



Herr
Präsident des Nationalrates
Parlament
1010 Wien

Mag.^a Beate Hartinger-Klein
Bundesministerin
Stubenring 1, 1010 Wien
Tel: +43 1 711 00 – 0
Fax: +43 1 711 00 – 2156
Beate.Hartinger-Klein@sozialministerium.at
www.sozialministerium.at

GZ: BMASGK-10001/0366-I/A/4/2018

Wien, 13.08.2018

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 1095/J der Abgeordneten Mag. Gerald Loacker, Kolleginnen und Kollegen**, nach Einholung von Stellungnahmen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Gesundheit Österreich GmbH und der Statistik Austria wie folgt:

Frage 1:

Krebserkrankungen entstehen in der Regel multifaktoriell, daher ist nur in wenigen Fällen ein monokausaler Präventionszugang sinnvoll.

Für die Prävention onkologischer Erkrankungen sind folgende Themenfelder relevant: Gesundheitsförderung, Rauchen, Ernährung, Bewegung, Alkohol, ultraviolette Strahlung, Straßenverkehr/Mobilität, infektiöse Agentien, medizinbezogenes Verhalten und Gesundheitskompetenz sowie Früherkennung von Brust-, Darm- und Gebärmutterhalskrebs.

Das nationale Krebsrahmenprogramm ist ein wesentliches Instrument zur Initiierung von Präventions- und Vorsorgemaßnahmen, da es auch für diesen Bereich entsprechende Ziele und Maßnahmen enthält. [Krebsrahmenprogramm](#)

Die darin formulierten Präventionsziele und -maßnahmen beziehen sich sowohl auf Zielgruppen (z.B.: mit Rauch-Stopp-, Screeningkonzepten oder Impf-Programmen gegen Virus-assoziierte Tumorarten) als auch auf Verhältnisse (z.B.: Rauch-Stopp in Gebäuden, Reduktion von Verkehrsemissionen) und sind dem Ansatz „Health in all Policies“ verpflichtet, da die Umsetzung etlicher Maßnahmen nicht ausschließlich im Verantwortungsbereich des Gesundheitsressorts liegt.

Weitere Präventionsaktivitäten und -programme werden z.B. in den Gesundheitszielen sowie in nationalen Aktionsplänen, wie z.B. Ernährung und Bewegung, ausführlich behandelt.

Darmkrebs-Screening

Konkret widmet sich mein Ressort derzeit u.a. Vorarbeiten im Zusammenhang mit der **Darmkrebsfrüherkennung**. Darmkrebs ist die dritthäufigste Krebserkrankung (12% bei den Männern und 10% bei den Frauen). Bei rechtzeitiger Erkennung und Behandlung besteht eine beachtliche Heilungschance.

Durch die Darmspiegelung (Koloskopie) können bösartige Neubildungen des Darms frühzeitig erkannt und sogar vermieden werden.

In Österreich gibt es für Personen ab 50 Jahren im Rahmen der „**Vorsorgeuntersuchung Neu**“ die Möglichkeit zum Screening auf Darmkrebs alle zehn Jahre eine Koloskopie oder alle zwei Jahre einen Blutstuhl-Test (gFOBT) in Anspruch zu nehmen. Allerdings wird dieses Angebot nur von einem geringen Teil der Zielgruppe in Anspruch genommen.

Derzeit wird die Frage zur Etablierung eines organisierten Darmkrebs-Screenings geprüft. Auf Basis der Ergebnisse der Vorarbeiten wird mein Ressort noch beraten, welche Strategie künftig hinsichtlich Etablierung eines Darmkrebs-Screenings verfolgt werden wird. Im Vorfeld dazu wären in jedem Fall verbindliche Rahmenbedingungen in Hinblick auf die Qualität zu schaffen (siehe auch Antworten zu den Fragen 5.a - f).

Brustkrebs-Früherkennungsprogramm

Im Laufe der vergangenen Jahre konnte Brustkrebs immer häufiger in einem frühen Stadium diagnostiziert werden. Daher erfolgte am 1. Jänner 2014 die Einführung des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms, das sich vor allem durch seine hohe Qualität auszeichnet.

Das **Humane Papilloma Virus (HPV)** gehört zu den häufigsten sexuell übertragbaren Virus-erkrankungen und kann Krebs des Gebärmutterhalses, Scheide, Vulva und Anus auslösen. Der 9-valente HPV-Impfstoff für Mädchen und Buben ab dem vollendeten 9. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr wird bereits seit Sommer 2016 kostenfrei angeboten. Im Impfplan ist auch geregelt, dass bis zum 15. Lebensjahr Catch-up-Impfungen (sog. Nachholimpfungen) zum vergünstigen Selbstkostenpreis in Anspruch genommen werden können (vgl. *Impfplan Österreich 2017*).

Frage 2:

Zur Beantwortung der Frage 2 verweise ich auf die Beilage 1.

Frage 3:

a. Eine der Errungenschaft durch die Einführung des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms ist es, dass erstmalig valide und qualitätsgesicherte Daten über die Inanspruchnahme der Früherkennungsmammografie vorliegen. Dadurch ist zum einen eine saubere Trennung zwischen Mammografien zum Zwecke der Früherkennung und solchen aus medizinischen Gründen gegeben, zum anderen kann die Entwicklung der Inanspruchnahme über die Jahre (sinnvoll in 2-Jahres-Intervallen) beobachtet werden. Da dies in den Zeiten des so genannten grauen Screenings im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung nicht der Fall war, können keine Vergleiche mit dem Zeitraum davor (bis Ende 2013) angestellt werden.

