgängig (in allen Bundesländern) auch nur über die Grund- und Minimalvoraussetzung für eine Planung, nämlich die Status-quo-Anzahl von Personen mit gastroenterologischer Qualifikation.

3.2.2 Deutschland

In Deutschland werden die Vorgaben der Bedarfsplanung auf nationaler Ebene beschlossen und herausgegeben und auf Bundesländerebene umgesetzt. Für ersteres, die Richtlinien zur Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung, ist der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) zuständig. Diese Richtlinien werden nachstehend beschrieben. Für die Umsetzung auf Bundesländerebene sind primär die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig. Um die Umsetzung und die dabei verwendeten Kennzahlen und Tabellen zu erläutern, wird dies anhand des Bundeslandes Bayern genauer erklärt. Zusätzlich werden die Bedarfspläne Brandenburgs, Hessens und Sachsen-Anhalts für weitere Erläuterungen herangezogen. Zuletzt wird zur Ergänzung ein Gutachten im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten herangezogen, welches sich ebenfalls mit der Bedarfsplanung der GastroenterologInnen, Prognosen über die zukünftig benötigte Anzahl an ÄrztInnen, dem gastroenterologischen Leistungsspektrum sowie dem Darmkrebsscreening beschäftigt.

Richtlinien zur Bedarfsplanung (GBA)

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses¹⁴ wurde im Dezember 2012 neu verfasst und wird laufend aktualisiert¹⁵. Die Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung umfasst ÄrztInnen, die bei VertragsärztInnen, in medizinischen Versorgungszentren, in Versorgungseinrichtungen oder in (ermächtigten) Einrichtungen angestellt oder tätig sind, sowie ermächtigte ÄrztInnen, und berücksichtigt regionale Besonderheiten (regionale Demographie, regionale Morbidität, sozioökonomische Faktoren, räumliche Faktoren und infrastrukturelle Besonderheiten). Der Bedarfsplan wird von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) erstellt, im Einvernehmen mit den Landesverbänden und den Ersatzkassen (GBA 2020a).

„Der Bedarfsplan umfasst Grundsätze zur regionalen Versorgung, systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie sowie die Berichterstattung über die fachgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion und Informationen zum barrierefreien Zugang zur Versorgung“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2020, S. 8).

¹⁴ Der GBA ist das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen und beschließt Richtlinien, welche die Form medizinischer Leistungen und Qualitätssicherung sicherstellen. Für weitere Informationen siehe <https://www.g-ba.de/>.

¹⁵ Die Angaben des vorliegenden Berichts stammen aus der Version Dezember 2020, wurden aber bisher bis zur letzten vorliegenden Aktualisierung im März 2022 nicht geändert.

Die Versorgungsebenen sind gegliedert in (1) Hausärztliche Versorgung, (2) Allgemeine fachärztliche Versorgung, (3) Spezialisierte fachärztliche Versorgung und (4) Gesonderte fachärztliche Versorgung, wobei der Versorgungsgrad je nach Versorgungsebene für die ÄrztInnengruppen festgestellt wird. Die ÄrztInnengruppen innerhalb einer Versorgungsebene werden nach Versorgungsausrichtung oder in Anlehnung an die (Muster-)Weiterbildungsordnung bestimmt. Um diese Begriffe verständlicher zu machen, können sie am Beispiel der Gastroenterologie erläutert werden. Der Fachbereich der Gastroenterologie wird der ÄrztInnengruppe der Inneren Medizin zugeordnet, welche, wie gerade beschrieben, nach Versorgungsausrichtung beziehungsweise in Anlehnung an die Weiterbildungsordnung bestimmt werden. Der Fachbereich der Inneren Medizin wird zu der Versorgungsebene (3) Spezialisierte fachärztliche Versorgung gezählt und dementsprechend in dieser mitgeplant. Dies ist in der weiter unten beschriebenen Planung nach Versorgungsebene genauer ausgeführt (GBA 2020a).

Planungsbereiche sind die kreisfreie Stadt, der Landkreis, die Kreisregion oder die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) beziehungsweise der von einer KV umfasste Bereich (Planungsbereiche) und seit März 2022 der Mittelbereich. Der Planungsbereich wird größer mit dem Grad der Spezialisierung. Anhand von arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen wird der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad bestimmt, welcher als Grundlage für die Feststellung von Über- oder Unterversorgung dient. Bevor die Verhältniszahlen dafür herangezogen werden können, werden sie in zwei Schritten modifiziert. In dem ersten Schritt werden die Basis-Verhältniszahlen anhand der bundesweiten Veränderung der Alters- und Geschlechtsstrukturen der Planungsbereiche im Lauf der Zeit angepasst. Dies geschieht durch Bevölkerungszahlen des statistischen Bundesamtes, gegliedert nach vier Altersgruppen (unter 20, 20–44, 45–74 sowie 75 und älter) und dem Geschlecht (männlich, weiblich). Somit entstehen insgesamt acht Gruppen, anhand derer die Verhältniszahlen angepasst werden. Besonders wichtig ist die Unterscheidung für die Planung von Arztgruppen, die für bestimmte Personengruppen zuständig sind, wie FrauenärztInnen sowie Kinder- und JugendtherapeutInnen. Konkret werden die Basis-Verhältniszahlen je ÄrztInnengruppe angepasst durch die Summe der Multiplikation aus Alters- und Geschlechtstfaktoren mit dem jeweiligen Leistungsbedarfsfaktor für die jeweilige Alters- und Geschlechtsgruppe. Nach diesem Schritt ergeben sich die Allgemeinen Verhältniszahlen, welche in einem zweiten Schritt mittels der Morbiditätsstruktur modifiziert werden. Die acht vorhandenen Gruppen (gegliedert nach den zwei Geschlechts- und vier Altersgruppen) werden nochmals zwischen erhöht morbide und nicht erhöht morbide, also dem Morbiditätsgrad, unterscheiden. Dadurch entstehen insgesamt 16 Gruppen, gegliedert nach Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsmerkmalen, welche den unterschiedlichen Behandlungsaufwand abbilden. Die Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahlen erfolgt durch Leistungsfaktoren, welche den

Behandlungsaufwand der jeweiligen Morbiditätsgruppen innerhalb einer ÄrztInnengruppe widerspiegeln. Schlussendlich werden die Verhältniszahlen je Planungsbereich mit dem jeweiligen Verteilungsfaktor der ÄrztInnengruppe multipliziert, welcher die Verteilung der ÄrztInnengruppe pro Planungsbereich wiedergibt. Nachdem die Verhältniszahlen an Alter, Geschlecht, Versorgungs- und Morbiditätsstrukturen, wie oben beschrieben, angepasst wurden, kann die Planung auf Versorgungsebene beginnen (GBA 2020a):

1. Hausärztliche Versorgung

Zu der hausärztlichen Versorgung zählen FachärztInnen für Allgemeinmedizin, praktische ÄrztInnen, ÄrztInnen ohne Gebietsbezeichnung, InternistInnen ohne Schwerpunktbezeichnung, welche die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, sowie FachärztInnen für Innere und Allgemeinmedizin (HausärztInnen). Die Allgemeine Verhältniszahl wird für diese Versorgungsgruppe mit einem/einer HausärztIn pro 1.609 EinwohnerInnen festgelegt. Damit stellt die sogenannte Verhältniszahl den Kehrwert der sonst häufig angeführten „ÄrztInnendichte“ dar.

2. Allgemein fachärztliche Versorgung

Zu dieser Gruppe gehören die Augen-, Frauen-, Haut-, Nerven-, Kinder- und JugendärztInnen sowie ChirurgInnen, OrthopädInnen, PsychotherapeutInnen und UrologInnen. Die Allgemeinen Verhältniszahlen für die eben genannten Fachgruppen werden für die Versorgungsregionen je nach Typ gegliedert. Die Grundüberlegung bei der Festlegung von Regionstypen dürfte sein, dass eine hohe ÄrztInnendichte – wie sie für urbane Zentren typisch ist – eine niedrige ÄrztInnendichte in der Umgebung ausgleicht, indem die dortige Bevölkerung „mitversorgt“ wird. Dementsprechend wird in unterschiedlichen Abstufungen zwischen „mitversorgenden“ und „mitversorgten“ Regionstypen unterschieden.

Tabelle 32: „Allgemeine Verhältniszahlen“ nach Regionstyp und allgemeinen medizinischen Fächern

ÄrztInnen Gruppen	Typ 1 stark mit- versorgend	Typ 2 mitversorgt und mitver- sorgend	Typ 3 stark mit- versorgt	Typ 4 mitversorgt	Typ 5 eigenver- sorgt	Typ 6 poly-zentri- scher Ver- flechtungs- raum
Augenheil- kunde	12.426	18.760	22.934	20.543	19.164	18.956
Chirurgie und Orthopädie	9.077	14.017	16.876	15.914	14.642	13.475
Gynäkologie	3.850	5.795	6.813	6.570	6.231	5.729
Dermatologie	21.179	34.842	41.786	40.912	39.075	34.873
HNO-Heil- kunde	17.353	26.452	33.842	32.469	31.190	24.873
Nervenheil- kunde	13.455	20.613	24.774	23.562	22.308	20.201
Psychothera- pie	3.173	5.317	6.390	6.078	5.754	5.211
Urologie	26.097	41.424	48.431	45.432	43.247	34.106
Kinder und Jugendmedi- zin	2.043	2.862	2.862	2.862	2.862	2.862

Quelle: GBA (2020a).

Für die Ermittlung der Basis-Verhältniszahl werden die zu planenden Regionen in einen der sechs dargestellten Typen eingeordnet. Die je nach Typ und ÄrztInnen ermittelte allgemeine Verhältniszahl bietet die Grundlage für die Berechnung der Sollzahl, also die gewünschte Anzahl der jeweiligen ÄrztInnengruppe. Wie in Tabelle 32 zu sehen, sollte in stark mitversorgenden Regionen (Typ 1) ein/e AugenärztIn für 12.463 Personen vorhanden sein. Dividiert man die Anzahl der EinwohnerInnen durch die regionale Verhältniszahl, erhält man die Anzahl der jeweils benötigten ÄrztInnen. Dies wird anhand der Umsetzung ausgewählter Bundesländer genauer erläutert. Man kann sehen, dass mitversorgte Regionen weniger ÄrztInnen benötigen als mitversorgende Regionen, da die regionale Verhältniszahl höher ist. Die Verhältniszahlen von Kinder- und JugendärztInnen beziehen sich auf die minderjährige Bevölkerung, ebenso wie sich die Verhältniszahl der FrauenärztInnen ausschließlich auf die weibliche Bevölkerung bezieht. Für bestimmte Gebiete, jene der Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, werden ebenfalls Quoten festgelegt. Deren Berechnung ist kompliziert, und hängt unter anderem von der Anzahl der ÄrztInnen mit

doppelter Facharztanerkennung ab. Die genaue Berechnungsmethode wird im Gemeinsamen Bundesausschuss genau beschrieben.

3. Spezialisierte fachärztliche Versorgung

Zu der spezialisierten fachärztlichen Versorgung zählen AnästhesistInnen, FachinternistInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen sowie RadiologInnen. Die Gruppe der FachinternistInnen wird definiert als internistische FachärztInnen, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Dazu zählen die RheumatologInnen, KardiologInnen, GastroenterologInnen, PneumologInnen und NephrologInnen.

Tabelle 33: „Allgemeine Verhältniszahlen“ der spezialisierten fachärztlichen Versorgung

Anästhesie	45.966
Radiologie	48.766
Fachgebiete Innere Medizin	14.433
Kinder- und Jugendpsychiatrie	16.900

Quelle: GBA (2021).

Für die genannten Arztgruppen, welche zu den FachinternistInnen gehören, werden Quoten festgelegt, darunter auch für die Gastroenterologie¹⁶: Der Gemeinsame Bundesausschuss legt fest, dass bei der Zulassung oder Nachbesetzung der FachinternistInnen diese einen Versorgungsanteil von maximal 19 % der regionalen Verhältniszahl ausmachen dürfen. Auch für weitere zu den FachinternistInnen gehörende Fachgebiete gibt es Maximal- und Minimalquoten. Für die Gastroenterologie bedeutet das, dass je Versorgungsregion der Anteil von GastroenterologInnen an der Sollzahl der FachinternistInnen nicht höher als 19 % sein darf. Jedoch gilt das bei der Nachbesetzung nur, wenn der ausscheidende Arzt kein/e FachärztIn für Gastroenterologie ist. Damit liegt die Obergrenze im Bereich der Gastroenterologie bei ungefähr einem Arzt / einer Ärztin pro 75.963¹⁷ Personen. Auch für weitere, oben genannte Arztgruppen, welche den FachinternistInnen zugeordnet werden, gibt es Vorgaben, die hier nicht weiter spezifiziert werden.

¹⁶ Konkret: FachärztInnen für Innere Medizin und Gastroenterologie sowie FachärztInnen für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie.

¹⁷ $14.433:0,19 = 75.963$.

4. Gesonderte fachärztliche Versorgung

Zu der gesonderten fachärztlichen Versorgung gehören ÄrztInnen der folgenden gruppen: Humangenetik, Neurochirurgie, Nuklearmedizin, Pathologie, Physikalische und Rehabilitationsmedizin, Strahlentherapie, Transfusionsmedizin und LaborärztInnen für Biochemie, (diagnostische) Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemie. Für diese gelten die nachstehenden Verhältniszahlen:

Tabelle 34: „Allgemeine Verhältniszahlen“ der gesonderten fachärztliche Versorgung

Humangenetik	563.887
Laboratoriumsmedizin	92.038
Neurochirurgie	143.829
Nuklearmedizin	105.897
Pathologie	108.695
Physikalische und Rehabilitationsmedizin	152.951
Strahlentherapie	151.695
Transfusionsmedizin	1.197.735

Quelle: GBA (2020a).

Wird in einer der vier eben geschilderten Versorgungsebenen eine Über- oder Unterversorgung festgestellt, stimmt also das aktuelle Verhältnis einer ÄrztInnengruppe zur Bevölkerung einer Region nicht mit der Verhältniszahl überein, ist der Sachverhalt zu prüfen und eventuell eine Korrektur vorzunehmen. In der Richtlinie wird von einer Überversorgung ausgegangen, wenn das aktuelle ÄrztIn/EinwohnerIn-Verhältnis die geplante Verhältniszahl um 10 % überschreitet. Bei den Quotensitzen, das ist jene Anzahl an ÄrztInnen, die durch eine (Minimal-)Quote für eine gewisse Fachrichtung reserviert ist, kann der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen aufgrund von Überversorgung anordnen, und diese wieder aufheben. Eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung liegen vor, wenn die in dem Bedarfsplan vorgesehene Versorgung nicht angemessen besetzt werden kann oder dies durch die Altersstruktur der ÄrztInnen in näherer Zukunft droht, wodurch eine unzumutbare Erschwernis bei der Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen entstehen kann. Ein weiterer Anhaltspunkt ist, wenn die aktuelle Verhältniszahl der Hausärztlichen Versorgung unter 25 % der Verhältniszahl laut Bedarfsplanung fällt. Bei der Fachärztlichen Versorgung, also auch in der Gastroenterologie, beträgt dieser Richtwert 50 %. Die Prüfung einer (drohenden) Unterversorgung hat zeitnah zu erfolgen, wobei die Frist von drei Monaten nicht überschritten werden darf. Nach Ablauf dieser drei Monate sind die Ergebnisse der Prüfung dem Landesausschuss mitzuteilen (GBA 2020a).

Umsetzungsbeispiele (Bundesländer)

Wie oben beschrieben, wird die Bedarfsplanung auf Bundesländerebene von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden und den Ersatzkassen nach dem Vorbild der Richtlinie des GBAs erstellt. Die GastroenterologInnen gehören zur Gruppe der FachinternistInnen, wodurch sie oftmals nur in der Anlage der eigentlichen Bedarfsplanung aufgelistet werden. Bei den Planungsblättern gibt es ebenfalls Vorlagen des GBA, ersichtlich in Tabelle 35. Die Planungsblätter der Kassenärztlichen Vereinigungen sehen meistens sehr ähnlich aus, können jedoch leicht in Aussehen und Anordnung der Spalten variieren. Die Bedarfsplanung wird im Folgenden anhand des Beispiels Bayern erläutert. Nachfolgend werden noch weitere Bundesländer erwähnt, welche die GastroenterologInnen in der Bedarfsplanung, neben dem Planungsblatt für FachinternistInnen, erwähnen. Brandenburg und Hessen geben unter anderem mehr Einblicke, wie die Ziele der Bedarfsplanung zustande kommen. Als Beispiel für eine Überversorgung wird Sachsen-Anhalt herangezogen, ein Beispiel für eine Unterversorgung konnte jedoch nicht gefunden werden.

Bayern

Wie bereits erwähnt, ist in jedem Bundesland die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung für die tatsächliche Planung zuständig, in Bayern dementsprechend die Kassenärztliche Vereinigung Bayern. Die Gastroenterologie wird im Zuge der FachinternistInnen geplant, wie man anhand von Tabelle 36 sehen kann. Diese Tabelle zeigt, wie die aktuellen Werte für alle zur Inneren Medizin gehörenden Fachbereiche zustande kommen. Diese werden nachfolgend erklärt: In Bayern sind die Planungsbereiche in die folgenden 18 Regionen eingeteilt: München, Ingolstadt, Oberland, Südostoberbayern, Oberfranken-Ost, Oberfranken-West, Industrieregion Mittelfranken, Westmittelfranken, Bayerischer Untermain, Main-Rhön, Würzburg, Oberpfalz-Nord, Regensburg, Donau-Wald, Landshut, Allgäu, Augsburg und Donau Iller. Die Planungsbereiche sind in eben genannter Reihenfolge in der ersten Spalte der Tabelle 36 gelistet. Spalte zwei gibt die Verhältniszahl der FachinternistInnen für jeden Planungsbereich, also die Bevölkerung je FachinternistIn, wieder. Je nach regionalen Unterschieden beträgt die regionale Verhältniszahl zwischen 12.889,50 in Oberfranken-Ost und 16.684,99 in München. Aufgrund der regionalen Verhältniszahl in Spalte zwei und der aktuellen Bevölkerung im Planungsbereich in Spalte drei, ergibt sich die Sollzahl der FachinternistInnen in Spalte fünf, sowie die Grenze zur Überversorgung in Spalte vier, welche mit 110 % der Sollzahl festgelegt ist. In den folgenden Spalten, von sechs bis elf, ist die tatsächliche im Planungsbereich vorhandene Anzahl der FachinternistInnen gelistet, beginnend mit der Gesamtzahl. Darauf folgen die einzelnen Gruppen, wobei die GastroenterologInnen in Spalte neun gelistet sind. Schlussendlich sind die freien Quotenplätze für die Arztgruppen in den Spalten 14 bis 18 angeführt (KVB 2021).

Anhand des Planungsbereichs München kann dies veranschaulicht werden: Eine Division der Bevölkerung im Planungsbereich (2.927.716) durch die regionale Verhältniszahl (15.684,99) ergibt die Sollzahl von 175,47 FachinternistInnen für München. Ab 193,02 FachinternistInnen, also die Sollzahl plus 10 %, gilt der Bereich als überversorgt. Da die tatsächliche Gesamtzahl an FachinternistInnen bei 356,75 liegt, und damit mehr als doppelt so hoch wie die Sollzahl ausfällt, ist der Planungsbereich München stark überversorgt. Von den 356,75 FachinternistInnen sind 56,50 GastroenterologInnen, was fast 16 % entspricht – die Zahl liegt damit, gemessen an den tatsächlichen vorhandenen FachinternistInnen, unter den vorgegebenen 19 %. Geht man jedoch von 19 % der Sollzahl aus, dürften es maximal 33,34, oder gemessen an der Grenze zur Überversorgung, 36,67 GastroenterologInnen sein. Damit steht fest, dass München stark überversorgt ist, sowohl bei FachinternistInnen allgemein, als auch speziell bei GastroenterologInnen. Aus diesem Grund ist in Spalte 16 auch ersichtlich, dass keine Quotenplätze für GastroenterologInnen in München frei sind. Dasselbe gilt für einige weitere Planungsbereiche in Bayern. Die höchste Anzahl an freien Quotenplätzen ist in Oberpfalz-Nord verfügbar, insgesamt 3,5. Zwar liegt in diesem Bereich die Gesamtzahl der FachinternistInnen über der Grenze zur Überversorgung, welche bei den FachinternistInnen mit 50 % festgelegt ist, jedoch liegen diese prozentual mit 10 % weit unter den maximalen 19 %, gemessen an der Sollzahl. Mit den weiteren 3,5 Quotenplätzen käme man auf 18,8 % GastroenterologInnen, gemessen an der Sollzahl (KVB 2021).

Brandenburg

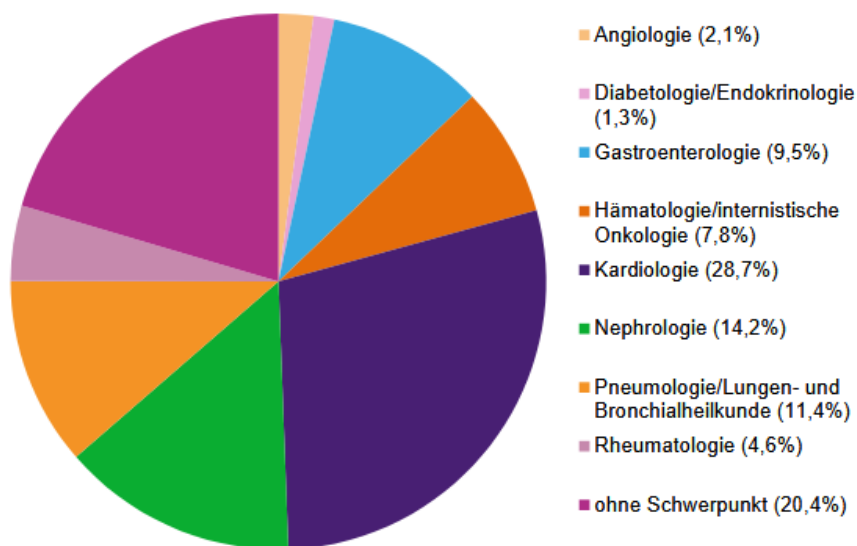
Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg beschreibt in dem Bedarfsplan 2019 die Entstehung der Höchstquoten in den ÄrztInnengruppen, welche auf eine steigende Anzahl von FachärztInnen in den vergangenen Jahren zurückgeht. Diese wird unter anderem auf die zunehmende Spezialisierung zurückgeführt. Die Ausdifferenzierung des fachinternistischen Versorgungsbereichs führte in vielen Planungsbereichen zu einer Überschreitung des Versorgungsgrades um teilweise über 140 %. Aufgrund dessen wäre ein Abbau erforderlich gewesen, welcher jedoch aus Sicht des GBA nicht sachgerecht war, weswegen der GBA eine Anpassung vorgenommen hat, um die Planzahlen an den Stand der Versorgung anzupassen. Daher, und um die Verteilung der Schwerpunkte innerhalb der FachinternistInnen zu regeln, wurden die Höchstquoten für KardiologInnen, GastroenterologInnen, PneumologInnen und NephrologInnen, sowie die Mindestquote für RheumatologInnen ursprünglich festgelegt (KVBB 2020).

Hessen

Der Bedarfsplan Hessens verbildlicht die Regeln des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Maximal- und Minimalquoten der FachinternistInnen graphisch und vergleicht diese mit den aktuellen Quoten. Wie in Abbildung 58 erkennbar ist, liegt der Anteil des

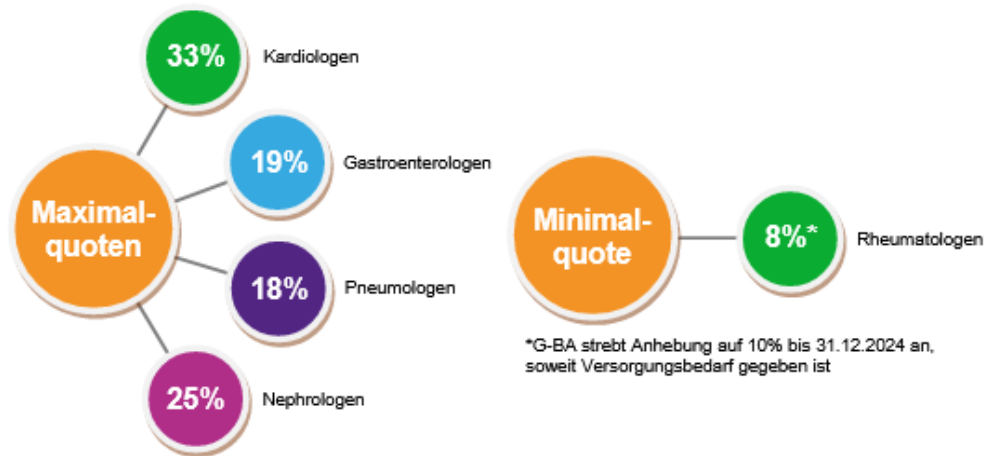
Schwerpunkts Gastroenterologie an dem gesamten Bereich der FachinternistInnen bei 9,5 % und damit weit unter den in der Abbildung 59 dargestellten 19 %. Wie auch in dem aktuellen, noch vorläufigen Planungsblatt ersichtlich, ist das, verglichen mit Bayern oder Sachsen-Anhalt, eher gering. In dem Planungsbereich Mittelhessen finden sich unter insgesamt 120,50 FachinternistInnen nur 10,50 GastroenterologInnen, was einem Anteil von 8,7 % entspricht und somit weniger als im hessischen Durchschnitt, siehe Abbildung 58. Daraus darf jedoch nicht geschlossen werden, dass ganz Hessen oder der Planungsbereich Mittelhessen unterversorgt sind. Denn die Gesamtzahl der FachinternistInnen übersteigt in jedem der fünf Planungsbereiche die Grenze zur Überversorgung. In dem eben genannten Planungsbereich Mittelhessen liegt die Grenze zur Überversorgung, also das Soll plus 10 %, bei 81,5 FachinternistInnen und wird deutlich durch die 120,5 tatsächlich tätigen FachinternistInnen überschritten. Geht man davon aus, dass die optimale Anzahl an GastroenterologInnen bei 19 % des Solls der FachinternistInnen liegt, dann liegt dieser Wert für Mittelhessen bei 14,04. Da der Richtwert für eine Unterversorgung bei 50 % liegt und dieser durch die 10,50 tatsächlich tätigen GastroenterologInnen nicht unterschritten wird, ist die Region Mittelhessen in Bezug auf GastroenterologInnen weder über- noch unterversorgt (KVH 2019).

Abbildung 58: Häufigkeit der Schwerpunkte innerhalb der Arztgruppe der FachinternistInnen



Quelle: KVH (2019).

Abbildung 59: Bundesweite Maximal- und Minimalquoten des GBA



Quelle: KVA (2019).

Sachsen-Anhalt

In Sachsen-Anhalt wurde durch den aktuellen Beschluss des sogenannten Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen am 16.02.2021 die Überversorgung festgestellt. Bei den FachinternistInnen wurde der bedarfsgerechte Versorgungsgrad in Anhalt-Bitterfeld/Wittenberg, Halle/Saale und Magdeburg um 40 % überschritten. Der Versorgungsanteil von GastroenterologInnen wird ebenfalls in den Planungsbereichen Altmark, Anhalt-Bitterfeld/Wittenberg, Halle/Saale und Magdeburg überschritten. Das bedeutet, sowohl die Gesamtanzahl der FachinteristInnen ist in den oben genannten Planungsbereichen deutlich zu hoch, als auch der Anteil der GastroenterologInnen an den FachinternistInnen. Daraus ergibt sich ein dringender Handlungsbedarf (KVSA 2021).

Tabelle 35: Vorlage Planungsblatt FachinternistInnen des Gemeinsamen Bundesausschusses

KV-Region	...			Stand der Beschlussfassung														
	Einwohner- Stand	...																
Ärzte- Stand	...																	
Planungs- bereich	Regionale Verhältniszahl für Fachinternisten (Einwohner je Fachinternist)	Einwohner im Planungsbereich	Grenze zur Überversorgung rechnerisches Soll + 10 %	Sollzahl Fachinternisten ¹	Tatsächlich im Planungsbereich						Planungs- bereich gesperrt- noch mögliche Zulassung.	Quotenplätze ²						
					Fachinternisten							Versor- ungsgrad ohne ermächtigte Ärzte und Ein- richtungen	Rheuma- tologen ³	Rheuma- tologen ³	Kardiologen ⁴	Gastroenterologen ⁵	Pneumologen ⁶	Nephrologen ⁷
					gesamt	Rheuma- tologen ³	Kardio- logen ⁴	Gastroent- erologen ⁵	Pneumo- logen ⁶	Nephro- logen ^{6,7}								
					An- zahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Prozent	Anzahl	Anzahl	Anzahl
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
Planungs- bereich 1																		
Planungs- bereich 2																		
Planungs- bereich 3																		
Planungs- bereich 4																		
...																		
Planungs- bereich n																		

Quelle: GBA (2020).

Tabelle 36: Planungsblatt FachinternistInnen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (Stand 29.01.2021)

Planungsbereich	Regionale Verhältniszahl für Fachinternisten (Einwohner je Facharzt/Ärztin)	EW im Planungsbereich Stand 31.12.2019	Grenze zur Über-versorgung (rechtliches Soll=10,0%)	Sollzahl Fachinternisten (1)	Istwertlich im Planungsbereich							Planungsbereich gesamt - noch mögliche Zulassung	Quotenplätze (2)					
					Fachinternisten						Verfügungsglied ohne ettmächtigte Ärzte und Einrichtungen		Kheumatologen (3)	Kheumatologen (3)	Kardiologen (4)	Gastroenterologen (5)	Pneumologen (6)	Nephrologen (7)
					gesamt	Ikheumatologen (3)	Kardiologen (4)	Gastroenterologen (5)	Pneumologen (6)	Nephrologen (7)								
					Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
München	16.684,99	2.927.716	193,02	175,47	356,75	15,58	107,71	56,50	40,75	30,63	203,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13,50	
Ingolstadt	15.798,70	495.803	34,52	31,38	50,33	3,00	12,25	7,75	5,00	7,50	160,39	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,50	
Oberland	15.409,04	451.829	32,25	29,32	49,00	3,00	14,00	6,00	4,50	8,50	167,11	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	
Südostoberbayern	15.125,21	835.517	60,76	55,24	82,50	8,50	20,50	11,00	6,50	9,50	149,35	0,00	0,00	0,00	0,00	3,50	4,50	
Oberfranken-Ost	12.889,50	463.294	39,54	35,94	50,25	4,00	16,88	4,75	5,75	7,50	139,80	0,00	0,00	0,00	2,50	1,00	1,50	
Oberfranken-West	13.367,22	602.077	49,55	45,04	68,75	4,75	18,25	8,00	7,75	2,00	152,64	0,00	0,00	0,00	1,00	0,50	9,50	
Industrieregion Mittelfranken	14.224,34	1.353.032	104,63	95,12	169,50	8,75	50,63	22,88	20,88	20,00	178,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	
Westmittelfranken	14.107,40	422.137	32,92	29,92	42,00	2,25	6,75	4,50	4,00	5,50	140,36	0,50	0,50	3,50	1,50	1,50	2,00	
Bayerischer Untermain	14.143,93	373.945	29,08	26,44	33,00	1,50	8,75	4,50	3,00	4,00	124,82	1,00	1,00	0,00	1,00	2,00	3,00	
Main-Rhön	13.796,00	436.125	34,77	31,61	53,50	2,00	13,25	4,75	6,00	8,75	169,24	1,00	1,00	0,00	1,50	0,00	0,00	
Würzburg	14.954,57	507.549	37,33	33,94	56,00	4,25	16,25	9,00	6,00	7,75	165,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	1,00	
Oberpfalz-Nord	13.975,02	502.367	39,54	35,95	51,50	3,00	12,00	3,75	5,00	6,00	143,26	0,00	0,00	0,00	3,50	1,50	3,00	
Regensburg	14.723,00	732.793	54,75	49,77	69,00	4,25	17,00	12,00	8,25	3,25	138,63	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	9,50	
Donau-Wald	13.809,71	669.620	53,34	48,49	62,00	4,00	17,00	6,88	4,88	3,63	127,86	0,00	0,00	0,00	2,50	4,00	8,50	
Landshut	14.483,20	451.491	34,29	31,17	35,50	0,83	9,00	2,25	2,50	7,33	113,88	2,00	2,00	1,50	4,00	3,50	0,50	
Allgäu	15.276,80	492.720	35,48	32,25	59,00	3,00	16,25	7,25	9,63	11,00	182,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Augsburg	15.262,94	915.050	65,95	59,95	94,50	5,50	25,50	14,00	12,00	6,00	157,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,00	
Donau-Ilter (BY)	14.915,44	491.672	36,26	32,96	46,50	3,00	11,25	7,25	4,25	6,50	141,06	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	2,00	

Quelle: KVB (2020).

Empfehlungen anderer Interessensgruppen

Neben der offiziellen Bedarfsplanung in Deutschland gibt es – wie auch in Österreich – weitere Interessensgruppen, die sich für die Kernleistungen der Gastroenterologie und die zukünftig benötigten GastroenterologInnen interessieren. Aus diesem Grund wurde das Gutachten „Gastroenterologische Kernleistungen unter gesundheitsökonomischen Aspekten“ (2014) von Prof. Dr. Eberhard Wille und Dr. Michael Popp im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten verfasst. Wie der Titel besagt, beschäftigt sich das Gutachten mit den Kernleistungen der Gastroenterologie, was das damalige sowie das zukünftige Leistungsspektrum inklusive dem Darmkrebscreening, den damaligen Stand der vorhandenen GastroenterologInnen und die Abschätzung der zukünftig benötigten SpezialistInnen umfasst. Hinsichtlich der Fragestellung ähnelt das Gutachten dem vorliegenden Projektbericht für Österreich, jedoch gibt es deutliche Unterschiede in der Ausführung der Analyse. Diese werden abschließend erläutert. Da das Gutachten in etwa zeitgleich mit der Neuregelung der oben beschriebenen Bedarfsplanung entstand, sind seine Aussagen zum Teil durch die neue Bedarfsplanung überholt. Durch den längeren Planungshorizont sind die Ergebnisse des Gutachtens dennoch erwähnenswert (Wille und Popp 2014).

Die Hauptergebnisse betreffen einerseits die Nachfrage nach gastroenterologischen Leistungen und andererseits die praktizierenden GastroenterologInnen. Bezüglich Ersterem kann aufgrund der Altersstruktur der Bevölkerung und des Inanspruchnahmeverhaltens von gastroenterologischen Leistungen gesagt werden, dass die Nachfrage im niedergelassenen Bereich in den Jahren 2023 bis 2027 (je nach Prognosemodell) stark steigen beziehungsweise ihr Maximum erreichen und danach langsam abfallen wird. In zwei der drei Szenarien wird der Ausgangswert von 2011 erst nach dem Jahr 2030 unterschritten, in einem Szenario sogar nach 2040. Im ambulanten Bereich steigt die Nachfrage länger als im niedergelassenen Bereich und erreicht erst 2045 ihr Maximum. Auch hier wird danach ein langsamer Rückgang prognostiziert, jedoch wird die Nachfrage nicht vor 2060 unter das Ausgangsniveau von 2011 fallen. Zusätzlich spricht sich das Gutachten für eine Ausweitung der Screeningkoloskopie aus, da Deutschland zu dem damaligen Zeitpunkt noch kein organisiertes Screeningprogramm hatte. Mehr Vorsorgekoloskopien würden die steigende Nachfrage weiter verstärken (Wille und Popp 2014). Dazu muss aus heutiger Sicht hinzugefügt werden, dass Deutschland seit 2018 ein organisiertes Screeningprogramm für Darmkrebs hat, bei welchem davon ausgegangen werden kann, dass die Teilnahme – und dadurch die Nachfrage nach gastroenterologischen Leistungen – bereits gestiegen ist.

Das Gutachten teilt seine Prognose über den Bruttoersatzbedarf zukünftig benötigter GastroenterologInnen auf in den vertragsärztlichen und den stationären Bereich. Der sogenannte Bruttoersatzbedarf gibt die Anzahl der ÄrztInnen an, die gebraucht werden,

um den Status quo aufrecht zu erhalten, also um die ÄrztInnen zu ersetzen, die in Pension gehen. Obwohl sich im vertragsärztlichen Bereich die Anzahl der GastroenterologInnen zwischen 1996 und 2011 fast verdoppelte, sind bis 2026 über 50 % der FachärztInnen, die im Jahr 2011 tätig waren, zu ersetzen. Im stationären Bereich stieg sowohl die Anzahl der Krankenhäuser mit GastroenterologInnen als auch die Anzahl der GastroenterologInnen selbst. Jedoch stieg im Vergleich dazu die Zahl der AssistenzärztInnen deutlich weniger. In Hinblick auf die Arbeitszeit und damit auf die verfügbaren Kapazitäten ist zu beachten, dass der Anteil an teilzeitbeschäftigten FachärztInnen in der Gastroenterologie anstieg, wohl zum Teil bedingt durch den steigenden Frauenanteil. Durch diese Veränderungen wird prognostiziert, dass bis 2025 mehr als 50 % der im Jahr 2011 tätigen GastroenterologInnen ersetzt werden müssen (Wille und Popp 2014). Es ist wichtig hervorzuheben, dass es sich bei diesen Zahlen **nicht** um die aufgrund höherer in Anspruch genommener Leistungen, demographischer Veränderungen oder anderer Faktoren zusätzlich benötigten GastroenterologInnen handelt. Ebenso geben die Zahlen keine Auskunft darüber, ob es zukünftig einen Mangel an GastroenterologInnen geben wird, da der Zufluss an nachrückenden ÄrztInnen nicht gewertet wird.

