



# Kennzahlenauswertung 2025

## Jahresbericht der zertifizierten Harnblasenkrebszentren

Auditjahr 2024 / Kennzahlenjahr 2023

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Allgemeine Informationen .....	3
Stand des Zertifizierungssystems für Harnblase 2024 .....	5
Berücksichtigte Standorte .....	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten .....	7
Basisdatenauswertung .....	8
Kennzahlenauswertungen .....	11
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle .....	11
Kennzahl Nr. 1b: Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen .....	12
Kennzahl Nr. 2a: Vorstellung Tumorkonferenz - Primärfälle .....	13
Kennzahl Nr. 2b: Vorstellung Tumorkonferenz - Rezidive und Metastasen und Primärfälle mit M1 .....	14
Kennzahl Nr. 3: Psychoonkologisches Distress-Screening .....	15
Kennzahl Nr. 4: Beratung Sozialdienst .....	16
Kennzahl Nr. 5: Anteil Studienpat. ....	17
Kennzahl Nr. 6: Inhalt Befundbericht (LL QI) .....	20
Kennzahl Nr. 7: Aussage zur Detrusor-Muskulatur im Befundbericht (LL QI) .....	21
Kennzahl Nr. 8: Beidseitige pelvine Lymphadenektomie bei radikaler Zystektomie (LL QI) .....	22
Kennzahl Nr. 9: Radikale Zystektomie innerhalb von 3 Monaten nach Diagnosestellung (LL QI) .....	23
Kennzahl Nr. 10: Simultane Radiochemotherapie (RCT) (LL QI) .....	24
Kennzahl Nr. 11: Präoperative Anzeichnung Urostomaposition (LL QI) .....	25
Kennzahl Nr. 12: Risikoklassifikation nach EORTC-Kriterien (LL QI) .....	26
Kennzahl Nr. 13: Operative Expertise .....	27
Kennzahl Nr. 14: Postoperative Komplikationen nach Zystektomie .....	28
Kennzahl Nr. 15: Postoperative Mortalität nach Zystektomie .....	29
Kennzahl Nr. 16: Zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonat-/ Denosumab-Therapie .....	30
Impressum .....	31

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. 3: Psychoonkologisches Distress-Screening .....  
 Kennzahl Nr. 4: Beratung Sozialdienst (LL QI) .....  
 Kennzahl Nr. 5: Anteil Studienpat. ....  
 Kennzahl Nr. 6: Inhalt Befundbericht (LL QI) .....  
 Kennzahl Nr. 7: Aussage zu Detrusor-Muskulatur in Befundbericht (LL QI) .....  
 Kennzahl Nr. 8: Beidseitige pelvine Lymphadenektomie bei radikaler Zystektomie (LL QI) ..

### Qualitätsindikatoren der Leitlinie (LL QI):

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

Die Qualitätsindikatoren (QI) beziehen sich auf die Version 2.0 der S3-LL zur Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Pathologiebericht mit der Aussage, ob Detrusor-Muskulatur enthalten ist	19*	4 - 47	1165
Nenner	Primärfälle Stadium I und ausschließlich TUR-B	20*	4 - 49	1199
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	58,62% - 100%	97,16%**

### Grunddaten Kennzahl:

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

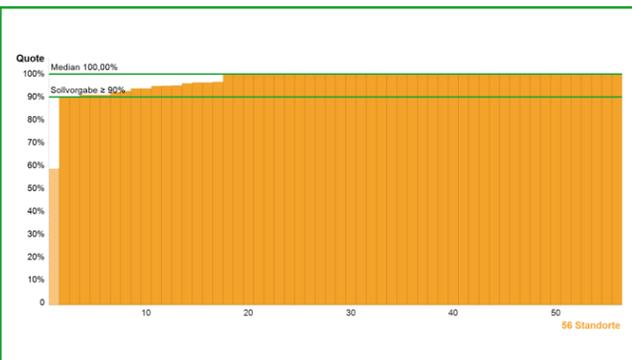
Die Angabe des **Medians** für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

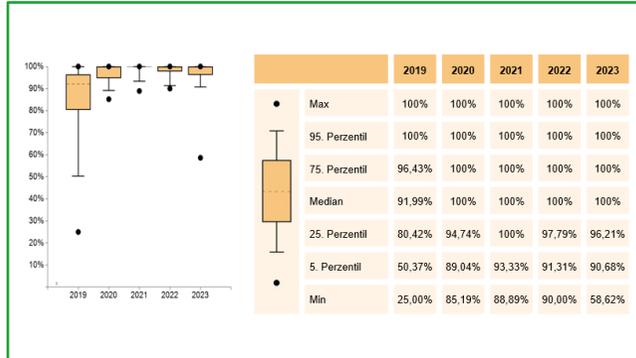
In der Spalte **Pat. Gesamt** sind die Summe aller gemäß der Kennzahl behandelten Pat. sowie die dazugehörige Quote dargestellt.

### 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.

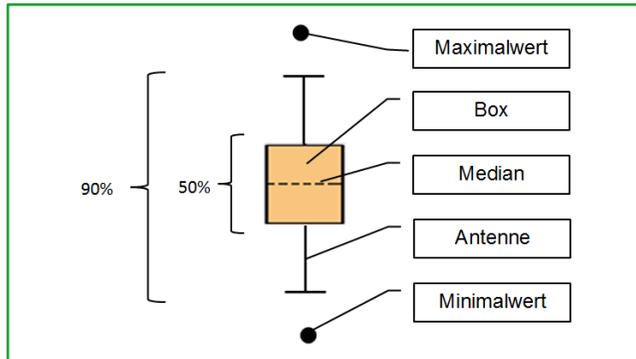


## Allgemeine Informationen



### Kohorte:

Die **Kohorte** 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 Harnblase 2024

	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
Laufende Verfahren	12	10	15	22	17
Zertifizierte Zentren	57	55	47	33	17
Zertifizierte Standorte	58	56	48	34	17

## Berücksichtigte Standorte

	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	56	48	44	17	16
entspricht	96,6%	85,7%	91,7%	50,0%	94,1%
Primärfälle gesamt*	7.204	6.034	5.329	1.942	1.730
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	129	126	121	114	108
Primärfälle pro Standort (Median)*	117	112	103	93	92

