

Spitzenmedizin jenseits von Stadtgrenzen

Krebspatienten auf dem Land haben oft längere Wege zu bewältigen und weniger Therapieangebote zur Verfügung – vernetzte Strukturen sollen das ändern



„Die moderne Krebsmedizin darf nicht an den Stadtgrenzen von Ballungsräumen enden. Unser Ziel ist eine intelligente Vernetzung“, sagte Professor Volker Heinemann, Direktor des CCC München LMU (von links nach rechts): Professor Hana Algül, Geschäftsführender Direktor des CCC München TUM, Marina Schmid, Koordinatorin CCC München, Geschäftsstellenleitung, B.A. Gesundheitsmanagement, Dr. Alisa Martina Lörsch, Fachärztin, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III, TUM Klinikum Rechts der Isar, Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie, Sprecherin Molekulares Tumorboard ZPM TUM, Dr. Tili Seiler, Chefarzt der Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin am Klinikum Garmisch-Partenkirchen, Dr. Pia Heußner, Leitende Oberärztin, Psychoonkologie Klinikum Garmisch-Partenkirchen und Murnau GmbH, Professor Volker Heinemann, Geschäftsführender Direktor des CCC München LMU, Präsident der Bayerischen Krebsgesellschaft, Dr. Max Hubmann, Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Vorstand BNHO (Berufsverband der Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Hämatologie und medizinische Onkologie), Engelbert Waldmann, Patientenbeiratsmitglied des CCC München und Leiter der „Selbsthilfegruppe für Menschen mit Krebs in Neuburg an der Donau“. Foto: CCC München

Die Diagnose Krebs ist eine Zäsur – es ist der Moment, in dem für jeden Betroffenen die Welt stillzustehen scheint. In dieser belastenden Situation wird die moderne Onkologie zum wichtigsten Hoffnungsträger. Während die Medizin heute Erfolge erzielt, die noch vor kurzem als Science-Fiction galten, hängen die Heilungschancen allerdings oft an einem fragilsten Detail: der eigenen Postleitzahl. Von einer geografischen Ungerechtigkeit zu sprechen, ist dabei kaum übertrieben. Wer im Schatten der Münchner Frauentürme lebt, ist nur eine U-Bahn-Fahrt von den künftigen Köpfen der Krebsforschung entfernt. Wer jedoch auf dem Land und in den Randgebieten des Freistaats wohnt, findet sich oft in einer medizinischen Sackgasse wieder. Nicht nur, dass die Koryphäen der modernen Krebstherapie weit entfernt forschen und arbeiten. Auf dem flachen Land wird schon der Weg zur lebensnotwendigen Therapie zur logistischen Belastungsprobe. Bereits die basale Krebsversorgung mit Chemo- und Strahlentherapie, regelmäßiger Nachsorge und damit verbundenen stundenlangen Auto- oder Busfahrten raubt den Betroffenen die Kraft, die sie eigentlich für den Heilungsprozess benötigen.

Engelbert Waldmann aus Neuburg an der Donau, der selbst an Schilddrüsenkrebs erkrankte und heute eine Selbsthilfegruppe leitet, hat das hautnah erlebt. Für ihn und die Mitglieder seiner Gruppe kann schon der Weg zum Bahnhof eine unüberwindbare Hürde darstellen – sei es aufgrund des Alters, der Schwäche durch die Therapie oder schlicht wegen des mangelhaften öffentlichen Nahverkehrs. Gerade wenn Patientinnen und Patienten älter oder sehr krank seien, könnten sie keine langen Strecken zurücklegen, auch weil es auf dem Land an öffentlichem Nahverkehr fehlt. „Ein Patient sollte seine Kraft für den Kampf gegen den Krebs aufwenden, nicht für den Weg zur Therapie“, betont er.