Das Gutachten impliziert eine zukünftige Knappheit an GastroenterologInnen aufgrund der Altersstruktur der ÄrztInnen sowie des steigenden Bedarfs an Leistungen, und plädiert aus diesem Grund dafür, dass in der Gastroenterologie auf ausreichend nachfolgende ÄrztInnen geachtet wird (Wille und Popp 2014). Jedoch werden der Bruttoersatzbedarf und die steigende Nachfrage nicht miteinander verknüpft, sodass keine Rückschlüsse auf die tatsächlich zukünftig benötigten GastroenterologInnen gezogen werden können. In der aktuellen Bedarfsplanung wurde jedoch, wie vorangehend beschrieben, in keinem Bundesland eine Unterversorgung nach Maßstäben des GBA festgestellt. Dieser Unterschied kann unter anderem dadurch erklärt werden, dass auf unterschiedliche Kennzahlen beziehungsweise Berechnungsmethoden zurückgegriffen wird. Das Gutachten betrachtet den Bruttoersatzbedarf der GastroenterologInnen, welcher darüber Auskunft gibt, wie viele der ÄrztInnen in dem genannten Zeitraum ersetzt werden müssen. Es wird jedoch keine Aussage darüber getroffen, ob genügend nachkommende GastroenterologInnen vorhanden sind. Die Bedarfsplanung hingegen befasst sich mit der regionalen Verhältniszahl, bei welcher schon die demographischen Veränderungen und Leistungsbedarfsfaktoren eingerechnet sind. Aus diesen Faktoren ergibt sich die regionale Verhältniszahl (auf wie viele EinwohnerInnen ein/e GastroenterologIn kommen soll). Durch den Vergleich der aktuellen Anzahl der ÄrztInnen mit der regionalen Verhältniszahl wird die Versorgung einer jeden Region festgestellt. Somit ist die Bedarfsplanung umfassender als das Gutachten, jedoch ist der Planungshorizont viel kürzer. Auch der hier vorliegende Projektbericht sieht vor, dass gesamthaft, also ohne regionale Gliederung gerechnet wird, umfasst aber ebenso wie Wille und Popp (2014) auch den intramuralen Bereich, im Gegensatz zur deutschen Bedarfsplanung.

3.2.3 Schweiz

Seit 2002 wurde die Zulassung von ÄrztInnen, die zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) tätig sind, durch zeitlich begrenzte Provisorien geregelt. Diese Zulassungssteuerung wird in der Schweiz als Bedarfsplanungsinstrument eingesetzt. Zuletzt war die befristete Zulassungssteuerung gültig, welche 2021 von einer dauerhaften Lösung abgelöst wird. Die auslaufende Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung wurde 2013 erlassen und zuletzt 2019 verlängert. Sie legt Höchstgrenzen für jeden Kanton und jeden Fachbereich fest, welche jedoch von den Kantonen eigenständig erhöht oder für mehrere Fachbereiche außer Kraft gesetzt werden kann. Diese Regelung ist noch gültig, bis die Übergangsfrist nach Inkrafttreten der neuen Zulassungsregelung von LeistungserbringerInnen ausläuft. Im Bereich der Gastroenterologie sind die Höchstwerte, wie in Tabelle 37 dargestellt, festgelegt (Der Schweizerische Bundesrat 2013; Reichlmeier und Meier 2018). Zum leichteren Vergleich ergänzen wir diese Werte mit auf die Bevölkerung bezogenen Obergrenzen.

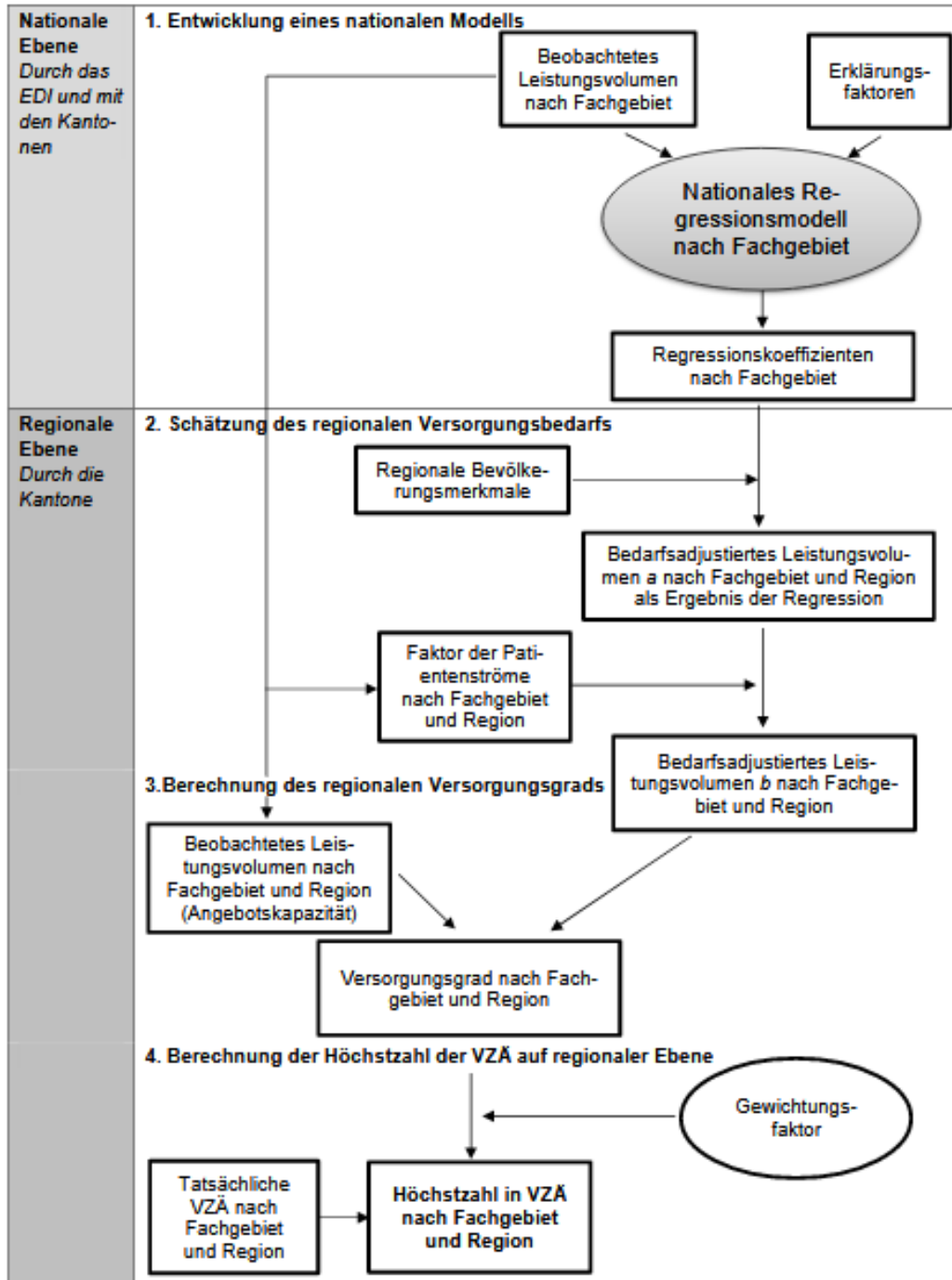
Im Juni 2020 wurde das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Zulassung von Leistungserbringern) verabschiedet, welches mit 01.07.2021 in Kraft tritt und damit die in Tabelle 37 aufgelisteten Höchstzahlen ablöst. Das neue Bundesgesetz knüpft an den Zustrom von ÄrztInnen aus dem Ausland in die Schweiz an (nachstehend beschrieben) und sieht vor, dass LeistungserbringerInnen für die Zulassung besondere Voraussetzungen erfüllen. Nach Artikel 37 muss der/die LeistungserbringerIn entweder eine Ausbildung von mindestens drei Jahren in einer Schweizer Weiterbildungsstätte in dem beantragten Fachbereich absolviert haben oder über einen der folgenden Abschlüsse verfügen: Eine schweizerische gymnasiale Matura, bei welcher die Amtssprache ein Grundlagenfach war, ein in der Amtssprache erworbenes Diplom oder ein in der Amtssprache erworbenes, anerkanntes ausländisches Diplom. Laut Schweizer Ärztezeitung sind auch Qualitätskriterien und das Einhalten von Standards des Schweizer Gesundheitssystems ein Grund für den geforderten Nachweis der Sprachkenntnisse und der dreijährigen Weiterbildung im Land (BAG 2020; Henggi 2020).

Auf regionaler Ebene müssen Kantone in medizinischen Fachgebieten Höchstzahlen basierend auf dem Versorgungsgrad festlegen, welche für alle ambulanten Bereiche gültig sind. Unabhängig von den festgelegten Höchstzahlen haben die Kantone das Recht, die Zulassung in einzelnen medizinischen Fachbereichen aus zwei Gründen zu stoppen: Einerseits, wenn die jährlichen Kosten pro versicherter Person in einem Fachgebiet mehr als die in einem anderen Fachgebiet in demselben Kanton ansteigen oder andererseits, wenn der Anstieg der jährlichen Kosten die des gesamtschweizerischen Durchschnitts übersteigt. Nach Inkrafttreten im Juli 2021 haben die Kantone zwei Jahre Zeit, um die

regionalen Regelungen entsprechend anzupassen (BAG 2018, 2020). Da zu dem Zeitpunkt der Recherche (Ende April 2021) die neue Gesetzgebung noch nicht in Kraft getreten war, gab es auch noch keine Umsetzung auf Kantonebene.

Aus einer Erläuterung zur Verordnung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) geht hervor, dass zur Festlegung der Höchstzahlen für ÄrztInnen der Gesetzgeber den Bundesrat mit der Untersuchung und Bestimmung der dafür notwendigen Kriterien und methodischen Grundsätze betraut hat. Dadurch sollen, obwohl die Kompetenz der Festlegung der Höchstzahlen den Kantonen untersteht, einheitliche Kriterien und ein identischer Rahmen in der Schweiz geschaffen werden. Trotz einheitlicher Kriterien sollen die Kantone bei der Umsetzung einen gewissen Spielraum haben. Die methodischen Schritte zur Bestimmung der Höchstzahlen sollen daher laut BAG wie folgt festgelegt werden (EDI und BAG 2021):

Abbildung 60: Prozess zur Erstellung der Höchstzahlen ärztlicher Versorgung in der Schweiz



Quelle: EDI und BAG (2021).

Ein nationales Regressionsmodell wird unter Einbeziehen des beobachteten Leistungsvolumens in den verschiedenen Fachgebieten sowie anderer Erklärungsfaktoren von

dem Eidgenössischen Department des Inneren (EDI) in Zusammenarbeit mit den Kantonen erstellt. Die Erklärungsfaktoren können Faktoren berücksichtigen, die die Besonderheiten des jeweiligen Fachgebiets abbilden, darunter die Mortalitätsrate und die Hospitalisierungsrate. Jedoch ist vorgesehen, die zu berücksichtigenden Erklärungsfaktoren mit den Kantonen abzusprechen. Das Regressionsmodell berechnet den Regressionskoeffizienten nach Fachgebiet, der auf nationaler Ebene gültig ist. In einem zweiten Schritt wird dieser Koeffizient auf regionaler Ebene durch lokale Bevölkerungsmerkmale und PatientInnenströme angepasst, wodurch sich das bedarfsgerechte *Leistungsvolumen b* nach Fachgebiet und Region ergibt. Aus diesem wird in dem dritten Schritt unter Einbezug des beobachteten Leistungsvolumens (im Schweizer Originaltext als Angebotskapazität bezeichnet) der Versorgungsgrad nach Fachgebiet und Region erstellt. In dem letzten Schritt wird daraus die Höchstzahl in Vollzeitäquivalenten nach Fachgebiet und Region berechnet. Dabei werden die tatsächlichen Vollzeitäquivalente durch den Versorgungsgrad dividiert, wobei der Versorgungsgrad das Verhältnis des tatsächlichen Volumens zu dem Bedarfsvolumen wiedergibt. Die Erhebung des ärztlichen Angebots sowie die Festlegung der Regionen bleibt den Kantonen überlassen. Eine Übersicht dieses Vorgangs bietet Abbildung 60 (EDI und BAG 2021).

Das Angebot an ÄrztInnen wird, wie erläutert, in Vollzeitäquivalenten gemessen. Als vollzeitig tätig gilt in der Schweiz, wer zehn Halbtage pro Woche arbeitet; diese Definition wird üblicherweise auch bei frei praktizierenden ÄrztInnen verwendet. Bei der Festlegung des medizinischen Fachbereichs und der Regionen haben die Kantone mehr Entscheidungsfreiheiten: Bei Ersterem sind die Weiterbildungstitel ausschlaggebend, jedoch haben Kantone die Möglichkeit, mehrere eidgenössische Weiterbildungstitel zu einem medizinischen Fachgebiet zusammenzufassen. Das bedeutet für die Gastroenterologie, dass sie entweder als eigene Disziplin geplant werden kann, oder, wie in Deutschland und Österreich, zu einem größeren Fachgebiet zusammengefasst und in diesem mehr oder weniger detailliert geplant wird. Die genaue Ausgestaltung wurde bisher nicht festgelegt (EDI und BAG 2021).

Wie oben beschrieben, ist ein Kriterium für die Zulassung das Absolvieren einer dreijährigen Ausbildung in einer Weiterbildungsstätte in dem beantragten Fachbereich. Durch dieses Kriterium und die limitierte Anzahl der Weiterbildungsplätze wird vor allem die Anzahl in den Spezialdisziplinen begrenzt. Die Anzahl der zertifizierten Weiterbildungsstätten kann in der Datenbank des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildungen eingesehen werden. Für das Fachgebiet der Gastroenterologie wurden 25 Weiterbildungsstätten ausgewiesen (Stand: April 2021), von denen ein Großteil im Nordwesten der Schweiz liegen. In diesen 25 Weiterbildungsstätten sind laut Selbstdeklaration 71 AssistentInnen tätig (FMH 2021a; Henggi 2020). Diese begrenzenden Maßnahmen wurden aufgrund mehrerer Tatsachen eingeführt: Einerseits hat laut dem

Bundesamt für Gesundheit die Schweiz im internationalen Vergleich eine der höchsten Dichten an berufstätigen ÄrztInnen, was mit dem Anstieg der ambulanten Ausgaben, welcher sich in den letzten 20 Jahren abgezeichnet hat, in Verbindung gebracht wird. Dieser Anstieg der Ausgaben zeigt sich auch im Anstieg der Prämien, welche von den Versicherten gezahlt werden. Damit verbunden ist laut Aargauer Zeitung ein weiteres Ziel: den Zustrom an ausländischen ÄrztInnen besser steuern zu können. Der Anstieg der Kosten – und damit der Krankenkassenprämien – wird auch dem Zustrom ausländischer MedizinerInnen, für welche die Schweiz als attraktiver Arbeitsplatz gilt, zugerechnet. Zuletzt soll durch die Regulierung des Zustroms ausländischer ÄrztInnen die Qualität der Versorgung sichergestellt werden (Henggi 2020; Wattenhofer 2020).

Die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (lat.: Foederatio Medicorum Helveticorum; FMH) veröffentlicht jährlich eine Statistik, genannt FMH-Ärztestatistik, zusammen mit einem Bericht, der die wichtigsten Entwicklungen zusammenfasst. Mit dieser Statistik kann nicht nur der Anstieg der Anzahl praktizierender ÄrztInnen über die letzten Jahre bestätigt werden, sondern es können auch die genauen Zahlen für die einzelnen Fachbereiche eingesehen werden. Zwischen 2008 und 2019 ist die Gesamtanzahl der ÄrztInnen laut FMH von 22.891 auf 37.869 angestiegen. Die Anzahl der EinwohnerInnen pro ÄrztIn ist damit von 336 auf 227 gesunken. Von den 37.869 ÄrztInnen waren im Jahr 2019 417 GastroenterologInnen. Wie bei der Gesamtzahl der ÄrztInnen, ist auch bei den GastroenterologInnen eine starke Zunahme zu beobachten. Die Anzahl ist von 267 2008 auf 417 2019 angestiegen, was einer Steigerung von 56,2 % in elf Jahren entspricht. Der Anteil an der Gesamtzahl an ÄrztInnen 2019 entspricht 1,1 %, beziehungsweise einem Verhältnis von 20.638 EinwohnerInnen pro ÄrztIn. Diese teilen sich wie in Tabelle 37 angeführt auf die Kantone auf (FMH 2020, 2021b; Hostettler und Kraft 2020). Verglichen mit den Grenzwerten der auslaufenden Regelung, welche ebenfalls in Tabelle 37 zusammengefasst sind, kann man sehen, dass fast alle Kantone diese Höchstwerte überschreiten.

Tabelle 37: Höchstwerte und tatsächliche Anzahl der GastroenterologInnen

Westschweiz			Mittelland			Nordwestschweiz			Ostschweiz			Zentralschweiz		
Kanton	H ¹	A ²	Kanton	H ¹	A ²	Kanton	H ¹	A ²	Kanton	H ¹	A ²	Kanton	H ¹	A ²
Genf	29	40	Bern	31	51	Aargau	18	26	Appenzell A. Rh.	3	1	Luzern	12	15
Wallis	10	13	Freiburg	4	7	Basel-Landschaft	8	12	Appenzell I. Rh.	0	0	Nidwalden	0	1
Waadt	28	32	Jura	2	2	Basel-Stadt	10	19	Glarus	1	1	Obwalden	0	0
			Neuenburg	7	6	Zürich	62	97	Graubünden	5	10	Schwyz	3	3
			Solothurn	11	16				St. Gallen	15	26	Uri	0	2
									Schaffhausen	3	3	Zug	5	5
									Thurgau	3	8	Tessin	19	21
Gesamt	67	85	Gesamt	55	82	Gesamt	98	154	Gesamt	30	49	Gesamt	39	47

¹ Höchstzahlen des Schweizerischen Bundesrates, zuletzt aktualisiert 2019

² tatsächlich von der FMH in 2019 erfasste ÄrztInnen

Quelle: Der Schweizerische Bundesrat (2013), FMH (2020)

4 Ergebnisse der qualitativen Befragung von relevanten StakeholderInnen aus dem Bereich der Gastroenterologie und Hepatologie

Die quantitative Auswertung der Daten und der Ländervergleich werden durch qualitative Ergebnisse ergänzt. Dafür wurden 13 ExpertInneninterviews mit insgesamt 15 InterviewpartnerInnen geführt und ausgewertet. Zu den interviewten Personen (IP) gehören FachärztInnen der Gastroenterologie und Hepatologie aus dem extramuralen und intramuralen Bereich, angehende ÄrztInnen, welche ihre Fachausbildung in den Bereichen Gastroenterologie oder Hepatologie absolvieren sowie Vertretungen von PatientInnenorganisationen für Betroffene von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED). Diese stammen hauptsächlich aus Österreich (fünf Bundesländer), jedoch wurden auch deutsche und Schweizer FachärztInnen interviewt, um den nachfolgenden Ländervergleich in dem Literaturkapitel zu ergänzen. Aus Datenschutzgründen werden die ExpertInnen nicht namentlich genannt und Bezüge auf Bundesland und Krankenhaus vermieden bzw. fließen diese nur in die summarische Analyse ein.

Die Interviews waren in vier Teile untergliedert: Im ersten Teil wurde nach dem Status quo der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung gefragt und zwar zur allgemeinen, nicht durch Covid-19 beeinflussten Situation. Im zweiten Abschnitt wurde nach den Herausforderungen und den positiven und negativen Veränderungen (Zukunftsaspekt) gefragt. Darauf folgend wurden die Besonderheiten des jeweiligen Bereichs der ExpertInnen besprochen. Zuletzt wurden die ExpertInnen gebeten, ihre subjektive Einschätzung zu Verbesserungspotenzialen und den entsprechenden Änderungen abzugeben. Diese Interviews wurden über Teams von in der Regel zwei ForscherInnen geführt, die Gespräche wurden protokolliert und mittels der Interviewaufzeichnungen auf ihre Richtigkeit überprüft und gegebenenfalls ergänzt. In einem letzten Schritt wurden die Interviews mit einem Programm für computergestützte Datenanalyse von qualitativen und gemischten Daten ausgewertet, indem jede Textpassage einem Code zugeordnet wurde. Ziel der Auswertung war es, einen Einblick in die Versorgungslandschaft der Gastroenterologie und Hepatologie in Österreich zu erlangen, um die quantitativen Daten zu ergänzen.

4.1 Status quo allgemein

Die allgemeine, aktuelle Lage der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung in Österreich wird heterogen beschrieben. Die divergenten Meinungen der ExpertInnen basieren ganz augenscheinlich auf regionalen Unterschieden (Bundesländer; Ballungsraum vs. Peripherie) sowie auf den Kontrasten zwischen den Bereichen (extramural vs. intramural). In Zentren und zentrumsnahen Ballungsräumen funktioniert die Versorgung den dort tätigen ÄrztInnen zufolge gut, da ausreichend extramurale und intramurale GEH-Fachärztinnen sowie ergänzende Privatangebote existieren. In den ländlichen Regionen zeige sich, dass die Versorgung eher durchwachsen sei, da teilweise sowohl in Krankenhäusern als auch in niedergelassenen Praxen Personal fehle. Eine flächendeckende Versorgung sei nicht gegeben, daher würden viele Bundesländer ihre PatientInnen in den Ballungsraum überweisen. Daraus würden sich oft lange Wegstrecken für PatientInnen ergeben.

Im Allgemeinen werden die Entwicklungen der letzten Jahre als positiv beschrieben: Es seien neue Ambulanzen gegründet worden, die Qualität habe sich stark verbessert, wodurch viele Operationen vermieden und notwendige Eingriffe schneller abgewickelt werden können und es seien große Fortschritte in der Virushepatitis und im Transplantwesen gemacht worden. Problematisch sei – zumindest in einzelnen Bereichen oder Bundesländern – das schlechte Gatekeeping, die ausbaufähige Zusammenarbeit mit der Chirurgie, die Finanzierung einzelner Leistungen und die Vernetzung zwischen ÄrztInnen oder Einrichtungen.

In der Schweiz finde die gastroenterologische und hepatologische Versorgung überwiegend ambulant statt, wobei die Leistungen mit der Gesundheitskasse verrechnet werden. Ambulante Leistungen dürfen laut dem Experten in allen Spitälern erbracht werden, weshalb die GEH-Abteilungen (auch in den Universitätsspitalen) breit aufgestellt seien. Insbesondere der niedergelassene Bereich sei für FachärztInnen auch attraktiv, da endoskopische Eingriffe fast ausschließlich von GEH-SpezialistInnen und kaum von ChirurgInnen und AllgemeininternistInnen durchgeführt werden. Aufgrund des großzügigen Systems seien Überweisungen leicht möglich, jedoch sei kein strukturiertes System der abgestuften Versorgung vorhanden. Dementsprechend wünschten sich befragte Schweizer ExpertInnen mehr Struktur, insbesondere für die Ausbildung, Volumenvorgaben und Register für spezielle Krankheiten/Leistungen.

In Deutschland liege die Hauptschwierigkeit der aktuellen Versorgung am „Lagerdenken“ der Beteiligten. Die verschiedenen Stakeholder – der kassenärztliche Bereich (mit ca. 100.000 Praxen), die Krankenhäuser, die Krankenkassen und Betreiber sowie VertreterInnen der Politik – haben divergente Interessen und Ansichten, welche für eine

positive Veränderung geeint gehörten. Laut den deutschen ExpertInnen gestalte sich dies als schwierig.

4.2 Intramuraler Bereich

Die allgemeine intramurale Situation wird von den ExpertInnen unterschiedlich beschrieben. Einige klagen über Probleme (fehlende systematische Vorgehensweise, Personalmangel, fehlende Zusammenarbeit, unwirtschaftliches Verhalten), jedoch gebe es auch sehr gut funktionierende Einrichtungen. Diese ExpertInnen berichten von einer guten Versorgung, hohen Qualität und kurzen Wartezeiten. Auch einzelne Eingriffe, wie die Endoskopie, hätten sich in den letzten Jahren stark weiterentwickelt. Teilweise sei der Tagesklinische Bereich ausgebaut worden, wodurch deutlich mehr PatientInnen ambulant therapiert werden können. Dies funktioniere versorgungstechnisch gut und sei ein Vorteil für PatientInnen, da sie nach der Behandlung zurück in ihr gewohntes Umfeld können. Problematisch sei, dass viele PatientInnen ihre Untersuchungen (z. B. Nachuntersuchungen) in ihrer gewohnten Klinik durchführen lassen wollen, wodurch es schwierig sei, sie in den niedergelassenen Bereich zu überweisen. Für angehende ÄrztInnen seien die intramuralen Aufgaben sehr spannend, jedoch spüre man den Druck als „Endversorger“. Wissenschaftlich würden momentan in der Hepatologie große Fortschritte passieren, in der Gastroenterologie werde mehr klinische Forschung betrieben.

In der Schweiz dürfen in allen Spitälern ambulante Leistungen angeboten werden, daher sei auch im intramuralen Bereich die GEH breit aufgestellt. Die Sektorenübergänge seien dementsprechend eher fließend. Es gebe jedoch zunehmend Spitäler, die miteinander in Personalfragen oder Spezialisierungen kooperieren (sog. Verbünde). Diese hätten teilweise dasselbe Management.

4.2.1 Stationär

Laut zwei ExpertInnen sei der stationäre Bereich in Österreich verbesserbar: Es gebe zu wenig Personal, und dadurch keine Kontinuität und schlechte persönliche Betreuung für PatientInnen. Die Behandlungsqualität sei jedoch in Ordnung. Ein weiteres Problem sei, dass die vorhandenen GEH-Abteilungen wenig spezialisiert seien und diese fast ausschließlich in Ballungsräumen vorhanden seien.

In Deutschland gebe es im stationären Bereich eine Überversorgung in Ballungsräumen und eine Unterversorgung im ländlichen Bereich. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschäftige sich momentan mit diesem Thema und suche nach Lösungswegen. Laut den deutschen ExpertInnen brauche man in der stationären GEH primär Intensivmedizin und große endoskopische Versorgung, die Basisversorgung könne ambulant geklärt werden.

4.2.2 Ambulant

In Ambulanzen gebe es ebenfalls Probleme, zum Beispiel lange Wartezeiten durch die schwere Planbarkeit des Leistungsgeschehens. Eigentlich sei auch für Ambulanzen eine Überweisung notwendig, viele PatientInnen würden aber ohne kommen, da es keine Ambulanzgebühren gebe. Auch brauche es mehr Personal und für dieses spezifische Stellen, auch in der Pflege.

In Deutschland gebe es ein großes Potenzial für Ambulantisierung, da viele stationäre Leistungen auch im ambulanten Bereich übernommen werden könnten. Diese Überversorgung in Krankenhäusern ergebe sich durch die Finanzierung. Würde jedoch durch Ambulantisierung das Volumen im stationären Bereich reduziert werden, könnten den Aussagen der ExpertInnen zufolge auch dringend benötigte Ausbildungsstellen wegfallen. Im ambulanten Bereich gebe es Kooperationen mit ÄrztInnen aus Krankenhäusern, jedoch bestünden Honorarsgrenzen.

4.2.3 Zentren

Die Qualität von Zentren sei einer IP nach sehr gut, es würden die Krankheiten als ganzheitliche Probleme wahrgenommen und Forschung betrieben. Jedoch gebe es lange Warte- und Wegzeiten für PatientInnen, zudem würden viele Zentren keine neuen PatientInnen annehmen. Dies stehe in Kontrast zu dem Ziel, dass PatientInnen bei Bedarf möglichst rasch Zugang zu Zentren haben. Weiters sollen sich die Zentren besser mit der Peripherie vernetzen, um PatientInnen nach Möglichkeit in den niedergelassenen Bereich zu überweisen. Jedoch werde komplexe Nachbetreuung vorzugsweise in einer (angeschlossenen) Ambulanz gemacht. Einer IP nach solle es auch eine bessere Auffindbarkeit von Zentren (je nach Richtung) und eine Zertifizierung von CED-Zentren durch die ÖGGH geben, bei welchen gewisse Mindeststandards erfüllt werden sollen. Insbesondere bei CED-SpezialistInnen biete sich durch die komplexe Diagnose Zentrenbildung an. Die Rolle von Zentren sei bisher an „persönlichen Befindlichkeiten“ gescheitert, da kein Bereich von seinem Aufgabenfeld einen Teil abgeben möchte. Dadurch gebe es keine Definition von Zentren und keine Etablierung von Standards oder Mindestkriterien. In der Schweiz dürften vor allem komplexe Eingriffe an Schwerpunktspitäler und Zentren zugewiesen werden, jedoch gebe es keine feste Zuweisung zwischen dem extramuralen und intramuralen Bereich.

4.3 Niedergelassener Bereich

Bezüglich des niedergelassenen Bereichs wurden stark unterschiedliche Aussagen getätigt. In manchen Bundesländern dürfte es genug niedergelassene GEH geben (davon viele private), während in anderen ein Mangel herrsche (insbesondere in ländlichen

Gebieten). Durch den teilweisen Mangel an niedergelassenen ÄrztInnen gingen PatientInnen in den intramuralen Bereich, was medizinisch oft nicht notwendig sei. Problematisch seien die langen Wartezeiten und die Finanzierung, da die Finanzverhandlungen mit der Kasse schwierig, Ressourcen teuer und Behandlungen zeitintensiv seien. Dementsprechend müssten manche Leitungen querfinanziert werden. Die Qualität wird unterschiedlich gut eingeschätzt, die Aussagen diesbezüglich variieren von gut bis katastrophal. Wünschenswert wären für die ExpertInnen eine bessere Finanzierung, mehr CED-Pflegekräfte und explizite Kassenstellen für die GEH. Was die Sektorengrenzen, Überweisungen vom intramuralen in den extramuralen Bereich und umgekehrt und Gatekeeping betrifft, war die einhellige Meinung, dass es schlecht funktioniere. Schuld daran sei jeweils der andere Bereich: GEH-SpezialistInnen aus Krankenhäusern werfen niedergelassenen vor, sie würden nicht gut überweisen und das Versorgungsproblem liege bei ihnen. Umgekehrt behaupten niedergelassene GastroenterologInnen und HepatologInnen, der intramurale Bereich würde PatientInnen übernehmen, bei denen es nicht notwendig sei und diese nicht in den niedergelassenen Sektor schicken.

Aus der Schweiz wird berichtet, dass der niedergelassene Bereich attraktiv sei und dass HausärztInnen Kooperationen mit niedergelassenen GastroenterologInnen hätten, zu denen PatientInnen überwiesen werden.

4.4 CED

Die Meinungen zur Versorgung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen gingen bei den ExpertInnen – falls angesprochen – in vielen Punkten auseinander: Laut einer Aussage sei die Versorgung nicht schlecht, jedoch gebe es Verbesserungspotenzial in der Strukturierung, während eine weitere IP äußerte, dass es mehr Personal bräuchte, die Vernetzung jedoch gut sei. Konsens gibt es bei der Diagnose von CED und dass die (Früh-)Erkennung noch unzureichend sei, da ÄrztInnen eher für die Diagnose von anderen Krankheiten wie Krebs ausgebildet werden. Dies gelte nicht nur für die GEH-SpezialistInnen, sondern auch für HausärztInnen, damit rasche Diagnosen und korrekte Überweisungen möglich seien. Laut einer IP betreffe die schwierige Diagnose auch Morbus Crohn. Einzelne Aussagen beziehen sich auf die Kodierung der Diagnose, die aufgrund der unterschiedlichen Ausprägungen schwierig sei und die zeitaufwändige Behandlung und Betreuung von CED-PatientInnen, welche besser honoriert gehöre.

4.5 Hepatologie

Zwei ExpertInnen berichten, dass die Hepatologie in ihren jeweiligen Bundesländern zentralistisch organisiert sei, und dass im intramuralen Bereich nur ein oder wenige größere Krankenhäuser vorhanden seien. Weiters berichten zwei der fünf IP, die sich zur

Hepatologie äußern, dass die Hepatologie in ihrer Region gut funktioniere, insbesondere „wenn sich jemand dem Problem annimmt“ (I4). Die drei weiteren ExpertInnen sprechen nicht über die allgemeine Lage, sondern über ihre individuelle Situation: Eine IP mit eigener Wahlarztpraxis kritisiert, dass es im ländlichen Bereich weite Wegstrecken für PatientInnen gebe, um Virushepatitis behandeln zu lassen. Personen mit Virushepatitis werden laut einer weiteren niedergelassenen IP von ihr immer an entsprechende Ambulanzen überweisen. Zudem gebe es große Unsicherheit im niedergelassenen Bereich bei der Diagnose und Behandlung von Fettleber, da es an nicht-invasiver Diagnostik fehle. Als positiv empfindet diese IP, dass Erkrankungen besser definiert seien als in der Gastroenterologie und Zuweisungen an den intramuralen Bereich gut funktionieren würden. Eine weitere IP berichtet darüber, dass hepatologische Probleme lange nicht erkannt werden, da viele PatientInnen sich davor scheuen würden, ärztliche Hilfe zu suchen. Die Vernetzung zur Drogenszene sei zwar gut, jedoch sei die Situation in den Gefängnissen problematisch.

4.6 Endoskopie

Bezüglich der Endoskopie berichten die ExpertInnen Verschiedenes: Laut einer niedergelassenen IP sei das Ausmaß an Endoskopien ungefähr gleich geblieben und mache in etwa 70 Prozent der gesamten Arbeit aus. Eine IP aus dem intramuralen Bereich bestätigt, dass die Kapazitäten für ausschließlich Endoskopien in seiner/ihrer Einrichtung noch nicht ausgeschöpft seien und es dementsprechend keine langen Wartezeiten gebe. Jedoch soll nach einer anderen IP die Wartezeit und auch die Qualität im ländlichen Bereich verbesserungswürdig sein. Laut weiteren ExpertInnen hänge die Qualität stark von der Routine und von der apparativen Ausstattung ab, welche eine Kostenfrage sei. Im niedergelassenen Bereich müsse man auch überlegen, bei welchen Komplikationen die PatientInnen ins Krankenhaus überwiesen werden müssen, zum Beispiel bei sehr flachen Polypen. Ein weiterer Faktor sei, dass mehr GastroenterologInnen und weniger ChirurgInnen endoskopieren sollten, da ChirurgInnen oftmals keine vollständige Untersuchung machen würden. Dies könnte über die Finanzierung gesteuert werden (Abrechnung mit Kasse nur bei vollständiger Koloskopie). In der Schweiz dürfte dies kein Problem sein, da ChirurgInnen kaum endoskopieren, obwohl sie es dürften. Laut einer IP sei die Finanzierung der Endoskopie in Österreich prinzipiell ausreichend, jedoch gebe es eine starke Variation zwischen den Bundesländern. Zuletzt wurde gesagt, dass sich die Endoskopie aufgrund von Investitionen und besserer Spezialisierung auf Endoskopie stark verbessert hätte. In Deutschland wurde angemerkt, dass bei der GEH-Ausbildung mehr Zeit und Ressourcen für die Endoskopie notwendig seien.

4.7 Vorsorge/Screening

Die Meinungen der österreichischen IP zu Vorsorgeuntersuchungen und Screening sind größtenteils kohärent: Laut den Aussagen zweier ExpertInnen machen die Vorsorgeuntersuchungen in etwa 40 bis 50 Prozent aller Endoskopien aus. Die Mehrheit ist auch der Meinung, dass leitlinienkonforme Behandlung und höhere Beteiligung der Bevölkerung zu massiven Kapazitätsengpässen führen würde. Momentan ließen laut Aussagen von zwei ÄrztInnen in etwa 30 % der anspruchsberechtigten Bevölkerung eine Vorsorgekoloskopie durchführen. Dementsprechend sollte mehr Bewusstsein in der Bevölkerung, insbesondere in der Zielgruppe, geschaffen werden. Ein Vorschlag ist, Vorsorgeuntersuchungen als klassisches Public Health Problem anzusehen und sich in dieser Hinsicht an den Niederlanden zu orientieren. Eine weitere IP berichtet darüber, dass im privatärztlichen niedergelassenen Bereich Vorsorgeuntersuchungen zwar auf Kosten der Kassen durchgeführt würden, jedoch könnten nach eventueller Entfernung von Polypen Nachsorgeuntersuchungen nicht mit der Kasse verrechnet werden. Ein großer Unterschied besteht augenscheinlich zwischen den Bundesländern, da in zumindest einem (Bundesland) Vorsorgeuntersuchungen ausschließlich intramural stattfinden. Eine weitere IP erwähnt auch die Wichtigkeit der Einführung des Qualitätzertifikats Darmkrebs der ÖGGH.

Seit der Einführung der Vorsorgekoloskopie in Deutschland im Jahr 2002, deutlich vor Beginn des organisierten Screeningprogramms, sei die Anzahl der ambulanten EndoskopikerInnen aufgrund der Qualitätskriterien stark zurückgegangen, von 4.000 auf 1.800 Personen. Laut den deutschen IP bräuchte man deutlich mehr GEH-SpezialistInnen, wenn man mehr Personen motivieren könnte, an der Vorsorgekoloskopie teilzunehmen. Ein weiteres Problem zeige sich in der Finanzierung: Während endoskopische Eingriffe finanziell umfassend übernommen würden, fehle die Finanzierung für andere Leistungen, wodurch SpezialistInnen diese Leistungen durch Koloskopien „querfinanzieren“ müssten. In der Schweiz gibt es laut der Schweizer IP bisher kein zentrales Register für Vorsorgeuntersuchungen und auch kaum qualitative Vorgaben, jedoch hätten einzelne Kantone eigene Register eingeführt.