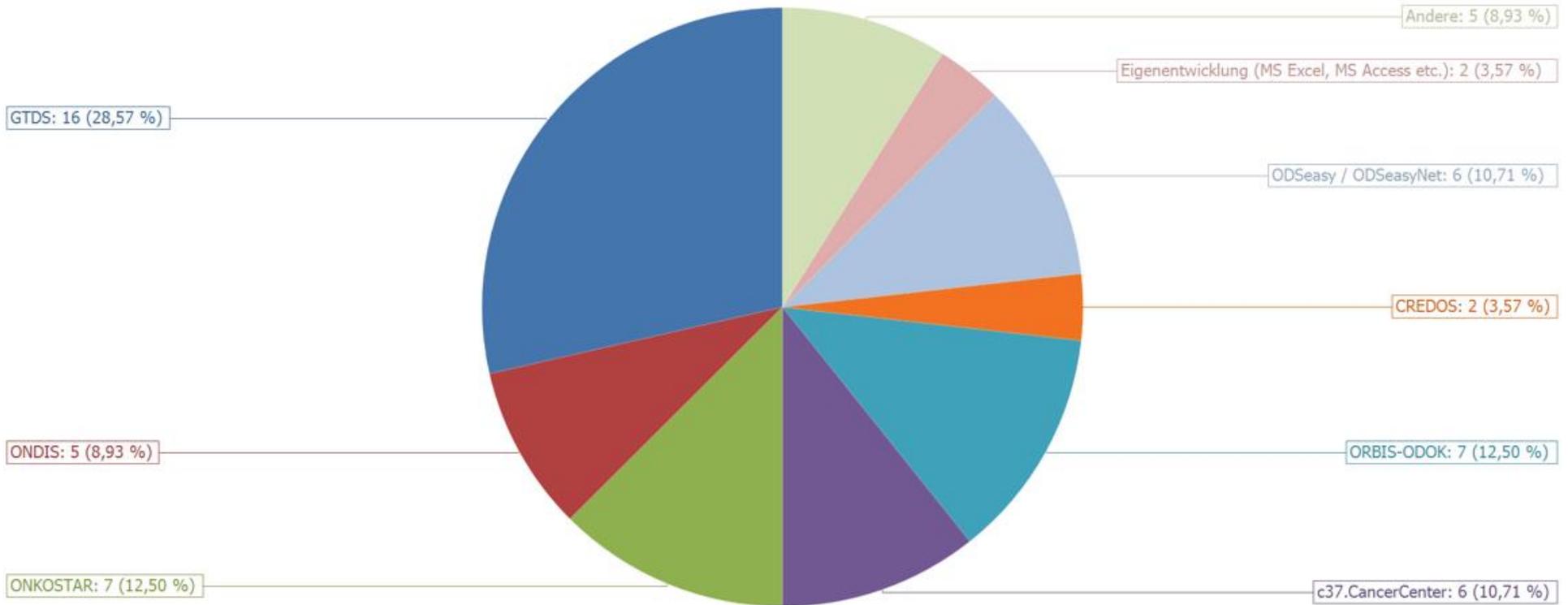
\* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

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

In dem Jahresbericht sind 56 der 58 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 2 Standorte, die im Jahr 2024 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). In 58 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 7.559 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter [www.oncomap.de](http://www.oncomap.de) abgebildet.

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

## Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten

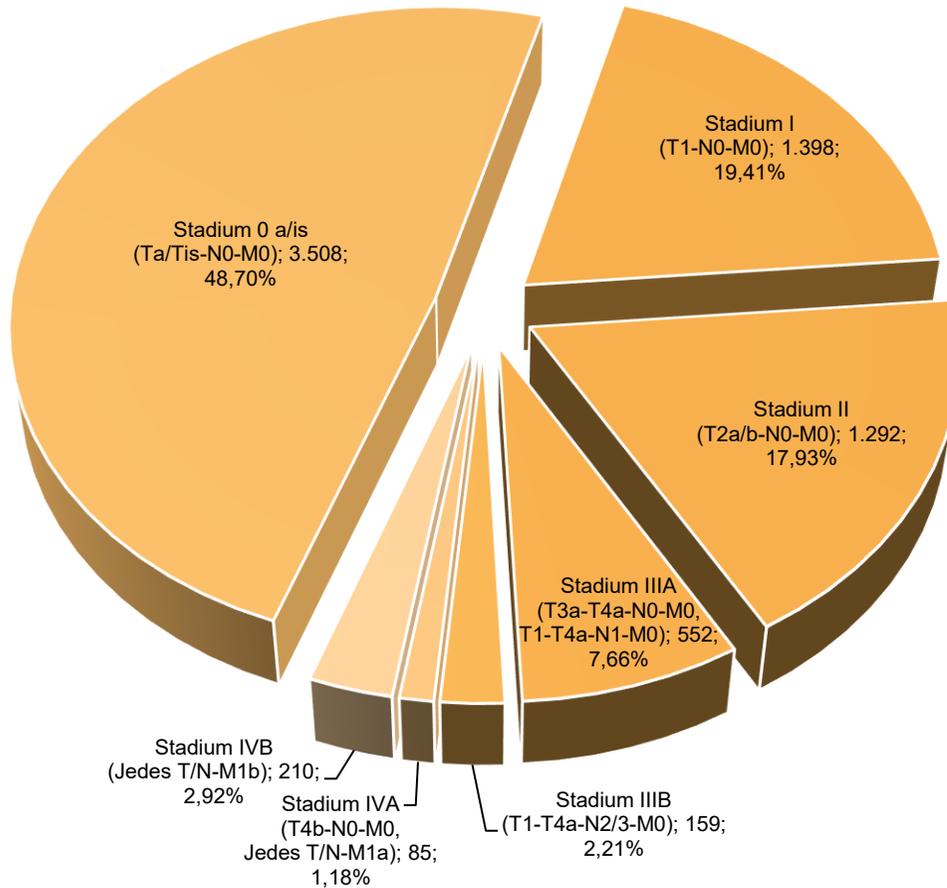


Legende:	
Andere	Systeme, die jeweils nur an einem Standort genutzt werden

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.

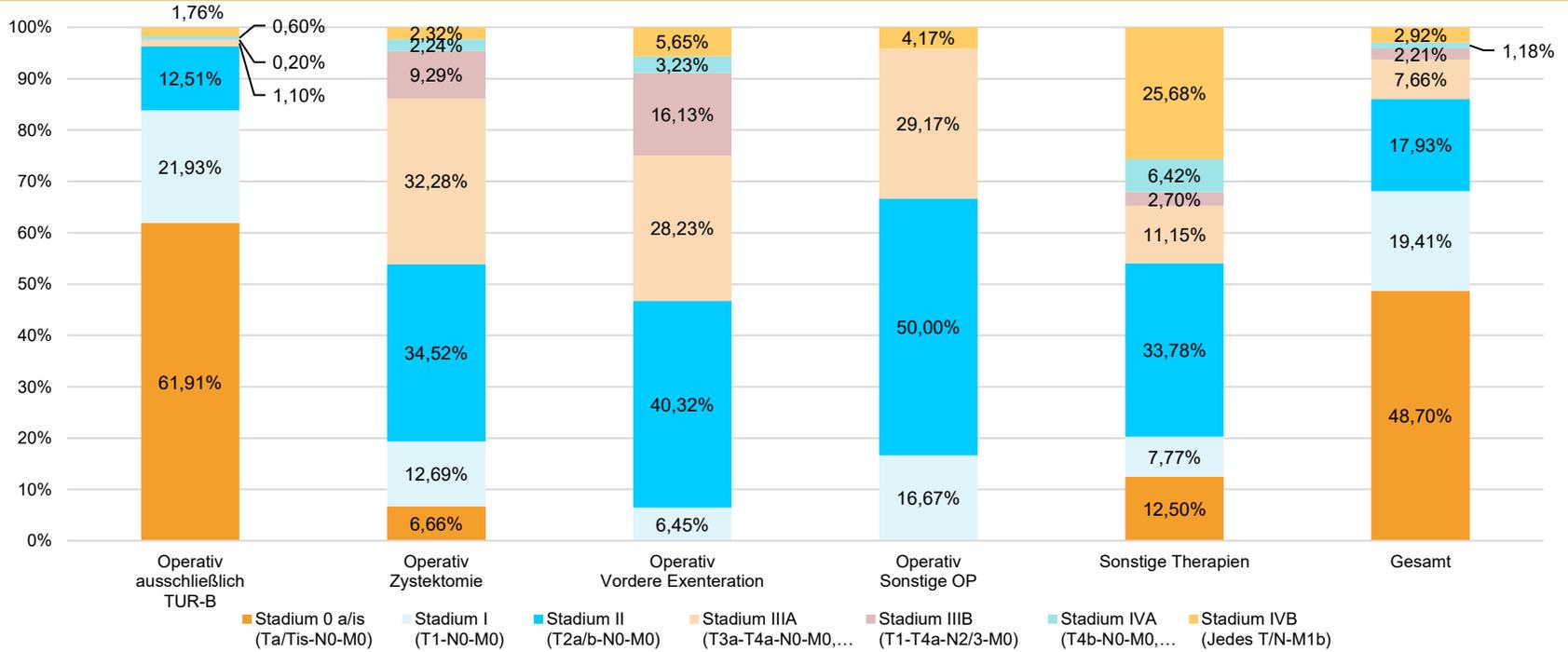
## Basisdaten – Verteilung Primärfälle Harnblase

