



2025 werden weniger Kliniken Brustkrebs-Op anbieten.

© GRAPHICROYALTY / STOCK.ADOBE.COM

# Konzentrierte Qualität

Die Anhebung der Mindestmengen für die Behandlung von Brust- und Lungenkrebs führt 2025 zu einer deutlichen Veränderung der Versorgung.

Von Frank Brunner

Laut AOK-Mindestmengen-Transparenzkarte wird die Zahl der an Lungenkrebs-Behandlung beteiligten Krankenhaus-Standorte von bundesweit 169 in diesem Jahr auf 144 im kommenden Jahr sinken. Die Zahl der Kliniken, die eine Erlaubnis zur Durchführung von Brustkrebs-Operationen erhalten, reduziert sich von 425 auf 393. Damit verändert sich die Versorgungslage deutlich.

Die Mindestmengen für die Behandlung von Brustkrebs (50 Fälle pro Jahr) und Lungenkrebs (40 Fälle pro Jahr) waren erst in diesem Jahr neu eingeführt worden. Sie werden nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im kommenden Jahr auf 100 Fälle pro Jahr für Brustkrebs-Op und 75 Fälle pro Jahr für thoraxchirurgische Behandlungen von Lungenkrebs angehoben. „Die Brustkrebs-Mindestmenge liegt damit 2025 auf dem Niveau der Mindestfallzahl, die die Deutsche Krebsgesellschaft für die Zertifizierung von Brustkrebszentren verlangt“, betont die Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Carola Reimann. „Die Konzentration der Krebsversorgung auf weniger Krankenhaus-Standorte mit höheren Fallzahlen ist eine gute Nachricht für die Patientinnen und Patienten. Denn es ist wissenschaftlich belegt, dass Mindest-Fallzahlen zu mehr Routine und Erfahrung in den OP-Teams, weniger Komplikationen und niedrigeren Sterblichkeitsraten führen“, so Reimann.

Bei den Pankreas-Operationen sinkt die Zahl der beteiligten Kli-

nik-Standorte im kommenden Jahr von 359 auf 327 (minus 9%). Hintergrund ist auch hier eine Mindestmengenanhebung von 15 auf 20 Fälle pro Jahr ab 2025.

## Mehr Routine, weniger Komplikationen

Bei der Implantation von Kniegelenk-Totalendoprothesen war die Zahl der Klinik-Standorte bereits in der letzten Runde von 938 auf 907 gesunken. 2025 gibt es erneut einen leichten Rückgang von 907 auf 892 Standorte.

„In der Endoprothetik gibt es das größte Potenzial für eine weitere Konzentration der Versorgung“, sagt Reimann. Sie fügt hinzu: „Wir setzen hier neben dem Instrument der Mindestmengen auch auf positive Auswirkungen der anstehenden Krankenhausreform, die den Prozess der qualitätsorientierten Konzentration dieser Leistungen hoffentlich beschleunigen wird – damit sich Patientinnen und Patienten überall darauf verlassen können, dass sie eine optimale Versorgung erhalten.“

Der deutlichste Rückgang von Klinikstandorten zeigt sich bei den Stammzell-Transplantationen: Hier sinkt die Zahl der an der Versorgung beteiligten Kliniken von 72 auf 48 (minus 33%). Die Reduktion resultiert aus einer Anhebung von 25 auf mindestens 40 Fälle pro Jahr. Zudem gab es eine Änderung der medizinischen Vorgaben: Die Mindestmenge, die bis 2023 für allogene und autologe Stammzelltransplantationen galt, bezieht sich seit diesem Jahr nur noch auf allogene Transplantationen. Bei den Lebertransplantationen gibt es dagegen keine Änderungen, hier sind weiterhin 18 Klinik-Standorte an der Versorgung beteiligt. Bei den Nierentransplantationen ist ein kleiner Zuwachs von 36 auf 38 Standorte zu verzeichnen.

Bei den komplexen Operationen an der Speiseröhre sinkt die Zahl nur von 111 auf 107 Standorte. Allerdings hatte es in diesem Bereich bereits in den vergangenen beiden Entscheidungsrunden einen starken Konzentrationsprozess gegeben, nachdem die Mindestmenge für diesen Eingriff von 10 auf 26 Fälle pro

Jahr angehoben worden war. So waren 2022 noch mehr als doppelt so viele Klinikabteilungen (223 Standorte) an der Versorgung beteiligt wie im kommenden Jahr. Ein ebenfalls nur leichter Rückgang lässt sich bei der Implantation von Kniegelenk-Totalendoprothesen registrieren; 2025 sinkt hier die Zahl der Standorte von 907 auf 892.

## Transparenzkarte bietet Hilfe bei der Kliniksuche

Insgesamt verzeichnet die Mindestmengen-Transparenzkarte 1.054 Krankenhaus-Standorte, die 2025 Mindestmengen-relevante Op mit besonders hohen Risiken für Patienten durchführen dürfen. Falls es im Laufe des Jahres Änderungen gibt, wird die Liste aktualisiert. Die Informationen aus der Mindestmengen-Transparenzkarte fließen auch in den AOK-Gesundheitsnavigator ein und werden den Nutzern dort nach Eingabe einer relevanten Behandlung in der Kliniksuche angezeigt.

