

# ÖSTERREICHISCHER GASTROENTEROLOGIE REPORT 2026





# Inhalt

Vorwort	3
Epidemiologie und Burden of Disease	4
Ausbildung: Gastroenterologie und Hepatologie	14
Gastroenterologische Versorgung	17
Gastroenterologische und hepatologische Leistungsdaten	24
Endoskopie: Verschiebung der Grenzen – Erweiterung der Indikationen	29
Qualitätsgesicherte Darmkrebsvorsorge	32
Forschung und Wissenschaft	36
Herausforderungen für die Gesundheitspolitik	40
<b>Anhang:</b>	
Redaktionsteam	42
Impressum	43



# Vorwort



Harald  
Hofer



Peter  
Fickert



Markus  
Peck-Radosavljević



Stephanie  
Hametner-Schreil



Bernhard  
Scheiner

## Sehr geehrte Damen und Herren, geschätzte Kolleginnen und Kollegen!

Für die Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH) beginnt mit diesem Jahr das 60. Jahr ihres Bestehens. Die Fortschritte und Entwicklungen unserer Fachdisziplin in dieser Zeit auf dem Weg zur heutigen modernen klinischen Gastroenterologie und Hepatologie sind enorm und in ihrer Dynamik beeindruckend. Exemplarisch seien hier die mit Nobelpreisen gewürdigten Entdeckungen von *Helicobacter pylori* sowie des Hepatitis-C-Virus genannt, die unser Verständnis von Krankheitsmechanismen grundlegend verändert und neue therapeutische Möglichkeiten eröffnet haben.

Überaus bemerkenswerte Fortschritte konnten darüber hinaus auch in der gastrointestinalen Endoskopie, der gastrointestinalen Onkologie, der Behandlung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen sowie in der Diagnostik und Therapie von Lebererkrankungen erzielt werden. Durch die Erweiterung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten konnten die Lebenserwartung und auch die Lebensqualität zahlreicher Patientinnen und Patienten nachhaltig verbessert werden.

Trotz dieser immensen Fortschritte stellen gastroenterologische und hepatologische Erkrankungen aufgrund ihrer hohen Prävalenz und der hohen Heterogenität mit häufiger Chronizität eine enorme Krankheitslast dar. Darüber hinaus gehen sie mit einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität einher, die mit Stigmatisierung bis hin zu sozialer Isolation verbunden sein kann. Daraus ergeben sich nicht nur hohe individuelle Belastungen für Betroffene, sondern auch substantielle Herausforderungen für das Gesundheitssystem.

Vor diesem Hintergrund sind eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Aus- und Fortbildung, die fortlaufende Optimierung von Versorgungsstrukturen und -qualität sowie eine leistungsfähige, international kompetitive klinische und translationale Forschung von zentraler Bedeutung.

Mit dem vorliegenden *Gastroenterologie-Report* möchten wir einen strukturierten und fundierten Überblick über die Leistungen, Entwicklungen und Perspektiven der Gastroenterologie und Hepatologie in Österreich geben. Unser Anspruch war es, nicht nur Zahlen und Fakten darzustellen, sondern auch die

Dynamik, die Innovationskraft und die hohe Qualität der aktuellen Versorgung ebenso sichtbar zu machen wie bestehende Herausforderungen und mögliche Verbesserungspotenziale.

Die transparente Darstellung der erbrachten Leistungen soll eine belastbare Grundlage für zukünftige Planungen schaffen. Damit bietet dieser Bericht Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen, Fachkolleginnen und -kollegen sowie einer interessierten Öffentlichkeit eine verlässliche Orientierung über Versorgungsstrukturen, Ressourcen und Entwicklungstrends in unserer Fachdisziplin.

Wir hoffen, mit diesem Report einen nachhaltigen Beitrag zur Weiterentwicklung unseres Fachgebietes im Sinne einer qualitativ hochwertigen und flächendeckenden Versorgung leisten zu können und zugleich die Sichtbarkeit sowie die Bedeutung der Gastroenterologie und Hepatologie weiter zu stärken.

Unser besonderer Dank gilt allen, die an der Erstellung dieses Berichtes mitgewirkt haben. Die Zusammenführung und kritische Analyse der Daten erfordern nicht nur hohe fachliche Kompetenz, sondern auch ein außerordentliches Maß an Engagement und Kooperationsbereitschaft. Dieses gemeinsame Bemühen spiegelt die traditionell enge und konstruktive Verbundenheit innerhalb der ÖGGH wider, die eine wesentliche Stärke unserer Fachgesellschaft darstellt. In dieser Verbundenheit sehen wir die ÖGGH auch für die kommenden Jahrzehnte bestens gerüstet. Die Herausforderungen im Gesundheitswesen werden vielfältig bleiben – umso wichtiger ist es, ihnen mit Wissen, Engagement und einem gemeinsamen Verständnis von Qualität und Verantwortung zu begegnen.

Abschließend hoffen wir, dass der *Gastroenterologie-Report* nicht nur als fundierte Bestandsaufnahme dient, sondern zugleich als Impulsgeber für zukünftige Initiativen, Kooperationen und Innovationen wirkt.

Wir wünschen viel Freude bei der Lektüre!

Mit besten Grüßen

**Prim. Univ.-Prof. Dr. Harald Hofer**, Präsident der ÖGGH

**Univ.-Prof. Dr. Peter Fickert**, Past-Präsident

**Prim. Univ.-Prof. Dr. Markus Peck-Radosavljević**, Incoming-Präsident

**OÄ Dr.<sup>in</sup> Stephanie Hametner-Schreil**, 1. Sekretärin

**Ap. Prof. Priv.-Doz. DDr. Bernhard Scheiner**, 2. Sekretär

# Epidemiologie und Burden of Disease

**Gastroenterologische und hepatologische Erkrankungen sind häufig und heterogen. Sie umfassen ein breites Spektrum an Erkrankungen mit in Summe hoher globaler Prävalenz und enormer Krankheitslast.<sup>1</sup>**

Das Spektrum der gastroenterologischen und hepatologischen Erkrankungen reicht von hochprävalenten, oft chronischen Erkrankungen bis hin zu komplexen, lebensbedrohenden Erkrankungen (z. B. Leberzirrhose, gastrointestinale Tumoren), die mit einer hohen Rate an Komplikationen sowie mit hoher Morbidität und Mortalität einhergehen. Diese Heterogenität der Erkrankungen bei in Summe hoher Prävalenz stellt enorme Anforderungen hinsichtlich frühzeitiger und rascher Diagnose und Therapie.

Ein wesentlicher Aspekt neben der großen Bandbreite an unterschiedlichen Erkrankungen und ihrem teilweise hohen Karzinomrisiko ist vor allem auch ihre systemische Dimension.

Dem Gastrointestinaltrakt einschließlich Leber und Pankreas kommt eine zentrale regulatorische Funktion

für den gesamten Organismus zu. Gastroenterologische und hepatologische Erkrankungen sowie insbesondere auch Erkrankungen des Pankreas betreffen daher nicht nur die Verdauungsorgane als solche; sie führen zu metabolischen und endokrinologischen Störungen, mit komplexen kardiovaskulären, immunologischen, aber auch neurologischen, letztlich systemischen Auswirkungen auf den gesamten Organismus. Präventive Maßnahmen in der Gastroenterologie verhindern somit nicht nur Erkrankungen der Verdauungsorgane selbst, sondern auch systemische Erkrankungen!

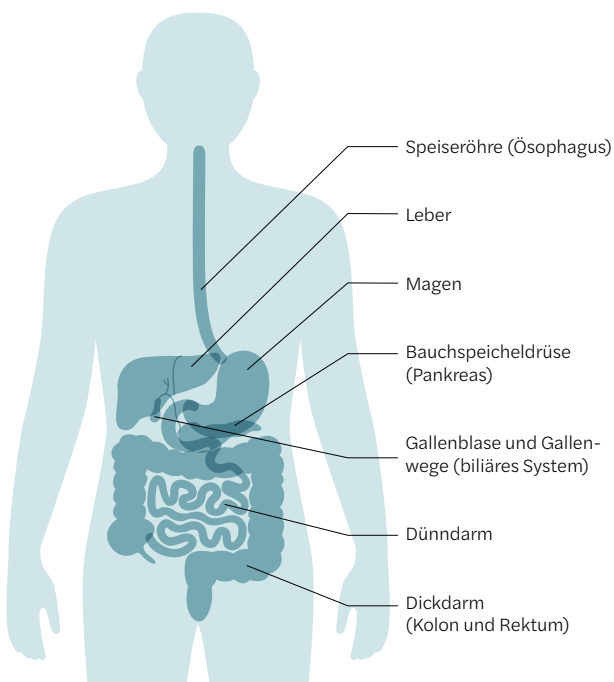
## Wie häufig sind gastroenterologische Erkrankungen?

Die UEG (*United European Gastroenterology*), die als europäische Schirmgesellschaft die nationalen Fachgesellschaften aus 44 Mitgliedstaaten\* verbindet, hat in ihrer Studie „*Analysis of the burden and the economic impact of digestive diseases in the European Region*“<sup>2</sup> die Krankheitsbelastung und die ökonomischen Implikationen der Erkrankungen des Verdauungstraktes im Jahr 2019 im Vergleich zum Jahr 2000 analysiert und belegt mit alarmierenden epidemiologischen Daten, dass die Gesamtzahl an Neuerkrankungsfällen, an Todesfällen und prävalenten Fällen im Steigen ist (Tab. 1).

Die Zahl der unter einer gastroenterologischen Erkrankung leidenden Menschen ist seit dem Jahr 2000 um mehr als ein Fünftel gestiegen (22%).<sup>2,3</sup> In Summe waren 2019 mehr als 332 Millionen Menschen in den Mitgliedstaaten\* der UEG (Europa und darüber hinaus) von einer gastroenterologischen (nichtmalignen) Erkrankung betroffen. Die Zahl der Neuerkrankungen betrug im Jahr 2019 mehr als 72 Millionen, was gegenüber dem Jahr 2000 einer Zunahme um 17% entspricht. Im Jahr 2019 waren knapp 500.000 Todesfälle auf gastroenterologische Erkrankungen (ohne Karzinome) zurückzuführen, allen voran auf Leberzirrhose – das ist um ein Fünftel mehr als 2010.<sup>3,4</sup>

Sozioökonomisch benachteiligte Gruppen waren disproportional stärker betroffen. Darüber hinaus zeigen sich global, aber auch spezifisch für einzelne Erkrankungen große regionale Unterschiede innerhalb Europas (vor allem Ost-West-Gefälle).<sup>2</sup>

Berücksichtigt man das Bevölkerungswachstum und die demografischen Verschiebungen hin zu alternden



\* Die UEG verbindet als europäische Schirmgesellschaft für multidisziplinäre Gastroenterologie nationale Mitgliedsgesellschaften aus 44 Staaten und repräsentiert damit ganz Europa plus die Türkei (ausgenommen Zypern und Belarus) und darüber hinaus ausgewählte Staaten des mediterranen Raumes und des Kaukasus: Israel, Ägypten, Algerien, Tunesien, Marokko; Armenien, Aserbaidschan und Georgien, in Summe eine Bevölkerung von knapp über einer Milliarde Menschen (1,06 Milliarden).



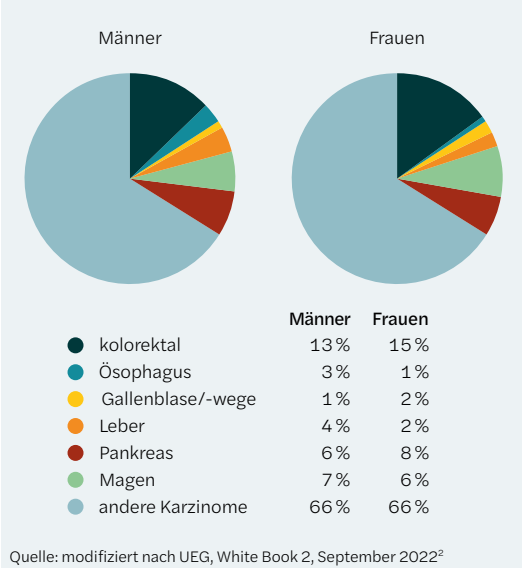
Gesellschaften, dann zeigt sich für die Summe aller gastroenterologischen Erkrankungen trotz massiv steigender Neuerkrankungsraten eine weitgehend stabile altersstandardisierte Inzidenz. Gleichbleibende Inzidenzen bei besserem Überleben resultieren in höheren altersstandardisierten Prävalenzen.<sup>4</sup> Die UEG geht in ihrer Studie von einer altersstandardisierten Prävalenz der Verdauungskrankheiten von mindestens 28.000 pro 100.000 Einwohner:innen aus.<sup>2</sup> Zu beachten ist, dass in all diesen Schätzungen die Erkrankungen mit infektiöser Genese noch gar nicht mitberücksichtigt sind.

### Gastroenterologische Karzinome: massiv im Steigen

Zu beachten ist weiters, dass in die oben genannten Gesamtzahlen ausschließlich die nichtmalignen gastroenterologischen Erkrankungen eingeflossen sind. Hinzu kommen die Belastungen und die noch drastischer steigenden Erkrankungszahlen der gastroenterologischen Krebserkrankungen: Dies betrifft auch jene, die mit einem besonders hohen Mortalitätsrisiko behaftet sind, allen voran Leberkrebs (hepatozelluläres Karzinom und intrahepatisches Cholangiokarzinom), das Pankreaskarzinom und das Ösophaguskarzinom, gefolgt von Magen- und Darmkrebs.

Von 2000 bis 2019 war laut UEG-Studie<sup>2</sup> ein Anstieg der gastroenterologischen Krebsneuerkrankungen um 26% (von 886.000 auf über 1,1 Millionen) zu verzeichnen (Tab. 2). Im Jahr 2019 starben in den von der UEG untersuchten Ländern in Summe 767.349 Menschen an einem gastroenterologischen Karzinom (das sind um 17% mehr als im Jahr 2000). Darunter sind allein 155.000 Todesfälle wegen Pankreaskarzinom (ein Plus von 53%) und 75.000 wegen Leberkrebs (ein Plus von 56%).

**Abb. 1:** Gastroenterologische Karzinome – Anteil an krebisbedingten Todesfällen in Europa and beyond (44 UEG-Staaten)<sup>2</sup>



**Tab. 1:** Enorme Zunahme gastroenterologischer Erkrankungen 2000–2019 in Europa and beyond (44 UEG-Staaten)<sup>2,3</sup>

Gastroenterologische Erkrankungen (ohne Karzinome)	Fallzahl		Altersadjustierte Rate	
	Fallzahl 2019 (absolut)	Veränderung [%] 2000–2019	altersadjustierte Rate 2019 (pro 100.000 EW)	Veränderung [%] 2000–2019
Neuerkrankungen	72.000.000	↑ 17%	6.104/100.000	↑ 1%
Todesfälle	498.000	↑ 20%	32/100.000	↓ -12%
Gesamtzahl (Prävalenz)	332.000.000	↑ 22%	28.124/100.000	↑ 5%

**Tab. 2:** Gastroenterologische Karzinome in Europa and beyond (44 UEG-Staaten)<sup>2,3</sup>

Krebs	Neuerkrankungen		Todesfälle	
	Neuerkrankungen 2019 (absolut)	Veränderung [%] 2000–2019	Todesfälle 2019 (absolut)	Veränderung [%] 2000–2019
GE-Karzinome Summe	1.114.000	↑ 26%	767.000	↑ 17%
Leberkrebs	81.000	↑ 61%	75.000	↑ 56%
Pankreaskarzinom	154.000	↑ 53%	155.000	↑ 53%
Ösophaguskarzinom	61.000	↑ 20%	55.000	↑ 16%
Magenkrebs	179.000	↓ -9%	144.000	↓ -17%
Kolorektalkarzinom	600.000	↑ 33%	307.000	↑ 19%

Insgesamt gehen mehr als ein Drittel aller krebisbedingten Todesfälle auf das Konto von Krebserkrankungen des Verdauungstraktes (Abb. 1).

**Krebs bei zunehmend jüngeren Menschen.** Auch bei Krebserkrankungen ist die deutliche Zunahme der Fallzahlen zu einem Teil mit dem Aspekt einer alternden Bevölkerung assoziiert.<sup>2,3</sup> Das gilt jedoch nicht für jede Krebserkrankung!

*Karzinome des Verdauungstraktes sind für ein Drittel aller krebisbedingten Todesfälle verantwortlich.*

Auffällig sind die Daten bei Leberkrebs, hier zeigt die UEG-Studie auch eine massive Zunahme der altersstandardisierten Inzidenz und Mortalität um 22% bzw. 17%. Europaweit sind zunehmend auch immer jüngere Menschen betroffen!<sup>3</sup> Ähnliche Trends werden auch für das Kolorektalkarzinom berichtet, bei dem eine Zunahme der Erkrankungen auch bei jungen Erwachsenen beobachtet wird. In rezenten Untersuchungen konnte ein Zusammenhang zwischen Darmkrebs in jüngeren Altersgruppen (Early-Onset colorectal Cancer) und Pestizid-Exposition gezeigt werden.<sup>15</sup>

## Burden of Disease

**Hohe Krankheitslast.** Gastroenterologische Erkrankungen verlaufen oft chronisch und belasten Menschen ein Leben lang. Auch nichtfatale Erkrankungen sind mit hoher Morbidität und direkten gesundheitlichen Auswirkungen assoziiert, darüber hinaus gehen sie für Betroffene mit enormen Belastungen – Einschränkungen der Lebensqualität, Schmerzen, oft auch Behinderung (Disability), Produktivitätsverlust durch Krankenstand und Arbeitsausfall – einher. Dazu kommen hohe sozioökonomische Kosten, die die Volkswirtschaften belasten, sei es durch direkte Behandlungskosten oder indirekte krankheitsassoziierte Kosten sowie den Verlust an Produktivität.

**Zur Quantifizierung** der Krankheitslast wurden verschiedene Kennzahlen etabliert, die es ermöglichen, auch unterschiedliche Erkrankungen hinsichtlich ihrer Belastung zu vergleichen oder im Zeitverlauf zu beobachten. Während mit YLL („years life lost due to premature mortality“) der Lebenszeitverlust aufgrund vorzeitigen krankheitsbedingten Todes quantifiziert wird, ist YLD eine Kennzahl für den Verlust an gesunden Lebensjahren („years of healthy life lost due to disability“). DALY („disability-adjusted life year“) bezeichnet den Verlust eines Lebensjahr-Äquivalents in voller Gesundheit, wobei in die Berechnung der DALYs der Verlust an Lebensjahren durch frühzeitigen Tod (YLL) ebenso einfließt wie die Gesundheitsminderung durch in Behinderung und Krankheit verbrachte Jahre (YLD).

### Verlorene Lebensjahre

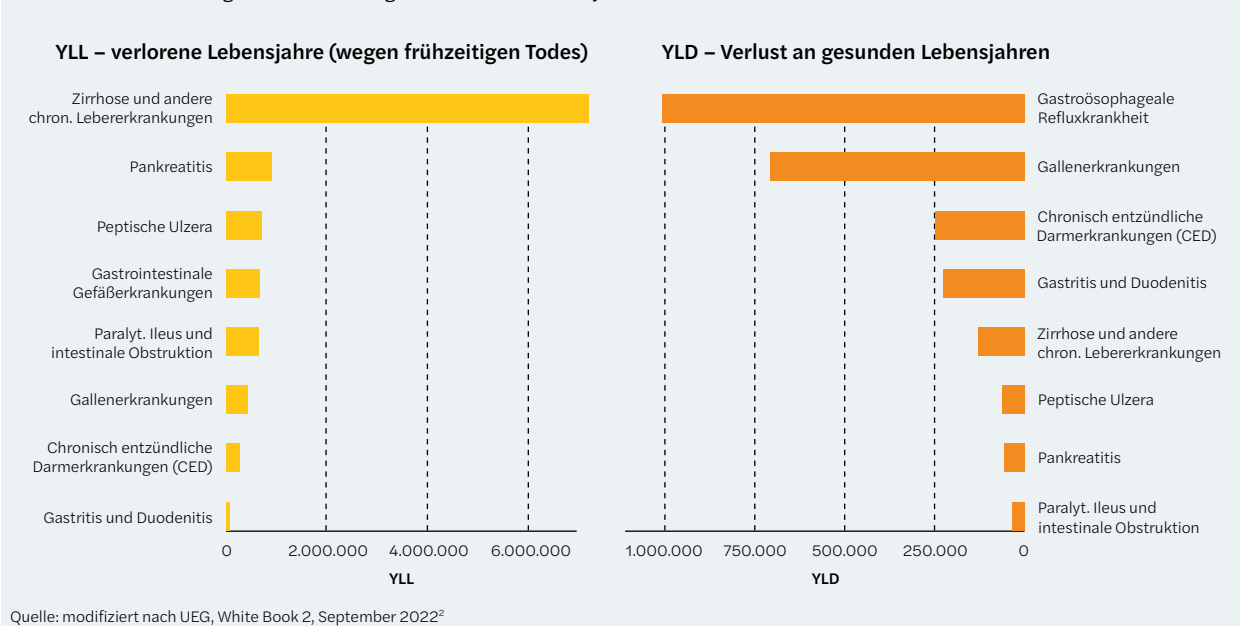
Erkrankungen des Verdauungssystems und gastroenterologische Karzinome sind mit einem enormen Burden of Disease verbunden, der sich auch in den Kennzahlen zum Lebenszeitverlust widerspiegelt.

Wie in der UEG-Studie gezeigt werden konnte, sind allein die Erkrankungen des Verdauungstraktes (ohne Karzinome) für in Summe mehr als 11 Millionen YLL und 2,8 Millionen YLD verantwortlich.<sup>2,3</sup> Abbildung 2 zeigt anschaulich, dass jene Erkrankungen, die mit einem hohen Mortalitätsrisiko einhergehen, wie die Leberzirrhose, für die enorm hohe Zahl an YLL verantwortlich sind, während die chronischen Erkrankungen mit hoher Prävalenz bzw. hoher individueller Krankheitslast (wie gastroösophageale Refluxkrankheit, Erkrankungen der Gallenwege bzw. chronisch entzündliche Darmerkrankungen etc.) für den nichtfatalen Gesundheitsverlust verantwortlich sind und vor allem die YLD in die Höhe treiben.

Gastroenterologische Karzinome verlaufen häufig sehr aggressiv und werden oft erst spät diagnostiziert. Die Mortalität ist auch im Vergleich zu anderen Karzinom-erkrankungen exzessiv hoch. In der UEG-Studie schlagen die gastroenterologischen Karzinome mit einem Lebenszeitverlust von mehr als 15 Millionen Jahren (YLL) zu Buche.<sup>2,3</sup>

In Summe verursachen die gastroenterologischen Erkrankungen und Karzinome somit einen Verlust von mehr als 26 Millionen Lebensjahren aufgrund vorzeitigen krankheitsbedingten Todes.<sup>2,3</sup> Dazu kommt ein hoher Verlust an gesunden Lebensjahren durch Erkrankungen wie das Reizdarmsyndrom und andere funktionelle gastrointestinale Störungen, die in der UEG-Studie nicht erfasst wurden. Sie treffen Menschen meist schon in jungen Jahren, belasten sie in der Ausbildung und sind mit lebenslangen auch wirtschaftlichen Folgen verbunden (Loss of Productivity).<sup>16</sup>

Abb. 2: Gastroenterologische Erkrankungen: Verlust an Lebensjahren<sup>2,3</sup>





## Aktuelle Fallzahlen in der Europäischen Union

Wie rezente Daten der Global-Burden-of-Disease-Analysen<sup>5</sup> zeigen, waren im Jahr 2023 in der Europäischen Union bei einer Gesamtbevölkerungszahl von etwa 454 Millionen rund 146 Millionen Personen von gastroenterologischen Erkrankungen des Verdauungssystems (ohne Karzinome) betroffen, dazu kommen weitere 2,7 Millionen Menschen, die an einer gastroenterologischen Karzinomerkrankung leiden.

Die jährliche Inzidenz gastroenterologischer (nicht-maligner) Erkrankungen belief sich auf über 48 Millionen Neuerkrankungen, dazu kommen mehr als 700.000 neu diagnostizierte Karzinome der Verdauungsorgane. Allein die Karzinome der Verdauungsorgane resultieren in mehr als 442.000 Todesfällen im Jahr 2023, während die anderen gastroenterologischen Erkrankungen – insbesondere die Leberzirrhose – für weitere mindestens 230.000 Todesfälle verantwortlich waren.

Von insgesamt rund 1,34 Millionen krebsbedingten Todesfällen (ohne Non-Melanoma-Hautkrebs) in der Europäischen Union im Jahr 2023 entfielen somit rund 33% auf gastroenterologische Karzinome.<sup>5</sup>

## Was kosten gastroenterologische Erkrankungen?

Gastroenterologische Erkrankungen belasten die Volkswirtschaften, sie verursachen erhebliche direkte und indirekte krankheitsassoziierte Kosten und gehen darüber hinaus mit hohen sozioökonomischen Kosten aufgrund des Produktivitätsverlustes – sei es durch Krankheit oder vorzeitigen Tod bedingt – einher. Laut UEG, die für 31 Staaten Europas (inkl. Israel und Türkei) die Kosten kalkuliert hat, verursachten 2019 nur die gastroenterologischen Erkrankungen (ohne Karzinome!) Spitalskosten von 25,3 Milliarden Euro und zusätzliche indirekte Kosten durch Produktivitätsverlust von mindestens 89 Milliarden Euro (0,47% des BIP). Gelänge es, mit präventiven Maßnahmen die krankheitsbedingte Mortalität um ein Viertel zu reduzieren, dann könnten damit allein die Kosten des mortalitätsbedingten Produktivitätsverlustes um 11,4 Milliarden Euro reduziert werden.<sup>2</sup> Das Einsparungspotenzial wäre enorm!

Die Kosten für den mortalitätsassoziierten Produktivitätsverlust sind hauptsächlich getrieben durch chronische Lebererkrankungen bei Personen im arbeitsfähigen Alter. Für Österreich wurde der Produktivitätsverlust durch gastroenterologische Krankheiten (ohne Tumorerkrankungen!) mit knapp 2 Milliarden Euro im Jahr 2019 berechnet. Davon sind allein 900 Millionen Euro die Kosten für den Produktivitätsverlust wegen vorzeitiger Todesfälle, wovon 715 Millionen Euro durch Lebererkrankungen bedingt sind.<sup>2,3</sup>



Tab. 3: Karzinome: Anteil durch Alkohol bedingt

<p><b>Leberkrebs<sup>2,6</sup></b></p> <p><b>mind. 50%</b></p>	<p><b>Ösophaguskarzinom<sup>2,6</sup></b></p> <p><b>45 bis 75%</b></p>
<p><b>Kolorektales Karzinom<sup>6</sup></b></p> <p><b>21%</b> (≥ 1 Drink/Tag) <b>52%</b> (≥ 4 Drinks)</p>	<p><b>Pankreaskarzinom</b></p> <p>signifikanter Anteil, Daten unterschiedlich</p>

## Unmet Needs: Herausforderungen für die Gesundheitspolitik

Gastroenterologische Erkrankungen sind eine der größten und gleichzeitig eine der am meisten vernachlässigten Erkrankungsgruppen in Europa – und das trotz ihrer substanziellen Burden of Disease und trotz der großen individuellen wie gesellschaftlichen Belastungen.

Es fehlt an öffentlicher und politischer Wahrnehmung ebenso wie an Forschungsförderung und – last, but not least – vielfach auch an einer ausreichenden epidemiologischen Datenerfassung.