### Primärfälle gesamt



	Primärfälle Gesamt
Stadium 0 a/is (Ta/Tis-N0-M0)	3.508 (48,70%)
Stadium I (T1-N0-M0)	1.398 (19,41%)
Stadium II (T2a/b-N0-M0)	1.292 (17,93%)
Stadium IIIA (T3a-T4a-N0-M0, T1-T4a-N1-M0)	552 (7,66%)
Stadium IIIB (T1-T4a-N2/3-M0)	159 (2,21%)
Stadium IVA (T4b-N0-M0, Jedes T/N-M1a)	85 (1,18%)
Stadium IVB (Jedes T/N-M1b)	210 (2,92%)
<b>Primärfälle gesamt</b>	<b>7.204 (100%)</b>

## Basisdaten



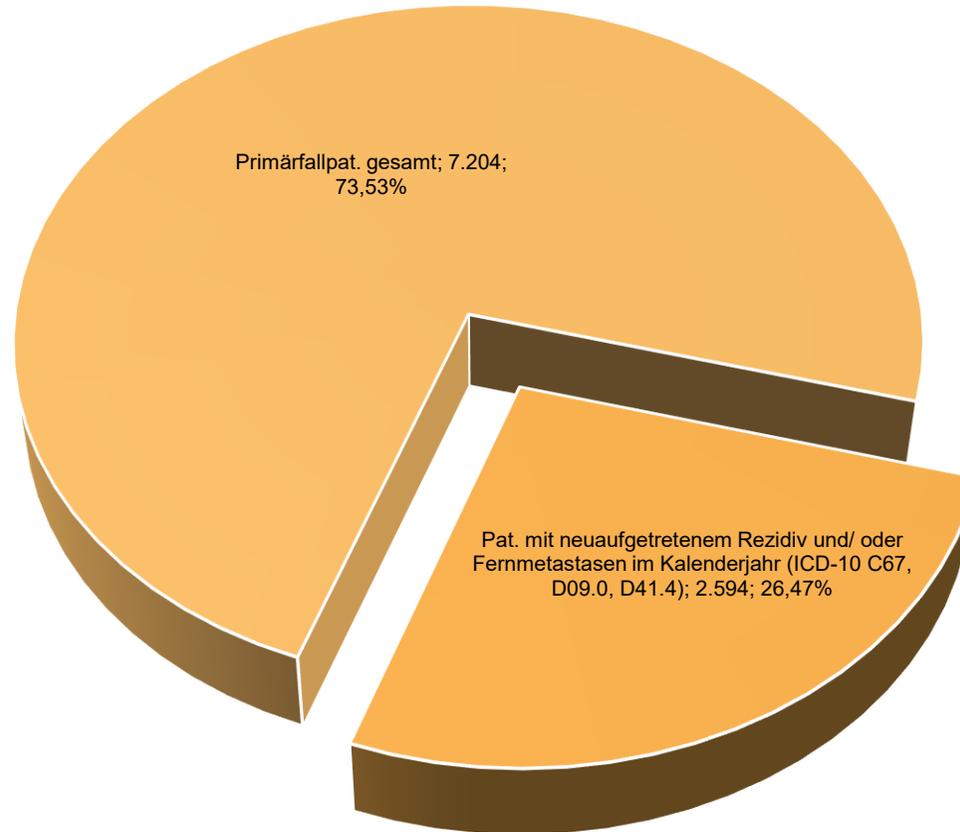
	Operativ-ausschließlich TUR-B	Operativ-Zystektomie	Operativ-Vordere Exenteration	Operativ-Sonstige OP <sup>1</sup>	Sonstige Therapien <sup>2</sup>	Gesamt
Stadium 0 a/is (Ta/Tis-N0-M0)	3.385 (61,91%)	86 (6,66%)	---	---	37 (12,50%)	3.508 (48,70%)
Stadium I (T1-N0-M0)	1.199 (21,93%)	164 (12,69%)	8 (6,45%)	4 (16,67%)	23 (7,77%)	1.398 (19,41%)
Stadium II (T2a/b-N0-M0)	684 (12,51%)	446 (34,52%)	50 (40,32%)	12 (50,00%)	100 (33,78%)	1.292 (17,93%)
Stadium IIIA (T3a-T4a-N0-M0, T1-T4a-N1-M0)	60 (1,10%)	417 (32,28%)	35 (28,23%)	7 (29,17%)	33 (11,15%)	552 (7,66%)
Stadium IIIB (T1-T4a-N2/3-M0)	11 (0,20%)	120 (9,29%)	20 (16,13%)	0 (0,00%)	8 (2,70%)	159 (2,21%)
Stadium IVA (T4b-N0-M0, Jedes T/N-M1a)	33 (0,60%)	29 (2,24%)	4 (3,23%)	0 (0,00%)	19 (6,42%)	85 (1,18%)
Stadium IVB (Jedes T/N-M1b)	96 (1,76%)	30 (2,32%)	7 (5,65%)	1 (4,17%)	76 (25,68%)	210 (2,92%)
<b>Primärfälle gesamt</b>	<b>5.468 (100%)</b>	<b>1.292 (100%)</b>	<b>124 (100%)</b>	<b>24 (100%)</b>	<b>296 (100%)</b>	<b>7.204 (100%)</b>

<sup>1</sup> inkl. Teilresektion der Harnblase (OPS 5-575), konventionell oder laparoskopisch oder roboterassistiert, mit oder ohne bilateraler pelviner Lymphonodektomie

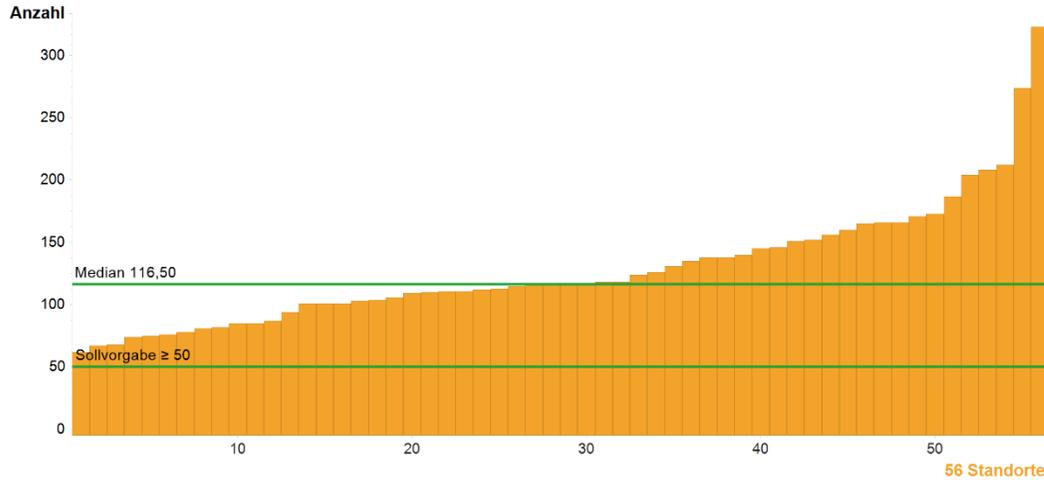
<sup>2</sup> z.B. alleinige Resektion oder Bestrahlung von Metastasen, rein systemische Therapie, Radiochemotherapie.