4.8 Diagnose und Behandlung

Wie auch bezüglich Vorsorgeuntersuchungen ist die Meinung zu Diagnose und Behandlung einhellig: Als große Herausforderung stellen sich augenscheinlich die mannigfaltigen und individuellen Symptome und Behandlungsmethoden heraus. Oftmals hätten Krankheiten sehr geringe Fallzahlen und diffizile Symptome. Weiters erweise sich das Erkennen von Komplikationen und die entsprechende Therapie als schwierig. Daher gebe es auch keine one-size-fits-all Lösung. Dementsprechend sei es auch ein Problem, dass manchen AllgemeinmedizinerInnen die fachlichen Kompetenzen fehlen, um

PatientInnen zu den richtigen SpezialistInnen und Untersuchungen zu überweisen. Als weitere Problematik erweisen sich auch die Nachteile für PatientInnen: Arztbesuche bei chronischen Erkrankungen seien zeitaufwändig, dementsprechend würden diese Erkrankungen am Arbeitsmarkt als Nachteil wahrgenommen werden. Weiters bedürfe der Weg zur GEH-SpezialistIn aufgrund von Stigmatisierung oftmals langer Überzeugung. Zuletzt wünschen sich zwei ExpertInnen, dass für gastroenterologische und hepatologische Krankheiten mehr Bewusstsein geschaffen wird.

4.9 Qualität und Qualitätskontrolle

Während die Aussagen zur tatsächlichen Qualität auseinandergehen, sind die Meinungen zur Qualitätssicherung insofern kohärent, dass alle ExpertInnen großen Wert auf die Einhaltung von Standards und Qualitätssicherung legen, und sich einen Ausbau dieser wünschen. Keine/r der GEH-SpezialistInnen schätzt die Qualität des eigenen Arbeitsumfelds als schlecht ein, eine nicht-ärztliche IP sagt jedoch, dass die Qualität der niedergelassenen Praxen eher schlecht sei, während Zentren eine ausgezeichnete Qualität aufweisen würden. Mittlere Krankenhäuser hätten sich in den letzten Jahren stark verbessert.

Die meisten ÄrztInnen – insbesondere niedergelassene – berichten, dass sie sich an die Qualitätsvorgaben der ÖGGH halten würden und dass vor allem das Qualitätszertifikat Darmkrebs in dieser Hinsicht ein wichtiger Schritt gewesen sei. Eine IP berichtet jedoch, dieses System aufgrund des nicht-funktionierenden Datentransfers verlassen zu haben. Im niedergelassenen Bereich würden zu den qualitätssichernden Maßnahmen Routine, Austausch mit anderen GEH-SpezialistInnen und Qualitätsstandards im Sinne von Prozessindikatoren hinzukommen. Letzteres sei noch ausbaufähig, z. B. Standards zur Grundabklärung (welche Punkte gehören von AllgemeinmedizinerInnen, extramuralen – oder intramuralen ÄrztInnen abgeklärt). Diese Standards sollten sektorenübergreifend erstellt werden. Zur intramuralen Qualitätssicherung würde die Etablierung von Stuhltransplantationsregistern sowie bessere Strukturen gehören. Bei diesen sind sich die ExpertInnen jedoch nicht einig, ob es mehr striktere Strukturen oder eine unabhängigere Organisation geben sollte. Weiters würde in kleinen Krankenhäusern die Qualität durch das Heranziehen von SpezialistInnen verbessert werden. Verbesserungspotenzial bestehe in der Funktionsdiagnostik, die in Österreich nicht einheitlich sei, sowie in der Etablierung von Standards, sowohl qualitativ als auch quantitativ.

In Deutschland gibt es laut den ExpertInnen eine Menge an Qualitätssicherung: Wie schon in Vorsorge/Screening (Kap. 4.7) beschrieben, gibt es in seit Einführung der Vorsorgekoloskopie im Jahr 2002 Qualitätsauflagen. Bei Sonographien würde die Qualität durch Zulassungen sichergestellt werden. Weitere Maßnahmen seien die

Qualitätssicherung durch Zentrenbildung mit Zertifizierung und durch Mindestmengen. In der Schweiz sind die Maßnahmen laut einer IP geringer, da es kaum Vorgaben durch die Ärztekammer gebe. Dementsprechend gebe es auch kaum rechtliche oder finanzielle Einschränkungen, wodurch die Qualitätssicherung schwierig sei. Weiters gebe es in der GEH noch keine Subspezialisierungen, mit den Ausnahmen der Hepatologie und ERCP, jedoch werde von der Fachgesellschaft ein Vorschlag für eine Ausbildung in der interventionellen Radiologie ausgearbeitet. Zuletzt gebe es laut der IP Vorgaben in der hochspezialisierten Medizin, jedoch nicht außerhalb.

4.10 Technisch-apparative Ausstattung

Die technische Ausstattung der Krankenhäuser unterscheidet sich laut ExpertInnen stark je nach Region, explizit im Bereich der CED. ExpertInnen sagen, dass nicht alle Geräte im Krankenhaus notwendig und dadurch wirtschaftlich seien. Es bedürfe einer besseren Absprache zwischen den Krankenhausträgern. Kritisiert wird auch, dass viele technologische Trends in den letzten Jahren in Österreich nicht aufgegriffen worden seien, da zu wenig Personal diesbezüglich ausgebildet worden sei, obwohl die finanziellen Ressourcen dafür vorhanden seien. Dementsprechend wird häufig der Wunsch geäußert, die Modernisierung zu forcieren, auch um im Gegenzug mehr angehende ÄrztInnen für das Feld der GEH zu begeistern. Die ÄrztInnen berichteten, dass Investitionen in Technologie zu erheblichen Verbesserungen in der Versorgung führen könnten. Als Beispiel für Verbesserungsmöglichkeiten im intramuralen Bereich wurde von einem Befragten das Tumorboard eines Krankenhauses genannt, in welchem die Befunde von PatientInnen interdisziplinär besprochen werden. Bei einigen der PatientInnen würden einzelne Untersuchungen (Blutbild, Koloskopie, Pathologie) oder der komplette Befund auswärts erstellt, wodurch sich drei Probleme ergeben: (1) Die Daten müssten in das interne Befundsystem eingespielt werden, jedoch seien die Systeme oftmals nicht kompatibel. Aus diesem Grund müssten auswärtige Laborbefunde schriftlich eingescannt werden. Die Bildgebung auswärtig durchgeführter CTs könne eingespielt werden, das Präparat selbst jedoch nicht (was in anderen Ländern, wie der Schweiz, möglich ist). In dieser Hinsicht seien eine einheitliche Befundorganisation und eine bessere Ausstattung notwendig. (2) Durch die fehlende Möglichkeit, Präparate einzuspielen, müssten sich die SpitalsärztInnen auf die Ergebnisse der externen Untersuchung verlassen. (3) In einigen Fällen würden spezifische Tumormarker benötigt, die in dem Befund nicht angeführt seien. Daraus resultieren Nachbearbeitungen, wobei die Probe von dem externen Labor angefordert und neu untersucht werden müsse.

Im niedergelassenen Bereich seien Neugeräte oftmals nicht leistbar, weswegen viele Praxen mit gebrauchten Geräten arbeiten. Allerdings werde in diesem Setting auch nicht so viel technisch-apparative Ausstattung benötigt. Die teilweise schlechtere technische

Ausstattung von Praxen führe aber zu Unterschieden in der Qualität der Leistungserbringung zwischen dem extramuralen und dem intramuralen Bereich. Weiters gebe es im niedergelassenen Bereich momentan keine einheitliche Befundorganisation. Der Austausch von Informationen basiere auf persönlichen Kontakten aus informellen Netzwerken. Dadurch benötigten die niedergelassenen GEH-SpezialistInnen viel Zeit für die Organisation und Weitergabe von Befunden, weshalb es wichtig wäre, das elektronische Befundsystem (ELGA) einheitlich einzuführen. Die Problematik, dass nach wie vor nicht alle Einrichtungen ELGA nutzen, ist auch im intramuralen Bereich bekannt und trägt zu den Schwierigkeiten bei den Überweisungen von PatientInnen bei. Die bloße ICD-Kodierung, welche intramural erfasst wird, sage wenig über die individuelle Situation aus, wodurch es zu einer schlechten Erfassung der tatsächlichen Situation durch die Träger komme.

In der Schweiz entschieden im intramuralen Bereich ausschließlich das Spital selbst beziehungsweise dessen Träger über die Anschaffung von Geräten und das Anbieten von Leistungen. Da die Einrichtungen zueinander in Konkurrenz stehen, würden oftmals Geräte angeschafft, die in einem nahegelegenen Krankenhaus bereits vorhanden seien.

4.11 Kassenleistungen

Einer der von ExpertInnen am meisten diskutierten und kritisierten Punkte sind Kassenleistungen: Insbesondere in der GEH spielt der sozioökonomische Hintergrund der PatientInnen eine große Rolle, da durch Behandlungen hohe Kosten anfallen könnten, die nicht von den Kassen übernommen werden. Daher wäre es wichtig, dass die Gesundheitskassen solche Leistungen (siehe Unterkapitel *Nicht-übernommene Leistungen*) auch abdecken. Die ExpertInnen sind sich allerdings nicht einig über die Beziehung zwischen ÄrztInnen und Gesundheitskassen. Einige berichten über eine gute Beziehung, andere sprechen von Problemen mit dem Kassenwesen. Die Finanzverhandlungen mit den Kassen würden sich als schwierig erweisen, da es ein begrenztes Gesamtbudget für die Innere Medizin gebe. Dieses werde seit Jahren kaum aufgestockt, sodass auch die Honorare in den letzten 20 Jahren nur um fünf bis acht Prozent gestiegen seien, obwohl der Aufwand mittlerweile aufgrund von höheren Qualitätsstandards deutlich höher sei. Daher müssten die ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich ökonomisch handeln. Einige Positionen des Leistungskatalogs werden pauschal vergütet, was nicht immer dem tatsächlichen Aufwand entspricht. Daher wurde die Finanzierung in einem der Interviews als „*Wermutstropfen im niedergelassenen Bereich*“ (I2) beschrieben.

In der Schweiz stellen die Kantongrenzen eine Einschränkung dar, da die gesetzliche Krankenversicherung (KGV) aufgrund von Preisunterschieden zwischen den Kantonen

nur Leistungen innerhalb des Kantos des/der Versicherten übernimmt. Für außerhalb erbrachte Leistungen muss eine Bewilligung eingeholt werden.

In Deutschland wünscht man sich ein sektorenübergreifendes, einheitliches Bezahlssystem und Bewertungsstandards. Aufgrund der Unterschiede in der Finanzierung können bei der Betreuung von PatientInnen mit chronischen Lebererkrankungen oder CED Leistungen wie Atemtests, Anamnese, Kapselendoskopie (in Ausnahmefällen) ambulant durchgeführt, jedoch nicht abgerechnet werden, wodurch solche Leistungen durch andere Einkommensquellen wie Endoskopien querfinanziert werden müssten. In Österreich wird über ähnliche Problematiken berichtet, weswegen nachfolgend beschrieben wird, welche Leistungen von den Gesundheitskassen (nicht) übernommen werden.

4.11.1 Übernommene Leistungen

Von PatientInnen benötigte Medikamente werden prinzipiell von den Gesundheitskassen übernommen, jedoch muss der Antrag von dem/der GastroenterologIn „richtig“ gestellt werden, sodass die Notwendigkeit wirklich ersichtlich ist. Insbesondere Arzneimitteltherapien bei CED werden problemlos übernommen. In manchen Teilen Österreichs wird der H2-Atemtest und die Messung des Calprotectin-Werts im niedergelassenen Bereich ebenfalls von einigen Kassen übernommen. Die Abrechnung der Koloskopie im niedergelassenen Bereich erfolgt über ein Basishonorar und Zusatzhonorar für Polypen, welches zwischen den Bundesländern stark variiert.

4.11.2 Nicht-übernommene Leistungen

Laut den interviewten ExpertInnen gibt es im niedergelassenen Bereich einige Leistungen, die in das kassenärztliche Angebot aufgenommen werden sollten. Da sich die Kassenleistungen zwischen den Bundesländern unterscheiden, es jedoch Ausbaupotenzial gebe, solle laut einhelliger ExpertInnenmeinung evaluiert werden, welche Leistungen benötigt und somit in den Honorarkatalog aufgenommen werden. Ob dies geschieht, sei jedoch Verhandlungssache, was Unterschiede begünstige.

Zu den notwendigen Leistungen, die bisher nicht in jedem Bundesland übernommen werden, gehört der Calprotectin-Wert. Dieser ist ein niederschwellig zugänglicher und evidenzbasierter Indikator von Entzündungen im Darm, ohne den kein durchgehender Behandlungspfad und keine Kontrollen möglich sind. Bisher werde er von einigen Gebietskrankenkassen übernommen, jedoch nicht von der SVS und der BVAEB. Aufgrund dieser Handhabung gebe es Bundesländer, in denen Labore zwar den Calprotectinwert auswerten, jedoch über andere Leistungen mitfinanzieren müssen. Ebenso benötige es eine bessere Vergütung von therapeutischen Gesprächen und psychologischen Behandlungen (Verhaltens-, Gesprächs-, Ernährungsmedizin etc.), sowie eine Einbettung dieser Angebote in strukturierte Programme. Dies wäre besonders für PatientInnen mit CED,

Fettleber, Reizdarm, und Morbus Crohn wichtig. Zu den weiteren benötigten Leistungen zählten die Überwachungskoloskopie mit Stufenbiopsie bei PatientInnen mit Colitis Ulcerosa, die Darmsonographie für Verlaufskontrollen bei CED-Betroffenen sowie der C13-Atemtest zum Nachweis von *Helicobacter pylori*. Im niedergelassenen Bereich werde auch Kontrastmittel oft nicht übernommen, das relativ kostspielig sei. Niedergelassene WahlärztInnen könnten zwar Vorsorgekoloskopien mit den Kassen abrechnen, sollten bei dieser jedoch Polypen entdeckt werden, müsse der Kontrolltermin von den PatientInnen aus eigener Hand bezahlt werden.

4.12 Pflege/CED-Nursing

In einigen größeren Zentren gibt es Spezialsprechstunden für CED, dementsprechend wird für Pflegekräfte eine einschlägige Ausbildung angeboten. Obwohl es für Pflegekräfte oftmals nicht möglich ist, in nur einem Fachbereich zu arbeiten, sei laut den ExpertInnen die Motivation groß, diese Ausbildung wahrzunehmen. Vereinzelt seien auch in niedergelassenen Praxen CED-Nurses vorhanden, diese Praxen seien jedoch laut Aussagen einer IP sehr privilegiert. Die Pflege sei in Österreich größtenteils selbst organisiert (CED Nurses Austria) und motiviert, sich Weiterbildungen zu organisieren. Wichtig wäre es, diese ausgebildeten Pflegekräfte explizit in GEH-Praxen oder in entsprechenden Abteilungen einzusetzen, damit CED-PatientInnen einen niederschweligen Zugang zu Kontrollterminen und weiteren Leistungen hätten und weniger Schamgefühl verspürten. Weiters zeichne sich für die ExpertInnen ein Mangel an CED-Pflegekräften und CED-SpezialistInnen in der Praxis ab, jedoch sei es aufgrund der unbekanntenen Anzahl an CED-PatientInnen schwierig, mehr Fachpersonal zu fordern. Zudem appellierten die InterviewpartnerInnen, eine Zertifizierung von CED-Zentren einzuführen, damit gewisse Qualitätsstandards, wie das Vorhandensein einer CED-Nurse eingehalten werden könnten.

4.13 Rehabilitation

Die GEH-Rehabilitation stellt laut ExpertInnen in Österreich eine Herausforderung dar, da in Österreich die „*awareness*“ für diesen Bereich sehr gering sei, obwohl Nachfrage bestehe. Prinzipiell seien Rehabilitationsplätze vorhanden, jedoch seien die Angebote durch die wenigen spezialisierten Einrichtungen überschaubar. Die Interviews zeigen auch, dass die Verbindung von ÄrztInnen zur Rehabilitation unterschiedlich gut ausgeprägt ist, sowohl intramural als auch extramural. Im Allgemeinen werde Rehabilitation eher in Spitälern verordnet, da in diesen auch die PatientInnen mit den schwereren Verläufen und komplizierten Krankheiten lägen, jedoch gebe es auch niedergelassene GEH-SpezialistInnen mit guten Verbindungen zur Reha. Die Kommunikation zwischen behandelnden ÄrztInnen und Reha-Einrichtung sei ein wichtiger Qualitätsfaktor.

Rehabilitation werde nach bestimmten Eingriffen angeboten (z. B. künstlicher Darmausgang) oder wenn PatientInnen durch ihre Erkrankung nicht arbeiten könnten. Es gebe jedoch Bereiche, in denen keine Rehabilitation vorgesehen sei, obwohl sie dringend notwendig wäre. Ebenfalls wichtig sei eine gute Zusammenarbeit zwischen Reha-Einrichtungen und Sozialarbeit, insbesondere bei PatientInnen mit wenigen finanziellen Mitteln. Ein weiteres Problem bestehe in der Stationarität der Einrichtungen, da viele (junge) PatientInnen ungern wochenlang von ihrer Familie getrennt seien. Eine Lösung wäre, vermehrt ambulante Rehabilitation anzubieten.

4.14 Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen

Anhand des Beispiels von interdisziplinären Boards machten zwei ExpertInnen deutlich, wie wichtig die Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen ist. Ein gutes Netzwerk innerhalb einer Einrichtung gelte daher als wichtiges Qualitätsmerkmal von Zentren, daher gebe es in vielen Krankenhäusern Tumor- und Viszeralboards.

4.14.1 Radiologie

Den Aussagen der ExpertInnen nach gebe es eine gute Zusammenarbeit mit der Radiologie. Während jedoch eine IP meinte, dass die Radiologie im niedergelassenen Bereich gut funktioniere, berichtet eine andere IP, dass sich für die Radiologie aufgrund der diagnostisch schwierigen Fälle und der hohen Spezialisierung eine Zentralisierung lohne.

4.14.2 Allgemeinmedizin

Die interviewten ExpertInnen sind sich einig, dass es im hausärztlichen Bereich Defizite gibt, gastroenterologische und hepatologische Probleme zu erkennen und PatientInnen an die richtige Stelle überweisen. Dies würde jedoch nicht an der Qualität der HausärztInnen liegen, sondern an der Struktur des hausärztlichen Bereichs und fehlenden Standards. Letzteres könnte durch die Einführung einer Standard-Differenzialdiagnostik oder Checklisten, vermehrtes Training und auch den Einsatz von Technologie (AI, Algorithmen) gelöst werden. Weiters sei es wünschenswert, dass mehr HausärztInnen auf die Vorsorgekoloskopie verweisen würden.

4.14.3 Chirurgie

Im niedergelassenen Bereich wird die Zusammenarbeit mit der Chirurgie eher negativ beschrieben. Es würden mehr ChirurgInnen als InternistInnen endoskopieren, jedoch gebe es keine Zusammenarbeit im eigentlichen Sinne. Eine Aussage macht diesen Zustand besonders deutlich: *„Bei Fällen, die sowohl chirurgisch und als auch gastroenterologisch behandelt werden müssen (z. B. Darmpolypen, Leberkrebs), kommt es darauf an, wo PatientInnen zuerst behandelt werden, da dies über den weiteren Therapieverlauf*

entscheidet“ (16). Weiters sagt diese IP, dass im niedergelassenen Bereich GastroenterologInnen bessere EndoskopikerInnen seien, da sie sich schon während der Diagnostik einen Therapieplan überlegen könnten. Im intramuralen Bereich wird Zusammenarbeit mit der Chirurgie unterschiedlich gut eingeschätzt: In einigen Einrichtungen gebe es eine ausgezeichnete Zusammenarbeit, durch interdisziplinäre Boards oder eine gemeinsame Ausbildung in der Endoskopie. Für diese sei vor allem die Struktur und Organisation der Abteilungen verantwortlich. In anderen Einrichtungen wird die Situation als neutral eingestuft. Beispielsweise gebe es dann keine Konkurrenz, wenn die Zielsetzung sehr unterschiedlich sei, ChirurgInnen nicht endoskopieren würden oder die Aufteilung der Fälle klar geregelt sei. Eine IP berichtet jedoch von einer schlechten Zusammenarbeit. Es gebe Situationen, in denen die Chirurgie endoskopieren würde, da von der GEH kein endoskopischer Dienst vorhanden sei. Den ChirurgInnen fehle oft die Erfahrung, wodurch PatientInnen nicht korrekt behandelt würden. GEH-SpezialistInnen würden in solchen Situationen nur herangezogen, wenn „die diensthabenden ChirurgInnen nicht zu eitel sind“ (14). Mittlerweile gebe es Kompromisslösungen, diese würden jedoch teilweise auf dem guten Willen beider Seiten beruhen. Im Kontrast dazu sagt eine weitere IP, dass es prinzipiell keine qualitativen Unterschiede zwischen Chirurgie und GEH gebe, jedoch sei die Ausbildung sehr unterschiedlich. In der Schweiz bestünden diese Probleme nicht, da ChirurgInnen wenig endoskopieren würden, der Grund dafür ist der Schweizer IP jedoch unbekannt.

4.14.4 Andere

Die Zusammenarbeit mit DiätologInnen und dem therapeutischen Bereich funktioniere laut einer IP gut, jedoch aufgrund eines informellen Netzwerks und nicht durch systematisch aufgebaute Strukturen. Im Kontrast dazu sagt eine weitere IP, dass der therapeutische Bereich mehr Qualitätskontrollen und eine stärkere Förderung der Interdisziplinarität benötige. Problematisch sei auch, dass DiätologInnen und PsychotherapeutInnen im niedergelassenen Bereich kaum von der Kasse bezahlt würden. Die Physio- und Ergotherapie sei hingegen auch im niedergelassenen Bereich gut verfügbar.

4.15 Vernetzung

Alle ExpertInnen die über die Vernetzung reden, berichten, dass es keine systematische Vernetzung, sondern fast ausschließlich informelle Netzwerke gebe. Diese seien sehr von Individuen abhängig, insbesondere im niedergelassenen Bereich. So berichtet eine IP, dass die Besprechung von PatientInnen mit KollegInnen besonders wichtig sei. Diese Netzwerke würden oft gut funktionieren, jedoch benötige der Aufbau dieser – das Knüpfen persönlicher Kontakte – viel Zeit. In vielen Fällen benötige man als niedergelassene/r FachärztIn die Telefonnummern von sowohl praktischen ÄrztInnen als auch von

intramuralen SpezialistInnen. „Beim AKH kommt man telefonisch nicht durch, man braucht Kontakte (z. B. die private Handynummer)“ (12), sagt eine IP. Dies sei äußerst problematisch für die GEH. Im intramuralen Bereich gebe es immer wieder Bestrebungen, formale Netzwerke aufzubauen, als Beispiel dafür wurde das Netzwerk Endoskopie der Barmherzigen Schwestern genannt. Informelle Bestrebungen seien beispielsweise Stammtische. Auch in anderen Einrichtungen gebe es derartige Projekte, die Zusammenarbeit sei jedoch durch Covid-19 erschwert worden. Die Vernetzung zu anderen Bereichen (z. B. Hepatologie in die Drogenszene und zwischen Krankenhäusern und Reha-Zentren) sei ebenfalls notwendig und werde teilweise aktiv gesucht. Jedoch sei die strukturierte Netzwerkbildung, insbesondere zwischen intra- und extramuralen LeistungserbringerInnen, stark ausbaufähig und ein großes Anliegen der ExpertInnen. Beispielsweise hätten kleinere Krankenhäuser keine Kontakte und keine Unterstützung durch Zentren, wodurch PatientInnen für gewisse Behandlungen in ein Zentrum überwiesen werden müssen. Durch den schlechten Austausch müssen dort viele bereits durchgeführte Untersuchungen neu gemacht werden. Weiters wurde als Verbesserungswunsch auch der Kontakt zwischen den Bundesländern genannt: „Oft rufen auch viele PatientInnen aus benachbarten Bundesländern an, hier wäre ein Informationsaustausch wichtig, nicht nur zwischen den Kliniken, sondern auch zwischen den Kostenträgern (SV, Länder)“ (11).

Wie auch im Kapitel 4.16 Gatekeeping beschrieben, haben Schweizer HausärztInnen „eigene“ niedergelassene HausärztInnen als KooperationspartnerInnen. Des Weiteren gebe es zunehmend „Verbünde“ von Spitälern, die miteinander bei Personalfragen oder Spezialisierungen kooperieren. Dementsprechend gebe es augenscheinlich eine bessere Vernetzung als in Österreich.

4.16 Gatekeeping

Einige der ExpertInnen äußern den Bedarf an einer besseren Gatekeeping-Funktion. Sowohl intramural als auch extramural gebe es nach einigen Aussagen schon Systeme dafür, es bedürfe jedoch Verbesserungen. Niedergelassene Praxen klagten laut zwei Aussagen über zu wenig Filter durch HausärztInnen, dementsprechend müsse schon telefonisch triagiert und Gatekeeping betrieben werden. In der Schweiz gebe es einer Aussage zufolge besseres Gatekeeping, da HausärztInnen jeweils eine/n niedergelassene/n, gastroenterologische/n KooperationspartnerIn hätten, an welche/n sie überweisen würden. Diese niedergelassenen GastroenterologInnen hätten jeweils Kooperationen mit naheliegenden Zentren, zu denen sie oftmals eine feste, persönlich Verbindung pflegen würden.

Auch intramural sei in Österreich mehr Gatekeeping notwendig: Eine Möglichkeit wäre eine Reihung nach Dringlichkeit, eine weitere Möglichkeit die Einführung von spezialisierten Terminambulanzen mit vorgeschalteter, zentraler Notaufnahme. Auch für PatientInnen sei es gut zu wissen, wie sie rasch zu dem/der benötigten SpezialistIn und dadurch rasch zu einer Diagnose kommen.

4.17 Abgestufte Versorgung

Die ExpertInnen in Österreich sind sich einig, dass ein besser abgestuftes Behandlungskonzept notwendig sei. Eine stärkere Gatekeeping-Funktion, wie in den Niederlanden oder Großbritannien, sei dafür notwendig. Verbesserungsbedarf gebe es bei den Zuweisungen, die systematisch erfolgen sollten (HausärztInnen – FachärztInnen – Spezialambulanz), sowie Referenzen von Krankenhäusern zurück in den niedergelassenen Bereich. Dies würde vor allem durch informelle Netzwerke passieren, nicht durch strukturierte Systeme. Eine komplette Durchstrukturierung sei jedoch Aussagen zufolge auch keine Lösung. Eine funktionierende abgestufte Versorgung sei vor allem für jene PatientInnen wichtig, die nicht in Städten leben. Damit dies funktionieren könne, müsse auch die Vernetzung besser funktionieren. Weiters sei auch zu beachten, dass die abgestufte Versorgung durch Spitzenmedizin vorangetrieben werde.

In Deutschland seien die Grenzen kaum durchlässig, es gebe jedoch eine gute Kooperation zwischen den Bereichen. Es sollte jedoch ein Umdenken geben, in welchem Bereich welche Leistungen erbracht werden dürfe. Die Versorgung solle mehr aus der Sicht der PatientInnen betrachtet werden, und nicht nur aus ökonomischer Perspektive. Daher solle das Leistungsgeschehen den InterviewpartnerInnen zufolge in den ambulanten Bereich verlagert werden, während stationär in erster Linie Intensivmedizin, hochspezialisierte Eingriffe sowie große endoskopische Versorgung vorgenommen werden sollten. Dafür brauche es mehr niedergelassenen GEH und ein einheitliches Bezahlssystem. Weiters gebe es Bestrebungen, die Sektorengrenzen durch medizinische Versorgungszentren (MVZ) einzureißen, welche oft von mehreren Betreibern betrieben werden und teilweise an Krankenhäuser angeschlossen seien. Diese würden auch die Probleme der ambulanten Versorgung durch bessere persönliche Betreuung und mehr Kontinuität lösen.

4.18 Kapazitätsplanung

Die österreichischen ExpertInnen sind sich einig, dass es bezüglich der Kapazitätsplanung einigen Verbesserungsbedarf gibt, die Anmerkungen und Vorschläge sind jedoch sehr unterschiedlich: Auf PatientInnenseite gebe es keine Information über die Anzahl der CED-PatientInnen, sowie eine von den ExpertInnen wahrgenommene, erhöhte

Krankheitslast (insbesondere durch chronische Beschwerden). Auf ÄrztInnenseite wird bemängelt, dass viele technologische Trends aufgrund von mangelndem Personal nicht umgesetzt würden, dass Bettenkapazitäten fehlen würden und in diesen Fällen keine genaue Definition vorhanden sei, an welches andere Krankenhaus überwiesen werden könne. Einer IP nach würden immer mehr Betten für die Akutversorgung benötigt und es würden viele Leistungen in den tagesstationären und ambulanten Bereich ausgelagert werden. Daher sei die Planung der Bettenkapazität schwierig. Ein Lösungsvorschlag wäre, eine Überbesetzung in Krankenhäusern zu ermöglichen, damit diese „Spielgeld“ zur Verfügung hätten. Das Geld dafür wäre einer Aussage nach vorhanden, jedoch bestehe ein Verteilungsproblem.

Die ExpertInnen aus Deutschland kritisieren die dortige Kapazitätsplanung, da nur die Anzahl der InternistInnen allgemein geplant werde. Zusätzlich gebe es für manche Fachrichtungen allgemeine Verhältniszahlen. In dieser Hinsicht würde es großen Verbesserungsbedarf geben, die Hoffnung wird offenbar in die „neue“ Regierung gesetzt. Es gebe auch allgemeingültige Vorschläge, wie ein Vorschlag einer Klinik, dass vorhandene Ressourcen nur basierend auf dem Bedarf umverteilt werden könnten. Wie in Österreich gebe es auch in Deutschland einen großen Bedarf an GEH-SpezialistInnen. Laut einer Erhebung des Deutschen Ärzteblatts würden zum Zeitpunkt der Untersuchung 18 ÄrztInnen mit der GEH-Ausbildung fertig werden, jedoch würden 25 gesucht werden. Aus der Schweiz wird berichtet, dass es bisher keine Kapazitätsplanung gebe und dass der Träger beziehungsweise das Spital über Geräte und Leistungen entscheiden würde, notfalls auch in Konkurrenz zu anderen Einrichtungen. Diesbezüglich finde nur langsam ein Umdenken statt.

4.19 Personalplanung

Die Personalsituation und -planung scheint stark standortabhängig, da die ExpertInnen teilweise auch innerhalb einzelner Bundesländer unterschiedliche Aussagen tätigen. Diese variieren von stark positiv (genügend Personal, Ausbildungsplätze und BewerberInnen) über eher gut (momentan genügend Versorgung jedoch baldige offene Stellen absehbar) bis zu negativen Aussagen. Letztere betreffen sowohl die fehlenden Auszubildenden und/oder Ausbildungsplätze als auch die unbesetzten, offenen Stellen. Die fehlenden Ausbildungsstellen würden aufgrund der 1:1-Betreuungsverhältnisse zwischen OberärztInnen und AssistenzärztInnen zustande kommen, da nicht genügend OberärztInnen vorhanden seien. Ein weiteres Problem sei die fehlende systematische Vorgehensweise, um dem Personalmangel entgegenzuwirken, z. B. durch bessere Anreize. Als Gründe für den Mangel an ÄrztInnen werden das Arbeitszeitgesetz, Mangel an Interesse der jungen Generation und Unattraktivität des Faches genannt. Weiters gelte es bei der Personalplanung den steigenden Anteil an Frauen zu berücksichtigen, die aufgrund von

Karenz zeitweise ausfallen würden. Problematisch sei auch, dass in manchen Einrichtungen am Wochenende kein endoskopischer Dienst vorhanden sei. Zudem bräuchte jedes Zentrum zumindest zwei bis drei CED-SpezialistInnen, die teilweise auch fehlen würden. Zu den Wünschen und Verbesserungsvorschlägen der IP zählen die GEH als Mangelfach zu definieren und ein schnellerer Einzug von Technologie, um das Personal zu entlasten. Offenbar bedarf es dringend Lösungen, um in manchen Einrichtungen und auch im niedergelassenen Bereich dem Personalmangel entgegen zu wirken.

In Deutschland gibt es laut den ExpertInnen einen großen Mangel an GEH-FachärztInnen (siehe Kap. 4.18 Kapazitätsplanung). Dieses Problem werde durch den demographischen Wandel (deutlich mehr alte als junge ÄrztInnen) und fehlende Vollzeitkräfte verstärkt. Dieser Mangel wirke sich auch auf die Ausbildung und damit auf die Personalplanung aus, da es dafür ausreichend Kapazitäten brauche. In der Schweiz hingegen habe man eine sehr hohe ÄrztInnendichte, weshalb im niedergelassenen Bereich Beschränkungen eingeführt wurden, um den Zuzug aus Deutschland und Österreich zu verhindern.

4.20 Ausbildung

Die ExpertInnen sind sich einig, dass eine gute Ausbildung wichtig sei für die GEH, jedoch wird von unterschiedlichen Problemen berichtet: Im intramuralen Bereich berichten zwei IP, dass die derzeitige personelle Aufstellung ein Engpass für die Ausbildung zukünftiger FachärztInnen sei. Andere berichten, dass sowohl genügend Ausbildungsstellen als auch Nachwuchs vorhanden seien. Im niedergelassenen Bereich gebe es genügend Ausbildungsstellen und Kapazitäten, jedoch sei aufgrund der schlechten Bezahlung das Interesse niedrig. Der teilweise Mangel an Nachwuchs sei insofern ein Problem, da es jetzt schon einen Personalmangel gebe und der Ausbildungszyklus aufgrund des hochkomplexen Fachbereichs lang dauern würde. Formal beträgt der Zeitraum sechs Jahre, mehreren ExpertInnen nach würde es jedoch zehn Jahre dauern, bis ÄrztInnen „gut“ seien. Ein Verbesserungsvorschlag ist, die Ausbildung ausschließlich in Zentren zu verlagern und österreichweit zu vereinheitlichen, um die Qualität zu verbessern. Auch die Ausbildung der Endoskopie gehöre für die GEH und Chirurgie vereinheitlicht. Um einheitliche Standards auszuarbeiten und umzusetzen, bräuchte es einen Zusammenschluss aus Gesundheitsministerium, Sozialversicherung und Ärztekammer. Den daraus eventuell resultierenden Versorgungsproblemen könne durch das Entsenden von Versorgungsteams in kleineren Krankenhäusern entgegengewirkt werden. Weitere Vorschläge sind, ChirurgInnen aufgrund des Personalmangels zu EndoskopikerInnen auszubilden, sowie mehr CED-SpezialistInnen und -Nurses auszubilden, um den vorhandenen Bedarf zu decken.

Zwei NachwuchsärztInnen aus der GEH sagen, dass die Herausforderung darin läge, dass die GEH einerseits sehr breit gefächert sei und andererseits auch sehr komplex. Dies

würde es interessant machen, könne aber auch abschreckend wirken. Es sei wichtig, Druck (oft selbstgemacht) auszuhalten, charakterstark und entscheidungsfreudig zu sein. Spezifische Herausforderungen würden oft von der Abteilung selbst abhängen. Als verbesserungswürdig sehen die beiden den Personalstand: Es würde mehr Assistenzpersonal und TurnusärztInnen brauchen, um angehende FachärztInnen in der Stationsarbeit zu entlasten, sowie mehr OberärztInnen, um für beide Seiten ausreichende Ausbildungsaktivitäten zu ermöglichen. Vorteilhaft wäre auch ein Endoskopie-Simulator. Um mehr JungmedizinerInnen für die GEH zu motivieren, seien der Wohlfühlfaktor (Organisation und Arbeitsklima) und eine gute Ausbildung wichtig. Angehende ÄrztInnen würden für das Fach begeistert werden können, indem man die Abteilung – Aufgaben, Fälle und Struktur – vorstellt.

Aus Deutschland wird berichtet, dass es für die Ausbildung sowohl intramural als auch extramural personelle Kapazitäten sowie ausreichend Ausbildungsressourcen (Zeit und Geld) und einen attraktiven Arbeitsalltag und Arbeitsbedingungen brauche. Es sei leicht, junge ÄrztInnen für die GEH zu motivieren, da das Fachgebiet facettenreich und interessant sei. Probleme gebe es im niedergelassenen Bereich, da aufgrund der Honorierung wenig Ausbildungsstellen vorhanden seien, obwohl es eine Ausbildungsermächtigung gibt.

4.21 Wartezeit

Bezüglich der Wartezeiten auf elektive Eingriffe sind die Angaben sehr unterschiedlich und variieren im intramuralen Bereich von sehr kurz, über zwei bis drei Wochen bis zu sehr lang. Auch für andere Eingriffe und Termine variieren die Angaben zwischen einer Woche und zwei Monaten. Eine IP sagt aus, dass intramural Wartezeiten für Endoskopien sehr kurz seien, da Slots für akute Endoskopien freigehalten würden, jedoch gebe es in Ambulanzen etwas längere Wartezeiten für elektive Eingriffe. Eine andere IP aus dem intramuralen Bereich sagt, die Wartezeiten für Endoskopien lägen bei zwei bis drei Wochen, Termine für andere Eingriffe gebe es binnen einer Woche. Zwei weitere ExpertInnen berichten von langen Wartezeiten durch Kapazitätsengpässe, nennen jedoch keine Zahlen. Im niedergelassenen Bereich läge die Wartezeit bei etwa drei bis vier Wochen für einen Termin, jedoch gebe es Kapazitäten für akute Probleme. Jene ExpertInnen, die auf Unterschiede zwischen dem wahlärztlichen und dem kassenärztlichen Bereich eingehen, berichten über deutlich kürzere Wartezeiten bei WahlärztInnen.

4.22 Wegzeit

Fast die Hälfte der österreichischen ExpertInnen berichtet neben den langen Wartezeiten auch von weiten Wegstrecken und den damit verbundenen langen Fahrtzeiten,

insbesondere (aber nicht ausschließlich) in ländlichen, weitläufigen Regionen. Explizit wurde die Virushepatitis als Beispiel einer Krankheit genannt, bei der PatientInnen lange Wegzeiten auf sich nehmen müssten. Obwohl die Transportdienste gut ausgestattet seien, betrage die Fahrtzeit für PatientInnen teilweise 1,5 Stunden pro Richtung. Für manche Betroffenen sei dies aufgrund von Symptomen wie Inkontinenz eine große Hürde, weshalb notwendige Besuche aufgeschoben würden.

