



Krebsversorgung konzentriert sich auf weniger Kliniken

Der WiDO-Qualitätsmonitor 2026 weist für mehrere komplexe Tumoroperationen steigende Fallzahlen je Krankenhaus aus. Bei der Behandlung in zertifizierten Krebszentren fällt die Veränderung deutlich schwächer aus.

Von Frank Brunner

Am stärksten hat sich die Krankenhauslandschaft bei Speiseröhrenoperationen verändert: Zwischen 2020 und 2024 sank die Zahl der beteiligten Standorte von 271 auf 134, während die durchschnittliche Fallzahl je Klinik von 17 auf 31 stieg. Das geht aus dem kürzlich mit den Daten für 2024 aktualisierten Qualitätsmonitor des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) hervor.

Auch bei anderen komplexen Eingriffen verteilt sich die Versorgung auf weniger Häuser. Bei Brustkrebsoperationen verringerte sich die Zahl der Kliniken im selben Zeitraum von 575 auf 449, die mittlere Fallzahl je Haus stieg von 122 auf 166. Bei Lungenkrebs erhöhte sie sich von 49 auf 71, während die Zahl der Standorte von 372 auf 294 zurückging. Für Operationen an der Bauchspeicheldrüse weist der Qualitätsmonitor ebenfalls einen Rückgang der beteiligten Häuser aus: von 479 auf 364. Gleichzeitig nahm die durchschnittliche Fallzahl von 26 auf 33 zu.

Hinter dieser Entwicklung stehen neue oder angehobene Mindestmengen. Für Brust- und Lungenkrebsoperationen

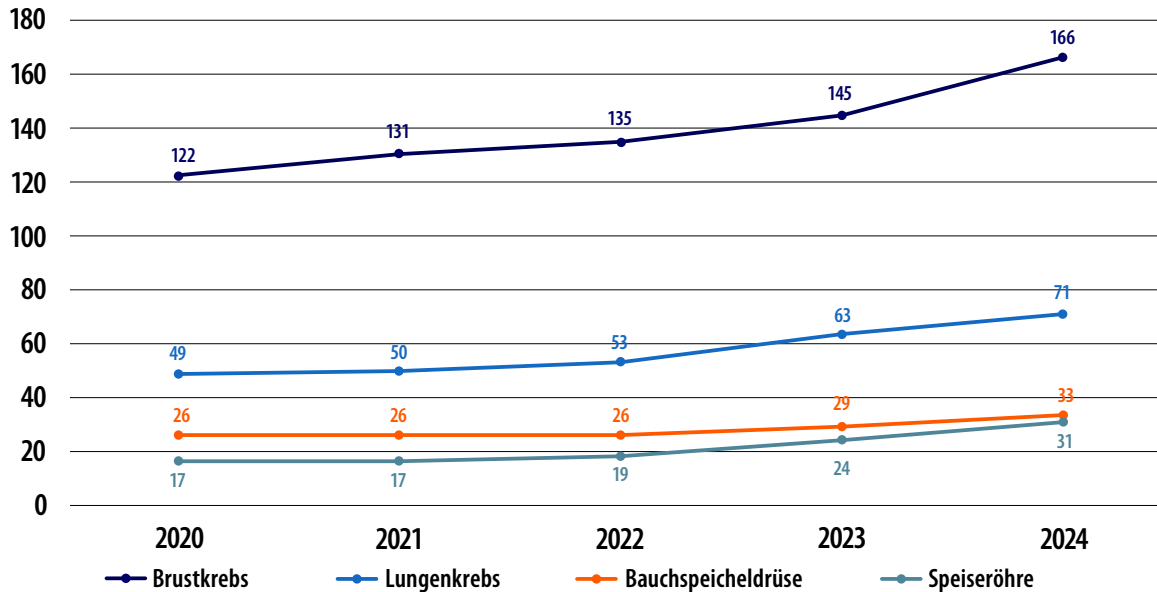
gelten seit 2024 verbindliche Untergrenzen, die 2025 nochmals erhöht wurden. Für Speiseröhrenoperationen war die Mindestmenge bereits 2023 von 10 auf 26 Eingriffe angehoben worden. Bei Eingriffen an der Bauchspeicheldrüse stieg sie 2024 von zehn auf 15 und 2025 auf 20. Die Daten für 2024 bilden damit bei Brust und Lunge erst den Beginn der strukturellen Veränderungen ab.