## Basisdaten - Verteilung Primärfälle / Rezidive und Metastasen Harnblase

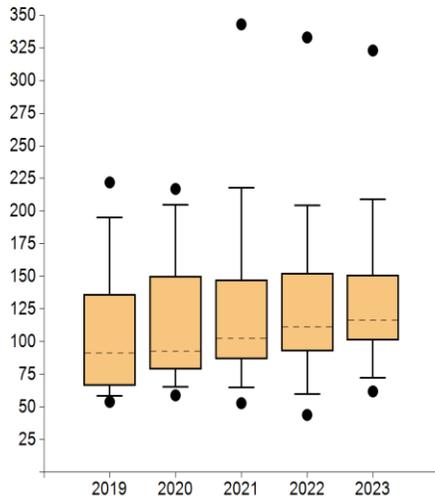
### Verteilung Primärfälle / Rezidive und Metastasen



# 1a. Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	116,5	62 - 323	7204
	Sollvorgabe ≥ 50			



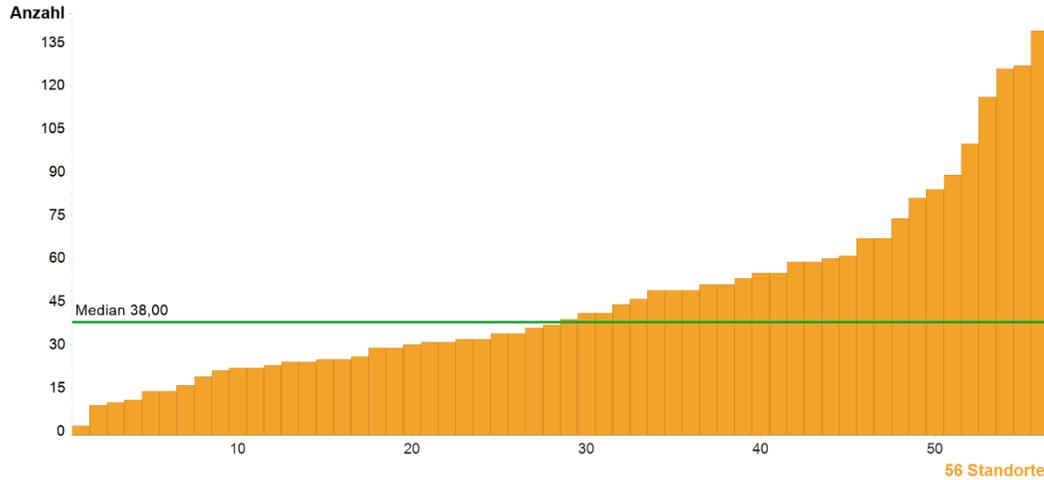
	2019	2020	2021	2022	2023
Max	222,00	217,00	343,00	333,00	323,00
95. Perzentil	195,00	205,00	217,80	204,30	209,00
75. Perzentil	136,50	150,00	147,25	152,50	151,25
Median	91,50	93,00	102,50	111,50	116,50
25. Perzentil	66,25	79,00	86,75	93,00	101,00
5. Perzentil	58,50	65,40	65,00	60,00	72,50
Min	54,00	59,00	53,00	44,00	62,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
56	100,00%	56	100,00%

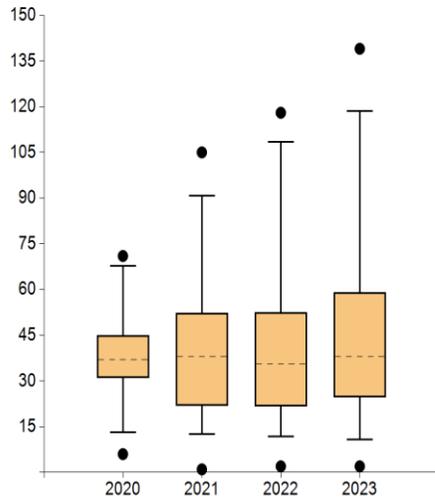
### Anmerkungen:

In den zertifizierten Harnblasenkrebszentren sind 2023 erstmals > 7.200 Primärfälle und somit 19.4% mehr als im Vorjahr behandelt worden (Zahl der Zentren: + 16,7%). Bei generellem Anstieg der Fallzahlen seit Einführung des Zertifizierungssystems ist im letzten Jahr ein deutlicher Zuwachs der Primärfallzahl in den kleineren Zentren zu verzeichnen. Alle Zentren haben im Kennzahljahr 2023 die Sollvorgabe von mind. 50 Primärfällen erfüllt.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	38	2 - 139	2594
	Keine Sollvorgabe			



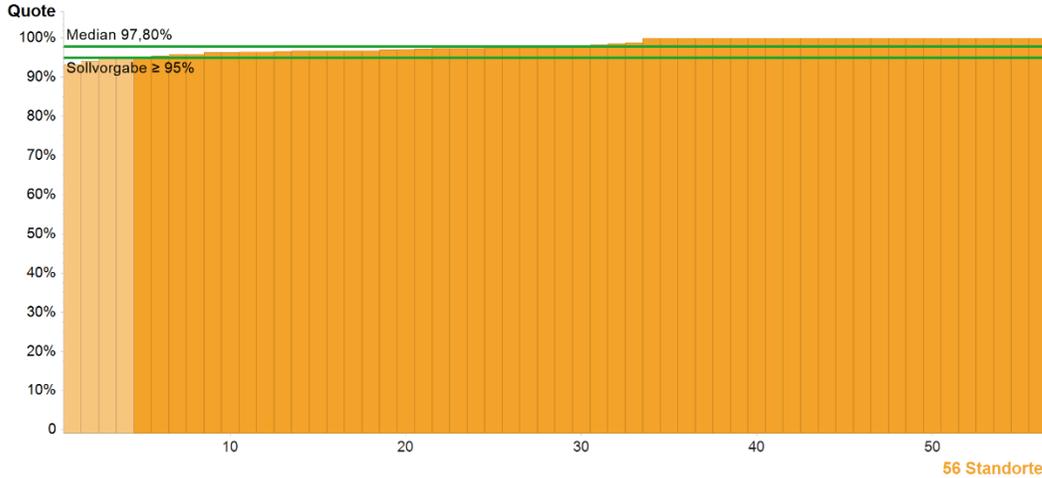
	2019	2020	2021	2022	2023
Max	----	71,00	105,00	118,00	139,00
95. Perzentil	----	67,80	90,80	108,40	118,50
75. Perzentil	----	45,00	52,25	52,50	59,00
Median	----	37,00	38,00	35,50	38,00
25. Perzentil	----	31,00	22,00	21,75	24,75
5. Perzentil	----	13,20	12,60	11,70	10,75
Min	----	6,00	1,00	2,00	2,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
56	100,00%	----	----

