

Uroonkologie

# Versorgungsbedarf muss regional geplant werden

Dr. Alexander Winter, Claudia Vohmann<sup>1</sup> und Joachim Kieschke<sup>1</sup>

**Aufgrund der demografischen Entwicklung ist in Deutschland mit einem deutlichen Anstieg urologischer Karzinome und damit wachsendem uroonkologischen Versorgungsbedarf zu rechnen. Wegen einer regional sehr unterschiedlichen Bevölkerungsentwicklung sind kleinräumige Analysen für eine gezielte Bedarfsplanung wichtig. Die Krebsinzidenz und -prävalenz stellen hierfür elementare Kenngrößen dar.**

Die demografische Entwicklung wird in Deutschland zu einer Bevölkerungsstruktur mit immer mehr älteren und hochbetagten Menschen führen. Dies wiederum bedingt eine Steigerung chronischer und altersassoziierter Erkrankungen und damit auch von Krebserkrankungen, darunter insbesondere urologische Karzinome, die mit einem Anteil von etwa 36 % bei den Männern bzw. etwa 21 % bei der männlichen und weiblichen Bevölkerung zusammen zu den häufigsten Krebsdiagnosen zählen (s. Abb. 1). Dabei ist das urotheliale Carcinoma in situ noch nicht eingerechnet.

Zukünftig sind deshalb deutliche Steigerungen beim uroonkologischen Versorgungsbedarf zu erwarten.

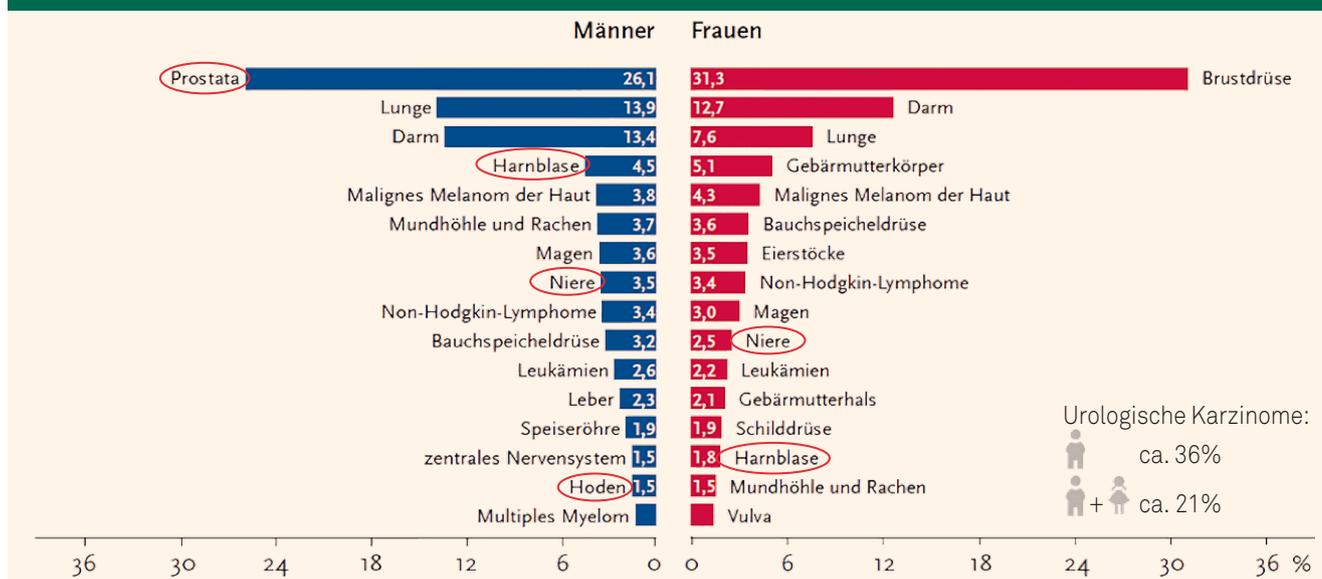
## Versorgungsplanung setzt kleinräumige Analysen voraus