Die UEG, die als europäische Fachgesellschaft mehr als 50.000 Gastroenterolog:innen und Expert:innen anderer spezialisierter Gesundheitsberufe vereint, fordert daher in einem aktuellen Manifest die europäische Gesundheitspolitik auf, die Augen nicht weiter vor der klinischen wie sozioökonomischen Bedeutung gastroenterologischer Erkrankungen zu verschließen und im nächsten EU-Rahmenprogramm (Framework Programme 10) endlich die Unmet Needs der gastroenterologischen Erkrankungen in den Forschungsfokus zu stellen.<sup>1</sup>

## Großes Präventionspotenzial – oft ungenützt!

Gastroenterologische Erkrankungen und insbesondere Karzinome sind maßgeblich durch modifizierbare Risikofaktoren beeinflusst. Insbesondere der Alkoholkonsum und ein hoher Body-Mass-Index mit den damit assoziierten metabolischen Erkrankungen sowie der westliche Ernährungsstil (hochverarbeitete Lebensmittel), aber auch Rauchen tragen maßgeblich zur Entstehung und Progression gastroenterologischer Erkrankungen und Karzinome bei.

Ein erheblicher Anteil der Erkrankungen und daraus folgend der Karzinome wäre potenziell vermeidbar!

Tab. 4: Zirrhose und chronische Lebererkrankungen<sup>2,3</sup>

2000–2019	
<b>prävalente Fälle</b> ↑↑ <b>29 %</b>	<b>altersstandardisierte Prävalenzrate</b> ↑↑ <b>11 %</b>
<b>Ursachen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– alkoholassoziiert</li> <li>– metabolisch assoziierte Fettleber (MASLD)               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ starke Zunahme der MASLD</li> <li>↑↑ <b>in jüngeren Altersgruppen</b> (Männer und Frauen!)</li> </ul> </li> <li>– Virushepatitis</li> <li>– Autoimmunerkrankungen</li> <li>– Stoffwechselerkrankungen</li> </ul>	

## Modifizierbare Risikofaktoren

**Alkoholkonsum.** Europa ist mit einem durchschnittlichen Konsum von mehr als 9 Litern reinen Alkohols pro Kopf und Jahr weltweit der Kontinent mit dem höchsten Alkoholkonsum.<sup>6</sup> Der österreichische Per-Capita-Konsum (mit 11,3 Litern reinen Alkohols) liegt weit über dem europäischen Schnitt.<sup>7</sup> Mindestens jede:r 5. Erwachsene (≥ 15 Jahre) konsumiert in Europa Alkohol in gesundheitsgefährdendem Ausmaß.<sup>6</sup> Die Gesamtmortalität gastroenterologischer Erkrankungen wird massiv durch alkoholassoziierte Erkrankungen getrieben (z. B. Leberzirrhose). Bis zu 30 % aller Todesfälle durch gastroenterologische Erkrankungen sind direkt auf Alkohol zurückzuführen. Darüber hinaus ist Alkohol ein wesentlicher Risikofaktor für etliche Tumorentitäten<sup>14</sup>, darunter Ösophagus-, Leber-, Kolorektal- und Pankreaskarzinom (Tab. 3).

**Gastroenterologische Erkrankungen sind durch modifizierbare Risikofaktoren beeinflusst:**

**Alkoholkonsum,  
Rauchen,  
Übergewicht und  
Ernährungsstil**



- Rund 54 % der Leberkarzinome sind alkoholassoziiert.<sup>2</sup> Das Land mit dem höchsten Anteil an alkoholassoziiertem Leberkrebs ist Österreich!<sup>3</sup>
- Mindestens 45 % der Ösophaguskarzinome<sup>3</sup> (bis zu 75 %<sup>6</sup>) stehen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum.
- Das Darmkrebsrisiko steigt bereits bei moderatem Konsum (≥ 1 Drink/Tag) um 21 %, bei hohem Konsum (≥ 4 Getränke/Tag) um bis zu 52 %.<sup>6</sup>
- Auch für das Pankreaskarzinom besteht ein signifikanter Zusammenhang mit höherem Alkoholkonsum.<sup>6</sup>

**Rauchen.** Darüber hinaus besteht ein synergistischer Effekt mit Tabakkonsum, der das Risiko überadditiv steigert. So sind beim Kolorektalkarzinom bis zu 22 % der Krankheitslast mit Rauchen assoziiert. Beim Ösophaguskarzinom spielt Tabakkonsum überhaupt die zentrale Rolle (rund 56 %).<sup>6</sup>

**Hoher BMI und Adipositas.** Neben Alkohol und Rauchen sind ein hoher BMI und ernährungsbedingte Faktoren weitere modifizierbare Risikofaktoren. Insbesondere Adipositas, Fehlernährung und der zunehmende Konsum hochverarbeiteter Lebensmittel tragen wesentlich zur steigenden Krankheitslast bei. Bereits mehr als die Hälfte der erwachsenen Bevölkerung und mindestens jedes 3. Kind in der EU sind übergewichtig.<sup>8</sup>

Adipositas ist mit komplexen metabolischen und chronisch entzündlichen Prozessen assoziiert und stellt einen Schlüsselfaktor für die Entwicklung der metabolisch assoziierten Fettlebererkrankung (MASLD, früher auch: NAFLD, nichtalkoholische Fettlebererkrankung) dar. Rund drei Viertel aller adipösen Personen weisen bereits eine MASLD auf, die als potenziell progrediente Erkrankung zur Leberfibrose führt, die in eine Leberzirrhose (mit hohem Mortalitätsrisiko) übergehen kann. Die Zirrhose wiederum (Tab. 4) ist der wichtigste Risikofaktor für die Entwicklung eines hepatozellulären Karzinoms.

**Westliche Ernährung.** Neben dem BMI spielt die Ernährungsqualität eine entscheidende Rolle: Eine Ernährung mit einem hohen Anteil an ultrahochverarbeiteten Lebensmitteln, deutlich zu viel Zucker und zu wenig Ballaststoffen (sogenannte „western diet“) gilt als entscheidender Risikofaktor und erhöht das Krebsrisiko mindestens um 10 %. Zusätzlich erhöht ein Konsum von rotem und verarbeitetem Fleisch von 50 g/Tag das Risiko für kolorektale Karzinome allein um 18 %, während eine hohe Salzaufnahme das Risiko für Magenkarzinome signifikant steigert.<sup>9</sup>



## Weitere präventive Maßnahmen

Neben der Vermeidung von modifizierbaren Risikofaktoren ist im Hinblick auf gastroenterologische Erkrankungen und Karzinome auf das enorme primärpräventive Potenzial der Impfung gegen Hepatitis B (und Hepatitis A) sowie der Eradikation von *Helicobacter pylori* hinzuweisen, die prinzipiell auch als Erfolgsgeschichte von Prävention gelten.

**Mit der Hepatitis-B-Impfung** kann nicht nur die Akuterkrankung verhindert, sondern auch die mit einer Chronifizierung verbundenen Risiken für Folgeerkrankungen (Zirrhose, hepatozelluläres Karzinom) vermieden werden.

Das Potenzial der Impfungen wird in Österreich noch immer nicht voll ausgeschöpft (Stichwort: fehlende Awareness, Impfmüdigkeit). Die Hepatitis-B-Impfung ist Teil des kostenlosen Kinder-Impfprogrammes; die Hepatitis-A-Impfung wird derzeit in Österreich nur als Indikationsimpfung empfohlen. Tatsächlich gab es 2025 eine deutlich steigende Anzahl an Hepatitis-A-Fällen, welche leider auch zu etlichen Todesfällen geführt haben. Im Gegensatz zu den Niederlanden, wo infizierte Heidelbeeren als Infektionsquelle identifiziert werden konnten, ist der Übertragungsweg in Österreich noch nicht geklärt.

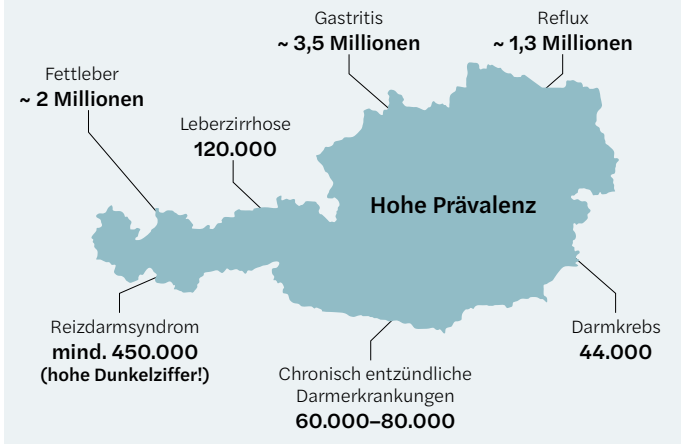
**Durch die Eradikation von *Helicobacter pylori*** und die Vermeidung bzw. konsequente Behandlung von peptischen Ulzera konnte in den letzten 40 Jahren ein signifikanter Rückgang der Magenkrebsinzidenz erzielt werden (siehe Zahlen aus Österreich).

## Screening und das Potenzial von Vorsorge

Viele gastroenterologische Erkrankungen weisen bei chronischem Verlauf ein erhebliches Risiko zur malignen Transformation auf, die typischerweise über Präkanzerosen (Krebsvorstufen) verläuft. Daraus ergibt sich ein bedeutendes Potenzial für die Sekundärprävention: Werden die präkanzerösen Läsionen frühzeitig erkannt und behandelt, kann die Progression zum invasiven Karzinom verhindert oder zumindest deutlich verzögert werden.

**Darmkrebs:** Derzeit wird in Österreich das Potenzial der Darmkrebsvorsorge, insbesondere im Sinne einer Darmkrebsprävention, noch unzureichend ausgeschöpft (siehe Seite 32). Ziel der Vorsorgekoloskopie ist primär die Prävention, d. h., bei flächendeckender

**Abb. 3:** Beispiele gastroenterologischer Erkrankungen: Betroffene in Österreich



**Das Land mit dem höchsten Anteil an alkoholassoziiertem Leberkrebs ist Österreich!**

Implementierung eines populationsbasierten Screenings und konsequenter Einhaltung der empfohlenen Untersuchungsintervalle können adenomatöse Polypen so frühzeitig detektiert und endoskopisch entfernt werden, dass die Entstehung eines kolorektalen Karzinoms in vielen Fällen verhindert werden kann. Darüber hinaus kommt der Vorsorgekoloskopie auch die Funktion der Früherkennung zu, indem sie die Detektion kolorektaler Karzinome zumindest in potenziell früheren und somit heilbaren Krankheitsstadien ermöglicht.

**Potenzial: Leber-Screening.** Immer noch werden viele Patient:innen mit Lebertumoren in einem fortgeschrittenen Tumorstadium detektiert, in dem keine kurative Therapie mehr möglich ist. Entscheidend wäre daher zum einen das Screening zumindest von Hochrisikopopulationen (Patient:innen mit Leberzirrhose), um bei Progredienz frühzeitig reagieren zu können. Diesbezügliche Empfehlungen (halbjährliches Screening mit Ultraschall der Leber und der Bestimmung des Tumormarkers Alpha-1-Fetoprotein) liegen vor, sind aber nicht als Screening-Programme ausgerollt. Zum anderen treten Lebertumoren zunehmend auch bei Patient:innen mit metabolisch assoziierter Fettlebererkrankung (MASLD) auch ohne Vorliegen von Leberzirrhose auf. Für diese Patientengruppen müssten andere einfache und niederschwellige Untersuchungen im Zuge der Vorsorgeuntersuchungen etabliert werden, die ein Vorscreening ermöglichen könnten (siehe Seite 17).

## Aktuelle Daten aus Österreich

In Österreich werden epidemiologische Daten von Erkrankungen nicht systematisch erfasst. Somit können auch Prävalenzen zu den einzelnen gastroenterologischen Erkrankungen nur näherungsweise angegeben bzw. aus einzelnen Studien hochgerechnet werden. Eine Ausnahme stellen zum einen die meldepflichtigen



**Tab. 5:** Gastroenterologische Karzinome in Österreich 2024: Prävalenz und Inzidenz<sup>9</sup>

ausgewählte Karzinome	Krebsprävalenz am 31.12.2024			Krebsinzidenz 2024					
	Fallzahlen			Fallzahlen <sup>a</sup>			altersadjustierte Raten <sup>b</sup>		
	gesamt	davon: m	davon: w	gesamt	davon: m	davon: w	gesamt	davon: m	davon: w
Ösophagus	<b>1.531</b>	1.162	369	<b>442</b>	342	100	<b>4,6</b>	7,6	1,9
Magen	<b>7.107</b>	4.092	3.015	<b>1.347</b>	846	501	<b>13,9</b>	19,2	9,5
Darm	<b>44.229</b>	23.620	20.609	<b>4.769</b>	2.600	2.169	<b>49,1</b>	59,4	40,8
Leber	<b>2.339</b>	1.650	689	<b>999</b>	695	304	<b>10,3</b>	15,9	5,7
Pankreas	<b>3.494</b>	1.723	1.771	<b>2.039</b>	1.027	1.012	<b>20,9</b>	23,6	18,6

Quelle: Daten nach Statistik Austria (Österreichisches Krebsregister, Stand 12. 1. 2026, und Todesursachenstatistik, erstellt am 14. 1. 2026)<sup>9</sup>

<sup>a</sup> maligne invasive Fälle, inkl. DCO-Fälle (= Death Certificate Only). <sup>b</sup> jeweils auf 100.000 Personen/Männer/Frauen, europäische Standardbevölkerung 2013\*\*

**Tab. 6:** Gastroenterologische Karzinome und Erkrankungen in Österreich 2024: Anzahl der Todesfälle<sup>10</sup>

	Todesfälle 2024		
	gesamt	Männer	Frauen
Krebs der Speiseröhre (C15)	<b>391</b>	315	76
Krebs des Magens (C16)	<b>694</b>	437	257
Krebs des Dünndarms (C17)	<b>80</b>	47	33
Krebs des Kolons, des Rektums und des Anus (C18–C21)	<b>2.073</b>	1.152	921
Krebs der Leber (C22)	<b>848</b>	580	268
Krebs der Gallenblase und -wege (C23, C24)	<b>309</b>	138	171
Krebs der Bauchspeicheldrüse (C25)	<b>2.057</b>	1.042	1.015
<b>Krebs der Verdauungsorgane (C15–C25)</b>	<b>6.452</b>	<b>3.711</b>	<b>2.741</b>
Magen-, Duodenal- und Gastrojeunalgeschwür (K25–K28)	<b>170</b>	77	93
Alkoholische chronische Leberkrankheit und Leberzirrhose (K70, K73–K74)	<b>1.379</b>	936	443
<b>Krankheiten der Verdauungsorgane gesamt (K00–K92)</b>	<b>3.253</b>	<b>1.789</b>	<b>1.464</b>
<b>Virushepatitis (B15–B19, B94.2)</b>	<b>61</b>	<b>28</b>	<b>33</b>
<b>Summe Krankheiten und Krebs der Verdauungsorgane plus Hepatitis</b>	<b>9.766</b>	<b>5.528</b>	<b>4.238</b>

Quelle: Daten nach Statistik Austria, Todesursachenstatistik<sup>10</sup>

Erkrankungen (im konkreten Fall: infektiös bedingte gastroenterologische Erkrankungen) und zum anderen Krebserkrankungen dar, die im Österreichischen Nationalen Krebsregister systematisch erfasst werden.

### Gastroenterologische Krebserkrankungen in Österreich

Wie die Daten des Österreichischen Krebsregisters zeigen<sup>9</sup>, lebten in Österreich mit Stichtag 31. 12. 2024 mehr als 400.000 krebskranke Menschen (Prävalenz von 442.322 malignen invasiven Tumorerkrankungen bei 408.613 Personen unter Berücksichtigung der Mehrfachtumoren). Von diesen litten beispielsweise 44.229 an Darmkrebs, mehr als 7.000 an Magenkrebs und 2.339 an Leberkrebs.

Im Jahr 2024 wurde in Österreich bei 4.769 Menschen Darmkrebs diagnostiziert, was einer altersstandardisierten Inzidenz von 49,1 Neuerkrankungen pro 100.000 Personen und Jahr entspricht. Tabelle 5 gibt einen Überblick über die rezenten Prävalenz- und Inzidenzzahlen der 5 häufigsten gastroenterologischen Tumorentitäten<sup>9</sup> (nicht berücksichtigt sind in dieser Übersicht Karzinome des Dünndarms und der Gallenblase/-wege). Ein Blick auf Erkrankungszahlen im Zeitverlauf der letzten Jahre<sup>9</sup> zeigt – in Übereinstimmung mit europäischen Daten – bei etlichen gastroenterologischen Karzinomen eine Zunahme an absoluten Fallzahlen ebenso wie teilweise auch in altersadjustierten\*\* Raten pro 100.000 Einwohner:innen, die dem Umstand einer alternden Bevölkerung bereits Rechnung tragen. Große Ausnahme ist das Magenkarzinom, dessen Inzidenz seit mehreren Jahrzehnten rückläufig ist.

\*\* Die standardisierte Sterberate gibt an, wie viele Sterbefälle aufgrund der jeweils aktuellen Sterblichkeitsverhältnisse auf 100.000 Einwohner:innen entfallen wären, wenn der Altersaufbau der Bevölkerung in der betreffenden Berichtsperiode (hier Zahlen zum Jahresdurchschnitt 2024) dem einer Standardbevölkerung entsprochen hätte. Als Standardbevölkerung dient die von Eurostat publizierte Standardbevölkerung 2013. Diese Standardbevölkerung ist eine „künstliche“ Bevölkerung mit einer geschätzten Altersstruktur für die europäische Bevölkerung, die als einheitliche Basis zur Berechnung vergleichbarer altersstandardisierter Sterberaten verwendet wird. (Quelle: Statistik Austria; <https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2025/06/20250625Todesursachen2024.pdf>; 13 632-125/25)



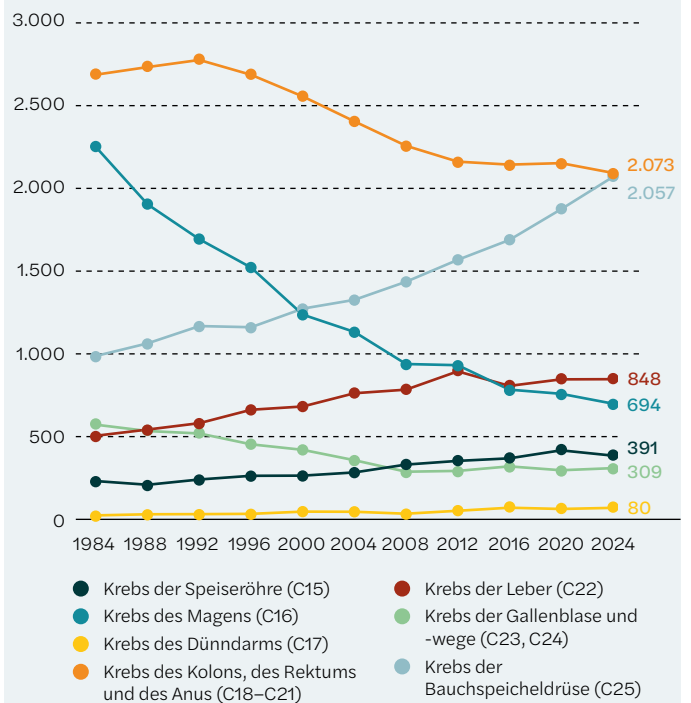
Im Jahr 2024 starben in Österreich 2.073 Menschen an Darmkrebs, 2.057 an Pankreaskarzinom und 848 an Leberkrebs (Tab. 6). Abbildung 4 und Abbildung 5 geben einen Überblick über die Mortalität gastroenterologischer Tumoren und anderer gastroenterologischer Erkrankungen (Zirrhose) im Zeitverlauf.<sup>10</sup>

**Faktor Alter – Mythos Alter?** Die Prävalenz und Inzidenz vieler gastroenterologischer Erkrankungen und Karzinome sind insbesondere in höheren Altersgruppen im Steigen. Mit den demografischen Verschiebungen (alternder Gesellschaften) ist daher von einer weiteren Zunahme der Fallzahlen in den nächsten Jahren auszugehen. Anlass zur Sorge gibt jedoch, dass gastroenterologische Tumoren zunehmend auch in jüngeren Altersgruppen (< 50 Jahre) beobachtet werden und dass teilweise sogar sehr junge Menschen betroffen sind – so wird z. B. eine Zunahme von Fällen von Kolonkarzinomen bei unter 40-Jährigen, d. h. in Altersgruppen, die von der Vorsorgekoloskopie gar nicht erfasst werden, beobachtet.

Zahlen zur Altersverteilung sind auch in der Todesursachenstatistik<sup>10</sup> verfügbar: Demnach starben 2024 in Österreich sogar 14 Menschen an Darmkrebs, die erst zwischen 25 und 39 Jahre alt waren, weitere 33 waren in der Altersgruppe zwischen 40 und 49 Jahren. Von 1.379 Todesfällen wegen chronischer Lebererkrankungen (Zirrhose) waren 35 Personen zwischen 20 und 39 Jahre alt und 92 zwischen 40 und 49 Jahren.<sup>10</sup>

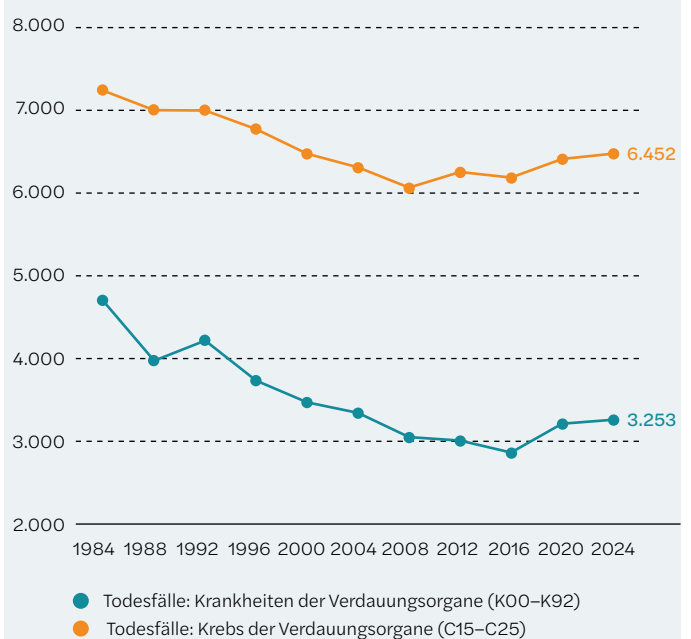
**Magenkarzinom.** Der auffällige Rückgang der Inzidenz des Magenkarzinoms kann als Erfolgsgeschichte für die Kombination aus frühzeitiger Diagnose und gezielter Therapie prämaligener Läsionen gesehen werden. Eine zentrale Rolle spielt dabei die frühzeitige Abklärung und Therapie dyspeptischer Beschwerden sowie die konsequente antibiotische Eradikation von *Helicobacter pylori*. In den letzten 40 Jahren hat sich die Neuerkrankungszahl von 2.737 im Jahr 1984 auf 1.347 im Jahr 2024 reduziert. Noch deutlicher zeigt sich im Vergleichszeitraum der Rückgang in den Todesfällen um absolut 70 % bzw. in den altersadjustierten Raten sogar um 82 %. Die drastische Reduktion der Fallzahlen darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Magenkarzinom immer noch ein Tumor mit nur sehr limitierter Lebenserwartung ist.

**Abb. 4:** Mortalität gastroenterologischer Tumoren in Österreich im Zeitverlauf<sup>10</sup>



Quelle: Daten nach Statistik Austria, Todesursachenstatistik<sup>10</sup>

**Abb. 5:** Mortalität gastroenterologischer Erkrankungen und Tumoren in Österreich im Zeitverlauf<sup>10</sup>



Quelle: Daten nach Statistik Austria, Todesursachenstatistik<sup>10</sup>



**Hepatozelluläres Karzinom (HCC).** Wie erwähnt werden Lebertumoren meist erst in einem fortgeschrittenen Erkrankungsstadium diagnostiziert, die Mortalität ist nach wie vor exzessiv hoch.<sup>9</sup> Risikofaktoren für Leberkrebs sind die klassischen Risikofaktoren der Leberzirrhose und anderer schwerer chronischer Lebererkrankungen – Virushepatitis, Fettlebererkrankung (bedingt durch das metabolische Syndrom und/oder Alkoholabusus) und verschiedene seltene Stoffwechselerkrankungen (Orphan Diseases).

In den letzten Jahren konnte auch bei Hepatitis-C-assoziiertem Leberkrebs Erfolgsgeschichte geschrieben werden: Die Verfügbarkeit moderner Therapien zur Behandlung der Hepatitis C macht eine tatsächliche Heilung (!) der Hepatitis C möglich und hat dadurch zur Reduktion des Risikos für die Folgekrankheiten (Hepatitis-C-assoziierte Leberzirrhose) beigetragen. Damit konnte einer der Hauptrisikofaktoren für Leberkrebs – die Hepatitis-C-assoziierte Zirrhose – reduziert werden!

Gleichzeitig werden aber immer öfter Karzinome anderer Ursachen gefunden (vielfach fettleberassoziiert oder

als Folge von Alkoholkonsum, zunehmend häufiger, aber auch ohne zugrunde liegende Lebererkrankung), teilweise auch in immer jüngeren Altersgruppen. Trotz der Erfolge in der Elimination von Hepatitis C haben sich die Neuerkrankungszahlen von Leberkrebs ebenso wie die Mortalität über die Jahrzehnte kaum verändert. Rund die Hälfte aller Betroffenen verstirbt im ersten Jahr nach Diagnose.<sup>9</sup>

**Relative Überlebensraten.** Die gastroenterologischen Karzinome zählen zu den aggressivsten Tumoren und werden meist erst in fortgeschrittenen Stadien diagnostiziert, sodass auch moderne Therapien

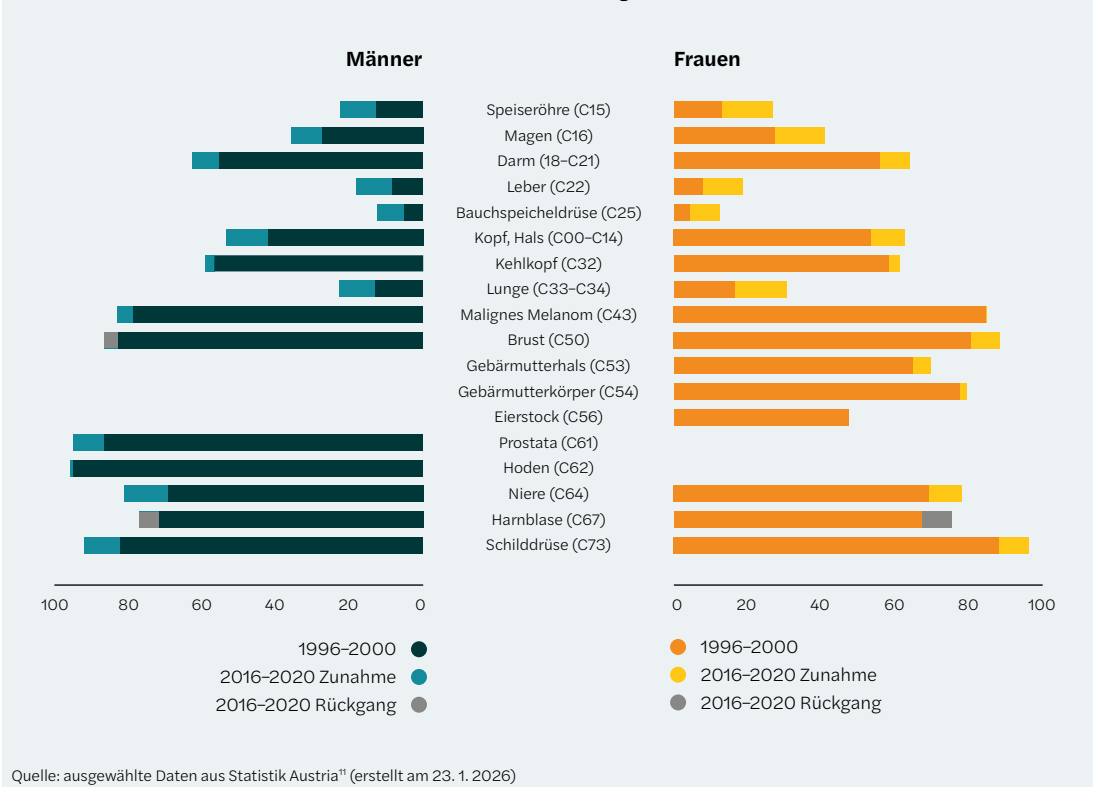
nur moderate Verbesserungen im Gesamtüberleben erzielen können. Relevante Kennzahlen, die im Österreichischen Krebsregister angeführt werden, sind daher die Langzeit-Überlebensraten (z. B. 1-Jahres-, 3-Jahres-, 5-Jahres-Überleben).

