



Kennzahlenauswertung 2025

Jahresbericht der zertifizierten Leberkrebszentren

Auditjahr 2024 / Kennzahlenjahr 2023

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Leberkrebszentren 2024	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	12
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle	12
Kennzahl Nr. 1b: Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	13
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Vorstellung Tumorkonferenz (LL QI)	14
Kennzahl Nr. 3a: Postoperative Vorstellung	15
Kennzahl Nr. 3b: Postinterventionelle Vorstellung	16
Kennzahl Nr. 4: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv bzw. neuauftretene Metastasen	17
Kennzahl Nr. 5: Psychoonkologisches Distress-Screening	18
Kennzahl Nr. 6: Beratung Sozialdienst	19
Kennzahl Nr. 7: Anteil Studienpat.	20
Kennzahl Nr. 8: Typisierung nach WHO-Klassifikation (LL QI)	23
Kennzahl Nr. 9a: Inhalt Befundberichte HCC (LL QI)	24
Kennzahl Nr. 9b: Inhalt Befundberichte CCA (LL QI)	25
Kennzahl Nr. 10: mRECIST-/EASL-Klassifikation nach TACE/TAE (LL QI)	26
Kennzahl Nr. 11a: Komplikationen nach TACE/TAE	27
Kennzahl Nr. 11b: Komplikation nach perkutaner Radiofrequenzablation (RFA) + Mikrowellenablation	28
Kennzahl Nr. 12a: Anzahl komplexe operative Interventionen	29
Kennzahl Nr. 12b: Anzahl atypische Leberresektionen (OPS: 5-501.0; 5-501.2) bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber	30
Kennzahl Nr. 12c: Operative Expertise	31
Kennzahl Nr. 13: Lokale R0-Resektionen	32
Kennzahl Nr. 14: 30d-Mortalität postoperativ	33
Kennzahl Nr. 15: Bridgingtherapie (LL QI)	34
Impressum	35

Hinweis: Im Sinne einer gendergerechten Sprache verwenden wir für die Begriffe „Patientinnen“, „Patienten“, „Patient*innen“ die Bezeichnung „Pat.“, die ausdrücklich jede Geschlechtszuschreibung (weiblich, männlich, divers) einschließt.

Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 5: Psychoonkologisches Distress-Screening	
Kennzahl Nr. 6: Beratung Sozialdienst	
Kennzahl Nr. 7: Anteil Studienpat.	
Kennzahl Nr. 8: Typisierung nach WHO-Klassifikation (LL QI) ..	
Kennzahl Nr. 9a: Inhalt Befundberichte HCC (LL QI)	
Kennzahl Nr. 9b: Inhalt Befundberichte CCA (LL QI)	

Qualitätsindikatoren der Leitlinie (LL QI):

In dem Inhaltsverzeichnis und in den Überschriften sind die Kennzahlen, die den Qualitätsindikatoren der evidenzbasierten Leitlinie entsprechen, besonders ausgewiesen. Die so gekennzeichneten Qualitätsindikatoren beruhen auf starken Empfehlungen der Leitlinien und wurden durch die Leitliniengruppen des Leitlinienprogramms Onkologie abgeleitet. Weiterführende Information: www.leitlinienprogramm-onkologie.de.

Die Qualitätsindikatoren (QI's) beziehen sich auf die Version 2.01 der S3-LL Diagnostik und Therapie des Hepatozellulären Karzinoms und biliärer Karzinome.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die prätherapeutisch in der TK vorgestellt wurden	70,5*	38 - 169	2319
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	73,5*	43 - 181	2424
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,90%	86,36% - 100%	95,67%**

Grunddaten Kennzahl:

Die Definition des **Zählers**, **Nenners** und die **Sollvorgabe** sind aus dem Kennzahlenbogen entnommen.

Die Angabe des **Medians** für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

Unter **Pat. Gesamt** ist die Prozentzahl der in den Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat. angegeben.

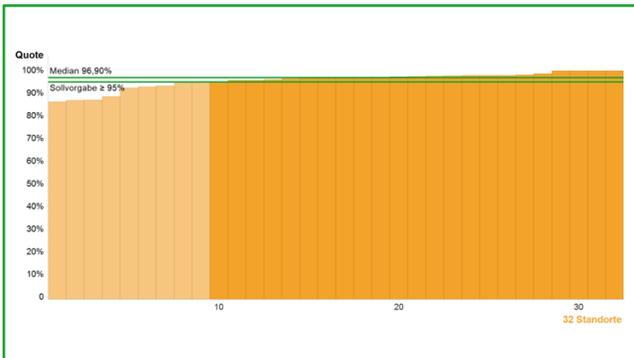
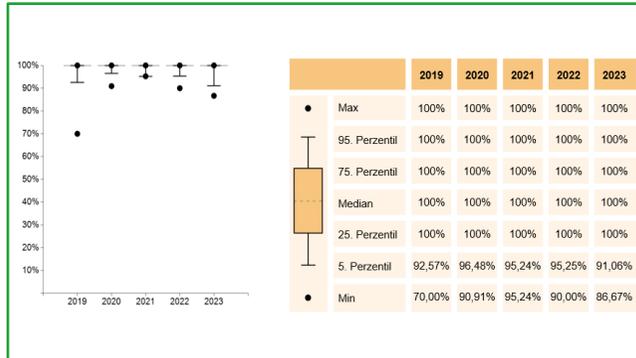


Diagramm:

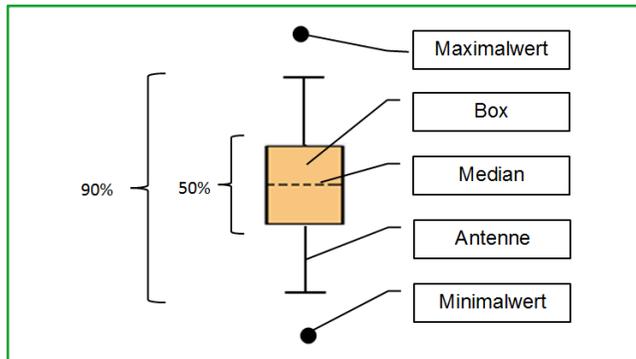
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große Hälften.

Allgemeine Informationen



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2019, 2020, 2021, 2022** und **2023** wird mit Hilfe des Boxplot-Diagramms dargestellt.



Boxplot:

Ein Boxplot setzt sich aus einer **Box mit Median, Antennen** und **Ausreißern** zusammen. Innerhalb der Box befinden sich 50 Prozent der Zentren. Der Median teilt die gesamte Kohorte in zwei Hälften mit der gleichen Anzahl an Zentren. Die Antennen und die Box umfassen 90 Prozent der Zentren. Die Extremwerte werden hier als Punkte abgebildet.

Stand des Zertifizierungssystems für Leberkrebszentren 2024

	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019
Laufende Verfahren	2	2	1	2	3	2
Zertifizierte Zentren	33	32	31	27	22	23
Zertifizierte Standorte	33	32	31	27	22	23

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	32	32	28	24	22	20
entspricht	96,9%	100%	90,3%	88,9%	100%	87,0%
Primärfälle gesamt*	2.424	1.604	1.512	1.273	1.247	1.237
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	75,8	50,1	54	53	56,7	61,9
Primärfälle pro Standort (Median)*	73,5	44,5	52	48	48,5	52

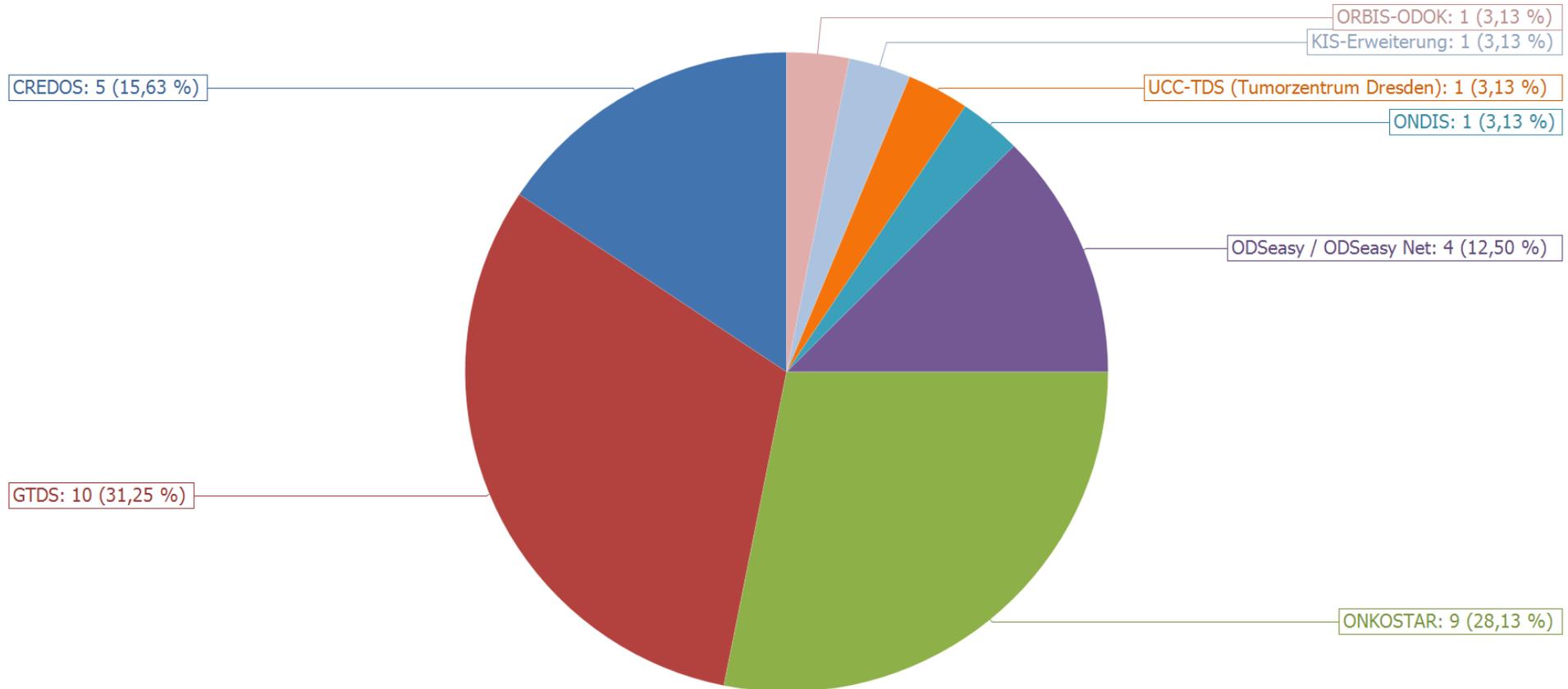
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Leberkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 32 von 33 zertifizierte Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen ist ein Standort, der im Jahr 2024 die Erstzertifizierung durchlaufen hat (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). In allen 33 Standorten wurden insgesamt 2.470 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de aufgeführt.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2023. Sie stellen für die in 2024 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

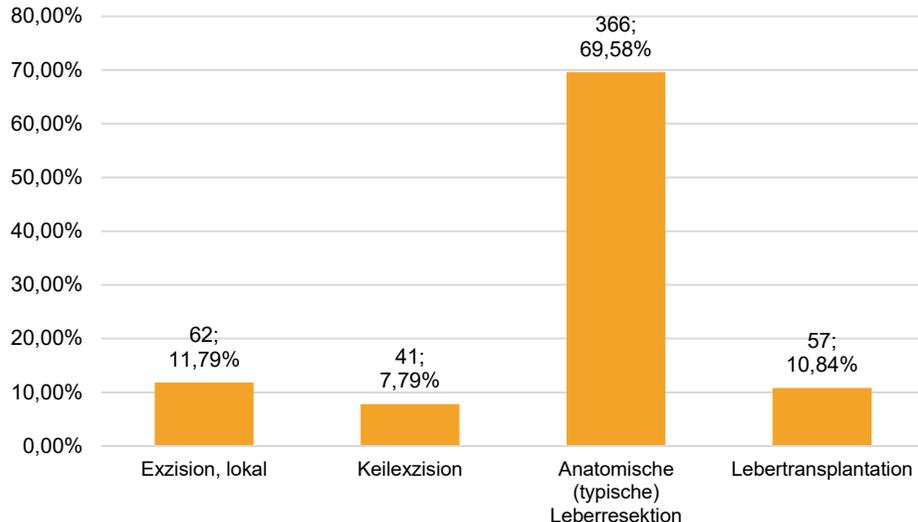
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



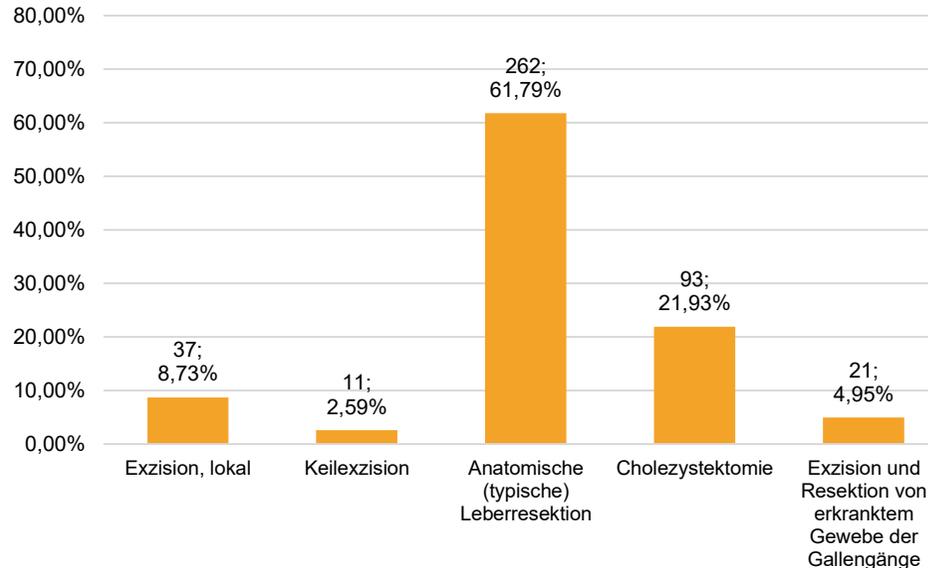
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum Krebsregister bestehen.