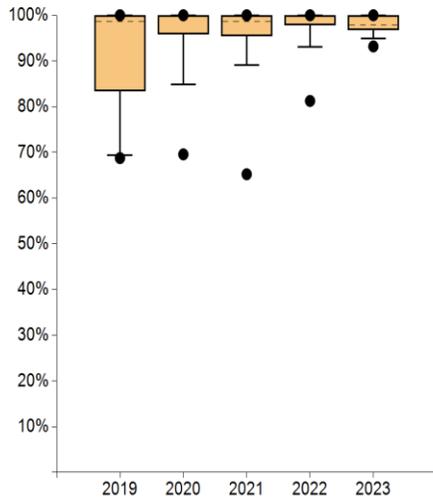
### Anmerkungen:

Dieses Pat.-kollektiv macht gut 25% aller Zentrumsfälle aus. Nach leichtem Rückgang der Pat.-zahl mit neu aufgetretenem Rezidiv u./o. Fernmetastasen im letzten Jahr, ist diese jetzt (mit Ausnahme der 5. Perzentile) wieder angestiegen. Insgesamt sind in allen Zentren im Jahresvergleich 503 Pat. (+ 24,1%) mehr behandelt worden (Zahl der Zentren: + 16,7%).

## 2a. Vorstellung Tumorkonferenz - Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die postoperativ in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	39*	15 - 117	2412
Nenner	Primärfälle nach TUR-B (mind. T1 high-grade, T2) und nach totaler/ partieller Zystektomie (mind. R1 u/o N+)	39*	15 - 117	2461
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,80%	93,18% - 100%	98,01%**



	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	98,56%	100%	98,66%	100%	97,80%
25. Perzentil	83,37%	95,83%	95,40%	97,83%	96,71%
5. Perzentil	69,37%	84,86%	89,04%	93,00%	94,88%
Min	68,75%	69,57%	65,22%	81,25%	93,18%

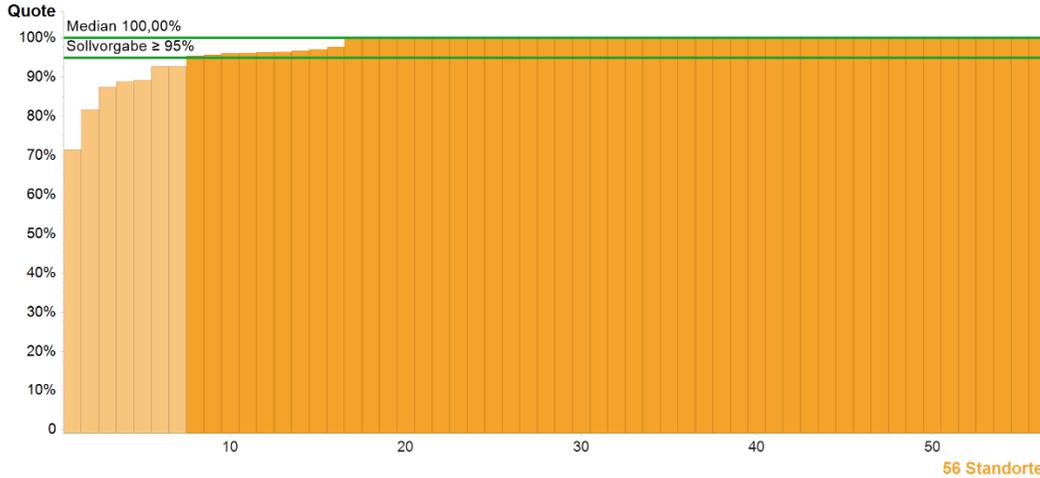
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
56	100,00%	52	92,86%

### Anmerkungen:

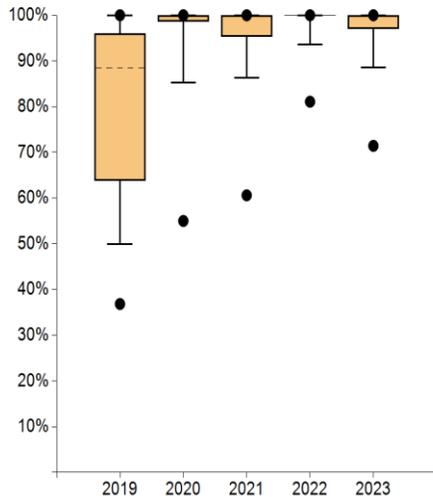
Die Vorstellung in der Tumorkonferenz gelingt den Zentren unverändert sehr gut. Die Gesamtquote liegt wie im Vorjahr bei 98%. 4 Zentren (Vorjahr 4) haben die Sollvorgabe unterschritten. Die Zentren mit Quoten < 95% haben darauf verwiesen, dass postOP verstorbene Pat. nicht vorgestellt wurden. In Einzelfällen wurde die Vorstellung versäumt.

\* 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.

## 2b. Vorstellung Tumorkonferenz - Rezidive und Metastasen und Primärfälle mit M1



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	18*	1 - 68	1141
Nenner	Pat. mit Erstdiagnose Fernmetastasen (einschließlich primär M1) u/o Rezidive nach TUR-B (mind. T1 high-grade u/o Cis) und nach Zystektomie (mind. R1 u/o N+)	18*	1 - 68	1163
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	71,43% - 100%	98,11%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	95,91%	100%	100%	100%	100%
Median	88,40%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	63,84%	98,65%	95,27%	100%	97,02%
5. Perzentil	49,89%	85,29%	86,27%	93,61%	88,54%
Min	36,84%	55,00%	60,61%	81,08%	71,43%

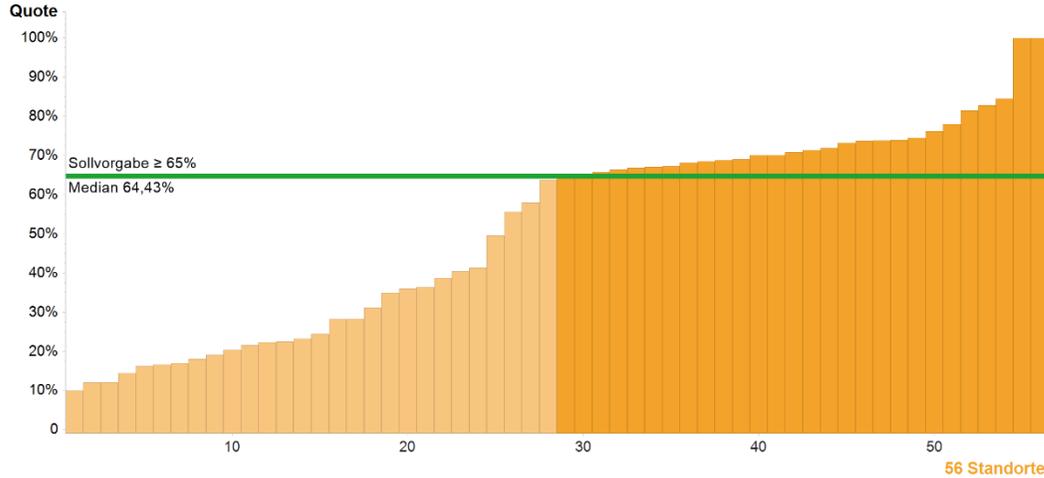
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
56	100,00%	49	87,50%