Teilnehmerate (Früherkennungsuntersuchungen) in Kernzielgruppe (45-69 Jahre) in erster Screeningrunde (2014/15): 36,8 % (n=537.777), in den einzelnen Bundesländern wie folgt:

B:	40,8 %
K:	32,8 %
NÖ:	36,0 %
OÖ:	33,0 %
S:	46,6 %
St:	35,9 %
T:	31,1 %
V:	30,9 %
W:	42,9 %

Anzumerken ist, dass es eine unklare Trennung zwischen den beiden Versorgungsbereichen (Screening vs. diagnostische Mammografien bei Indikation), v.a. im Jahr 2014 gibt, sodass ein (unbekannter) Teil der diagnostischen Mammografien auch dem Screening zurechnen wäre.

Daher werden hier der Vollständigkeit halber auch diesbezügliche Zahlen angeführt: In den Jahren 2014 hatten 785.996 Frauen eine Früherkennungs- oder diagnostische Untersuchung; das würde einem Anteil von 53,8 % der Zielpopulation entsprechen.

Die tatsächlich dem Screening zugehörige Teilnehmerate dürfte somit zwischen 36,8 und 53,8 % liegen. Das bedeutet, sie liegt jedenfalls unter jener von den Europäischen Leitlinien geforderten Rate von 70 %. Hierzu ist allerdings anzumerken, dass eine solche Teilnehmerate in den ersten Programmjahren in keinem nationalen Brustkrebs-Früherkennungsprogramm erreicht wurde und aufgrund einer Programmetablierung eine Teilnahmesteigerung in den Folgejahren zu erwarten ist. So kann auch in Österreich davon ausgegangen werden, dass die Teilnehmerate weiter ansteigt.

Die aktuellen Teilnehmeraten innerhalb der Kernzielgruppe des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms der Jahre 2016 und 2017 haben gegenüber den Jahren 2014 und 2015 um 77.165 zugenommen: In den letzten beiden Jahren 2016/17 haben 619.764 Frauen der Kernzielgruppe am BKFP teilgenommen.

Diese Entwicklung zeigt, dass die Anzahl der Untersuchungen angestiegen ist und der Grad der Zielerreichung gesteigert werden konnte. Hinzu kommt eine stabile Teilnahme-

rate innerhalb der Kernzielgruppe, somit jenen Frauen, die den größten Nutzen an der Teilnahme haben: Vier von zehn 45- bis 69-jährige Frauen nehmen am Brustkrebs-Früherkennungsprogramm teil.

Dass das Programm stabil im österreichischen Gesundheitssystem verankert ist und sicher hoher Bekanntheitswerte erfreut, bestätigen auch repräsentative Meinungsumfragen von IFES (Institut für empirische Sozialforschung) aus den Jahren 2016 und 2017: 92 % der Frauen kennen das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm kennen und fühlen sich gut darüber informiert.

Bezüglich detaillierterer Daten zur Teilnahmerate muss auf den nächsten Evaluationsbericht verweisen werden; dieser wird gemäß GÖG voraussichtlich Ende Q1 2019 vorliegen.

b. Erste Screeningrunde 2014/15:

537.777 Früherkennungsuntersuchungen in Kernzielgruppe (45-69 Jahre);
248.219 diagnostische Mammografien – Indikationen sind in Indikationenliste abgebildet.

c. Laut Angaben des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger betragen sich die IST-Kosten für den laufenden Betrieb des BKFP seit 1. Jänner 2014:

IST-Kosten laufender Betrieb BKFP				
2014	2015	2016	2017	
2.926.023,44	2.062.938,60	2.193.200,48	2.173.016,22	

d. Zur Beantwortung dieser Frage wird untenstehend die Tarifübersicht 2016 aufgelistet:

VERKNÜPFUNGEN 2016						
Leistungsgruppe:	24 - Vorsorgeuntersuchungen					
Leistungsart:	01 – Vorsorgeuntersuchungen - Leistungen					
Metaposition/Code:	240106					
Leistungstext:	Mammographie – Brustkrebs-Früherkennungsprogramm					
VSTR	BEREICH	LG	LA	TP	Leistungstext	EURO
05 - VAEB	Arzt	24	01	BFM1	Mammographie einseitig (BKFP)	46,50
05 - VAEB	Arzt	24	01	BFM2	Mammographie beidseits (BKFP)	91,96
07 - BVA	Arzt	24	01	BKFM	Brustkrebsfrüherkennungsmammographie beidseits	102,74
11 - WGKK	Arzt	24	01	809	Mammographie inkl. Mammasonographie (inkl. Befundbericht) beide Seiten	92,00
12 - NÖGKK	Arzt	24	01	596	BKFP-Mammographie, pro Seite	50,46
12 - NÖGKK	Arzt	24	01	696	BKFP-Mammographie, pro Seite	47,79
13 - BGKK	Arzt	24	01	9544	Mammographie im Rahmen des Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes (BKFP)	90,20
14 - OÖGKK	Arzt	24	01	V8	VU-Mammographie beidseitig inkl. Sonographie	80,00
14 - OÖGKK	Arzt	24	01	V9	Mammasonographie, pro Seite	8,68
15 - STGKK	Arzt	24	01	731	Mammographie pro Seite im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung, inkl. notwendiger Mammasonographie	40,00
16 - KGKK	Arzt	24	01	30E	VU-Mammographie beidseitig inkl. Sonographie	84,60
17 - SGKK	Arzt	24	01	6821	Mammographie BKFP inkl. Mammasonographie pro Seite, einschl. gezielter Anamnese & klein. Untersuchung	45,97
18 - TGKK	Arzt	24	01	VU03	VU-Mammographie	81,50
19 - VGKK	Arzt	24	01	4050	Vorsorgemammographie bei Vertragsradiologen	75,78
40 - SVA	Arzt	24	01	BKFM	VU – Untersuchungen – Brustkrebsfrüherkennungsmammographie beidseits	102,74