Basisdaten – Operative Expertise bei Primärfällen Leberkrebszentren

Operationen bei Primärfällen HCC



Operationen bei Primärfällen biliäre Karzinome



Operationen bei Primärfällen HCC

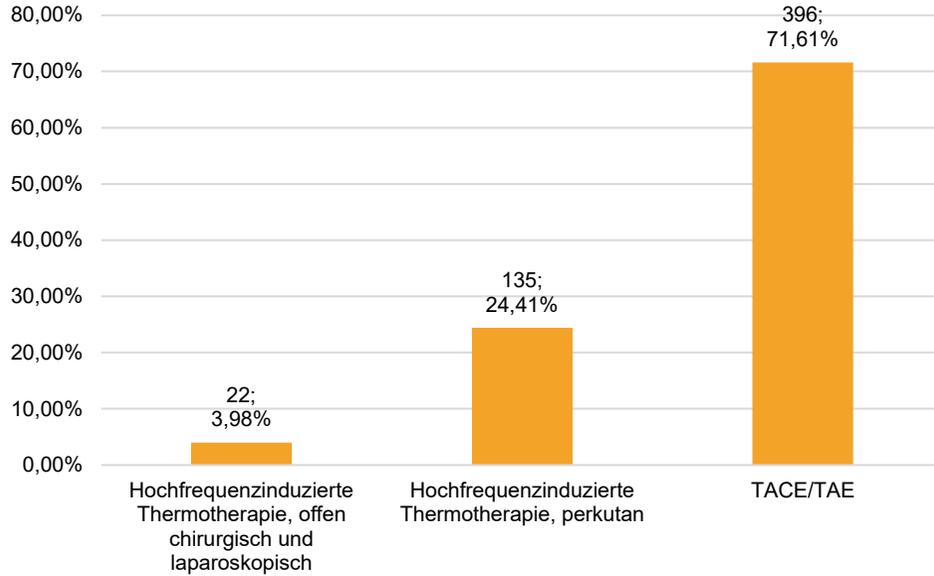
Exzision, lokal (OPS: 5-501.0)	62 (11,79%)
Keilexzision (OPS: 5-501.2)	41 (7,79%)
Anatomische (typische) Leberresektion (OPS: 5-502*)	366 (69,58%)
Lebertransplantation (OPS: 5-504*)	57 (10,84%)
Gesamt	526 (100%)

Operationen bei Primärfällen biliäre Karzinome

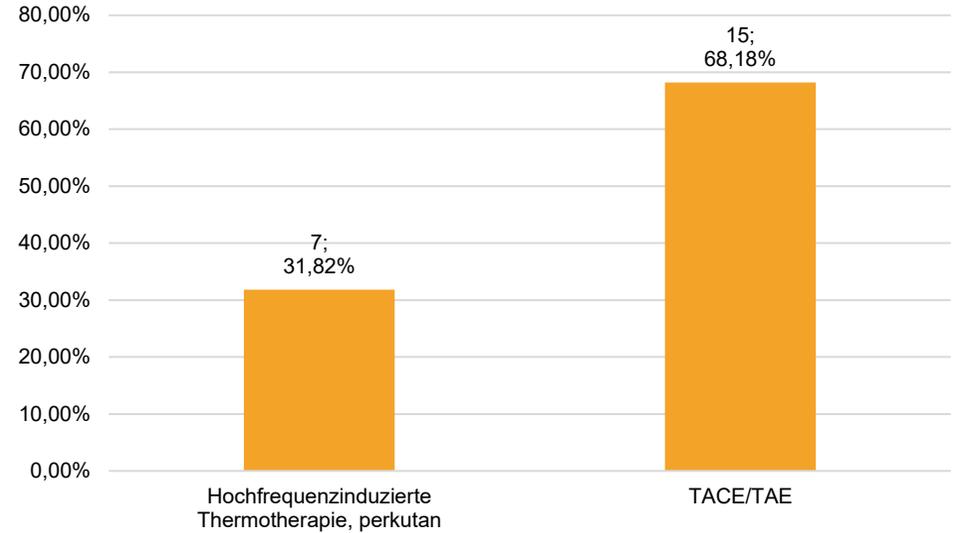
Exzision, lokal (OPS: 5-501.0)	37 (8,73%)
Keilexzision (OPS: 5-501.2)	11 (2,59%)
Anatomische (typische) Leberresektion (OPS: 5-502*)	262 (61,79%)
Cholezystektomie (OPS: 5-511*)	93 (21,93%)
Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge (OPS: 5-515*)	21 (4,95%)
Gesamt	424 (100%)

Basisdaten – Interventionelle Expertise bei Primärfällen Leberkrebszentren

Interventionen bei Primärfällen HCC



Interventionen bei Primärfällen biliäre Karzinome



Interventionen bei Primärfällen HCC

Destruktion, lokal, durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie (inkl. RFA/MWA ¹), offen chirurgisch und laparoskopisch (OPS: 5-501.90/.a0/.91/.a1/.92/.a2)	22 (3,98%)
Destruktion, lokal, durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie (inkl. RFA/MWA ¹), perkutan (OPS: 5-501.93/.a3)	135 (24,41%)
TACE/TAE ¹	396 (71,61%)
Gesamt	553 (100%)

Interventionen bei Primärfällen biliäre Karzinome

Destruktion, lokal, durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie (inkl. RFA/MWA ¹), perkutan (OPS: 5-501.93/.a3)	7 (31,82%)
TACE/TAE ¹	15 (68,18%)
Gesamt	22 (100%)

¹Abkürzungen:

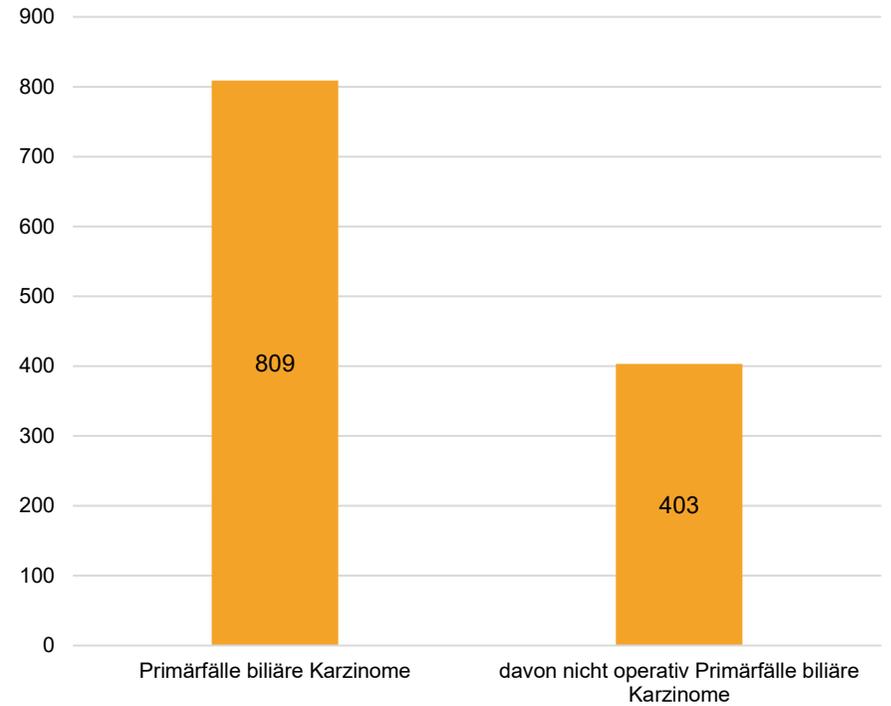
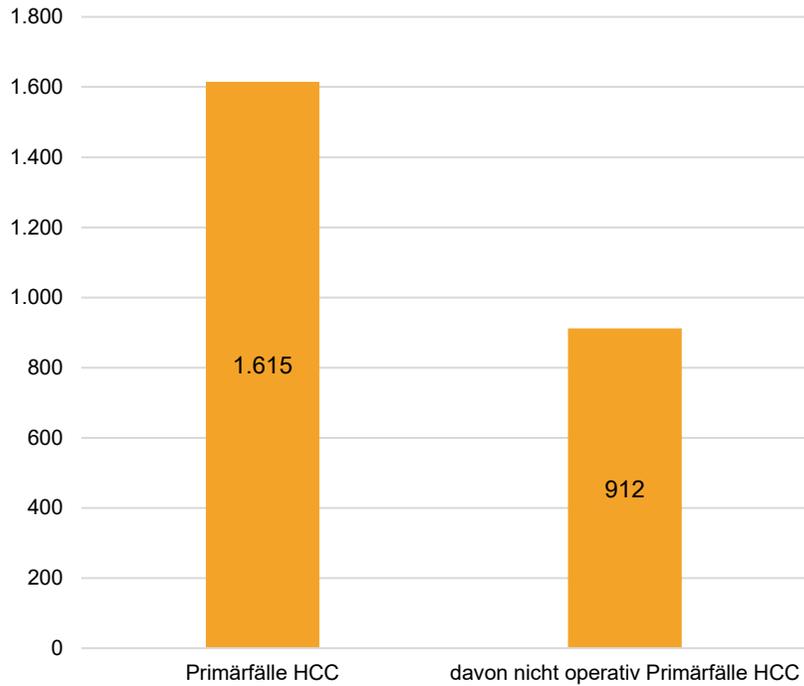
RFA = Radiofrequenzablation

MWA = Mikrowellenablation

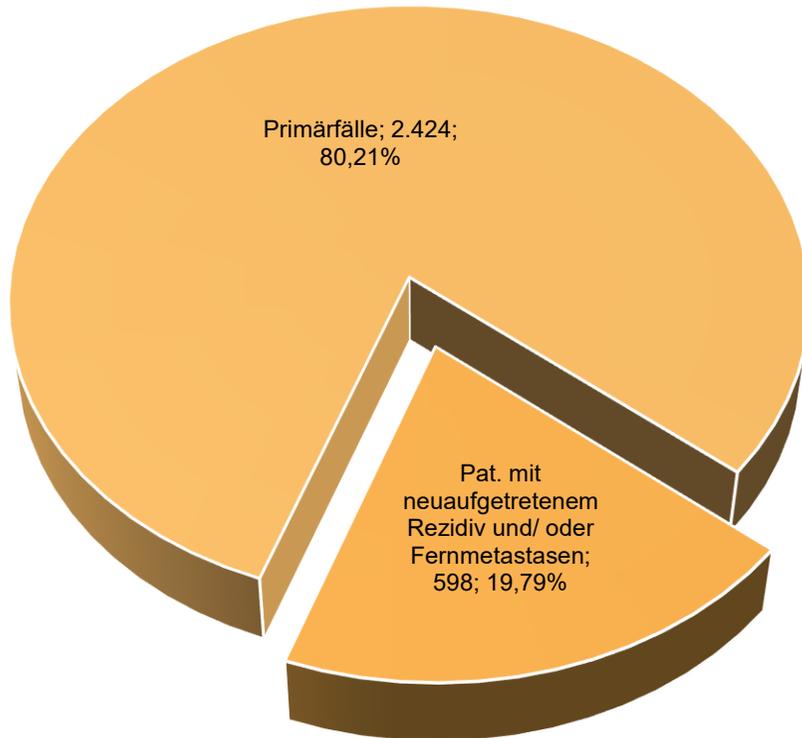
TACE = Transarterielle Chemoembolisation