4.23 Weg des/der PatientIn

Eine IP aus dem niedergelassenen Bereich berichtet, dass PatientInnen vor allem durch Mundpropaganda und durch Kontakte im intramuralen Bereich kommen, jedoch gebe es auch viele SelbstzuweiserInnen, wodurch man schon vor der ersten Untersuchung stärker filtern müsse. Bezüglich Überweisungen – vom niedergelassenen in den intramuralen Bereich oder vice versa sowie von AllgemeinmedizinerInnen – ist der allgemeine Konsens, dass diese schlecht funktionieren würden. Die angegebenen Gründe dafür sind jedoch unterschiedlich: Laut einer IP aus dem intramuralen Bereich seien Rückführungen aus dem Krankenhaus in den niedergelassenen Bereich oft schwierig; einerseits da PatientInnen aus Gewohnheit die Nachuntersuchung in der Einrichtung der Erstbehandlung durchführen lassen würden und andererseits da ÄrztInnen ihre PatientInnen nur ungern abgeben würden. Letzteres wird auch durch eine niedergelassene IP bestätigt, welche keine PatientInnen aus dem Krankenhaus zur Nachbetreuung bekommen würde. Auch AllgemeinmedizinerInnen müssten sinnvoller überweisen, dazu gehöre ein gutes Einschätzungsvermögen, bei welchen Beschwerden in Zentren überwiesen werden müsse, sowie Überweisungen für Vorsorgekoloskopien im Rahmen der Gesundenuntersuchung.

4.24 Verbesserungsvorschläge

Die Verbesserungswünsche und -vorschläge der österreichischen ExpertInnen lassen sich primär in die Kategorien Vergütung von Leistungen, Struktur, Ausbildung und Personal sowie Technologie einordnen. Betreffend die Abrechnung von Leistungen müsse Kostenwahrheit geschaffen werden, wofür eine sinnvolle Kostenträgerrechnung notwendig sei. Dementsprechend brauche es auch „Verechnungsgerechtigkeit“ zwischen dem extramuralen und dem intramuralen Bereich, um den „*permanenten Kampf*“ (I12) zu beenden. Weiters sollten einige Leistungen in den Erstattungskatalog der Kassenleistungen aufgenommen werden. Dazu gehört das **therapeutische Gespräch**, welches insbesondere bei PatientInnen mit Reizdarm, Fettleber und CED wichtig sei, und das **psychosomatische Gespräch**, das bisher nur bei maximal einem Drittel der PatientInnen abgerechnet werden darf, der **Calprotectin-Wert**, welcher ein evidenzbasierter Indikator für Entzündungen ist, die **Darmsonographie**, die für CED-Verlaufskontrollen

eingesetzt wird, die **Überwachungskoloskopie mit Stufenbiopsie bei Colitis Ulcerosa** sowie Kassenverträge für **GEH-Endoskopien im niedergelassenen Bereich**, damit auch die niedergelassenen FachärztInnen Vorsorgeuntersuchungen tätigen können. Auch für die PatientInnen ist die Vergütung wichtig und notwendig, da in den Bereichen der HEPA und GEH durch Behandlungen oftmals hohe Kosten entstehen können.

Neben der ausbaufähigen Vergütung von Leistungen sind laut ExpertInnen auch finanzielle Mittel für den **technologischen Fortschritt** notwendig: Neugeräte seien im niedergelassenen Bereich – mit der Ausnahme von Endoskopiezentren mit mehreren ÄrztInnen – nicht leistbar, weswegen fast ausschließlich gebrauchte Geräte eingesetzt würden. Im intramuralen Bereich bestehen die Probleme in der technologischen Ausstattung, insbesondere bei der Übermittlung und Einsicht elektronischer Befunde: Da sich die elektronische Ausstattung von Krankenhäusern unterscheidet, können elektronische Befunde von anderen Einrichtungen teilweise nicht eingesehen werden, was die Überweisung von PatientInnen erschwert. Für Ausbildung von FachärztInnen sei ein Endoskopiesimulator notwendig, der an vielen Ausbildungsstellen nicht vorhanden ist. Neben den angeführten, spezifischen Vorteilen würde sich die Verbesserung und der Einzug von Technologie positiv auf die Attraktivität der Fachrichtung auswirken, wodurch mehr und jüngerer Personal gewonnen werden könnte.

Aus den ExpertInneninterviews geht auch deutlich hervor, dass **mehr Personal und Ausbildungsplätze** benötigt werden: Sowohl im Allgemeinen als auch in Hinblick auf die Versorgung von PatientInnen mit CED bedarf es mehr Personals – FachärztInnen und Pflegekräfte –, um die fachgerechte und qualitativ hochwertige Betreuung von PatientInnen sicherzustellen und weiterhin die Ressourcen zu haben, angehende ÄrztInnen auszubilden. Damit dies möglich ist, benötigt es eine geringe Überbesetzung an den Krankenhäusern und eine bessere Verteilung der finanziellen Ressourcen. Weiters äußerten mehrere ExpertInnen den Wunsch, die Ausbildung (1) zu zentralisieren und (2) zu homologisieren, um die Qualität und Standards weniger von den Primarii abhängig zu machen. Bezüglich Ersterem wurde die Idee geäußert, Ausbildung nur noch in Zentren anzubieten, jedoch „Ausbildungsteams“ in nahe gelegene Krankenhäuser zu senden. Dies sei sinnvoll, da die Ausbildung stark von den Fallzahlen abhängig sei. Zweiteres beinhaltet einheitliche Ausbildungsstandards, zu welchen auch die Vereinheitlichung der Endoskopieausbildung für Chirurgie und GEH gehört. Um einheitliche (Ausbildungs-)Standards zu ermöglichen, benötige es einen Zusammenschluss aus Sozialversicherung, Ärztekammer und Gesundheitsministerium. Durch eine qualitativ-hochwertige Ausbildung könnten auch NachwuchsärztInnen gewonnen werden. Auch Werbung für die GEH könne in dieser Hinsicht helfen.

Die Verbesserung der Netzwerkbildung sei eine weitere wichtige Maßnahme, die von vielen ExpertInnen angesprochen wird. Dazu gehöre sowohl die **interdisziplinäre**

Zusammenarbeit als auch die **Verknüpfung zwischen Sektoren** oder Bundesländern. Dadurch könne auch das Problem bekämpft werden, dass einige Disziplinen Probleme ausschließlich aus ihrem Winkel betrachten würden. Dies inkludiert, PatientInnen nach Möglichkeit aus Krankenhäusern in den extramuralen Bereich zurückzuüberweisen. Es werden dafür feste Strukturen benötigt, durch welche sich auch das **Gatekeeping** verbessern würde.

5 Gap-Analyse

Gegenwärtig liegt kein Bericht zur gastroenterologisch-hepatologischen Versorgung in Österreich vor. Modul 3 des vorliegenden Berichts (Kapitel 5) liefert auf Basis der Status-quo-Analyse einen Überblick der bestehenden personellen Kapazität auf Seiten des Angebots sowie der Nachfrage, schätzt deren Entwicklung für den Zeitraum bis zum Jahr 2030 ab und stellt diese einander gegenüber (Gap-Analyse).

Die Modellierung des Angebots an fachärztlicher Kapazität muss Informationen aus mehreren Datenquellen kombinieren, da in Österreich derzeit keine umfassende Informationsbasis für FachärztInnen mit anerkannter GEH-Qualifikation vorliegt, siehe Modul 1 (Kapitel 2). In Modul 3 werden vier Personengruppen mit anerkannter Qualifikation für GEH berücksichtigt: (1) FÄ für Innere Medizin mit Additivfach GEH (ÄAO 2006), (2) FÄ für Innere Medizin und GEH (ÄAO 2015), (3) FÄ für Innere Medizin ohne Additivfach GEH (ÄAO 2006), mit Abrechnungsbefugnis/Gerätenachweis für Gastroskopien und/oder Koloskopien bzw. alternativ FÄ für Innere Medizin, die 2019 eine GEH-spezifische Markerleistung abgerechnet haben und (4) FÄ für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie (ÄAO 2006) mit Abrechnungsbefugnis/Gerätenachweis für Gastroskopien und/oder Koloskopien bzw. alternativ FÄ für Chirurgie, die 2019 eine GEH-spezifische Markerleistung abgerechnet haben.

Bezogen auf das Setting der Berufsausübung werden – soweit es die vorliegenden Daten erlauben – sowohl angestellte ÄrztInnen, für die durchwegs angenommen werden kann, dass die Berufsausübung im Krankenhaus stattfindet, als auch niedergelassen tätige ÄrztInnen, sowie Personen, die in beiden Settings arbeiten, berücksichtigt. Bei den niedergelassenen sind ÄrztInnen mit, und soweit es die vorhandenen Daten zulassen, auch ÄrztInnen ohne Kassenvertrag inkludiert, wie in den einzelnen Berechnungsmodellen ausgeführt wird.¹ Für die Abschätzung der zukünftigen Kapazität wird einerseits auf die Zahl der ÄrztInnen in GEH-Ausbildung als Inflow abgestellt, und andererseits als wesentlichster Outflow der Übertritt in den Ruhestand modelliert.

Die Nachfrage nach spezifischen GEH-Leistungen wird in eine Nachfrage nach ärztlicher Kapazität „übersetzt“ und bis 2030 fortgeschrieben. Als Datengrundlage werden Projektionen aus der aktuellen Versorgungsmatrix des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG – Stand 18.12.2020) bzw. Spezialauswertungen der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) herangezogen.

¹ Ausschließliche WohnsitzärztInnen werden als nicht versorgungsrelevant angesehen und aus sämtlichen Berechnungen ausgeschlossen.

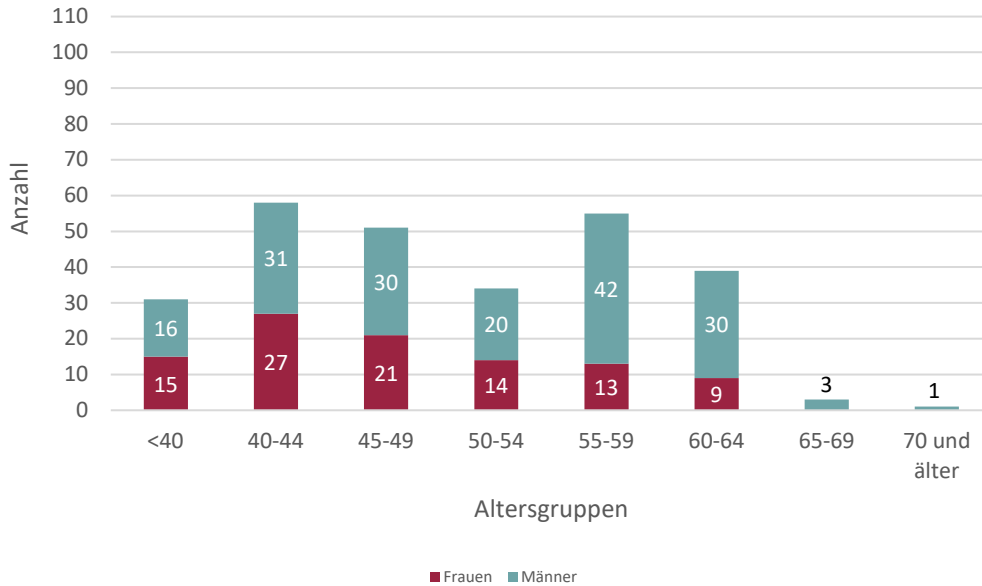
Mit Hilfe der Gap-Analyse können sowohl Nachfrage als auch Angebot an ärztlichem Personal in einem Modell abgebildet und potenzielle zukünftige Versorgungslücken identifiziert werden. Da bereits die Status-quo-Analyse erhebliche Informationsdefizite und damit Prognose-Unsicherheiten aufdeckt, werden für die Vorausschätzung unterschiedliche Szenarien gerechnet.

Im Folgenden wird zwischen drei settingspezifischen Berechnungsmodellen differenziert, wobei angebotsseitig jede Person eindeutig einem dieser Modelle zugeteilt wird (disjunkte Gruppen). Hintergrund für die Formulierung dieser Modelle ist auch, dass es derzeit keine einheitliche Datenquelle gibt, die das Stundenausmaß der Beschäftigung abbildet. Daher kann die Versorgungskapazität der einzelnen Personen nicht im tatsächlichen Beschäftigungsausmaß berücksichtigt werden, was für die Umrechnung in Vollzeitäquivalente aber notwendig ist. Diese Problematik betrifft nicht nur die Frage von Vollzeit- versus Teilzeittätigkeit bzw. Überstunden, sondern auch die Zurechnung der Kapazität von Personen mit mehreren Tätigkeitsfeldern zu den jeweiligen Versorgungssettings (angestellt und niedergelassen tätig).

5.1 Modell 1: Ausschließlich angestellte ÄrztInnen

Modell 1 umfasst Personen, die ausschließlich als angestellt registriert sind, ohne jegliche niedergelassene Tätigkeit. Die Annahme ist hier, dass diese Personen vollständig im Krankenhaussetting versorgungsrelevant tätig sind, andere Anstellungsorte als Spitäler werden in den betroffenen Fächern als nicht quantitativ bedeutsam angesehen. In dieser Kategorie finden sich insgesamt 272 ÄrztInnen, 261 Personen mit Qualifikationstyp 1 (96 %) und 11 Personen mit Qualifikationstyp 2 (4 %), vgl. Tabelle 1.

Abbildung 61: Ausschließlich angestellte Personen mit GEH-Qualifikation, nach Alter und Geschlecht, Stichtag: 01.01.2021



Quelle: ÖÄK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Insgesamt besteht diese Personengruppe aus 99 Frauen (36 %) und 173 Männern (64 %), wobei Frauen im Median deutlich jünger (46 Jahre) als ihre männlichen Kollegen (53 Jahre) sind. Die am stärksten besetzte Altersgruppe bildet bei Männern die Altersgruppe 55–59 Jahre, bei Frauen die Altersgruppe 40–44 Jahre, vgl. Abbildung 61.

5.1.1 Entwicklung des Angebots

Für die Vorausschätzung des Angebots bis 2030 werden in Modell 1 folgende Annahmen getroffen:

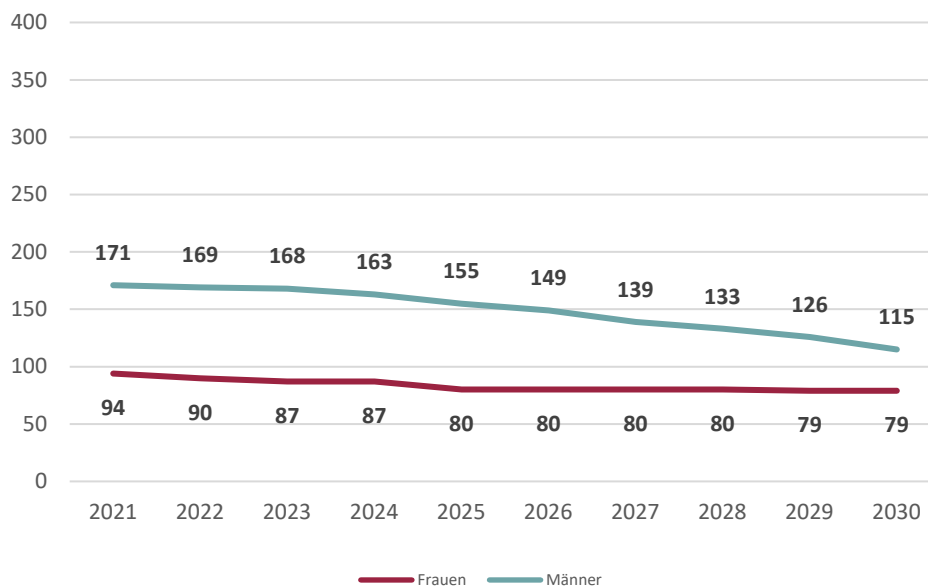
- **Migration:** Hinsichtlich Migrationsbewegungen bei ÄrztInnen wird unterstellt, dass diese keine quantitative Anpassung in der Berechnung der Angebotskapazitäten notwendig machen. Implizit entspricht dies der Annahme, dass sich Emigration und Immigration von ÄrztInnen mit GEH-Qualifikation im Wesentlichen ausgleichen.
- **Anzahl an Ausbildungsplätzen:** Im Rahmen der Ausbildung bestehen jene Kapazitäten bzw. besteht jene Anzahl an Ausbildungsplätzen weiter wie im Status quo (das bedeutet einen jährlichen Inflow an neu ausgebildeten ÄrztInnen mit GEH-Qualifikation 1 bzw. 2 von 24 Personen). Damit wird unterstellt, dass die vorhandenen Ausbildungsplätze aus dem Bestand der Personen, die ein Medizinstudium absolviert haben, auch besetzt werden können. Die Versorgungsrelevanz dieser ÄrztInnen in Ausbildung wird nicht separat modelliert, was der impliziten Annahme

entspricht, dass der „Zeitverlust“ für auszubildende ÄrztInnen und die zusätzliche Versorgungsleistung der ÄrztInnen in Ausbildung einander im Schnitt ausgleichen.

- **Pensionseintrittsalter:** Der Übertritt in den Ruhestand wird für Männer einheitlich mit dem Erreichen des 65. Lebensjahres modelliert. Bei Frauen ist die Umstellung des gesetzlichen Pensionseintrittsalters zu berücksichtigen, das ab 2024 eine Angleichung an das Pensionseintrittsalter bei Männern vorsieht. Dementsprechend wird das Pensionseintrittsalter bei Frauen folgendermaßen modelliert: bis 2023 60 Jahre, 2024/25 61 Jahre, 2026/27 62 Jahre, 2028/29 63 Jahre, 2030 64 Jahre.
- **Berufswechsel:** Ein Berufswechsel – einschließlich eines Schwerpunktwechsels innerhalb der Fachrichtung – spielt keine quantitative Rolle.
- **Todesfälle:** Todesfälle vor Eintritt in den Ruhestand werden als quantitativ unbedeutend angesehen und nicht modelliert.
- **Wochenarbeitszeit:** Das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz regelt, dass seit 1. Juli 2021 die Wochenarbeitszeit im Durchschnitt nur noch 48, statt wie zuvor 55 Stunden betragen darf (§3 (1) KA-AZG). Der im Modell angewandte Umrechnungsfaktor von Personen auf VZÄ berücksichtigt diese Umstellung 1:1, da nicht von einer Umgehung dieser gesetzlichen Bestimmung (z. B. durch unkorrekte Arbeitszeitaufzeichnungen) ausgegangen werden kann.

Die Kopfzahl der ausschließlich angestellten ÄrztInnen mit GEH-Qualifikation reduziert sich gemäß den oben definierten Annahmen von 2021 bis 2030 von insgesamt 265¹ Personen um 71 Personen (oder 27 %) auf 194 Personen (siehe Abbildung 62). Geschlechtsdifferenziert zeigt sich, dass der Rückgang bei Männern mit 56 Köpfen (oder 33 %) stärker ausgeprägt verläuft als bei Frauen (-15 Köpfe oder 16 %). Grund dafür ist insbesondere die Altersstruktur der Männer: 42 % der Männer zwischen 55 und 64 Jahren scheiden in der nächsten Dekade aus dem Berufsleben aus. Um das Niveau 2021 von 265 Personen bis ins Jahr 2030 zu halten, bedarf es eines jährlichen Inflows an ÄrztInnen mit GEH-Qualifikation (1) und (2) in den Jahren 2022 bis 2030 von acht Personen. Wird diese Lücke zum Staus quo im Bereich der ÄrztInnen mit Anstellung zur Gänze aus den AusbildungsabsolventInnen befüllt, verbleiben somit bei gleichbleibenden AbsolventInnenzahlen 21 Personen pro Jahr (Median 2017–2020 = 29 minus 8) für Nachfragesteigerungen sowie für die Tätigkeit im niedergelassenen Sektor.

Abbildung 62: Entwicklung des bestehenden Angebots an ausschließlich angestellten ÄrztInnen mit GEH-Qualifikation, nach Geschlecht, 2021–2030



Quelle: IHS 2022.

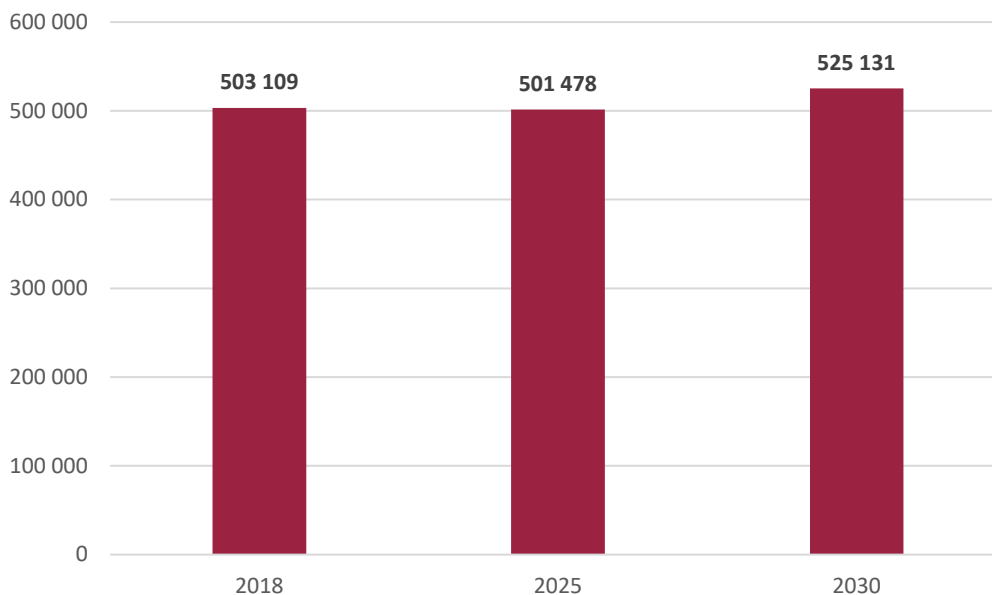
¹ Das Ausgangsniveau 2021 wird mit 265 Personen festgesetzt, sieben Personen (zwei Männer über 65 Jahre bzw. fünf Frauen über 60 Jahre) werden als nicht mehr versorgungsrelevant eingestuft.

5.1.2 Entwicklung der Nachfrage

Für das ausschließlich intramurale Setting in Modell 1 bietet die Versorgungsmatrix des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) eine umfangreiche und spezifische Darstellung der Planungsrichtwerte zur Anzahl vollstationärer Aufenthalte sowie der zum Teil in den spitalsambulanten Bereich verlagerten bzw. zukünftig verlagerbaren „platzerzeugenden Nulltagesaufenthalte / platzerzeugenden ambulanten Besuche“ nach homogener Obergruppe der MEL- bzw. HD-Gruppe gemäß LKF-Modell (VMMHG) und Versorgungsregion (BMSGPK 2021d). In der aktuellen Version der Matrix von Dezember 2020 fungiert das Jahr 2018 als Basisjahr, prognostizierte Werte werden für 2025 und 2030 (nur auf Ebene der Bundesländer) ausgewiesen. In Absprache mit dem Auftraggeber wurden 29 VMMHGs für den Bereich der GEH definiert, vgl. Tabelle 38.

Insgesamt können dem Bereich der GEH im Jahr 2018 rund 500.000 Aufenthalte/Besuche zugerechnet werden, vgl. Abbildung 63, dies entspricht einem Anteil von 18,2 % an allen Aufenthalten/Besuchen. Gemäß ÖSG-Prognose werden die Aufenthalte/Besuche im Bereich der GEH bis 2030 um 4,4 % ansteigen, im Vergleich dazu wachsen die Aufenthalte/Besuche ohne GEH-Bezug mit 1,6 % weniger stark.

Abbildung 63: Entwicklung der Aufenthalte/Besuche im Bereich der GEH, 2018–2030



Quelle: Gesundheit Österreich GmbH (2020), Darstellung: IHS 2022.

Tabelle 38: VMMHG (Aufenthalte/Besuche) im GEH-Bereich

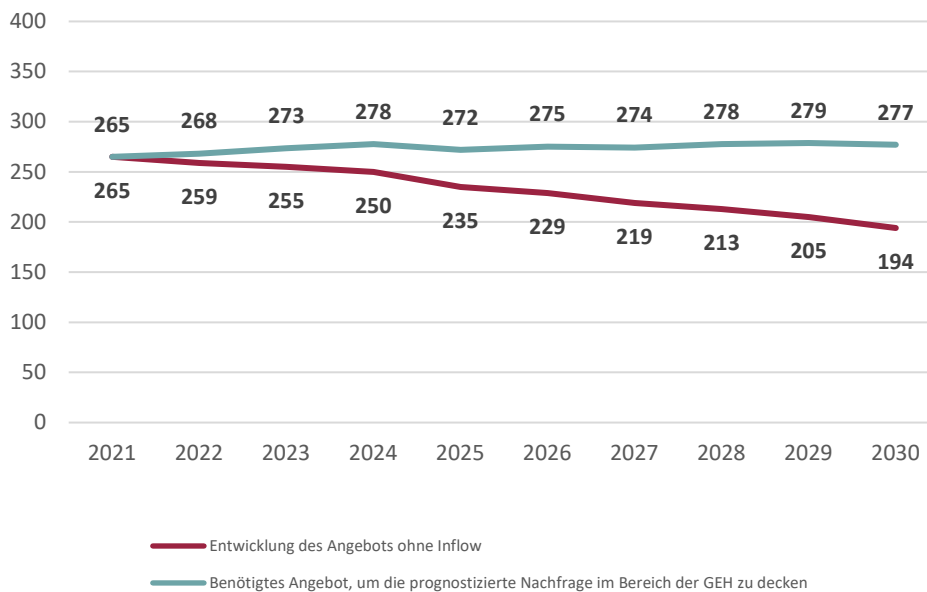
(H08.a) Maligne Neoplasien des Gastrointestinaltrakts
(H08.b) Maligne Neoplasien Leber, Galle, Pankreas
(H08.c) Divertikulose und gutartige Neubildungen des Gastrointestinaltrakts
(H08.d) Affektionen Ösophagus, Magen, Duodenum
(H08.e) Komplizierte Darmerkrankungen und komplizierte Hernien
(H08.f) Chronisch entzündliche Darmerkrankung, Malabsorption
(H08.g) Sonstige Magen-Darm-Affektionen
(H08.h) Anorektale Erkrankungen
(H08.i) Akute Hepatitis und Komplizierte Erkrankungen Leber, Galle, Pankreas
(H08.j) Erkrankungen von Leber, Galle, Pankreas
(H08.k) Symptome und Zustände betreffend Verdauungssystem
(M05.a) Eingriffe am Ösophagus, Magen und Zwerchfell
(M05.b) Ösophagusresektion
(M05.c) Magenresektionen
(M05.d) Cholezystektomie
(M05.e) Eingriffe an Leber, Gallengangsystem, Pankreas, Duodenum und Milz
(M06.a) Appendektomie
(M06.b) Eingriffe Dünndarm, Dickdarm und Rektum
(M06.c) Laparoskopien, Laparotomien, Stomarevisionen
(M06.d) Eingriffe bei Bauchwandhernien, Leistenhernien beim Kind
(M06.e) Eingriffe an Rektum und Anus
(M18.a) Organtransplantation und begleitende Maßnahmen
(M20.b) Radiofrequenztherapie
(M22.a) Chemotherapie bei malignen Erkrankungen (MEL22.01, MEL22.02, MEL22.03, MEL22.04, MEL22.05, MEL22.06, MEL22.07, MEL22.16, AMG21.01, AMG21.02, AMG21.03, AMG21.04, AMG21.05, AMG21.06, AMG21.07, AMG21.16)
(M22.d) Onkologische Therapie – Monoklonale Antikörper (MEL22.14, MEL22.23, AMG21.14, AMG21.23)
(M23.a) Alkoholentwöhnung im Turnus 6 bis 12 Wochen
(M23.b) Drogenentwöhnungen auf Drogenstationen
(M29.a) Extrakorporale/endoskopische Steinbehandlung
(M29.b) Therapeutische ERCP / endoskopische Prothesenimplantation

Quelle: *Gesundheit Österreich GmbH (2020)*, Darstellung: IHS 2022.

5.1.3 Gap-Analyse

Unter der Annahme, dass die Ratio Aufenthalte/Besuche pro Arzt/Ärztin 2021 und 2030 unverändert bleibt, werden zur Bewältigung der prognostizierten Nachfrage im Jahr 2030 277 ÄrztInnen benötigt. Bei einem Ausgangsniveau von 265 ÄrztInnen im Jahr 2021 und einem Angebotsniveau von 194 Personen 2030, entspricht dies einem Mehrbedarf an ÄrztInnen im Bereich der GEH im Jahr 2030 von 83 Personen, vgl. Abbildung 64. Verteilt auf den gesamten Zeitraum 2021 bis 2030 müssten somit jährlich neun bis zehn ÄrztInnen mit Qualifikation (1) oder (2) in den intramuralen Versorgungsbereich strömen. Dies wären jährlich rund 40 % des gesamten Outputs an ÄrztInnen mit Qualifikation (1) und (2) für GEH von 24 Personen (Median 2008–2019), vgl. Abbildung 2.

Abbildung 64: Modell 1: Ausschließlich angestellte Personen mit GEH-Qualifikation, Prognose bis 2030

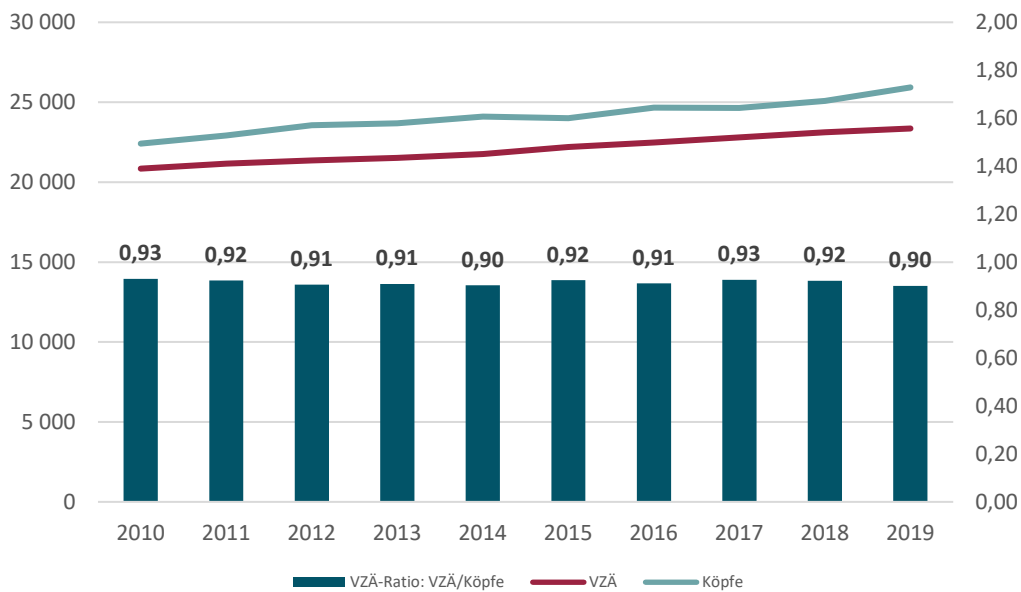


Quelle: Gesundheit Österreich GmbH (2020) und ÖÄK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Auch die Umrechnung von Personen mit GEH-Qualifikation in verfügbare Vollzeitäquivalente (VZÄ) bedarf einer Modellierung. Hierfür sind zwei Faktoren zu berücksichtigen: Rechtliche Änderungen bezüglich der Arbeitszeit und empirische Änderungen des faktischen Arbeitszeitausmaßes.

Das **Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz** regelt, dass seit 1. Juli 2021 die Wochenarbeitszeit im Durchschnitt nur noch 48, statt wie zuvor 55 Stunden betragen darf (§3 (1) KA-AZG). Diese Änderung war bereits langfristig bekannt, und entsprechende Änderungen im Personaleinsatz konnten bis zum Basisjahr der Prognoserechnung – 2021 – bereits umgesetzt werden.¹ Damit spielt diese Änderung für die zukünftige Ratio VZÄ/Köpfe in der Modellrechnung keine Rolle.

Abbildung 65: ÄrztInnen-Ratio: Vollzeitäquivalente (VZÄ)/Köpfe, alle Krankenanstalten, alle Fächer, inklusive ÄrztInnen in Ausbildung, 2010–2019



Anmerkung: VZÄ sind auf Normalarbeitszeit umgerechnete Beschäftigungsverhältnisse; also Anzahl der Personen, umgerechnet auf Vollzeitbeschäftigung nach Beschäftigungsdauer und Arbeitszeit, die im Erhebungsjahr in Dienstverwendung der Krankenanstalt stehen.

Quelle: BMSGPK (2021) und Prammer-Waldhör et al. (2021), Darstellung: IHS 2022.

Der sich gesamtgesellschaftlich abzeichnende **Trend zu einer verringerten Wochenarbeitszeit** kann so im Bereich des ärztlichen Personals in Krankenanstalten nicht festgestellt werden. Die ÄrztInnen-Ratio VZÄ/Köpfe in Krankenanstalten blieb im Zeitraum 2010 bis 2019 mit knapp über 0,9 nahezu konstant, vgl. Abbildung 65.

Unter der Annahme, dass die Ratio über alle ÄrztInnen in Krankenanstalten auch insbesondere für den Bereich der GEH zutrifft und dass die Ratio bis 2030 auf konstantem Niveau (0,9) bleibt, berechnet sich ein intramuraler Bedarf an ÄrztInnen 2030 von 75 Vollzeitäquivalenten.

¹ Diese Einschätzung wurde uns von Seiten praktizierender KrankenhausfachärztInnen bestätigt.

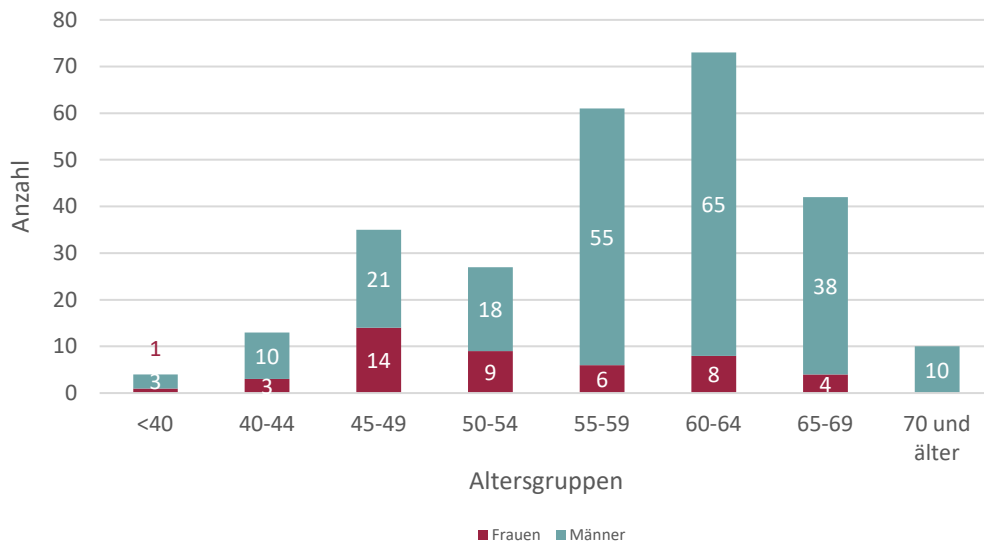
5.2 Modell 2: ÄrztInnen mit ÖGK-Vertrag

Modell 2 umfasst Personen mit ÖGK-Vertrag, unabhängig davon, ob sie auch eine Anstellung oder einen Vertrag mit BVAEB bzw. SVS haben oder nicht. Die Annahme ist hierbei, dass der größte Teil der Arbeitszeit für die vertragsärztliche Tätigkeit verwendet wird, während eine zusätzliche Anstellung, beispielsweise als UniversitätslektorIn, von zeitlich untergeordneter Bedeutung ist. In diesem Modell können sich Personen aller vier Qualifikationsarten finden.

Im Vergleich zu den ausschließlich angestellten ÄrztInnen ist der „Männerüberschuss“ in der Personengruppe mit ÖGK-Vertrag deutlich stärker ausgeprägt. Insgesamt finden sich in dieser Gruppe 220 Männer (83 %) und 45 Frauen (17 %). Im Median sind Frauen mit 52 Jahren um acht Jahre jünger als Männer dieser Personengruppe (60 Jahre). Die mit Abstand am stärksten besetzten Altersgruppen sind jene zwischen 55 und 64 Jahren; mehr als die Hälfte (51 %) der ÖGK-VertragsärztInnen mit GEH-Qualifikation können den beiden Altersgruppen vor der Pensionierung zugerechnet werden, vgl. Abbildung 66.