Trotz relativer Verbesserungen haben einige gastroenterologische Karzinome im Vergleich zu anderen großen Tumorentitäten weiterhin

die niedrigsten Langzeit-Überlebensraten (Abb. 6). Die niedrigste 3-Jahres-Überlebensrate hat immer noch

**Österreich:  
Jede:r 9. stirbt an  
einer Erkrankung oder  
einem Karzinom des  
Verdauungstraktes.**

Abb. 6: Relatives 5-Jahres-Überleben in Prozent [%], Veränderung von 1996–2000 zu 2016–2020<sup>11</sup>



Quelle: ausgewählte Daten aus Statistik Austria<sup>11</sup> (erstellt am 23. 1. 2026)



das Pankreaskarzinom mit gerade 17 %, gefolgt von Karzinomen der Leber und der Speiseröhre (rund 28 % bzw. 30 %). 5 Jahre nach Diagnose leben bei diesen drei Tumoren gerade noch knapp 13 % bzw. 18,5 % und 23 % der Betroffenen.<sup>9</sup>

## Ausgewählte Daten für Österreich

**Frühpensionen.** Im Jahr 2024 waren in Österreich 12.631 Neuzugänge zu Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit/dauernden Erwerbsunfähigkeit zu verzeichnen, davon 1.926 (= 15,2 %) wegen Krebserkrankungen. Von diesen lag der Grund bei 439 Personen an einer Krebserkrankung der Verdauungsorgane. Dazu kommen 106 Frühpensionen wegen Krankheiten des Magen-Darm-Traktes und 112 wegen sonstiger Krankheiten des Verdauungssystems. In Summe waren das 657 Personen (zu 71,2 % Männer), die wegen gastroenterologischer Erkrankungen oder Karzinome aus dem Berufsleben fielen.<sup>12</sup>

**Meldepflichtige Erkrankungen.** Wie erwähnt sind in allen eingangs zitierten europäischen Statistiken gastroenterologische Erkrankungen (K-Diagnosen nach ICD10, siehe Seite 24) und gastroenterologische Tumorerkrankungen ausgewertet, nicht jedoch Erkrankungen mit infektiöser Genese (z. B. bakterielle Magen-Darm-Infektionen). In Österreich sind auch für diese Erkrankungen (wie für andere gastroenterologische Erkrankungen) insgesamt keine Daten verfügbar,

**Tab. 7:** Ausgewählte meldepflichtige, gastroenterologisch relevante Erkrankungen, 2024, Österreich

Ausgewählte Erreger (anzeigepflichtige Krankheiten)	Gemeldete Fälle 2024
<i>Campylobacter</i> (Campylobakteriose)	6.855
<i>Clostridioides difficile</i> (CDI)	769
Hepatitis-B-Virus (Hepatitis B)	1.050
Hepatitis-C-Virus (Hepatitis C)	1.048
<i>Listeria monocytogenes</i> (Listeriose)	44
<i>Salmonella Paratyphi</i> (Paratyphus)	1
<i>Salmonella Typhi</i> (Typhus)	12
<i>Salmonella</i> , sonstige (Salmonellen-Infektionen)	1.416
Shigatoxin/Verotoxin (STEC/VTEC, Escherichia-coli-Infektion)	853
<i>Shigella</i> (bakterielle Ruhr)	276
<i>Yersinia enterocolitica</i> (Yersiniose)	90

Daten: nach Statistik Austria<sup>13</sup>

es sei denn, es handelt sich um anzeigepflichtige Erkrankungen. Tabelle 7 zeigt einen Überblick der gemeldeten Fallzahlen ausgewählter, gastroenterologisch relevanter Erkrankungen. Im Jahr 2024 wurden in Österreich 6.855 Fälle von bestätigten *Campylobacter*-Infektionen und 1.429 Fälle von Salmonellen-Infektionen (darunter 12-mal *Salmonella Typhi*) angezeigt.<sup>13</sup> Diese Zahlen dürften jedoch nur die Spitze des Eisbergs darstellen, die Dunkelziffer wird um ein Vielfaches höher geschätzt.

1 Position Paper 2026: „Making Digestive Health a Strategic EU Priority for Research, Innovation and Health System Resilience“; <https://ueg.eu/public-affairs/news#position-paper>

2 „Analysis of the burden and the economic impact of digestive diseases in the European Region“, White Book 2, Part 1, UEG – United European Gastroenterology, September 2022; <https://ueg.eu/p/267>

3 Burden, economic impact and research gaps: key findings from the Pan-European study on digestive diseases and cancers, UEG; <https://www.nxtbook.com/ueg/UEG/burden-economic-impact-and-research-gaps/index.php>

4 Rose TC et al., White Book 2 – Executive Summary; United European Gastroenterol J 2022; 10:659–664

5 Global Burden of Disease Collaborative Network. GBD results 2023; IHME – Institute for Health Metrics and Evaluation; <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>; letzte Abfrage: 22. 3. 2026

6 „Alcohol & Digestive Cancers Report“; UEG – United European Gastroenterology, 2018; <https://ueg.eu/publications>

7 State of Health in the EU, OECD 2023; [www.oecd.org/content/dam/oecd/de/publications/reports/2023/12/austria-country-health-profile-2023\\_bcf79c3f/89c72ba6-de.pdf](http://www.oecd.org/content/dam/oecd/de/publications/reports/2023/12/austria-country-health-profile-2023_bcf79c3f/89c72ba6-de.pdf)

8 „Nutrition and Chronic Digestive Diseases: An Action Plan for Europe“; UEG – United European Gastroenterology, 2019; <https://ueg.eu/publications>

9 Statistik Austria, Österreichisches Krebsregister; [www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheits-erkrankungen](http://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheits-erkrankungen) → Detailergebnisse, letzte Abfrage: 7. 4. 2026

10 Statistik Austria, Todesursachenstatistik, <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/gestorbene/todesursachen>; letzte Abfrage: 9. 4. 2026

11 Statistik Austria, [www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheits-erkrankungen](http://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheits-erkrankungen) → Detailergebnisse → Relatives Überleben → Relatives 5-Jahres-Überleben in Österreich zwischen 1996 und 2020 nach Lokalisation und Geschlecht (.ods); letzte Abfrage: 7. 4. 2026

12 Statistik Austria; <https://www.statistik.at/statistiken/arbeitsmarkt/arbeit-und-gesundheit/pensionen-der-geminderten-arbeitsfaehigkeit/erwerbsunfaehigkeit>; letzte Abfrage: 13. 3. 2026

13 Statistik Austria; [www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheitszustand/meldepflichtige-erkrankungen](http://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheitszustand/meldepflichtige-erkrankungen); letzte Abfrage: 13. 3. 2026

14 Fink H, Langselius O, Vignat J et al., Global and regional cancer burden attributable to modifiable risk factors to inform prevention. Nat Med 2026; <https://doi.org/10.1038/s41591-026-04219-7>

15 Maas SCE et al., Epigenetic fingerprints link early-onset colon and rectal cancer to pesticide exposure. Nat Med 2026. <https://doi.org/10.1038/s41591-026-04342-5>. Online ahead of print.

16 Sperber AD et al., Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. Gastroenterology 2021; 160(1):99–114.e3

# Ausbildung: Gastroenterologie und Hepatologie

## Universitäre Ausbildung

Mit den aktuellen Studienordnungen wurden die Curricula an den medizinischen Universitäten neu strukturiert und liegen in wesentlichen Teilen in deren Verantwortungsbereich. Gastroenterologische und hepatologische Inhalte werden nunmehr nicht *en bloc*, sondern longitudinal vermittelt. Dies geschah mit dem Ziel, Interdisziplinarität sowie fächerübergreifendes/integratives Denken der Studierenden zu fördern, und ist für unser vielfach organüberschreitendes Fach besonders wichtig, da es zahlreiche Nahtstellen und Schnittmengen zu anderen medizinischen Fächern (z. B. Endokrinologie, Rheumatologie und Immunologie, Dermatologie, Onkologie) zeigt. Die interdisziplinäre Betreuung von Patient:innen mit viszeralchirurgischen Abteilungen ist vielerorts gelebter Alltag und setzt eine hohe Bereitschaft zur Teamarbeit voraus.

**Die Attraktivität des Faches begründet sich insbesondere in seiner Breite und den vielfältig organüberschreitenden Inhalten.**

**Auch die klinisch-praktische Ausbildung** innerhalb des Medizinstudiums hat sich dramatisch gewandelt. So hat zum Beispiel die Sonographie als integraler Bestandteil der Gastroenterologie und Hepatologie zunehmend Raum in den Medizincurricula gefunden und ist vielerorts Teil der Pflichtlehre geworden. In Wahlfächern wird Simulationstraining für gastrointestinale Endoskopie angeboten. Die Medizincurricula unserer Universitäten entwickeln sich zudem zu einer kompetenzbasierten medizinischen Ausbildung mit ergebnisorientiertem Ansatz. Sie verfolgen einen kontinuierlichen Kompetenzaufbau mit identifizierbaren und objektiv bewertbaren Entwicklungsmeilensteinen. Diese basieren maßgeblich auf „*entrustable professional activities*“ (EPA), also einer in sich geschlossenen praktischen Einheit, wie z. B. „Durchführung einer Oberbauchsonographie“ oder „häufige Probleme im Zusammenhang mit Magensäure behandeln“, welche somit einen ganzheitlichen Ansatz für die Umsetzung von Lehrplänen und (über)prüfbareren Lernzielen und Kompetenzen bieten. Zudem wurde gemeinschaftlich ein Qualifizierungsprofil für Studierende im KPJ

(Klinisch-Praktisches Jahr) entwickelt und beschlossen.<sup>1</sup> Somit ist es möglich, spezifische Aufgaben mit unterschiedlicher Supervisionsintensität Lernenden zu übergeben, Autonomie zu fördern und Feedback zu erleichtern.

## Früher Kontakt zur Gastroenterologie und Hepatologie

Studierenden der Humanmedizin mit besonderem Interesse am Fach Gastroenterologie und Hepatologie bieten sich bereits während des Studiums vielfältige Möglichkeiten, sich in das Fachgebiet zu vertiefen. Im KPJ kann eine Ausbildung von bis zu 16 Wochen an einer Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie absolviert werden. Der Besuch von zahlreichen Fortbildungsveranstaltungen der ÖGGH (s. u.) ist für Studierende frei von Teilnahmegebühren. Zudem ermuntert die ÖGGH besonders Interessierte zu Initiativbewerbungen für die stark nachgefragte Summerschool der ÖGGH (s. u.). Zukünftige Entwicklungen mit Kern- und Mantelcurricula werden neue Studienwege für unser Fach an den Universitäten bieten.

## Vom Additivfach zum internistischen Sonderfach

Gastroenterologie und Hepatologie war bis 2015 ein sogenanntes Additivfach, das von Fachärzt:innen für Innere Medizin, zusätzlich – d. h. erst nach der abgeschlossenen Facharztausbildung in Innerer Medizin – absolviert werden konnte. Die Additivfachausbildung umfasste 3 Jahre.

Mit der reformierten Ärzteausbildungsordnung von 2015 (ÄAO 2015)<sup>2</sup> wurde mit Schaffung des neuen Sonderfaches „Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie und Hepatologie“ der Ausbildungsweg grundlegend geändert. Dieses umfasst nun neben der gesamten Inneren Medizin im Besonderen die Prävention, Diagnose, Behandlung und Nachbehandlung aller Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes, der Leber und des Pankreas einschließlich der diagnostischen und therapeutischen Verfahren.<sup>2</sup> Seit 1. Juni 2015 erfolgt die Ausbildung somit entsprechend der ÄAO 2015 im internistischen Sonderfach.

**Übergangsfrist.** Aktuell gilt für jene, die bereits eine Additivfachausbildung begonnen haben, eine Übergangsfrist bis 2030.



## Sonderfach „Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie und Hepatologie“

Als erster Teil der ärztlichen Ausbildung ist eine Basisausbildung von 9 Monaten zum Erwerb der klinischen Basiskompetenzen in chirurgischen und konservativen Fachgebieten zu absolvieren.<sup>2</sup>

**Sonderfachausbildung.** Nach der Basisausbildung ist eine zumindest 27-monatige Sonderfach-Grundausbildung in Innerer Medizin, gefolgt von einer zumindest 36-monatigen Sonderfach-Schwerpunktausbildung in Gastroenterologie und Hepatologie zu absolvieren (Abb. 1).<sup>2</sup>

In den 27 Monaten der Sonderfach-Grundausbildung Innere Medizin werden die grundlegenden Kenntnisse der gesamten allgemeinen Inneren Medizin erworben. Die Rotation in die verschiedenen Spezialfächer der Inneren Medizin ist verpflichtend.

In den 36 Monaten der Schwerpunktausbildung Gastroenterologie und Hepatologie werden alle speziellen Kenntnisse und Fähigkeiten des Faches vermittelt: Die spezifischen Ausbildungsinhalte umfassen die Diagnose und Behandlung sämtlicher gastroenterologischer und hepatologischer Erkrankungen, insbesondere von Ösophaguserkrankungen, von Magen- und Zwölffingerdarmkrankungen, von Pankreaserkrankungen, von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, von angeborenen, metabolischen, immunologischen, chronischen und akuten Lebererkrankungen, von Hepatitiden, von gastrointestinalen und hepatalen Infektionskrankheiten, von gastrointestinalen Tumoren, Pankreastumoren, Lebertumoren und neuroendokrinen Tumoren in interdisziplinärer Kooperation sowie die Indikationen für Lebertransplantation und das Management nach Lebertransplantation.<sup>3</sup>

Inkludiert sind zahlreiche komplexe fachspezifische Fähigkeiten – von funktionsdiagnostischen Untersuchungen über die Abdomen-Sonographie inkl. diagnostisch-therapeutischer Punktion bis zu fachspezifischen zytostatischen und immunmodulatorischen Behandlungen (Tumorthherapie etc.) sowie insbesondere die diagnostische und therapeutische gastrointestinale Endoskopie (Ösophagogastroduodenoskopie, die Koloskopie, inkl. Schlingenabtragung von Polypen, die endoskopische Therapie von GI-Blutungen sowie die Analgesiedierung etc.).<sup>3</sup>

**Facharztprüfung.** Um die Berufsberechtigung zur selbständigen Berufsausübung als Fachärzt:in für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie und Hepatologie erreichen zu können, muss neben dem erfolgreichen Absolvieren der Ausbildungsinhalte (dokumentiert in den Rasterzeugnissen<sup>3</sup>) verpflichtend die Facharztprüfung an der *Akademie der Ärzte* der Österreichischen

**Abb. 1:** Ausbildung zum/zur Fachärzt:in für Innere Medizin und Gastroenterologie und Hepatologie

<b>9 Monate</b> Basisausbildung	<b>63 Monate</b> Sonderfachausbildung „Innere Medizin und Gastroenterologie und Hepatologie“	
	<b>27 Monate</b> Sonderfach-Grundausbildung „Innere Medizin“	<b>36 Monate</b> Sonderfach-Schwerpunktausbildung „Gastroenterologie und Hepatologie“

Ärzttekammer (ÖÄK) abgelegt werden. Diese gliedert sich in 2 Teile: in eine Grundprüfung Innere Medizin und eine Schwerpunktprüfung Gastroenterologie und Hepatologie. Die inhaltliche Verantwortung für die mündlich-strukturierte Schwerpunktprüfung liegt bei der Prüfungskommission aus Mitgliedern der ÖGGH. Als besonderes Service bietet die ÖGGH ihren jungen Mitgliedern die Rückerstattung von Facharztprüfungsvorbereitungskurskosten (z. B. der DGVS) nach bestandener Prüfung. Nach erfolgreicher Ausbildung einschließlich absolvierter Facharztprüfung erfolgt die Anerkennung als Fachärzt:in für das Sonderfach Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie und Hepatologie durch die Österreichische Ärztekammer.

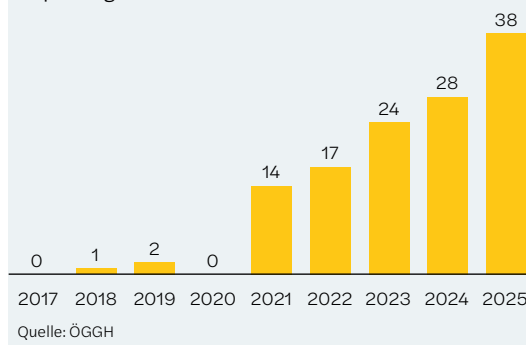
Die Teilnahmezahlen am Teil 2 (Schwerpunktprüfung Gastroenterologie und Hepatologie) sind in Abbildung 2 dargestellt. Seit Einführung der Prüfung 2017 (neue Ausbildungsordnung – ÄAO 2015) ist die Zahl der Kandidat:innen konstant gestiegen.

**Internationale Prüfung.** Insbesondere für junge Fachärzt:innen, die planen, internationale Erfahrung zu sammeln beziehungsweise internationale Benchmarks zu erreichen, bietet sich darüber hinaus die Möglichkeit, die European Specialty Exam in Gastroenterology and Hepatology (ESEGH)<sup>4</sup>, die europäische gastroenterologische Facharztprüfung, zu absolvieren. Die ESEGH ist in der Gastroenterologie und Hepatologie hoch angesehen und europaweit sowie darüber hinaus anerkannt. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, den Zugang zur Prüfung zu erleichtern und diese verstärkt zu integrieren, wurde von der ÖGGH 2025 ein neuer Beirat für Ausbildung und das European Board of Gastroenterology and Hepatology (EBGH) geschaffen.

## Attraktivität des Ausbildungsfaches

Die Attraktivität des Sonderfaches „Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie und Hepatologie“ begründet sich insbesondere in seiner Breite und den vielfältig organüberschreitenden Inhalten. Das Spektrum der Patient:innen umfasst alle – auch onkologische – Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, der Leber und des Pankreas und damit auch die Ernährungsmedizin und verschiedenste Stoffwechselerkrankungen. Das Fachgebiet bietet zahlreiche Nahtstellen zur Onkologie,

**Abb. 2:** Schwerpunktprüfung Gastroenterologie und Hepatologie: Teilnahmezahlen über die Jahre



Rheumatologie sowie Immunologie und Endokrinologie. In vielen Bereichen, wie bei den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen oder immunologischen Lebererkrankungen, übernehmen Gastroenterolog:innen die Behandlung junger Patient:innen nach dem Erwachsenwerden im Sinne einer Transition. Diese ausgeprägte Interdisziplinarität entspricht unserem modernen Medizinverständnis. Junge Kolleg:innen wollen sich als Teil eines interdisziplinären, oft multiprofessionellen Teams sehen. Darüber hinaus ermöglicht unser Fach, manuell Begabten und technisch Interessierten in Bereichen wie der gastrointestinalen Endoskopie, gastrointestinalen Funktionsdiagnostik und interprofessionellen/kombinierten Eingriffen (z. B. mit Chirurg:innen oder Radiolog:innen) ein hochinnovatives Handlungsfeld, welches von krankheitspräventiven minimalinvasiven Methoden

(z. B. der endoskopischen Entfernung von Krebsvorstufen oder Frühformen im GI-Trakt) bis hin zu anderen technisch hochkomplexen Eingriffen (z. B. Endosonographiegezielten Stenteinlagen beziehungsweise kombinierten Eingriffen mit Gallengangsspiegelungen) reicht.

Mit dieser breiten fachlichen Basis ermöglicht die Gastroenterologie und Hepatologie zudem mannigfaltige Möglichkeiten der Berufsausübung im stationären, ambulanten und selbständigen Bereich. Zusammen ergibt dies ein hochattraktives und vielfältiges Berufsbild, welches von akademisch-universitärer Medizin bis hin zur breiten Allgemeinversorgung reicht.

## Initiativen der ÖGGH zur Nachwuchsförderung

Die ÖGGH ist intensiv bemüht, die Breite des Faches dem gastroenterologischen Nachwuchs so gut wie möglich zu vermitteln. In einer Vielzahl von Fortbildungsveranstaltungen und Nachwuchsförderungen, welche für Studierende kostenlos sind, können Jungmediziner:innen ihre fachliche Begeisterung finden und entfalten, beispielsweise beim Frühling der Hepatologie, beim Kurs für klinische gastrointestinale Sonographie und beim Young ÖGGH Pre-Symposium. Letzteres findet jährlich vor dem nationalen Jahreskongress statt und bietet Ärzt:innen in Facharztausbildung die Möglichkeit, sich gezielt für die Facharztprüfung vorzubereiten. Das Curriculum der 2023 neu eingeführten Nachwuchsförderung zieht sich, analog zum Aufbau von „postgraduate courses“ großer internationaler Fachgesellschaften, über mehrere Jahre und deckt alle großen relevanten Teilbereiche der Gastroenterologie und Hepatologie, inklusive der gastrointestinalen Endoskopie, in Vorträgen, Workshops und Hands-on-Kursen ab.

Weitere Initiativen der ÖGGH setzen noch früher an. Im Format einer jährlich im September stattfindenden Summerschool der ÖGGH können Studierende und Jungärzt:innen über vier Tage die Gastroenterologie kennenlernen und sich gleichzeitig mit Ärzt:innen in Facharztausbildung bzw. Jungfachärzt:innen austauschen. Hiermit ermöglicht die ÖGGH, sich früh über unsere Facharztausbildung, Facharztprüfung und Berufsbild zu informieren.

### Arbeitsgruppe Young ÖGGH

Die Junge Arbeitsgruppe der Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie in Österreich (Young ÖGGH)<sup>5</sup> versteht sich als engagierte Plattform für Ärzt:innen in Ausbildung sowie junge Fachärzt:innen.

**Die Mission** ist es, die Vernetzung innerhalb der gastroenterologischen und hepatologischen Community österreichweit zu fördern und einen offenen, kollegialen Austausch zu ermöglichen. Gemeinsam soll die Exzellenz in Ausbildung und Patientenversorgung gefördert und die Zukunft der Gastroenterologie und Hepatologie in Österreich aktiv mitgestaltet werden:

- **aktiver Einsatz für kontinuierliche Evaluierung und nachhaltige Verbesserung** der fachärztlichen Ausbildung, indem Bedürfnisse sichtbar gemacht und innovative Ausbildungsformate unterstützt werden
- **Organisation und Weiterentwicklung hochwertiger Fortbildungsveranstaltungen** und praxisnaher Webinare, die aktuelles Wissen vermitteln und den Transfer in den klinischen Alltag erleichtern
- **gezielte Begleitung** der Mitglieder bei der Vorbereitung auf die Facharztprüfung durch strukturierte Lernangebote

### Wichtige Initiativen

- **Pre-Symposium der Young ÖGGH:** Ein eigener Tag für Nachwuchs-Gastroenterolog:innen vor der Jahrestagung, 2025: 100 Teilnehmende, Ziel ist Vorbereitung auf die Facharztprüfung.
- **Young-ÖGGH-Ausbildungsumfrage:** österreichweite Umfrage 2025 über die Zufriedenheit mit der Ausbildung
- **Summerschool der ÖGGH für Studierende:** seit 2022 in Summe bisher 108 Teilnehmende

- 1 Qualifikationsprofil Humanmedizin: Entrustable Professional Activities für das KPJ in Österreich. 2025; Medizinische Universität Graz, Medizinische Universität Wien, Medizinische Universität Innsbruck, Medizinische Fakultät der Johannes Kepler Universität, Linz (Hg.), 1. Auflage. Eigenverlag der Medizinischen Universität Graz
- 2 Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015) in der Fassung vom 12. 1. 2026
- 3 Österreichische Ärztekammer, ÖÄK, <https://www.aerztekammer.at/ausbildung-fachaerzte#anlage12> → Anlage 12.4, „Innere Medizin und Gastroenterologie und Hepatologie“; letzte Abfrage: 10. 1. 2026
- 4 European Specialty Examination in Gastroenterology and Hepatology (ESEGH); European Board of Gastroenterology and Hepatology (EBGH); <https://www.eubogh.org/exam/>; letzte Abfrage: 2. 3. 2026
- 5 <https://www.oeggh.at/arbeitsgruppen-young-oeggh/>



# Gastroenterologische Versorgung

Die „Gastroenterologie und Hepatologie“ ist ein Sonderfach der Inneren Medizin. Die Versorgung in Gastroenterologie und Hepatologie wird im Folgenden unter dem Begriff „gastroenterologische Versorgung“ zusammengefasst.

Die gastroenterologische Versorgung wird durch Fachärzt:innen für Innere Medizin mit dem Additivfach „Gastroenterologie und Hepatologie“ bzw. durch Fachärzt:innen des Sonderfaches „Innere Medizin und Gastroenterologie und Hepatologie“ gewährleistet (siehe Seite 14). Im Folgenden werden beide Gruppen unter dem Begriff „Gastroenterolog:innen“ subsumiert.

## Breites, hochspezialisiertes Fach

Das Fach der Gastroenterologie und Hepatologie ist eine große und in sich hochspezialisierte Fachrichtung. Die gastroenterologisch-hepatologische Versorgung umfasst das gesamte Spektrum der Vorsorge, Früherkennung, Diagnostik, interventionelle und medikamentöse Therapie und Nachbehandlung von Patient:innen mit Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes, der Leber und des Pankreas, inkl. der Vor- und Nachsorge bei viszeraler Transplantationsmedizin, insbesondere bei der Lebertransplantation. Dies inkludiert sämtliche Leistungen der gastrointestinalen Endoskopie, der konservativen und interventionellen Hepatologie, der Behandlung von chronischen Magen- und Darmerkrankungen, des diagnostischen und therapeutisch-interventionellen gastrointestinalen Ultraschalls, der gastrointestinalen Funktionsdiagnostik, der Ernährungs- und Stoffwechselmedizin, der gastrointestinalen und hepatologischen Infektionserkrankungen sowie der gastrointestinalen Onkologie.

**Herausforderungen in der Versorgung.** Die Komplexität und Schwere einzelner umrissener Krankheitsbilder (siehe Seite 4) und das hohe Ausmaß an spezialisierten interventionellen Tätigkeiten, die höchste Expertise erfordern, machen die Gastroenterologie und Hepatologie einerseits zu einem Spitalsfach. Andererseits zählen zur Gastroenterologie viele chronische Erkrankungen, die einer kontinuierlichen Versorgung im ambulanten Setting bedürfen und die ob ihrer Komplexität neben hoher Expertise vor allem auch Zeit in der Behandlung erfordern. Versorgungsrelevante Aufgaben und Herausforderungen liegen im niedergelassenen Bereich darüber hinaus insbesondere auch in der Früherkennung und im Screening. Gleichzeitig mangelt es hier im Primärversorgungsbereich vielfach an Awareness. Definierte Versorgungspfade und einheitliche bundesweite Strukturen fehlen ebenso wie einheitliche Kassentarife. Im niedergelassenen Bereich besteht

daher ein Mangel an auf kassenärztlicher Basis tätigen Gastroenterolog:innen.

Die Herausforderungen sind somit krankheitsspezifisch, aber auch bundesländerspezifisch äußerst heterogen.