TAE = Transarterielle Embolisation

Basisdaten – Primärfälle Leberkrebszentren

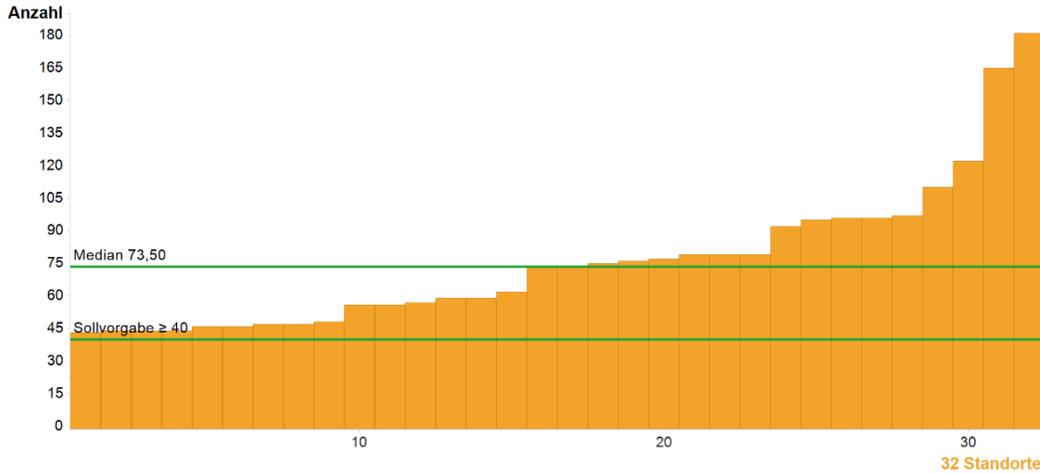


Basisdaten – Zentrumsfälle Leberkrebszentren

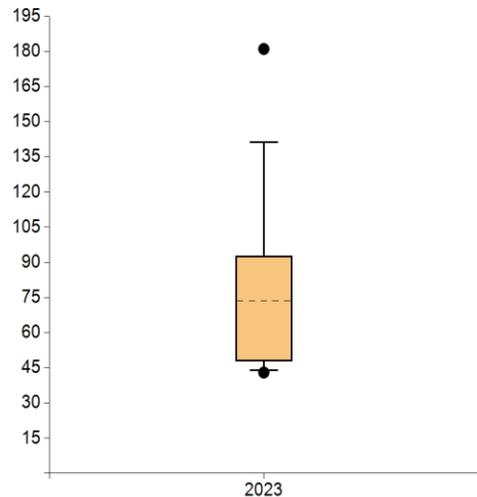


Primärfälle	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	Zentrumsfälle
2.424 (80,21%)	598 (19,79%)	3.022 (100%)

1a. Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	73,5	43 - 181	2424
	Sollvorgabe ≥ 40			



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	106,00	99,00	100,00	112,00	181,00
95. Perzentil	99,95	95,85	87,85	88,40	141,35
75. Perzentil	68,75	67,25	72,25	65,00	92,75
Median	48,50	48,00	52,00	44,50	73,50
25. Perzentil	35,50	33,75	35,75	32,00	47,75
5. Perzentil	26,20	26,00	30,35	25,55	44,00
● Min	23,00	25,00	21,00	22,00	43,00

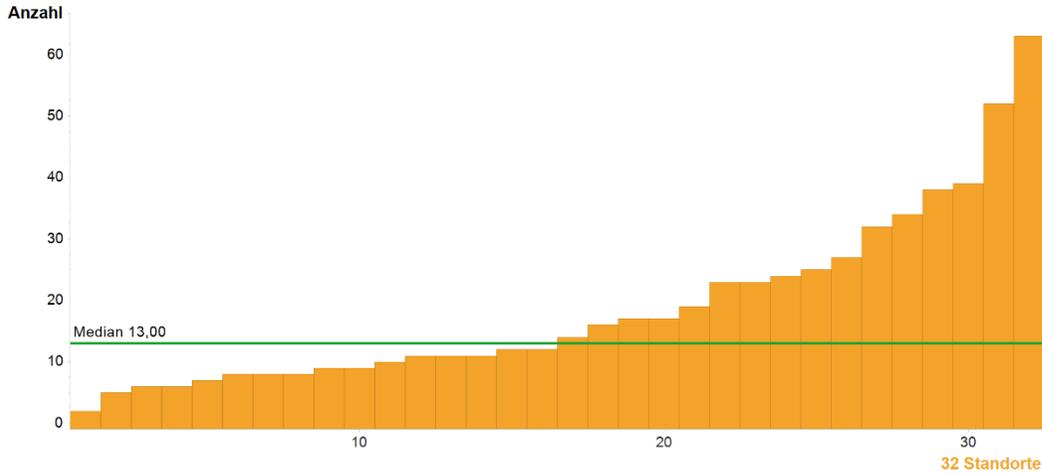
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	32	100,00%

Anmerkungen:

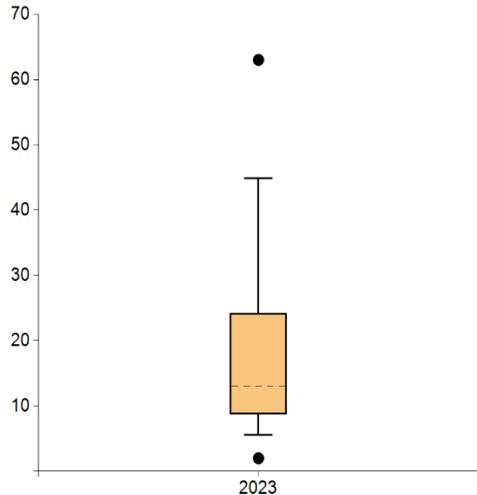
Im aktuellen KeZa-Jahr wurde erstmals die erweiterte Definition der Primärfälle (PF) umgesetzt, wodurch nun auch biliäre Karzinome im Modul Leber erfasst werden. Dies hat trotz unveränderter Anzahl an Standorten (n = 32) zu einem deutlichen Anstieg der PF (+ 51,1%) geführt. Alle zertifizierten Zentren die neue SV von ≥ 40 (zuvor ≥ 30) erreicht. Die Spannweite liegt bei 43 bis 181 Fällen, der Median bei 73,5 (Vorjahr 44,5).

Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

1b. Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	13	2 - 63	598
	Keine Sollvorgabe			



		2019	2020	2021	2022	2023
●	Max	-----	100,00	72,00	76,00	63,00
	95. Perzentil	-----	40,40	41,55	40,05	44,85
	75. Perzentil	-----	28,25	20,50	22,00	24,25
	Median	-----	10,50	11,50	9,50	13,00
	25. Perzentil	-----	4,75	7,00	5,00	8,75
	5. Perzentil	-----	2,15	3,35	1,55	5,55
●	Min	-----	2,00	1,00	1,00	2,00

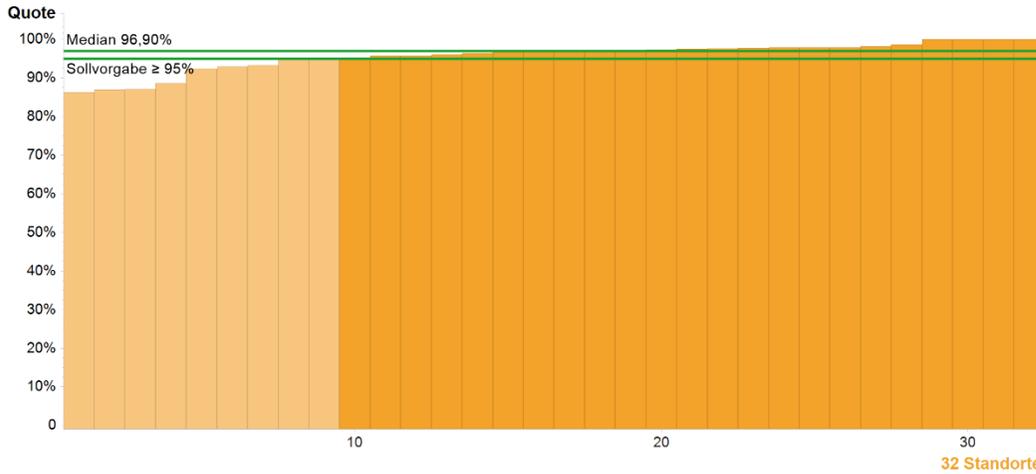
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	-----	-----

Anmerkungen:

Die Gesamtzahl der Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen ist im aktuellen KeZa-Jahr in Folge der Integration der biliären Karzinome in das Zertifizierungssystem um 18,2% gestiegen (Vorjahr 506). Der Median ist auf 13 Pat. (Vorjahr: 9,5); die Spannweite liegt zwischen 2 und 63 Fällen.

Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

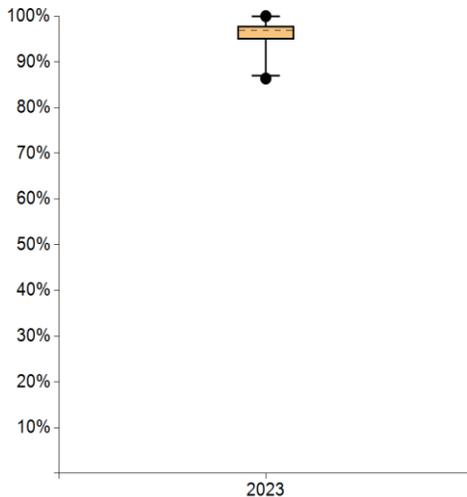
2. Prätherapeutische Vorstellung Tumorkonferenz (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die prätherapeutisch in der TK vorgestellt wurden	70,5*	38 - 169	2319
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	73,5*	43 - 181	2424
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,90%	86,36% - 100%	95,67%**

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	99,85%	100%	100%	100%
75. Perzentil	98,49%	96,93%	98,54%	98,20%	97,84%
Median	95,64%	95,81%	97,34%	96,58%	96,90%
25. Perzentil	92,16%	93,70%	95,94%	94,55%	94,94%
5. Perzentil	87,15%	91,07%	93,75%	87,13%	87,04%
● Min	82,14%	90,70%	90,63%	83,87%	86,36%

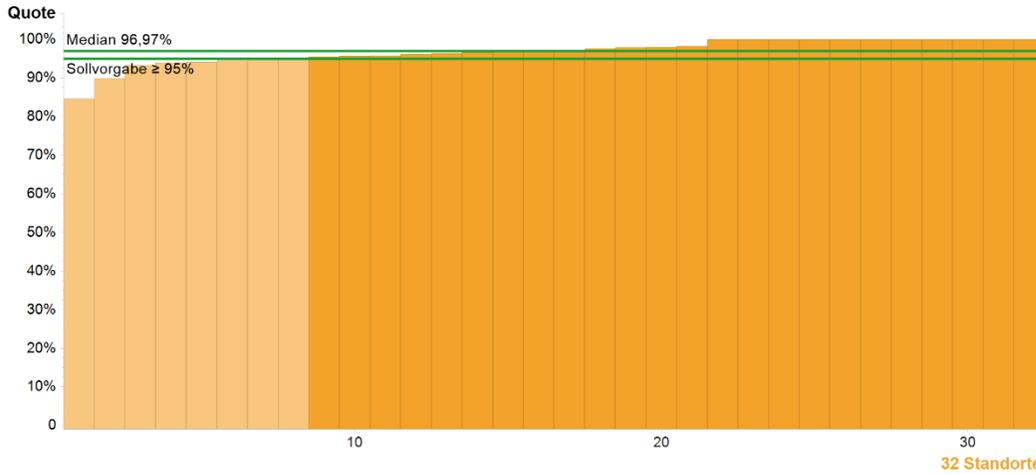
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	23	71,88%

Anmerkungen:

Gesamtquote (Vorjahr 95,9%), Median und Perzentilenwerte dieses LL QI bleiben im Vergleich zum Vorjahr weitgehend konstant. Wie im Vorjahr haben 9 Zentren die SV unterschritten. Als häufigste Gründe wurden Zufallsbefunde (23 Fälle), Versäumnis (21x), Notfalloperationen (5x), frühes Versterben der Pat. (4x) sowie Vorstellung in einer externen Tumorkonferenz (3x) angegeben. Die FE sprach keine Abweichungen, jedoch 5 Hinweise aus.

