

Anforderungen an die niedergelassene Endoskopie

In den letzten 20 Jahren können wir eine, im Vergleich zu anderen Bereichen, rasante Entwicklung von gewonnenen Erkenntnissen, den daraus resultierenden Anforderungen und damit verbundenen Investitionen, beobachten.

Wir haben heute klare Vorstellungen von Qualität in der Endoskopie und können diese durch objektivierbare Parameter belegen, wie der Adenomentdeckungsrate, der Caecumerreichsrate, der Abtragung von Läsionen in toto, der Komplikationsrate, um nur einige zu erwähnen.

Fast inflationär haben sich auch die Anforderungen in den letzten Jahren entwickelt, die als Voraussetzung für diese Qualitätsrichtlinien gelten, wie Hygienevorschriften, Komplikationsmanagement etc.

Plakativ können die Investitionskosten einer einfachen Endoskopieanlage, zwischen den Jahren 1995 und 2015 im Vergleich, die Entwicklung darstellen. Musste man im Jahr 1995 (damals waren von den Herstellern von Endoskopen die Faserendoskope für den niedergelassenen Bereich im Angebot!) für eine einfache Endoskopieanlage (Lichtquelle- und Pumpe, Gastroskop, Koloskop, Absaugeinrichtung, Desinfektionswanne) umgerechnet 19.000,- € berappen, so waren dies im Jahr 2015 (Lichtquelle mit Prozessor und Pumpe, Gastroskop, Koloskop, Desinfektionsmaschine, Absaugeinrichtung – HDTV nicht super HDTV!, ohne CO₂, ohne Jetwasher etc.) 198.000,- €, mit anderen Worten, die Investitionskosten stiegen um 1.040 %!!! Und damit wurden einige heute nicht mehr wegzudenkende Features gar nicht berücksichtigt. Die Inflationsrate zwischen den Jahren 1995 und 2015 betrug jedes Jahr im Schnitt 2 %, somit also insgesamt 40 %, die Honorare stiegen seit 1995 etwa um die Inflationsrate. Man benötigt keine besondere Ausbildung um zu begreifen, dass der niedergelassene Bereich den Anforderungen nicht länger gewachsen sein kann.

Warum konnte der niedergelassene Bereich die Endoskopie dennoch solange aufrechterhalten? Es gibt dazu keine Untersuchungen, jene, die im niedergelassenen Bereich arbeiten, haben versucht, durch Querfinanzierung, durch Zusatzleistungen, die den Patienten in Rechnung gestellt wurden und teilweise werden, (wie die Sedierung ...) den Spagat zwischen Finanzierbarkeit und Qualität so gut wie möglich zu schließen.

Angesichts der Ausblicke auf die Zukunft mit der Zoomendoskopie und der geforderten Qualitätskriterien sind wir an einem Punkt angelangt, der ein Umdenken erfordert, will man im niedergelassenen Bereich die Endoskopie weiter anbieten.

Die Breite der Endoskopie im niedergelassenen Bereich konnte nur durch sehr weiche Richtlinien (heute kann man mit Fiberendoskopen immer noch honorarmäßig abrechnen) und die finanzielle Einbeziehung der Patienten und dem Engagement der Endoskopiker, die sich auf Kosten besser honorierter Leistungen den Luxus der Endoskopie im niedergelassenen Bereich leisten, aufrecht erhalten werden. Wenn es in Zukunft nicht möglich ist, aufkommende Kosten abzudecken, ist die niedergelassene Endoskopie bald Geschichte, und einmal verlorenes Terrain wieder mit Leben zu füllen, das heißt der Wiederaufbau der niedergelassenen Endoskopie, wäre um nichts leichter.

Als Folge dieser Entwicklung wurde von der NÖ Ärztekammer das Endoskopiereferat installiert.

Für die Kostenkalkulation einer endoskopischen Untersuchung müssen die Investitionen gesplittet werden, in langfristige Investitionen, Investitionen die periodisch anfallen, Investitionen abhängig von Art und Aufwand der jeweiligen Untersuchung, und laufende Kosten. Langfristige Investitionen sind bauliche Maßnahmen im weitesten Sinn (behindertengerecht, Personellift, Sanitäranlagen, Ordinationsempfang etc.), zu den Investitionen, die periodisch anfallen, zählen die medizinisch technische Einrichtung, EDV, Reparaturen, Hygieneüberprüfungen etc., zu den laufenden Kosten zählen die Gehälter der Mitarbeiter, Versicherungen, Fortbildungen (auch der Mitarbeiter), Mieten, Strom, Heizung, Telefongebühren etc. und schließlich müssen die bei der jeweiligen endoskopischen Untersuchung anfallenden Kosten (Einmalartikel, Desinfektion etc.) berücksichtigt werden.