VERKNÜPFUNGEN 2016						
VSTR	BE-REICH	LG	LA	TP	LEISTUNGSTEXT	EURO
Leistungsgruppe:	24 - Vorsorgeuntersuchungen					
Leistungsart:	01 – Vorsorgeuntersuchungen - Leistungen					
Metaposition/Code:	240111					
Leistungstext:	Sonographie der Mamma – Brustkrebs-Früherkennungsprogramm					
05 - VAEB	Arzt	24	01	MSP5	Sonographie je Seite, bei Dichtegrad ACR 3 und 4 sowie im Falle eines suspekten Mammographiefbefundes kann im Anschluss an die bereits elektronisch dokumentierte Erstbefundung der Mammographie eine Mammasonographie durchgeführt werden (in maximal 35% der Mammographien im Rahmen des BKFP verrechenbar)	12,70
05 - VAEB	Arzt	24	01	RSP5	Early Rescreen Mammasonographie, je Seite, abzurechnen, wenn es nach dem vorgesehenen Untersuchungsprozess im Rahmen des BKFP zu einer Einladung zum Rescreen vor Ablauf der definierten Untersuchungsintervalle kommt und im Zuge dessen die Durchführung einer Mammasonographie ohne vorherige Durchführung einer Mammographie vorgesehen ist, frühestens 6 Monate nachdem der Endbefund der Früherkennungsuntersuchung SC3/BIRADS 3 ergeben hat.	12,70
07 - BVA	Arzt	24	01	BKFRS	Brustkrebsfrüherkennungs-Rescreen-Sonographie (je Seite bei early-recall)	13,56
07 - BVA	Arzt	24	01	BKFRS	Brustkrebsfrüherkennungssonographie je Seite	13,56
12 - NÖGKK	Arzt	24	01	168	BKFP-Mammasonographie je Seite	11,26
12 - NÖGKK	Arzt	24	01	169	BKFP-ReScreen-Mammasonographie je Seite	11,26
12 - NÖGKK	Arzt	24	01	68	BKFP-Mammasonographie je Seite	11,89
12 - NÖGKK	Arzt	24	01	69	BKFP-ReScreen-Mammasonographie je Seite	11,89
16 - KGKK	Arzt	24	01	S013E	Mamma-Sonographie (je Seite) im Rahmen des early rescreen, wenn keine VU-Mam. durchgeführt wurde	8,32
19 - VGKK	Arzt	24	01	4055	Mammasonographie ohne Mammographie	26,19
19 - VGKK	Arzt	24	01	4056	Vorsorgemammasonographie – ReScreen vor Ablauf Untersuchungsintervall	25,75
40 - SVA	Arzt	24	01	980	VU – Sonographische Untersuchung der mamma im Rahmen des Mammascrulings, je Seite	12,37

- e. Ausgaben pro Kopf (EUR) für das Mammakarzinom 2009 im europäischen Vergleich:
siehe Beilage 2 „Gesundheitsökonomie – Kosten und Nutzen ausgewählter Behandlungspfade am Beispiel von Brustkrebs. Management Summary“.
- f. Bezuglich der von den Sozialversicherungsträgern und dem Hauptverband gesetzten Maßnahmen wird auf die Ausführungen zu Frage 3 h verwiesen.
Vertrauensärztinnen und -ärzte waren von Anfang an in das Programm eingebunden. Ihnen kommt eine wesentliche Rolle in der Beratung und Information der Frauen zu, die nicht oft genug betont werden kann.
Um die Rolle der Vertrauensärztinnen und -ärzte nachhaltig zu betonen, wurde mit der Programmverlängerung auch die Möglichkeit einer Zuweisung zum BKFP (nach BKFP-Spielregeln) geschaffen.
- g. Das BKFP verfügt bereits über ein strukturiertes Einladungsmanagement, welches Frauen zwischen 45 und 69 Jahren, die über ein aufrechtes Versicherungsverhältnis zu einem am

BKFP teilnehmenden KV-Träger verfügen, alle zwei Jahre an die Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung erinnert. Den ersten Erinnerungsbrevier erhalten die Frauen in dem Monat, indem sie 45 Jahre alt werden. Danach wird alle zwei Jahre nach der letzten Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung oder diagnostischen Mammografie automatisiert ein Erinnerungsbrevier an die Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung verschickt.

Frauen, bei denen BIRADS 3 von der Radiologin/dem Radiologen diagnostiziert wurde, werden in einem verkürzten Intervall – 6 oder 12 Monate (das Intervall wird von der Radiologin/dem Radiologen festgelegt) – automatisch mittels Brief an die Kontrolluntersuchung erinnert.