### Anmerkungen:

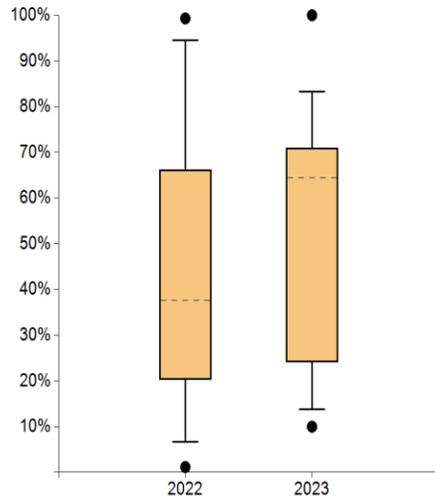
Die Tumorkonferenz-Vorstellung von Pat. mit neu diagnostizierten Fernmetastasen, Rezidiv nach TUR-B bzw. Zystektomie (R1/N+) hat einige Zentren im Jahresvergleich etwas mehr herausgefordert. Bei unveränderter Gesamtquote/ Median ist der Anteil der Zentren mit Erfüllung der Sollvorgabe von 94% auf 88% zurückgegangen: 6 der 7 Zentren mit Vorstellungsrate < 95% waren zuvor unauffällig, das Zentrum mit wiederholt auffälliger Kennzahl hat einen Einzelfall bei frühem Versterben nicht vorgestellt.

\* 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.

### 3. Psychoonkologisches Distress-Screening



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	89,5*	16 - 407	5229
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	157,5*	82 - 407	9798
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	64,43%	10,00% - 100%	53,37%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	----	----	----	99,30%	100%
95. Perzentil	----	----	----	94,55%	83,24%
75. Perzentil	----	----	----	66,24%	70,95%
Median	----	----	----	37,68%	64,43%
25. Perzentil	----	----	----	20,24%	24,10%
5. Perzentil	----	----	----	6,65%	13,84%
Min	----	----	----	1,18%	10,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
56	100,00%	28	50,00%

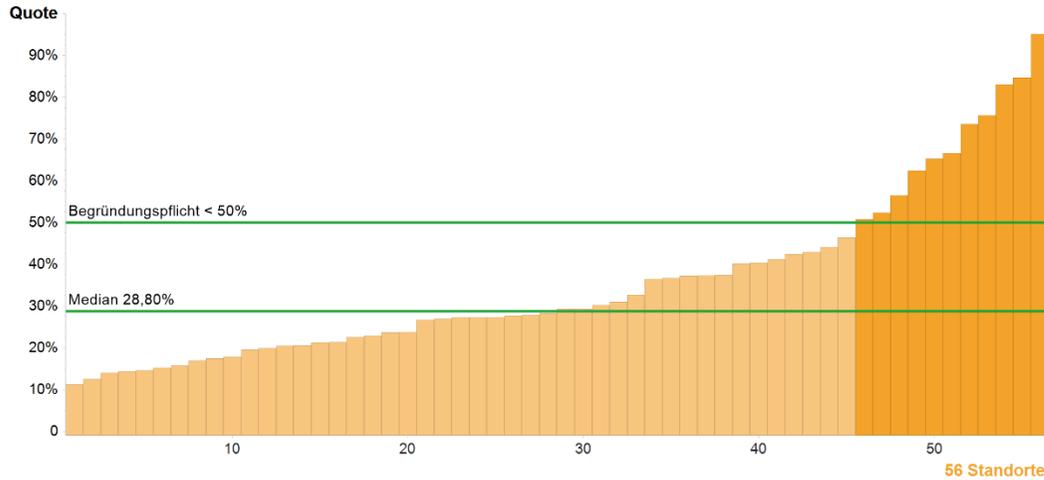
#### Anmerkungen:

Nach Modifikation der KN und optionaler Erfassung im Vorjahr liegen jetzt erstmals obligat aus allen Zentren Ergebnisse über die Durchführung des Distress-Screenings vor. Bei weiterhin sehr großer Spannweite sind Median, Gesamtquote (2022: 43%) u. Anteil der Zentren mit Erfüllen der Sollvorgabe (2022: 28%) angestiegen. Die Zentren mit Quoten < 65% haben überwiegend angegeben, dass aufgrund von kurzer Liegezeit und noch nicht gesicherter Karzinomdiagnose bei Pat. mit TURB das Screening nicht regelhaft erfolgt ist. Weiter Gründe waren Dokumentationsprobleme u. Personalmangel.

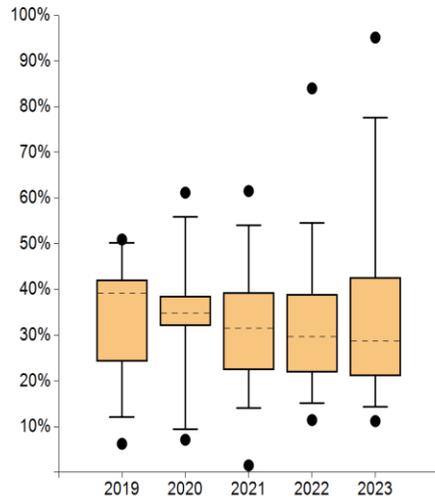
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 4. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	49*	12 - 203	3347
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	157,5*	82 - 407	9798
Quote	Begründungspflicht*** <50%	28,80%	11,22% - 95,12%	34,16%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	50,94%	61,19%	61,54%	84,00%	95,12%
95. Perzentil	50,24%	55,93%	53,98%	54,62%	77,53%
75. Perzentil	42,19%	38,55%	39,36%	39,00%	42,62%
Median	39,21%	34,88%	31,55%	29,74%	28,80%
25. Perzentil	24,23%	32,10%	22,40%	21,84%	21,14%
5. Perzentil	12,14%	9,43%	14,03%	15,17%	14,35%
Min	6,25%	7,14%	1,53%	11,45%	11,22%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
56	100,00%	11	19,64%