Betrachten wir einerseits wirtschaftliche Kriterien und andererseits Qualitätskriterien, so gibt es Entwicklungen und Standards, die auch für den niedergelassenen Bereich gelten müssen. So muss die evidenzbasierte Medizin als Grundlage gelten. Ein Endoskopisches Videosystem in HDTV Qualität muss auch im niedergelassenen Bereich eine leistbare Investition sein, ebenso der Einsatz von Chromoendoskopie, CO₂, Jet-Washer, ein entsprechendes Überwachungssystem, dem heutigen Standard entsprechende Desinfektionsmaschinen und Aufbewahrungsschränke, ein den heutigen Anforderungen gewachsenes Dokumentationssystem, zwei Mitarbeiter bei Sedierung, Einmalartikel wie Clips, Schlingen etc.

Das Wissen um die anfallenden Kosten für eine Einzeluntersuchung ist bei einer Kostenkalkulation unumgänglich. Es ist erstaunlich, dass es dazu bis vor kurzem keine fundierten Zusammenstellungen gegeben hat. Eine Publikation in der Zeit-

schrift für Gastroenterologie im Thiemeverlag - „Kosten endoskopischer Leistungen der Gastroenterologie im deutschen DRG-System - 5-Jahres-Kostendatenanalyse des DGVS-Projekts“ (Z Gastroenterol 2017; 55(10): 1038-1051 DOI: 10.1055/s-0043-118350), weist Kosten für die Gastroskopie von 230,56 €, für die Koloskopie von 276,23 € und für die Koloskopie mit einer Polypektomie von 356,10 € auf. Die Koloskopie ohne Polypektomie im internationalen Vergleich wird für Deutschland in der Krankenhauskosten mit 276,23 €, in Großbritannien mit 501,38 € und in den USA mit 352,48 € beziffert, wobei die unterschiedlichen Kosten alleine durch die Unterschiede der Staaten nicht erklärt werden können und Investitionskosten in diese Kalkulation überhaupt nicht mit einfließen!

Eine von der österreichischen Ärztekammer in Auftrag gegebene Studie von Agnes Streissler-Führer und Daniel Kon beziffert den durchschnittlichen Kostenaufwand für eine Vorsorgekoloskopie mit 414,- €.

Eine Umfrage in Niederösterreich ergab, dass in einer Endoskopie-Ordination zwischen 500 und 1.000 Endoskopien/Jahr durchgeführt werden. Die Zahl der Endoskopien/Jahr ist bei der Kostenberechnung entscheidend, da sie über die Investitionskosten die Kosten der Einzeluntersuchung beeinflusst. Durch die teuerste Investition, die Endoskope, kommt es ab etwa 1.000 Endoskopien/Jahr durch die begrenzte Lebensdauer der Geräte zu keiner Verringerung der Kosten bei höherer Zahl an Untersuchungen!

Eigene Berechnungen ermittelten die Kosten für eine Ordination mit 1.500 Untersuchungen/Jahr. Für die Gastroskopie berechnet sich dabei unter ökonomischen Gesichtspunkten ein Honorar von 256,- € für die Koloskopie von 368,- €, für die Koloskopie mit Polypektomie von 432,- € und für jede weitere Polypektomie von 51,- €, alles ohne Sedierung.

Das Angebot der Endoskopie im niedergelassenen Bereich kann nur dann seriös aufrechterhalten werden, wenn unter qualitätsgesicherten Bedingungen ökonomisch honoriert wird. Kompromisse dienen weder dem Patienten noch der Methode, noch dem Stand der Ärzteschaft insgesamt. Wir müssen unser Gegenüber überzeugen:



1. Da gibt es ein Problem – ohne wenn und aber;
2. Dieses Problem muss ehrlich gelöst werden – ohne Hintergedanken;
3. Wir haben ein gemeinsames gesellschaftliches Ziel – die Gesundheit unserer Bevölkerung.

Nur wenn dies berücksichtigt wird, kann die niedergelassene Endoskopie, als à la longue kostendämpfende Versorgungseinheit im Zusammenspiel mit Zentren und Kliniken in der Versorgungspyramide eingebunden sein und bestehen. Es ist unabdingbar, bei der Versorgung der Bevölkerung mit gastrointestinally endoskopischen Untersuchungen, Synergien zwischen ethischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten herzustellen. Wir benötigen Zentren als Spitze der Versorgungspyramide, die das Potenzial haben, medizinische Herausforderungen zu meistern und als Ausbildungszentren mit ausreichender Zahl an Routineuntersuchungen fungieren, wir benötigen spezialisierte Institutionen mit Basisstrukturen zur flächendeckenden Versorgung mit zumutbarer Erreichbarkeit und wir benötigen für die Routine- und Screeninguntersuchungen verhältnismäßig kostengünstige Einheiten in Form der niedergelassenen Endoskopie. Dieses Zusammenspiel in der Versorgungspyramide kann aber nur dann reibungslos funktionieren, wenn alle Einheiten adäquat nach dem Stand der Zeit ausgestattet werden. So wie ein Wählscheibentelefon mit einem Smartphone nur insuffizient kommunizieren kann, darf die niedergelassene Endoskopie nicht zum Wählscheibentelefon der Endoskopie degradiert werden. Dies ist nicht gut für die Versorgung der Patienten, bewirkt keine Kostendämpfung und schadet der Methode nachhaltig. Wir haben viel Arbeit vor uns, zum Wohle unserer Patienten!

MR DR. GERALD OPPECK
Referat für Endoskopie