Stellungnahme

der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zum Entwurf der Methoden zur Ableitung der Empfehlung von Mindestvorhaltezahlen

29. Oktober 2025

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
Kuno-Fischer-Str. 8
14057 Berlin
Tel. 030 3229329-0
Fax. 030 3229329-55
E-Mail: politik@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de

Stellungnahme

Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) verfügt durch ihre Zertifizierung von Krebszentren über langjährige Erfahrungen in der Festlegung von Mindestfallvolumen für die Erbringung von medizinischen Leistungen. Dieses Wissen möchte die DKG bei der Erarbeitung einer Methodik zur Ableitung von Empfehlungen von Mindestvorhaltezahlen (MVHZ) durch das IQWiG einbringen. Die DKG unterstützt grundlegend die Bestrebungen, eine Konzentration von Leistungen und damit verbunden möglicherweise eine Qualitätsverbesserung durch die Festlegung von Mindestvorhaltezahlen zu erreichen. Die vorgesehene Umsetzung der Mindestvorhaltezahlen weist jedoch verschiedene Mängel auf.

Grundsätzlich zu kritisieren ist die Festlegung von Mindestvorhaltezahlen in relativer Form (Perzentilansatz). Stattdessen sollten diese durch absolute Zahlen auf der Grundlage bestehender Evidenz ausgedrückt werden. Hierdurch bestünde eine bessere Verknüpfung mit den durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegten Mindestmengen nach § 136b SGB V als auch mit den Mindestmengen, welche im Rahmen der Zertifizierungsprogramme der DKG definiert werden. Eine weitere Steigerung der Komplexität des Systems ist zu vermeiden. Absolute Mindestmengen sind nach Stand der Forschung in bestimmten Bereichen wie auch nach der gefestigten Rechtsprechung der Sozialgerichtsbarkeit geeignet, die Behandlungsqualität und -ergebnisse zu verbessern. Des Weiteren würden absolute Mindestfallzahlen die Akzeptanz der MVHZ bei den verschiedenen Stakeholdern erhöhen, wenn diese nachvollziehbar auf vorhandene Evidenz zurückzuführen sind.

Des Weiteren ist die undifferenzierte Verknüpfung von Mindestvorhaltezahlen mit den definierten Leistungsgruppen nicht sinnhaft. Einige Leistungsgruppen, bspw. die LG Allgemeine Innere Medizin und die LG Allgemeine Chirurgie, umfassen ein breites Spektrum von Leistungen zur Behandlung einer Vielzahl von Erkrankungen. Für diese Leistungsgruppen werden sich nur schwer evidenzbasierte Empfehlungen für die Festlegung von MVHZ formulieren lassen. Im Bereich der Onkologie sind wenige Krebsentitäten konkret durch Leistungsgruppen adressiert (LG Ovarial-Ca), während viele sich nicht in einzelnen Leistungsgruppen wiederfinden. Mit den von der DKG in den Zertifizierungsanforderungen definierten Mindestmengen existiert für die Behandlung nahezu aller Krebsentitäten bereits ein evidenzbasiertes, erwiesenermaßen funktionierendes System an Kriterien. Diese sollten bei der Definition von Mindestvorhaltezahlen Berücksichtigung Anwendung finden und – sofern notwendig – eine weitere Ausdifferenzierung der Leistungsgruppierung vorgenommen werden.

Im Folgenden finden sich exemplarisch für verschiedene Krebsentitäten aktuelle evidenzbasierte Empfehlungen für die Festlegung von Mindestmengen:

> Seit Einführung des Zertifizierungssystems „Prostatakarzinomzentren“ vor fast 20 Jahren gilt eine Mindestanforderung von ≥ 100 Behandlungen von Pat. mit Erstdiagnose „Prostatakarzinom“ und ≥50 radikalen Prostatektomien (RPE)/Jahr. Die Anforderung an die

operative Expertise beruht u.a. auf den Studien von Bianco et al. [2] und Begg et al. [1], die für high-volume-centers eine geringere postoperative Morbidität sowie bessere funktionelle Ergebnisse (long-term-incontinence) beschreiben und sieht für Zentren mit ≥75 RPE die Benennung von mind. 2 Operateuren vor. Für die operative Behandlung des Prostatakarzinoms hat der G-BA keine Mindestmenge definiert.