### Anmerkungen:

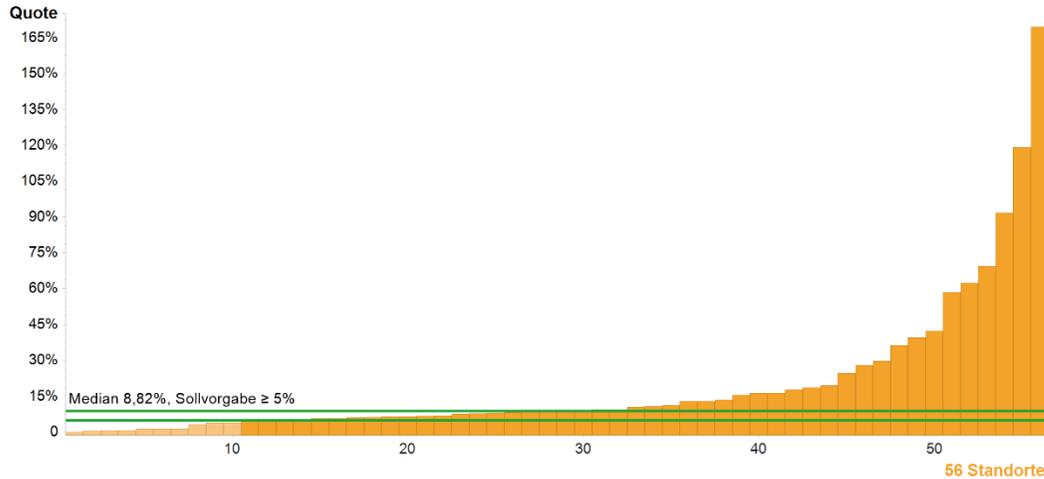
Die Spannweite des Erfüllungsgrades hat auch im aktuellen Kennzahlenjahr weiter zugenommen. Bei leicht gestiegener Gesamtquote (Vorjahr 31,6%) liegen knapp 20% (Vorjahr 12,5%) im Plausibilitätskorridor. Die Zentren mit Beratungsquoten < 50% haben fast ausnahmslos auf geringeren Beratungsbedarf/ kurze Liegedauer bei Pat. mit NMIBC und TUR-B verwiesen.

\* 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.

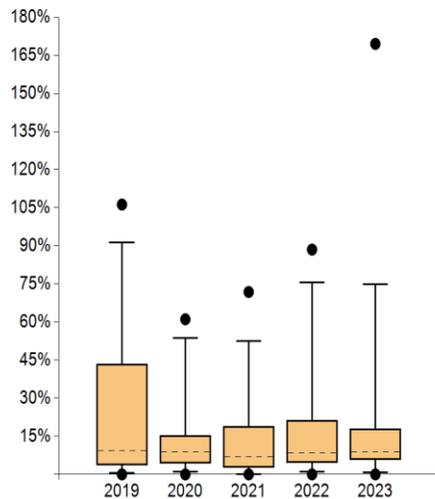
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

\*\*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

## 5. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	11*	0 - 191	1279
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	116,5*	62 - 323	7204
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 5%	8,82%	0,00% - 169,51%	17,75%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	106,25%	61,08%	71,83%	88,51%	169,51%
95. Perzentil	91,33%	53,74%	52,50%	75,61%	74,99%
75. Perzentil	43,39%	15,35%	18,82%	21,33%	18,01%
Median	9,39%	8,96%	6,91%	8,33%	8,82%
25. Perzentil	3,56%	4,30%	2,78%	4,60%	5,80%
5. Perzentil	0,59%	1,10%	0,00%	0,93%	0,77%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
56	100,00%	46	82,14%

### Anmerkungen:

Bei nahezu unveränderter Gesamtquote/ Median ist der Anteil der Zentren mit Erfüllung der Sollvorgabe von 72,9% auf 82,1% angestiegen. Mit Ausnahme eines Zentrums, in dem eine Studie unmittelbar vor Beginn vom Sponsor abgesagt wurde, haben alle Zentren mind. 1 Pat. in eine Studie eingeschlossen. Die Zentren mit geringer Quote haben insbesondere auf erfolgreiches Screening von potentiellen Studien-Pat., aber auch (temporärem) Studien-Stopp hingewiesen.

\* 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.

## Individueller Jahresbericht - Benchmark

### Individueller Jahresbericht - Standortspezifische 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.

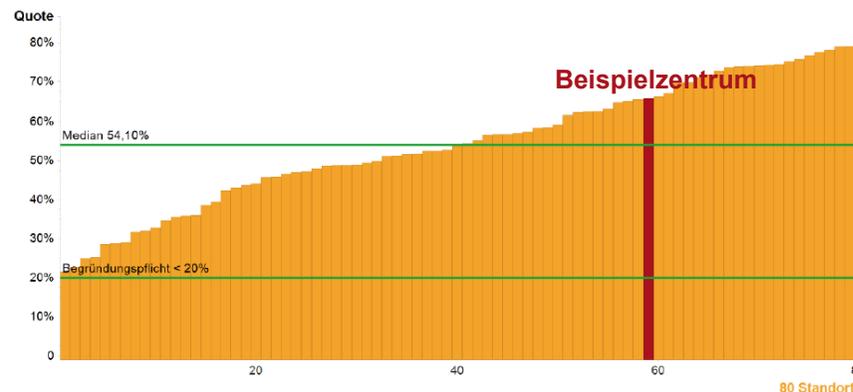
Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf [www.onkoziert.de](http://www.onkoziert.de) unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

#### 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](http://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 neuauftretendem 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:

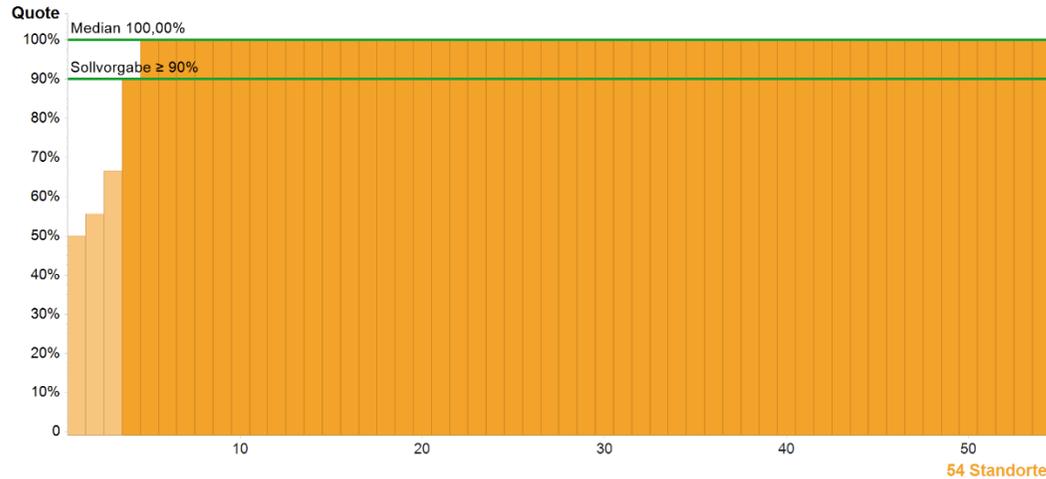
#### Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- 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).

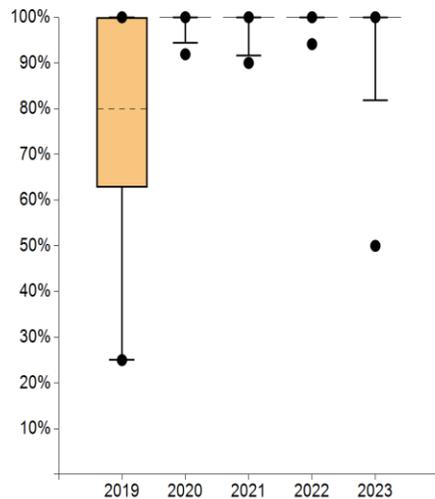
#### Alle anderen Organkrebszentren / Module

- 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](http://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.