ZENTREN MÜSSEN ZUSÄTZLICHE ANFORDERUNGEN ERFÜLLEN

WiDO-Geschäftsführer Helmut Schröder bewertet die Entwicklung positiv: „Die Zahl der Krankenhäuser sinkt, während die Operationszahlen pro Standort steigen.“ Der Qualitätsmonitor zeigt zugleich, wie viele Patientinnen und Patienten weiterhin in Häusern behandelt werden, deren Fallzahlen unter den heute geltenden Schwellen liegen. Bei Speiseröhrenoperationen sank dieser Anteil von 54,4 Prozent im Jahr 2020 auf 15 Prozent im Jahr 2024. Bei Eingriffen an der Bauchspeicheldrüse ging er von 21,1 auf 10,2 Prozent zurück. Die Fallzahl allein beschreibt jedoch nicht die gesamte Ver-

Mittlere Fallzahl je Klinik bei vier Operationen mit Mindestmengen

Mittlere Fallzahl
je Klinik



© Springer Medizin Verlag GmbH

Für komplexe Speiseröhren-Operationen wurde zum Jahr 2023 die Mindestmenge von 10 Fällen auf 26 Fälle und für komplexe Operationen an der Bauchspeicheldrüse zum Jahr 2024 von 10 Fällen auf 15 Fälle angehoben. Für Lungenkrebs- und für Brustkrebs-Operationen wurde 2024 eine Mindestmenge von 40 bzw. 50 Fällen eingeführt. Quelle: Selbstangaben der Kliniken in strukturierten Qualitätsberichten für 2023, <http://www.qualitaetsmonitor.de>

sorgungsqualität. Zertifizierte Krebszentren müssen zusätzliche Anforderungen erfüllen, etwa an die fachübergreifende Zusammenarbeit, abgestimmte Abläufe und eine Behandlung nach wissenschaftlichen Leitlinien. Dr. Konstanze Blatt, Generalsekretärin der Deutschen Krebsgesellschaft, sagt: „Denn auch im Vergleich zu Einrichtungen, die die Mindestmengen erfüllen, sehen wir einen zusätzlichen Überlebensvorteil in den zertifizierten Zentren“ (siehe auch Interview Seite 56). Bei der Behandlung in zertifizierten Zentren zeigt der Qualitätsmonitor nur geringe Fortschritte. Bei Brustkrebs wurden 2024 bundesweit 8.255 Patientinnen außerhalb eines zertifizierten Zentrums operiert. Das entsprach elf Prozent der Fälle und damit demselben Anteil wie im Vorjahr. Hinter dem Bundeswert stehen deutliche regionale Unterschiede. So sank der Anteil in Sachsen-Anhalt innerhalb eines Jahres von 27 auf 12 Prozent. Auch die Länderübersicht des Qualitätsmonitors weist eine große Spannweite aus. Bei Lungenkrebs fällt die Entwicklung noch verhaltener aus. 2024 fanden 57 Prozent der Operationen in einem von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Zentrum statt. 2020 waren es 51 Prozent. Damit wurde weiterhin ein großer Teil der Betroffenen außerhalb dieser spezialisierten Strukturen behandelt. Eine stärkere Ausrichtung auf zertifizierte Zentren setzt nicht erst bei der Krankenhausplanung an. Auch bei Diagnose und

Überweisung werden Weichen gestellt. Blatt sieht hier vor allem die ambulante Versorgung in der Verantwortung: „Sobald eine onkologische Verdachtsdiagnose besteht, spätestens aber, wenn sie sich bestätigt, sollte die Versorgung in einem zertifizierten Zentrum aktiv angesprochen werden.“

WARUM DIE LÄNDER GEFRAGT SIND

WiDO-Chef Schröder fordert die Länder auf, die Zentralisierung von Krebsbehandlungen in zertifizierten Kliniken weiter voranzutreiben. Er verweist auf belegte Überlebensvorteile und darauf, dass diese Zentren neben den Fallzahlvorgaben weitere Anforderungen an Strukturen, Abläufe und leitliniengerechte Therapien erfüllen müssen. Die aktuellen Daten zeigen zwei unterschiedliche Geschwindigkeiten. Mindestmengen verändern die Zahl der Standorte und die durchschnittliche Fallzahl je Standort deutlich. Bei der Behandlung in zertifizierten Zentren bleiben die Verschiebungen bislang begrenzt. Der WiDO-Qualitätsmonitor liefert dazu Zeitreihen, Ländervergleiche und Angaben zu einzelnen Kliniken.



Mehr Informationen unter
www.qualitaetsmonitor.de
oder einfach QR-Code scannen.



„Die Versorgung in einem zertifizierten Zentrum ist die beste“

Mindestmengen können Behandlungen konzentrieren, doch gute onkologische Versorgung braucht mehr als Fallzahlen. Konstanze Blatt, Generalsekretärin der DKG, erklärt, warum die Steuerung in zertifizierten Zentren bislang nicht überall gelingt und welche Rolle niedergelassene Ärztinnen und Ärzte übernehmen sollten.