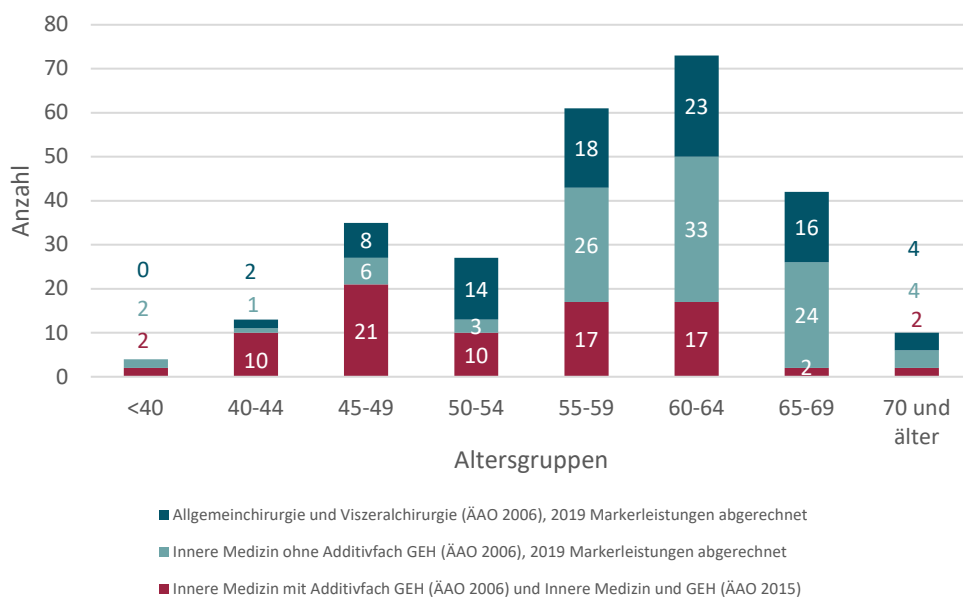
Die Differenzierung nach Qualifikationsart zeigt, dass in den zuvor erwähnten Altersgruppen zwischen 55 und 64 Jahren ein besonders hoher Anteil (rund 75 %) den Qualifikationsgruppen 3 (InternistInnen ohne Additivfach GEH mit abgerechneten Markerleistungen) und 4 (ChirurgInnen mit abgerechneten Markerleistungen) zuzurechnen ist, vgl. Abbildung 67.

Abbildung 66: Personen mit ÖGK-Vertrag und GEH-Quali., nach Alter und Geschlecht



Quelle: ÖGK (2022) und ÖÄK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 67: Personen mit ÖGK-Vertrag und GEH-Quali., nach Qualifikationsart



Quelle: ÖÄK (2021) und ÖGK (2022), Darstellung: IHS 2022.

5.2.1 Entwicklung des Angebots

Für die Vorausschätzung des Angebots bis 2030 werden folgende Annahmen getroffen:

- **Migration:** Hinsichtlich Migrationsbewegungen bei ÄrztInnen wird unterstellt, dass diese keine quantitative Anpassung in der Berechnung der Angebotskapazitäten notwendig machen. Implizit entspricht dies der Annahme, dass sich Emigration und Immigration von ÄrztInnen mit GEH-Qualifikation im Wesentlichen ausgleichen.
- **Anzahl an Ausbildungsplätzen:** Im Rahmen der Ausbildung bestehen jene Kapazitäten bzw. besteht jene Anzahl an Ausbildungsplätzen weiter wie im Status quo, und aus dem Bestand der Personen, die ein Medizinstudium absolviert haben, können diese Stellen auch besetzt werden.
- **Pensionseintrittsalter:** Der Übertritt in den Ruhestand wird für Männer einheitlich mit dem Erreichen des 65. Lebensjahres modelliert. Bei Frauen ist die Umstellung des gesetzlichen Pensionseintrittsalters zu berücksichtigen, das ab 2024 eine Angleichung an das Pensionseintrittsalter bei Männern vorsieht. Dementsprechend wird das Pensionseintrittsalter bei Frauen folgendermaßen modelliert: bis 2023 60 Jahre, 2024/25 61 Jahre, 2026/27 62 Jahre, 2028/29 63 Jahre, 2030 64 Jahre. Während bei angestellter Tätigkeit der Übertritt in den Ruhestand als Reduktion der Arbeitszeit von 100 auf null Prozent modelliert wird, erfolgt der Übertritt bei ÄrztInnen mit ÖGK-Vertrag graduell über drei Jahre, indem sich ihre Kapazität in jedem weiteren Jahr auf die Hälfte des Vorjahres reduziert. Sind beispielsweise im Jahr 2025 noch acht 65-jährige Männer voll versorgungswirksam, sind es 2026 nur mehr vier (die dann 66 Jahre alt sind), 2027 nur mehr zwei (die dann 67 Jahre alt sind) und 2028 nur mehr einer im Alter von 68 Jahren.
- **Berufswechsel:** Ein Berufswechsel – einschließlich eines Wechsels in der Fachrichtung – spielt keine quantitative Rolle.
- **Todesfälle:** Todesfälle vor Eintritt in den Ruhestand werden als quantitativ unbedeutend angesehen und nicht modelliert.
- **Wochenarbeitszeit:** VertragsärztInnen sind selbständig tätig, unterliegen also im Rahmen dieser Tätigkeit keinem Arbeitszeitgesetz. Die vertraglichen Regelungen mit der Sozialversicherung verstehen die Tätigkeit – sofern nicht explizit anders geregelt, z. B. wenn sich zwei Personen eine Planstelle teilen – als Vollzeitstelle. Das Stundenausmaß ist nur insofern geregelt, als dass eine Mindestöffnungszeit der Praxen vorgesehen ist, typisch wäre ein Ausmaß von 20 Stunden pro Woche, verteilt über mindestens vier Wochentage. Längere faktische Öffnungszeiten sind häufig. Über die faktische Arbeitszeit, einschließlich allfälligen Hausbesuchen, Nachbereitungen, Dokumentationen etc. liegen keine Informationen vor. Ebenso sind keine Faktoren bekannt, die auf eine Reduktion der faktischen Arbeitszeit oder der versorgten Fallzahl je Planstelle hinweisen. Allerdings wurde gezeigt, dass das

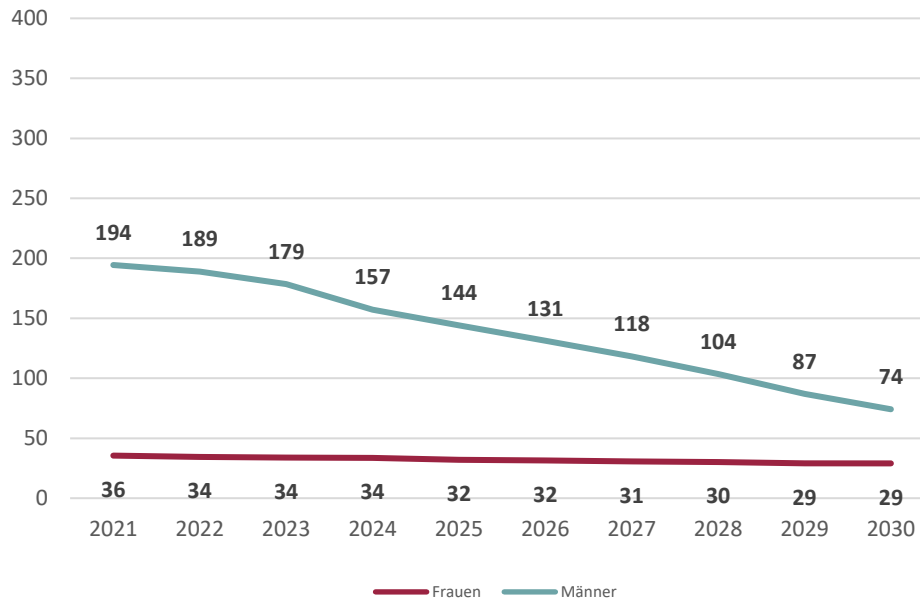
mediane Einkommen von Internistinnen mit sogenanntem §2-Kassenvertrag (heute im Wesentlichen: ÖGK-Kassenvertrag) um 18,6 % unter dem medianen Einkommen ihrer männlichen Kollegen liegt. Im nur seltener von Frauen gewählten Fachbereich der Chirurgie liegt das mediane Einkommen sogar um 53,9 % unter jenem der männlichen Kollegen (Riedel und Reiss 2021). Dieser Einkommensunterschied kann durch geringere Versorgungsleistung (Fallzahl) der Fachärztinnen hervorgerufen sein, oder aber durch einen anderen Mix der verrechenbaren Leistungen. Es wird daher unterstellt, dass die Arbeitszeit (bzw. die versorgte Fallzahl je Vertragsarzt oder -ärztin) konstant bleibt.

- **Zugehörigkeit der versorgten Bevölkerung zu Versicherungsträgern:** Dieses Modell betrachtet VertragsärztInnen der ÖGK, unabhängig davon, ob sie auch mit anderen Sozialversicherungsträgern in Vertragsbeziehung stehen oder nicht. Änderungen in der diesbezüglichen Verteilung der versorgten Bevölkerung werden hier nicht modelliert, was implizit der Annahme entspricht, dass sich die Verteilung der Versorgungsleistung auf Versicherte der einzelnen Träger im Aggregat nicht ändert.

Die Kopfzahl der ÖGK-ÄrztInnen mit GEH-Qualifikation reduziert sich gemäß den oben definierten Annahmen von 2021 bis 2030 von insgesamt 230 Personen¹ um 127 Personen (oder um mehr als die Hälfte) auf 103 Personen (siehe Abbildung 68). Geschlechtsdifferenziert zeigt sich, dass der Rückgang bei Männern mit 120 Köpfen (oder 62 %) viel stärker ausgeprägt ist als bei Frauen (-7 Köpfe oder 18 %). Grund dafür ist wiederum die Altersstruktur. Um das Niveau 2021 von 230 Personen bis ins Jahr 2030 zu halten, bedarf es eines jährlichen Inflows an ÖGK-ÄrztInnen mit GEH-Qualifikation (1) bis (4) in den Jahren 2022 bis 2030 von 14 Personen.

¹ Das Ausgangsniveau 2021 wird mit 230 Personen festgesetzt, Männer über 65 Jahre bzw. Frauen über 60 Jahre werden als nicht mehr versorgungsrelevant eingestuft.

Abbildung 68: Entwicklung des bestehenden Angebots von ÄrztInnen mit GEH-Qualifikation und ÖGK-Vertrag, nach Geschlecht, 2021–2030

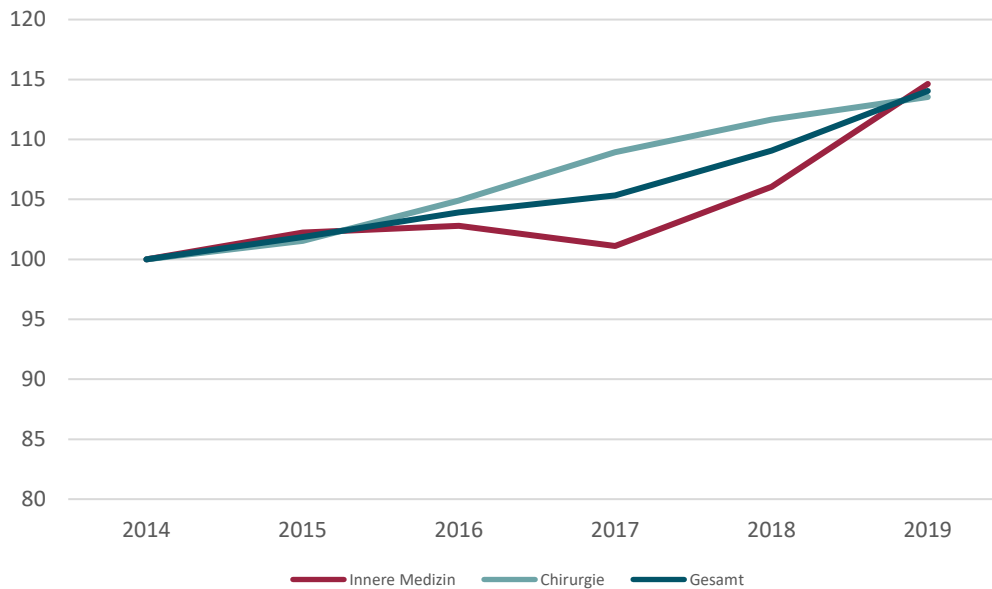


Quelle: IHS 2022.

5.2.2 Entwicklung der Nachfrage

Die Entwicklung der Nachfrage (Inanspruchnahme) basiert auf Daten der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK). Hierbei wird die Entwicklung der abgerechneten Markerleistungen (vgl. Tabelle 4) im gastroenterologischen Bereich für den verfügbaren Zeitraum 2014 bis 2019 analysiert. Rund 46 % der Markerleistungen wurden 2019 von InternistInnen abgerechnet, 54 % von ChirurgInnen – diese Prozentsätze blieben im Beobachtungszeitraum nahezu konstant. Abbildung 69 zeigt, dass die Markerleistungen im Bereich der Chirurgie bis 2017 einem stärkeren Wachstum unterworfen waren als in den letzten beiden Beobachtungsjahren – genau entgegengesetzt war die Entwicklung im Bereich der Inneren Medizin: hier stieg die Anzahl der abgerechneten Markerleistungen ab 2017 besonders dynamisch. Insgesamt ist ein Wachstum der Markerleistungen 2014 bis 2019 von rund 14 % oder jahresdurchschnittlich von rund 2,7 % zu beobachten. Rund 70 % der abgerechneten Leistungen wurden 2019 von ÄrztInnen (Innere Medizin und Chirurgie) abgerechnet, die in der gesamten Beobachtungsperiode jährlich zumindest eine Markerleistung abgerechnet haben. Die Anzahl der abgerechneten Leistungen der ÄrztInnen mit durchgehender Abrechnung 2014 bis 2019 wuchs im Beobachtungszeitraum um 4 % oder jahresdurchschnittlich um 0,8 %.

Abbildung 69: Entwicklung der abgerechneten Markerleistungen im Bereich der Inneren Medizin und im Bereich der Chirurgie, 2014–2019, Index 2014=100



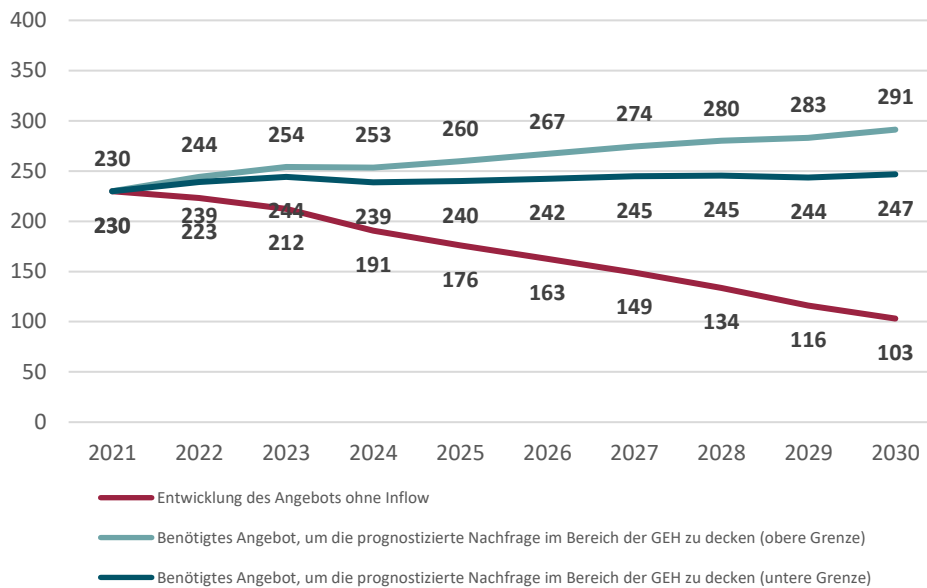
Quelle: ÖGK 2022, Darstellung: IHS 2022.

Die Anzahl der abrechnenden ÄrztInnen sank im Beobachtungszeitraum 2014 bis 2019 leicht von 272 auf 251 Personen (-8 %). Die durchschnittliche Anzahl der abgerechneten Markerleistungen pro Arzt/Ärztin wuchs im Bereich der Inneren Medizin um rund 30 % (435 auf 567), im Bereich der Chirurgie um rund 12 % (1.043 auf 1.171).

5.2.3 Gap-Analyse

Unter der Annahme, dass die Ratio der abgerechneten Leistungen pro Arzt/Ärztin 2021 und 2030 unverändert bleibt, werden zur Bewältigung der prognostizierten Nachfrage im Jahr 2030 zwischen 247 und 291 ÄrztInnen benötigt. Die obere Grenze ergibt sich unter der Annahme, dass sich die Nachfrage (Inanspruchnahme) gastroenterologischer Markerleistungen gemäß der Beobachtungsperiode 2014 bis 2019 entwickelt (jahresdurchschnittlich 2,7 %); bei der unteren Grenze wird von einem abgeschwächten Wachstum (jahresdurchschnittlich 0,8 %) ausgegangen. Bei einem Ausgangsniveau von 230 ÄrztInnen im Jahr 2021 und einem Angebotsniveau von 103 Personen 2030 entspricht dies einem Mehrbedarf an ÄrztInnen im Bereich der GEH im Jahr 2030 von 144 bis 188 Personen, vgl. Abbildung 70. Dies entspricht einem jährlichen Inflow in den niedergelassenen vertragsärztlichen Bereich von 16 bis 21 ÄrztInnen.

Abbildung 70: Modell 2: ÄrztInnen mit ÖGK-Vertrag, Prognose bis 2030



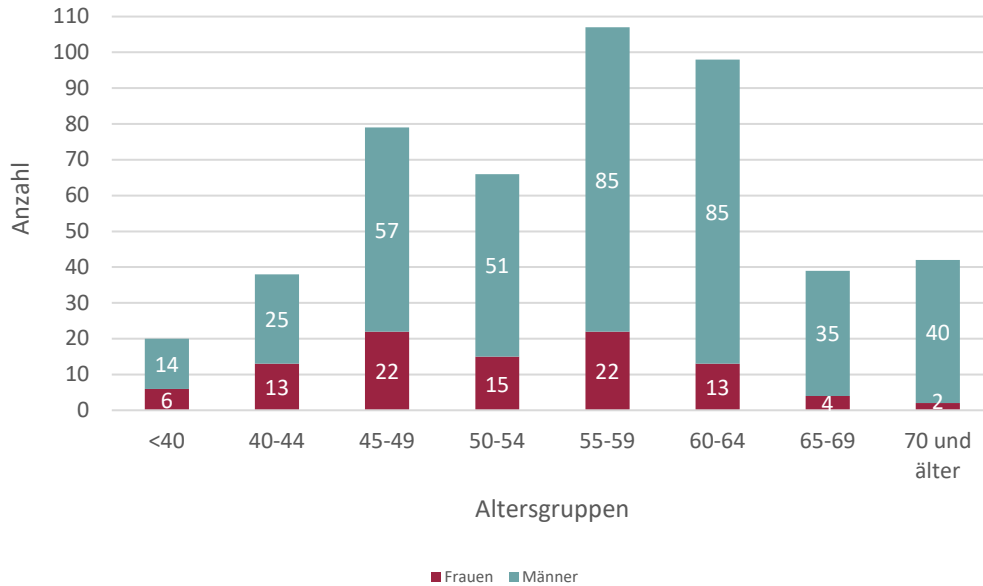
Quelle: IHS 2022.

5.3 Modell 3: ÄrztInnen ohne Vertrag oder ausschließlich mit Vertrag zu kleinen Kassen

Modell 3 umfasst Personen, die mit oder ohne parallele Anstellung niedergelassen tätig sind, aber keinen ÖGK-Vertrag innehaben. Manche von ihnen verfügen über Verträge mit BVAEB und/oder SVS, andere nicht, sind also im Rahmen der niedergelassenen Tätigkeit nur wahlärztlich tätig. In diesem Modell können sich Personen aller vier Qualifikationsarten finden.

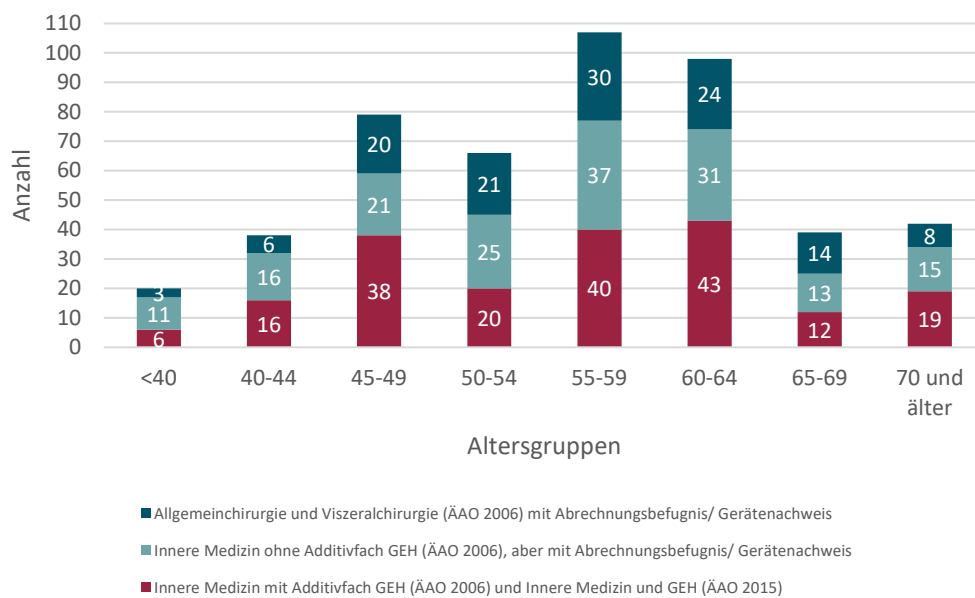
Insgesamt finden sich in dieser Personengruppe 97 Frauen (20 %) und 392 Männer (80 %), wobei Frauen im Median (52 Jahre) um rund sechs Jahre jünger sind als Männer (58 Jahre). Wie bei ÄrztInnen mit ÖGK-Vertrag sind auch bei dieser Gruppe die Altersgruppen 55–59 Jahre bzw. 60–64 Jahre die am stärksten besetzten (siehe Abbildung 71 und Abbildung 72).

Abbildung 71: Personen ohne ÖGK-Vertrag (kleine Kassen und Wahlärzte) und GEH-Qualifikation, nach Alter und Geschlecht



Quelle: LÄK (2021) und ÖÄK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 72: Personen ohne ÖGK-Vertrag (kleine Kassen und Wahlärzte) und GEH-Qualifikation, nach Qualifikationsart



Anmerkung zu Abbildung 66 und Abbildung 67: Keine Daten für Qualifikationstyp (3) FÄ für Innere Medizin ohne Additivfach GEH (ÄAO 2006), mit Abrechnungsbefugnis/Gerätenachweis für Gastroskopien und/oder Koloskopien und (4) FÄ für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie (ÄAO 2006) mit Abrechnungsbefugnis/Gerätenachweis für Gastroskopien und/oder Koloskopien für die Bundesländer Steiermark, Kärnten und Burgenland.

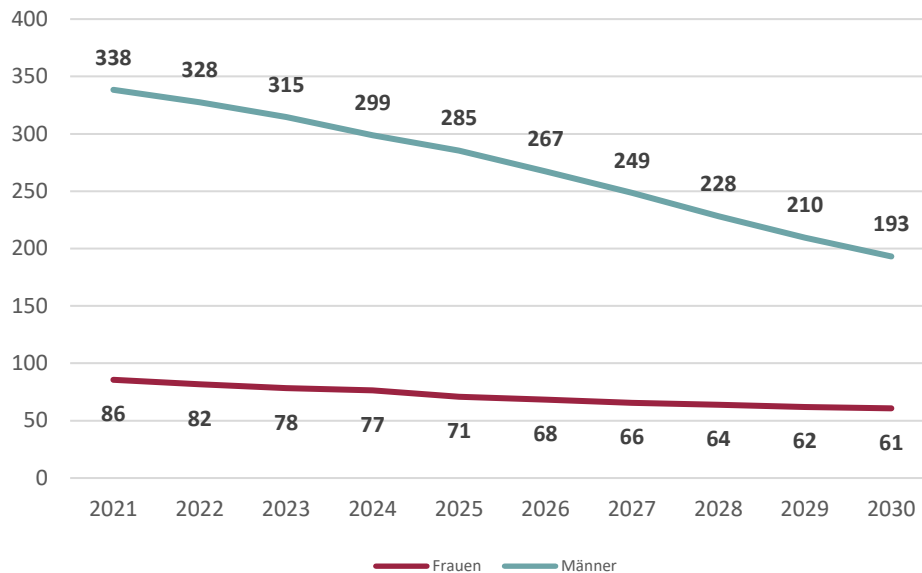
Quelle: LÄK (2021) und ÖÄK (2021), Darstellung: IHS 2022.

5.3.1 Entwicklung des Angebots

Für die Vorausschätzung des Angebots bis 2030 werden folgende Annahmen getroffen:

- **Migration:** Hinsichtlich Migrationsbewegungen bei ÄrztInnen wird unterstellt, dass diese keine quantitative Anpassung in der Berechnung der Angebotskapazitäten notwendig machen. Implizit entspricht dies der Annahme, dass sich Emigration und Immigration von ÄrztInnen mit GEH-Qualifikation im Wesentlichen ausgleichen.
- **Anzahl an Ausbildungsplätzen:** Im Rahmen der Ausbildung bestehen jene Kapazitäten bzw. besteht jene Anzahl an Ausbildungsplätzen weiter wie im Status quo, und aus dem Bestand der Personen, die ein Medizinstudium absolviert haben, können diese Stellen auch besetzt werden.
- **Pensionseintrittsalter:** Der Übertritt in den Ruhestand wird für Männer einheitlich mit dem Erreichen des 65. Lebensjahres modelliert. Bei Frauen ist die Umstellung des gesetzlichen Pensionseintrittsalters zu berücksichtigen, das ab 2024 eine Angleichung an das Pensionseintrittsalter bei Männern vorsieht. Dementsprechend wird das Pensionseintrittsalter bei Frauen folgendermaßen modelliert: bis 2023 60 Jahre, 2024/25 61 Jahre, 2026/27 62 Jahre, 2028/29 63 Jahre, 2030 64 Jahre. Während bei angestellter Tätigkeit der Übertritt in den Ruhestand als Reduktion der Arbeitszeit von 100 % auf 0 % modelliert wird, erfolgt der Übertritt bei ÄrztInnen mit ÖGK-Vertrag graduell über drei Jahre, indem sich ihre Kapazität in jedem weiteren Jahr auf die Hälfte bzw. ein Viertel des Vorjahres reduziert. Sind beispielsweise im Jahr 2025 noch acht 65-jährige Männer voll versorgungswirksam, sind es 2026 nur mehr vier (die dann 66 Jahre alt sind), 2027 nur mehr zwei (die dann 67 Jahre alt sind) und 2028 nur mehr einer im Alter von 68 Jahren.
- **Berufswechsel:** Ein Berufswechsel – einschließlich eines Wechsels in der Fachrichtung – spielt keine quantitative Rolle.
- **Todesfälle:** Todesfälle vor Eintritt in den Ruhestand werden als quantitativ unbedeutend angesehen und nicht modelliert.

Abbildung 73: Entwicklung des bestehenden Angebots von ÄrztInnen ohne ÖGK-Vertrag (kleine Kassen und WahlärztInnen) und GEH-Qualifikation, nach Geschlecht, 2021–2030



Quelle: IHS 2022.

Die Kopfzahl der ÄrztInnen ohne ÖGK-Vertrag (ausschließlich kleine Kassen und WahlärztInnen) mit GEH-Qualifikation reduziert sich gemäß den oben definierten Annahmen von 2021 bis 2030 von insgesamt 424 Personen¹ um 170 Personen (oder 40 %) auf 254 Personen (siehe Abbildung 73). Geschlechtsdifferenziert zeigt sich, dass der Rückgang bei Männern mit 145 Köpfen (oder 43 %) stärker ausgeprägt ist als bei Frauen (-25 Köpfe oder 29 %). Grund dafür ist wiederum die Altersstruktur der Männer. Um das Niveau 2021 von 424 Personen bis ins Jahr 2030 zu halten, bedarf es eines jährlichen Inflows an ÄrztInnen ohne ÖGK-Vertrag, aber mit GEH-Qualifikation (1) bis (4) in den Jahren 2022 bis 2030 von 19 Personen.

Aufgrund fehlender Information über die (historische) Entwicklung der Nachfrage (Inanspruchnahme) im Bereich der ÄrztInnen ohne Vertrag bzw. der ÄrztInnen mit ausschließlich einem Vertrag zu kleinen Kassen, kann für Modell 3 keine Gap-Analyse durchgeführt werden.

¹ Das Ausgangsniveau 2021 wird mit 424 Personen festgesetzt, neun Personen (45 Männer über 68 Jahre bzw. acht Frauen über 63 Jahre) werden als nicht mehr versorgungsrelevant eingestuft.

6 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung kommt im österreichischen Gesundheitswesen aufgrund der diesbezüglichen Krankheitslast große Bedeutung zu. So gilt Darmkrebs als die dritthäufigste Krebserkrankung in Österreich und die „Krankheiten des Verdauungssystems“ befinden sich unter den fünf häufigsten Hauptdiagnosen, die einen Krankenhausaufenthalt bedingen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2021a; Statistik Austria 2020). Dennoch wurde die gastroenterologisch-hepatologische Versorgung in Österreich bisher recht wenig untersucht und auch im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) gibt es für dieses Fach kaum spezifische Vorgaben oder Planwerte, da das Fach „Innere Medizin“ nur insgesamt geplant wird, was jedoch dem heutigen Spezialisierungsgrad nicht mehr entspricht.

Ziel der vorliegenden Studie war es daher, dazu beizutragen, diese Forschungslücke zu schließen. Mithilfe von qualitativen und quantitativen Methoden wurde der derzeitige Stand der gastroenterologisch-hepatologischen Versorgung in Österreich analysiert und bewertet sowie der zukünftige Bedarf an GastroenterologInnen und HepatologInnen abgeschätzt. Darüber hinaus wurde auch der versorgungsrelevante Bedarf untersucht, wobei insbesondere geklärt werden sollte, wie die Versorgung idealerweise gestaltet sein sollte.

Im Rahmen der Studie wurde eine Vielzahl an quantitativen Daten zusammengetragen und analysiert, wobei die entsprechenden Daten von der Österreichischen Ärztekammer, dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, dem Dachverband der Sozialversicherung, den Landesärztekammern, der Österreichischen Gesundheitskasse sowie der Statistik Austria zur Verfügung gestellt wurden. Zusätzlich wurden auch eine Literaturrecherche im Rahmen der Bedarfsplanung (Personalplanung und Screening) sowie qualitative Interviews mit relevanten StakeholderInnen aus dem Bereich der GEH durchgeführt. Im Folgenden werden die synthetisierten Hauptergebnisse der Studie dargestellt und kurz beschrieben sowie Schlussfolgerungen für die gastroenterologische und hepatologische Versorgung in Österreich getroffen.

Epidemiologische Bedeutung

Viele Erkrankungen in der Gastroenterologie und Hepatologie sind sogenannte Volkskrankheiten, wie etwa gastrointestinale Infektionen, Divertikulose oder Fettleber. Darüber hinaus ist das kolorektale Karzinom sowohl bei Männern als auch bei Frauen der dritthäufigste Krebs, die bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane rangieren zusammengenommen sogar an erster Stelle der häufigsten Krebsarten. Aufgrund dieser

epidemiologischen Bedeutung, aber auch der alternden Bevölkerung und Fortschritten in der Diagnostik, ist der GEH-Bereich im Laufe der letzten Jahre stark gewachsen und immer mehr Menschen in Österreich nehmen entsprechende Leistungen in Anspruch.

Status quo der Versorgung

In vorliegender Studie wurde erstmalig ein Gesamtüberblick über alle in Österreich tätigen ÄrztInnen mit Qualifikation für die Gastroenterologie und Hepatologie gegeben. Dabei wurden folgende Qualifikationsarten erfasst: (1) FachärztInnen für Innere Medizin mit Additivfach GEH, (2) FachärztInnen für Innere Medizin und GEH, (3) FachärztInnen für Innere Medizin ohne Additivfach GEH mit Abrechnungsbefugnis/Gerätenachweis für Gastroskopien und/oder Koloskopien, sowie (4) FachärztInnen für Allgemein- und Viszeralchirurgie mit Abrechnungsbefugnis/Gerätenachweis für Gastroskopien und/oder Koloskopien. Unter Berücksichtigung aller vier Qualifikationsarten ist davon auszugehen, dass im Jahr 2020 rund 1.025 ÄrztInnen im Bereich der GEH tätig waren, wobei es aufgrund von Datenrestriktionen zu einer Unterschätzung des wahren Angebots kommt. Grundsätzlich lässt sich auch ein steigender Trend im Output an ÄrztInnen mit anerkannter Qualifikation für GEH über die letzten Jahre (2008–2020) erkennen. Zusätzlich zu ÄrztInnen mit anerkannter Qualifikation für GEH tragen auch andere Fachgebiete, insbesondere die Allgemeinmedizin, zur gastroenterologischen und hepatologischen Grundversorgung der österreichischen Bevölkerung bei. Im Durchschnitt der Jahre 2015–2019 haben ca. 5.204 VertragspartnerInnen zumindest eine GEH-Markerleistung mit der Sozialversicherung abgerechnet, rund 62 Prozent davon können der Allgemeinmedizin zugeordnet werden.

Die Nachfrage im Bereich der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung hat in den letzten Jahren, gemessen an der Inanspruchnahme, sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich tendenziell zugenommen. Die Intensität der Zunahme ist dabei stark von der Hauptdiagnose bzw. dem entsprechenden Krankheitsbild abhängig.

Räumlich heterogene Versorgung

Die analysierten Daten zeigen sowohl im Ressourcenangebot als auch in der Inanspruchnahme große regionale Unterschiede. Dies gilt sowohl im intra- als auch im extramuralen Bereich, also bei Kapazitäten in Krankenanstalten und der Ausstattung mit Kassenstellen. Dadurch sind eine gleichwertige Versorgung und der Zugang zu dieser nicht überall sichergestellt. Darüber hinaus ist in der GEH, wie auch in anderen Fächern, eine zunehmende Ambulantisierung zu beobachten. Dieser Trend ist zwar grundsätzlich wünschenswert, wird aber durch die heterogene Versorgungslandschaft erschwert. Zusammengefasst weist dieser Befund auf eine große Heterogenität der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung hin und sollte im Rahmen der Versorgungspolitik und -planung adressiert werden.

Qualitätsbezogen heterogene Versorgung

Neben der regionalen Heterogenität konnten im Rahmen der Studie auch Unterschiede in Bezug auf die Qualität der Versorgung festgestellt werden. Diese bestehen insbesondere zwischen Zentren und der Peripherie: Während in den Zentren eine hochspezialisierte GEH-Versorgung angeboten wird und eine interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie informelle Netzwerke bestehen, ist dies in der Peripherie – sowohl in kleineren Krankenhäusern als auch im niedergelassenen Bereich – nicht immer der Fall, was sich negativ auf die Qualität der Versorgung auswirkt. Hinzu kommt, dass die Weiterbildung im Bereich der GEH nicht formalisiert ist, was wiederum Auswirkungen auf das Behandlungsergebnis hat. Aus diesen Gründen empfiehlt sich eine verpflichtende Weiterbildung im Bereich der GEH, die insbesondere auch auf eine einheitliche Vorgehensweise und formalisierte Abläufe in der Behandlung Bedacht nimmt.

Fehlende Planung der integrierten und abgestuften Versorgung

Viele gastroenterologische Erkrankungen, wie etwa die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) oder kolorektale Karzinome, erfordern ein Zusammenwirken mehrerer Disziplinen, sowie von Zentrum und Peripherie. Im Rahmen der Studie wurde jedoch festgestellt, dass dieses Zusammenspiel vielerorts nicht systematisch vonstattengeht, sondern sehr von der Initiative der individuellen ÄrztInnen sowie deren informellen Netzwerken abhängig ist. Folglich empfiehlt sich einerseits die Formalisierung von Versorgungsnetzwerken, beispielsweise durch spezifische Leitlinien oder Flussdiagramme für andere Fachgebiete, und andererseits die flächendeckende Einführung von interdisziplinären Viszeralboards, die nicht nur in den einzelnen Krankenhäusern, sondern auch zwischen Zentrum und Peripherie bestehen sollten. Zusätzlich bedarf es auch einer Detailplanung der GEH im Rahmen des ÖSG, da bisher der Bereich der Inneren Medizin nur allgemein geplant wird.

Nachholbedarf in der Prävention

Kosteneffektive präventive Maßnahmen, wie die Vorsorgekoloskopie, sollten PatientInnen nachdrücklicher angeboten werden, da sie aufgrund der epidemiologischen Bedeutung des kolorektalen Karzinoms von hoher Relevanz sowohl für die PatientInnen als auch das Gesundheitssystem sind. Derzeit gibt es in Österreich jedoch – mit Ausnahme des Burgenlands und Vorarlbergs – kein organisiertes Screeningprogramm. Es bedarf daher einer Umstellung auf ein österreichweites organisiertes Screeningprogramm sowie eines Ausbaus der Kapazitäten, wobei ähnlich dem Mammographie-Screening der Qualitätssicherung ein höherer Stellenwert zukommen sollte.