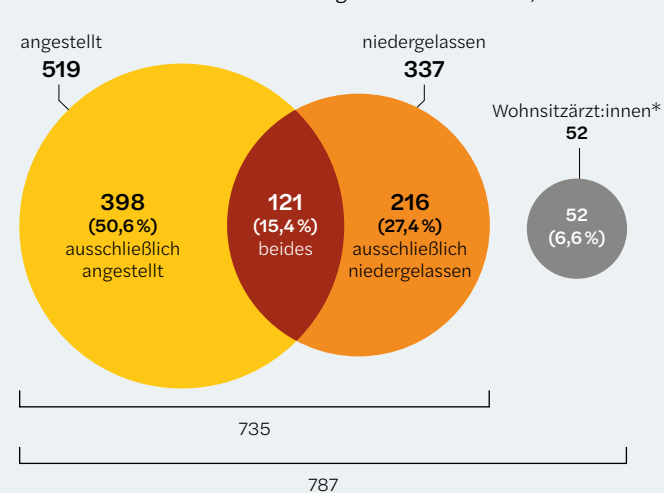
## Gefragte und attraktive Fachrichtung, in der viele Jungärzt:innen die Ausbildung anstreben.

Im Folgenden sollen zunächst die Eckdaten der gastroenterologischen ärztlichen Versorgung näher dargestellt und analysiert werden, im Anschluss daran werden die Herausforderungen der Versorgung unter besonderer Berücksichtigung einzelner Spezialbereiche dargestellt.

## Status quo: Fachärzt:innen für Gastroenterologie und Hepatologie

In der Statistik der Österreichischen Ärztekammer<sup>1</sup> sind in Summe 787 Fachärzt:innen als „Gastroenterolog:innen“ ausgewiesen. Der weitaus größte Teil (676) hat die Ausbildung als Additivfachausbildung (nach der Ausbildung zu dem/der Fachärzt:in für Innere Medizin) absolviert, 111 (das sind 14%) haben bereits die Sonderfachausbildung absolviert (Details zur Ausbildung siehe Seite 14). Abbildung 1 stellt eine Aufteilung der Tätigkeit dar.

Abb. 1: Gesamtzahl Gastroenterolog:innen in Österreich, 2026



Quelle: nach Daten der ÖÄK<sup>1</sup>, 2026, Auswertung: S. Hinger

\* Wohnsitzärzt:innen sind Ärzt:innen, die weder in einem Anstellungsverhältnis tätig sind noch eine eigene Ordination betreiben, aber im Ärzteregeister eingetragen sind. Eine mögliche Tätigkeit ist u. a. die Praxisvertretung oder gutachterliche Tätigkeiten, ebenso wie Schulärzt:innen. 39 der 52 als Wohnsitzärzt:innen erfassten Gastroenterolog:innen sind älter als 65 Jahre, 22 sind älter als 70 Jahre.

**Zu beachten ist**, dass diese Zahlen die formale Anzahl der Personen wiedergeben, die in der Ärzteliste erfasst sind und die eine Spezialisierung in „Gastroenterologie und Hepatologie“ abgeschlossen haben (davon eben der Großteil noch die Additivfachausbildung). Die Zahlen geben jedoch *keinen* Aufschluss darüber, ob – und wenn ja, in welchem Ausmaß – diese auch tatsächlich als Gastroenterolog:innen tätig sind. So haben viele Ärzt:innen eine Ausbildung in mehreren Additivfächern (siehe unten). In den im Folgenden zitierten Daten ist nur der Umstand ihrer Ausbildung erkennbar, aber nicht, in welchem Fach sie letztlich primär tätig sind.

Zu bedenken ist ferner, dass es sich um Kopffzahlen der in „Gastroenterologie und Hepatologie“ Ausgebildeten (jeden Alters) handelt, nicht um Vollzeitäquivalente. Der derzeit zunehmende, in vielen Fächern zu beobachtende Trend zur Teilzeittätigkeit wird daher in diesen Kopffzahlen ebenfalls nicht abgebildet.

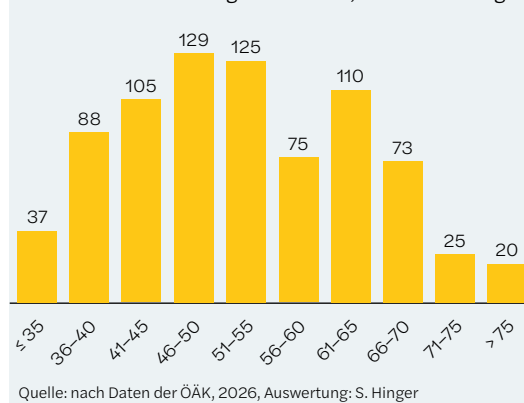
Trotz ihrer Limitationen geben die Daten der Ärztestatistik<sup>1-3</sup> einen guten Überblick über die Verteilung nach Ausbildung, Alter sowie Art der Tätigkeit und erlauben Rückschlüsse auf die Versorgungssituation.

## Demographische Details

**Altersstruktur.** Wie erwähnt sind in der Ärzteliste alle zur Berufsausübung berechtigten Ärzt:innen ungeachtet ihres tatsächlichen Tätigkeitsbereiches und -ausmaßes eingetragen. Die erwähnten Gesamtzahlen müssen daher zunächst unter dem Aspekt der Altersverteilung betrachtet werden: Wie aus Abbildung 2 ersichtlich, sind in der Gesamtzahl aller Gastroenterolog:innen 118 Personen erfasst, die bereits älter als 65 Jahre sind (von diesen sind 45 Personen älter als 70 Jahre). Um ein möglichst repräsentatives Bild der realen österreichischen gastroenterologischen Versorgungssituation über die Bundesländer hinweg zeichnen zu können, wurde in den weiteren Auswertungen die Altersgruppe bis inklusive 70 Jahre berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass viele Ärzt:innen jedenfalls bis zum offiziellen ÖGK-Kassenvertragsalter (welches derzeit bei 70 Jahren liegt) versorgungsrelevant tätig sind.

Betrachtet man die Altersverteilung im Detail, so fällt auf, dass von den verbleibenden 742 Personen (≤ 70 Jahre) 258 Gastroenterolog:innen älter als 55 Jahre sind. Das mediane Alter aller Gastroenterolog:innen (≤ 70 Jahre) liegt derzeit bei 51 Jahren. In den nächsten Jahren ist – trotz prognostizierter sinkender Ärztezahlen – von einer gewissen Verjüngung des Durchschnittsalters der Gastroenterolog:innen auszugehen, da mit der –Sonderfachausbildung nunmehr die Spezialisierung in Gastroenterologie (wie auch in den anderen internistischen Sonderfächern) in einem jüngeren Alter

**Abb. 2:** Gastroenterolog:innen 2026, Altersverteilung



abgeschlossen werden kann als früher, als eine Spezialisierung im Additivfach erst nach der Facharztausbildung im Fach „Innere Medizin“ (und oft auch nach einer Allgemeinmedizin-Ausbildung) möglich war.

Dazu kommt, dass sich wie erwähnt (Seite 14) das Fach „Gastroenterologie und Hepatologie“ als eine sehr gefragte und attraktive Fachrichtung präsentiert, in der viele Jungärzt:innen die Ausbildung anstreben – ein Umstand, der sich in der Altersverteilung in vergleichsweise hohen Ärztezahlen in jüngeren Jahrgängen und in einem verglichen mit anderen Fachrichtungen auch in einem etwas niedrigeren mittleren Alter niederschlägt (siehe Abb. 2).

## In welchem Setting tätig?

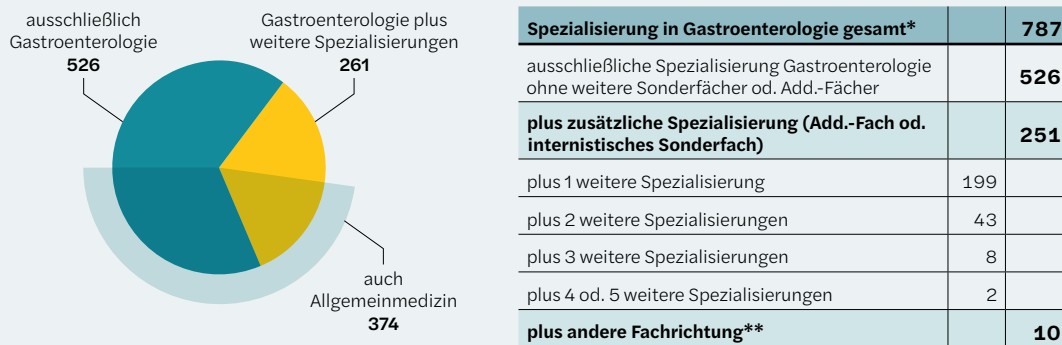
Wie aus Abbildung 1 ersichtlich, sind relativ viele der in „Gastroenterologie und Hepatologie“ ausgebildeten Ärzt:innen angestellt tätig. Demnach sind 398 von 787 (das sind knapp 51%) ausschließlich angestellt tätig. Dazu kommen 121 (15%), die zusätzlich zu ihrer Anstellung auch eine Ordination betreiben. In Summe sind damit 519 Gastroenterolog:innen (66%) angestellt tätig. Demgegenüber sind in ganz Österreich nur 216 (27,4%) ausschließlich selbstständig in ihrer Ordination tätig.<sup>1</sup>

## Mehrere Spezialisierungen (Additivfächer)

Nach Daten der Ärztekammer<sup>2</sup> hat ein Drittel aller erfassten Gastroenterolog:innen neben dem Fach „Gastroenterologie und Hepatologie“ noch andere Spezialisierungen (Abb. 3): 251 haben auch andere Additivfächer (oft auch mehrere), und 10 haben auch noch andere Sonderfächer (darunter 5 in Nuklearmedizin und 3 in Viszeralchirurgie). Konkret haben 199 Personen neben der Gastroenterologie noch 1 weiteres Additivfach, 42 haben 2 weitere, 10 haben 3 oder sogar mehr weitere Additivfächer. Es kann daher aus diesen Zahlen prinzipiell nicht abgeleitet werden, in welchem Ausmaß die 261 Personen (33%), die mehrere Spezialisierungen haben, tatsächlich primär gastroenterologisch tätig sind.<sup>2</sup>



**Abb. 3:** Gastroenterolog:innen mit zusätzlichen anderen Spezialisierungen



Quelle: Angaben der ÖÄK, Abfrage: A. Sinabell<sup>2</sup>; Auswertung und Darstellung: S. Hinger

\* 374 Gastroenterolog:innen sind auch Allgemeinmediziner:innen. Nicht gesondert berücksichtigt und dargestellt wurde in dieser Auflistung das Additivfach Geriatrie (68 Gastroenterolog:innen haben auch die Additivfachausbildung in Geriatrie).

\*\* plus andere Fachrichtung (tlw. zusätzlich auch noch weitere Add.-Fächer): Viszeralchirurgie (3), Unfallchirurgie (1), Nuklearmedizin (5), Hygiene (1)

Zu bedenken ist jedoch, dass viele, die eine Berufslaufbahn im klinischen Setting mit gastroenterologischem Fokus anstreben, neben der Spezialisierung in Gastroenterologie häufig auch eine Ausbildung in internistischer Intensivmedizin oder auch in Onkologie haben. Das zeigt sich letztlich auch bei der Auswertung der Kombinationen: Am häufigsten haben Ärzt:innen mit Spezialisierung in Gastroenterologie und Hepatologie auch eine Spezialisierung in Intensivmedizin (99: davon sind 70 in Einfachkombination, 29 in Mehrfachkombinationen), gefolgt von Endokrinologie (63), Hämatologie und internistischer Onkologie (53), Nephrologie (41) und Rheumatologie (36) (Tab. 1). Eine genaue Auflistung der Mehrfachkombinationen findet sich in den Erläuterungen der Abbildung 3.

Wie die rezente Datenabfrage der Ärztekammer zeigt, sind 374 aller in „Gastroenterologie und Hepatologie“ ausgebildeten Ärzt:innen darüber hinaus auch

Allgemeinmediziner:innen.<sup>2</sup> Das sind 47,5%. Es kann gemutmaßt werden, dass dies zu einem großen Teil deshalb der Fall ist, weil früher die Facharztausbildung vielfach erst nach dem sogenannten Turnus, d. h. nach der Ausbildung zu dem/der Allgemeinmediziner:in, erfolgte.

### Verteilung nach Bundesländern

Tabelle 2 zeigt die Anzahl der Gastroenterolog:innen gegliedert nach Bundesländern und Setting der Tätigkeit. Berücksichtigt sind alle in der Ärzteliste erfassten Gastroenterolog:innen im Alter ≤ 70 Jahre. Die Zahlen geben bereits einen ersten Eindruck der in den Bundesländern durchaus unterschiedlichen Versorgungssituation.

## *Das Fehlen kassenärztlicher Strukturen muss von Spitalsambulanzen und Wahlärzt:innen kompensiert werden.*

**Tab. 1:** Gastroenterolog:innen haben auch eine Spezialisierung in folgenden Fächern:

Intensivmedizin	99
Endokrinologie	63
Hämatologie und internistische Onkologie	53
Nephrologie	41
Rheumatologie	36
Kardiologie	18
Infektiologie (und Tropenmedizin)	4
Tropenmedizin	3
Angiologie	2
Klinische Pharmakologie	1
Internist. Sportheilkunde	1

Quelle: Angaben der ÖÄK, Abfrage: A. Sinabell<sup>2</sup>; Auswertung und Darstellung: S. Hinger

Exakte Daten darüber, wie viele Patient:innen letztlich in den einzelnen Bundesländern wie und wo im ambulanten Setting betreut werden, sind im österreichischen Gesundheitssystem weder für die Gastroenterologie noch für alle anderen Fächer verfügbar und lassen sich auch aus den Ärztezahlen nicht rückschließen. Mit der verpflichtenden Diagnosecodierung für Kassenärzt:innen, die zwar prinzipiell schon ab Beginn 2026 vorgesehen war und nun zumindest um ein halbes Jahr verschoben wurde, könnten sich künftig zumindest im Kassenbereich die Diagnosen und damit die Zahl der spezifischen – in diesem Fall gastroenterologischen – Patient:innen zuordnen lassen.

## Extramurale Versorgung

In Summe sind in Österreich 318 Gastroenterolog:innen (≤ 70 Jahre) im niedergelassenen Setting tätig (198 ausschließlich niedergelassen + 120, die sowohl niedergelassen als auch angestellt tätig sind). Wie Tabelle 3 zeigt, ist die Mehrheit (185 von 318) als Wahlärzt:innen tätig und hat keinen Kassenvertrag.

**Kassenärzt:innen.** Nur 99 der niedergelassenen Internist:innen mit Spezialisierung in Gastroenterologie, das sind 31%, haben einen ÖGK-Kassenvertrag. Weitere 34 haben ausschließlich kleine Kassen (10,7%). Erschwerend kommt bei der Interpretation hinzu, dass sich aus dem Umstand eines Kassenvertrages für Innere Medizin nicht ableiten lässt, in welchem Ausmaß tatsächlich spezifisch gastroenterologische Patient:innen betreut werden.

**Einheitliche bundesweite Strukturen fehlen ebenso wie einheitliche Kassentarife.**

Bedenkt man die Breite des Faches und die Prävalenz von gastroenterologischen Erkrankungen (siehe Seite 4), wird deutlich, dass es auch in der Gastroenterologie – wie in anderen internistischen Fächern – bundesweit zu wenig Kassenärzt:innen gibt und viele Patient:innen nicht im extramuralen Kassensetting betreut werden können (im besonderen Maße trifft das auf chronisch kranke Patient:innen zu; Details siehe unten). Das Fehlen ausreichender kassenärztlicher niedergelassener Strukturen muss zum einen durch Spitalsambulanzen, zum anderen durch Wahlärzt:innen kompensiert werden, denen daher auch Versorgungsrelevanz zukommt.

Bundesländerweise ist die Situation darüber hinaus sehr heterogen: Immer noch gibt es Regionen, in denen selbst im Wahlarztsetting keine niedergelassenen fachspezifischen Strukturen verfügbar sind und lange Wartezeiten etwa auch bei Vorsorgekoloskopien (siehe Seite 32) berichtet werden.

**Problem der ungleichen Honorierung.** Unzureichende kassenärztliche Strukturen und die bundesländerspezifisch heterogene Versorgungssituation sind nicht zuletzt auch die Folge davon, dass selbst in der Gastroenterologie – einem Fach mit vergleichsweise hohem Anteil an interventionellen Leistungen – bei chronischen Erkrankungen (siehe unten) in den Kassentarifen entsprechende Honorarpositionen fehlen. Darüber hinaus ist selbst dort, wo es adäquate Kassenpositionen – etwa für endoskopische Leistungen – gibt, die Honorierung bundesländerweise immer noch uneinheitlich: Immer noch gibt es keinen bundesweiten Kassen-Gesamtvertrag (wenngleich ein solcher zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Werkes wieder einmal angekündigt wird). So werden etwa selbst Koloskopien nicht in allen Bundesländern gleich dotiert. Während in einzelnen Bundesländern (z. B. Wien) beispielsweise die Kosten für die Sedierung gesondert abgegolten werden, gibt es in anderen Bundesländern dafür keine Honorarposition. Diese länderspezifischen Honorarunterschiede sind rational nicht erklärbar, die Honorare sollten daher angeglichen und vereinheitlicht werden.

Tab. 2: Verteilung der Gastroenterolog:innen (≤ 70 Jahre) in Österreich, 2026 – nach Bundesland, Setting der Tätigkeit und Geschlecht

Tätigkeit/ Geschlecht	B	K	N	O	S	ST	T	V	W	Ö
<b>nur Anstellung</b>	9	18	53	69	21	82	29	23	90	<b>394</b>
W	3	7	17	21	5	37	5	9	38	<b>142</b>
M	6	11	36	48	16	45	24	14	52	<b>252</b>
<b>Niederlassung + Anstellung</b>	3	12	10	20	8	14	1	5	47	<b>120</b>
W		4	1	5	3	2	1	1	13	<b>30</b>
M	3	8	9	15	5	12		4	34	<b>90</b>
<b>nur Niederlassung</b>	7	26	40	28	9	22	11	17	38	<b>198</b>
W	4	7	15	7		8	5	2	14	<b>62</b>
M	3	19	25	21	9	14	6	15	24	<b>136</b>
<b>Wohnsitz-ärzt:in</b>		2	4	3		8		1	12	<b>30</b>
W			2			3			7	<b>12</b>
M		2	2	3		5		1	5	<b>18</b>
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>19</b>	<b>58</b>	<b>107</b>	<b>120</b>	<b>38</b>	<b>126</b>	<b>41</b>	<b>46</b>	<b>187</b>	<b>742</b>
W	7	18	35	33	8	50	11	12	72	<b>246</b>
M	12	40	72	87	30	76	30	34	115	<b>496</b>

Quelle: Angaben der ÖÄK, Abfrage: A. Sinabell<sup>3</sup>



## Herausforderungen am Beispiel von Darmerkrankungen

Patient:innen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) sind chronisch kranke Menschen, die einer komplexen und aufwändigen fachspezifischen Betreuung bedürfen. Die Entwicklungen der letzten Jahre haben zwar zu einer rasanten Erweiterung der Behandlungsoptionen geführt, die modernen zielgerichteten Therapien sind jedoch äußerst komplex und erfordern eine aufwändige Therapieeinstellung sowie regelmäßige Überwachung. All diese zeitaufwändigen Leistungen werden in den Honorarkatalogen, die traditionell an apparativen Leistungen orientiert sind, jedoch nicht abgebildet. CED-Patient:innen werden nicht zuletzt mangels Abgeltung wenig im extramuralen Kassen-setting behandelt und müssen derzeit weitgehend spitalsambulant geführt bzw. im Wahlarzt-Setting betreut werden; die Biologika-Therapien erfolgen darüber hinaus oft in sogenannten Infusionsambulanzen der Sozialversicherungsträger.

Ein entscheidender Faktor, um CED-Patient:innen adäquat behandeln zu können, ist die rasche Verfügbarkeit innovativer medikamentöser Therapien (Biologika und andere zielgerichtete Therapien). Deren Aufnahme in den Erstattungskodex erfolgt in Österreich zwar im Allgemeinen relativ rasch, allerdings mit Indikations- und damit fachspezifischen Unterschieden und Einschränkungen, was sich konkret in Verzögerungen in gastroenterologischen Indikationen (verglichen mit rheumatologischen) zeigte. Mittlerweile wurde auch in der Indikation CED bei der Erstattung aufgeholt, und die derzeit zugelassenen Biologika sind kassenverschreibbar. Die rasche Verfügbarkeit auch von zukünftigen innovativen Therapien bleibt Ziel und Herausforderung.

**CED-Nurses:** Chronisch entzündliche Erkrankungen sind mit einem enormen Burden of Disease (siehe Seite 4), aber auch mit hohen Gesundheitskosten verbunden. Durch adäquate Versorgungsstrukturen könnten sowohl der Leidensdruck als auch Kosten nachhaltig reduziert werden (Stichworte: bessere Aufklärung, weniger Spitalsaufnahmen etc.). Wichtig wären u. a. niederschwellige Strukturen und die institutionalisierte bundesweite Etablierung von CED-Nurses, wie sie derzeit in ausgewählten Spitalsambulanzen und spezialisierten Ordinationen als erste Ansprechpartner:innen oder über die Patientenorganisationen (CED-Hotline, ÖMCCV etc.) tätig sind.

**Gesundheitspolitische Herausforderungen: Defizite bestehen vor allem in der Vorsorge und im Screening.**

Tab. 3: Niedergelassene Gastroenterolog:innen (≤ 70 Jahre)

Nieder-gelassene	B	K	N	O	S	ST	T	V	W	Ö
gesamt*	10	38	50	48	17	36	12	22	85	318

Kassen-ärzt:innen	B	K	N	O	S	ST	T	V	W	Ö
ÖGK-Ärzt:innen (+ kl. Kassen)	2	17	19	16	7	7	3	13	15	99
nur kleine Kassen		2	1	5	4	11	3		8	34

ohne Kassenvertrag	B	K	N	O	S	ST	T	V	W	Ö
Wahlärzt:innen	8	19	30	27	6	18	6	9	62	185

\* Das sind alle erfassten niedergelassenen Gastroenterolog:innen ≤ 70 Jahre (ausschließlich Niedergelassene plus die Gruppe jener, die niedergelassen und angestellt tätig sind).  
Quelle: Angaben der ÖÄK, Abfrage: A. Sinabell<sup>9</sup>

## Gastroenterologie: Unmet Needs

Die gesundheitspolitischen Herausforderungen im Hinblick auf gastroenterologische Erkrankungen sind vielfältig. Defizite bestehen insbesondere in der Vorsorge und im Screening.

## Fehlende strukturierte Vorsorge

**Darmkrebsvorsorge.** Zwar wurde mit der Kassenfinanzierung der opportunistischen Vorsorgekoloskopie schon 2005 ein Angebot zur Darmkrebsvorsorge geschaffen und 2022 ein nationales Konsensdokument für ein qualitätsgesichertes Darmkrebs-Screening-Programm publiziert, das neben der Koloskopie den FIT-Test als niederschwellige Alternative als gleichrangig empfiehlt (Details siehe Seite 32). Die Umsetzung im Sinne eines organisierten Screenings ist jedoch über regionale Pilotprojekte noch immer nicht hinausgekommen. Immer noch fehlen ein gesundheitspolitisches Konzept und die Etablierung eines strukturierten Screening-Programms für das gesamte Bundesgebiet.



**Weitgehend vernachlässigt** in der Vorsorgemedizin und in der Primärvorsorgung ist nach wie vor die Früherkennung von fortgeschrittenen Lebererkrankungen, insbesondere der stoffwechselbedingten Fettlebererkrankung (MASLD).

**Vorsorge, Früherkennung und Diagnose** werden darüber hinaus generell auch durch die heterogene Kassenabrechenbarkeit von einzelnen Laborparametern in den Bundesländern erschwert. Ein Beispiel dafür sind die Hepatitis-PCR-Untersuchungen, die beispielsweise in der Steiermark im niedergelassenen Bereich nicht kassenrefundiert werden. Ein weiteres Beispiel sind Calprotectin-Bestimmungen aus dem Stuhl, die sowohl zur Früherkennung als auch zur Verlaufskontrolle von CED relevant sind, in den Bundesländern aber an unterschiedliche Kriterien geknüpft sind (z. B. fachgruppenspezifische Zuweisungen etc.) und damit nicht einheitlich refundiert werden.

## Herausforderung Fettlebererkrankung

Wie im Kapitel „Epidemiologie und Burden of Disease“ erläutert, gilt die MASLD als herausfordernde Erkrankung (Seite 4), die häufig erst sehr spät im weit fortgeschrittenen Stadium bei Vorliegen einer höhergradigen Fibrosierung – und damit bereits mit einem erhöhten

Risiko für Spätfolgen wie Zirrhose und hepatozelluläres Karzinom – diagnostiziert wird. Defizite bestehen abgesehen von der fehlenden Awareness für Prävention (Stichwort: Alkohol und „western diet“) vor allem in der Früherkennung. Dazu kann ein einfacher Rechenwert, der Fibrosis-4-Index (FIB-4), der sich aus 4 Routineparametern (den beiden Leberparametern ALT und AST, der Thrombozytenzahl und dem Alter) errechnen lässt, verwendet werden. Mithilfe dieses Scores kann eine höhergradige Fibrosierung relativ treffsicher ausgeschlossen bzw. der Hinweis auf eine solche gegeben werden. Dieser FIB-4-Score sollte als einfaches Tool in der Primärvorsorgung etabliert und zum Screening genutzt werden, um jene Personen mit Verdacht auf höhergradige Leberfibrose zu identifizieren, die einer weiteren spezialisierten Abklärung bedürfen.

Personen mit erhöhtem Risiko für eine Leberfibrose sollten fachärztlich weiter abgeklärt werden. Zwar lässt sich das Fibroestadium der Leber relativ gut nichtinvasiv (d. h. ohne Biopsie) entweder mit der Leber-Elastographie – einer spezialisierten Ultraschalluntersuchung – oder mit einer kombinierten Biomarker-Bestimmung (ELF-Test) abschätzen. Die Methoden sind jedoch nicht flächendeckend verfügbar bzw. wird die Leber-Elastographie im niedergelassenen Bereich nicht refundiert und kann daher nur als Privatleistung angeboten werden, was zu relevanten Kosten für die Patient:innen führt.

### Modell der abgestuften Versorgung im Spitalsbereich

#### Stufe 1 Gastroenterologisches Standardversorgungszentrum

- Krankenanstalt mit Abteilung für Innere Medizin mit zumindest 1 Ausbildungsstelle für das Sonderfach „Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie und Hepatologie“
- *Anforderungen:* endoskopische Standardversorgung (Gastroskopie und Koloskopie inkl. Standardinterventionen, z. B. Polypektomie, während der Kernarbeitszeit), gastrointestinaler Ultraschall, CT, Kooperation mit Zugang zu ERCP, Endosonographie, MR, MRCP, PET, Funktionsdiagnostik. Spezialambulanzen für Darmerkrankungen und Lebererkrankungen
- weiterführende spezielle Interventionen je nach Expertise und Angebot möglich; Kooperation mit einem gastroenterologischen Referenzzentrum (GARZ) mandatorisch

#### Stufe 2 Gastroenterologisches Referenzzentrum

- Krankenanstalt mit Abteilung für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie und Hepatologie unter der Leitung von Fachärzt:innen für Gastroenterologie und Hepatologie
- Betreuung *aller* Erkrankungen des Verdauungstraktes, insbesondere jener, die mit hohem diagnostischem und therapeutischem Aufwand und dazu nötiger Expertise verbunden sind
- *Anforderungen:* 24/7 verfügbar: endoskopische kooperative interdisziplinäre Versorgung von gastrointestinalen Blutungen, Gallenwegs-/Pankreas-erkrankungen (mit ERCP, siehe Seite 29) inkl. interventioneller Radiologie und Viszeralchirurgie; Durchführung spezialisierter endoskopischer Abklärungsmethoden (Endosonographie, Kapselendoskopie, Dünndarmenteroskopie) und interventionell-endoskopischer Maßnahmen inklusive endosonographisch gesteuerter Interventionen; Spezialambulanzen für Leber-, Ösophagus-, Magen-, Pankreas- und Darmerkrankungen sowie gastrointestinale Funktionsdiagnostik (Manometrie, pH-Metrie)
- viszeralmedizinische Boards mandatorisch



## Ziel: strukturierte gastroenterologische Versorgung

Am Beispiel der fehlenden Awareness für Lebererkrankungen zeigen sich nicht nur Herausforderungen und Defizite in der Vorsorgemedizin, sondern es wird auch die Notwendigkeit eines patientenzentrierten integrativen gastroenterologisch-hepatologischen Versorgungskonzeptes besonders deutlich. Derzeit fehlt im österreichischen Gesundheitssystem – wieder mit regionalen Ausnahmen und unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen – ein abgestuftes Versorgungskonzept mit klarem Versorgungsauftrag im Hinblick sowohl auf einen Step-up-Prozess (von der Primärversorgung über die fachärztliche Versorgung zur mehrstufigen Spitalsversorgung) als auch auf einen Step-down-Prozess, was bedeutet, dass es für hochspezialisierte Spitalsabteilungen de facto vielfach keine extramuralen Ansprechpartner:innen mit verpflichtendem Versorgungsauftrag gibt, an die gastroenterologische Patient:innen nach einer stationären Behandlung übergeben werden können.