Die Mindestanforderungen für die operative Therapie des Nierenzellzellkarzinoms sowie des Harnblasenkarzinoms orientieren sich an der Konzentrierung dieser Eingriffe in spezialisierten Zentren und basieren auf Daten des statistischen Bundesamtes (Destatis). Diese zeigen für das Behandlungsjahr 2016, dass ca. 40% der Behandlungseinrichtungen ≥ 30 Nephrektomien/Nierenteilresektionen infolge eines Nierenzellkarzinoms bzw. ≥ 20 Zystektomien bei Harnblasenkarzinom (ICD10 C67) durchführen und ca. 70% der onkochirurgischen Eingriffe mit der ICD-10-Diagnose C64 (Nierenzellkarzinom) bzw. C67 (Harnblasenkarzinom) in diesen Einrichtungen erfolgen.

Die Empfehlungen der European Society of Thoracic Surgeons (ESTS) und der European Association for Cardio-thoracic Surgery (EACTS) für die Struktur von thoraxchirurgischen Kliniken [7] sind Grundlage für die Anforderungen an die operative Expertise beim Lungenkarzinom. Die Zertifizierung von Lungenkrebszentren fordert mind. 75 anatomische Resektionen bei Lungenkarzinom/-metastasen pro Jahr. Auf Basis von Daten des statistischen Bundesamtes (Destatis) ist die postoperative Letalität in Behandlungseinrichtungen mit operativen Fallzahlen ≥75 anatom. Resektionen geringer als in Kliniken unter dieser Schwelle [6]. Der G-BA hat die Grenze von 75 anatom. Resektionen 2021 in seine Mindestmengenregelung übernommen [4] .

Trotz geltender G-BA Mindestmenge von mind 10 komplexen Eingriffen am Pankreas [3] hat die Zert.-Kommission bei Implementierung des Zert.-Systems „Pankreaskarzinom“ die Sollvorgabe bei ≥ 12 Resektionen mit Indikation Pankreaskarzinom festgelegt und zum Auditjahr XX um die Vorgabe von einer Indikations-unabhängigen Vorgabe von ≥20 Resektionen/Jahr ergänzt. Der G-BA ist dieser Forderung 2021 mit einer Anpassung mit voller Gültigkeit ab 2025 gefolgt; eine Indikations-/Karzinombezogene Mindestmenge nach §136b SGB V ist nicht definiert [5].

Die Stellungnahme wurde erstellt unter Mitwirkung von

Dr. Johannes Bruns
Generalsekretär

Mirjam Einecke-Renz
Abteilungsleiterin Politik, Kommunikation & Netzwerk

Berlin, den 29. Oktober 2025

Anlage

Referenzen

1. Begg CB, Riedel ER, Bach PB et al (2002) Variations in morbidity after radical prostatectomy. N Engl J Med 346:1138–1144. https://doi.org/10.1056/NEJMSA011788
2. Bianco FJ, Riedel ER, Begg CB et al (2005) Variations among high volume surgeons in the rate of complications after radical prostatectomy: further evidence that technique matters. J Urol 173:2099–2103. https://doi.org/10.1097/01.JU.0000158163.21079.66
3. Gemeinsamer Bundesausschuss (2005) Mindestmengenregelungen (in der Version mit Inkrafttreten vom 01.01.2006. https://www.g-ba.de/richtlinien/historie/166/. Zugegriffen: 21. Oktober 2025
4. Gemeinsamer Bundesausschuss (2021) Mindestmengenregelungen: Ergänzung der Anlage Nr. 10 – Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen. https://www.g-ba.de/beschluesse/5204/. Zugegriffen: 21. Oktober 2025
5. Gemeinsamer Bundesausschuss (2021) Mindestmengenregelungen: Änderung der Anlage Nr. 4 – Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene. https://www.g-ba.de/beschluesse/5206/. Zugegriffen: 21. Oktober 2025
6. Hoffmann H, Passlick B, Ukena D, Wesselmann S (2018) Mindestmengen in der Thoraxchirurgie. Argumente aus der deutschen DRG-Statistik. In: Dormann F, Klauber J, Kuhlen R (Hrsg) Qualitätsmonitor. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 103–120
7. Klepetko W, Aberg TH, Lerut AE et al (2001) Structure of General Thoracic Surgery in Europe: By The EACTS/ESTS Working Group on Structures in Thoracic Surgery. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 20:663–668. https://doi.org/10.1016/S1010-7940(01)00942-3