Da regional mit sehr unterschiedlichen Bevölkerungsentwicklungen zu rechnen ist, sind kleinräumige Analysen für eine gezielte Versorgungsplanung erforderlich. Solche Analysen sind von grundlegender Bedeutung, um regionale Handlungsspielräume zu nutzen. Ein Beispiel für den ambulanten Be-

reich ist die 2013 in Kraft getretene Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die dies in Abhängigkeit von regionalen Besonderheiten (z.B. Demografie, Morbidität) zulässt. Eine Hochrechnung der Inzidenz urologischer Karzinome, wie sie hier am Beispiel Niedersachsen bis auf die Ebene von Landkreisen und kreisfreien Städten durchgeführt wurde – ausgehend von 2010 bis 2020 und 2030 –, stellt hierzu einen möglichen Ansatz dar. In die Berechnung gingen die regionale Bevölkerungsvorausberechnung des Landesamts für Statistik in Niedersachsen und die geschlechts- und altersspezifischen über fünf Jahre gemittelten Inzidenzraten für urologische Karzinome des Epidemiologischen Krebsregisters Niedersachsen ein. Die Inzidenzraten wurden dabei in den folgenden Jahren als konstant und regional einheitlich angenommen.

Für die Abschätzung der Anzahl zu versorgender Krebspatienten ist außerdem die Krebsprävalenz wichtig. Die Prävalenz beschreibt die Anzahl der Personen, die innerhalb einer bestimmten Periode an Krebs erkrankt

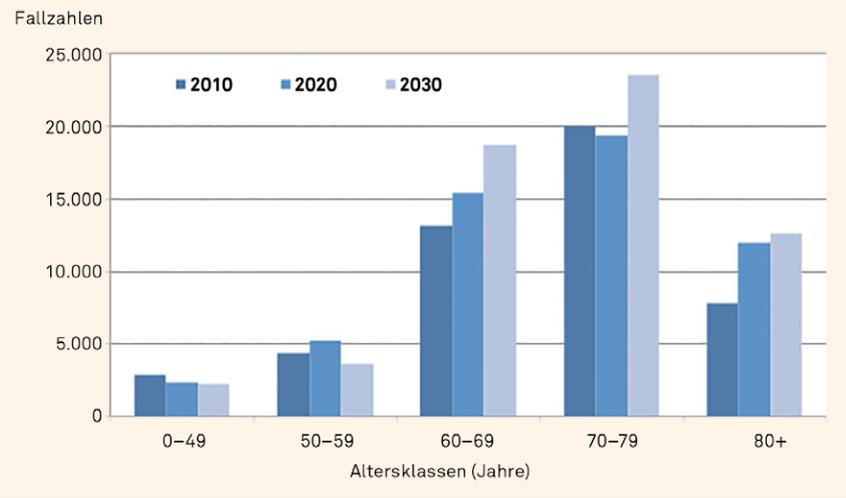
### Die häufigsten Tumorlokalisationen in Deutschland (2010)



Quelle: Modifiziert nach Krebs in Deutschland 2009/2010. 9. Ausgabe. Robert Koch-Institut (Hrsg.) u. die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.). Berlin, 2013

**Abb. 1: Der demografische Wandel wird in Deutschland zu steigenden Krebsneuerkrankungen führen, woran die urologischen Karzinome mit aktuell etwa 36 % aller Malignome bei den Männern bzw. etwa 21 % insgesamt einen erheblichen Anteil haben werden.**

## Fünf-Jahres-Prävalenz für urologische Karzinome in Niedersachsen bis 2030



**Abb. 2:** Bei den über 60-Jährigen ist demografiebedingt gerade bei den urologischen Karzinomen mit einer deutlichen Zunahme der Prävalenz bis 2030 zu rechnen.

und zu einem bestimmten Zeitpunkt noch am Leben sind. Sie ist damit eine für die Versorgungsforschung wichtige Kennzahl und elementar für eine bedarfsgerechte Planung der medizinischen Ressourcen. Deshalb wurden hier auch die Fünf-Jahres-Prävalenzen für Niedersachsen (Stichtag 31.12. 2010) bestimmt und unter Annahme von über die Zeit konstanter Inzidenz- und Überlebensraten ebenso bis 2020 und 2030 hochgerechnet.

### Bevölkerungsentwicklung ist regional sehr unterschiedlich

Wie wichtig kleinräumige Analysen für die gezielte Versorgungsplanung sind, zeigt sich darin, dass regional sehr heterogene Bevölkerungsentwicklungen zu erwarten sind. Insgesamt ist in Niedersachsen von einem Bevölkerungsrückgang um 5,8 % von 7,90 (2010) auf 7,44 Millionen Einwohner bis 2030 und regional von bis zu 27 % auszugehen. Jedoch wird andererseits für mehrere Regionen ein deutlicher Bevölkerungszuwachs von bis zu 18 % prognostiziert.