Zunehmende Lücke zwischen Angebot und Nachfrage

Die im Rahmen der Studie durchgeführte Gap-Analyse weist auf eine zunehmende Lücke zwischen Angebot und Nachfrage bis zum Jahr 2030 hin. Dabei wurde auf der Angebotsseite die zukünftige ärztliche Kapazität im Bereich der GEH unter Berücksichtigung

der ÄrztInnen, die in den GEH-Bereich strömen sowie jenen, die in den Ruhestand übertreten, abgeschätzt und der Nachfrage nach GEH-Leistungen mit der entsprechenden Übersetzung in ärztliche Kapazitäten gegenübergestellt. Im Bereich der ausschließlich angestellten ÄrztInnen (intramuraler Bereich) wird im Jahr 2030 voraussichtlich eine Lücke von 83 Personen klaffen, da die Zahl verfügbarer ÄrztInnen mit GEH-Qualifikation zwischen 2021 und 2030 um 27 % abnehmen, während der Bedarf – abgeleitet aus Nachfrageprognosen des ÖSG – um 4 % steigen wird. Auch im niedergelassenen Bereich wird bis zum Jahr 2030 eine Lücke zwischen Angebot und Nachfrage entstehen, diese ist sogar um einiges größer als im intramuralen Bereich: Da sich die Zahl der VertragsärztInnen, die GEH-Markerleistungen mit der ÖGK abrechnen, bis 2030 um 55 % reduzieren wird, die Nachfrage im selben Zeitraum jedoch um 4 bis 14 % steigen wird, werden im Jahr 2030 voraussichtlich 144 bis 188 Personen fehlen. Die Schwankungsbreite ergibt sich dabei aus unterschiedlichen Schätzungen der Nachfrage, wobei die Untergrenze einer konservativeren Schätzung und die Obergrenze einer Fortschreibung der abgerechneten Leistungen der letzten Jahre entspricht. Es bedarf daher einer generellen Attraktivierung des Fachs sowie Maßnahmen, um unter angehenden MedizinerInnen mehr Interesse für die GEH zu wecken, beispielsweise durch eine gute, strukturierte Ausbildung. Zudem sollte auch der vertragsärztliche Bereich besser gefördert und Kassenstellen wieder attraktiver gemacht werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind in mehrerlei Hinsicht von Relevanz: Erstens liefert sie einen wichtigen Beitrag zur Versorgungsforschung in Österreich, da der Status quo der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung erstmalig umfassend dargestellt wird. Zweitens zeigt die Studie Handlungsbedarfe im Bereich der Nachwuchs- und Kapazitätsplanung auf, die insbesondere für die Sicherstellung der zukünftigen gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung von Relevanz sind. Drittens deuten die Ergebnisse auch auf Verbesserungspotenziale in anderen Bereichen der gastroenterologischen und hepatologischen Versorgung hin, wie etwa im Bereich der Bedarfsplanung, der Prävention (Darmkrebscreening) und der integrierten Versorgung. Schließlich sind die Ergebnisse auch im Hinblick auf die Sicherstellung der gesundheitlichen Chancengleichheit in Österreich von hoher Relevanz, insbesondere weil diese aufgrund einer großen Heterogenität in der Versorgung derzeit nicht überall gewährleistet ist.

7 Verzeichnisse

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gemeldete ÄrztInnen auf Ausbildungsstellen zum Stichtag 31.12., Innere Medizin mit Additivfach GEH (ÄAO 2006) und Innere Medizin und GEH (ÄAO 2015)	15
Abbildung 2: Jährlicher Output (Ausbildungsabschlüsse) an FachärztInnen, Innere Medizin mit Additivfach GEH (ÄAO 2006) und Innere Medizin und GEH (ÄAO 2015).....	15
Abbildung 3: Anzahl der VertragspartnerInnen, die zumindest eine GEH-Markerleistung abgerechnet haben, 2015–2019.....	25
Abbildung 4: Anzahl der VertragspartnerInnen, die zumindest eine GEH-Markerleistung abgerechnet haben, nach Fachgebiet, 2015–2019.....	28
Abbildung 5: Anzahl der VertragspartnerInnen mit abgerechneten GEH-Markerleistungen, nach Leistungscluster (in %), 2015–2019	29
Abbildung 6: Relative Verteilung der Anzahl der VertragspartnerInnen mit abgerechneten GEH-Markerleistungen, nach Leistungscluster und Fachgebiet, 2015–2019	30
Abbildung 7: Anzahl der VertragspartnerInnen aus dem FG Allgemeinmedizin (01) mit abgerechneten GEH-Markerleistungen, nach Leistungscluster (in %), 2015–2019.....	31
Abbildung 8: ÄrztInnen nach Krankenhausträger, Primärerhebung ÖGGH, 2021	33
Abbildung 9: ÄrztInnen nach Abteilung, Primärerhebung ÖGGH, 2021.....	34
Abbildung 10: Anzahl der ÄrztInnen nach Fachgebiet, Primärerhebung ÖGGH, 2021.....	42
Abbildung 11: ÄrztInnen nach Praxistyp, Primärerhebung ÖGGH, 2021.....	42
Abbildung 12: Anzahl der ÄrztInnen nach Kassenvertrag, Primärerhebung ÖGGH, 2021	43
Abbildung 13: Anzahl der ÄrztInnen nach Vorhandensein des Qualitätszertifikats „Darmvorsorge“, Primärerhebung ÖGGH, 2021.....	44
Abbildung 14: Verfügbarkeit von dipl. Assistenzpersonal, Primärerhebung ÖGGH, 2021	46
Abbildung 15: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Krankheiten der Leber (K70–K77), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019.....	49
Abbildung 16: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Krankheiten der Leber (K70–K77), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019	49
Abbildung 17: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Krankheiten der Leber (K70–K77), Anteile in % (K70–K77), 2009 und 2019	50

Abbildung 18: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Krankheiten der Leber (K70–K77), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2019.....	51
Abbildung 19: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Krankheiten der Leber (K70–K77), pro 100.000 altersstandardisierten EinwohnerInnen*, 2019	51
Abbildung 20: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Morbus Crohn u. Colitis ulcerosa (K50–K51) sowie Divertikulose des Darmes (K57), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019	52
Abbildung 21: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Morbus Crohn u. Colitis ulcerosa (K50–K51) sowie Divertikulose des Darmes (K57), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019	53
Abbildung 22: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Morbus Crohn u. Colitis ulcerosa (K50–K51) sowie Divertikulose des Darmes (K57), Anteile in %, 2009 und 2019	53
Abbildung 23: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Morbus Crohn u. Colitis ulcerosa (K50–K51) sowie Divertikulose des Darmes (K57), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2019	54
Abbildung 24: Aufenthalte (o. NTA) in österreichischen Spitälern, Morbus Crohn u. Colitis ulcerosa (K50–K51), pro 100.000 altersstandardisierten EinwohnerInnen*, 2019.....	55
Abbildung 25: Aufenthalte (o. NTA) in österreichischen Spitälern, Divertikulose des Darmes (K57), pro 100.000 altersstandardisierten EinwohnerInnen*, 2019	56
Abbildung 26: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15–C26), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019.....	57
Abbildung 27: Aufenthalte (ohne NTA) in österr. Spitälern, Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15–C26), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019	57
Abbildung 28: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15–C26), Anteile in % (C15–C26), 2009, 2019	58
Abbildung 29: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15–C26), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2019.....	59
Abbildung 30: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15–C26), pro 100.000 altersstandardisierten EinwohnerInnen*, 2019	60
Abbildung 31: HM060 Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP): abgerechnete Anzahl pro 100.000 EinwohnerInnen nach Alter und Geschlecht, 2019	63

Abbildung 32: HM060 Endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP): abgerechnete Anzahl pro 100.000 altersstandardisierten EinwohnerInnen*, Anteil spitalsambulant in %, 2019.....	64
Abbildung 33: ZN010 Organbiopsie – ultraschallgezielt: abgerechnete Anzahl pro 100.000 EinwohnerInnen nach Alter und Geschlecht, 2019	65
Abbildung 34: ZN010 Organbiopsie – ultraschallgezielt: abgerechnete Anzahl pro 100.000 altersstandardisierten EinwohnerInnen*, Anteil spitalsambulant in %, 2019	65
Abbildung 35: ZN595 Endosonographie: abgerechnete Anzahl pro 100.000 EinwohnerInnen nach Alter und Geschlecht, 2019.....	66
Abbildung 36: ZN595 Endosonographie: abgerechnete Anzahl pro 100.000 altersstandardisierten EinwohnerInnen*, Anteil spitalsambulant in %, 2019	67
Abbildung 37: HH020 Koloskopie mit Polypektomie: abgerechnete Anzahl pro 100.000 EinwohnerInnen nach Alter und Geschlecht, 2019	69
Abbildung 38: HH020 Koloskopie mit Polypektomie: abgerechnete Anzahl pro 100.000 altersstandardisierten EinwohnerInnen*, Anteil spitalsambulant in %, 2019	69
Abbildung 39: HZ520 Ösophagoskopie/Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie m. Polypektomie: abge. Anzahl pro 100.000 EW nach Alter und Geschlecht, 2019	70
Abbildung 40: HZ520 Ösophago-/Gastro-/Ösophagogastroduodenoskopie m. Polypekt.: abger. Anzahl pro 100.000 altersstand. EW*, Anteil spitalsamb. in %, 2019	70
Abbildung 41: HZ551 Proktoskopie/Rektoskopie/Sigmoidoskopie mit Polypektomie: abgerechnete Anzahl pro 100.000 EinwohnerInnen nach Alter und Geschlecht, 2019.....	71
Abbildung 42: HZ551 Proktoskopie/Rektoskopie/Sigmoidoskopie m. Polypektomie: abge. Anzahl pro 100.000 altersstandard. EW*, Anteil spitalsambulant in %, 2019	71
Abbildung 43: Anzahl der PatientInnen, die zumindest eine GEH-Markerleistung in Anspruch genommen haben, 2015–2019.....	74
Abbildung 44: Anzahl der PatientInnen, die zumindest eine GEH-Markerleistung in Anspruch genommen haben, nach Geschlecht, 2015–2019	76
Abbildung 45: Anzahl der PatientInnen, die zumindest eine GEH-Markerleistung in Anspruch genommen haben, nach Altersgruppen, 2015–2019	76
Abbildung 46: Anzahl der PatientInnen, die eine GEH-Markerleistung in Anspruch genommen haben (in %), nach Leistungsclustern, 2015–2019	77
Abbildung 47: Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich, 2015–2019	79

Abbildung 48: Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich, nach Geschlecht, 2015–2016	81
Abbildung 49: Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich, nach Altersgruppen, 2015–2019	81
Abbildung 50: Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich, nach Fachgebiet der verschreibenden ÄrztInnen, 2015–2019	82
Abbildung 51: Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich, nach Medikamentencluster, 2015–2019	83
Abbildung 52: Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich, nach Fachgebiet der verschreibenden ÄrztInnen und Medikamentencluster, 2015–2019	83
Abbildung 53: Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich, nach Medikamentencluster exkl. „Säurehemmer“, 2015–2019	84
Abbildung 54: Angebote der Darmkrebs-Früherkennung in der Schweiz	94
Abbildung 55: Rechtliche Umsetzung der Planungsvorgaben des ÖSG und der RSG.....	135
Abbildung 56: Darstellung des Planungsprozesses in der ambulanten Versorgung.....	147
Abbildung 57: Darstellung des Planungsprozesses in der akutstationären Versorgung	151
Abbildung 58: Häufigkeit der Schwerpunkte innerhalb der Arztgruppe der FachinternistInnen	163
Abbildung 59: Bundesweite Maximal- und Minimalquoten des GBA	164
Abbildung 60: Prozess zur Erstellung der Höchstzahlen ärztlicher Versorgung in der Schweiz .	171
Abbildung 61: Ausschließlich angestellte Personen mit GEH-Qualifikation, nach Alter und Geschlecht, Stichtag: 01.01.2021	199
Abbildung 62: Entwicklung des bestehenden Angebots an ausschließlich angestellten ÄrztInnen mit GEH-Qualifikation, nach Geschlecht, 2021–2030.....	201
Abbildung 63: Entwicklung der Aufenthalte/Besuche im Bereich der GEH, 2018–2030.....	202
Abbildung 64: Modell 1: Ausschließlich angestellte Personen mit GEH-Qualifikation, Prognose bis 2030.....	204
Abbildung 65: ÄrztInnen-Ratio: Vollzeitäquivalente (VZÄ)/Köpfe, alle Krankenanstalten, alle Fächer, inklusive ÄrztInnen in Ausbildung, 2010–2019	205
Abbildung 66: Personen mit ÖGK-Vertrag und GEH-Quali., nach Alter und Geschlecht	207
Abbildung 67: Personen mit ÖGK-Vertrag und GEH-Quali., nach Qualifikationsart.....	207

Abbildung 68: Entwicklung des bestehenden Angebots von ÄrztInnen mit GEH-Qualifikation und ÖGK-Vertrag, nach Geschlecht, 2021–2030	210
Abbildung 69: Entwicklung der abgerechneten Markerleistungen im Bereich der Inneren Medizin und im Bereich der Chirurgie, 2014–2019, Index 2014=100	211
Abbildung 70: Modell 2: ÄrztInnen mit ÖGK-Vertrag, Prognose bis 2030.....	212
Abbildung 71: Personen ohne ÖGK-Vertrag (kleine Kassen und Wahlärzte) und GEH-Qualifikation, nach Alter und Geschlecht	213
Abbildung 72: Personen ohne ÖGK-Vertrag (kleine Kassen und Wahlärzte) und GEH-Qualifikation, nach Qualifikationsart.....	213
Abbildung 73: Entwicklung des bestehenden Angebots von ÄrztInnen ohne ÖGK-Vertrag (kleine Kassen und WahlärztInnen) und GEH-Qualifikation, nach Geschlecht, 2021–2030.....	215
Abbildung 74: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Akute und chronische Hepatitis (B15–B19), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019	237
Abbildung 75: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Akute und chronische Hepatitis (B15–B19), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019	238
Abbildung 76: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Akute und chronische Hepatitis, Anteile in % (B15–B19), 2009 und 2019	238
Abbildung 77: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Akute und chronische Hepatitis (B15–B19), pro 100.000, 2019.....	239
Abbildung 78: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Akute und chronische Hepatitis (B15–B19), pro 100.000 altersstandardisiert*, 2019	239
Abbildung 79: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas (K80–K87), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019	240
Abbildung 80: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas (K80–K87), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019	241
Abbildung 81: Aufenthalte (ohne NTA) in österr. Spitälern, Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas, Anteile in % (K80–K87), 2009 u. 2019.....	241
Abbildung 82: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas (K80–K87), pro 100.000, 2019	242
Abbildung 83: Aufenthalte (o. NTA) in österr. Spitälern, Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas (K80–K87), pro 100.000 altersstandardisiert*, 2019	242

Abbildung 84: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, K90 Intestinale Malabsorption, K25 Ulcus ventriculi; K26 Ulcus duodeni, K22 Sonstige Krankheiten des Ösophagus, pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019	243
Abbildung 85: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, K90 Intestinale Malabsorption, K25 Ulcus ventriculi; K26 Ulcus duodeni, K22 Sonstige Krankheiten des Ösophagus, pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019	244
Abbildung 86: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Morbus Crohn u. Colitis ulcerosa (K50–K51) sowie Divertikulose des Darmes (K57), pro 100.000, 2019	244
Abbildung 87: H-EFGH-025 (Metall-)Stentimplantation Ösophagus/Magen/Duodenum/Dünndarm/Colon/Rektum: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht	245
Abbildung 88: H-EFGH-025 (Metall-)Stentimplantation Ösophagus/Magen/Duodenum/Dünndarm/Colon/Rektum: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant	246
Abbildung 89: HD020 Endoskopische Schwellendurchtrennung mit Laser: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht	246
Abbildung 90: HD020 Endoskopische Schwellendurchtrennung mit Laser: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant	247
Abbildung 91: HF030 Anlage oder Wechsel einer PEG-Sonde: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht	247
Abbildung 92: HF030 Anlage oder Wechsel einer PEG-Sonde: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant	248
Abbildung 93: HE510 Ösophagus-Manometrie: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht	248
Abbildung 94: HE510 Ösophagus-Manometrie: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant	249
Abbildung 95: HZ530 Anorektale Manometrie: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht	250
Abbildung 96: HZ530 Anorektale Manometrie: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant	250
Abbildung 97: HM070 Extraktion eines Konkrements aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht	251
Abbildung 98: HM070 Extraktion eines Konkrements aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant.....	251

Abbildung 99: HM040 Radiologisch geführte Stentimplantation – Gallenwege, Pankreasgang: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht	252
Abbildung 100: HM040 Radiologisch geführte Stentimplantation – Gallenwege, Pankreasgang: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant.....	252
Abbildung 101: HE022 Schleimhautabtragung (submuköse Resektion, Radiofrequenzablation, PDT) am distalen Ösophagus bei höhergradiger Dysplasie: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht	253
Abbildung 102: HE022 Schleimhautabtragung: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant	253
Abbildung 103: HF022 Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) – Magen: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht	254
Abbildung 104: HF022 Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) – Magen: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant	254
Abbildung 105: HH022 Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) – Kolon: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht	255
Abbildung 106: HH022 Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) – Kolon: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant	255
Abbildung 107: EJ010 Lebervenenkatheter und indirekte Pfortaderdruckmessung ohne Leberbiopsie: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht	256
Abbildung 108: EJ010 Lebervenenkatheter und indirekte Pfortaderdruckmessung ohne Leberbiopsie: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant.....	256
Abbildung 109: EJ020 Lebervenenkatheter und indirekte Pfortaderdruckmessung mit Leberbiopsie: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht	257
Abbildung 110: EJ020 Lebervenenkatheter und indirekte Pfortaderdruckmessung mit Leberbiopsie: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant.....	257
Abbildung 111: EJ030 Anlage eines transjugulären portosystemischen Shunts (TIPS): abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht	258
Abbildung 112: EJ030 Anlage eines transjugulären portosystemischen Shunts (TIPS): abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant.....	258

7.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: ÄrztInnen mit anerkannter Qualifikation für GEH: Innere Medizin mit Additivfach GEH (ÄAO 2006) bzw. Innere Medizin und GEH (ÄAO 2015), Stichtag: 1.1.2021.....	13
Tabelle 2: ÄrztInnen mit anerkannter Qualifikation für GEH: Innere Medizin ohne Additivfach GEH (ÄAO 2006) mit Abrechnungsbefugnis/ Gerätenachweis für Gastroskopien und/oder Koloskopien, niedergelassen tätig (keine Information über eine etwaige Anstellung), Stichtag: März/April 2021.....	16
Tabelle 3: ÄrztInnen mit anerkannter Qualifikation für GEH: Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie (ÄAO 2006) mit Abrechnungsbefugnis/ Gerätenachweis für Gastroskopien und/oder Koloskopien, niedergelassen tätig (keine Information über eine etwaige Anstellung), Stichtag: März/April 2021.....	17
Tabelle 4: Markerleistungen für den GEH-Bereich, 2019	18
Tabelle 5: ÄrztInnen mit ÖGK-Vertrag: InternistInnen ohne Additivfach bzw. ChirurgInnen, die 2019 zumindest eine Markerleistung abrechneten.....	20
Tabelle 6: Überblick der niedergelassenen FachärztInnen ^a mit Qualifikation für GEH	21
Tabelle 7: GEH-Leistungscluster, vereinheitliche Katalogversion 2019.....	24
Tabelle 8: Anzahl der VertragspartnerInnen, die zumindest eine GEH-Markerleistung abgerechnet haben, nach Bundesland, 2015-2019	27
Tabelle 9: Relative Häufigkeit der diagnostischen Möglichkeiten (in %), Primärerhebung ÖGGH, 2021	35
Tabelle 10: Relative Häufigkeit der therapeutischen Möglichkeiten (in %), Primärerhebung ÖGGH, 2021	36
Tabelle 11: Zusammenfassung Bettenanzahl und Personal (in VZÄ), Primärerhebung ÖGGH, 2021	38
Tabelle 12: Relative Häufigkeit von Tageskliniken und Ambulanzen, Primärerhebung ÖGGH, 2021	41
Tabelle 13: Relative Häufigkeit der diagnostischen Möglichkeiten (in %), Primärerhebung ÖGGH, 2021	45
Tabelle 14: Relative Häufigkeit der therapeutischen Möglichkeiten (in %), Primärerhebung ÖGGH, 2021	45
Tabelle 15: Schlüsseldiagnosen im Bereich der GEH, ICD-10-Diagnosen	61
Tabelle 16: Schlüsselleistungen/-eingriffe im Bereich der GEH, Leistungskatalog Codierung ambulant (LK A) und stationär (LK ST)	72

Tabelle 17: Anzahl der PatientInnen, die zumindest eine GEH-Markerleistung in Anspruch genommen haben, nach Bundesland, 2015-2019	75
Tabelle 18: GEH-Medikamentencluster	78
Tabelle 19: Anzahl der Medikamentenverordnungen aus dem GEH-Bereich, nach Bundesland, 2015-2019.....	80
Tabelle 20: Evaluierung Vorsorgekoloskopieprogramm 2007 - 2021.....	89
Tabelle 21: Darmkrebs-Screening-Programm Ländervergleich	91
Tabelle 22: Evaluierung Niederlande 2019.....	101
Tabelle 23: Zusammenfassung der Empfehlungen der ÖGGH	106
Tabelle 24: Testergebnisse iFOBT nach Hersteller.....	110
Tabelle 25: Darmkrebs-Screening-Programme in Europa	130
Tabelle 26: Übersicht Bedarfsplanung im Vergleich der DACH-Länder, vertragsärztliche Versorgung.....	133
Tabelle 27: Übersicht von Soll- und Ist-Zahlen der niedergelassenen GEH Versorgung, D-A-CH Länder.	134
Tabelle 28: Planungsrichtwerte ambulanter Bereich (Planungshorizont 2025).....	139
Tabelle 29: Quantitative Strukturdarstellung Primärversorgung 2025	145
Tabelle 30: Quantitative Strukturdarstellung der akutstationären fachärztlichen Versorgung 2025.....	150
Tabelle 31: Ist- und Sollzahlen Großgeräteplan Steiermark	153
Tabelle 32: „Allgemeine Verhältniszahlen“ nach Regionstyp und allgemeinen medizinischen Fächern	158
Tabelle 33: „Allgemeine Verhältniszahlen“ der spezialisierten fachärztlichen Versorgung.....	159
Tabelle 34: „Allgemeine Verhältniszahlen“ der gesonderten fachärztliche Versorgung.....	160
Tabelle 35: Vorlage Planungsblatt FachinternistInnen des Gemeinsamen Bundesausschusses	165
Tabelle 36: Planungsblatt FachinternistInnen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (Stand 29.01.2021).....	166
Tabelle 37: Höchstwerte und tatsächliche Anzahl der GastroenterologInnen.....	174
Tabelle 38: VMMHG (Aufenthalte/Besuche) im GEH-Bereich.....	203

7.3 Literaturverzeichnis

- BAG. (2018). Weiterführung der Zulassungsbeschränkung bis 2021. *Bundesamt für Gesundheit*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/news/news-17-10-2018.html>. Zugegriffen: 29. April 2021
- BAG. (2020). Bundesrat präsentiert Zulassungskriterien für Ärztinnen und Ärzte. *Bundesamt für Gesundheit*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-80977.html>. Zugegriffen: 29. April 2021
- BfArM. (2022). OPS. *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte*. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/OPS-ICHI/OPS/_node.html. Zugegriffen: 31. August 2022
- Biskontin, G. (2020). Darmkrebs-Screening Programm.
- BMG. (2019). Krebsfrüherkennung für Männer und Frauen. *Bundesministerium für Gesundheit*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krebsfrueherkennung.html>. Zugegriffen: 26. Februar 2021
- BMG. (2021). Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennungsprogramme. *Bundesministerium für Gesundheit*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/was-haben-wir-bisher-erreicht/ziel-2.html>. Zugegriffen: 2. März 2021
- BMSGPK. (2020a). Leistungskatalog BMASGK 2020 – Codierung ambulant (Stand 1.Jänner 2020). *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz*.
- BMSGPK. (2020b). Leistungskatalog BMASGK 2020 – Codierung stationär (Stand 1. Jänner 2020). *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz*.
- BMSGPK. (2020). Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017. Wien: *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz*.
- BMSGPK. (2021a). Überregionale Auswertung der Dokumentation in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten 2019. Wien: *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz*.
- BMSGPK. (2021b). LKF-Modell 2021 für den spitalsambulanten Bereich (Stand 1. Jänner 2021). Wien: *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz*.
- BMSGPK. (2021c). Struktur- und Abrechnungsdaten.
- BMSGPK. (2021d). Methodenband zum ÖSG 2017. Ergänzende methodische Erläuterungen zum ÖSG 2017. Wien: *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz*.

- Bundesanstalt Statistik Österreich. (2020). Krebserkrankungen. *Statistik Austria*. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/krebserkrankungen/index.html. Zugegriffen: 24. Januar 2021
- Darm Zentrum Bern. (2022). Polypen (gutartige Tumore). <https://www.darmzentrum-bern.ch/de/medizinisches-angebot-darm/polypen-gutartige-tumore.html>. Zugegriffen: 5. September 2022
- Denzer, U., Beilenhoff, U., Eickhoff, A., Faiss, S., Hüttl, P., In der Smitten, S., et al. (2015). S2k-Leitlinie Qualitätsanforderungen in der gastrointestinalen Endoskopie (Kurzversion), AWMF Register Nr. 021–022. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 53(12), 1496–1530. <https://doi.org/10.1055/s-0041-109520>
- Der Schweizerische Bundesrat. Verordnung vom 3. Juli 2013 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (VEZL), 832.103 (2013). <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2013/471/de>. Zugegriffen: 28. April 2021
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie, Deutsche Gesellschaft für Humangenetik, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie, Berufsverband der niedergelassenen Gastroenterologen, et al. (2018). Gemeinsames Konzept der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbände und weiterer Organisationen zur Umsetzung des organisierten Darmkrebscreenings durch den G-Ba. *Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten*. https://www.dgvs.de/wp-content/uploads/2018/03/Positionspapier_Organisiertes-DK-Screening_M%C3%A4rz2018_final.pdf. Zugegriffen: 12. Januar 2022
- DGVS. (2018). Neuregelung zur Darmkrebsvorsorge. *Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten*. <https://www.dgvs.de/neuregelung-zur-darmkrebsvorsorge/>. Zugegriffen: 12. Januar 2022
- DGVS. (2021). Höhere Qualitätsstandards bei fäkalen Okkultbluttests. *Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten*.
- Dorta, G., & Mottet, C. (2016). Nachsorge nach koloskopischer Polypektomie und entferntem Kolorektalkarzinom. *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum*, 16(07). <https://doi.org/10.4414/smf.2016.02496>
- DVSV. (2022). Struktur- und Abrechnungsdaten.
- EDI & BAG. (2021). Verordnung über die Festlegung von Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich. *Bundesministerium für Gesundheit*. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/rev-kvg-zulassung-leistungserbringer/erlaeuternder-bericht-verordnung->

hoechstzahlen.pdf.download.pdf/Erl%C3%A4uternder%20Be-
richt%20%C3%BCber%20die%20Verordnung%20der%20H%C3%B6chstzahlen.pdf

- EKO. (2021). *Erstattungskodex - EKO*. Wien: *Dachverband der Sozialversicherungsträger*.
- EPIG GmbH. (2019). *Regionaler Strukturplan Gesundheit - Steiermark 2025 (RSG-St 2025) Version 1.2. Gesundheitsfonds Steiermark*.
- European Commission, Directorate-General for Health and Consumers, European Commission, Executive Agency for Health and Consumers, & World Health Organization. (2010). *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis*. (L. von Karsa, J. Patnick, & N. Segnan, Hrsg.). Luxembourg: Publications Office.
- FMH. (2020). 2. Berufstätige Ärzte nach Hauptfachgebiet und Kanton. *Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte*. <https://www.fmh.ch/files/pdf/7/2.-berufstaetige-aerzte-nach-hauptfachgebiet-und-kanton.pdf>. Zugegriffen: 28. April 2021
- FMH. (2021a). Register der zertifizierten Weiterbildungsstätten. *Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte*. <https://www.siwf-register.ch/>. Zugegriffen: 29. April 2021
- FMH. (2021b). FMH-Ärztestatistik / Statistique médicale de la FMH. *Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte*. <https://aerztestatistik.myfmh2.fmh.ch/>. Zugegriffen: 29. April 2021
- GBA. (2019). Der iFOBT im Darmkrebs-Screening: Ergebnisse der medizinischen Laboratorien für das Jahr 2018. *Gemeinsamer Bundesausschuss*. https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4777/2019-03-25_G-BA_iFOBT_Quartalsbericht_2018.pdf. Zugegriffen: 12. Januar 2022
- GBA. (2020a). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme. *Gemeinsamer Bundesausschuss*. <https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2237/oKFE-RL-2020-06-18-iK-2020-08-28.pdf>
- GBA. (2020b). Der iFOBT im Darmkrebs-Screening: Ergebnisse der medizinischen Laboratorien für das Jahr 2019. *Gemeinsamer Bundesausschuss*. https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4991/2020-05-28_G-BA_iFOBT_Quartalsbericht_2019.pdf. Zugegriffen: 12. Januar 2022
- GÖG. (2021). Darmkrebs-Screening: Evidenz und Vorarbeiten für eine Budgetauswirkungsanalyse. *Gesundheit Österreich GmbH*. https://goeg.at/Darmkrebsscreening_Vorarbeiten_Budgetauswirkungsanalyse. Zugegriffen: 2. März 2021
- Grobbee, E. J., van der Vlugt, M., van Vuuren, A. J., Stroobants, A. K., Mallant-Hent, R. C., Lansdorp-Vogelaar, I., et al. (2020). Diagnostic Yield of One-Time Colonoscopy vs One-Time Flexible Sigmoidoscopy vs Multiple Rounds of Mailed Fecal Immunohistochemical Tests in Colorectal Cancer Screening. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 18(3), 667-675.e1. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.08.015>

- Haldemann, K. (2014). Faktenblatt Früherkennung von Darmkrebs. *Krebsliga Schweiz*. https://www.ur.ch/_docn/62979/Krebsliag_Schweiz_Faktenblatt_Fruherkennung_Darmkrebs.pdf. Zugegriffen: 26. Februar 2021
- Haug, U., & Pigeot, I. (2018). Krebsfrüherkennung: Ja oder Nein? Facetten einer komplexen Antwort. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 61(12), 1481–1483. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2844-6>
- Henggi, B. (2020). Neue Zulassungsbestimmungen für Ärzte und Ärztinnen ab Juli 2021. *Schweizerische Ärztezeitung*, 101(2728), 834–835. <https://doi.org/10.4414/saez.2020.19040>
- Hostettler, S., & Kraft, E. (2020). FMH-Ärztestatistik 2019 – hohe Abhängigkeit vom Ausland. *Schweizerische Ärztezeitung*, 6.
- IHS. (2022). Primärerhebung.
- Jonas, M., & Brunner, M. (2022, Mai 9). Vorsorgekoloskopie Vorarlberg 2/2007-12/2021: medizinisch-ethische und gesundheitsökonomische Aspekte. Präsentation.
- Krebsliga Graubünden. (2020). Darmkrebsvorsorge Graubünden: Ein Programm der Krebsliga Graubünden im Auftrag des Kantons. *Gesundheitsamt Graubünden*. https://www.vorsorge-gr.ch/sites/default/files/2020-02/KKL_GR_DK_Screening_Broschuere_A5_200116_low.pdf. Zugegriffen: 28. Februar 2021
- Krebsliga Graubünden. (2021a). Informationen zum Programm. *Darmkrebsvorsorge Graubünden*. <https://www.vorsorge-gr.ch/de/informationen-zum-programm>. Zugegriffen: 28. Februar 2021
- Krebsliga Graubünden. (2021b). Vergleich der Vorsorgemethoden. *Darmkrebsvorsorge Graubünden*. <https://www.vorsorge-gr.ch/de/vergleich-der-vorsorgemethoden>. Zugegriffen: 2. März 2021
- Krebsliga Graubünden. (2021c). Unsere medizinischen Partner. *Darmkrebsvorsorge Graubünden*. <https://www.vorsorge-gr.ch/de/unsere-medizinischen-partner>. Zugegriffen: 2. März 2021
- Krebsliga Graubünden. (2021d). Voraussetzungen für die Akkreditierung. *Darmkrebsvorsorge Graubünden*. <https://www.vorsorge-gr.ch/de/voraussetzungen-fuer-die-akkreditierung>. Zugegriffen: 1. Februar 2021
- Krebsliga Graubünden. (2021). Ein Jahr Darmkrebsvorsorge. *Darmkrebsvorsorge Graubünden*. <https://www.vorsorge-gr.ch/de/news/ein-jahr-darmkrebsvorsorge-das-programm-ist-graubuenden-angekommen>. Zugegriffen: 12. Januar 2022
- KVB. (2021). Planungsblätter Anlage 2.2. *Kassenärztliche Vereinigung Bayerns*. <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Bedarfsplanung/KVB-Bedarfsplanung-Planungsblaetter.pdf>. Zugegriffen: 13. April 2021

- KVBB. (2020). Bedarfsplanung 2020 für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg. *Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg*. https://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/praxis/zulassung2/bedarfsplanung/2020/kvbb_bedarfsplan_2020_online.pdf. Zugegriffen: 9. April 2021
- KVH. (2019). Bedarfsplan für die ambulante vertragsärztliche Versorgung. *Kassenärztliche Vereinigung Hessen*. https://www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Berufseinsteiger/Niederlassung/BEDARFSPLAN_2019.pdf. Zugegriffen: 9. April 2021
- KVSA. (2021). Beschlüsse des Landesausschusses vom 16.02.2021. *Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt*. https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Praxis/Vertragsaerztliche_Taetigkeiten/Existenzgruendung/LA_Beschlussvorlage_038b_VSM_2021_02_16.pdf. Zugegriffen: 9. April 2021
- LÄK. (2021). Primärerhebung.
- NSK. (2020). Nationale Qualitätsstandards für die Dickdarmkrebsvorsorge in der Schweiz. *Nationale Strategie gegen Krebs* https://www.swisscancerscreening.ch/fileadmin/user_upload/Documents/SwissCancerScreening/WWW/Editors/Downloads/Darmkrebs/QS_Dickdarmkrebsvorsorge_DE_210126_secure.pdf. Zugegriffen: 1. Dezember 2020
- NSK. (2021). Darmkrebscreening. *Nationale Strategie gegen Krebs*. <https://www.nsk-krebsstrategie.ch/projekte/darmkrebscreening/>. Zugegriffen: 26. Februar 2021
- Nationalrat. Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz. *Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (2021)*. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20009791/G-ZG%2c%20Fassung%20vom%2028.06.2021.pdf>. Zugegriffen: 30. Juni 2021
- ÖÄK. (2021). Datenbank der Österreichischen Ärztekammer.
- Office des Leitlinienprogrammes Onkologie & Deutsche Krebsgesellschaft. (2019). S3-Leitlinie Kolo- rektales Karzinom. *Leitlinienprogramm Onkologie, Kurzversion 2.1(021/007OL)*, 120.
- ÖGGH. (2016). Leitlinie Qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie. *Österreichische Gesellschaft für Gastrologie und Hepatologie*. http://www.oeggh.at/zertifikat/pdf/2017/Leitlinie_OEGGH_Version_1_8.pdf. Zugegriffen: 2. März 2021
- ÖGGH. (2021). Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge. *Österreichische Gesellschaft für Gastrologie und Hepatologie*. <http://www.oeggh.at/zertifikat/cms/index.php/patient>. Zugegriffen: 2. März 2021
- ÖGK. (2022). Struktur- und Abrechnungsdaten.
- ÖKK. (2022). Franchise und Selbstbehalt einfach erklärt. *Kranken- und Unfallversicherungen AG*. <https://www.oekk.ch/de/themen-wissen/franchise-selbstbehalt-paemie>. Zugegriffen: 31. August 2022

- Österreichische Krebshilfe. (2009). Darmkrebsscreening Burgenland. *Österreichische Krebshilfe*. <https://www.krebshilfe.net/presse/detail/darmkrebs-screening-ist-kein-burgenland-witz>. Zugegriffen: 2. März 2021
- Österreichische Krebshilfe. (2020). Darmkrebsvorsorge. *Österreichische Krebshilfe*. <https://dont-wait.at/sites/default/files/Darmkrebsvorsorge.pdf>. Zugegriffen: 8. Februar 2021
- Österreichische Krebshilfe. (2021). Darmkrebsvorsorge. *Österreichische Krebshilfe*. <https://www.krebshilfe.net/information/krebsfrueherkennung/darmkrebs-frueherkennung>. Zugegriffen: 2. März 2021
- Prammer-Waldhör, M., Hackl, M., Ihle, P., Klimont, J., & Leitner, B. (2021). *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2019*. Wien: Statistik Austria.
- Rechnungshof Österreich. (2021). *Ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich - Bericht des Rechnungshofes* (Reihe BUND 2021/30.). Wien: Rechnungshof Österreich.
- Reichlmeier, A., & Meier, C. (2018, September 2). Ambulante Versorgungsstruktur und Bedarfsanalyse Schweiz - Ergebnisse santésuisse. santésuisse. https://www.santesuisse.ch/fileadmin/sas_content/Studie_Amb_Vers-struktur_Bedarf_CH_2018-02-09.pdf. Zugegriffen: 28. April 2021
- Riedel, M., & Reiss, M. (2021). Geschlechterspezifische Aspekte im Kontext der Einkünfte von Ärzt*innen in Österreich. In A. Wroblewski & A. Schmidt (Hrsg.), *Gleichstellungspolitiken revisited* (S. 295–315). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-35846-4_18
- RIVM. (2019). Invitation bowel cancer screening programme. *National Institute for Public Health and the Environment*. <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2019-02/Invitation%20bowel%20cancer%20screening%20programme%202019%20%28Engels%20-%20English%29.pdf>. Zugegriffen: 1. März 2021
- RIVM. (2020). National monitoring of the colorectal cancer screening programme in the Netherlands 2019 (Annual Monitoring Report No. 2019). *National Institute for Public Health and the Environment*. <https://www.rivm.nl/en/media/169811>. Zugegriffen: 2. März 2021
- RIVM. (2021). *Framework execution Dutch CRC screening (2021)*. Bilthoven: *The National Institute for Public Health and the Environment*. <https://www.rivm.nl/en/media/174981>. Zugegriffen: 2. März 2021
- Săftoiu, A., Hassan, C., Areia, M., Bhutani, M. S., Bisschops, R., Bories, E., et al. (2020). Role of gastrointestinal endoscopy in the screening of digestive tract cancers in Europe: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy*, 52(04), 293–304. <https://doi.org/10.1055/a-1104-5245>
- Serese, I. (2021, April 1). Colorectal cancer screening program. E-Mail

- SGGSSG. (2021). Empfehlungen. *Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie*. <https://sggssg.ch/empfehlungen/>. Zugegriffen: 12. Januar 2022
- Staflinger, H. (2019). *Personalbedarf und –einsatz in den öö. Krankenhäusern. Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf*. Linz: Arbeiterkammer Oberösterreich. https://ooe.arbeiterkammer.at/service/broschuerenundratgeber/arbeitsundgesundheit/B_2019_Personalbedarf_und_einsatz_in_den_ooe_Krankenhaeusern.pdf. Zugegriffen: 30. Juni 2021
- Statistik Austria. (2022). Krebserkrankungen und Bevölkerungszahl. STATCube – Statistische Datenbank von Statistik Austria.
- SV. (2021). Qualitätszertifikat Dickdarmkrebs-vorsorge. *Dachverband der Sozialversicherung*. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.740286&version=1604498615>. Zugegriffen: 2. März 2021
- Swiss Cancer Screening. (2019). *Dickdarmkrebs Vorsorge*. Bern: *Swiss Cancer Screening*.
- Swiss Cancer Screening. (2021a). Methoden zur Früherkennung von Darmkrebs. <https://www.swisscancerscreening.ch/de/krebs-frueherkennung/darm/methoden-zur-frueherkennung>. Zugegriffen: 2. November 2021
- Swiss Cancer Screening. (2021b). Darmkrebsfrüherkennung in Zahlen. <https://www.swisscancerscreening.ch/de/krebs-frueherkennung/darm/darmkrebsfrueherkennung-in-zahlen>. Zugegriffen: 2. November 2021
- Toes-Zoutendijk, E., van Leerdam, M. E., Dekker, E., van Hees, F., Penning, C., Nagtegaal, I., et al. (2017). Real-Time Monitoring of Results During First Year of Dutch Colorectal Cancer Screening Program and Optimization by Altering Fecal Immunochemical Test Cut-Off Levels. *Gastroenterology*, 152(4), 767-775.e2. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.11.022>
- UEG. (2019). Colorectal Screening Across Europe. *United European Gastroenterology*. <https://ueg.eu/files/779/67d96d458abdef21792e6d8e590244e7.pdf>. Zugegriffen: 15. Oktober 2021
- UEG. (2021a). What we do - *United European Gastroenterology*. <https://ueg.eu/about/what-we-do>. Zugegriffen: 15. Oktober 2021
- UEG. (2021b). Position Paper: Digestive cancers: Why actions are needed? (No. 665390317626–77). Brüssel: *United European Gastroenterology*. <https://ueg.eu/files/1378/8d9a0adb7c204239c9635426f35c9522.pdf>. Zugegriffen: 15. Oktober 2021
- UEG. (2021c). Coordinating European Action against Colorectal Cancer. *United European Gastroenterology*. <https://ueg.eu/files/1028/3806734b256c27e41ec2c6bffa26d9e7.pdf>. Zugegriffen: 15. Oktober 2021

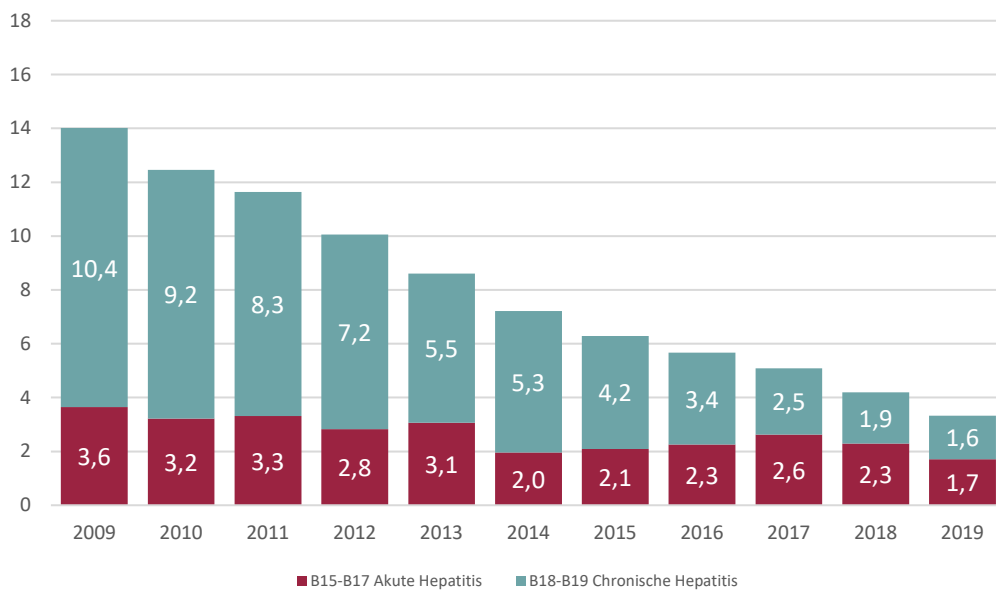
- Waldmann, E., Maieron, A., Trauner, M., Gschwantler, M., & Ferlitsch, M. (2021). Empfehlungen der ÖGGH zur Darmkrebsvorsorge und Nachsorge nach koloskopischer Polypektomie – Update 2021. *Journal für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen*, 19(4), 105–109. <https://doi.org/10.1007/s41971-021-00117-6>
- Wattenhofer, R. (2020, August 6). Zustrom ausländischer Ärzte: Kantone können Höchstzahlen festlegen. *Aargauer Zeitung*. Aarau. <https://www.aargauerzeitung.ch/news-service/in-land-schweiz/zustrom-auslaendischer-aerzte-kantone-koennen-hoehchstzahlen-festlegen-ld.1226580>. Zugegriffen: 28. April 2021
- Wille, E., & Popp, M. (2014). Gastroenterologische Kernleistungen unter gesundheitsökonomischen Aspekten. Mannheim: *Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten*.