Die Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH) hat wiederholt auf diese Herausforderungen hingewiesen und plädiert daher für die Etablierung eines abgestuften gastroenterologischen Versorgungskonzeptes. Dieses ist aufgrund des breiten klinischen Spektrums und der Komplexität in Diagnostik und Therapie von gastroenterologisch-hepatologischen Erkrankungen zur Sicherstellung einer optimalen qualitätsgesicherten Patientenversorgung und zum optimalen Ressourceneinsatz notwendig und muss daher dringend auch im ÖSG (Österreichischen Strukturplan Gesundheit) Berücksichtigung finden!

Die ÖGGH hat ein integriertes Versorgungsmodell erarbeitet, das insbesondere auch eine abgestufte Spitalsversorgung vorsieht (Kasten 1). Differenziert wird zwischen gastroenterologischen Zentren der Standardversorgung (mit Spezialambulanzen für Darm- sowie Lebererkrankungen

**Die ÖGGH hat ein integriertes Versorgungsmodell erarbeitet, das eine abgestufte Spitalsversorgung vorsieht.**

und einem breiten Angebot von Standardinterventionen wie Endoskopie, Endosonographie, Bildgebung und Funktionsdiagnostik) und darauf aufbauend gastroenterologischen Referenzzentren, die in der Behandlung komplexer Krankheitsbilder über höchste Expertise verfügen und hochspezifische interventionelle und operative Leistungen (Beispiele siehe Tab. 4) erbringen.

Nur mit einem abgestuften Versorgungskonzept sind die zahlreichen zukünftigen Herausforderungen gut zu meistern.

**Tab. 4:** Beispiele für interventionelle Leistungen der Gastroenterologie und Hepatologie

### – Endoskopische Diagnostik und Therapie

- Koloskopie/Rektoskopie/Sigmoidoskopie etc. (jeweils mit/ohne Polypektomie)
- Gastroskopie/Ösophagogastroduodenoskopie (mit/ohne Polypektomie)
- endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) etc.
- Dünndarm: Kapselendoskopie/Doppelballendoskopie etc.
- endoskopische bildgebungskontrollierte Implantation von Stents in Ösophagus/Magen/Duodenum, Pankreas/Dünndarm/Kolon
- Anlage und Wechsel von PEG-Sonden; endoskopisches Legen von Jejunalsonde
- endoskopische Mukosektomie
- endoskopische Blutstillung/Varizenligatur/Bougierung/Fremdkörperentfernung etc.

### – Sonographie

- Oberbauch/Unterbauch/Endosonographie
- Leber-Elastographie

### – Ultraschall-gezielte Organbiopsie (endoskopisch oder perkutan)

### – Ösophagus-Manometrie, pH-Metrie etc.

### – Lebervenenkatheter und Pfortader-Druckmessung

### – Leberfunktionstest und vieles mehr

Quelle: Auszug aus dem Leistungskatalog BMASGPK 2026 – Codierung ambulant<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Österreichische Ärztekammer, Stand: 28. 1. 2026, Abfrage: Mag. Anton Sinabell (ÖÄK)

<sup>2</sup> Daten der Ärztekammer zu Spezialisierungen, Stand: 28. 1. 2026 – auf Personenebene – ordentliche Eintragungen; Abfrage: Mag. Anton Sinabell (ÖÄK)

<sup>3</sup> Österreichische Ärztekammer, Auswertung der Altersgruppe ≤ 70 Jahre mit Stand 28. 1. 2026, Abfrage: Mag. Anton Sinabell (ÖÄK), 17. 3. 2026

<sup>4</sup> Leistungskatalog BMASGPK 2026 – Codierung ambulant, www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2026/Kataloge-2026.html; letzte Abfrage: 20. 3. 2026

# Gastroenterologische und hepatologische Leistungsdaten

Mehr als 12% aller Spitalsaufnahmen erfolgen wegen gastroenterologischer Hauptdiagnosen. Im Jahr 2024 wurden in Österreich mehr als 258.000 stationäre Spitalsaufenthalte wegen gastroenterologischer Erkrankungen und Karzinome verzeichnet.<sup>1</sup>

Um einen Überblick über die Häufigkeit gastroenterologischer Diagnosen im stationären Bereich

zu vermitteln, werden im Folgenden einige von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erfasste Daten exemplarisch dargestellt. Diese beruhen auf einer Auswertung der Entlassungsdiagnosen nach stationären Krankenhausaufenthalten in österreichischen Akutkrankenanstalten.<sup>1</sup> Abgefragt wurden gastroenterologisch relevante Diagnosen\* nach 3-stelligen ICD-10-Diagnosecode-Gruppen\*\*.

Erfasst sind die Zahlen der im jeweiligen Kalenderjahr erfolgten Entlassungen, d. h., Spitalsaufenthalte werden in jenem Jahr gewertet, in das die Entlassung fällt. Betrachtet wurden in den Auswertungen ausschließlich **Hauptdiagnosen** (= Entlassungsdiagnosen), die als solche zwingend erfasst werden müssen. Gastroenterologische Erkrankungen sind häufig und stellen bei vielen Spitalspatient:innen auch Zusatzdiagnosen dar. Da Zusatzdiagnosen jedoch nur optional zu dokumentieren sind und regional auch unterschiedlich erfasst werden, wurde auf ihre Darstellung verzichtet, da ihre Interpretation wegen fehlender Vollständigkeit zu Fehleinschätzungen führen könnte.

Tab. 1: Relative Veränderung der Krankenhaushäufigkeit<sup>1,3</sup>

		2010	2016	2020	2024
K20–K93	Anzahl Aufenthalte	220.403	219.387	165.152	186.736
	Aufenthalte pro 100.000 EW	2.639,04	2.521,55	1.855,42	2.038,88
	Anteil [%], indiziert mit 2010	100,0%	95,5%	70,3%	77,3%
C15–C26	Anzahl Aufenthalte	67.690	77.041	52.208	54.365
	Aufenthalte pro 100.000 EW	810,50	885,48	586,54	593,59
	Anteil [%], indiziert mit 2010	100,0%	109,3%	72,4%	73,2%
A00–A09	Anzahl Aufenthalte	23.935	23.506	13.033	17.236
	Aufenthalte pro 100.000 EW	286,59	270,17	146,42	188,19
	Anteil [%], indiziert mit 2010	100,0%	94,3%	51,1%	65,7%

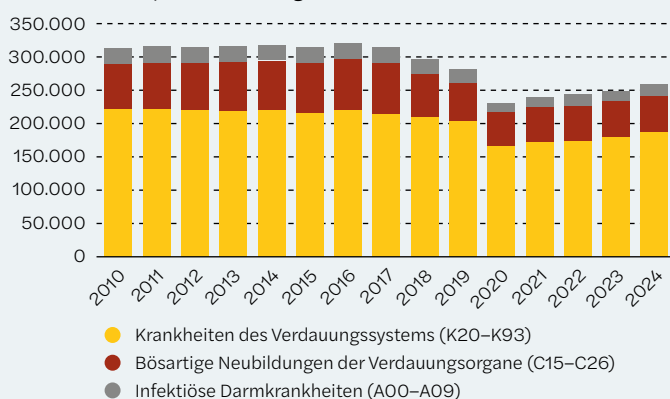
Quelle: Daten GÖG, Abfrage und Auswertung: F. Röthlin (GÖG), Indexierung und Darstellung: S. Hinger<sup>3</sup>

## Stationäre Aufenthalte mit gastroenterologischer Hauptdiagnose

Abgefragt wurden folgende Diagnosecode-Gruppen: K20–K93 („Krankheiten des Verdauungssystems“), C15–C26 („Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane“) sowie A00–A09 („Infektiöse Darmkrankheiten“).

Österreichweit gibt es eine enorm hohe Zahl an Patient:innen, die wegen gastroenterologischer Erkrankungen oder Karzinome einer stationären Behandlung bedürfen, sei es konservativ oder chirurgisch. Im Jahr 2024 wurden 186.736 Entlassungen nach stationären Aufenthalten wegen Erkrankungen des Verdauungssystems (K20–K93) sowie 54.365 nach Aufenthalten wegen gastroenterologischer Karzinome (C15–C26) und 17.236 nach Aufenthalten wegen infektiöser Darmkrankheiten (A00–A09) erfasst.<sup>1</sup> Jeder 8. stationäre Aufenthalt in einer Akutkrankenanstalt erfolgte wegen einer gastroenterologischen Hauptdiagnose.<sup>1–3</sup>

Abb. 1: Anzahl Spitalsentlassungen im Zeitverlauf<sup>1</sup>



Quelle: Daten nach GÖG<sup>1</sup>

\* Abgefragt wurden die ICD-10-Diagnosecode-Gruppen: K20–K93 („Krankheiten des Verdauungssystems“), C15–C26 („Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane“) sowie A00–A09 („Infektiöse Darmkrankheiten“).

\*\* ICD-10 ist eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Seit 1. Jänner 1989 sind in Österreichischen Krankenhäusern die Entlassungsdiagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Patient:innen bundeseinheitlich nach der von der WHO veröffentlichten Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) in der jeweils aktuellen Fassung des für Gesundheit zuständigen Bundesministeriums zu erfassen. Das systematische Verzeichnis in der aktuellen Fassung ist auf der Website des Sozialministeriums abfragbar.<sup>4</sup>



## Stationäre Aufenthalte im Zeitverlauf

Ein Vergleich der Entlassungsstatistiken von 2010 bis 2024 zeigt ab 2016 einen sukzessiven Rückgang stationärer Fälle sowie einen auffälligen, vermutlich pandemieassoziierten Zeitreihenbruch im Jahr 2020. Gewichtet mit der Einwohnerzahl und indexiert mit den Werten von 2010 ist das für die Summe aller gastroenterologischen Erkrankungen und Karzinome ein Rückgang auf 69,3% im Jahr 2020 (Pandemie) mit einem nachfolgenden Anstieg auf 75,5% im Jahr 2024 – bezogen auf den Ausgangswert im Jahr 2010 (Tab. 1). In Abbildung 1 ist die Anzahl der Entlassungen im Zeitverlauf ab 2010 dargestellt.<sup>1,3</sup>

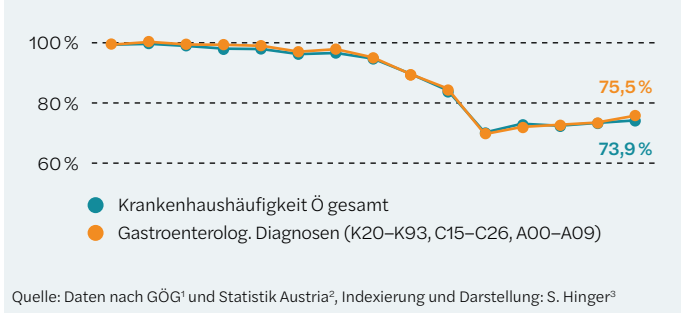
Um die Veränderung der Krankenhaushäufigkeit wegen gastroenterologischer Erkrankungen oder Karzinome interpretieren zu können, muss diese zunächst im Bezug zum Verlauf der Gesamtkrankenhaushäufigkeit in Österreich betrachtet werden. Die Gesamtzahl aller stationären Entlassungen aus österreichischen Akutkrankenhäusern (chirurgisch und konservativ) lag in Österreich von 2010 bis 2016 bei rund 2,6 Millionen, sank ab 2016 bis 2019 sukzessive ab und erreichte im Jahr 2020 einen (pandemieassoziierten) Tiefpunkt mit 1,95 Millionen. Im Jahr 2024 wurden in Summe 2,1 Millionen Entlassungen nach stationären Aufenthalten verzeichnet.<sup>2</sup> Gewichtet mit der Einwohnerzahl und indexiert mit 2010 zeigt sich von 2010 bis 2024 eine Veränderung der Gesamtkrankenhaushäufigkeit von 100% auf 73,9% im Jahr 2024.<sup>2,3</sup>

Der generelle sukzessive Rückgang seit 2016 muss vor allem vor dem Hintergrund der Verschiebung von stationären zu ambulanten Behandlungen interpretiert werden, die zum einen auch geänderte Verrechnungsmodelle widerspiegelt (z. B. Abrechenbarkeit von medizinischen Einzelleistungen im ambulanten Sektor), zum anderen die zunehmende Verfügbarkeit moderner effektiver Therapien, die ambulant verabreicht werden können, reflektiert.

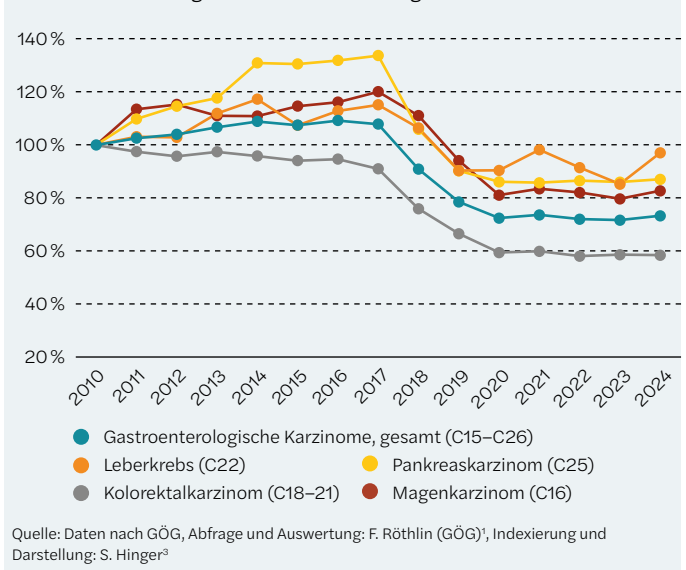
Wie in Abbildung 2 dargestellt, folgt der Kurvenverlauf der Gesamtgruppe gastroenterologischer Diagnosen fast deckungsgleich der österreichischen Gesamthäufigkeit sämtlicher Aufenthalte in Akutkrankenhäusern, was angesichts der großen und heterogenen Gruppe an gastroenterologischen Erkrankungen und Karzinomen sowohl mit chirurgischen als auch mit konservativen Behandlungen erwartbar war.<sup>1-3</sup>

Ein differenziertes Bild zeigt sich bei Betrachtung ausgewählter Erkrankungen im Detail.<sup>1,3</sup> Die Abbildungen 3 und 4 geben einen anschaulichen Überblick über die relative Veränderung der Krankenhaushäufigkeit für ausgewählte gastroenterologische Erkrankungsgruppen sowie Karzinome und zeigen, dass die Krankenhaushäufigkeit im Zeitverlauf krankheitsspezifisch sehr unterschiedlich ist.<sup>1,3</sup>

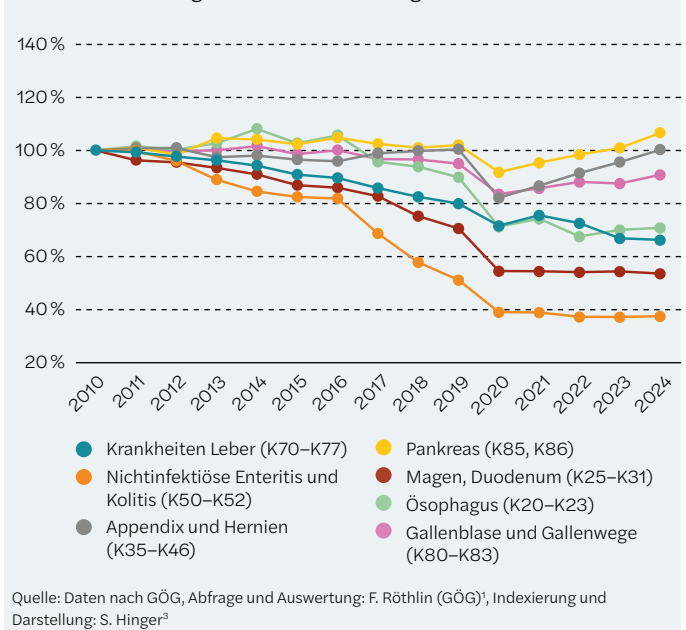
**Abb. 2:** Relative Veränderung der Krankenhaushäufigkeit gastroenterologischer Diagnosen im Vergleich zur Gesamthäufigkeit<sup>1-3</sup>



**Abb. 3:** Ausgewählte gastroenterologische Karzinome: relative Veränderung der Krankenhaushäufigkeit im Zeitverlauf<sup>1,3</sup>



**Abb. 4:** Ausgewählte gastroenterologische Erkrankungen: relative Veränderung der Krankenhaushäufigkeit im Zeitverlauf<sup>1,3</sup>



## Interpretation

Während sich die Zahl stationärer Aufenthalte bei vielen, insbesondere schweren Erkrankungen im Vergleichszeitraum nur geringfügig verändert hat oder sogar konstant geblieben ist (wie etwa bei Pankreas- und Gallenerkrankungen, aber auch bei den meisten Karzinomen), ist bei einzelnen Erkrankungen ein stärkerer Rückgang zu beobachten.

Auffällig ist beispielsweise ein starker Rückgang der Krankenhaushäufigkeit bei nichtinfektiösen Darmerkrankungen (K50–K52), zu denen auch die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zählen. Es ist davon auszugehen, dass dieser starke Rückgang unter anderem mit der Verfügbarkeit moderner Therapien (Biologika) und der Etablierung effektiver Therapiekonzepte korreliert, die es ermöglichen, dass Patient:innen auch im ambulanten Bereich effektiv behandelt werden können.

### **Jeder 8. stationäre Aufenthalt erfolgt wegen einer gastroenterologischen Hauptdiagnose.**

Erkrankungen, deren Inzidenz weitgehend stabil ist und deren Behandlung primär chirurgisch und damit stationär erfolgen muss, wie etwa Appendizitis (Blinddarmentzündung), zeigen relativ konstante Krankenhaushäufigkeiten.

**Trotz der bekannten Limitationen** einer Betrachtung auf Basis aggregierter Leistungsdaten ist davon auszugehen, dass Veränderungen in der

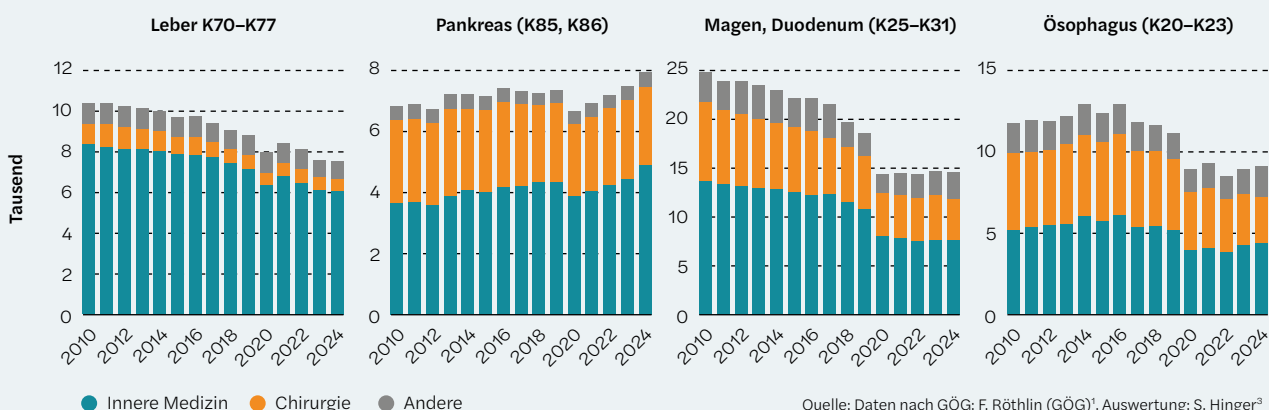
dokumentierten Krankenhaushäufigkeit von einer Vielzahl an Einflussfaktoren geprägt sind. Dazu können einerseits veränderte Prävalenzen sowie der medizinische Fortschritt, der auch mit einer Ausweitung spitalsgebundener Behandlungsoptionen einhergeht, zählen, andererseits, wie erwähnt, auch ein zunehmender Trend zur Ambulantisierung. Darüber hinaus spiegeln sich darin auch Veränderungen der Dokumentations- und Abrechnungsregeln wider. So können beispielsweise verschiedene kostenintensive onkologische Therapien, für die mittlerweile entsprechende ambulante Leistungs-codes<sup>4</sup> etabliert wurden, von Krankenanstalten auch ambulant erbracht und abgerechnet werden.

## Auswertung nach behandelnder Fachrichtung

Detailabfragen der Entlassungsstatistiken ermöglichen die Betrachtung nach entlassender Fachrichtung (Innere Medizin, Chirurgie, andere).<sup>1</sup> In den Abbildungen 5 und 6 sind die Entlassungszahlen, gesplittet nach Fachrichtung für ausgewählte Erkrankungen, dargestellt.

Zu beachten ist, dass unter der Abteilungsbezeichnung Innere Medizin sowohl allgemeininternistische Abteilungen als auch spezialisierte Abteilungen sämtlicher Sonderfächer der Inneren Medizin subsumiert sind. Hier sind neben Abteilungen mit Spezialisierung in Gastroenterologie und Hepatologie im Falle gastroenterologischer Karzinome vor allem Abteilungen für internistische Onkologie zu nennen. Alle anderen nicht-internistischen und nichtchirurgischen Fachrichtungen sind unter der Bezeichnung „andere“ zusammengefasst. Hier kommen etwa pädiatrische und kinderchirurgische Abteilungen, aber auch Abteilungen mit sogenanntem gemischtem Belag und auch interdisziplinäre Palliativstationen in Betracht.

Abb. 5: Ausgewählte gastroenterologische Erkrankungen: Aufenthalte nach entlassender Fachrichtung<sup>1,3</sup>





## Komplexe Leistungen und Interventionen

Gastroenterologische Erkrankungen erfordern viele komplexe Leistungen und Interventionen – von funktionsdiagnostischen Untersuchungen über die Abdomen-Sonographie (Ultraschall) bis zur diagnostischen und therapeutischen Endoskopie, darunter etwa die Koloskopie und Gastroskopie sowie die modernen Techniken der Endosonographie (siehe Seite 29), die zunehmend auch chirurgische Eingriffe ersetzen können.

### Leistungsdaten aus Österreich

Wie viele dieser Leistungen werden nun in Österreich pro Jahr durchgeführt? Im Folgenden werden einige von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erfasste Daten<sup>5</sup> zu medizinischen Leistungen exemplarisch dargestellt.

Zu beachten ist, dass nur jene spezifischen Leistungen abgefragt werden können, die im Leistungsverzeichnis<sup>6</sup> des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) auch gelistet sind. Moderne hochkomplexe Leistungen, wie sie etwa im Kapitel „Endoskopie: Fortschritte bei minimal-invasiven Therapieverfahren“ vorgestellt sind (Seite 29), haben oft noch keine Codierung und können daher nicht gesondert abgerechnet und damit auch nicht abgefragt werden. Zu beachten ist weiters, dass es sich um statistische Leistungsdaten (eigentlich Verrechnungsdaten) handelt, die zum einen die Dokumentationsregeln, zum anderen aber auch die Codierungspraxis widerspiegeln.

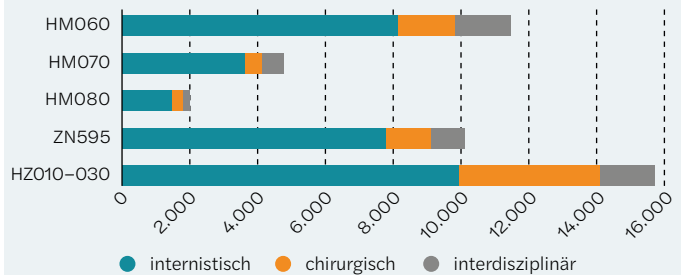
Abgefragt wurde die Anzahl der im Jahr 2023 erbrachten Leistungen nach Behandlungsart (stationär, spitalsambulant oder extramural ambulant) und gesplittet nach leistungserbringender Fachrichtung (internistisch, chirurgisch, sonstige). Während intramural

Tab. 2: Auswahl erfasster Leistungen 2023<sup>5</sup>

Erfasste Leistungen 2023	Anzahl	Anteil		
		stationär	spitalsambulant	
<b>ERCP</b>	HM060	<b>11.457</b>	96 %	4 %
zusätzlich: Extraktion Konkrement Gallenwege	HM070	<b>4.774</b>	96 %	4 %
zusätzlich: Implantation Metallstent Gallenwege	HM080	<b>1.996</b>	97 %	3 %
<b>Endosonographie</b>	ZN595	<b>10.108</b>	62 %	38 %
Organbiopsie endosonogr.	ZN015	<b>1.026</b>	82 %	18 %
<b>endoskopische Blutstillung, Varizenligatur/Koagulation von Gefäßektasien, Bougierung am GI-Trakt, Gewebesentfernung</b>	HZ010, HZ015, HZ020, HZ030	<b>15.739</b>	78 %	21 %
<b>endoskopische bildgebungs-kontrollierte Implantation metallischer Stents/Stentgrafts</b>	HE025, HF025, HG025, HH025	<b>1.185</b>	96 %	4 %
<b>endoskop. Submukosa-Dissektion: Magen, Kolon; endoskop. Vollwandresektion: Kolon</b>	HH022, HF022, HH023	<b>350</b>	100 %	0 %

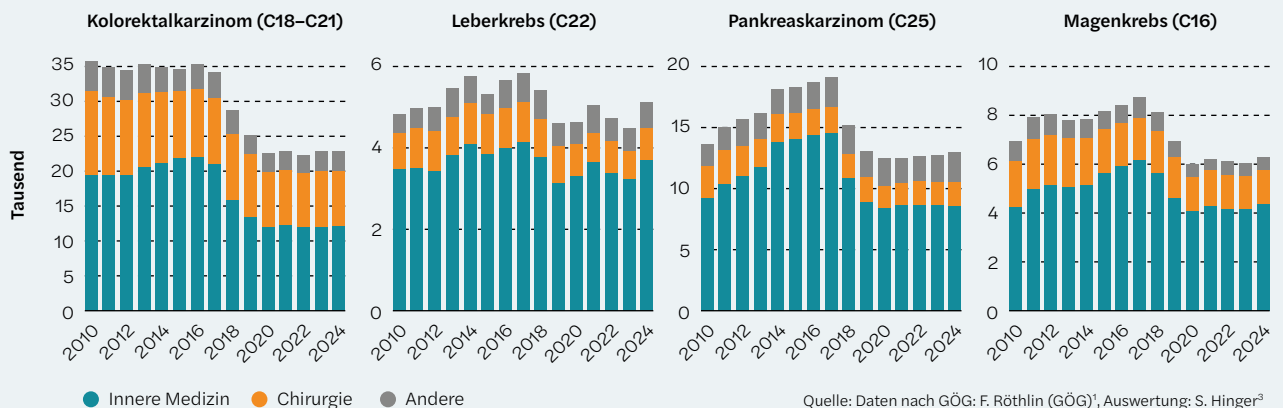
Quelle: Daten nach GÖG: Abfrage und Auswertung: F. Röhlin (GÖG), Berechnung und Darstellung: S. Hinger<sup>5</sup>

Abb. 7: Ausgewählte Leistungen nach Fachrichtung, 2023



**HM060** (ERCP), **HM070** (Extraktion Konkrement aus Gallenwegen während ERCP), **HM080** (Metallstent Gallenwege während ERCP), **ZN595** (Endosonographie), **HZ010-HZ030** (div. endoskopische Eingriffe, siehe oben Tab. 2)

Quelle: Daten nach GÖG: Abfrage und Auswertung: F. Röhlin (GÖG), Berechnung und Darstellung: S. Hinger<sup>5</sup>



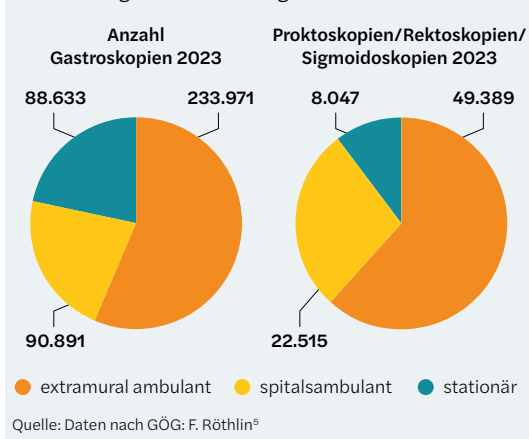
die Leistungen dem Leistungskatalog entsprechend von den Abteilungen codiert werden müssen, werden die Leistungen im extramuralen Bereich via Honorarordnung nachträglich auf den Leistungskatalog des BMSGPK<sup>6</sup> gemappt, mit der Einschränkung, dass ausschließlich Leistungsabrechnungen der Kassenvertragspartner (d. h. keine Wahlarztrechnungen) erfasst sind.