Seit 2019 müssen Kliniken, die Mindestmengen-relevante Eingriffe durchführen wollen, den Krankenkassen auf Landesebene jeweils Mitte des Jahres ihre aktuellen Fallzahlen der letzten anderthalb Jahre mitteilen und eine Prognose für das Folgejahr abgeben. Die Landesverbände der Krankenkassen entscheiden auf dieser Basis, ob sie die Prognose des Krankenhauses akzeptieren und eine Behandlungserlaubnis für das Folgejahr erteilen.

Zur Mindestmengen-Transparenzkarte 2025:  
[www.aok.de/pp/mindestmengen](http://www.aok.de/pp/mindestmengen)

## Die Praxis-Serie

### Lesen Sie am 21. November:

Mit dem „Tag der Krebsvorsorge“ am 28. November wollen Deutsche Krebsgesellschaft und AOK die Aufmerksamkeit auf die Früherkennungsuntersuchungen lenken, die gesetzlich Versicherte in Anspruch nehmen können. Wir berichten über aktuelle Trends bei der Teilnahme.

**Kontakt:** Haben Sie Fragen an die AOK oder Themenwünsche für diese Seite? Dann schreiben Sie uns per E-Mail an: [prodialog@bv.aok.de](mailto:prodialog@bv.aok.de).

# Mindestmengen bedeuten immer auch ein Abwägen

Die Anhebung von Mindestmengen sorgt dafür, dass ab 2025 mehr komplexe und planbare Op an Krankenhausstandorten mit hohen Fallzahlen erfolgen. Der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Josef Hecken, über Kriterien für die Festlegung von Mindestmengen und über derzeit laufende Diskussionen zu Untergrenzen bei weiteren Eingriffen.

*Herr Professor Hecken, die Mindestmengen für die Behandlung von Brustkrebs (50 Fälle/Jahr) und Lungenkrebs (40 Fälle/Jahr) wurden erst in diesem Jahr vom G-BA eingeführt. Sie werden im kommenden Jahr auf 100 Fälle (Brustkrebs-Op) und 75 Fälle (für thoraxchirurgische Behandlungen von Lungenkrebs) angehoben. Warum diese große Steigerung nach kurzer Zeit?*

Die Mindestmengen für Operationen von Brust- und Lungenkrebs hat der G-BA im Dezember 2021 beschlossen: Bei Brustkrebs-Operationen wurde die Höhe bereits damals auf 100 pro Jahr festgelegt, bei Lungenkrebs auf 75 pro Jahr. Eine neue Mindestmenge kann aber nicht von heute auf morgen eingeführt werden, das würde nicht funktionieren. Deshalb ist die volle Höhe der genannten Mindestmengen erst ab dem Jahr 2025 einzuhalten. Übergangsweise gelten im Sinne einer gestuften Einführung Mindestmengen von 50 (Brustkrebs) beziehungsweise 40 (Lungenkrebs) pro Jahr.

Es ist also keinesfalls so, dass festgelegte Mindestmengen kurzfristig nochmals angehoben wurden. Angesichts der hohen Anforderungen, die wir bei diesem qualitätssichernden Ansatz einhalten müssen, wäre ein solches Vorgehen gar nicht möglich.

*Sie hatten dafür plädiert, die Mindestmengen für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegegewicht unter 1.250 Gramm von 20 auf 25 Geburten pro Jahr anzuheben. Im laufenden Jahr hatten dadurch bundesweit mehrere Geburtsstationen ihre Versorgungsberechtigung verloren, 2025 wird sich dagegen laut AOK-Mindestmengen-Transparenzkarte die Zahl der beteiligten Standorte leicht erhöhen, von 144 auf 146. Wie beurteilen Sie diese Entwicklung?*

Für die Versorgung von Frühgeborenen unter 1.250 Gramm galt seit dem Jahr 2010 eine Mindestmenge von 14 pro Jahr – eine Zahl, die gerade hoch genug war, um eine Gelegenheitsversorgung auszuschließen. Nach umfangreichen Evidenzrecher-



**Professor Josef Hecken**

seit Juli 2012 Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses

Januar 2015 Verleihung des Titels Professor durch die Regierung des Saarlandes in Würdigung seiner Verdienste in Wissenschaft und Forschung

geboren am 2. August 1959 in Neuwied

© ROSA REIBKE/G-BA

chen und Folgeabschätzungen für die bundesweite Standortverteilung beschlossen wir dann im Jahr 2020 die neue Mindestmenge von 25. Auch hier sahen wir eine stufenweise Anhebung vor.