Suche nach Lösungen: Vernetzte Versorgung

Auf dem Land fehlen oft Mobilitätskonzepte; wer alt oder durch die Behandlung geschwächt ist, kann die Fahrt in das weit entfernte Zentrum kaum bewältigen. Dabei beschränken sich die Defizite nicht auf die rein krebsmedizinische Behandlung. Besonders prekär ist die Lage in der Psychoonkologie. Während die Chemotherapie vielfach noch wohnortnah organisiert werden

kann, klappt bei der seelischen Unterstützung eine „gefährliche Lücke“. Wartezeiten von vier bis sechs Monaten sind in ländlichen Regionen keine Seltenheit – für Menschen mit fortgeschrittenen Tumoren ist das oft länger als die verbleibende Lebenszeit. Es ist eine stille Krise in der Krise, bei der Betroffene mit ihren Ängsten zwischen monatelangen Wartezeiten und nicht finanzierten Anfahrtswegen allein gelassen werden.

Diese „Postleitzahlen-Lotterie“ beschäftigt auch Fachleute. Anlässlich des Weltkrebstags 2026 machte das Comprehensive Cancer Center (CCC) München auf die strukturellen Unterschiede aufmerksam. Das gemeinsame Spitzenzentrum des LMU Klinikums und des TUM Klinikums Rechts der Isar betont: Hochwertige Krebsmedizin darf kein Privileg städtischer Regionen sein.

Digitale Brücken in die Provinz

Wie kann eine hochwertige onkologische Versorgung auch jenseits der Ballungsräume gelingen? Auf einer Pressekonferenz diskutierten Medizinerinnen und Mediziner aus Klinik, Praxis und Vertreter der Selbsthilfe diese Frage. Einigkeit bestand darin, dass ein flächendeckender Neubau von Spezialkliniken keine realistische Option darstellt. Stattdessen setzen Experten auf eine eng vernetzte Versorgungsstruktur mit einer hybriden Betreuung. Bei dieser gemischten Therapie finden die hochkomplexe Diagnostik und die Planung der Strategie in spezialisierten Zentren statt, die Durchführung erfolgt hingegen wohnortnah in der vertrauten Umgebung. Professor Volker Heinemann, Direktor des CCC München LMU, sieht darin den entscheidenden Hebel für die Zukunft. Er stellt klar: „Die moderne Krebsmedizin darf nicht an den Stadtgrenzen von Ballungsräumen enden. Unser Ziel ist eine intelligente Vernetzung.“

Das zentrale Instrument dieser Vernetzung sind sogenannte „Molekulare Tumorboards“. In diesen digitalen Konferenzen analysieren Experten verschiedener Fachrichtungen gemeinsam genetische Profile von Tumoren und entwickeln individuelle Therapievorschläge. Das Besondere: Der behandelnde Arzt aus der ländlichen Praxis oder dem kleinen Regionalklinikum sitzt virtuell mit am Tisch. Er bringt die Expertise der Münchner Universitätskliniken direkt zu seinem Patienten, ohne dass dieser für jede

Beratung in die Landeshauptstadt reisen muss. Der Patient profitiert von einer personalisierten Therapieempfehlung, muss sein vertrautes Umfeld aber nicht verlassen. Professor Hana Algül, Direktor des CCC München TUM, beschreibt diesen Ansatz als technologischen Befreiungsschlag. „Durch digitale Brücken wie das Molekulare Tumorboard bringen wir die universitäre Expertise direkt in die ländliche Praxis“, erklärt Professor Algül. „So sichern wir Spitzenmedizin auf dem Land, ohne die Patienten durch weite Wege zusätzlich zu belasten.“ Dass dieser Bedarf real ist, zeigen die Zahlen: Bereits 30 Prozent der Fälle in diesen Boards stammen mittlerweile von externen Ärzten.

Die Praxis als Anker

Für die große Mehrheit der Patientinnen und Patienten im ländlichen Raum ermöglicht die enge Zusammenarbeit zwischen zertifizierten Kliniken und niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen eine leitliniengerechte onkologische Versorgung. Die Wege werden bei einer solchen wohnortnahen Behandlung kürzer, Angehörige können in der Routineversorgung und in Notfällen schneller unterstützen und die Betreuung ist persönlicher. Der Faktor Mensch bleibt dabei erhalten. Die Landbewohner müssen nicht mehr zu den – oft negativ wahrgenommenen – anonymen Hightech-Medizinzentren anreisen. Vielmehr fungieren die niedergelassenen Onkologen vor Ort als Ankerpunkte. Sie bieten die Kontinuität und die persönliche Bindung, die eine anonyme Großklinik in diesen Fällen selten leisten kann. In der Kombination aus lokaler Empathie und globalem Expertenwissen per Mausclick liegt die Hoffnung für die Patienten außerhalb der Metropolen.