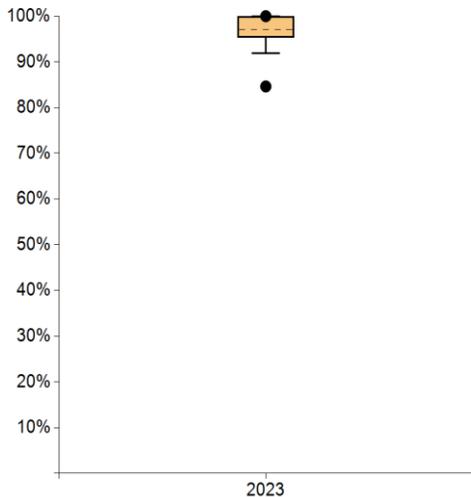
Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

3a. Postoperative Vorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners, die postoperativ in der TK vorgestellt wurden	26*	8 - 64	919
Nenner	Operative Expertise - Anzahl Operationen bei Primärfällen	27*	8 - 67	950
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	96,97%	84,62% - 100%	96,74%**

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	98,75%	95,72%	96,55%	100%	96,97%
25. Perzentil	89,69%	89,22%	90,36%	95,60%	95,33%
5. Perzentil	80,17%	82,18%	85,94%	87,78%	91,83%
● Min	80,00%	80,00%	84,00%	85,00%	84,62%

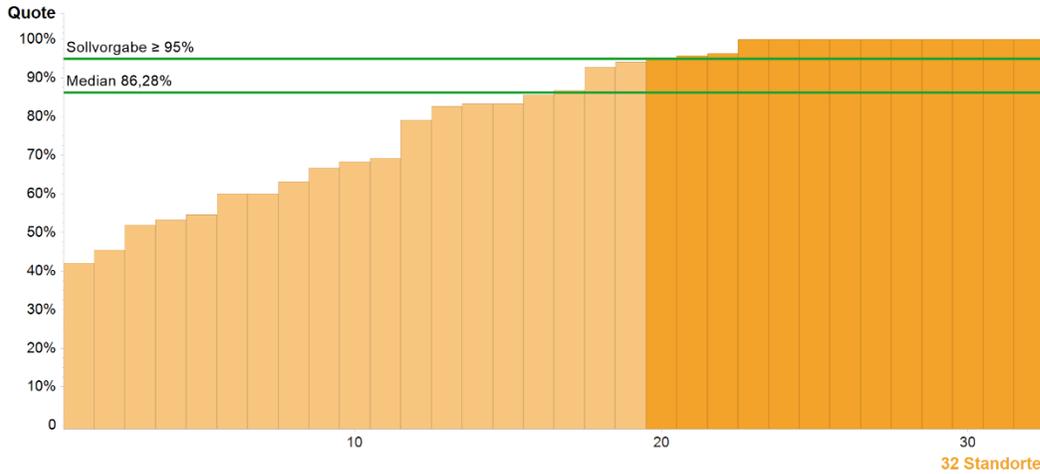
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	24	75,00%

Anmerkungen:

Die postoperative Vorstellungsrate bleibt mit einer Gesamtquote von 96,74 % (Vorjahr: 97,18 %) auf hohem Niveau konstant. In 8 Zentren wurde die SV von $\geq 95\%$ unterschritten (Vorjahr 7). Alle betroffenen Zentren gaben an, dass die Pat., die nicht in der posttherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt wurden, frühzeitig verstorben waren.

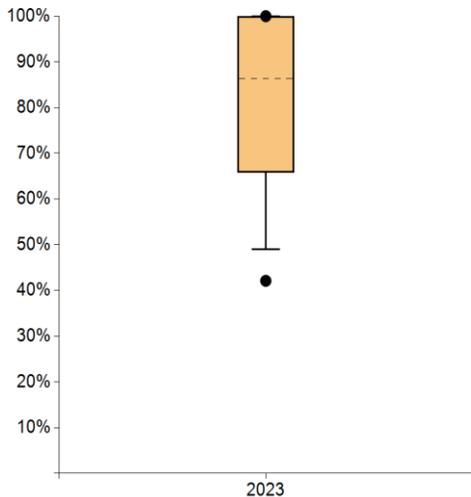
Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

3b. Postinterventionelle Vorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Interventionen des Nenners, die 4-12 Wochen nach Intervention in der TK vorgestellt wurden	12*	2 - 39	461
Nenner	Interventionelle Expertise - Interventionen bei Primärfällen	18*	3 - 42	575
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	86,28%	42,11% - 100%	80,17%**

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	99,65%	100%	100%	100%
75. Perzentil	93,80%	86,83%	96,98%	97,80%	100%
Median	85,93%	76,57%	88,59%	84,38%	86,28%
25. Perzentil	58,64%	69,58%	73,94%	68,23%	65,79%
5. Perzentil	44,72%	30,18%	40,41%	36,38%	49,05%
● Min	35,00%	21,43%	40,00%	12,50%	42,11%

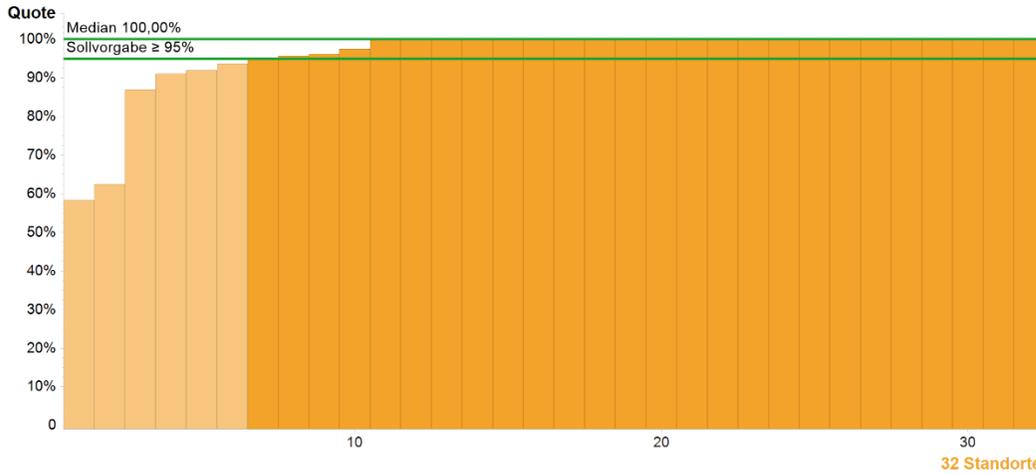
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	13	40,63%

Anmerkungen:

Die Gesamtquote bei der postinterventionellen Vorstellung liegt mit 80,2% leicht unter dem Vorjahreswert (81,8%) und weiterhin unter der SV von ≥ 95%. 19 Zentren haben die SV unterschritten (59,4%). Als häufigste dokumentierte Gründe wurden Vorstellungen außerhalb des vorgesehenen Zeitkorridors (18 Fälle), frühzeitiges Versterben der Pat. (10), „lost to follow-up“ (9), externe Weiterbehandlung (11) sowie noch laufende Interventionen (7) angegeben. In 51 Fällen blieb der Grund für die fehlende Vorstellung unklar. Der FE sprach eine Abweichung (bei kritischem Hinweis im Vorjahr), einen kritischen Hinweis sowie 9 weitere Hinweise aus.

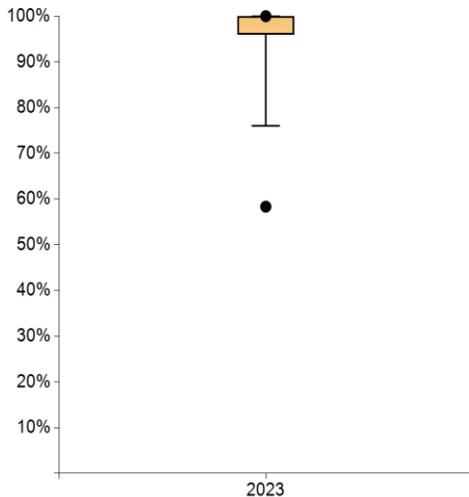
Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

4. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv bzw. neuauftretene Metastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	13*	2 - 60	574
Nenner	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	13*	2 - 63	598
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	58,33% - 100%	95,99%**

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.



		2019	2020	2021	2022	2023
●	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	Median	100%	100%	100%	100%	100%
	25. Perzentil	93,92%	98,64%	100%	97,02%	96,03%
	5. Perzentil	85,80%	86,66%	89,28%	89,14%	75,95%
●	Min	84,21%	80,00%	72,73%	85,71%	58,33%

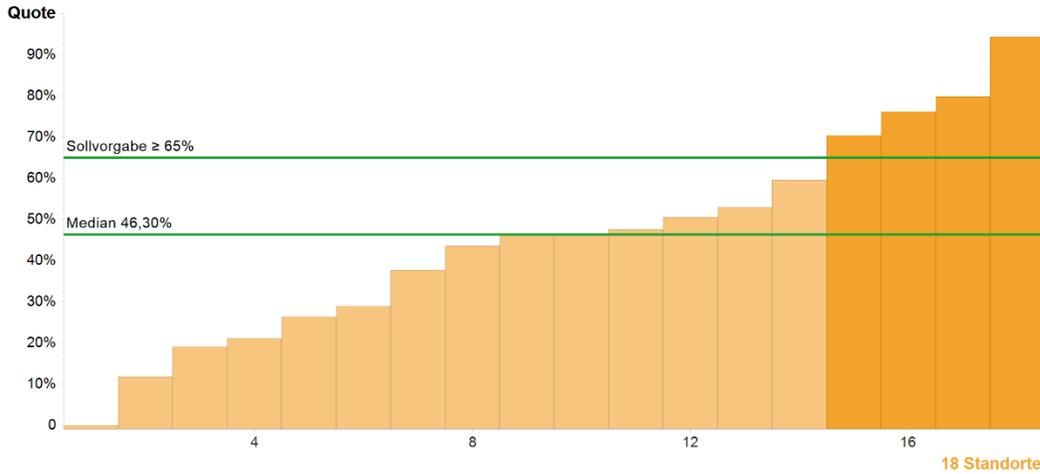
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	26	81,25%

Anmerkungen:

Die Anforderung, prätherapeutische Vorstellung von Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen in einer Tumorkonferenz vorzustellen, wurde von den Zentren mehrheitlich gut umgesetzt. Der Median liegt wie im Vorjahr bei 100%, die Gesamtquote beträgt 96% (Vorjahr: 97%). 6 Zentren haben die SV unterschritten. Als häufigste Gründe wurden Versäumnisse (8 Fälle) und frühzeitiges Versterben der Pat. (5) angegeben. Vereinzelt wurden auch Therapieablehnung und intraoperative Zufallsbefunde genannt. Der FE sprach 5 Hinweise aus. Systematische Fehler zeigten sich nicht.

Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

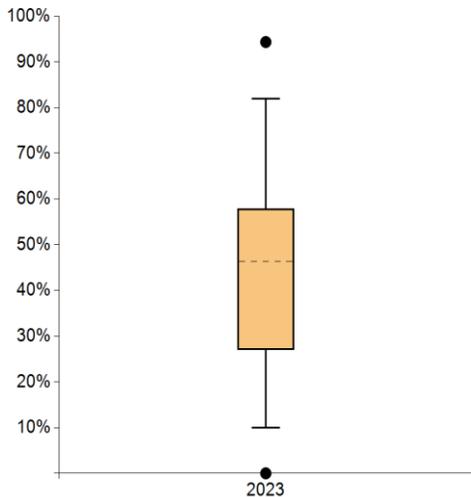
5. Psychoonkologisches Distress-Screening



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	42*	0 - 101	745
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	87*	45 - 200	1658
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	46,30%	0,00% - 94,34%	44,93%**

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.



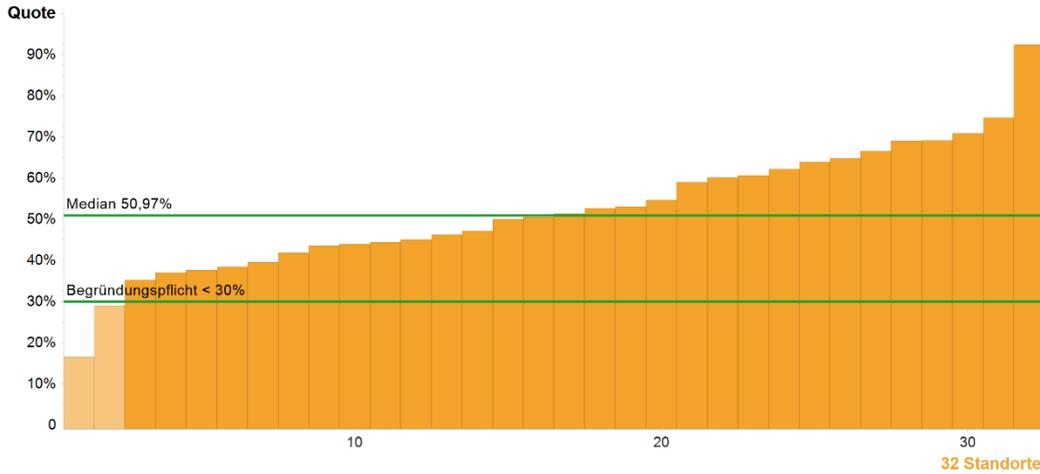
	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	----	----	----	94,34%
95. Perzentil	----	----	----	----	82,00%
75. Perzentil	----	----	----	----	57,90%
Median	----	----	----	----	46,30%
25. Perzentil	----	----	----	----	27,04%
5. Perzentil	----	----	----	----	10,00%
● Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
18	56,25%	4	22,22%

Anmerkungen:

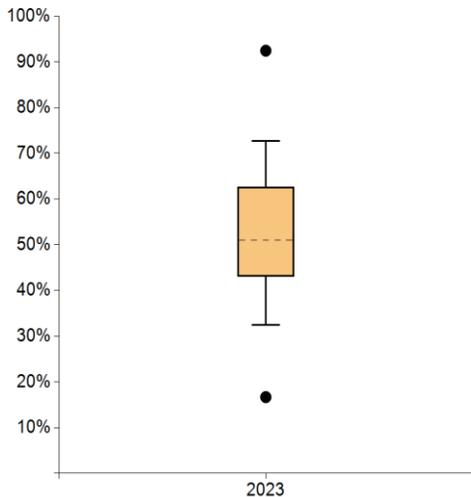
Im aktuellen KeZa-Jahr wurde die bisherige Kennzahl zur psychoonkologischen Betreuung auf ein systematisches Distress-Screening umgestellt. Die Datenerfassung erfolgte somit optional. Die Gesamtquote lag bei 44,9%, der Median bei 46,3%. 4 der 18 Zentren mit auswertbaren Daten haben die SV von ≥ 65% erfüllt. Die Zentren, die die SV unterschritten, begründeten dies mit noch laufenden Etablierungsprozessen sowie damit, dass die neu integrierten biliären Karzinome im Erfassungszeitraum noch nicht strukturiert gescreent wurden.

6. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	45,5*	16 - 121	1517
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	84,5*	45 - 228	3022
Quote	Begründungspflicht*** <math>< 30\%</math>	50,97%	16,67% - 92,45%	50,20%**

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.
 *** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	72,97%	89,80%	85,71%	73,81%	92,45%
95. Perzentil	63,97%	64,98%	66,96%	69,95%	72,63%
75. Perzentil	52,21%	52,33%	51,52%	56,18%	62,65%
Median	43,67%	40,28%	43,90%	45,52%	50,97%
25. Perzentil	38,03%	37,38%	36,42%	32,50%	43,11%
5. Perzentil	18,48%	30,15%	30,42%	23,84%	32,51%
● Min	7,14%	11,69%	10,20%	14,81%	16,67%

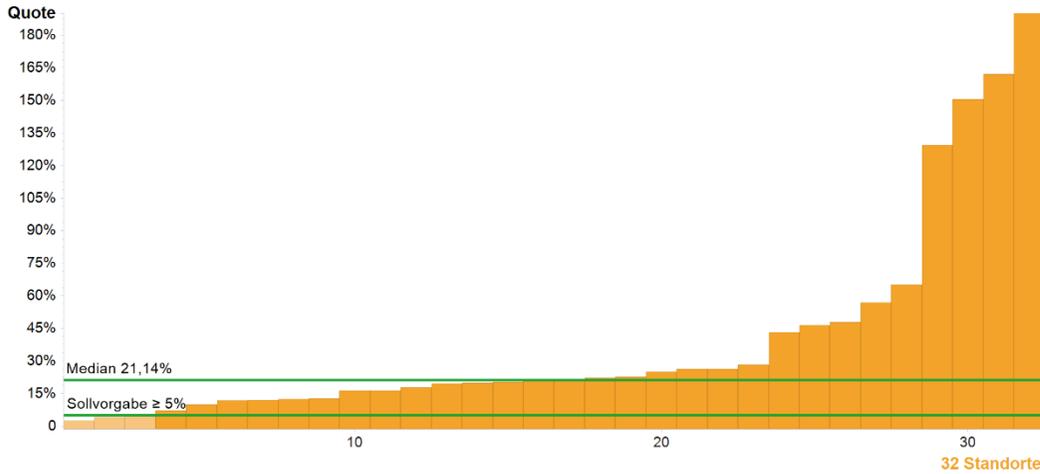
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	30	93,75%

Anmerkungen:

Der Median und die Gesamtquote der Sozialdienstberatungen ist im aktuellen KeZa-Jahr auf fast 51% bzw. 50,2% (Vorjahr: 45,5% und 42,3%) gestiegen. Wie im Vorjahr lagen 3 Zentren unterhalb der Plausibilitätsgrenze. Begründet wurde das Unterschreiten dieser Schwelle v.a. mit eingeschränkten personellen Ressourcen. Teilweise wurde angegeben, dass ein internes Screening stattfindet und ein Großteil der Pat. keinen Bedarf der sozialdienstlichen Beratung angaben. Die Begründungen ließen sich in den Audits durch die FE plausibilisieren.

Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

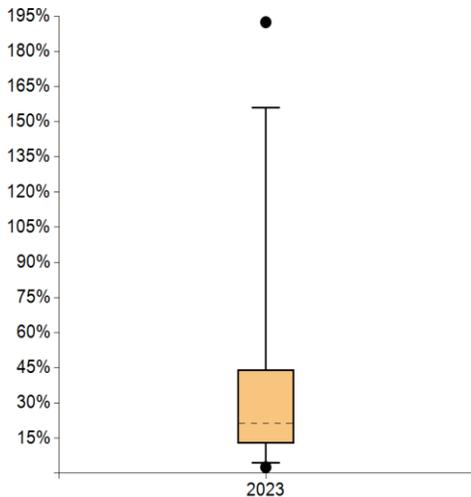
7. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	13*	2 - 152	965
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	73,5*	43 - 181	2424
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	21,14%	2,60% - 192,41%	39,81%**

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	313,33%	104,04%	415,56%	258,70%	192,41%
95. Perzentil	184,91%	71,25%	159,06%	131,22%	155,84%
75. Perzentil	57,66%	50,93%	35,35%	42,45%	44,12%
Median	30,00%	27,21%	18,01%	19,29%	21,14%
25. Perzentil	15,19%	9,08%	6,57%	9,38%	12,70%
5. Perzentil	0,11%	0,33%	0,47%	2,98%	4,38%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,60%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	29	90,63%

Anmerkungen:

Im aktuellen KeZa-Jahr ist ein leichter Anstieg der Studienquote zu verzeichnen. Der Median liegt bei 21,14%, die Gesamtquote bei 39,81% (Vorjahr 19,29% und 40%). Die Perzentilverteilung zeigt eine breite Streuung. 3 Zentren unterschritten die SV und begründeten dies unter anderem mit Personalfuktuationen in den Studienzentren.

Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

Individueller Jahresbericht - Benchmark

Individueller Jahresbericht - Standortsspezifische Kennzahlenauswertung eines Zentrums

Was ist der individuelle Jahresbericht?

Im individuellen Jahresbericht werden die standortspezifischen Zentrumsdaten abgebildet und in Vergleich zu den anderen zertifizierten Zentren im jeweiligen Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft gesetzt. Darüber hinaus wird die individuelle Entwicklung des Zentrums über den Verlauf der Zeit dargestellt.

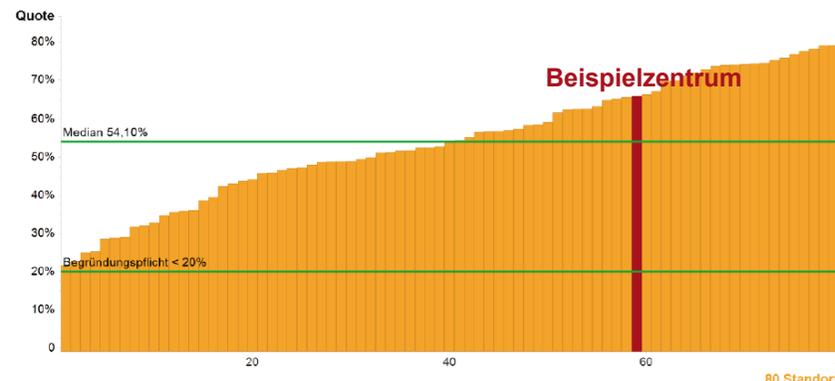
Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf www.onkoziert.de unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

Wer kann den individuellen Jahresbericht erhalten?

Voraussetzung für die Erstellung des individuellen Jahresberichtes ist die Veröffentlichung des allgemeinen Jahresberichtes (Bekanntgabe u.a. auf www.onkoziert.de) sowie die Abbildung des eigenen Zentrums im allgemeinen Jahresbericht (beispielsweise sind Zentren mit Erstzertifizierung im Auditjahr nicht abgebildet).

Bei mehrstandortigen Zentren wird jeder Standort in einem eigenständigen individuellen Jahresbericht abgebildet.

Für Onkologische Zentren ist aktuell nur der allgemeine Jahresbericht verfügbar.



Beispielzentrum (roter Balken) im Vergleich zu den anderen zertifizierten Zentren

	Kennzahldefinition	Beispielzentrum				
		2019	2020	2021	2022	2023
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	219	263	220	240	237
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv (Lokal, regionale LK-Metastasen) und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	321	362	331	355	360
Quote	Begründungspflicht* <20%	68,22%	72,65%	66,47%	67,61%	65,83%

Individuelle Entwicklung des Beispielzentrums im Zeitverlauf

**Auszug aus einem individuellen Jahresbericht
(Kennzahl Beratung Sozialdienst)**

Individueller Jahresbericht - Benchmark

Wie kann man den individuellen Jahresbericht erhalten?

Der individuelle Jahresbericht wird elektronisch als PowerPoint-Datei auf der Plattform [Data-WhiteBox](#) zum Download bereitgestellt.

Der Zugang zu einem individuellen Jahresbericht unterscheidet sich je nach Zertifizierungssystem:

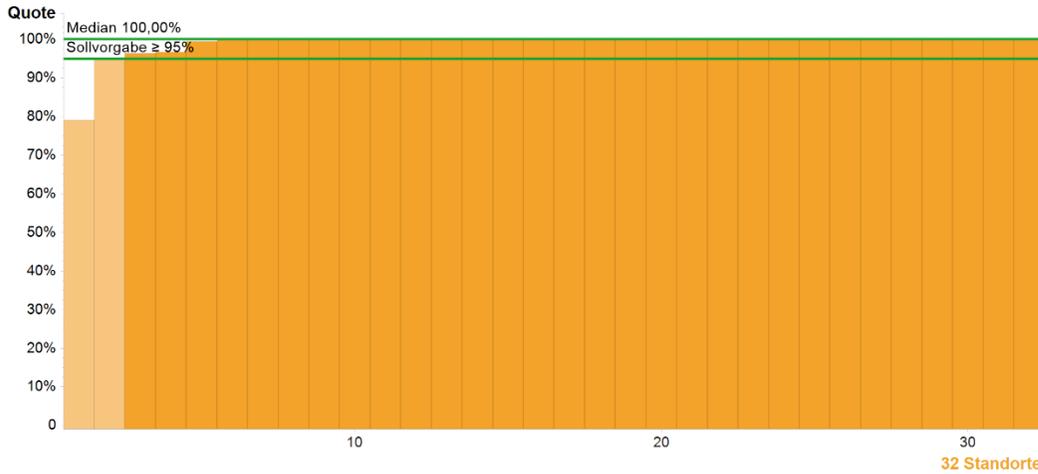
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- Auf Beschluss der jeweiligen Zertifizierungskommission wird der individuelle Jahresbericht für alle Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren bereitgestellt.
- Die Zentren (Zentrumsleitung und Zentrumskoordination) werden per E-Mail durch OnkoZert über die Verfügbarkeit des jeweiligen individuellen Jahresberichtes informiert.
- Die Zugangsdaten zum Abruf des individuellen Jahresberichtes liegen der Zentrumsleitung und Zentrumskoordination vor (einmalige Zusendung der Zugangsdaten).

Alle anderen Organkrebszentren / Module

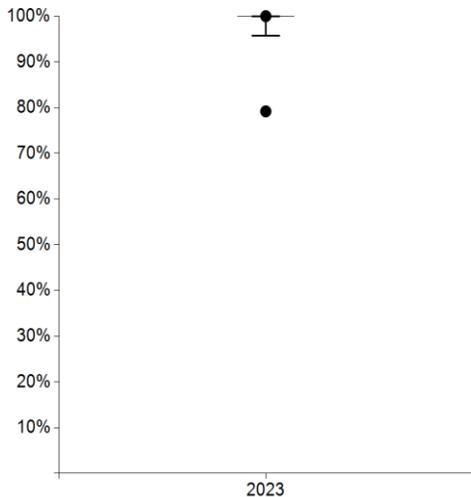
- Die Zentren (Zentrumsleitung und Zentrumskoordination) werden per E-Mail durch OnkoZert über die grundsätzliche Verfügbarkeit der individuellen Jahresberichte informiert. Ab diesem Zeitpunkt kann ein individueller Jahresbericht optional kostenpflichtig bestellt werden.
- Das „Bestellformular Individueller Jahresbericht“ ist auf www.onkozert.de unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich. Eine Bestellung ist nur durch Personen möglich, die bei OnkoZert als Ansprechpartner (z.B. Zentrumsleitung, Zentrumskoordination, QMB, etc.) registriert sind.
- Die Kosten für die jeweiligen individuellen Jahresberichte sind auf dem Formular aufgeführt.
- Die Erstelldauer beträgt nach Bestelleingang ca. 3 Wochen.