Frauen zwischen 40 und 44 Jahren und ab 70 Jahren, die sich für das BKFP freischalten lassen (einmalige Anmeldung/Opt-in), erhalten ebenfalls alle zwei Jahre nach der letzten Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung oder diagnostischen Mammografie einen Erinnerungsbrevier.

h. Repräsentative Meinungsumfragen vom IFES (Institut für empirische Sozialforschung) aus den Jahren 2016 und 2017 haben die guten Bekanntheitswerte des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms bestätigt und zeigen, dass 92 % der Frauen das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm kennen und sich gut darüber informiert fühlen.

Auf dieser Basis setzt die Koordinierungsstelle in ihrer aktuellen Kampagne nicht mehr ausschließlich auf die Bekanntmachung des Programmes, sondern viel mehr auf die Aktivierung der Frauen.

Sämtliche Informationsmaterialien des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms werden und wurden bereits angepasst und im Hinblick auf noch bessere Verständlichkeit überarbeitet. Im Fokus stehen dabei vor allem die Aktivierung der Frauen und die Förderung der Gesundheitskompetenz.

Auch für die Zukunft stehen Verständlichkeit, Lesbarkeit und Barrierefreiheit im Mittelpunkt der Kommunikation. Es ist geplant, die diesbezüglich adaptierte Informationskampagne weiterzuführen und laufend zu evaluieren und zu optimieren.

i. Die Befunddaten aus dem extramuralen Bereich werden lückenlos dokumentiert, da die Abrechnung der Konsultation an die Übermittlung des Dokumentationsblattes gebunden ist.

Eine Bindung der Abrechnung an die Übermittlung des Dokumentationsblattes ist im intramuralen Bereich aufgrund des LKF-Systems nicht möglich.

Spätestens im ersten Evaluationsbericht der ersten beiden Programmjahre (2014 und 2015) wurde offenkundig, dass die Daten aus dem intramuralen Bereich und damit aus dem Assessment nur äußerst lückenhaft vorhanden sind.

Um diese Lücke zu schließen, wurden am 7. Dezember 2017 von der Bundeszielsteuerungskommission folgende Punkte bzgl. Dokumentation der Befunddaten aus dem Assessment beschlossen:

1. Die Systempartner bekennen sich dazu, alle notwendigen Anstrengungen zur vollständigen Dokumentation im BKFP zu unternehmen.
2. Die Länder sichern eine laufende und aktuelle Übermittlung der Daten aus dem Assessment an das BKFP zu.
3. Die Länder stellen die notwendige Nachdokumentation der histologischen Befunde (TUM oder PAT) durch die öffentlichen Krankenanstalten sicher.
4. Die Details über die Umsetzung sind im ständigen Koordinierungsausschuss zu klären.
5. Die Sozialversicherung unterstützt im Rahmen ihrer rechtlichen Möglichkeiten die notwendige Nachdokumentation.

Aktuell findet in den Ländern und in den einzelnen Krankenanstalten die Nachdokumentation der histologischen Befunde (TUM oder PAT) statt. Die Koordinierungsstelle ist bei diesem Projekt im Sinne des Beschlusses unterstützend tätig.

Frage 4:

- a. Bei den Krankenversicherungsträgern wurden für rund 40 % der männlichen Probanden über 50 Jahre im Zeitraum von neun Monaten nach der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung ein PSA-Test (Test auf Prostataspezifisches Antigen) abgerechnet.
- b. Derzeit existiert kein derartiges Einladungsprogramm für ein organisiertes Screening.
- c. International sind keine einheitlichen Empfehlungen vorhanden. Ein generelles PSA-Screening wird nicht empfohlen. Die US Preventive Services Task Force rät explizit davon ab.

Grundsätzlich muss der Nutzen eines Screening-Programms den körperlichen und psychischen Schaden überwiegen, der durch den Test, diagnostische Maßnahmen und Behandlung verursacht werden können.

Empfehlungen in Leitlinien sind dahingehend, dass eine Untersuchung erst ab 50 Jahren, nach einem Aufklärungsgespräch mit dem Probanden und auf dessen Wunsch durchgeführt wird. Bei familiärer Vorbelastung wird das Screening ab dem 40. bzw. 45. Lebensjahr auf Wunsch des Probanden und nach einem Aufklärungsgespräch durch den Arzt empfohlen.

Bei einer etwaigen Informationskampagne bzw. eines Einladeprogramms wäre es essentiell, eine informierte Entscheidung zu ermöglichen. Hierfür müssen wissenschaftliche Ergebnisse unter gleichwertiger Betonung des möglichen Nutzens und des möglichen Schadens dargestellt werden.

Da Screenings immer auch einen Schaden verursachen können, müssen potenziellen Teilnehmern - als Unterstützung für das Treffen einer informierten Entscheidung für bzw. gegen eine Teilnahme an einem solchen Programm - evidenzbasierte Informationen zur Erläuterung der Konsequenzen der Untersuchung zur Verfügung stehen.

Vor Etablierung eines weiteren organisierten Screeningprogramms ist geplant, ein **nationales Komitee für Screening auf Krebserkrankungen** zu gründen. Die Aufgaben eines solchen unabhängigen Gremiums zur Beratung der Bundesministerin für Gesundheit sind u.a. die Bewertung der Evidenzbasis und Formulierung von Empfehlungen zur Implementierung neuer Screening-Programme.

d. Ich verweise auf die Antwort zu Frage 4 c.

e. Im Rahmen der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung wird bereits seit dem Jahr 2005 eine PSA-Bestimmung (bei Männern ab 50 Jahren) ausschließlich auf ausdrücklichen Wunsch des Probanden nach adäquater Aufklärung und Beratung kostenlos angeboten. Gemäß § 132b ASVG haben die Versicherten für sich und ihre Angehörigen Anspruch auf jährlich eine Vorsorgeuntersuchung.