Das Interview führte Frank Brunner

Frau Dr. Blatt, WIdO-Daten zeigen deutliche Konzentrationseffekte durch Mindestmengen, aber bislang nur begrenzte Bewegung bei der Steuerung in DKG-zertifizierten Zentren. Teilen Sie diese Diagnose?

Leider wurde mit der Krankenhausreform die Chance verpasst, onkologische Behandlungen in Kliniken mit einer besonderen Expertise zu bündeln – also in den zertifizierten Zentren. Daher sind aktuell nur die Mindestmengenvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses verpflichtend. Ich gehe davon aus, dass sich perspektivisch Effekte bei den Mindestmengen zeigen werden. Es gibt allerdings bislang nur wenige Mindestmengen, die ausschließlich Krebserkrankungen betreffen: Dazu zählen die Mindestmengen für Brust- und Lungenkrebs. Für Darmkrebs wurden Mindestmengen eingeführt, die erst ab 2027

gelten und mit einer Übergangsregelung schrittweise erhöht werden. Die vollen Vorgaben müssen erst ab 2029 erfüllt werden. Zukünftig gilt auch eine Regelung für Magenkrebs, die ab 2029 schrittweise eingeführt wird. Zentralisierungseffekte werden sich daher wohl erst später deutlicher abbilden. Zudem wäre zu untersuchen, welche Rolle Ausnahmetatbestände und Ausnahmegenehmigungen auf Länderebene spielen.

In zertifizierten Zentren gelten schon seit vielen Jahren Mengenvorgaben für Primärfälle. Wir sehen dort zwar mehr Patientinnen und Patienten, aber keinen enormen Sprung. Zugleich wächst die Zahl der Zentren. In den vergangenen zwei, drei Jahren gab es in fast allen Entitäten noch einmal einen Anstieg. Einige Einrichtungen behandeln sehr viele Menschen, andere deutlich weniger,



Dr. Konstanze Blatt ist promovierte Soziologin und Generalsekretärin der Deutschen Krebsgesellschaft. Zuvor leitete sie den Fachbereich Befragung am IQTIG.

obwohl auch sie die Mindestanforderungen erfüllen.

Warum reicht die Fallzahl allein nicht aus, wenn es um onkologische Qualität geht?

Mindestmengen sind ein wichtiges Instrument. Mit wachsender Erfahrung können die Ergebnisse etwa bei Sterblichkeit und Komplikationen besser werden. Die Zertifizierungsanforderungen sind aber umfassender und auch an die jeweilige Krebsart angepasst. Zentral ist die Interdisziplinarität. Das drückt sich insbeson-

dere in den Tumorkonferenzen aus. Der Austausch verschiedener Berufsgruppen erweitert den Blick auf Therapien und Erfolgsaussichten.

Hinzu kommen zahlreiche strukturelle und prozessuale Anforderungen, von denen wir in der Summe wissen, dass sie Sterblichkeit und Komplikationen reduzieren. Die Zertifizierung richtet den Blick auf den gesamten Behandlungsprozess. Dazu gehören auch Psychoonkologie und Sozialberatung. Mindestmengen sind deshalb ein wichtiger Baustein, aber sie bilden die Qualität einer umfassenden onkologischen Versorgung nicht allein ab.

Bei Brustkrebs werden bereits sehr viele Betroffene in zertifizierten Zentren behandelt. Bei Lungenkrebs ist es nur etwa die Hälfte. Warum ist die Steuerung dorthin so schwierig?

Die Brustkrebsversorgung ist Vorreiterin: Dort werden weit über 80 Prozent, eher in Richtung 90 Prozent, der Patientinnen und auch Patienten in Zentren versorgt. Beim Lungenkrebs ist es dagegen nur ungefähr die Hälfte der Primärfälle. Das ist deutlich zu wenig. Denn wir wissen, dass die Versorgung in zertifizierten Zentren mit besseren Ergebnissen und einer besseren Lebensqualität verbunden ist. Warum die Unterschiede so groß sind, lässt sich nicht abschließend sagen. Möglicherweise spielt die Sensibilisierung in den einweisenden Praxen eine Rolle. Auch in der Bevölkerung ist vermutlich noch nicht ausreichend bekannt, was ein zertifiziertes Zentrum ist und welche Konsequenzen die Wahl der Einrichtung haben kann. Deshalb müssen wir stärker kommunizieren – gegenüber der Bevölkerung, Ärztinnen und Ärzten, anderen Berufsgruppen und Beratungsstellen. Die Deutsche Krebsgesellschaft will die Bedeutung der Zentren stärker vermitteln.

Viele Krebsdiagnosen und Überweisungsentscheidungen entstehen im ambulanten Bereich. Welche Verantwortung haben niedergelassene Ärztinnen und Ärzte?