8 Anhang

8.1 Weitere Schlüsseldiagnosen

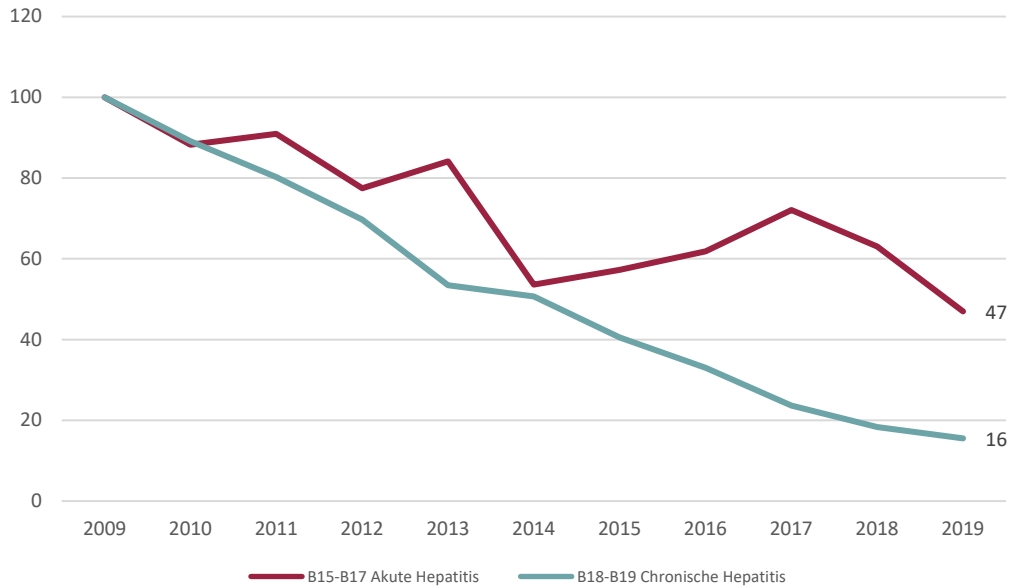
8.1.1 Akute und Chronische Hepatitis

Abbildung 74: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Akute und chronische Hepatitis (B15–B19), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019



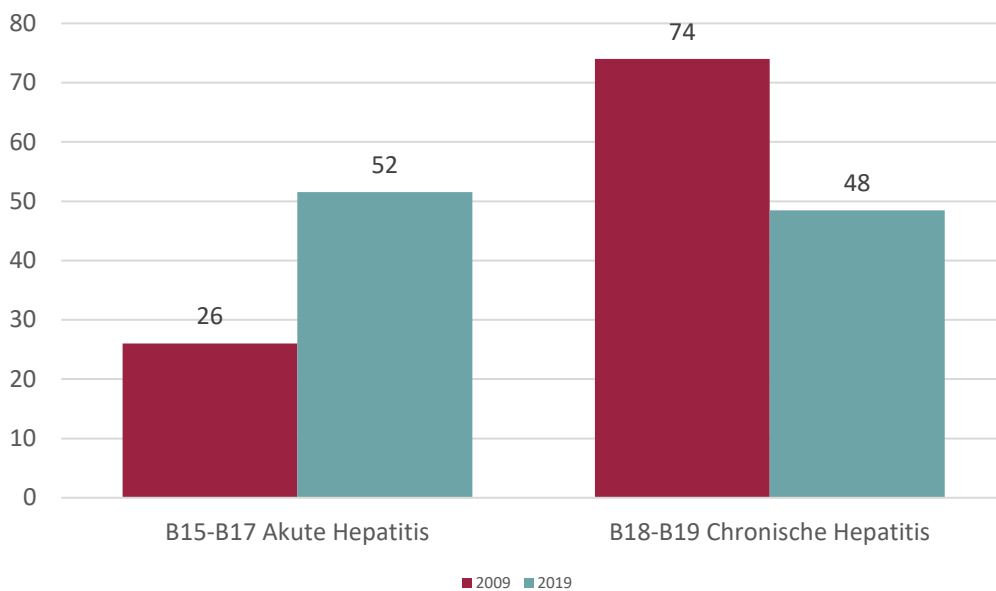
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 75: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Akute und chronische Hepatitis (B15–B19), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 76: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Akute und chronische Hepatitis, Anteile in % (B15–B19), 2009 und 2019



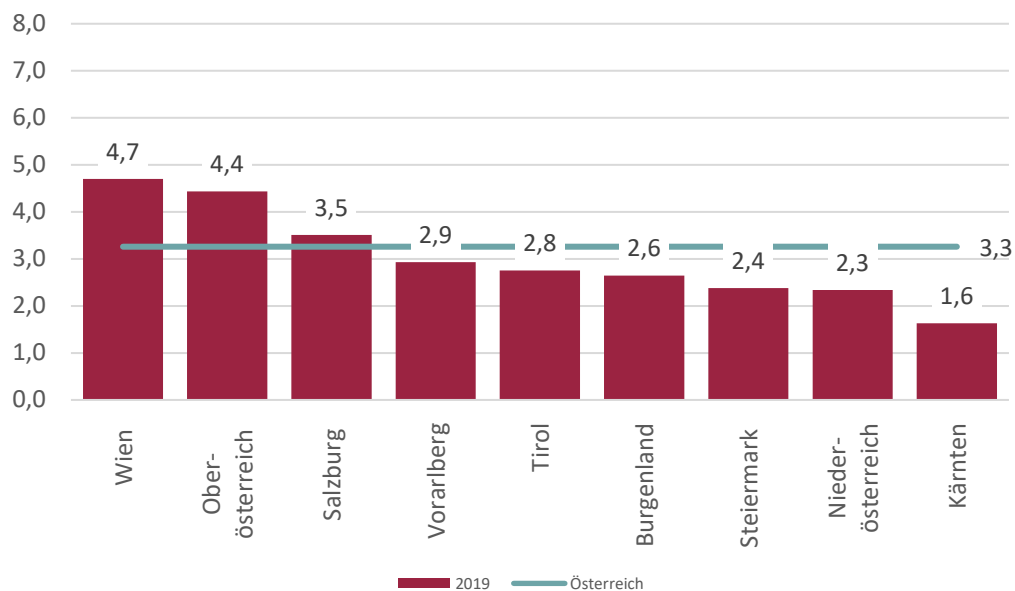
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 77: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Akute und chronische Hepatitis (B15–B19), pro 100.000, 2019



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

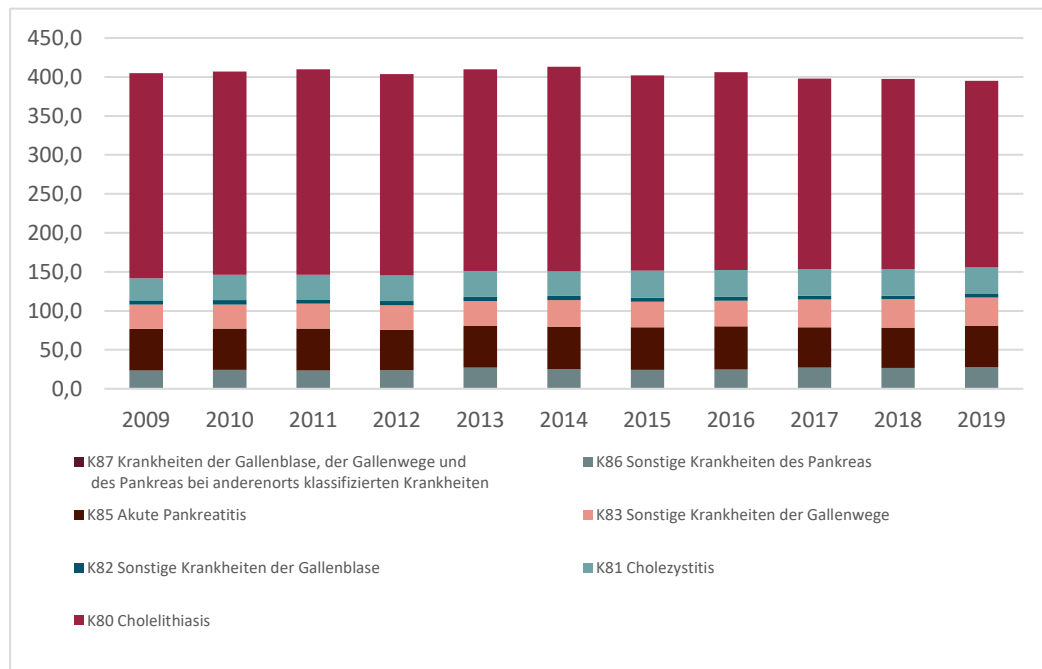
Abbildung 78: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Akute und chronische Hepatitis (B15–B19), pro 100.000 altersstandardisiert*, 2019



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)
 Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung IHS 2022.

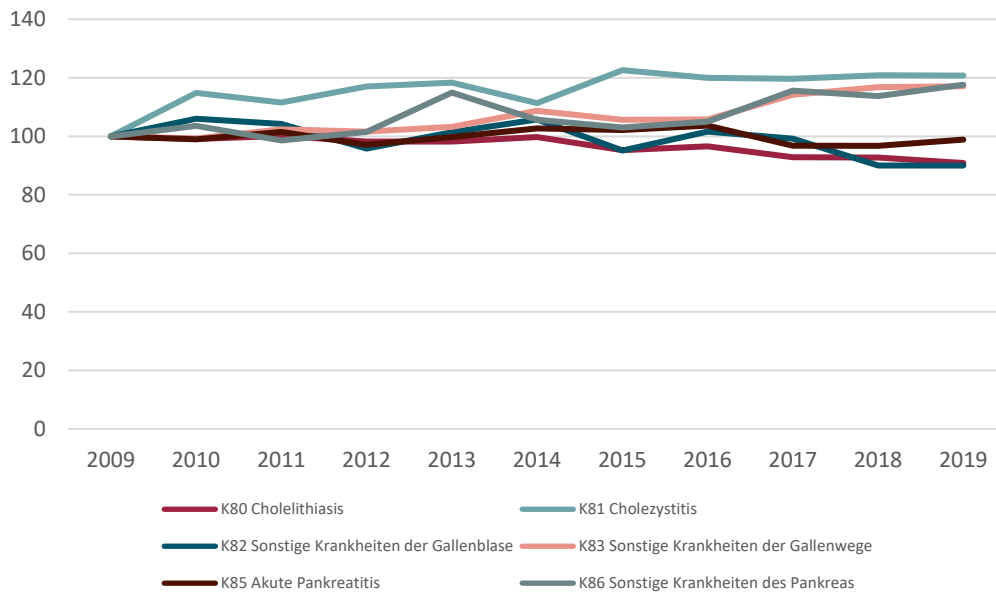
8.1.2 Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas

Abbildung 79: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas (K80–K87), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019



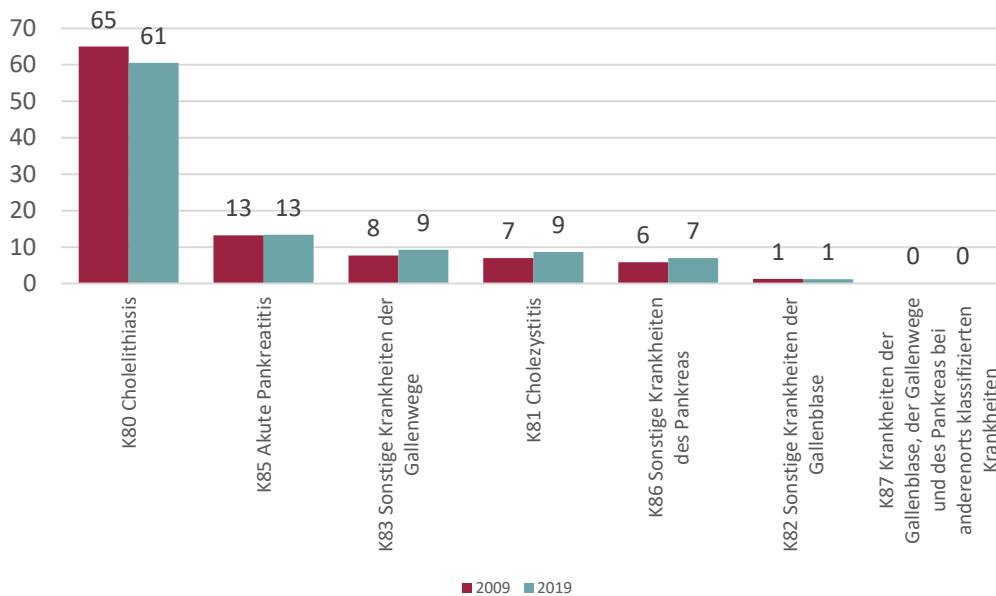
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 80: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas (K80–K87), pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019



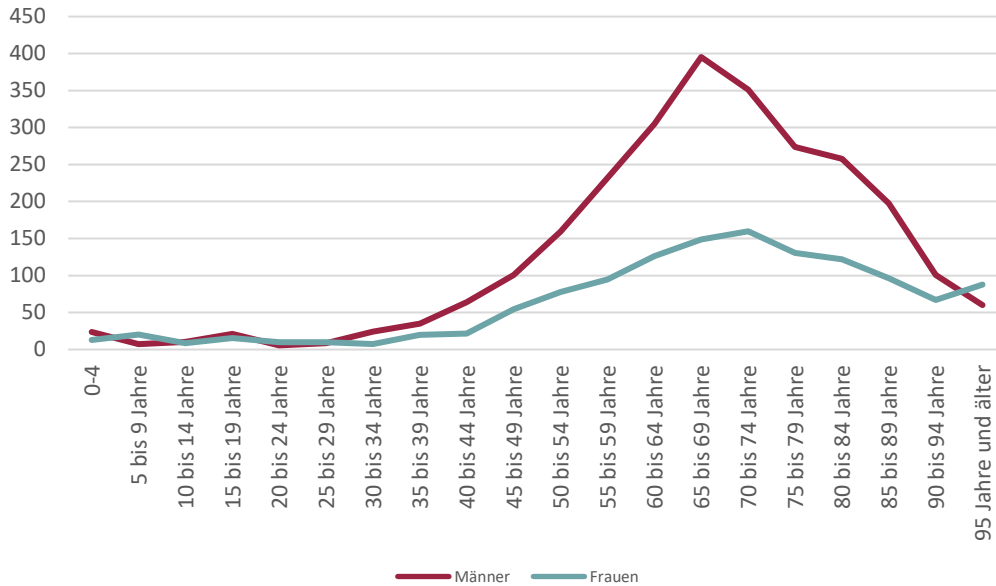
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 81: Aufenthalte (ohne NTA) in österr. Spitälern, Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas, Anteile in % (K80–K87), 2009 u. 2019



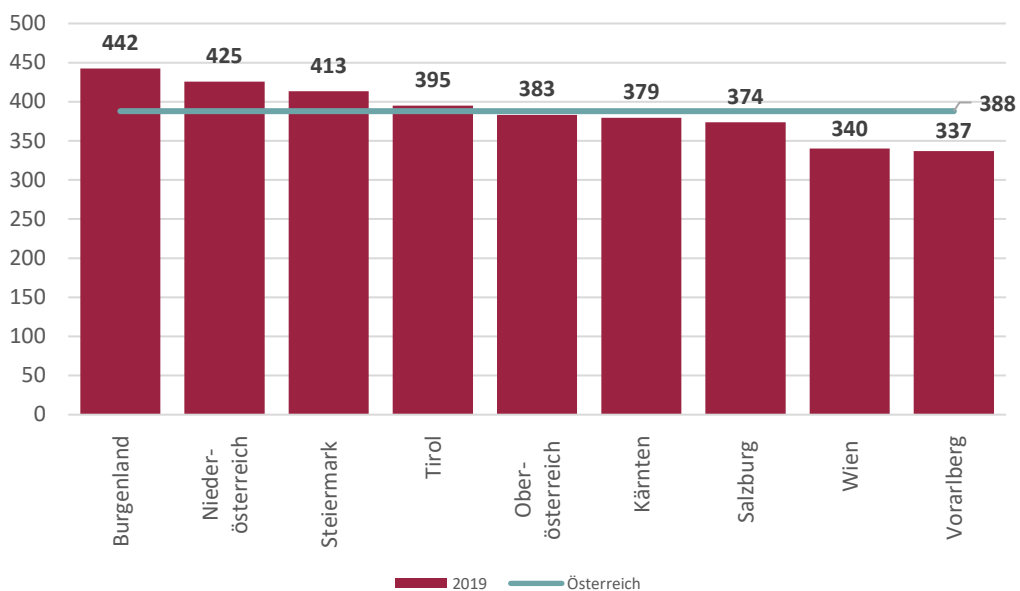
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 82: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas (K80–K87), pro 100.000, 2019



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

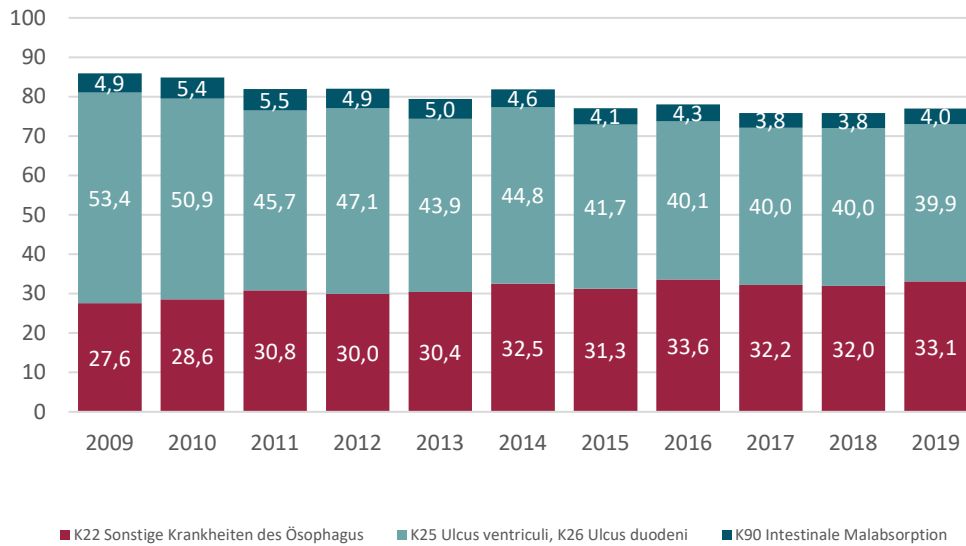
Abbildung 83: Aufenthalte (o. NTA) in österr. Spitälern, Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas (K80–K87), pro 100.000 altersstandardisiert*, 2019



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)
 Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung IHS 2022.

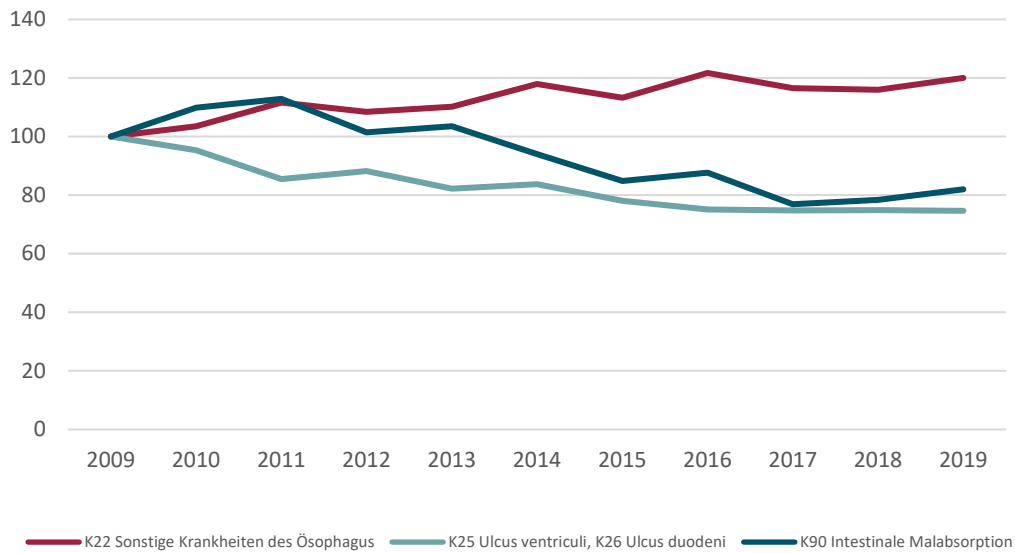
8.1.3 Zöliakie, Ulcus ventriculi et duodeni sowie Barrettösophagus und Achalasie

Abbildung 84: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, K90 Intestinale Malabsorption, K25 Ulcus ventriculi; K26 Ulcus duodeni, K22 Sonstige Krankheiten des Ösophagus, pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019



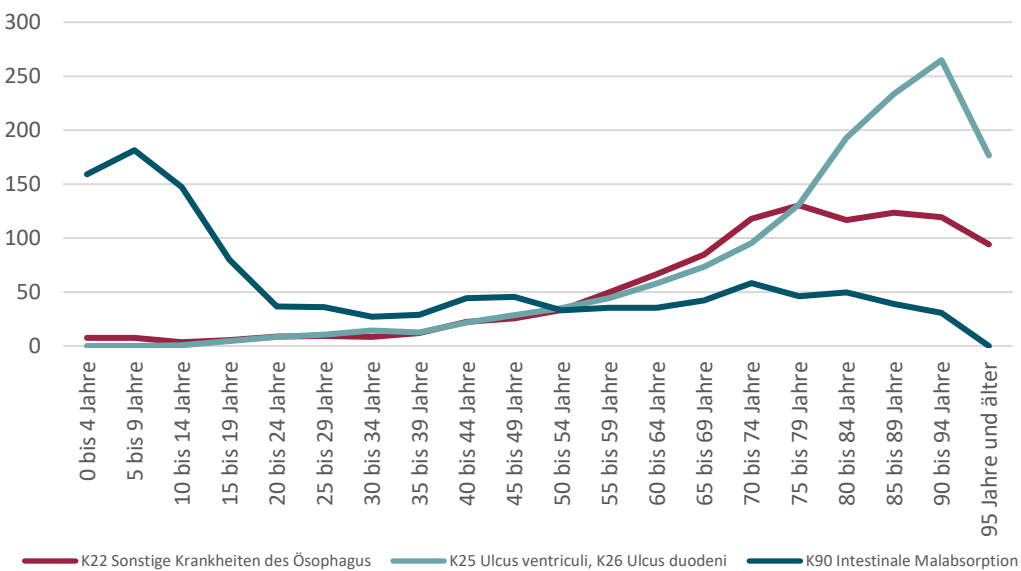
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 85: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, K90 Intestinale Malabsorption, K25 Ulcus ventriculi; K26 Ulcus duodeni, K22 Sonstige Krankheiten des Ösophagus, pro 100.000 EinwohnerInnen, 2009–2019



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 86: Aufenthalte (ohne NTA) in österreichischen Spitälern, Morbus Crohn u. Colitis ulcerosa (K50–K51) sowie Divertikulose des Darmes (K57), pro 100.000, 2019



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

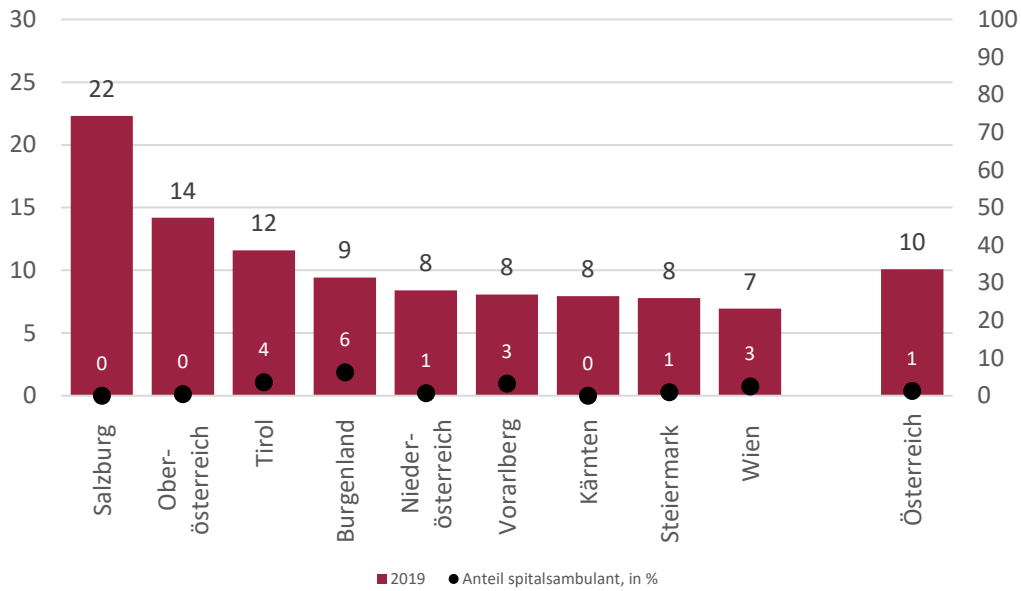
8.2 Weitere Schlüsseleingriffe

Abbildung 87: H-EFGH-025 (Metall-)Stentimplantation Ösophagus/Magen/Duodenum/Dünndarm/Colon/Rektum: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

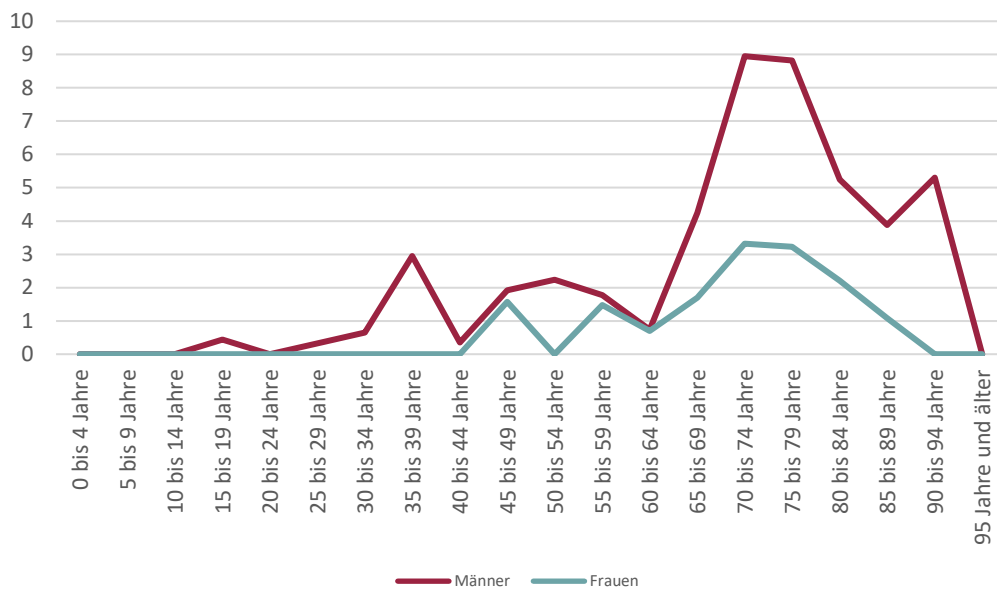
Abbildung 88: H-EFGH-025 (Metall-)Stentimplantation Ösophagus/Magen/Duodenum/Dünndarm/Colon/Rektum: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)

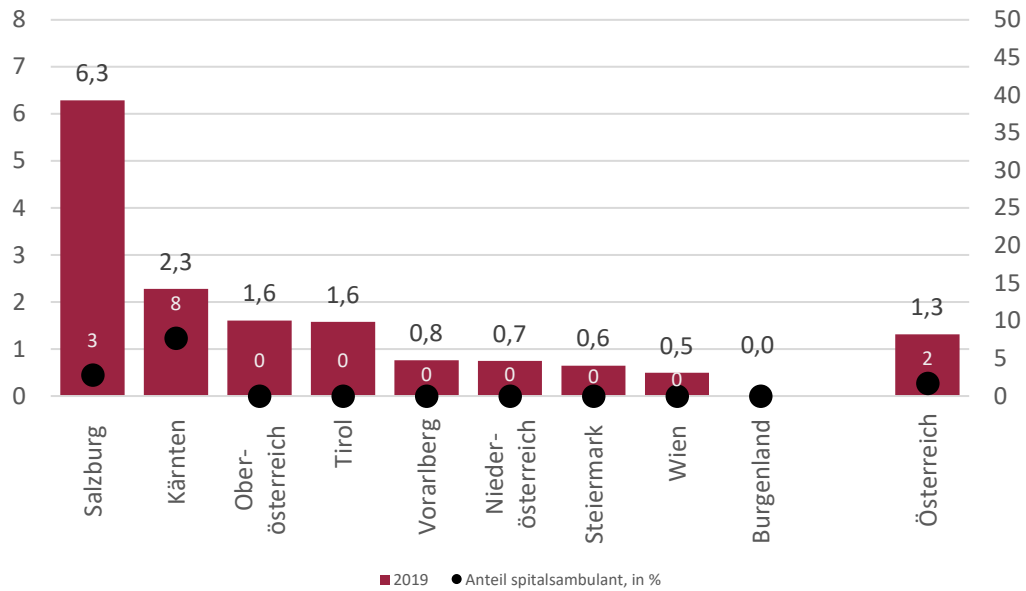
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung IHS 2022.

Abbildung 89: HD020 Endoskopische Schwellendurchtrennung mit Laser: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht



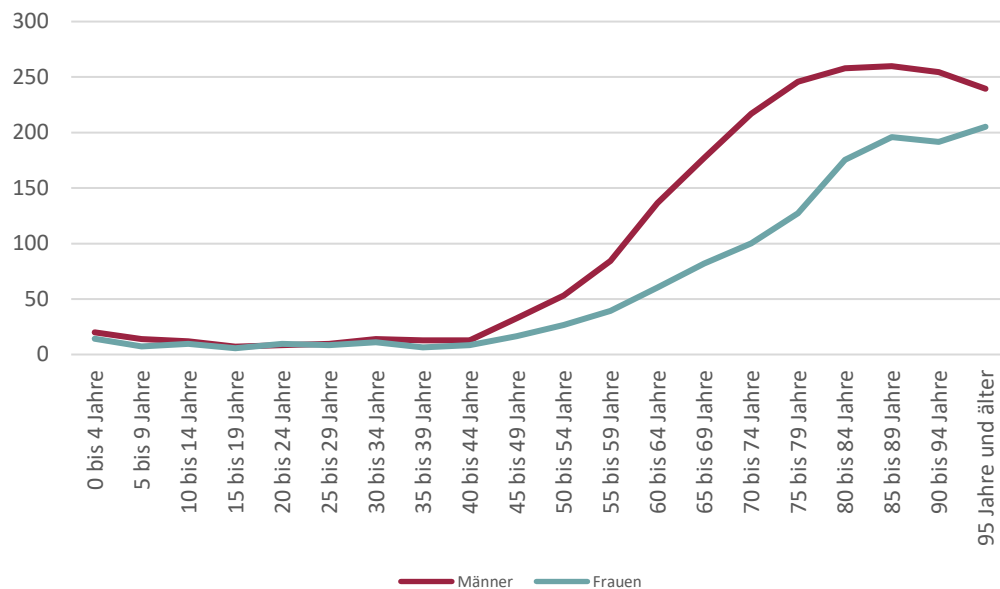
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 90: HD020 Endoskopische Schwellendurchtrennung mit Laser: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant



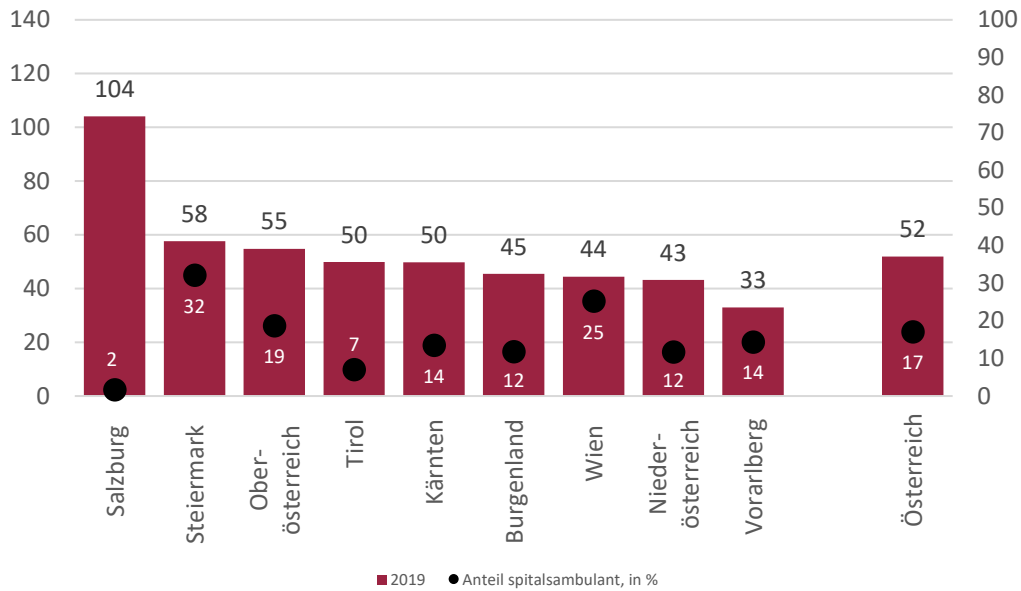
*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)
 Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung IHS 2022.