### Endoskopie, ERCP und Endosonographie

Entsprechend der Datenerfassung der GÖG<sup>5</sup> wurden im Jahr 2023 in Österreich 11.457 ERCP-Untersuchungen (HM060) erfasst (Details zu den Methoden siehe Seite 29) – diese wurden fast ausschließlich stationär erbracht (96,3%). In knapp 2.000 Fällen wurde gleichzeitig auch ein permanenter Metallstent in die Gallenwege eingebracht (HM080), und 4.774-mal wurde im selben Eingriff Konkrement aus den Gallenwegen entfernt (HM070). Die ERCPs wurden zu 71%, die erweiterten ERCP-Eingriffe sogar zu 75% internistisch erbracht. Der Rest wird zu annähernd gleichen Teilen chirurgisch oder durch „andere“ erbracht, wobei unter anderen Leistungserbringern oft interdisziplinäre Einheiten zu verstehen sind. Tabelle 2 und Abbildung 7 geben einen Überblick über endoskopische und endosonographische Leistungen.<sup>5</sup>

2023 wurden rund 413.500 Gastroskopen (HZ510 und HZ520) erfasst (davon erfolgten 57% extramural, 22% spitalsambulant, 21% stationär) – sowie knapp 80.000 Rektoskopen/Sigmoidoskopen und Proktoskopen (HZ542, HZ552, HK520, HK530) (Abb. 8). Wie im Kapitel Darmkrebsvorsorge (Seite 32) im Detail dargestellt, wurden im Jahr 2023 in Österreich auch rund 333.000 Koloskopien als Indikationsuntersuchung zur Abklärung oder Therapie vermuteter Erkrankungen erbracht: knapp 55% extramural, 24% spitalsambulant und 21% stationär; dazu kommen knapp 94.000 Vorsorgekoloskopien.

Abb. 8: Ausgewählte Leistungen



**Andere Leistungen.** Darüber hinaus wird in gastroenterologischen Indikationen eine Vielzahl anderer Leistungen erbracht, wie beispielsweise im Jahr 2023 rund 2.700 Ösophagus-Manometrien (ausschließlich spitalsambulant) und vieles mehr. Die höchste Zahl an prinzipiell (auch) Gastroenterologie-relevanten Untersuchungen wird bei den Oberbauchsonographien verzeichnet<sup>5</sup> (mit 2,38 Millionen im Jahr 2023). Diese sind nur ambulant codiert, für stationäre Fälle liegen der GÖG keine Leistungszahlen vor. Am häufigsten werden sie radiologisch und durch andere Fächer (z. B. auch Urologie) erbracht. Sie können nicht organspezifisch zugeordnet werden und inkludieren auch die Niere. 659.000 Oberbauchsonographien wurden 2023 internistisch erbracht, davon 91% extramural.

Limitationen in der Dateninterpretation ergeben sich wie erwähnt aus den unterschiedlichen Quellen der Datenerfassung und der nachträglichen Übertragung der in unterschiedlichen Honorarkatalogen häufig nicht einheitlich definierten Kassenleistungen auf den Leistungskatalog des BMSGPK.<sup>6</sup>

1 Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Entlassungsstatistiken gastroenterologischer Diagnosen, Abfrage und Auswertung: Dr. Florian Röhlin (GÖG), 14. 4. 2026  
 2 Statistik Austria: Stationäre Spitalsaufenthalte in Akutkrankenanstalten seit 1989 von Personen mit Wohnsitz in Österreich, www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/gesundheitsversorgung-stationaer-spitalsentlassungen, letzte Abfrage: 16. 4. 2026  
 3 Krankenhaushäufigkeit nach <sup>1</sup> und <sup>2</sup>, Indexierung und Darstellung: Susanne Hinger, April 2026  
 4 ICD-10 – Systematisches Verzeichnis, in der aktuellen Fassung: https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2026/Kataloge-2026.html  
 5 Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Leistungsdaten-Abfrage zu fachspezifischen Leistungen, Abfrage und Auswertung: Dr. Florian Röhlin (GÖG), 14. 4. 2026; Berechnung und Darstellung: S. Hinger  
 6 Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten, BMSGPK – DLD 2019 bis 2024  
 7 BMSGPK, Medizinische Dokumentation – Codierhinweise bis inklusive 40. LKF-Rundschreiben 1. 1. 2025, https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/LKF-Modell-2025/Medizinische-Dokumentation-und-LKF-Rundschreiben-2025.html



# Endoskopie: Verschiebung der Grenzen – Erweiterung der Indikationen

Die gastrointestinale Endoskopie hat sich in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt. Die sogenannte „advanced endoscopy“ (fortgeschrittene/interventionelle Endoskopie) bezeichnet ein Spektrum diagnostischer und vor allem therapeutischer Verfahren, die über die klassische diagnostische Endoskopie hinausgehen.

Die Endoskopie stellt eine tragende Säule in Vorsorge sowie Diagnostik und Therapie gastrointestinaler Erkrankungen dar. Zusätzliche Einsatzmöglichkeiten und neue Indikationen haben die gastrointestinale Endoskopie in den vergangenen Jahren deutlich weiterentwickelt. Aus einer primär diagnostischen Methode hat sich eine hochspezialisierte interventionelle Disziplin entwickelt, die heute unter dem Begriff „advanced endoscopy“ zusammengefasst wird. Darunter versteht man in erster Linie die therapeutische Endosonographie sowie moderne Resektions- und Behandlungstechniken im submukosalen Raum und darüber hinaus. Weiters sind metabolisch-bariatrische Interventionen in Entwicklung und auch zunehmend im klinischen Einsatz.

Viele Erkrankungen, die früher eine alleinige Domäne der (konventionellen) Chirurgie waren, können somit heute mittels Endoskopie behandelt werden, was für betroffene Patient:innen in der Regel mit geringerem Eingriffstrauma, kürzerem Krankenhausaufenthalt und weniger Einschränkungen der Organfunktion im Langzeitverlauf verbunden ist.

Diese Weiterentwicklungen und Verbesserungen für Patient:innen erzeugen neue Herausforderungen sowohl an Aus- und Fortbildung als auch in der Evaluierung hinsichtlich Struktur- und Prozessqualität der endoskopischen Interventionen. Seitens der AG Endoskopie der ÖGGH werden daher eine Reihe von „Hands-on“-Kursen und wissenschaftlichen Veranstaltungen organisiert. Darüber hinaus gibt es neben dem Qualitätszertifikat der Vorsorgekoloskopie auch ein Register für die ERCP und gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie ein „Diplom für advanced endoscopy“ (siehe unten)<sup>1</sup>. Ziel ist es, eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung in hoher Qualität zu gewährleisten.

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Sedierung während der Endoskopie. Eine Sedierung erhöht den Patientenkomfort, steigert die Akzeptanz, verbessert die technische Durchführbarkeit und Vollständigkeit der Untersuchungen und kann die diagnostische Aussagekraft

erhöhen. Zur Gewährleistung hoher Sicherheitsstandards und einer optimalen Betreuungsqualität veranstaltet die ÖGGH sogenannte „Sedierungskurse“ für Endoskopiker:innen und Assistenzpersonal. Darüber hinaus wurde rezent ein Positionspapier „Sedierung bei gastrointestinalen Endoskopien“ erarbeitet.<sup>2</sup> Es enthält detaillierte Empfehlungen zu (i) Indikation und Aufklärung, (ii) Risikoabschätzung und strukturellen Voraussetzungen, (iii) verwendeten Substanzen und (iv) prozeduralem Management inkl. geschultem Personal und Aufgabenverteilung sowie Komplikationserfassung.

Nachfolgend werden einzelne fortgeschrittene Endoskopietechniken kurz beschrieben:

*Die Verfahren ermöglichen **minimalinvasive Therapien** für **Erkrankungen**, die früher primär **chirurgisch** behandelt wurden.*

## ERCP: endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie

Die endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) ist ein kombiniertes endoskopisch-radiologisches Verfahren zur Diagnostik und vor allem zur Therapie von Erkrankungen der Gallenwege und des Pankreasgangsystems. Über ein Duodenoskop mit Seitblickoptik wird vom Zwölffingerdarm aus am Gallengangssystem oder (seltener) am Pankreasgang interveniert.

### Vorteile

- **geringere** Eingriffstraumata als chirurgische Verfahren
- **kürzere** Hospitalisierungsdauer und schnellere Rekonvaleszenz
- **weniger** Einschränkungen der Organfunktion im Langzeitverlauf
- **weniger** Einschränkungen der Lebensqualität

### Herausforderungen

- Methoden erfordern Kompetenz und hohe Expertise – **mit teils flacher Lernkurve**.
- Notwendige **Fallzahlen** werden nur in spezialisierten Zentren erreicht.
- konsequente **Qualitätssicherung** notwendig



## Therapeutische Endosonographie

Die Endosonographie (endoskopischer Ultraschall, EUS) ermöglicht die sonographische Beurteilung des Gastrointestinaltraktes sowie der umgebenden Organe. Darüber hinaus können diagnostisch EUS-gezielte Interventionen, wie z. B. Feinnadelpunktionen zur Tumordiagnostik und therapeutisch Drainagen z. B. von Abszessen oder Zysten, durchgeführt werden. Die große Bedeutung der therapeutischen Endosonographie bei der Behandlung von schweren Bauchspeicheldrüsenerkrankungen wird im Folgenden noch etwas detaillierter beschrieben.

### Transgastrische Nekrosektomie

Die endosonographisch gezielte Ableitung von Flüssigkeitsansammlungen mit anschließender Abtragung von abgestorbenem Gewebe bzw. Abszessen durch die Magenwand bei schweren Bauchspeicheldrüsenerkrankungen gilt als eine der ersten etablierten Anwendungen der therapeutischen Endosonographie. Mit Hilfe dieser Technik hat die Endoskopie erstmals systematisch das gastrointestinale Lumen (d. h. den Innenraum der Verdauungsorgane) verlassen.

Heute wird diese Methode als Standardbehandlung bei akuter nekrotisierender Pankreatitis in vielen österreichischen Schwerpunktkrankenhäusern routinemäßig angewendet. Das aktuell empfohlene Management der akuten nekrotisierenden Pankreatitis mit seinem „step-up approach“ kann dabei als Paradebeispiel für den medizinischen Trend hin zu minimalinvasiven (endoskopischen) Therapieformen gesehen werden: Während früher die offene Chirurgie die Behandlung dieser Erkrankung dominierte, wird heute primär endoskopisch drainiert und behandelt, was mit einer

geringeren Morbidität und weniger Organkomplikationen einhergeht.

### Lumen-apposing Metal-Stents (LAMS)

Mit der Weiterentwicklung der Behandlung der akuten nekrotisierender Pankreatitis wurden spezielle Metallstents entwickelt, sogenannte Lumen-apposing Metal Stents (LAMS). Diese ermöglichen einen sicheren und beständigen Drainage- bzw. Zugangsweg zwischen gastrointestinalem Lumen und Nekrosehöhlen. Diese Stents sind endoskopisch passierbar und ermöglichen einen wiederholten Zugang zu den Nekrosearealen zur therapeutischen Ausräumung.

Mittlerweile stehen verschiedene Größen von LAMS zur Verfügung, die neben der Behandlung der akuten nekrotisierenden Pankreatitis auch in weiteren Indikationen eingesetzt werden. Dazu zählen die Ableitung von Flüssigkeitskolektionen und Abszessen, die Wiederherstellung des Galleabflusses aus der Leber, wenn der ursprüngliche Gallengang meistens aufgrund von Tumoren nicht wieder eröffnet werden kann, sowie die endoskopische Herstellung von Anastomosen (Verbindungen) zwischen dem Magen und dem Darm als Wiederherstellungsmaßnahme des Nahrungsweges bei (tumorbedingten) Stenosen oder zur Erreichbarkeit des Gallen- und Pankreasgangsystems bei veränderter Anatomie.

Die endosonographisch gezielte Galleableitung mittels LAMS kann betroffenen Patient:innen eine Galleableitung nach außen über die Haut ersparen, was mit einer deutlich besseren Lebensqualität verbunden ist. Mit der endosonographisch gezielten Gastroenterostomie erspart man Patient:innen, die sich meist in palliativen Stadien eines Magen- oder Pankreaskarzinoms befinden, eine konventionelle Operation und ermöglicht ihnen eine rasche Wiederherstellung der oralen Ernährung, was ebenfalls einen Lebensqualitätsvorteil bedeutet.

## Erweiterte Resektionstechniken

### Endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD)

Als Weiterentwicklung der endoskopischen Mukosaresektion wurde Ende der 1990er-Jahre die endoskopische Submukosa-Dissektion (ESD) entwickelt. Heute steht diese Technik wie keine andere für „advanced endoscopy“. Dabei wird das zu entfernende Gewebe in einem Stück innerhalb der submukosalen Gewebeschicht mit einem Elektromesser abpräpariert. Das Resektat kann beliebig groß sein und lässt sich komplett und mit intakten Wundrändern histologisch aufarbeiten. Dadurch lässt sich die Radikalität der Resektion (R-Status) beurteilen, und es wird eine zuverlässige Bewertung weiterer histologischer Kriterien wie Eindringtiefe, (Lymph-)Gefäßinvasion und Tumor-Budding ermöglicht. Mittels ESD kann heutzutage eine Vielzahl an Frühkarzinomen endoskopisch kurativ und somit organerhaltend therapiert werden.

**Tab. 1:** Diplom Interventionelle Endoskopie<sup>1</sup>

Das gemeinsame „Diplom Interventionelle Endoskopie“ der ÖGGH und ÖGCH bietet eine strukturierte Ausbildung in Österreich für eine fächerübergreifende Spezialisierung (Gastroenterologie/Chirurgie). Es dokumentiert spezifische theoretische Kenntnisse und praktische Fertigkeiten, die durch ein Rasterzeugnis und Logbuch nachzuweisen sind.

So müssen beispielsweise die angeführten Fertigkeiten mit folgenden Richtzahlen bestätigt und ausnahmslos durch Befunde belegbar sein:

Fertigkeiten	Richtzahl
1. ERCP ± Papillotomie, transpapilläre Drainage, Steinextraktion	150
2. Endosonographie ± Punktion, Drainage	100
3. Ablationsverfahren bei Präkanzerosen und Frühkarzinomen im Gastrointestinaltrakt, z. B. Radiofrequenzablation, endoskopische Mukosaresektion, endoskopische Submukosadissektion	100
4. Interventionelle Behandlung von Stenosen und Leckagen im Gastrointestinaltrakt (nicht biliopankreatisch), z. B. Stents, Bougierungen, Ballondilatationen, endoluminale Unterdrucktherapie	50

Die administrative Abwicklung erfolgt durch die Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH).



### Endoskopische Vollwandresektion

Bei Indikationen, bei denen die Entfernung der Submukosa nicht ausreicht, kann mittels ESD-Technik auch eine endoskopische Vollwandresektion durchgeführt werden. Als Beispiel sind subepitheliale Tumoren des Magens wie die gastrointestinalen Stromatumoren (GIST) zu nennen. Da diese Läsionen meist aus tieferen Schichten entspringen, muss auch eine tiefere Schnittführung gewählt werden, um eine endoskopische Kompletresektion zu erreichen. Damit einhergehend müssen entsprechende Verschlussstechniken beherrscht werden, um das meist unvermeidbare Loch in der Magenwand sicher verschließen zu können.

### Endoskopische intramuskuläre Dissektion (EID)

Eine weitere Variante der ESD stellt die endoskopische intramuskuläre Dissektion (EID) dar. Diese ermöglicht eine Schnittführung zwischen den Längs- und Quersfasern der Muskelschichten der Darmwand, was die Entfernung der gesamten Submukosa bedeutet. Dadurch kann ein größerer Sicherheitsabstand bei vermeintlich Submukosa-invasiven Rektumkarzinomen erreicht werden. Neueste Daten zeigen, dass diese Technik in geübten Händen sicher anzuwenden ist und – entsprechend dem generellen Trend zum Organerhalt beim Rektumkarzinom – eine weitere Therapieoption in frühen Stadien der Erkrankung darstellen kann.

### Perorale endoskopische Myotomie (POEM)

Die perorale endoskopische Myotomie (POEM) wurde etwa ein Jahrzehnt nach der ESD entwickelt. Sie ist heute ein etabliertes minimalinvasives Verfahren zur Behandlung der Achalasie, einer seltenen Störung der Transportbewegung der Speiseröhre. Über einen submukosalen Tunnel, der von der Speiseröhre in den Magen mittels ESD-Messer präpariert wird, erfolgt die Durchtrennung der Muskelfasern im Bereich des unteren Schließmuskels der Speiseröhre.

Die klinischen Ergebnisse sind vergleichbar mit jenen nach klassischer Heller-Myotomie, die über Jahrzehnte die chirurgische Standardbehandlung der Achalasie war. Die endoskopische Therapie ist jedoch mit einem geringeren Eingriffstrauma verbunden und bietet einen technischen Vorteil gegenüber der Chirurgie: Abhängig vom Achalasietypp kann die Durchtrennung der Muskelfasern (Myotomie) bei der POEM flexibel nach oben in den Ösophagus ausgedehnt werden, während die chirurgische Myotomie in der Regel auf den unteren Ösophagus begrenzt ist.

Bei der Magen-POEM (Gastric- bzw. G-POEM) wird bei einer Engstelle am Magenausgang (Magenausgangstenose) oder bei einer Bewegungsstörung des Magens (Gastroparese) die Muskulatur am Magenausgang durchtrennt, um eine reguläre Magenentleerung zu ermöglichen. Mit der Divertikel-POEM (D-POEM) können

Aussackungen (Divertikel) der Speiseröhre behandelt werden, welche zu Schluckbeschwerden führen. Damit können erstmals auch andere Divertikel als das klassische Zenker-Divertikel behandelt werden, für welches mit Z-POEM inzwischen auch eine Tunnelbehandlung als Alternative zur bewährten Zenker-Divertikulotomie zur Verfügung steht.

## **Endosonographie: von der diagnostischen zur hochspezialisierten therapeutischen Disziplin**

Darüber hinaus lassen sich mit endoskopischer Tunneltechnik auch subepitheliale Tumoren resezeieren – als sogenannte Submucosal Tunnelling endoscopic Resection (STER). Dabei wird die Läsion im Tunnel freipräpariert und anschließend durch ebendiesen entfernt, was den Vorteil hat, dass keine offene Perforation entsteht. Diese Technik kann im Ösophagus und an manchen Lokalisationen des Magens angewandt werden.

### Vorteile der neuen Methoden

Heute lassen sich viele Erkrankungen mittels „advanced endoscopy“ behandeln, oftmals mit geringerem Eingriffstrauma, kürzerem Krankenhausaufenthalt und besserer postinterventioneller Lebensqualität im Langzeitverlauf.

Jede der Methoden stellt eine Weiterentwicklung dar, die auf den davor etablierten Techniken aufbaut. Diese kontinuierliche Entwicklung setzt sich laufend fort und verspricht noch viele weitere Anwendungsgebiete, die durch „advanced endoscopy“ in Zukunft erschlossen werden können.

### Herausforderungen

Trotz der beeindruckenden Fortschritte ist die „advanced endoscopy“ mit erheblichen Herausforderungen verbunden. Die Verfahren erfordern ein hohes Maß an Expertise sowie eine konsequente Qualitätssicherung. Ein Zusammenhang zwischen Fallzahl und Ergebnisqualität ist belegt. Komplexe Eingriffe sollten daher in spezialisierten Zentren durchgeführt werden, die über hohe Expertise verfügen.

Die Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH) und die Österreichische Gesellschaft für Chirurgie (ÖGCH) bieten mit dem gemeinsam entwickelten „Diplom Interventionelle Endoskopie“ eine strukturierte Ausbildung (siehe Tab. 1). Damit soll eine fächerübergreifende Spezialisierung erreicht und hohe Qualität gesichert werden.

<sup>1</sup> <https://www.oeggh.at/endoskopie-zertifikat/>

<sup>2</sup> Positionspapier „Sedierung bei gastrointestinalen Endoskopien“, 20. 10. 2025, <https://www.oeggh.at/wissen-wissenschaft/?cat=leitlinien>

# Qualitätsgesicherte Darmkrebsvorsorge

In Österreich wurde eine qualitätsgesicherte Darmkrebsvorsorge etabliert. Die Teilnahmequoten an den Vorsorgeangeboten sind jedoch ausbaubar, immer noch fehlt ein organisiertes Screening-Programm mit einem Einladungssystem für ganz Österreich.

Das kolorektale Karzinom zählt zu den häufigsten malignen Erkrankungen. In Österreich lebten mit Stichtag 31. 12. 2024 mehr als 44.000 Menschen mit der Diagnose Darmkrebs (siehe Seite 4). In den vergangenen 3 Jahren wurde bei mindestens 4.700 Personen jährlich ein kolorektales Karzinom neu diagnostiziert; bei nahezu der Hälfte der Betroffenen erfolgte die Diagnose bereits in einem lokal fortgeschrittenen Stadium (der Tumor hat die Organgrenze überschritten), bei etwa jeder 6. Person bereits in einem disseminierten Stadium.<sup>1</sup> Das bedeutet, dass Darmkrebs trotz prinzipiell effektiver Möglichkeiten der Früherkennung häufig erst in fortgeschrittenen Stadien erkannt wird. Rund 15 % der neu diagnostizierten Patient:innen versterben innerhalb des ersten Jahres nach Diagnosestellung.<sup>1</sup>

**Darmkrebs ist die dritthäufigste Krebserkrankung.**

## Darmkrebs ist häufig

Vorsorge, Früherkennung und Fortschritte in der Therapie haben dazu beigetragen, dass die Zahl der Todesfälle in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten rückläufig ist. Dennoch zählt das Kolorektalkarzinom zu den führenden Krebstodesursachen. Im Jahr 2024 verstarben in Österreich 2.073 Menschen an Darmkrebs, von diesen waren 1.152 Männer (56 %). Die

3-Jahres-Überlebensrate liegt aktuell bei etwa 71 % (Tab. 1).<sup>1</sup>

**Das Lebenszeitrisko**, an einem kolorektalen Karzinom zu erkranken, beträgt etwa 5 % bis 6,5 %. Aktuelle Daten des Robert Koch-Instituts zeigen für Deutschland, dass 1 von 19 Frauen (5,4 %) und 1 von 15 Männern (6,6 %) im Laufe ihres Lebens an einem kolorektalen Karzinom erkranken.<sup>2</sup>

## Ziel der Vorsorge ist Prävention

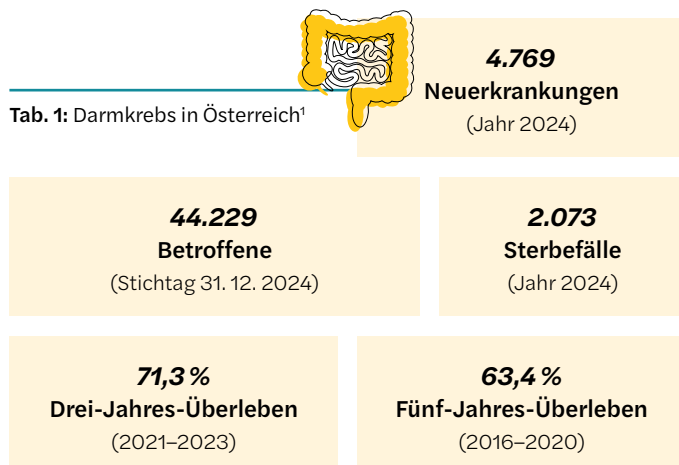
Dieses Risiko könnte durch eine konsequente und effektive Vorsorge erheblich reduziert werden. Das kolorektale Karzinom zählt zu den wenigen Tumoren, bei denen nicht nur eine Früherkennung, sondern tatsächlich eine Prävention möglich ist: Bei konsequenter Einhaltung der empfohlenen Untersuchungsintervalle können adenomatöse Polypen so frühzeitig detektiert und endoskopisch abgetragen werden, dass die Entstehung eines kolorektalen Karzinoms häufig verhindert wird. Darüber hinaus kommt der Vorsorgekoloskopie auch eine zentrale Rolle in der Früherkennung zu, da sie die Diagnose kolorektaler Karzinome in potenziell früheren und damit besser behandelbaren, oft heilbaren Stadien ermöglicht.

## Vorsorgekoloskopie in Österreich

Die Koloskopie wurde in Österreich 2005 auf Basis überzeugender Daten in die Vorsorgeuntersuchung aufgenommen und im Sinne eines opportunistischen Screenings etabliert. Damit stand allen Menschen ab einem gewissen Alter (damals > 50 Jahre) neben dem Test auf fäkales okkultes Blut (Fecal occult Blood Test, FOBT) eine kassenfinanzierte Darmkrebsvorsorgeuntersuchung zur Verfügung.