Hier gibt es großes Potenzial, auch mit Blick auf Veränderungen in der Primärversorgung. Sobald eine onkologische

Verdachtsdiagnose besteht, spätestens aber, wenn sie sich bestätigt, sollte die Versorgung in einem zertifizierten Zentrum aktiv angesprochen werden. Wer den Befund kommuniziert, sollte die Vorteile erläutern und die betroffene Person entsprechend weiterverweisen.

Mit der Website OncoMap lassen sich zertifizierte Zentren deutschlandweit finden. Wir glauben aber, dass das Wissen und die Kommunikation noch nicht ausreichen. Hausarztpraxen und onkologisch tätige Facharztpraxen könnten hier eine große Rolle spielen. Sie sollten Betroffene an ein Zentrum verweisen, sobald der Verdacht auf Krebs oder eine bestätigte, behandlungsbedürftige Diagnose im Raum steht.

Dazu kann gehören, längere Fahrtwege in Kauf zu nehmen. Bei einem planbaren Eingriff lohnt es sich beispielsweise, für eine Lungenoperation weiter zu fahren, statt ein nahegelegenes Krankenhaus zu wählen, das zwar die Mindestmengen erfüllt, aber möglicherweise nicht unsere strengen Kriterien für Interdisziplinarität und multiprofessionelle Behandlung erfüllt. Denn auch im Vergleich zu Einrichtungen, die die Mindestmengen erfüllen, sehen wir einen zusätzlichen Überlebensvorteil in den zertifizierten Zentren.

Sie haben davon gesprochen, dass für viele Betroffene nach der Überweisung eine Odyssee beginnt. Muss ein zertifiziertes Zentrum stärker als koordinieren des Netzwerk gedacht werden?

Definitiv. Die Zentrumsstrukturen bilden bereits ein Netzwerk, aber dieses Netz muss weiter nach außen gespannt werden. Es sollte die einweisende Situation ebenso umfassen wie die Versorgung nach der Behandlung. Unsere Idee zum Primärversorgungssystem sieht beispielsweise vor, dass Patientinnen und Patienten über die Hausarztpraxis zu einer onkologisch tätigen Facharztpraxis und von dort in das Zentrum geführt werden können. Umgekehrt muss die Verbindung zurück funktionieren. Die unmittelbare Nachsorge wird durch zertifizierte Zentren in der Regel gut koordiniert. Ist nach einer Operation etwa eine Bestrahlung notwendig, orga-

nisiert das Zentrum den Übergang. Schwieriger wird es mit zunehmendem zeitlichem Abstand. Bei Krebs ist die Versorgung nicht nach einem Jahr abgeschlossen. Nachsorge, psychoonkologische Unterstützung oder sozialrechtliche Fragen können über fünf oder zehn Jahre relevant bleiben.

Wünschenswert wäre deshalb, dass eine onkologisch tätige Facharztpraxis dauerhaft die zentrale ambulante Anlaufstelle bleibt. Sie sollte die Patientin oder den Patienten in der Nachsorge begleiten und bei Unterstützungsbedarf, einem möglichen Rezidiv oder psychoonkologischen Fragen die weiteren Schritte koordinieren. Die Strukturen sind grundsätzlich vorhanden. Aber die Fäden zwischen den einzelnen Punkten müssen noch gesponnen werden. Hier hoffen wir auch auf eine entsprechende Ausgestaltung des Primärversorgungssystems.

Sie sind seit einem halben Jahr bei der Deutschen Krebsgesellschaft und seit Kurzem Generalsekretärin. Wie fällt Ihr bisheriges Resümee zur Krebsversorgung in Deutschland aus – und was ist Ihnen für die kommenden Jahre besonders wichtig?

Die onkologische Versorgung zeigt, dass es in Deutschland gelungen ist, ein sehr hohes Niveau zu erreichen. Dazu haben auch die Instrumente beigetragen, die die Deutsche Krebsgesellschaft gemeinsam mit ihren Partnern verantwortet. Dazu zählen insbesondere die onkologischen S3-Leitlinien mit ihrem hohen Evidenzniveau. Sie sind eine wesentliche Grundlage der Zertifizierung. Wir sehen, dass sich die Ergebnisse durch die Behandlung in DKG-zertifizierten Zentren verbessert haben. Unser Zertifizierungssystem stößt deshalb auch im Ausland auf Interesse. Angesichts der aktuellen politischen Entwicklungen ist es umso wichtiger, dieses hohe Gut der evidenzbasierten Versorgungsqualität und des erreichten Standards zu bewahren. Evidenz, leitliniengerechte Versorgung und die Konzentration auf qualitativ gut ausgestattete Häuser dürfen nicht aus dem Blick geraten.

Vielen Dank für das Gespräch!