Unterstützung und Orientierung

Zu der Hoffnung gehört auch eine Anerkennung und Förderung der Psychoonkologie. Während Kosten für Fahrten zur Chemotherapie von Krankenkassen finanziert werden, müssen Patientinnen und Patienten den Weg zur psychologischen Hilfe selbst organisieren. „Zwischen monatelangen Wartezeiten und nicht finanzierten Anfahrtswegen werden schwererkrankte Menschen mit ihren Ängsten allein gelassen. Wir brauchen dringend eine Anerkennung der Fahrtkosten und eine bessere Ressourcenverteilung, damit Wohnort und körperliche Schwäche nicht zum Ausschlusskriterium für psychologische Hilfe werden“, forderte Pia Heußner, Leitende Oberärztin der Psychoonkologie am Klinikum Garmisch-Partenkirchen.

Um die Brücke zwischen lokaler Betreuung und konzentrierter medizinischer Expertise für Patienten zugänglicher zu machen, hat das CCC München zudem das „Infoportal Krebs“ (infoportal-krebs.de) ins Leben gerufen – einen digitalen Wegweiser, der Betroffenen hilft, sich im Dschungel der Angebote zurechtzufinden, von der Nachsorge bis hin zu spezialisierten Beratungsstellen. „Mit dem Infoportal Krebs ermöglichen wir Patientinnen und Patienten einen unkomplizierten Zugang zu qualitätsgesicherten Informationen – jederzeit und unabhängig vom Wohnort“, sagte Marina Schmid, Zentrumskoordinatorin und Geschäftsstellenleitung des CCC München. Am Ende geht es um ein einfaches, aber fundamentales Versprechen: Dass die Qualität der Behandlung keine Frage der Geografie sein darf. Der Kampf gegen den Krebs ist schwer genug – er sollte nicht an einer fehlenden Busverbindung oder einer starren Sektorengrenze scheitern.

Klaus Manhart

Experteninterview mit Priv.-Doz. Dr. med. Julian Mehl



Priv.-Doz. Dr. med. Julian Mehl

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Zertifizierter Kniechirurg der Deutschen Kniegesellschaft (DKG) und Ausbilder der Deutschen Gesellschaft für Arthroscopie und Gelenkchirurgie (AGA)

Individualisierte Versorgung von Verletzungen des vorderen Kreuzbandes im Jahr 2026 – „One fits all“ war gestern

Der Riss des vorderen Kreuzbandes (VKB-Ruptur) ist eine der häufigsten Verletzungen bei sportlich aktiven Menschen und geht nicht selten mit einer langen Ausfalldauer einher. Die operative Versorgung von VKB-Verletzungen gehört seit Jahren zu den orthopädischen Standardoperationen. Jedoch hat das zunehmende Wissen über Risikofaktoren ebenso wie die stetige Weiterentwicklung der operativen Techniken dazu geführt, dass Patienten heutzutage viel individueller therapiert werden können.

Herr Dr. Mehl, muss jede vordere Kreuzbandverletzung operiert werden?

Nein, in bestimmten Fällen ist auch eine nicht-operative Therapie möglich. Dies hängt insbesondere von der Ausprägung der Kniegelenkinstabilität, dem Aktivitätsniveau und von Begleitverletzungen ab. Bei isolierten VKB-Verletzungen und ausbleibender Instabilitätssymptomatik kann bei Patienten mit einer geringem sportlichem Anspruch zunächst auf eine Operation verzichtet werden. Dagegen wird bei sportlich aktiven Patienten oder bei deutlicher Gelenkinstabilität meist eine operative Versorgung empfohlen.

Kann das gerissene vordere Kreuzband auch genäht werden?