8. Typisierung nach WHO-Klassifikation (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Typisierung nach aktueller WHO-Klassifikation	52,5*	2 - 164	1793
Nenner	Primärfälle mit histologisch gesichertem HCC oder biliärem Karzinom	52,5*	2 - 165	1819
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	79,17% - 100%	98,57%**

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	92,47%	80,62%	93,16%	100%	95,69%
● Min	84,34%	73,33%	81,82%	97,56%	79,17%

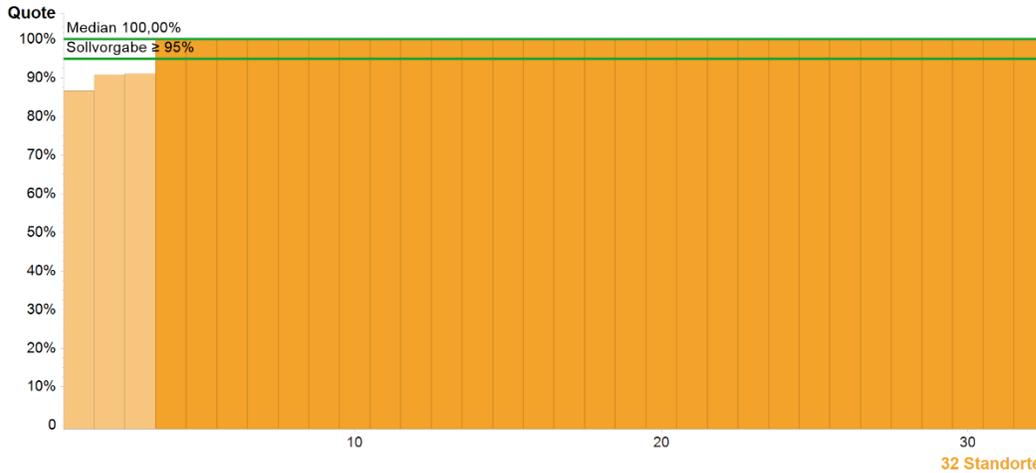
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	30	93,75%

Anmerkungen:

Die Quote der Typisierung nach WHO-Klassifikation bleibt auf hohem Niveau stabil (Gesamtquote 98,6%; Vorjahr: 99,9%). 2 Zentren unterschritten die SV. 10 Pat. mit geplanter LTX erhielten die Typisierung erst postoperativ. Bei weiteren 10 Pat. mit BSC wurde auf eine Typisierung verzichtet. In 2 Fällen kam es zum Versäumnis.

Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

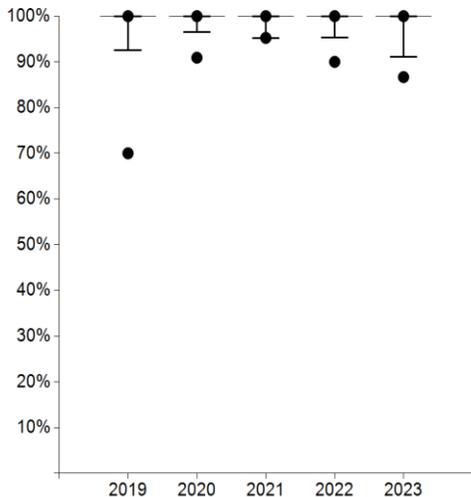
9a. Inhalt Befundberichte HCC (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit Befundbericht bei Leberresektion oder Leberexplantation mit Angaben zu: • Staging (nach TNM) • Typing (nach WHO) • Grading • Resektionsrand • Status Umgebungsleber	14*	3 - 33	520
Nenner	Operationen bei Primärfällen HCC	14,5*	3 - 34	526
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	86,67% - 100%	98,86%**

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	92,57%	96,48%	95,24%	95,25%	91,06%
● Min	70,00%	90,91%	95,24%	90,00%	86,67%

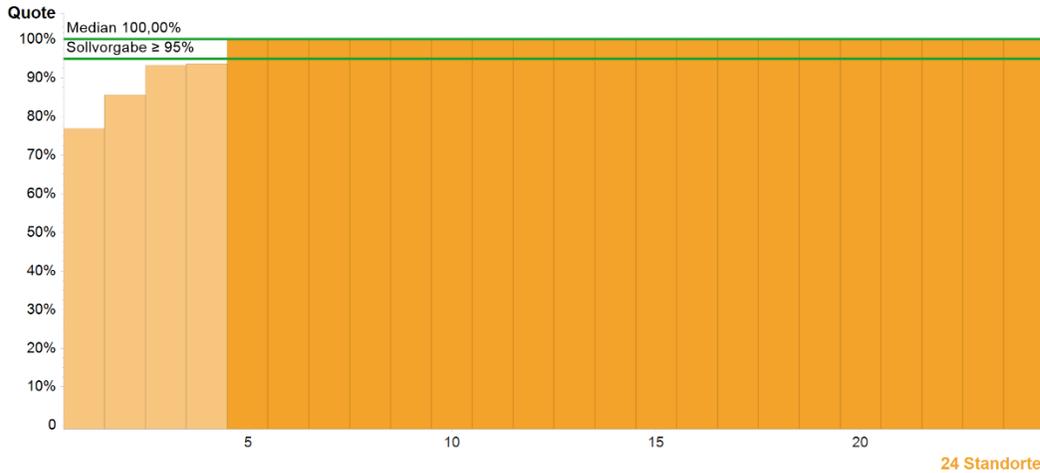
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	29	90,63%

Anmerkungen:

Dieser LL-QI zeigt weiterhin eine hohe Durchdringung. Die Gesamtquote liegt bei 98,86% (Vorjahr: 99,1%), der Median bei 100%. 3 Zentren unterschritten die SV (Vorjahr 1), begründet durch Komplett-Remission nach TACE/LTX (4 Pat.) bzw. nicht beurteilbarem Resektionsrand bei Fragmentierung (2x).

Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

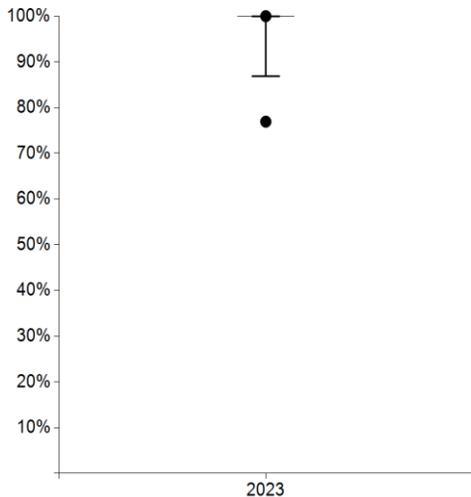
9b. Inhalt Befundberichte CCA (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners bei denen ein histopathologischer Befundbericht mit den definierten Angaben vorliegt (siehe Kennzahldefinition)	11*	2 - 29	277
Nenner	Operationen bei Primärfällen mit biliärem Karzinom	12,5*	2 - 29	283
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	76,92% - 100%	97,88%**

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.



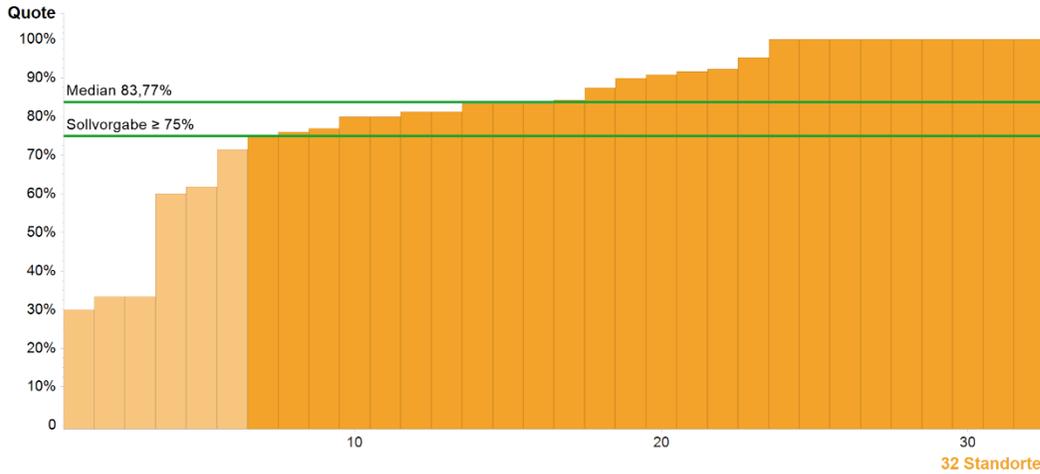
	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	100%
25. Perzentil	----	----	----	----	100%
5. Perzentil	----	----	----	----	86,85%
● Min	----	----	----	----	76,92%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
24	75,00%	20	83,33%

Anmerkungen:

Mit Integration der biliären Karzinome wurde dieser LL-QI erstmals getrennt für das CCA ausgewiesen. Die Gesamtquote liegt bei 97,9%, der Median bei 100%. 4 Zentren unterschritten die SV. Die Gründe betrafen u. a. unvollständige TNM-Angabe nach Nachresektion, technische Limitation bei erneuter Nachresektion sowie unklare Zuordnung (Primarius vs. Metastase). In einem Fall fehlten Angaben zum Leberparenchym. Die Zentren hielten intern Rücksprache mit den pathologischen Abteilungen.

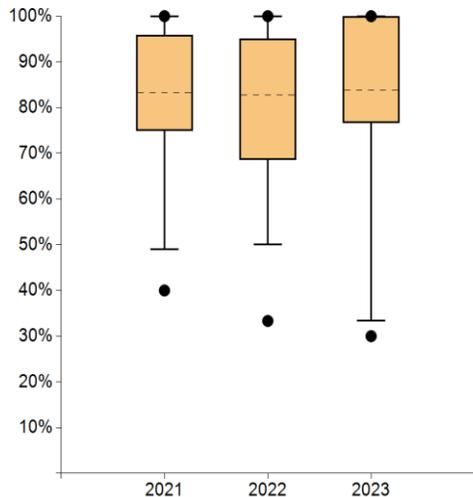
10. mRECIST-/EASL-Klassifikation nach TACE/TAE (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, mit Beurteilung der Remission mittels modifizierter RECIST- oder EASL-Klassifikation	9,5*	1 - 20	304
Nenner	Primärfälle mit HCC und TACE/TAE	10,5*	2 - 40	396
Quote	Sollvorgabe ≥ 75%	83,77%	30,00% - 100%	76,77%**

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.



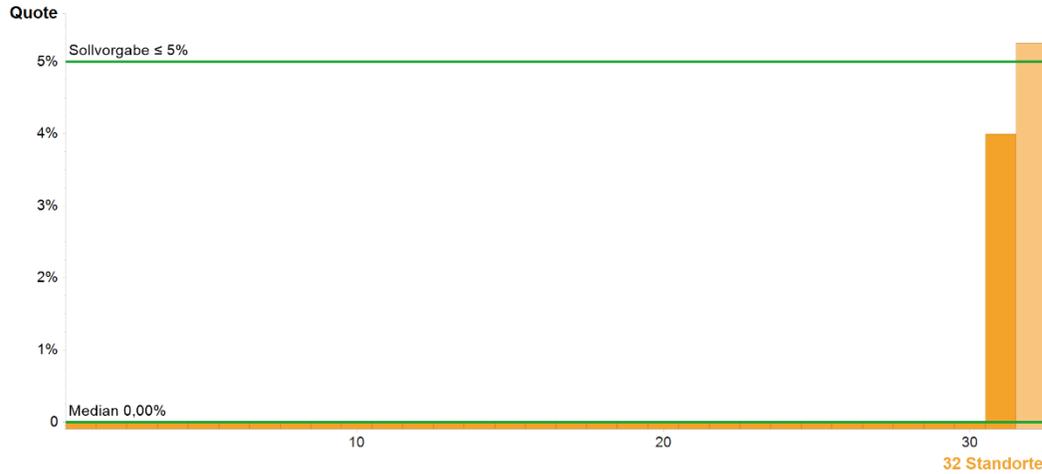
	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	----	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	----	95,83%	95,00%	100%
Median	----	----	83,33%	82,79%	83,77%
25. Perzentil	----	----	75,00%	68,59%	76,69%
5. Perzentil	----	----	48,99%	50,00%	33,33%
● Min	----	----	40,00%	33,33%	30,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	26	81,25%

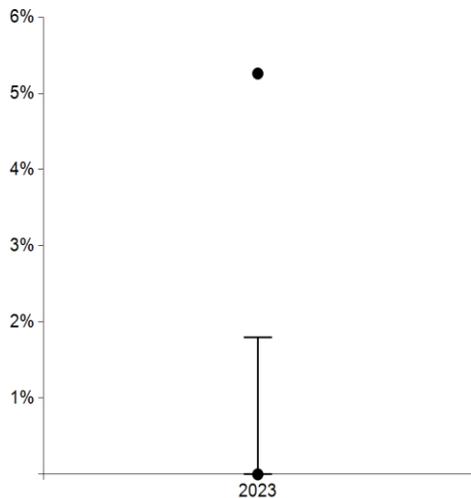
Anmerkungen:

Dieser LL-QI zeigt eine konstante Entwicklung im Vergleich zu den Vorjahren mit einer Gesamtquote von 76,8 % (Vorjahr 79,8 %) und einem Median von 83,8%. In 6 Zentren wurde die SV unterschritten. Am häufigsten wurden vorzeitiges Versterben (7×), externe Verlaufskontrollen (5×) sowie ausstehende Bildgebung/Befunde (4×) genannt. In einem Zentrum wurde mit fehlender Anwendbarkeit der mRECIST-/EASL-Klassifikation bei Kombinationstherapien argumentiert. Weitere Einzelfälle betrafen individuelle Verläufe wie Transplantation oder Zweitkarzinome. Es wurden 3 Hinweise durch die FE ausgesprochen.