Gleichzeitig wurde seitens der Fachgesellschaft ÖGGH eine österreichweite Lösung für eine verbindliche Qualitätssicherung forciert. Da eine Koloskopie eine invasive Untersuchung darstellt, die als solche mit einem – wenn auch sehr geringen – Komplikationsrisiko verbunden ist, ist eine adäquate Qualitätssicherung entscheidend. Das gilt generell, aber ganz besonders, wenn es sich um eine Vorsorgeuntersuchung handelt, die sich per definitionem ja an die gesunde Bevölkerung richtet. Da sich 2005 trotz intensiver Verhandlungen keine österreichweite Einigung erzielen ließ und in den Bundesländern Einzelverträge geschlossen wurden, die sich – bis heute – in den Kassentarifen, aber auch bezüglich der Qualitätsanforderungen unterscheiden, hat die ÖGGH gemeinsam mit der Österreichischen Krebshilfe und mit dem Hauptverband (heute: Dachverband) der Sozialversicherungsträger das „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“ etabliert.<sup>3</sup>

Tab. 1: Darmkrebs in Österreich<sup>1</sup>





## Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge

Das Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge<sup>4</sup> dient der strukturierten Qualitätssicherung in der Vorsorgekoloskopie und richtet sich sowohl an niedergelassene Fachärzt:innen für Innere Medizin (insbesondere Gastroenterolog:innen) als auch an Chirurg:innen sowie an Spitalsabteilungen. Die Grundlage für die Zertifizierung bildet neben der nachgewiesenen fachlichen Expertise – insbesondere anhand definierter Mindestfallzahlen bei Polypektomien – auch die Erfüllung festgelegter Qualitätskriterien sowie gerätetechnischer Anforderungen. Von zentraler Bedeutung sind darüber hinaus eine standardisierte Dokumentation inkl. Befundübermittlung mit allen geforderten Parametern sowie die verpflichtende Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätssicherung einschließlich Benchmark-Vergleichen. Zertifizierte Ärzt:innen verpflichten sich zur kontinuierlichen Einhaltung dieser Qualitätsstandards, insbesondere zur systematischen Erfassung qualitätsrelevanter Parameter wie z. B. der Adenom-Detektionsraten und der Komplikationsraten (siehe unten). Eine Rezertifizierung muss im 2-Jahres-Abstand beantragt und überprüft werden.<sup>3</sup>

Mit dem Qualitätszertifikat, das auch in Form einer Plakette verliehen wird, wird für die an der Screening-Untersuchung interessierten Personen erkennbar, welche Ärzt:innen und Einrichtungen sich den Kriterien des Qualitätssicherungsprogrammes unterwerfen und damit hinsichtlich ihrer Qualität überprüft werden.

### Wesentliche Qualitätskriterien der Koloskopie

Generell gilt: Eine selten durchgeführte qualitativ hochwertige Vorsorgekoloskopie bringt für die Darmkrebsvorsorge mehr als häufige Koloskopien mit schlechten Qualitätsstandards. Die Qualität der Koloskopie ist von vielen Kriterien abhängig (Tab. 2).<sup>3,4,5</sup>

**Adenom-Entdeckungsrate.** Die lange Latenzphase der malignen Transformation, d. h. jene Zeit, in der sich aus einem Adenom ein Kolorektalkarzinom entwickelt, ermöglicht es, bereits Vorläuferstufen zu entfernen, bevor daraus ein Karzinom entstehen konnte. Adenome sind prinzipiell häufig. Das Adenomrisiko ist bei Männern etwas höher als bei Frauen und steigt auch mit dem Alter. Bei Männern, die älter als 45 Jahre sind, liegt das Adenomrisiko bereits bei über 25 %, bei jenen im Alter von über 65 Jahren sogar bei über 40 %, wie rezente Daten des Qualitätssicherungsprojektes zeigen. Zunehmend wird jedoch in jüngeren Altersgruppen (vor allem bei Männern) ein steigendes Adenomrisiko beobachtet.<sup>6</sup>

Als Qualitätskriterium wurde definiert, dass die Adenom-Detektionsrate bei mindestens 25 % – quer über alle durchgeführten Vorsorgekoloskopien an symptomlosen Personen – liegen sollte.

**Tab. 2:** Vorsorgekoloskopie – wesentliche Qualitätsmerkmale<sup>3</sup> (entsprechend aktueller ÖGGH-Leitlinie, Version 16. 6. 2023)\*

Qualitätsmerkmal	Zielwert	Minimalanforderung
Rate an adäquater Darmvorbereitungsqualität	≥ 95 %	≥ 90 %
Zökum-Erreichsrate inkl. Fotodokumentation	≥ 95 %	≥ 90 %
Adenom-Entdeckungsrate	≥ 25 %	≥ 25 %
adäquate Polypektomie	≥ 90 %	≥ 80 %
adäquate Nachsorge	≥ 95 %	nicht definiert
Komplikationsrate (muss erfasst werden)	nicht definiert	≤ 0,5 % Hospitalisierungsrate innerhalb von 7 Tagen etc.
Hygieneüberprüfung (keimfrei)	alle 3 Monate	mind. 1-mal/Jahr
Patientenzufriedenheit	≥ 90 %	nicht definiert

\* Ein Update der österreichischen Leitlinien wird nach Publikation der geplanten neuen europäischen Leitlinien erfolgen.

Quelle: ÖGGH-Leitlinie „Qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie“<sup>3</sup>

**Polypektomierate.** Die entdeckten Adenome müssen danach korrekt und vollständig – idealerweise in derselben Sitzung – entfernt werden (ausgenommen jene mit hohem Eingriffsrisiko). Einen zentralen Qualitätsindikator stellt daher die Polypektomierate dar (siehe Tab. 2): Die Minimalanforderung liegt bei 80 % korrekter Polypenabtragung, das Ziel bei mindestens 90 %. Studien zeigen, dass bei hoher Adenom-Entdeckungsrate und hoher Rate an adäquater Polypektomie das Risiko für sogenannte Intervallkarzinome effektiv reduziert werden kann. Unter Intervallkarzinomen versteht man Karzinome, die im Intervall zwischen einer Koloskopie und dem geplanten Nachsorgetermin entstehen und häufig auf nichtentdeckte oder unvollständig entfernte Läsionen zurückzuführen sind.

**Zökum-Erreichsrate:** Die Koloskopie sollte vollständig sein und den ganzen Dickdarm in all seinen Abschnitten – bis zum Zökum (Blinddarm) – beurteilen können. Ein wesentlicher Parameter ist daher die Zökum-Erreichsrate, die idealerweise bei 95 % liegen sollte.

**Vorbereitung durch Patient:in:** Ein ganz wesentlicher Faktor für die Qualität der Untersuchung ist schon die adäquate Vorbereitung des Darmes, da nur ein ausreichend gereinigter Darm gute „Sicht“ und damit eine zuverlässige Beurteilung erlaubt und sonst insbesondere flache Läsionen übersehen werden können.

**Nachsorge:** Bei unauffälligem Koloskopiebefund wird eine Koloskopie alle 10 Jahre empfohlen. Abhängig von Anzahl, Größe und Histologie der gefundenen Adenome sind engmaschigere Intervalle vorgegeben. Wesentlichen Einfluss auf die Karzinomrate hat das Einhalten der empfohlenen Screeningintervalle.

**Hygiene:** Die Reinigung der Endoskope muss nach einem definierten Prozess erfolgen. Dazu muss jede koloskopierende Ordination/Ambulanz über spezielle

### „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“

Das Projekt „Qualitätszertifikat Darmkrebsvorsorge“ wurde von der ÖGGH in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Krebshilfe im Jahr 2007 ins Leben gerufen.



- **Qualitätssicherung Vorsorgekoloskopie:** Mit diesem Projekt wird österreichweit die Ergebnisqualität der Vorsorgekoloskopien sowohl in den teilnehmenden niedergelassenen Ordinationen als auch in den Endoskopieabteilungen der Krankenhäuser erhoben und vergleichend ausgewertet. Weiters werden Maßnahmen eingesetzt, um die Qualität der Vorsorgekoloskopien in Österreich anzuheben.
- **Zertifikatsvergabe:** Das Zertifikat wird an niedergelassene Fachärzt:innen (Innere Medizin, Chirurgie) und Spitalsambulanzen verliehen, die definierte Qualitätskriterien der ÖGGH erfüllen.
- **Qualitätskriterien:** Teilnehmende Ärzt:innen verpflichten sich zu einer Einhaltung von Standards, einer Dokumentation aller Untersuchungen und einem Benchmarking mit Kolleg:innen.
- **Überprüfung:** Die ÖGGH prüft die Einhaltung der Voraussetzungen sowie die Erhebungsbögen und vergibt das Zertifikat, welches eine hohe Untersuchungsqualität sicherstellt.

Informationen unter: [www.vorsorgekoloskopie.at](http://www.vorsorgekoloskopie.at)

Waschmaschinen verfügen. Der Prozess (Keimfreiheit!) muss in regelmäßigen Intervallen in einer definierten Hygieneüberprüfung bestätigt werden.

## Zunehmend jüngere Betroffene

Anlass zur Sorge gibt, dass Darmkrebs wie auch andere gastroenterologische Tumoren zunehmend auch in jüngeren Altersgruppen beobachtet wird und dass teilweise sogar sehr junge Menschen betroffen sind. Wie im Kapitel Epidemiologie (Seite 4) ausgeführt, wird eine Zunahme von Fällen von Kolonkarzinomen bei Menschen (insbesondere Männern) in jüngeren Altersgruppen beobachtet, die von den Altersempfehlungen der Vorsorgekoloskopie gar nicht erfasst wurden. In einer rezenten österreichischen Studie<sup>6</sup> konnte gezeigt werden, dass insbesondere bei jüngeren Männern eine Zunahme des Risikos für fortgeschrittene Adenome beobachtet wird.

Nicht zuletzt auf Basis dieser Daten wurde daher die Altersempfehlung für die Screeningkoloskopie auf 45 Jahre herabgesetzt.

## Empfehlungen für ein organisiertes Darmkrebs-Screening-Programm

Mit dem beschriebenen Qualitätssicherungsprojekt wurde eine international anerkannte Validierung etabliert, wodurch die Koloskopie als primäre Screeningmethode nachhaltig in ihrer Qualität gestärkt werden konnte. Allerdings ist in Österreich die Akzeptanz des opportunistischen Koloskopie-Screenings vergleichsweise niedrig, sodass das Potenzial in der Darmkrebsreduktion bis dato nicht ausgeschöpft werden konnte.

Auf Basis der aktuellen Evidenz hat das Nationale Screening-Komitee daher im Jahr 2022 Empfehlungen für ein qualitätsgesichertes Darmkrebs-Screening-Programm publiziert<sup>5</sup>, das neben der Koloskopie den FIT als niederschwellige Alternative empfiehlt.<sup>7</sup>

### Fäkaler immunchemischer Test (FIT)

Der FIT ist ein Test der neueren Generation auf okkultes Blut im Stuhl. Er ist den bisher gebräuchlichen guajakbasierten chemischen Stuhltests (guaiac Fecal occult Blood Test, gFOBT) in seiner Sensitivität deutlich überlegen. Der FIT weist eine hohe Sensitivität für Karzinome und fortgeschrittene Polypen auf, nicht jedoch für nichtfortgeschrittene Polypen.<sup>8</sup> Daher gilt der Test als eine Früherkennungsmethode für Karzinome und fortgeschrittene Polypen und muss in wesentlich kürzeren Intervallen (alle 2 Jahre) als eine Vorsorgekoloskopie wiederholt werden.

### Aktuelle Empfehlungen

Das Nationale Screening-Komitee empfiehlt ein qualitätsgesichertes organisiertes (!) Darmkrebs-Screening-Programm mittels Koloskopie oder FIT für alle Personen im Alter zwischen 45 und 75 Jahren. Beide Methoden werden als Screeningmethode als gleichwertig angesehen. Bei positivem FIT muss zeitnah eine Koloskopie erfolgen. Bei unauffälliger Screening-Koloskopie sollte diese alle 10 Jahre wiederholt werden. Bei Personen, die das Screening mittels FIT wählen, ist der Test alle 2 Jahre zu wiederholen. Bei Personen, die an der Screeningkoloskopie teilnehmen, erübrigt sich die Durchführung des FIT.<sup>5</sup>

Zu beachten ist, dass es sich bei der Vorsorgekoloskopie um eine Vorsorge (Erkennen von Vorstufen), beim FIT jedoch primär um eine Früherkennung (frühe Krebsstadien) handelt.

Personen mit Erkrankungen, die mit einem höheren Darmkrebsrisiko verbunden sind (z. B. chronisch entzündliche Darmerkrankungen), oder mit genetischer Disposition sowie Patient:innen, die bereits wegen Darmkrebs behandelt wurden, sollten krankheitsspezifische Empfehlungen mit individuellen Vorsorgeintervallen – in Absprache mit ihren behandelnden Ärzt:innen und Spezialabteilungen – beachten.

**Wermutstropfen:** Mit den Empfehlungen wird ein organisiertes Screeningprogramm mit einem Einladungssystem für das gesamte Bundesgebiet angeregt. Die Umsetzung im Sinne eines organisierten Screenings ist jedoch über regionale Pilotprojekte (in unterschiedlicher Herangehensweise) noch immer **nicht** hinausgekommen. Immer noch fehlen ein gesundheitspolitisches Konzept und die Etablierung eines strukturierten Screeningprogramms für das gesamte Bundesgebiet.

**Positive Ergebnisse** gibt es aus dem Burgenland, das vor wenigen Jahren noch die höchste Darmkrebsinzidenz und die höchsten Todesraten Österreichs aufwies. In der B-PREDICT-Studie wurde ein zweistufiges



Screeningprogramm mit Einladungssystem zu einer jährlichen FIT-Untersuchung, bei positivem FIT-Ergebnis gefolgt von einer Koloskopie, evaluiert.<sup>9</sup> 57 % folgten der FIT-Einladung, 59 % ließen bei positivem FIT im Laufe des Jahres eine Koloskopie durchführen. Im Vergleich zu historischen burgenländischen Daten mit rein opportunistischem Koloskopiescreening, das mit einer Reduktion der Darmkrebsinzidenz von 1,8 % einherging, resultierte das strukturierte einladungsbasierte zweistufige Screening mit FIT, gegebenenfalls gefolgt von einer Koloskopie, in einer Reduktion der Inzidenz von 4,4 %. Die Wirksamkeit zeigt sich auch im österreichischen Vergleich: Das Burgenland rangiert heute unter den Bundesländern mit der niedrigsten Darmkrebsinzidenz.<sup>1</sup>

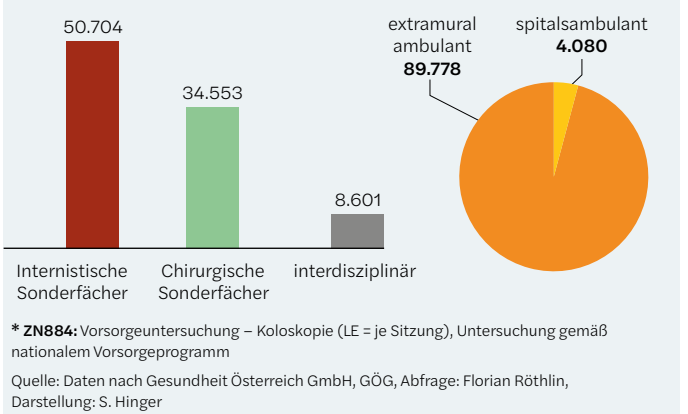
## Anzahl Koloskopien in Österreich

Das Koloskopiescreening richtet sich als Vorsorgeuntersuchung per definitionem an die „gesunde“ Bevölkerung (symptomlos). Darüber hinaus werden Koloskopien natürlich auch als Indikationsuntersuchung unabhängig vom Vorsorgeprogramm erbracht.

Im Folgenden werden einige von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erfasste Daten<sup>10</sup> exemplarisch dargestellt (genaue Details zur Datenabfrage sind im Kapitel Leistungsdaten ersichtlich – Seite 24). Zu beachten ist, dass es sich um statistische Leistungsdaten (eigentlich Verrechnungsdaten) handelt, die zum einen die Dokumentationsregeln, zum anderen aber auch die Codierungspraxis widerspiegeln. Abgefragt wurde die Anzahl der Leistungen nach Behandlungsart (stationär, spitalsambulant oder extramural ambulant) und gesplittet nach leistungserbringender Fachrichtung im Jahr 2023.

Demnach wurden im Jahr 2023 in Summe 93.858 Vorsorgekoloskopien (ZN884)<sup>11</sup> zum Großteil extramural erbracht (96%), nur 4 % erfolgten spitalsambulant. Wie Abbildung 1 zeigt, erfolgte die Leistungserbringung in etwas mehr als der Hälfte aller Fälle (54 %) durch Internist:innen. Zusätzlich zu den Vorsorgekoloskopien für das Jahr 2023 sind in den Daten der GÖG auch 333.055 Koloskopien (Code HH510 und Code HH020, d. h. Koloskopie ohne bzw. mit Polypektomie<sup>11</sup>) erfasst. Von diesen erfolgten mehr als die Hälfte (54 %) extramural, 24 % erfolgten spitalsambulant und 21 % stationär (Abb. 2).

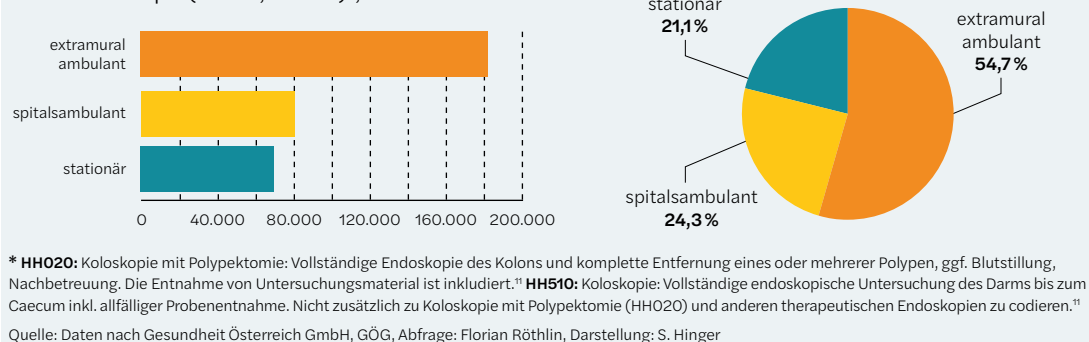
Abb. 1: Vorsorgeuntersuchung – Koloskopie (ZN884)\*, Österreich 2023



Die vergleichsweise hohe Zahl an extramuralen Koloskopien außerhalb des Vorsorgescreenings fällt auf. Es sei hier nochmals darauf verwiesen, dass es immer noch keinen österreichweiten Kassenvertrag für die Vorsorgekoloskopie gibt; die Verträge in den einzelnen Bundesländern unterscheiden sich in den Kassentarifen, aber auch bezüglich der Qualitätsanforderungen. Darüber hinaus sind die Honorarkataloge in den Bundesländern auch hinsichtlich anderer Leistungen immer noch heterogen. Gemeinsames Ziel muss eine deutliche Steigerung der Teilnehmerate sein, um die Inzidenz des Kolorektalkarzinoms in der Gesamtbevölkerung entscheidend senken zu können.

- <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/krebserkrankungen/>; letzte Abfrage: 21. 4. 2026
- Robert Koch-Institut. Darmkrebs: Inzidenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2025, Deutschland, <https://gbe.rki.de/>; letzte Abfrage: 21. 4. 2026
- ÖGGH: Leitlinie „Qualitätsgesicherte Vorsorgekoloskopie“, Version 16. 6. 2023; <https://www.oeggh.at/wissen-wissenschaft/?cat=leitlinien>
- <https://zertifikat.oeggh.at/>; letzte Abfrage: 18. 4. 2026
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hg.); Evidenzgrundlagen und Empfehlungen zur Einführung eines organisierten Darmkrebs-Screening-Programms in Österreich, 2022. <https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Krebs/Nationales-Screening-Komitee-auf-Krebserkrankungen.html>
- Penz D et al., Colorectal Cancer and Precursor Lesion Prevalence in Adults Younger Than 50 Years Without Symptoms. JAMA Netw Open 2023; 6(12):e2334757
- Ferlitsch A et al., Kolorektalkarzinom-Screening 2024. UIM 2024; 8:32–34
- Zessner-Spitzenberg J, Ferlitsch M, FIT-versus Koloskopie-Screening: erste Daten. UIM 2026; 2:26
- Brezina S et al., Evaluation of the „Burgenland PREvention trial of colorectal cancer Disease with ImmunologiCal Testing“ (B-PREDICT) – a population-based colorectal cancer screening program. BMC Gastroenterol 2024 Apr 30; 24(1):149
- Daten: Gesundheit Österreich GmbH, GÖG, Abfrage und Auswertung: Florian Röthlin, 14. 4. 2026
- Diagnosen- und Leistungsdocumentation der österreichischen Krankenanstalten, BMSGPK – DLD 2019 bis 2024

Abb. 2: Koloskopie (HH510, HH020)\*, Österreich 2023





# Forschung und Wissenschaft

Die gastroenterologische und hepatologische Forschung – einschließlich Endoskopie und gastrointestinaler Onkologie – wird aktuell durch mehrere international führende österreichische Forschungsgruppen vorangetrieben. Diese leisten wesentliche Beiträge zur Weiterentwicklung des Fachgebiets. Auf dieser starken Basis gilt es, eine zukunftsorientierte Forschungsagenda weiter auszubauen, innovative wissenschaftliche Schwerpunkte zu fördern und junge Forscher:innen gezielt zu entwickeln, um die internationale Sichtbarkeit und Exzellenz der österreichischen Gastroenterologie und Hepatologie nachhaltig zu stärken.

## Österreichische Exzellenz

Österreich verfügt über eine Reihe exzellenter Arbeitsgruppen mit ausgewiesener wissenschaftlicher und klinischer Expertise, die in ihren jeweiligen Forschungsschwerpunkten zu den führenden Abteilungen Europas und weltweit zählen. Die enge Vernetzung von universitärer Grundlagenforschung, translationaler Forschung und klinischer Spitzenmedizin bildet dabei eine wesentliche Stärke. Zu nennen sind hier neben den großen forschungsfokussierten Universitätskliniken mit breitem gastroenterologisch-hepatologischem Schwerpunkt<sup>1-4</sup> auch nichtuniversitäre Häuser, die im Rahmen von Kooperationen vernetzt sind oder auch in ihren spezifischen Schwerpunkten richtungsweisende Forschungsarbeit leisten.

## **Die österreichische Forschung prägt entscheidend das moderne Verständnis für komplexe biologische, klinische und therapeutische Zusammenhänge.**

Im Fokus der gastroenterologisch-hepatologischen Forschung in Österreich stehen insbesondere hepatologische Erkrankungen wie die metabolisch assoziierte Fettlebererkrankung (MASLD), cholestatische Lebererkrankungen, Virushepatitis, Leberzirrhose und deren Komplikation wie die portale Hypertension und das hepatozelluläre Karzinom (HCC), komplexe immunologische und inflammatorische Fragestellungen ebenso wie die Mikrobiomforschung sowie organübergreifende Interaktionen. Führende österreichische Forschungsinstitutionen vereinen dabei die Expertise aus molekularer,

genetischer, metabolischer und immunologischer Forschung mit klinischer Medizin und Datenwissenschaft.

## Internationale Bedeutung

Österreich ist überproportional stark in europäischen und internationalen Forschungsaktivitäten vertreten. Die Bedeutung der österreichischen Gastroenterologie zeigt sich nicht zuletzt in der sehr guten internationalen Vernetzung und in der Präsenz österreichischer Gastroenterolog:innen in internationalen Fachgesellschaften und in internationalen Konsensuskonferenzen, etwa bei der Erstellung von Leitlinien, die oft unter österreichischer Beteiligung oder sogar österreichischer Federführung erarbeitet werden.<sup>5</sup>

Darüber hinaus können Patient:innen mit Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes auch durch die intensive Beteiligung vieler österreichischer Zentren an internationalen Studien innovative Behandlungsoptionen ermöglicht werden. So sind österreichische Kliniken häufig an großen, oft richtungsweisenden internationalen klinischen Multicenter-Studien – teils sogar in federführender Position – beteiligt.

## Translationale gastroenterologische und hepatologische Forschung

Die Verbindung von grundlagenwissenschaftlicher und präklinischer Forschung mit klinischer Forschung wird als translationale Forschung bezeichnet. Deren Ziel ist es, Erkenntnisse aus molekularer, genetischer, metabolischer und immunologischer Forschung in die klinische Praxis überzuführen und damit rasch einen unmittelbaren klinischen Nutzen für Betroffene zu ermöglichen, sei es in Bezug auf diagnostische Verfahren, neue Therapien oder innovative Therapiestrategien. Dieser Brückenschlag der translationalen Forschung erfolgt dabei in beide Richtungen – und das kontinuierlich: Denn die klinischen Erkenntnisse fließen wieder zurück und liefern neue relevante Fragen für die Grundlagenforschung, etwa um pathophysiologische Zusammenhänge zu verstehen und Biomarker und therapeutische Zielstrukturen zu identifizieren.

**Die klinisch orientierte Grundlagenforschung** mit zellulären Modellen, Organoiden aus dem Intestinaltrakt und den Gallenwegen sowie mit Tiermodellen für Lebererkrankungen und chronisch entzündliche Darmerkrankungen ist in Österreich sehr gut in den universitären klinischen Abteilungen verankert und hat wichtige Einblicke in die Pathogenese und Therapie cholestatischer und metabolischer Lebererkrankungen, des Gallensäurenstoffwechsels, der Leberfibrose, der portalen



Hypertension und intestinaler Entzündungsprozesse in Interaktion mit dem Mikrobiom geliefert.

**Biomarkerforschung.** Als Biomarker werden zelluläre oder biochemische Faktoren, aber auch physiologische Indikatoren bezeichnet, die krankheitsspezifisch ausgebildet werden und die einerseits von diagnostischer, andererseits von prädiktiver oder prognostischer Relevanz hinsichtlich des zu erwartenden Therapieansprechens bzw. des weiteren Krankheitsverlaufs sein können. Von besonderem Interesse ist etwa bei spezifischen fortgeschrittenen Lebererkrankungen die Entwicklung von serologischen Biomarkern und validen Scores, die es ermöglichen, die Fibrosierung nichtinvasiv (d. h. ohne Biopsie) zu beurteilen.

**Datenanalysen, Datenintegration.** Die Identifikation von relevanten Biomarkern ebenso wie die Validierung an klinischen Parametern setzt die Analyse und Integration gewaltiger Datenmengen voraus, die etwa in der sogenannten *Multi-Omics*-Forschung generiert werden. Unter dem Begriff *Multi-Omics* werden die Genomik, Proteomik und Metabolomik, in der hepatologischen Forschung zunehmend auch Radiomics-Analysen subsumiert (z. B. aus funktionellen, multiparametrischen MRT- und funktionellen PET-Untersuchungen). Ein Anwendungsbeispiel für die Integration von *Multi-Omics*-Technologien und von AI-gestützten Datenanalysen ist etwa die Erforschung der komplexen Interaktion von Mikrobiom und Darmepithel sowie der Interorgan-Crosstalk bei metabolischen und cholestatischen Lebererkrankungen.

## Forschung in und aus Österreich

Im Folgenden sollen exemplarisch österreichische Forschungsthemen vorgestellt werden. Auf die namentliche Nennung der Wissenschaftler:innen und Arbeitsgruppen wurde bewusst verzichtet: Die österreichische gastroenterologische und hepatologische Forschung in ihrer Vielfalt und Breite setzt entscheidende Impulse.

### Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Ein wichtiger Fokus der österreichischen Forschung liegt auf den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED). Untersucht wird das Thema der Inflammation als Folge einer immunologischen Dysregulation sowie das komplexe Zusammenspiel zwischen Ernährung, Entzündung und Mikrobiom sowie deren Einfluss auf die Barrierefunktion des Darmepithels. Neben der Evaluierung neuer zielgerichteter Biologika, wie etwa der IL-23-Inhibitoren, geht es um die Identifikation weiterer Entzündungsmediatoren sowie auch um die Etablierung prognostischer Biomarker aus der Kombination verschiedener Zytokinprofile, um eine Vorhersage des Therapieansprechens zu ermöglichen. Zusätzlich zur Teilnahme an internationalen Multicenter-Studien lieferten Studien, etwa in Form von österreichischen Registerstudien, wesentliche Erkenntnisse z. B. zum Thromboseisiko bei CED, die in die Risikostratifizierung einfließen.

**Darmbarrierefunktion.** Die Störung der epithelialen Integrität gilt als ein Schlüsselmechanismus der CED. Hierzu werden beispielsweise in vitro in patientenspezifischen Organoiden die Ursachen für eine erhöhte Permeabilität im Darmepithel und die Möglichkeiten, diese zu modulieren, untersucht. Zunehmend rücken metabolische Ursachen und bestimmte Ernährungsfaktoren in den Mittelpunkt des Interesses. So konnten etwa bestimmte Fettsäuren (PUFA) als proinflammatorische Entzündungsmediatoren identifiziert werden. Analog zu den CED spielt eine Störung der Darmbarriere eine wichtige Rolle in der Entstehung von Lebererkrankungen wie der MASLD und der PSC sowie in der Progression der Leberzirrhose und ihrer Komplikationen.