Abbildung 91: HF030 Anlage oder Wechsel einer PEG-Sonde: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 92: HF030 Anlage oder Wechsel einer PEG-Sonde: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant



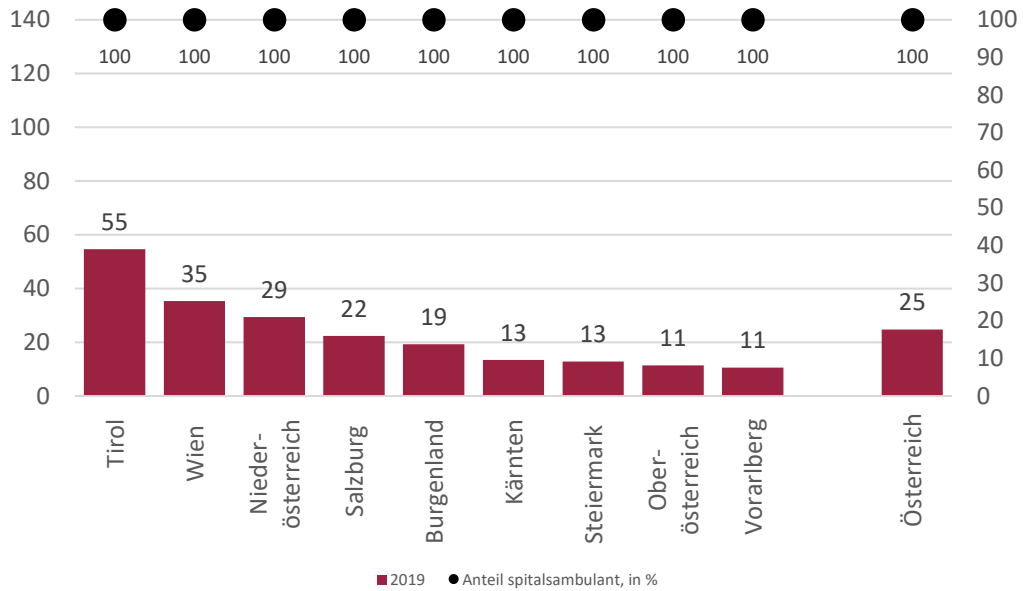
*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)
 Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung IHS 2022.

Abbildung 93: HE510 Ösophagus-Manometrie: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht



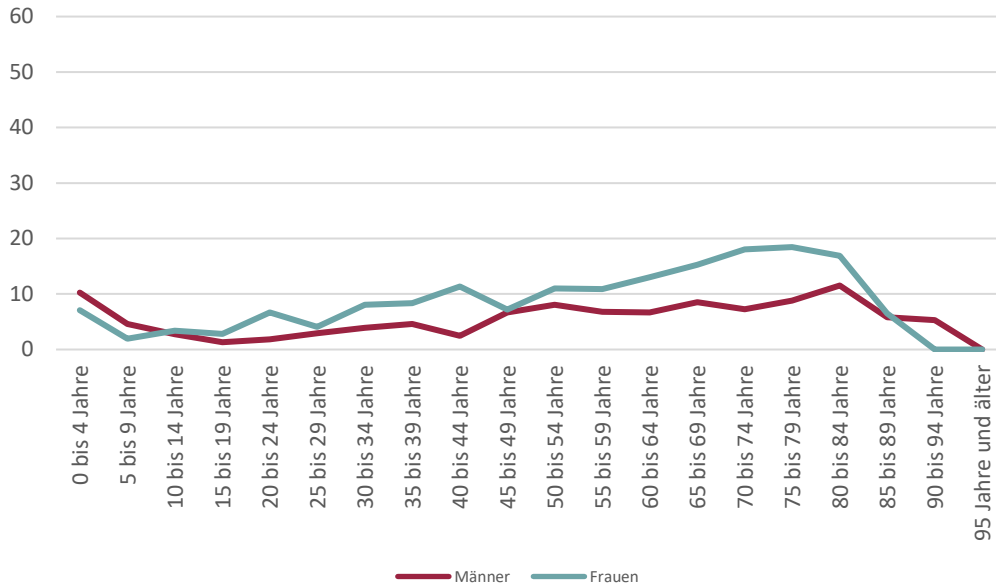
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 94: HE510 Ösophagus-Manometrie: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant



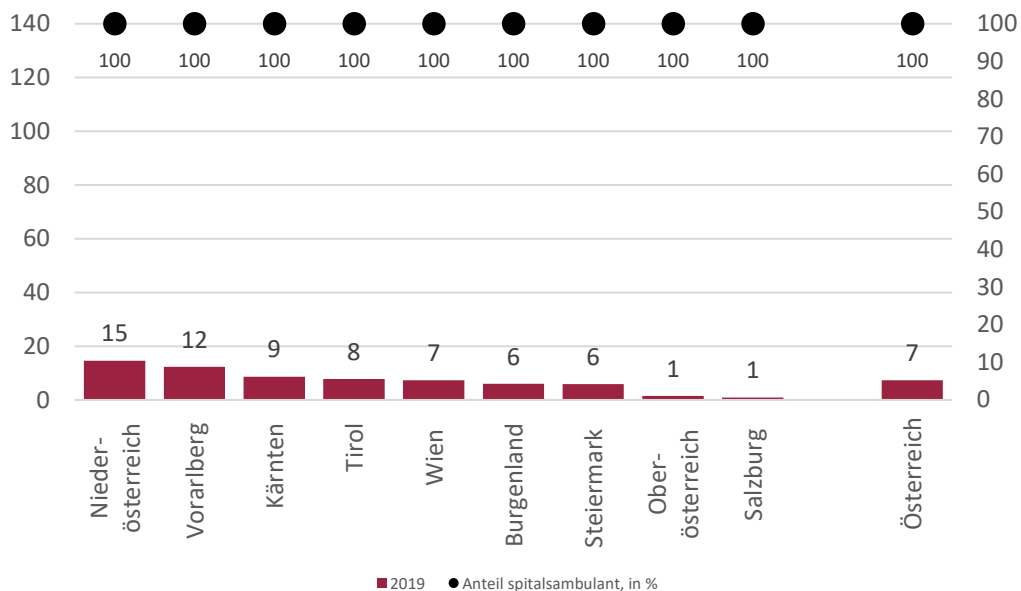
*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)
 Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung IHS 2022.

Abbildung 95: HZ530 Anorektale Manometrie: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

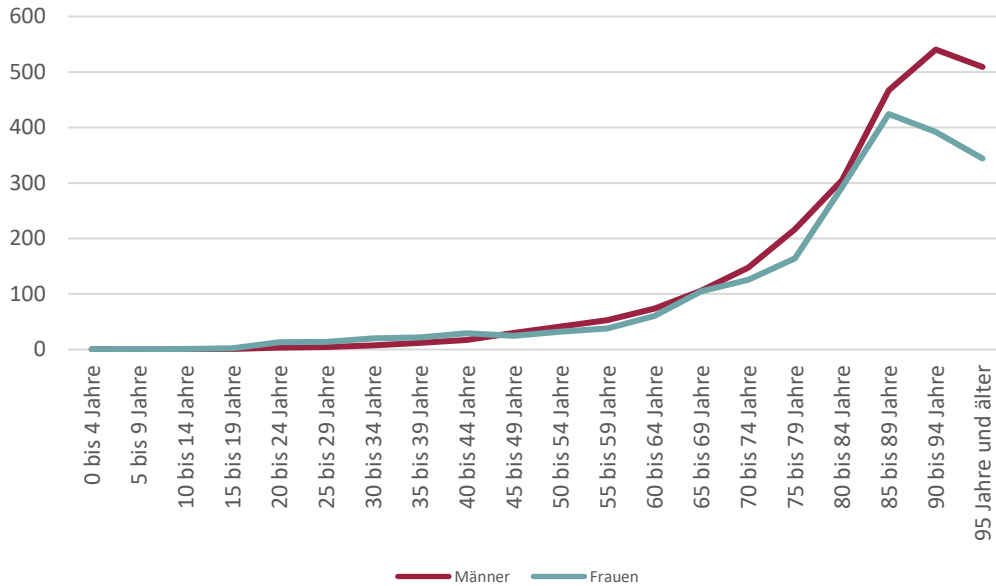
Abbildung 96: HZ530 Anorektale Manometrie: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)

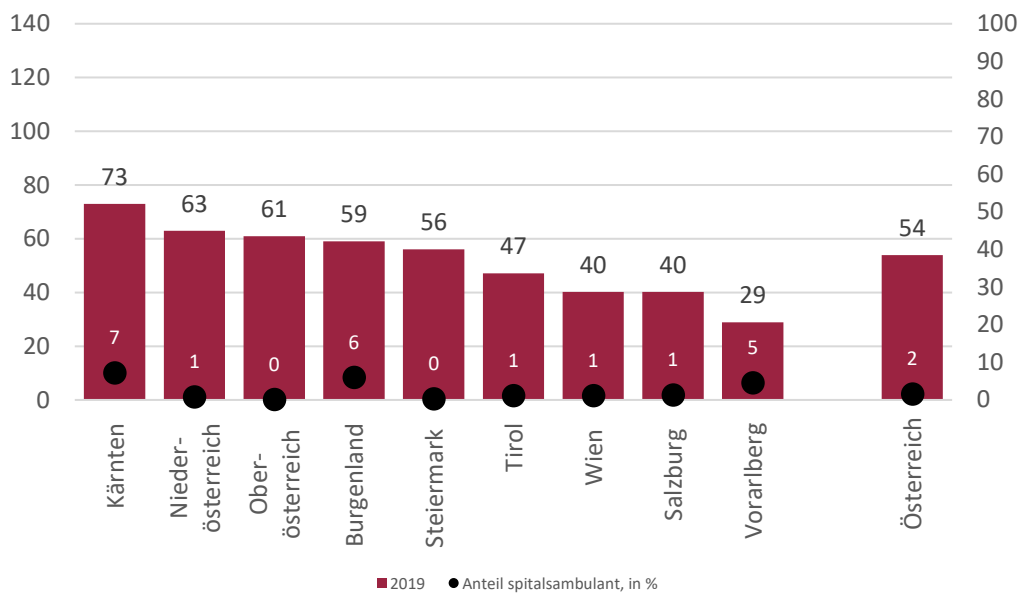
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung IHS 2022.

Abbildung 97: HM070 Extraktion eines Konkrements aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 98: HM070 Extraktion eines Konkrements aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)

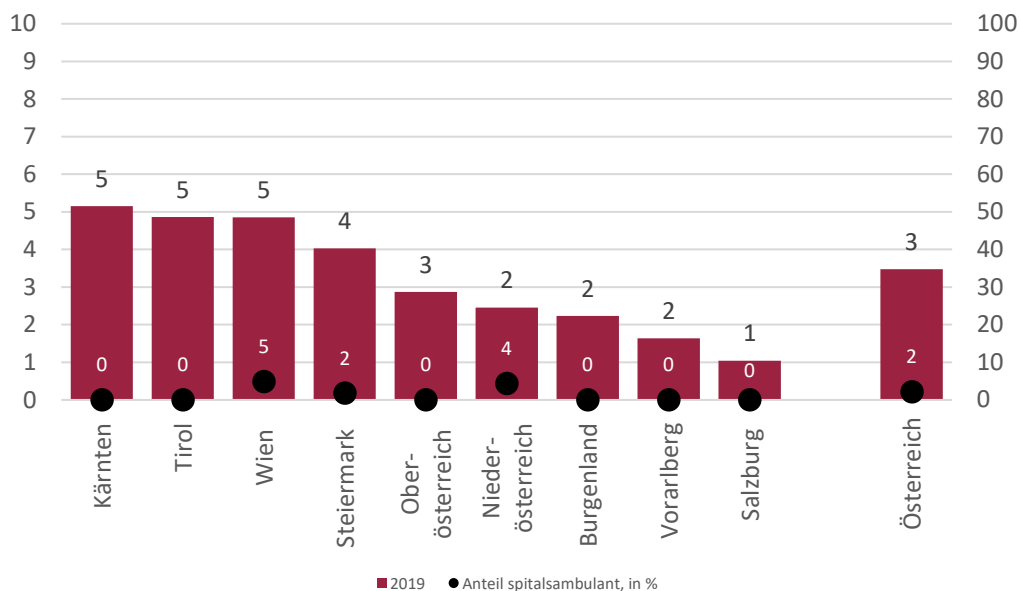
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung IHS 2022.

Abbildung 99: HM040 Radiologisch geführte Stentimplantation – Gallenwege, Pankreasgang: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

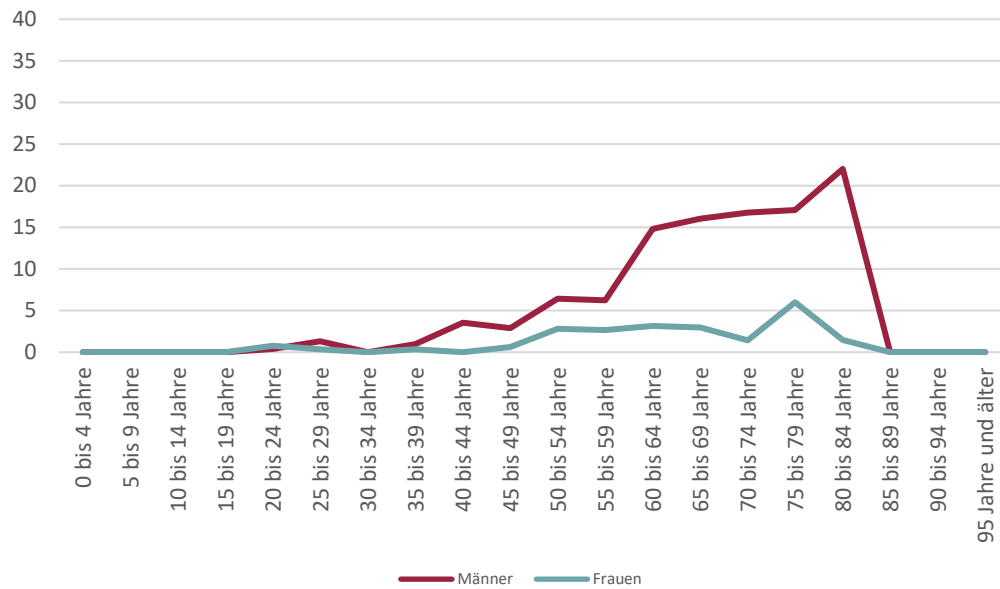
Abbildung 100: HM040 Radiologisch geführte Stentimplantation – Gallenwege, Pankreasgang: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)

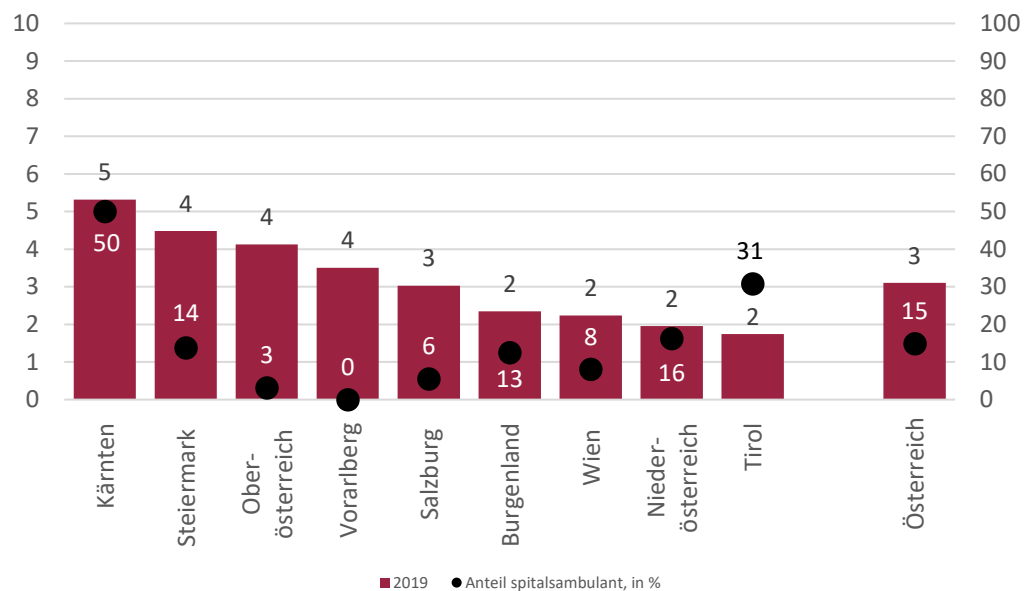
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung IHS 2022.

Abbildung 101: HE022 Schleimhautabtragung (submuköse Resektion, Radiofrequenzablation, PDT) am distalen Ösophagus bei höhergradiger Dysplasie: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

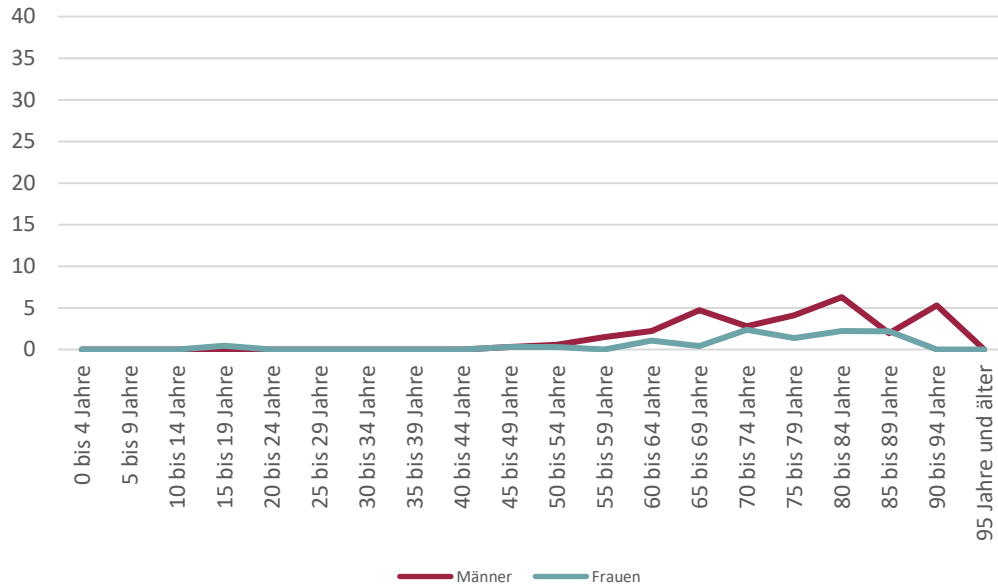
Abbildung 102: HE022 Schleimhautabtragung: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)

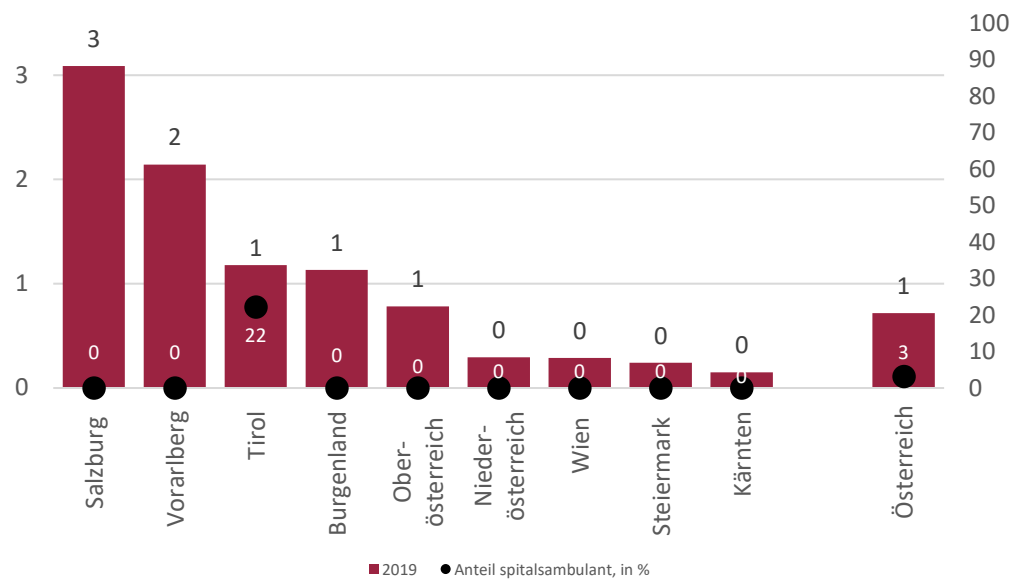
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung IHS 2022.

Abbildung 103: HF022 Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) – Magen: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

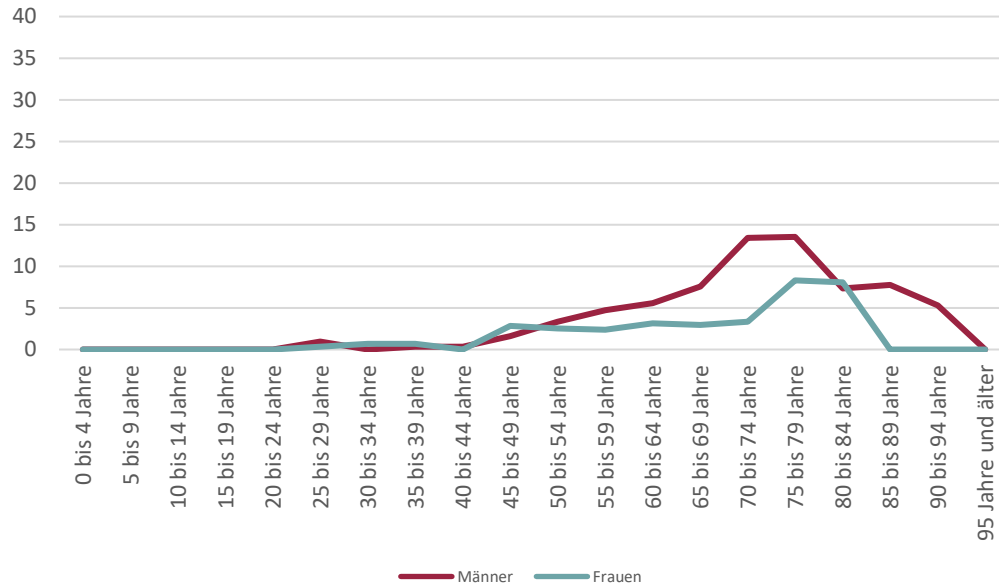
Abbildung 104: HF022 Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) – Magen: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)

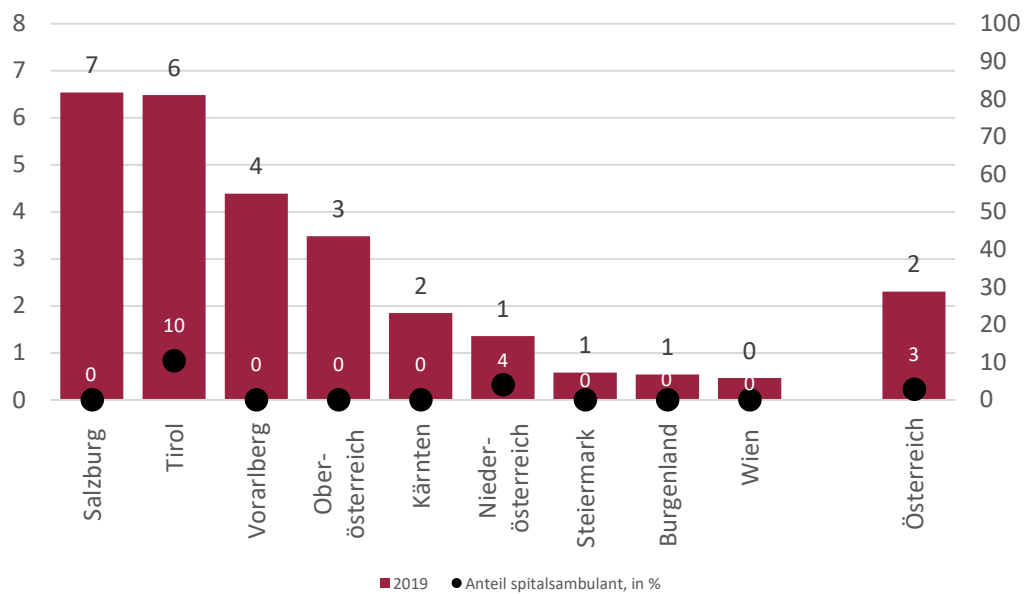
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung IHS 2022.

Abbildung 105: HH022 Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) – Kolon: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

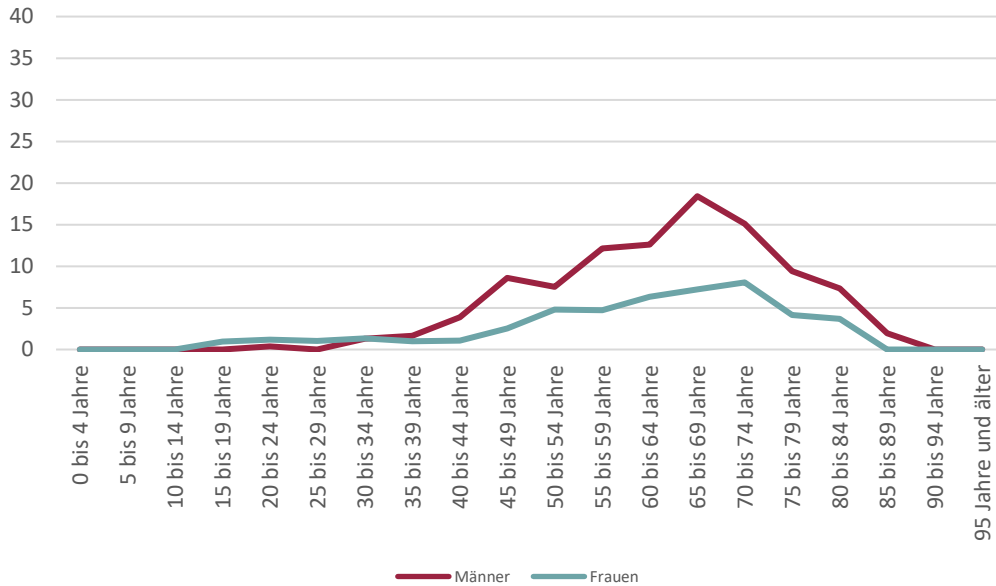
Abbildung 106: HH022 Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) – Kolon: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)

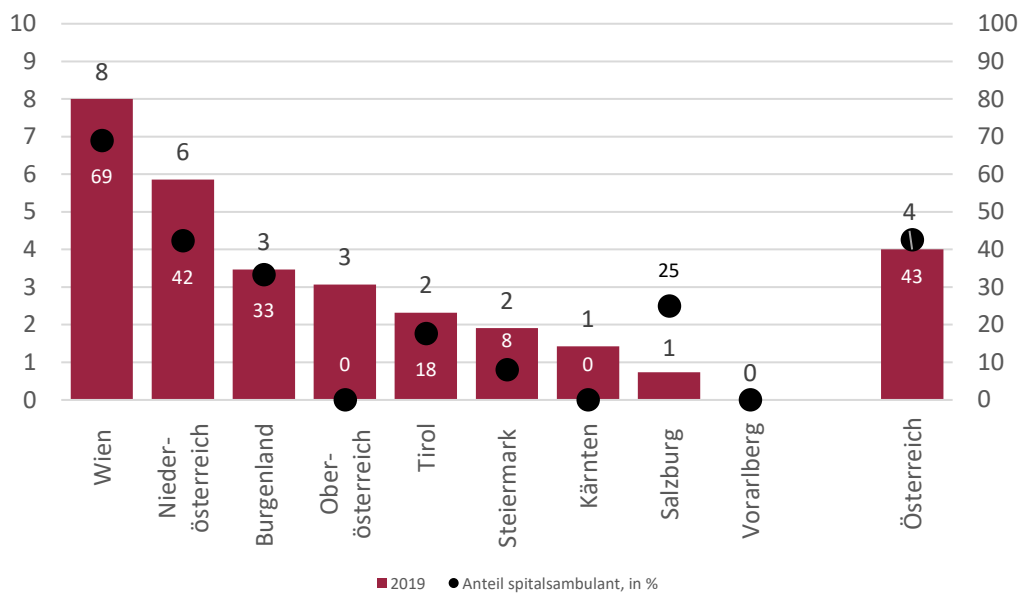
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung IHS 2022.

Abbildung 107: EJ010 Lebervenenkatheter und indirekte Pfortaderdruckmessung ohne Leberbiopsie: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

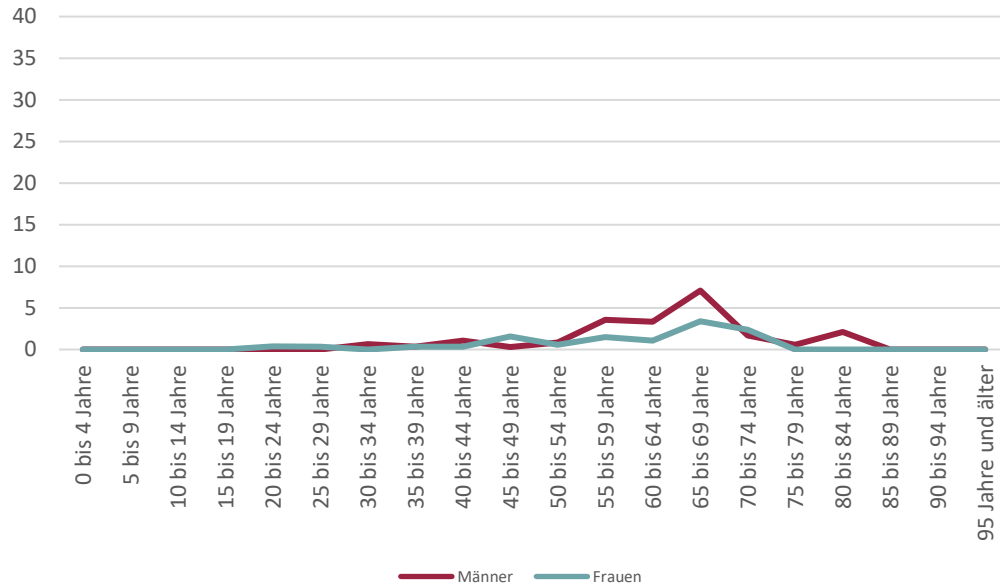
Abbildung 108: EJ010 Lebervenenkatheter und indirekte Pfortaderdruckmessung ohne Leberbiopsie: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)

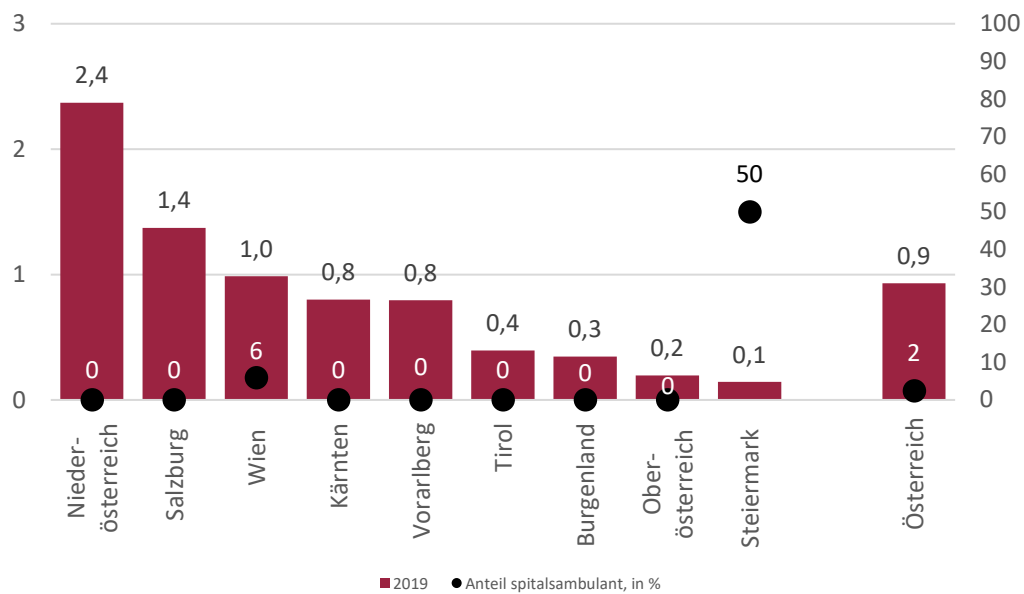
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung IHS 2022.

Abbildung 109: EJ020 Lebervenenkatheter und indirekte Pfortaderdruckmessung mit Leberbiopsie: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

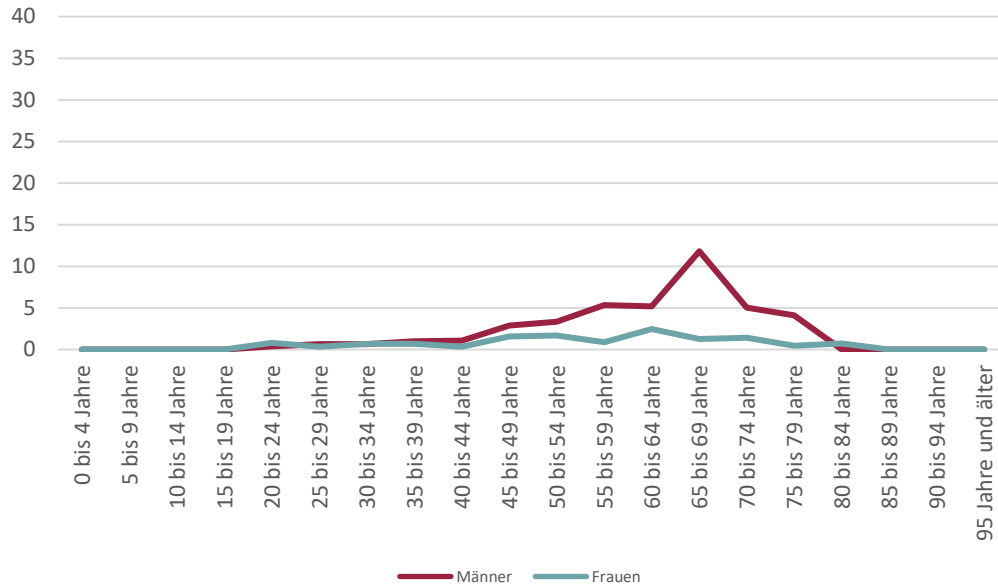
Abbildung 110: EJ020 Lebervenenkatheter und indirekte Pfortaderdruckmessung mit Leberbiopsie: abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)

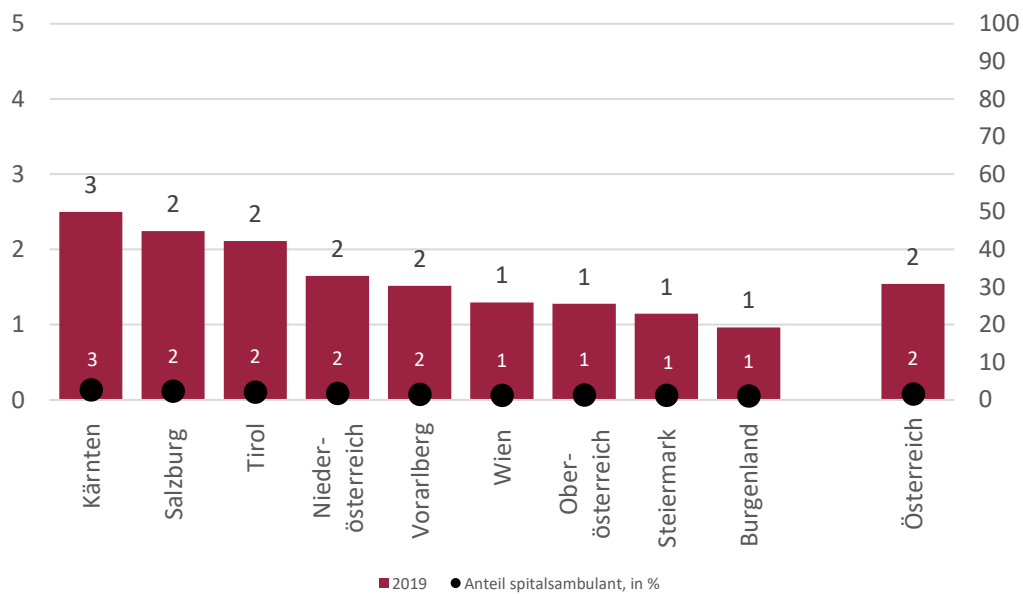
Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung IHS 2022.

Abbildung 111: EJ030 Anlage eines transjugulären portosystemischen Shunts (TIPS): abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Alter und Geschlecht



Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung: IHS 2022.

Abbildung 112: EJ030 Anlage eines transjugulären portosystemischen Shunts (TIPS): abger. Anzahl pro 100.000, 2019, Anteil spitalsambulant



*Altersstandardisierung aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur in den Bundesländern und des Altersgradienten in den stationären Aufenthalten (gemäß Eurostat Standardbevölkerung 2013)
 Quelle: BMSGPK (2021), Darstellung IHS 2022.