11a. Komplikationen nach TACE/TAE



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit interventionspflichtigen Komplikationen innerhalb von 7 Tagen nach Abschluss: Blutung (T81.0), Gefäßverletzung (T81.2), Non-target-Embolisationen (T81.7), Abszess intrahepatisch (T81.4), Verletzung anderer Organe (T81.2), Leberversagen (K91.9) nach TACE/TAE	0*	0 - 1	2
Nenner	Primärfälle mit TACE/TAE	11,5*	2 - 41	411
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0,00%	0,00% - 5,26%	0,49%**



		2019	2020	2021	2022	2023
●	Max	0,00%	33,33%	5,00%	0,00%	5,26%
	95. Perzentil	0,00%	7,52%	4,17%	0,00%	1,80%
	75. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Median	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	25. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
●	Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

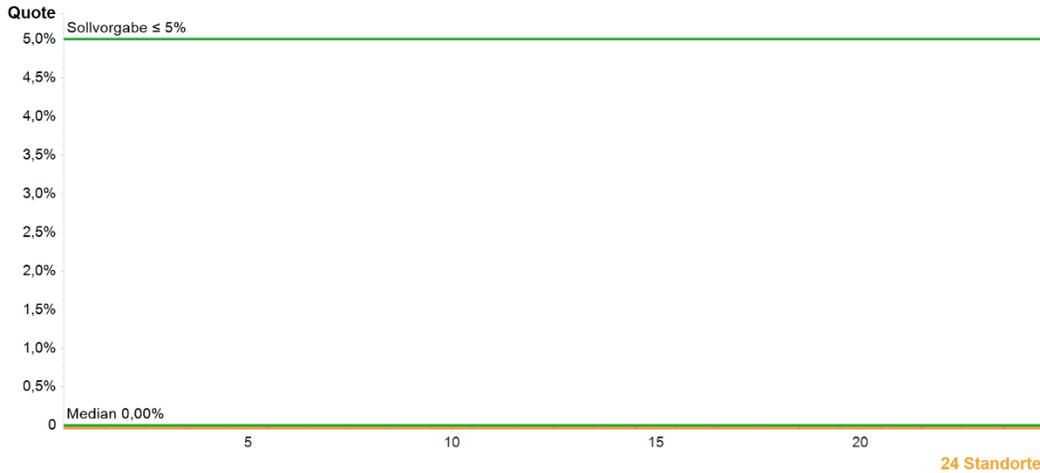
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	31	96,88%

Anmerkungen:

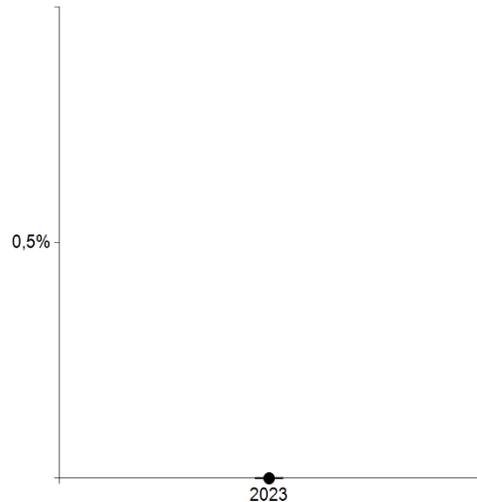
Im aktuellen KeZa-Jahr kam es in 2 von 411 Fällen (0,49%) zu einer interventionspflichtigen Komplikation nach TACE/TAE (Vorjahr 0). Der Median blieb bei 0%. 1 Zentrum unterschritt bei geringer Grundgesamtheit die SV.

Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

11b. Komplikation nach perkutaner Radiofrequenzablation (RFA) + Mikrowellenablation



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit interventionspflichtigen Komplikationen innerhalb von 7 Tg. nach Abschluss: Blutung (T81.0), Gefäßverletzung (T81.2), Non-target-Embolisationen (T81.7), Abszess intrahepatisch (T81.4), Verletzung anderer Organe (T81.2), Leberversagen (K91.9) nach perkutaner RFA + Mikrowellenablation	0*	0 - 0	0
Nenner	Primärfälle mit perkutaner RFA + Mikrowellenablation	4*	1 - 20	142
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0%	0% - 0%	0,00%**



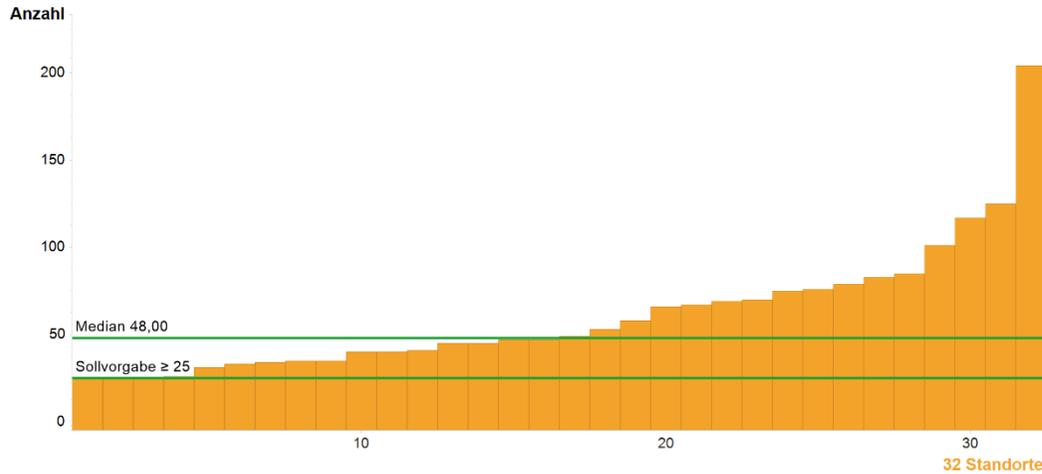
		2019	2020	2021	2022	2023
●	Max	0,00%	0,00%	6,25%	9,09%	0,00%
	95. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	5,71%	0,00%
	75. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Median	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	25. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
●	Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
24	75,00%	24	100,00%

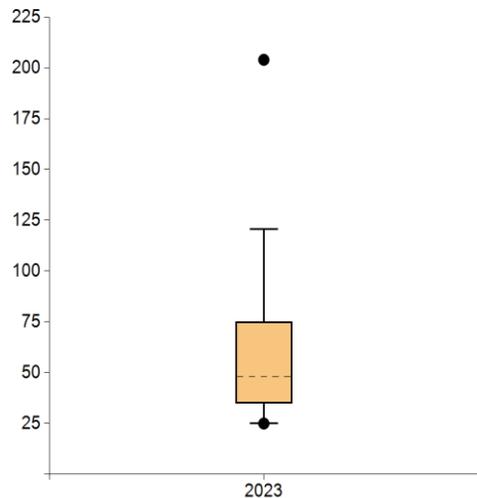
Anmerkungen:
Im aktuellen KeZa-Jahr wurden bei 142 durchgeführten RFA/MWA keine interventionspflichtigen Komplikationen gemeldet (Vorjahr 2 Pat.).

Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

12a. Anzahl komplexe operative Interventionen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Komplexe operative Interventionen (Resektion, Transplantation) bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber (OPS: 5-502* o. 5-504*)	48	25 - 204	1951
	Sollvorgabe ≥ 25			



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	276,00	225,00	214,00	211,00	204,00
95. Perzentil	137,65	109,85	147,15	108,90	120,60
75. Perzentil	86,00	78,00	77,25	82,25	75,25
Median	64,50	67,50	62,50	55,00	48,00
25. Perzentil	40,25	44,50	42,25	35,75	35,00
5. Perzentil	36,00	29,00	27,10	25,00	25,00
● Min	27,00	23,00	21,00	19,00	25,00

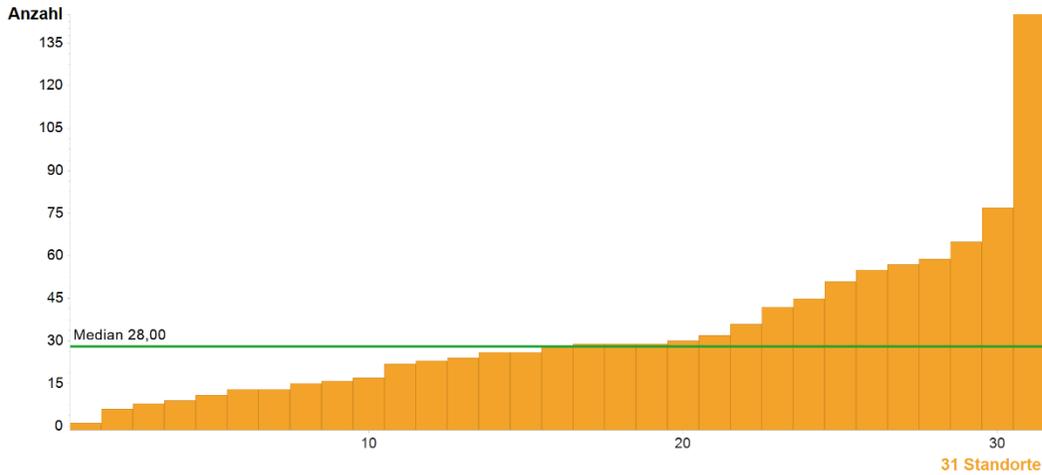
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	32	100,00%

Anmerkungen:

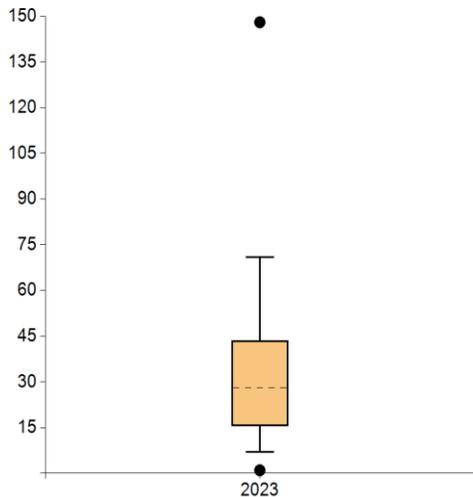
Bei unveränderter Anzahl an Standorten blieb auch die Zahl der operativen Eingriffe mit 1.951 Fällen nahezu konstant (Vorjahr: 1.955). Der Median sank von 55 auf 48. Alle 32 Zentren erfüllten die SV von ≥ 25 Eingriffen.

Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

12b. Anzahl atypische Leberresektionen (OPS: 5-501.0; 5-501.2) bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Anzahl atypische Leberresektionen (OPS: 5-501.0; 5-501.2) bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber	28	1 - 148	1042
	Keine Sollvorgabe			



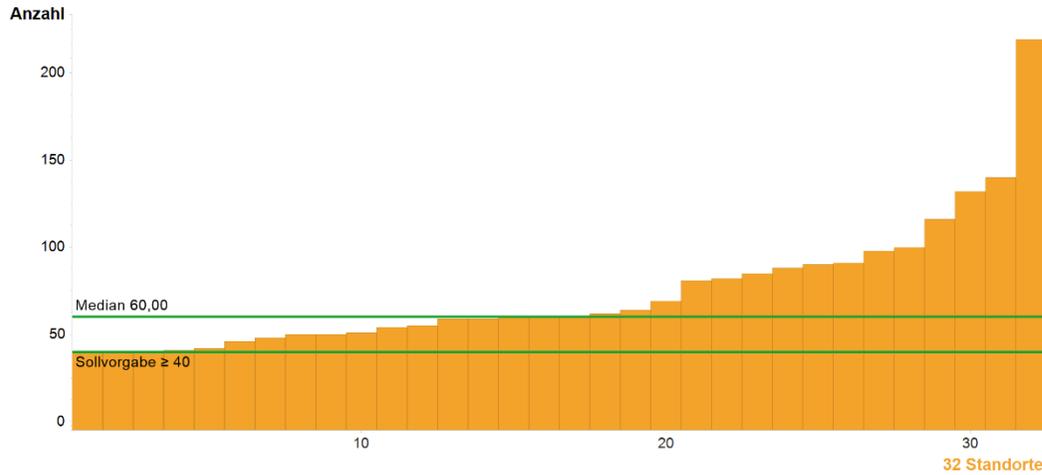
	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	----	----	----	148,00
95. Perzentil	----	----	----	----	71,00
75. Perzentil	----	----	----	----	43,50
Median	----	----	----	----	28,00
25. Perzentil	----	----	----	----	15,50
5. Perzentil	----	----	----	----	7,00
● Min	----	----	----	----	1,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
31	96,88%	----	----

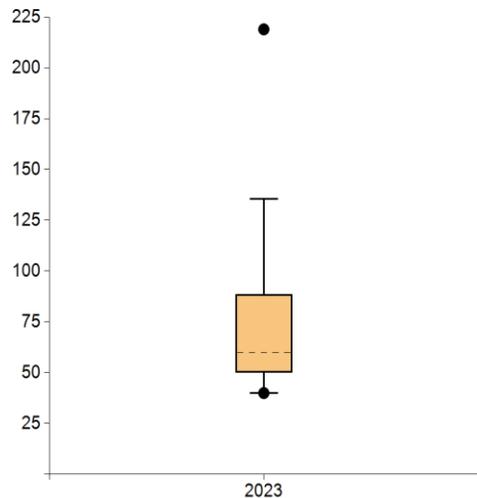
Anmerkungen:

Diese Kennzahl wurde erstmals erhoben. Eine SV ist nicht definiert, da maximal 15 atypische Leberresektionen pro Zentrum auf die Gesamtexpertise (KeZa 12c) anrechenbar sind. Die Fallzahlen variieren deutlich zwischen 1 und 148 Eingriffen pro Zentrum, der Median liegt bei 28. Insgesamt wurden 1.042 Resektionen dokumentiert.