Um eine informierte Entscheidung zu ermöglichen, müssen wissenschaftliche Ergebnisse unter gleichwertiger Betonung des möglichen Nutzens und des möglichen Schadens dargestellt werden. Eine Patienteninformation für eine informierte Entscheidung gemäß diesen Anforderungen hat die Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin erstellt.¹

Im Jahr 2016 wurde für den PSA-Test auf Basis der epidemiologischen Daten sowie der Aussagekraft des Tests festgelegt, den PSA-Test außerhalb der allgemeinen Vorsorgeuntersuchung überdies bei folgenden Indikationen zu gewähren:

- Ab dem 40. Lebensjahr bei Männern mit hohem Risiko für ein Prostatakarzinom (erstgradige Verwandte mit Prostatakarzinom, familiäre Häufung)
- Ab dem 40. Lebensjahr bei Männern bei bekannter oder Verdacht auf BRCA1/2-Mutation
- Bei Nachweis eines Hypogonadismus vor einer Testosteronsubstitution
- Unter Testosteronsubstitution (im ersten Jahr halbjährlich und anschließend jährlich) Verlaufskontrolle bei Prostatakarzinom
- Abnormale digital-rektale Untersuchung bzw. konkreter Krebsverdacht (z.B. tastbarer Knoten).

Die vertraglichen Regelungen zum PSA-Test außerhalb der Vorsorgeuntersuchung wurden bzw. werden auf Basis der oben angeführten Indikationsliste vertraglich vereinheitlicht.

f. Ich verweise auf die Antwort zu Frage 4 c.

g. Dem Hauptverband liegt keine Krankheitskostenrechnung für Prostatakrebs für Österreich vor.

Aus der Studie „Costs in different states of prostate cancer“² geht hervor, dass in Finnland je nach Krebsstadium unterschiedliche Kosten (gesehen auf sechs Monate) anfallen.

¹ Der aktuelle wissenschaftliche Kenntnisstand zum PSA Test. Patienteninformation [Accessed 02.07.2018]. verfügbar unter http://www.tgam.at/wordpress/wp-content/tgam_psa_patienteninfo_2015.pdf

² Saku Torvinen, Niilo Färkkilä, Risto P. Roine, Harri Sintonen, Tiina Saarto & Kimmo Taari (2016) Costs in different states of prostate cancer, Acta Oncologica, 55:1, 30-37, DOI: 10.3109/0284186X.2015.1030037; <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0284186X.2015.1030037>

Die Kosten belaufen sich in dieser Studie auf € 2.750 in der Behandlungsphase, € 1.143 in der Rehabilitationsphase, € 760 im Remissionszustand und bei Metastasen € 7.423.

Frage 5:

a. Abgerechnete VU-Koloskopien im Jahr 2015:

VSTR	BEREIC	LG	LA	TP	LEISTUNGSTEXT	FACH	FREQUENZ
05 - VAEB	AMIN	24	01	001	001 - Vorsorgecoloskopie	80,85	152
05 - VAEB	AMIN	24	01	21630	21630 - VU-Coloskopie ohne Polypektomie	85	6
05 - VAEB	AMIN	24	01	21635	21635 - VU-Coloskopie mit Polypektomie	85	11
05 - VAEB	AMIN	24	01	5042	5042 - VUCOLO	85	8
05 - VAEB	AMIN	24	01	VU4	VU4 - VU-Koloskopie inkl. Polypektomie bis 5 mm	85	3
05 - VAEB	Arzt	24	01	VUCO	Vorsorge-Coloskopie	04,07	1.243
05 - VAEB	Arzt	24	01	VUCOP	Vorsorge-Coloskopie inkl. Polypenabtragung	04,07	609
07 - BVA	AMIN	24	01	21630	VU-Coloskopie ohne Polypektomie	85	47
07 - BVA	AMIN	24	01	21635	VU-Coloskopie mit Polypektomie	85	26
07 - BVA	AMIN	24	01	90073	VS-Koloskopie bis zum Zökum	80	37
07 - BVA	AMIN	24	01	P2VUKOI	Vorsorgeuntersuchung-Koloskopie	07,85	8
07 - BVA	AMIN	24	01	VU4	VU-Koloskopie inkl. Polypektomie bis 5 mm	85	28
07 - BVA	AMIN	24	01	VUCO	VU-Coloskopie	99	44
07 - BVA	Arzt	24	01	VUCO	VU-Coloskopie	04,07	3.935
07 - BVA	Arzt	24	01	VUCOP	VU-Coloskopie inkl. Polypenabtragung	04,07,99	2.030
11 - WGKK	AMIN	24	01	16	Coloskopie (inkl. Dokumentation und Befundbericht)	85	267
11 - WGKK	AMIN	24	01	P2VUKOI	Vorsorgeuntersuchung-Koloskopie	85	226
11 - WGKK	Arzt	24	01	16	Coloskopie (inkl. Dokumentation und Befundbericht)	04,07	10.039
12 - NÖGKK	Arzt	24	01	56	VU:Linksseitige Colonoskopie	04,07	47
12 - NÖGKK	Arzt	24	01	57	VU:Colonoskopie	04,07	2.047
12 - NÖGKK	Arzt	24	01	58	VU:unvollständige Colonoskopie	04,07	49
12 - NÖGKK	Arzt	24	01	59	VU:vollständige Colonoskopie	04,07	2.880
13 - BGKK	Arzt	24	01	546	VU-Vollständige Koloskopie	04,07	1.356
13 - BGKK	Arzt	24	01	547	VU-Unvollständige Koloskopie	04,07	54
15 - STGKK	AMIN	24	01	1	VU-Colonoskopie	85	2.037
15 - STGKK	Arzt	24	01	207	VU-Coloskopie, verrechenbar von FÄ für Chirurg	01,04,07	1.966
16 - KGKK	Arzt	24	01	VU4	VU-Koloskopie inkl. Polypektomie bis 5 mm, ab d	04,07	3.603
17 - SGKK	AMIN	24	01	90072	VU-Koloskopie/Beratung und Abbruch nach Err	80	1
17 - SGKK	AMIN	24	01	90073	VU-Koloskopie bis zum Zökum (Krankenhaus)	80	144
17 - SGKK	Arzt	24	01	907	Vorsorge-Koloskopie: Beratung ohne Durchführ	04,07	5
17 - SGKK	Arzt	24	01	908	VU-Koloskopie: Abbruch nach Überschreiten de	04,07	11
17 - SGKK	Arzt	24	01	9081	VU-Koloskopie: Abbruch nach Überschreiten de	04,07	16
17 - SGKK	Arzt	24	01	9082	VU-Koloskopie: Abbruch nach Überschreiten de	07	1
17 - SGKK	Arzt	24	01	909	Vorsorge-Koloskopie bis zum Zökum (zusätzlich)	04,07	935
17 - SGKK	Arzt	24	01	9091	Vorsorge-Koloskopie bis zum Zökum (ohne kurat)	04,07	1.401
18 - TGKK	AMIN	24	01	VU04	Kolonoskopie	80	68
18 - TGKK	Arzt	24	01	VU04	Kolonoskopie	01,04,07	4.076
19 - VGKK	Arzt	24	01	4060	Vorsorgekoloskopie - hoch diagn.	07	3.296
19 - VGKK	Arzt	24	01	4061	Vorsorgekoloskopie - inkomplett	07	101
40 - SVA	AMIN	24	01	001	Vorsorgeuntersuchungen - Vorsorge - Colonosk	85	11
40 - SVA	AMIN	24	01	001	Vorsorgeuntersuchungen - Vorsorge - Colonosk	85	133
40 - SVA	AMIN	24	01	07631	Honorare Fachgeb. Innere Medizin - Coloskopie	85	92
40 - SVA	AMIN	24	01	21630s	Vorsorgeuntersuchungen - VU-Coloskopie ohn	85	7
40 - SVA	AMIN	24	01	21635s	Vorsorgeuntersuchungen - VU-Coloskopie mit F	85	6
40 - SVA	AMIN	24	01	5042	Vorsorgeuntersuchungen - Koloskopie ohne Da	85	14
40 - SVA	AMIN	24	01	COLO	Untersuchung - VU-Coloskopie	85	98
40 - SVA	AMIN	24	01	P2VUKOI	Anlage 29 - VORSORGEUNTERSUCHUNGEN - I	85	8
40 - SVA	AMIN	24	01	VKOLON	Vorsorgeuntersuchung - Kolonoskopie	85	7
40 - SVA	AMIN	24	01	VU4	Vorsorgeuntersuchungen - VU-Koloskopie inkl.F	85	8
40 - SVA	Arzt	24	01	VUCO	VU-Coloskopie	04,07	2.508
40 - SVA	Arzt	24	01	VUCOP	VU-Coloskopie inkl. Polypenabtragung	04,07	1.555
					Summe	47.266	

Quelle: HONO

A

Abgerechnete VU-Koloskopien im Jahr 2016:

VSTR	BEREIC	LG	LA	TP	LEISTUNGSTEXT	FACH	FREQUENZ
11 - WGKK	AMIN	24	01	16	Coloskopie (inkl. Dokumentation und Befundbericht)	85	283
11 - WGKK	AMIN	24	01	PZVUKOL	Vorsorgeuntersuchung-Koloskopie	85	409
11 - WGKK	Arzt	24	01	16	Coloskopie (inkl. Dokumentation und Befundbericht)	04,07	10.489
12 - NÖGKK	Arzt	24	01	56	VU:Linksseitige Colonoskopie	04,07	46
12 - NÖGKK	Arzt	24	01	57	VU:Colonoskopie	04,07	1.879
12 - NÖGKK	Arzt	24	01	58	VU:unvollständige Koloskopie	04,07	31
12 - NÖGKK	Arzt	24	01	59	VU:vollständige Koloskopie	04,07	3.045
13 - BGKK	Arzt	24	01	546	VU-Vollständige Koloskopie	04,07	1.305
13 - BGKK	Arzt	24	01	547	VU-Unvollständige Koloskopie	04,07	78
14 - OOGKK	Arzt	24	01	V10	Vollständige VU-Koloskopie bis ins Zökum	04,07	1.121
14 - OOGKK	Arzt	24	01	V11	inkomplette VU-Koloskopie	04,07	42
15 - STGKK	AMIN	24	01	1	VU-Colonoskopie	85	2.156
15 - STGKK	Arzt	24	01	207	VU-Coloskopie, verrechenbar von FÄ für Chirurgie	01,04,07	1.833
16 - KGKK	AMIN	24	01	VU4	VU-Koloskopie inkl. Polypektomie bis 5 mm, ab dem	85	215
16 - KGKK	Arzt	24	01	VU4	VU-Koloskopie inkl. Polypektomie bis 5 mm, ab dem	04,07	4.077
17 - SGKK	AMIN	24	01	90072	VU-Koloskopie/Beratung und Abbruch nach Erreiche	80	1
17 - SGKK	AMIN	24	01	90073	VU-Koloskopie bis zum Zökum (Krankenhaus)	80	137
17 - SGKK	Arzt	24	01	907	Vorsorge-Koloskopie: Beratung ohne Durchführung	04,07	7
17 - SGKK	Arzt	24	01	908	VU-Koloskopie: Abbruch nach Überschreiten der flie	04,07	7
17 - SGKK	Arzt	24	01	9081	VU-Koloskopie: Abbruch nach Überschreiten der flie	04,07	17
17 - SGKK	Arzt	24	01	909	Vorsorge-Koloskopie bis zum Zökum (zusätzlich zu	04,07	1.023
17 - SGKK	Arzt	24	01	9091	Vorsorge-Koloskopie bis zum Zökum (ohne kurative)	04,07	1.579
18 - TGKK	AMIN	24	01	VU04	Kolonoskopie	80	100
18 - TGKK	Arzt	24	01	VU04	Kolonoskopie	01,04,07	4.146
19 - VGKK	Arzt	24	01	4060	Vorsorgekoloskopie - hoch diagn.	07	3.049
19 - VGKK	Arzt	24	01	4061	Vorsorgekoloskopie - inkomplett	07	73
							37.148
					SVA, VAEB, BVA ca. 26% zusätzlich		
					Summe		46.806

Quelle: HONO

Die endgültigen Zahlen der VU-Koloskopie aus dem Jahr 2017 liegen noch nicht vor.

b. und c.

Aus einer Stichprobenanalyse der Abrechnungsdaten geht hervor, dass bei über 50-jährigen Probanden innerhalb von neun Monaten ab Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung bei 1,9 % eine Vorsorge-Koloskopie und bei 3,4 % eine kurative Koloskopie durchgeführt wurde.

d. Die Krankenversicherungsträger haben im Jahr 2016 für die allgemeine Vorsorgeuntersuchung rund 139 Mio. Euro aufgewendet. Die Kosten für die reine Vorsorgeuntersuchungskoloskopie können derzeit nicht getrennt dargestellt werden.

e. Für die allgemeine Vorsorgeuntersuchung gibt es derzeit das „Vorsorgeuntersuchung Call/Recall System“ (VU CRS).

Es werden gezielt Personen, welche definierte Risikofaktoren erfüllen und somit von der Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung besonders profitieren können, identifiziert und anschließend mittels einer zielgruppen-adäquaten Ansprache zur Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung eingeladen.

Bis dato (Stand: Juni 2016) sind 600.000 Versicherte, welche einer Risikogruppe angehören, einer Einladung zur Vorsorgeuntersuchung gefolgt. Die durchschnittliche Responserate konnte mit 8,64 % auf dem Niveau des Vorjahres gehalten werden.

Im Jahr 2015 wurden österreichweit insgesamt 949.707 Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt. Davon wurden 82.827 Vorsorgeuntersuchungen durch das Einladesystem induziert. Das sind 8,72 % der Gesamtanzahl an Vorsorgeuntersuchungen.

Dickdarmkrebs ist in Österreich der dritthäufigste Tumor bei Männern (13%) und der zweithäufigste bei Frauen (11%). Mehr als 4.000 Menschen erkranken jährlich in Österreich an Dickdarmkrebs, und die Hälfte der Betroffenen verstirbt daran. Das wäre weitgehend vermeidbar, denn mit einer Vorsorgekoloskopie oder dem Stuhltest auf fäkal okkultes Blut stehen allgemein anerkannte, wirksame Methoden der Früherkennung zur Verfügung.

In Österreich erfolgte derzeit ein opportunistisches bzw. graues Screening nach kolorektalen Karzinomen (KRK) bzw. deren Vorstufen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung. Personen können ab dem vollendeten 50. Lebensjahr alle zehn Jahre eine Koloskopie oder einen jährlichen Stuhltest auf fäkal okkultes Blut (FOBT) in Anspruch nehmen. Diese Untersuchungsangebote werden aber von der österreichischen Bevölkerung nicht ausreichend wahrgenommen. Im Burgenland und in Vorarlberg gibt es bereits Screeningprogramme, von denen wir für ein bundesweites Programm lernen können.

Der Behandlungserfolg des KRK ist vom Tumorstadium bei Diagnose abhängig. Die 5-Jahres-Überlebensrate variiert zwischen 90% für lokale Tumore und 10% für metastasierte Tumore. Bei 50% der Patienten in Österreich wird der Tumor erst in einem fortgeschrittenen Stadium (UICC-Stadien III und IV) entdeckt.³ Die meisten KRK entwickeln sich aus gutartigen Neubildungen (Adenomen). In einer großen Kohortenstudie in Österreich wurden in 25% der Männer und 15% der Frauen Adenome identifiziert.⁴ Schätzungen zu Folge beträgt die Zeit bis zur Entwicklung eines Kzinoms aus diesen Adenomen (oder auch Polypen) mindestens 10 Jahre.⁵ Die frühzeitige Erkennung und Entfernung dieser präkanzerösen Läsionen führt zu einer signifikanten Reduktion KRK-indizierter Todesfälle.⁶

Im Jahr 2010 hat die Europäische Kommission die „European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis“⁷ publiziert. Die Europäischen Leitlinien empfehlen die Implementierung organisierter Kolorektalkarzinom-Kette, um einen gleichberechtigten Zugang für alle Bevölkerungsgruppen zu ermöglichen, eine große Reichweite zu erzielen und die Wirkung der Intervention zu maximieren. Laut den

³ Quelle: Statistik Austria, Stand 2014.