Da das Risiko für die meisten urologischen Karzinome mit dem Alter steigt, ist für die Hochrechnung neben der Entwicklung der Einwohnerzahlen die

Veränderung der Altersstruktur entscheidend. So wird der Anteil der über 50-Jährigen bis 2030 auf nahezu 50 % (2010: ca. 40 %) steigen. Der Anteil der über 65-Jährigen wird von 2010 bis 2030 landesweit auf 29 % (+8 %) zunehmen. Die regionale Ausgangslage ist dabei sehr unterschiedlich. Beispielsweise lag der Anteil der über 65-Jährigen in einigen Landkreisen Niedersachsens bereits 2010 bei über

25 % und steigt voraussichtlich bis 2030 auf bis zu 39 %. In Landkreisen und Städten mit einer vergleichsweise jungen Bevölkerung lag der Anteil der über 65-Jährigen 2010 unter 18 % und wird 2030 unter 25 % liegen.

### Starke Zunahme bei urologischen Krebserkrankungen

In Niedersachsen ist bei den urologischen Karzinomen insgesamt – ausgehend von 12.668 Neuerkrankungen im Jahr 2010 – mit einem Anstieg um 15 % (2020) bzw. bis 2030 um 28 % auf 16.201 Fälle zu rechnen. Erwartungsgemäß ist der größte Anstieg bei den urologischen Tumorentitäten mit einem Altersgipfel im höheren Lebensalter zu beobachten. Die für die Neuerkrankungsfälle bis 2030 prognostizierten Steigerungen sind am höchsten beim Prostata- (+31 %) und beim Blasenkarzinom (+30 %). Es folgen das Peniskarzinom (+28 %), die Karzinome von Nierenbecken und Ureter (+27 %) und das Nierenkarzinom (+19 %). Lediglich die Häufigkeit des Hodenkarzinoms wird voraussichtlich um 13 % sinken.

Der steigende Versorgungsbedarf spiegelt sich in der Entwicklung der

### Fünf-Jahres-Prävalenzen 2010–2030

Diagnose (ICD-10)		Fallzahlen			Veränderungen zu 2010	
		2010	2020	2030	2020	2030
Peniskarzinom (C60)	m	271	311	336	15%	24%
Prostatakarzinom (C61)	m	29.714	33.668	38.392	13%	29%
Hodenkarzinom (C62)	m	2.171	1.972	1.858	-9%	-14%
Nierenkarzinom (C64)	m+w	4.834	5.331	5.687	10%	18%
Nierenbecken- und Harnleiterkarzinom (C65-C66)	m+w	515	584	654	13%	27%
Blasenkarzinom (C67, D09.0)	m+w	10.682	12.444	13.822	16%	29%
Urologische Karzinome gesamt	m+w	48.187	54.310	60.749	13%	26%
<b>Anteil an Bevölkerung in %</b>						
Urologische Karzinome gesamt	m+w	0,61	0,71	0,82	16%	34%

ICD= International Classification of Disease, m= männlich, w= weiblich

**Tab. 1:** Entsprechend ihrem Vorkommen in höheren Altersgruppen sind bei Prostata- und Blasenkarzinomen die größten Steigerungen prognostiziert. Nur bei Hodenkarzinomen wird eine Abnahme erwartet.

Fünf-Jahres-Prävalenzen wider, die für die hier betrachteten urologischen Karzinome in Tabelle 1 dargestellt sind.

Zum Jahresende 2010 lebten in Niedersachsen 48.187 Personen mit einer urologischen Krebserkrankung, deren Diagnose weniger als fünf Jahre zurücklag. Im Jahr 2030 werden es über 60.000 Personen sein. Den erheblichen Einfluss, den die demografische Entwicklung bzw. die weiter zunehmende Alterung der Gesellschaft auf die Zuwächse hat, zeigen die in den höheren Altersklassen deutlich ansteigenden Prävalenzen (s. Abb. 2). Bei der Beurteilung der Daten ist zu beachten, dass die Hochrechnung mögliche längere Überlebenszeiten in der Zukunft nicht berücksichtigt und bei Personen mit multiplen Krebserkrankungen nur die früheste Diagnose zählt. Dies hat eine besondere Relevanz bei den Tumoren der Harnblase und der ableitenden Harnwege wegen ihres Rezidivverhaltens bzw. multiplen Auftretens. Demnach wird der eigentliche Versorgungsbedarf in der Hochrechnung wahrscheinlich eher noch unterschätzt.