12c. Operative Expertise



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Komplexe operative Interventionen (= Kennzahl 12a) und atypische Leberresektionen (= Kennzahl 12b)	60	40 - 219	2372
	Sollvorgabe ≥ 40			



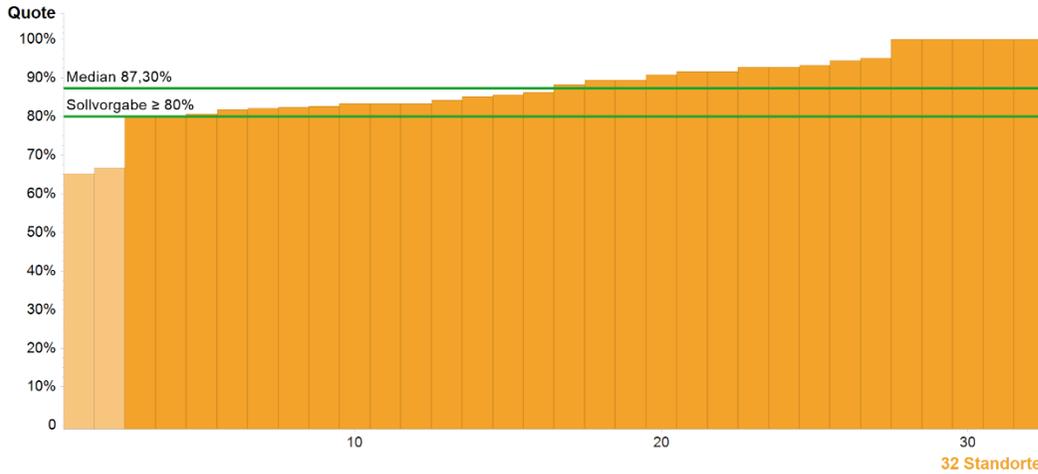
	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	----	----	----	219,00
95. Perzentil	----	----	----	----	135,60
75. Perzentil	----	----	----	----	88,50
Median	----	----	----	----	60,00
25. Perzentil	----	----	----	----	50,00
5. Perzentil	----	----	----	----	40,00
● Min	----	----	----	----	40,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	32	100,00%

Anmerkungen:

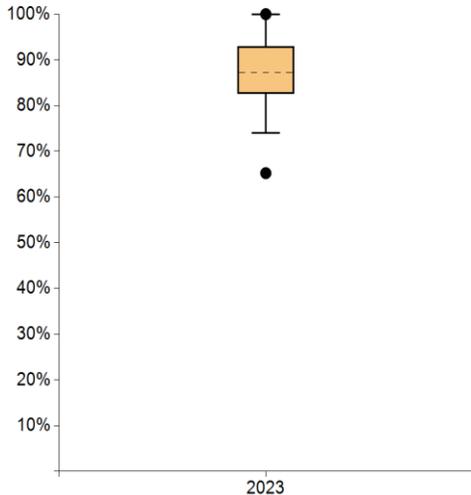
Diese Kennzahl wurde erstmals erhoben und umfasst die Summe aus komplexen (KeZa 12a) und maximal 15 anrechenbaren atypischen Leberresektionen (Teilmenge der KeZa 12b). Die SV liegt bei ≥ 40 Eingriffen, wobei mindestens 25 komplexe Resektionen erbracht sein müssen (KeZa 12a). Alle 32 Zentren erfüllten die Vorgaben. Die Fallzahlen lagen zwischen 40 und 219, der Median bei 60. Insgesamt wurden 2.372 Eingriffe dokumentiert.

13. Lokale R0-Resektionen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Resektionen des Nenners mit lokaler R0-Resektion nach operativem Eingriff	18*	3 - 45	665
Nenner	Operative Resektionen bei Primärfällen (OPS: 5-501.0 o. 5-501.2 o. 5-502*)	20*	3 - 54	779
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	87,30%	65,22% - 100%	85,37%**

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	92,98%
Median	92,45%	94,04%	100%	91,11%	87,30%
25. Perzentil	85,81%	88,89%	90,41%	84,28%	82,61%
5. Perzentil	82,65%	84,27%	70,56%	59,17%	74,00%
● Min	80,77%	66,67%	63,64%	42,86%	65,22%

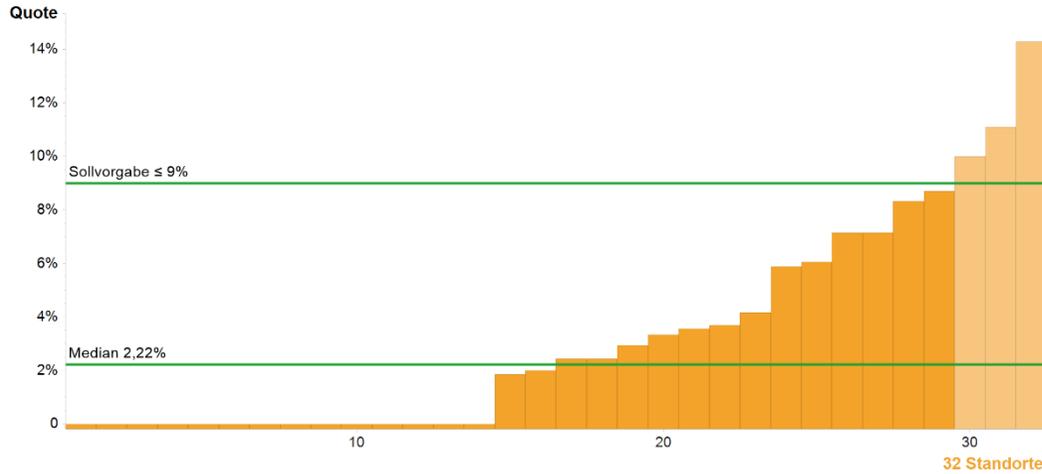
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	30	93,75%

Anmerkungen:

Die Gesamtquote lag bei 85,4 % und damit unter dem Vorjahreswert von 89,9 %. Der Median sank von 91,1 % auf 87,3 %. Die SV wurde von 2 Zentren unterschritten (Vorjahr 5). Als Gründe für die Unterschreitung wurden fortgeschrittene biliäre Karzinome mit technischer Limitation bei Zirrhose (13x), Notfalloperationen bei Tumorblutung (1x), palliative Resektionen (1x), Zufallsbefunde (1x) oder makroskopischer Tumorfreiheit (1x) genannt. Die FE empfahlen in der Einzelfallanalyse die Optimierung der Pat.-selektion und Evaluation von lokal ablativen Verfahren als Alternative zur OP.

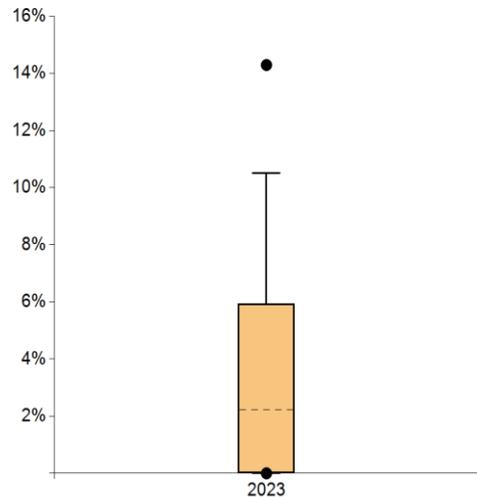
Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

14. 30d-Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die postoperativ innerhalb von 30d verstorben sind	1*	0 - 4	30
Nenner	Primärfälle mit operativer Resektion (OPS: 5-501.0 o. 5-501.2 o. 5-502*)	20*	1 - 54	749
Quote	Sollvorgabe ≤ 9%	2,22%	0,00% - 14,29%	4,01%**

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	20,00%	25,00%	13,64%	14,29%	14,29%
95. Perzentil	12,94%	10,87%	12,85%	11,11%	10,50%
75. Perzentil	7,34%	4,58%	5,40%	5,73%	5,93%
Median	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,22%
25. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

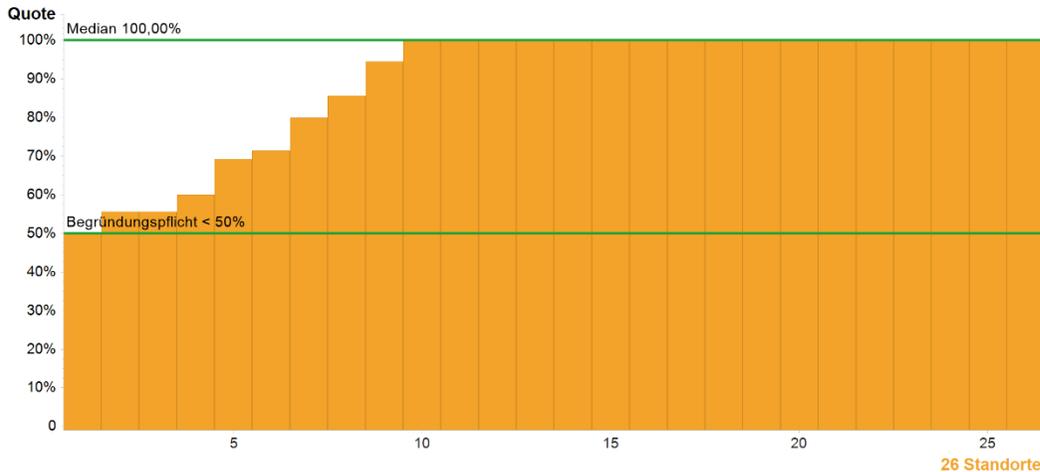
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	29	90,63%

Anmerkungen:

Die Gesamtmortalität liegt bei 4,0 % und ist damit im Vergleich zum Vorjahr (3,2 %) leicht angestiegen. In 14 von 32 Zentren trat kein postoperativer Todesfall auf (Vorjahr 21). 3 Zentren (Vorjahr 7) überschritten die SV. Als Ursachen wurden schwere Blutungskomplikationen bei Tumorperforation, Notfalloperationen im reduzierten AZ sowie fulminante Infektionen genannt. Alle Fälle wurden in MM-Konferenzen aufgearbeitet, Hinweise auf systematische Versorgungsmängel ergaben sich nicht.

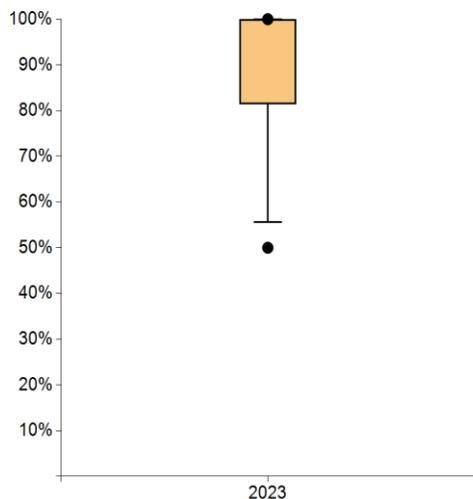
Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

15. Bridgingtherapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die eine Bridgingtherapie erhalten haben	5,5*	1 - 20	177
Nenner	Pat. mit HCC auf der Transplantationswarteliste	7*	1 - 36	221
Quote	Begründungspflicht*** <50%	100%	50,00% - 100%	80,09%**

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.
 *** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	----	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
Median	----	----	100%	100%	100%
25. Perzentil	----	----	100%	100%	81,43%
5. Perzentil	----	----	80,00%	28,53%	55,56%
● Min	----	----	75,00%	21,21%	50,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
26	81,25%	26	100,00%

Anmerkungen:

In 17 von 26 Zentren mit HCC-Pat. auf der Tx-Warteliste (insgesamt 221 Pat., Vorjahr 110) erhielten alle Pat. eine Bridgingtherapie durch ein lokal ablatives Verfahren. In 9 Zentren lag die Quote zwischen 50 % und 94 %. Der Median betrug erneut 100 %, die Gesamtquote 80,1 % (Vorjahr 66,7 %). Alle Zentren lagen innerhalb der Plausibilitätsgrenzen.

Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren / Leberkrebszentren
Julia Mayerle, Vorsitzende Zertifizierungskommission
Christoph Reißfelder, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Manije Sabet-Rashedi, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Andreea Baltas, OnkoZert
Florina Dudu, OnkoZert

Impressum

Herausgeber und inhaltlich verantwortlich:
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
Tel: +49 (030) 322 93 29 0
Vereinsregister Amtsgericht Charlottenburg,
Vereinsregister-Nr.: VR 27661 B
V.i.S.d.P.: Dr. Johannes Bruns

in Zusammenarbeit mit:
OnkoZert, Neu-Ulm
www.onkozert.de

Version e-A1-de; Stand 21.05.2025

ISBN: 978-3-910336-89-6