⁴ Ferlitsch M, Reinhart K, Pramhas S, Wiener C, Gai O, Bannert C, Hassler M, Kozibal K, Dunkler D, Trauner M, Weiss W. Sex-specific prevalence of adenomas, advanced adenomas, and colorectal cancer in individuals undergoing screening colonoscopy. Jama 2011; 306(12):1352-8.

⁵ Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L, Godlee F, Stolar MH, Mulrow CD, Woolf SH, Glick SN, GAniats TG, Bond JH, Rosen L, Zapka JG, Olsen SJ, Giardiello FM, Sisk JE, Van Antwerp R, Brown-Davis C, Marciniak DA, Mayer RJ. Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale. Gastroenterology 1997; 112(2): 594-642.

⁶ Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, Lansdorp-Vogelaar I, van Ballegooijen M, Hankey BG, Shi W, Bond JH, Schapiro M, Panish JF, Stewart ET, Waye JD. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. N Engl Med 2012; 366(8):687-96.

⁷ European Comission. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010. Verfügbar unter: <http://www.bookshop.europa.eu/en/european-guidelines-for-quality-assurance-in-colorectal-cancer-screening-and-diagnosis-pbND3210390/>.

Europäischen Leitlinien sind organisierte Screenings wie unnötiges Screening, mangelnde Qualität und mangelndes Follow-up von Patientinnen und Patienten mit positivem Testresultat.

Im Rahmen einer vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Auftrag gegebenen Modellierung zum Nutzen und der Kosteneffektivität von Koloskopie und Stuhltests auf fäkal okkultes Blut im Rahmen eines populationsbezogenen Screening-Programms in Österreich konnte nachgewiesen werden, dass sowohl die Koloskopie Screening Strategie als auch die Screening Strategie mit dem immunologischen Stuhltest auf okkultes Blut (FIT) Leben rettet und auch längerfristig Kosten im Gesundheitssystem spart.

Entsprechend den im Jahr 2003 verabschiedeten Empfehlungen der Europäischen Kommission sollte auch in Österreich ein nationales, organisiertes Dickdarm-Screening-Programm auf Basis der evidenzbasierten europäischen Leitlinien umgesetzt werden.

Die Sozialversicherung möchte den Empfehlungen der Europäischen Kommission zur Einführung eines nationalen, organisierten Screening-Programms gerne nachkommen. Eine rein vertragliche Lösung im Rahmen des Vorsorgeuntersuchungsprogramms greift jedoch zu kurz, da ein gut organisiertes Screening alle Versorgungsebenen umfassen muss. Ein zu konzipierendes Programm muss bundesweit einheitlich, sektorenübergreifend und nach festen Regeln (analog jenen des Brustkrebsfrüherkennungsprogramms) organisiert werden.

- f. Alle Beteiligten sind bestrebt, die Qualität der Darmkrebsvorsorge zu steigern und setzen sich seit 2007 intensiv dafür ein. Der Hauptverband und die Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie zertifizieren seit 2007 Ärzte sowie Spitäler, die bei einem definierten hohen Qualitätsstandard „sanfte“ Koloskopien durchführen.

Um ein nationales Screeningprogramm sinnvoll etablieren zu können, wären entsprechende verbindliche Rahmenbedingungen in Hinblick auf die Qualität zu schaffen (z.B. Gründung eines **nationalen Komitees für Screening auf Krebserkrankungen** und von diesem formulierte Empfehlung auf Evidenzbasis zur Implementierung neuer Screening-Programme.)

- g. Die Therapiekosten im Falle einer Darmkrebs-Diagnose fallen überwiegend im stationären Bereich an. Auf Grundlage der im Erhebungsjahr 2017 abgerechneten LKF-Punkte betragen die durchschnittlichen Therapiekosten im stationären Bereich je Patientin/Patient rund € 22.000. Dabei sind sämtliche Arten von Therapien wie zum Beispiel Operation, onkologische Pharmakotherapie und andere diagnostische und therapeutische Prozeduren umfasst. In diesem Betrag nicht beinhaltet sind Kosten für Leistungen im spitalsambulanten und niedergelassenen Bereich sowie allfällige Kosten im Rahmen einer Rehabilitation.

Die Datenbasis für die Berechnung sind die Diagnosen- und Leistungsberichte 2017 aus dem stationären Bereich der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten (mit Ausnahme von Niederösterreich und Steiermark, wo Chemotherapien vorwiegend ambu-

lant abgerechnet werden). Für die Auswertung wurden alle pseudonymisierten statio-nären Krankenhausaufenthalte mit der Hauptdiagnose „kolorektales Karzinom (ICD-10: C18, C19 und C20)“ herangezogen und die abgerechneten LKF-Punkte mit Euro bewertet.

Frage 6:

Ich verweise auf die Antwort zu Frage 1.

2 Beilagen

Mit freundlichen Grüßen

Mag.^a Beate Hartinger-Klein