Wenn sich nun zeigt, dass es durch die Mindestmenge zu einer Umverteilung unter den Krankenhausstandorten oder auch zu Kooperationen zwischen Perinatalzentren verschiedener Level kommt, dann ist das genau das Ergebnis, das der Gesetzgeber mit diesem Qualitätssicherungsinstrument erreichen will – planbare risikobehaftete Behandlungen auf erfahrene Kliniken zu konzentrieren. Um aber die genauen Effekte und Auswirkungen der Mindestmenge empirisch überprüfen und bewerten zu können, haben wir eine Evaluation in Auftrag gegeben. Ein erster Zwischenbericht liegt uns im Februar 2025 vor.

*Mit Blick auf die Frühgeborenen-Versorgung betonen Sie immer wieder den Zusammenhang zwischen einer Erhöhung der jährlichen Fallzahl um nur 10 Operationen und einer um etwa 5 Prozent sinkenden Wahrscheinlichkeit, im Krankenhaus zu versterben. Gibt es in den Studien Hinweise, worauf die Kausalität zwischen der relativ geringen Erhöhung der Fallzahl und der relativ hohen Senkung der Sterberate beruht?*

Der G-BA hat für seinen Beschluss verschiedene Studien und Analysen herangezogen, die auf das Gewicht der Kinder von 1.250 Gramm abstellen und aus dem deutschen Versor-

gungskontext stammen. Sie zeigen in der Tat, dass eine Erhöhung der Fallzahl um 10 das Risiko der Kinder zu sterben um etwa 5 Prozent senkt. Es geht aber nicht nur um die Verringerung des Sterberisikos, sondern auch darum, schwerere Komplikationen und lebenslange Einschränkungen zu reduzieren oder sogar zu verhindern. Aus medizinischen Fachkreisen wurde im Beratungsverfahren teilweise ja gefordert, die Mindestmenge nicht nur von 14 auf 25 zu erhöhen, sondern auf 50 oder 60 pro Jahr.

Der G-BA muss aber zwischen dem Ziel der Qualitätssicherung und der flächendeckenden Versorgung abwägen. Auch wenn wir bei Mindestmengen immer über planbare Behandlungen sprechen, dürfen sich aus verlängerten Fahrt- und Wegstrecken keine zusätzlichen Risiken ergeben, die durch den Zugewinn an Qualität und Sicherheit für Mutter und Kind aufgewogen werden.

*Bei Kniegelenk-Endprothesen beträgt die vom G-BA festgelegte Mindestmenge jährlich 50 Op pro Klinikstandort. Andere Experten empfehlen ein Minimum von 120 Operationen. Woraus resultieren aus Ihrer Sicht die differierenden Bewertungen?*

Die Mindestmenge für Kniegelenk-Endprothesen war die erste, die vom G-BA beschlossen wurde, sie gilt seit dem Jahr 2006. Seitdem haben sich die Versorgungsangebote für Kniegelenk-Indikationen verändert und damit auch die Studienlage. Die Frage, ob die Mindestmenge in Höhe

von 50 pro Jahr angepasst werden muss, wird derzeit im G-BA beraten – unter Berücksichtigung unikondy-lärer Schlittenprothesen und Knieprothesenrevisionen. Wie bei allen Mindestmengen prüfen wir im ersten Schritt die aktuelle Studienlage: Wie stark ist der Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Behandlungsqualität? Steigt der Zusammenhang linear an oder gibt es irgendwann einen sog. Bruchpunkt, an dem sich das Ergebnis nicht weiter verbessert? Im zweiten Schritt ist dann auch hier die beschriebene Folgenabschätzung notwendig, um zusätzliche Transport- und Verletzungsrisiken zu vermeiden.

*Über Mindestmengen welcher weiteren, bislang noch nicht berücksichtigten Operationen berät der G-BA derzeit?*

Ende November werden wir die Beratungen zu Mindestmengen bei der chirurgischen Behandlung des Kolon- und Rektumkarzinoms abschließen. Weitere Beratungen, die aber noch nicht so weit fortgeschritten sind, betreffen die Major-Leberresektion sowie Operationen von Karzinomen des Magens.

*Werden die vom G-BA festgelegten Mindestmengen überflüssig, wenn im Zuge der Krankenhausreform Leistungsgruppen eingeführt werden, die ihrerseits Mindestmengen beinhalten?*

Die von Ihnen angesprochenen Mindestvorhaltezahlen stellen nach der Systematik in § 135f SGB V (neu) lediglich auf die Messung und Abbildung der Quantität von Leistungen innerhalb einer Leistungsgruppe ab – nur bei Erfüllung der Mindestvorhaltezahlen soll ein Krankenhaus in einer zugewiesenen Leistungsgruppe ein Vorhaltebudget erhalten. Es geht bei den Mindestvorhaltezahlen aber nicht um die Qualitätssicherung einer ganz konkreten hochkomplexen Behandlung. Im Vergleich haben wir es mit ganz unterschiedlichen Zielsetzungen und Auswirkungen zu tun.

*Vielen Dank für das Gespräch!*