## Enorme regionale Unterschiede beim Zuwachs

Aufgrund der regionalen Altersstruktur und eines unterschiedlich hoch prognostizierten Anteils älterer Menschen variiert die Zunahme urologischer Karzinome zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten erheblich, wobei gerade auch in ländlichen Regionen mit hohen Inzidenzzuwächsen zu rechnen ist. Die Spanne reicht von einer Steigerung von 7 % bis 63 % (beim Prostatakarzinom: 10 %–70 % Anstieg) in den Landkreisen. Bei den kreisfreien Städten ist eine Steigerung bis 2030 zwischen 3 % und 40 % (bzw. 3 % und 45 % beim Prostatakarzinom) zu erwarten.

## Große Herausforderungen für die uroonkologische Versorgung

Allein durch den demografischen Wandel wird es also zukünftig zu deutlich

steigenden Inzidenz- und Prävalenzzahlen bei den urologischen Karzinomen kommen. Wie für Niedersachsen gezeigt, wird dabei auch bundesweit das Prostata- und Blasenkarzinom an erster Stelle stehen. Eine von der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) in Auftrag gegebene Analyse, die Daten für die zehn häufigsten Krebserkrankungen bei Männern und Frauen von 2008 bis 2020 bundesweit hochrechnet, prognostiziert für das Prostatakarzinom einen Zuwachs von 19 %.

## Hohe Zuwächse auf dem Land

Der damit einhergehende zunehmende Versorgungsbedarf wird aber regional durch die jeweilige Bevölkerungsstruktur und -entwicklung sehr unterschiedlich ausfallen. Bei der Versorgungsplanung müssen insbesondere auch die hohen Zuwächse auf dem Land berücksichtigt werden. Gerade diese Regionen werden von einem abzusehenden Fachkräftemangel bzw. der demografischen Entwicklung in der Ärzteschaft selbst und einem Strukturwandel in der Medizin mit einem weiter wachsenden Frauenanteil und vermehrter Teilzeitbeschäftigung am stärksten betroffen sein.

## Ambulante spezialfachärztliche Versorgung schafft neue Spielräume

Über die Versorgung in spezialisierten Zentren hinaus wird deshalb geklärt werden müssen, inwieweit eine wohnortnahe stationäre und ambulante Versorgung noch aufrecht zu erhalten ist. Diese Frage stellt sich vor allem für die Versorgung von immer mehr älteren Menschen, die an urologischen Karzinomen erkranken und nur eingeschränkt mobil sind, durch alternative und zum Beispiel auch sektorenübergreifende Versorgungskonzepte. Hier werden sich auch durch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V in der Zukunft neue Spielräume ergeben. Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetz-

lichen Krankenversicherung (GKV-VStG) zum 1. Januar 2012 wurde die bisherige Regelung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus in § 116b SGB V durch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ersetzt. Sowohl an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer als auch Krankenhäuser sollen künftig schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen unter grundsätzlich denselben Anforderungen ambulant behandeln können. Die für andere Versorgungsbereiche bereits erarbeiteten Anlagen des G-BA lassen z.B. den Zusammenschluss von Partnern zu einem ASV-Team in einem Umkreis von etwa 30 km zu.

Um auf diese Herausforderungen vorbereitet zu sein, sind Erhalt und Ausbau der uroonkologischen Kompetenz gerade im niedergelassenen Bereich wichtig. Hierfür spricht die bereits oben genannte Analyse der DGHO, die bei den ambulant tätigen urologischen Fachärzten allein bis 2020 einen Mehrbedarf von über 25 % in einzelnen Bundesländern sieht. Bei der Bedarfsprognose für die Gruppe der an der ambulanten Versorgung von Krebspatienten beteiligten Fachärzte stehen die Urologen damit an erster Stelle.

1) Claudia Vohmann und Joachim Kieschke, Epidemiologisches Krebsregister Niedersachsen, Registerstelle, Oldenburg

## Literatur beim Verfasser



### Korrespondenzautor

**Dr. med.  
Alexander Winter**

Universitätsklinik für Urologie  
Klinikum Oldenburg  
Fakultät für Medizin  
Carl von Ossietzky Universität  
Oldenburg  
winter.alexander@klinikum-oldenburg.de