Ja, in ausgewählten Fällen. Wenn das vordere Kreuzband direkt am Oberschenkelknochen abgerissen ist (sog. proximale VKB-Ruptur) ist eine Naht und damit ein Erhalt des ursprünglichen Bandes möglich. Je nach Gewebequalität erfolgt nicht selten noch eine zusätzliche Verstärkung mit reißfesten Nahtmaterial (sog. Internal Bracing) um das Band während der Heilungsphase von Innen zu stabilisieren. Die VKB-Naht ist jedoch nicht für alle Risikofaktoren geeignet – häufig bleibt die Rekonstruktion der Standard.

Welches Material wird für eine VKB-Rekonstruktion verwendet?

Meist werden körpereigene Sehnen zur Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes verwendet. Über Jahre waren in Deutschland die sog. Hamstringsehnen an der Oberschenkelrückseite das unumstrittene Mittel der Wahl. In den letzten Jahren hat sich zudem die Entnahme eines Teils der Quadricepssehne direkt oberhalb der Knie Scheibelle als zuverlässiges Transplantat etabliert. Eine weitere, in Deutschland eher seltener angewandte Alternative ist die Patellasehne direkt unterhalb der Knie Scheibelle. Jedes dieser Transplantate hat seine eigenen Vor- und Nachteile. Die Wahl hängt von individuellen Faktoren, wie sportlichen Anspruch und Begleitverletzungen sowie von der Operationsstrategie ab. Das Ziel sollte hierbei immer sein, ein mögliches Versagen bzw. ein erneutes Reißen des VKB zu vermeiden.

Welche weiteren operativen Strategien gibt es, um das Risiko eines erneuten VKB-Risses zu minimieren?

Hier haben sich in den letzten Jahren tatsächlich deutliche Weiterentwicklungen etabliert. Unter anderem konnte gezeigt werden, dass Zusatzzeitriffe, die die Stabilität des Kniegelenks bei Drehbewegungen verbessern, das erneute Verletzungsrisiko relevant senken. Solche anterolateralen Stabilisierungen sollten daher vor allem bei Patienten mit hohem sportlichen Risikoprofil in Erwägung gezogen werden. Darüber hinaus konnten knöcherne Abweichungen der Beinachse als Risikofaktoren identifiziert werden. Insbesondere bei wiederholten VKB-Verletzungen ist daher in ausgewählten Fällen eine operative Korrektur am Knochen angezeigt.

Was kann der Patient selbst tun, damit das Kreuzband nicht (wieder) reißt?

Es gibt Präventionsprogramme, die nachweislich das Verletzungsrisiko senken können. Viele der Übungen werden bereits im Breiten- und Leistungssport in den Trainingsalltag integriert und sind online frei verfügbar (z.B. stop-x, FIFA 11+). Ist das vordere Kreuzband bereits operiert, so spielt eine strukturierte Nachbehandlung die entscheidende Rolle. Hier sollte eine enge Absprache mit den behandelnden Ärzten und Physiotherapeuten erfolgen. Während die Rückkehr zum Sport früher vor allem zeitabhängig definiert wurde, so wird dies heute vor allem von der Funktion des operierten Kniegelenks abhängig gemacht. Eine gute Hilfestellung bieten hier funktionelle Testverfahren, wobei mittels Kraft-, Koordinations- und Stabilitätstests eine Einschätzung der Sportfähigkeit erfolgt.

Terminvereinbarung:
Priv.-Doz. Dr. med. Julian Mehl

ECOM®

► Privat versicherte Patienten:
ECOM – Praxis für Orthopädie, Sportmedizin und Unfallchirurgie – Ärztepartnerschaft
Arabellastraße 17
81925 München
Tel.: +49 89 92 333 94-0
E-Mail: termin@ecom-muenchen.de

► Gesetzlich versicherte Patienten:
ATOS MVZ München
Efferstr. 38
81925 München
Tel.: +49 89 204000-3500
E-Mail: info-mvz-muc@atos.de



Modernste Kommunikationsmittel machen die Einbindung von Hausärzten ins Tumorboard, die schnelle Absprache mit großen Zentren und die Einsicht in aktuelle Befunde möglich. Foto: Adobe Stock