### Mikrobiom

Eng damit verknüpft ist die Mikrobiomforschung, die sowohl die immunologische als auch die metabolische Funktion des Mikrobioms untersucht. Verschiedene österreichische Arbeiten zeigen beispielsweise eindrucksvoll, dass CED mit einer verminderten Diversität des Mikrobioms einhergeht. Aktuell werden verschiedene bakterielle Profile evaluiert und ihr Einfluss auf die Entzündung sowie auf das Therapieansprechen untersucht. Dazu zählt auch die klinische Forschung zum „fäkalen Mikrobiota-Transfer“ (FMT), d. h. der Stuhltransplantation, bei Colitis ulcerosa.

Österreichische Erkenntnisse haben in Summe maßgebend dazu beigetragen, dass CED heute als **multifaktorielle Erkrankungen** verstanden werden, bei denen Immunantwort und Inflammation sowie Darmbarriere und Mikrobiom in einer Wechselwirkung stehen, die entscheidend auch durch Ernährungsfaktoren beeinflusst wird.

### Weitere Beispiele zu gastroenterologischen Forschungsthemen

**Lebertransplantation:** Die 3 österreichischen Lebertransplantationszentren arbeiten intensiv an der kontinuierlichen Verbesserung der Ergebnisse dieser komplexen Behandlung, indem sie und technologische Fortschritte (Maschinenperfusion zur Verbesserung der Organqualität) mit klinischer Expertise (in Indikationsstellung, perioperativem Management und Langzeitbetreuung) kombinieren. Aktuell werden beim Leberzellkarzinom multimodale Konzepte, also die Kombination von medikamentösen und interventionellen Therapien, untersucht.

**Dünndarmerkrankungen:** Die molekulare und funktionelle Charakterisierung der Microvillus Inclusion Disease erfolgte mit substanzieller österreichischer Beteiligung.

**Neurogastroenterologie:** Forschungsschwerpunkte umfassen die Darm-Hirn-Achse sowie funktionelle gastrointestinale Störungen wie das Reizdarmsyndrom und funktionelle Motilitätsstörungen (Gastroparese und chronische Obstipation) – Erkrankungen, die heute unter dem Begriff Disorders of Gut-Brain Interaction (DGBI) zusammengefasst werden. Untersucht werden die Interaktion zwischen Nervensystem und Immunsystem sowie pathophysiologische Zusammenhänge von Stress, Mikrobiom und zentralnervöser Reaktion.



## Zukunftsperspektiven

- **Präzisionsmedizin bei metabolischen und entzündlichen Erkrankungen in der Gastroenterologie und Hepatologie stärken:** Biomarker, molekulare Risikoprofile und personalisierte Therapien sollen Krankheitsprogression früher erfassen, die Betreuung von Patient:innen mit entzündlichen Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes individualisieren.
- **Endoskopie und gastrointestinale Onkologie innovativ weiterentwickeln:** KI-gestützte Diagnostik, interventionelle Endoskopie, Früherkennung und Qualitätsforschung sollen Vorsorge, Diagnose und Therapie gastrointestinaler Tumoren weiter verbessern.
- **Translationale Forschung und Nachwuchs fördern:** Vernetzte Kohorten, Biobanken, Multi-Omics-, Mikrobiom- und Immunforschung sollen neue Forschungsfelder eröffnen und junge Forscher:innen international sichtbar positionieren.

Diese Erkenntnisse finden in den Arbeiten zur **Darm-Leber-Achse** ihre Fortsetzung, in denen der Einfluss von mikrobiellen Stoffwechselprodukten (die über die Pfortader in die Leber gelangen) auf entzündliche hepatologische Prozesse untersucht wird. Diese Arbeiten zeigen, dass Veränderungen des Mikrobioms nicht nur bei Darmerkrankungen per se einen entscheidenden Einfluss haben, sondern auch bei metabolischen und hepatologischen Erkrankungen wie etwa bei MASLD bis hin zum hepatozellulären Karzinom (HCC) von Relevanz sind. Arbeiten zum HCC zeigen, dass der Verlust des Ansprechens auf Immuntherapie durch eine Stuhltransplantation, d. h. durch die Modulation des Darmmikrobioms, bei einem Teil der Patient:innen wieder umgekehrt werden kann.

## Forschung aus Österreich gilt als ein wichtiger Baustein für die Präzisionsmedizin in der Hepatologie.

### Besonderer Fokus: Forschung Hepatologie

Ein besonderer Schwerpunkt der Forschung in Österreich liegt in der Hepatologie und ist historisch eng mit der Erforschung viraler Hepatitiden verbunden.

#### Virale Hepatitiden

Österreichische Gastroenterolog:innen leisteten zuletzt einen entscheidenden Beitrag zur klinischen Entwicklung und Implementierung der direkt antiviralen Substanzen (DAA) in der Therapie der Hepatitis C. Ein entscheidender Faktor der österreichischen Erfolgsgeschichte war die im internationalen Vergleich frühe und breite Verfügbarkeit der hochwirksamen Therapien ab 2014 in Österreich. Dies trug wesentlich zur nahezu vollständigen Elimination der Hepatitis C bei.

Die Expertise bei viralen Hepatitiden setzt sich in der aktuellen Forschung zur Hepatitis D fort. Österreichische Arbeitsgruppen sind in europäische Studienkonsortien eingebunden und an klinischen Studien zu neuen therapeutischen Ansätzen, z. B. den Entry-Inhibitoren, beteiligt.

#### Metabolische Hepatologie

Die metabolische Dysfunktion-assoziierte steatotische Lebererkrankung (MASLD), früher als nichtalkoholische Fettlebererkrankung bezeichnet, stellt mittlerweile die weltweit häufigste chronische Lebererkrankung dar und ist ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Leberzirrhose und in weiterer Folge eines hepatozellulären Karzinoms. Österreichische Zentren gehören zu den führenden Institutionen Europas und haben wesentlich zur Aufklärung molekularer Mechanismen der MASLD beigetragen, insbesondere zum Thema Lipotoxizität als treibender Faktor der Schädigung von Hepatozyten, zur Erforschung der metabolischen Lipasen (fettabbauenden Enzyme) und zu genetischen Risikoprofilen. Im Speziellen geht es etwa um Mutationen im *PNPLA3*-Gen, dem sogenannten „Fettleber-Gen“, das für ein multifunktionelles Enzym codiert, dem eine entscheidende Rolle im Lipidstoffwechsel zukommt.

Eine rezente österreichische Arbeit gilt als Schlüsselpublikation zur Neubewertung der Fettlebererkrankung: Durch die Messung von Langzeit-Alkoholmetaboliten in Haarproben konnte gezeigt werden, dass viele Patient:innen mit vermeintlich „nichtalkoholischer“ Fettlebererkrankung sehr wohl auch Alkohol in metabolisch relevanter Menge konsumieren. Diese Erkenntnis hat maßgeblich zur internationalen Neudefinition der Erkrankung mit dem Akronym MetALD (metabolische Lebererkrankung mit signifikantem Alkoholkonsum) beigetragen.

#### Seltene genetische Lebererkrankungen

Ein weiterer Schwerpunkt der österreichischen Hepatologie in enger Verzahnung mit der Grundlagenforschung liegt in der Erforschung seltener, genetisch bedingter Lebererkrankungen, insbesondere mit Störungen des Eisen- und des Kupferstoffwechsels. Die Analyse genetischer Mutationen und ihrer funktionellen Konsequenzen bei Störungen des Kupferstoffwechsels, insbesondere bei Morbus Wilson wird seit mehreren Jahrzehnten in Österreich flächendeckend angeboten, was zum Aufbau einer der bedeutendsten Patientenkohorten mit dieser Erkrankung geführt und die Forschung in diesem Bereich wegweisend bestimmt hat. Relativ rezente Entwicklungen erlauben die Identifikation hereditärer Defekte hepatozellulärer Transportsysteme, welche für die Galleproduktion verantwortlich sind und sich als Cholestasesyndrome im Neugeborenen-, Kindes- bis hin in das Erwachsenenalter manifestieren können.



Darüber hinaus werden genetische Determinanten im Kontext komplexer hepatischer Systemerkrankungen untersucht. Zunehmend verlagert sich der Fokus von monogenetischen Erkrankungen hin zur Analyse polygenetischer Einflüsse, die auch in polygenetischen Risiko-Scores erfasst werden, um zu einer verbesserten Risikoabschätzung sowie Individualisierung klinischer Strategien beizutragen.

### Cholestatische Lebererkrankungen

Ein weiteres Beispiel für den translationalen Zugang ist die Gallensäureforschung, insbesondere bei cholestatischen Lebererkrankungen wie der PBC (primär biliäre Cholangitis) und der PSC (primär sklerosierende Cholangitis). Österreichische Gruppen haben entscheidende Beiträge zum Verständnis von Gallensäuren als Signalmolekülen geleistet und daraus neue therapeutische Ansätze entwickelt. Im Zentrum stehen mehrere Signalachsen: die Aktivierung des Farnesoid-X-Rezeptors (FXR) durch FXR-Agonisten, PPAR-Agonisten und die Entwicklung und Etablierung von Norursodeoxycholsäure, einer modifizierten Gallensäure, die maßgeblich unter österreichischer Federführung entwickelt wurde.

Dazu kommen österreichische Beiträge zur **nicht-invasiven** Diagnostik, die zunehmend die Leberbiopsie ersetzen kann, darunter die Validierung von Serum-Biomarkern als Marker der Fibrosierung, aber auch von kombinierten Risiko-Scores sowie der Leberelastographie, von funktionellen MRT-basierten Verfahren etc.

Weitere hepatologische Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der portalen Hypertension (Pfortaderhochdruck), die als Komplikation einer chronisch fortgeschrittenen Lebererkrankung auftritt. Auch hier hat Forschung aus Österreich maßgeblich zur Etablierung und zur Evaluierung nichtinvasiver Biomarker als Alternative zur Pfortaderdruckmessung beigetragen. Diese Arbeiten haben direkten Einfluss auf internationale Leitlinien, insbesondere im Rahmen der Baveno-Konsensuskonferenzen<sup>5</sup>, die globale Standards für die Behandlung der portalen Hypertension definieren. Ein

weiteres großes relevantes Forschungsthema ist die Reversibilität der Leberfibrose und Zirrhose.

## Organgrenzen und Fachgrenzen überwinden

Die moderne Forschung verfolgt heute einen integrativen Ansatz und hat das lineare Krankheitsverständnis verlassen. Ziel ist es, Krankheiten organübergreifend in ihrer Komplexität und systemischen Bedeutung zu verstehen. Im Mittelpunkt der Forschung steht daher die Inter-Organ-Kommunikation, insbesondere zwischen Leber, Stoffwechsel, Gehirn und Immunsystem. In diesem Zusammenhang rücken zunehmend das Mikrobiom auch in seiner metabolischen Funktion sowie die Bedeutung der Ernährung immer stärker in den Fokus.

## Die großen Fortschritte entstehen heute an den Schnittstellen.

Translationale Forschung hat mit der Verbindung von Grundlagen- und klinischer Forschung bereits Grenzen überwunden, die moderne Forschung mit komplexen Exzellenz-Clustern geht in der interdisziplinären Zusammenarbeit noch einen Schritt weiter und überwindet auch traditionelle Fachgrenzen.<sup>9-11</sup>

- 1 <https://innere-med-3.meduniwien.ac.at/unsere-abteilungen/gastroenterologie-und-hepatologie/wissenschaft-und-forschung/>
- 2 <https://gastroenterologie.medunigraz.at/forschung>
- 3 <https://inneremed1.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=inneremed1/forschung/>
- 4 <https://pure.pmu.ac.at/de/projects/>
- 5 Die Baveno-Kooperation ist eine internationale Initiative von Expert:innen der Hepatologie als Teil der EASL. Ziel ist die Erarbeitung evidenzbasierter Empfehlungen. Die Baveno-Konsensuskonferenzen finden in Baveno (Italien) statt, daher der Name. <https://www.bavenocoop.net/>
- 6 EASL Clinical Practice Guidelines on sclerosing cholangitis. J Hepatol. 2022 Sep;77(3):761–806
- 7 EASL Clinical Practice Guidelines: management of cholestatic liver diseases. J Hepatol. 2009 Aug;51(2):237–67
- 8 EASL Clinical Practice Guidelines on haemochromatosis. J Hepatol. 2022 Aug;77(2):479–502
- 9 MetAGE – Cluster of Excellence, <https://www.metage.at/de/forschung/>
- 10 Micro Planet – Center of Excellence, <https://www.microplanet.at>
- 11 <https://www.fwf.ac.at/en/discover/excellentiaustria/clusters-of-excellence>

### MetAGE – Cluster of Excellence, „Forschung für gesundes Altern“;

ist ein interdisziplinäres Netzwerk mit dem Ziel, die metabolische Kontrolle des Alterns und altersbedingter Erkrankungen zu verstehen. In 7 Schwerpunkten (Lipostase, Proteostase, Polyamine, Mitochondrien, Kommunikation zwischen Gehirn und Organen, Immunsystem, Gender-Medizin) sollen Schlüsselprozesse für den altersbedingten Verlust der Stoffwechselkontrolle erforscht werden, um daraus neuartige Präventions- und Interventionskonzepte zur Förderung des gesunden Alterns zu entwickeln.<sup>9</sup>

### Micro Planet – Center of Excellence, „Microbiomes Drive Planetary Health“;

wiederum ist ein österreichischer Forschungsverbund, der Umwelt-, medizinische sowie methodische Mikrobiomforschung integriert und damit die Expertise aus unterschiedlichen Ökosystemen, vom intestinalen Mikrobiom bis zum Ackerboden, kombiniert. Ziel ist es, grundlegende Prinzipien zu identifizieren, die die Struktur und Funktion von Mikrobiomen in komplexen Systemen bestimmen.<sup>10</sup>

### Brain – Cluster of Excellence „Neuronal Circuits in Health and Disease“

ist ein Konsortium führender österreichischer Institutionen zur Erforschung der Rolle von inhibitorischen Neuronen bei der Entstehung von Krankheiten. Unter wesentlicher Beteiligung von Wissenschaftler:innen der Gastroenterologie und Hepatologie liegt ein Forschungsschwerpunkt auf der Darm-Leber-Hirn-Achse bei Stoffwechselerkrankungen (Inter-Organ-Crosstalk) und Wechselwirkungen mit Depression, Fatigue und Suchtverhalten.<sup>11</sup>



# Herausforderungen für die Gesundheitspolitik

Gastroenterologische und hepatologische Erkrankungen zählen in Österreich zu den häufigsten Krankheitsbildern mit oft schweren und langwierigen Folgen für die Betroffenen, werden gesundheitspolitisch aber nach wie vor deutlich unterschätzt und nicht ausreichend strukturiert adressiert. Tatsächlich resultieren etwa jeder 9. Todesfall und 15 % aller Frühpensionierungen in Österreich aus einer Erkrankung des Verdauungssystems. Über 10 % aller Patient:innen in Notaufnahmen stellen sich mit gastrointestinalen Symptomen vor. Angesichts der hohen Prävalenz dieser Erkrankungen, steigender Inzidenzen assoziierter Tumorerkrankungen, enormer sozioökonomischer Kosten und komplexer Versorgungsanforderungen ist eine evidenzbasierte, abgestufte Versorgung mit fairer, einheitlicher Honorierung und klar definierten Verantwortlichkeiten über alle Versorgungsebenen hinweg zu fordern.

**Österreich zählt beim organisierten Darmkrebs-Screening noch immer zu den Schlusslichtern in Europa. Beim Alkoholkonsum liegen wir im Spitzenfeld – ein klarer Auftrag an die Gesundheitspolitik!**

## Hohe Krankheitslast und Kosten

Gastroenterologische und hepatologische Erkrankungen reichen von hochprävalenten, chronischen Erkrankungen mit hohem Leidensdruck, sozialer Isolation und nicht zuletzt Stigmatisierung (wie z. B. bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen) bis hin zu komplexen, lebensbedrohlichen Erkrankungen wie Leberzirrhose und gastrointestinalen Karzinomen, die mit hoher Morbidität, Mortalität und massiven Einschränkungen der Lebensqualität einhergehen. Sie verursachen in Österreich jährlich Produktivitätsverluste in Milliardenhöhe. Gleichzeitig zeigt sich v. a. bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen eine deutlich steigende Inzidenz.

## Prävention und Vorsorge: großes, ungenütztes Potenzial

Ein erheblicher Anteil gastroenterologischer Erkrankungen und Karzinome ist durch modifizierbare Risikofaktoren wie Alkoholkonsum, Rauchen, Adipositas sowie

einen ungesunden Ernährungs- und Lebensstil bedingt, wobei Österreich etwa beim Anteil alkoholassoziierter Leberkarzinome europaweit an der Spitze liegt. Strukturierte Programme zur Früherkennung von Lebererkrankungen fehlen komplett, obwohl Daten aus Deutschland zeigen, dass ein solches Screening im Rahmen der Gesundenuntersuchung kostenneutral ist und zu deutlich früheren Diagnosen führt. Beim Darmkrebs ist die Teilnahmequote trotz etablierter qualitätsgesicherter Vorsorgekoloskopie und klarer Empfehlung für ein organisiertes Screening weiterhin absolut unzureichend, und ein bundesweit einheitliches Einladungssystem wurde bislang nicht umgesetzt, obwohl Daten aus dem Burgenland den Nutzen eines strukturierten Programms eindrucksvoll belegen.

## Hohe Komplexität, Lücken im ambulanten Bereich

Die gastroenterologische und hepatologische Versorgung umfasst ein breites Spektrum von Vorsorge, Basis- und Spezialdiagnostik, hochspezialisierter interventioneller Endoskopie und konservativen sowie onkologischen Therapien. Jeder 8. stationäre Aufenthalt in Akutkrankenanstalten in Österreich erfolgt aufgrund gastroenterologischer Hauptdiagnosen, während moderne Therapien gleichzeitig zu einer Verlagerung vieler Behandlungen in den ambulanten Bereich führen. Dem gegenüber steht ein Mangel an niedergelassenen Kassen-Gastroenterolog:innen sowie eine strukturell unzureichende Abbildung chronischer, betreuungsintensiver Erkrankungen wie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen oder funktioneller Magen- und Darmerkrankungen im Kassensystem. Hinzu kommt, dass > 100 Gastroenterolog:innen in Österreich bereits > 60 Jahre alt sind und in den nächsten Jahren die Pension antreten werden. Dem gegenüber stehen nur knapp 100 Kolleg:innen, die in den letzten 5 Jahren die Facharztprüfung erfolgreich absolviert haben – dies zeigt den Bedarf für forcierte Ausbildungsanstrengungen, um die Versorgungsqualität aufrechtzuhalten.

## Regionale Unterschiede, heterogene Honorierung

Bundesländerweise bestehen massive Unterschiede in der Anzahl niedergelassener Gastroenterolog:innen, in der Verfügbarkeit von Vorsorgekoloskopien und in der Abgeltung gleicher Leistungen, etwa bei Sedierung oder endoskopischen Interventionen. Diese landesspezifischen Honorarunterschiede sind rational nicht erklärbar und müssen angeglichen und vereinheitlicht werden.



## Ziele

### Darmkrebs-Screening

Qualitätsgesichertes, organisiertes Programm mit Einladungssystem für ganz Österreich

### Kassentarife

Bundeseinheitliche, leistungsgerechte Kassentarife

### Endoskopie

Strukturelle Planung und Qualitätssicherung hochspezialisierter endoskopischer Einheiten

### Früherkennung von Lebererkrankungen

Aufnahme von Screening-Parametern in die Gesundenuntersuchung; Aufnahme der Leberelastographie in die Kassenkataloge

### Spezialisierte Pflege

Bundesweite Etablierung von CED-Nurses und Liver-Care-Nurses

### Abgestuftes Versorgungskonzept

für Gastroenterologie und Hepatologie muss im ÖSG verankert sein

## Ziel: Abgestufte Versorgung muss in den ÖSG

Erschreckenderweise wird die gastroenterologische und hepatologische Versorgung Österreichs im Österreichischen Strukturplan Gesundheit, dem primären Planungs- und Steuerungsinstrument der Bundesregierung bzgl. Gesundheitsthemen, nicht erwähnt. Dies ist absolut inakzeptabel, da die aktuellen epidemiologischen Entwicklungen, die Komplexität moderner Therapieformen und der hohe Anteil chronisch kranker Patient:innen ein strukturiertes, abgestuftes gastroenterologisch-hepatologisches Versorgungskonzept zwingend erforderlich machen. Derzeit fehlen in vielen Regionen klare Step-up- und Step-down-Wege zwischen Primärversorgung, niedergelassenen Spezialist:innen und Spitalszentren, was zu Versorgungslücken, Überlastung von Ambulanzen und mangelnder Kontinuität insbesondere bei komplexen Langzeitverläufen führt. Nur mit einem abgestuften Versorgungskonzept (wie von der ÖGGH vorgeschlagen), das Standardversorgungszentren und Referenzzentren mit definierten Aufgaben, Mindestfallzahlen und interdisziplinären Boards vorsieht, sind die zahlreichen zukünftigen Herausforderungen gut zu meistern.

## Forderungen der ÖGGH an Politik und Systempartner

Die ÖGGH fordert, gastroenterologische Erkrankungen angesichts ihrer Krankheitslast als gesundheitspolitische Priorität anzuerkennen, Forschung, Prävention und

Versorgung angemessen zu berücksichtigen und die im europäischen Kontext formulierten Ziele zur Verbesserung der Versorgungsqualität in nationale Strategien zu integrieren. Dazu gehören insbesondere:

- die rasche Implementierung eines qualitätsgesicherten, organisierten Darmkrebs-Screening-Programms mit Einladungssystem,
- Bemühungen zur Früherkennung von Lebererkrankungen mittels Screenings im Rahmen der Gesundenuntersuchung sowie die Refundierung der Leberelastographie,
- der flächendeckende Einsatz spezialisierter Pflege (z. B. CED- und Liver-Care-Nurses),
- die strukturelle Planung/Bereitstellung und Qualitätssicherung hochspezialisierter endoskopischer Einheiten,
- die Planung ausreichender Ausbildungsstellen und attraktiver Rahmenbedingungen für den gastroenterologischen Nachwuchs sowie
- die Abbildung der Gastroenterologie und Hepatologie und des abgestuften Versorgungskonzeptes im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG).

Zentral ist schließlich die Schaffung bundeseinheitlicher, leistungsgerechter Kassentarife, die die Besonderheiten eines interventionell geprägten, aber zugleich zeitintensiven Faches angemessen abbilden und die Voraussetzung dafür schaffen, dass eine bedarfsgerechte, wohnortnahe gastroenterologisch-hepatologische Versorgung auch in Zukunft sichergestellt werden kann. ■

# Redaktionsteam



Clemens  
Dejaco



Werner  
Dolak



Monika  
Ferlitsch



Peter  
Fickert



Stephanie  
Hametner-Schreil



Susanne  
Hinger



Harald  
Hofer



Markus  
Peck-Radosavljević



Julian  
Prosenz



Bernhard  
Scheiner



Herbert  
Tilg



Michael  
Trauner



Stefan  
Traussnig



Jasmin Zessner-  
Spitzenberg



Heinz  
Zoller

**Ao. Univ.-Prof. Dr. Clemens Dejaco**, Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsklinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien

**Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Werner Dolak**, Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsklinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien

**Prim.<sup>a</sup> ao. Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Monika Ferlitsch**, Abteilung für Innere Medizin mit Gastroenterologie, Akutgeriatrie/Remobilisation, Klinik Floridsdorf, Wien

**Univ.-Prof. Dr. Peter Fickert**, Leiter der Klinischen Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsklinik für Innere Medizin, Medizinische Universität Graz

**OÄ Dr.<sup>in</sup> Stephanie Hametner-Schreil**, 4. Interne Abteilung – Gastroenterologie und Hepatologie, Stoffwechsel und Ernährungsmedizin, Endokrinologie, Barmherzige Schwestern Ordensklinikum Linz

**Susanne Hinger**, Medizinjournalistin, Konzept \* Recherche \* Text | Wien

**Prim. Univ.-Prof. Dr. Harald Hofer**, Vorstand der Abteilung für Innere Medizin I (Gastroenterologie und Hepatologie, Rheumatologie, Endokrinologie und Diabetologie), Klinikum Wels-Grieskirchen

**Prim. Univ.-Prof. Dr. Markus Peck-Radosavljević**, Vorstand der Abteilung für Innere Medizin und Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie, Rheumatologie und Nephrologie, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee

**OA Dr. Julian Prosenz, PhD, FESBGH**, Klinische Abteilung für Innere Medizin 2, Universitätsklinikum St. Pölten, Karl Landsteiner Privatuniversität

**Ap. Prof. Priv.-Doz. DDr. Bernhard Scheiner**, Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsklinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien

**Univ.-Prof. Dr. Herbert Tilg**, Direktor der Universitätsklinik für Innere Medizin I, Medizinische Universität Innsbruck – Tirol Kliniken

**Univ.-Prof. Dr. Michael Trauner**, Leiter der Klinischen Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsklinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien

**Dr. Stefan Traussnig**, Ärztliche Leitung, Geschäftsführender Gesellschafter, Internisten am Elterleinplatz – Dr. Brunner, Dr. Traussnigg & Dr. Roth – Fachärzte für Innere Medizin OG, Wien

**Dr.<sup>in</sup> Jasmin Zessner-Spitzenberg**, Klinische Abteilung für Gastroenterologie und Hepatologie, Universitätsklinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien; Young ÖGGH

**Ao. Univ.-Prof. Dr. Heinz Zoller**, Universitätsklinik für Innere Medizin I, Medizinische Universität Innsbruck – Tirol Kliniken



## Impressum

**Herausgeber:** Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH)

**Wissenschaftliche Leitung:** Harald Hofer, Bernhard Scheiner

**Texte und Gesamtreaktion:** Susanne Hinger

**Redaktionsteam:** Clemens Dejaco, Werner Dolak, Monika Ferlitsch, Peter Fickert, Stephanie Hametner-Schreil, Markus Peck-Radosavljević, Julian Prosenz, Herbert Tilg, Michael Trauner, Stefan Traussnig, Jasmin Zessner-Spitzenberg, Heinz Zoller

### Besonderer Dank geht an:

Dr. Florian Röthlin, Gesundheit Österreich GmbH, und  
Mag. Anton Sinabell, Abteilung Statistik, Österreichische Ärztekammer.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdruckes, des Vortrages, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikrodatenverarbeitung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Allgemeine Hinweise: Die Beiträge geben die persönliche und/oder wissenschaftliche Meinung des Redaktionsteams wieder. Trotz sorgfältiger Prüfung übernehmen Verlag, Redaktion und Herausgeber keinerlei Haftung für drucktechnische und inhaltliche Fehler.

**Verlag:** © 2026 MedMedia Verlag und Mediaservice Ges.m.b.H.,  
Seidengasse 9/Top 1.1, A-1070 Wien,  
Tel.: +43 1 407 31 11-0, E-Mail: office@medmedia.at, www.medmedia.at

**Redaktion:** Susanne Hinger, Konzept · Recherche · Text | Wien, susanne.hinger@gmx.at

**Lektorat:** online-lektorat.at – Sprachdienstleistungen

**Gestaltung, Layout und Illustration:** Katharina Blieberger · katharina.blieberger.at

**Druck:** Medienfabrik Wien GmbH, Langobardenstraße 138/8/R01, 1220 Wien

**ISBN:** 978-3-9505733-2-9



**Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie (ÖGGH)**

[www.oeggh.at](http://www.oeggh.at) • c/o MAW, Freyung 6, 1010 Wien • Tel.: +43 1 53 663-36 oder -42 • [oeggh@media.co.at](mailto:oeggh@media.co.at)