## 6. Inhalt Befundbericht (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Befundbericht mit Angabe von: - Lokalisation - Zahl der nachgewiesenen/ befallenen Lymphknoten - Kapselüberschreitendes Wachstum (j/n) - max. Metastasengröße (mm, eindimensional)	5*	1 - 67	411
Nenner	Zentrumspat. mit Erstdiagnose pN+	5*	1 - 67	421
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	100%	50,00% - 100%	97,62%**



	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	79,90%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	62,82%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	25,00%	94,38%	91,67%	100%	81,83%
Min	25,00%	91,89%	90,00%	94,12%	50,00%

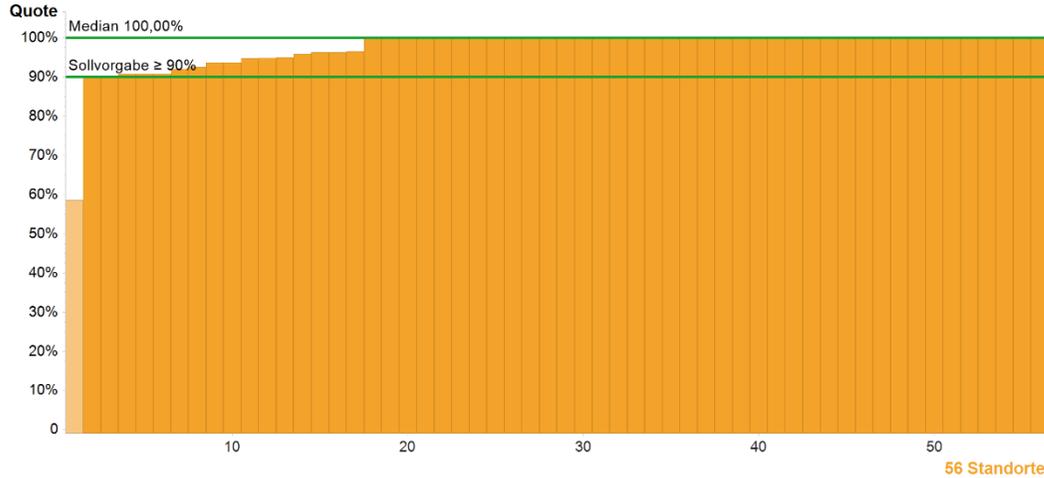
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
54	96,43%	51	94,44%

### Anmerkungen:

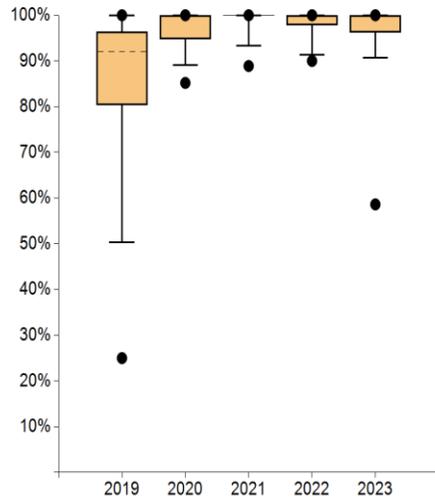
Die Befundberichte bei Zentrums-Pat. enthalten fast ausnahmslos die geforderten Angaben. In 3 Zentren waren insgesamt 9 Befundberichte unvollständig; diese Zentren haben die Notwendigkeit der Vollständigkeit der Befunde mit dem Kooperationspartner Pathologie besprochen.

\* 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.

## 7. Aussage zur Detrusor-Muskulatur im Befundbericht (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Pathologiebericht mit der Aussage, ob Detrusor-Muskulatur enthalten ist	19*	4 - 47	1165
Nenner	Primärfälle Stadium I und ausschließlich TUR-B	20*	4 - 49	1199
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	58,62% - 100%	97,16%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	96,43%	100%	100%	100%	100%
Median	91,99%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	80,42%	94,74%	100%	97,79%	96,21%
5. Perzentil	50,37%	89,04%	93,33%	91,31%	90,68%
Min	25,00%	85,19%	88,89%	90,00%	58,62%

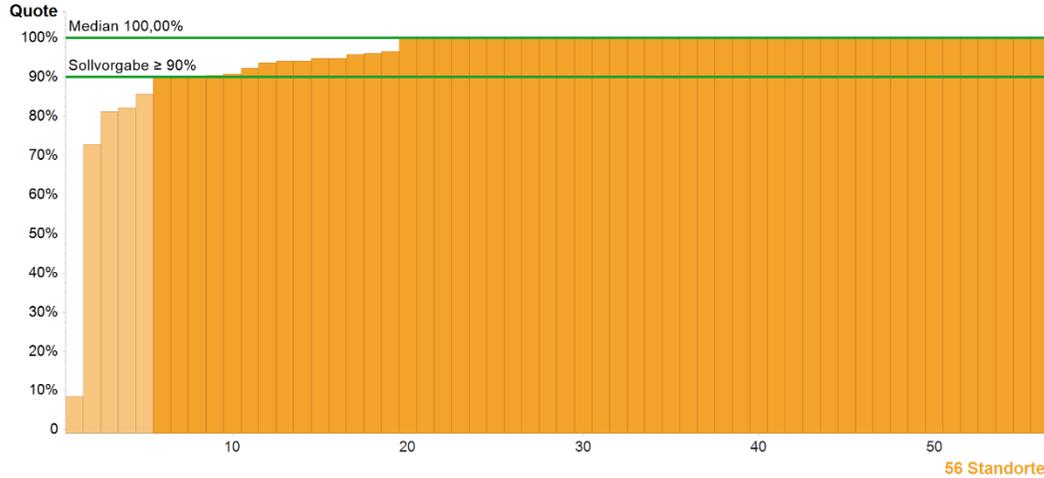
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
56	100,00%	55	98,21%

### Anmerkungen:

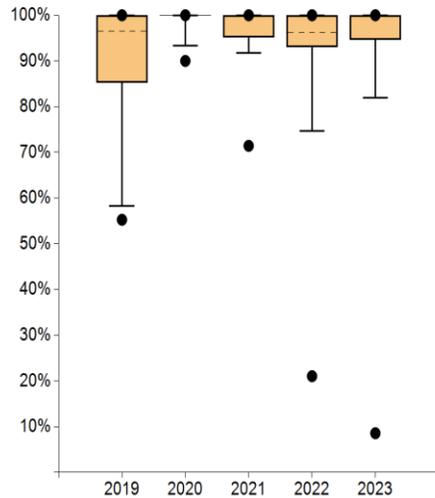
Der LL QI liegt im Niveau der Vorjahre und wird von den Zentren sehr gut umgesetzt. In 39 Zentren (= 70%; Vorjahr 73%) haben alle Befundberichte Auskunft über das Vorliegen von Detrusor-Muskulatur gegeben. Nur 1 Zentrum hat die Sollvorgabe unterschritten; dieses Zentrum ist auch für die Kennzahl 6 (Befundbericht Lymphknoten) auffällig.

\* 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.

## 8. Beidseitige pelvine Lymphadenektomie bei radikaler Zystektomie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit beidseitiger pelviner Lymphadenektomie	15,5*	3 - 91	1130
Nenner	Primärfälle mit radikaler Zystektomie	16,5*	8 - 96	1206
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	100%	8,57% - 100%	93,70%**



	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	96,48%	100%	100%	96,30%	100%
25. Perzentil	85,22%	100%	95,18%	93,10%	94,59%
5. Perzentil	58,26%	93,30%	91,72%	74,73%	81,92%
Min	55,26%	90,00%	71,43%	21,05%	8,57%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
56	100,00%	51	91,07%

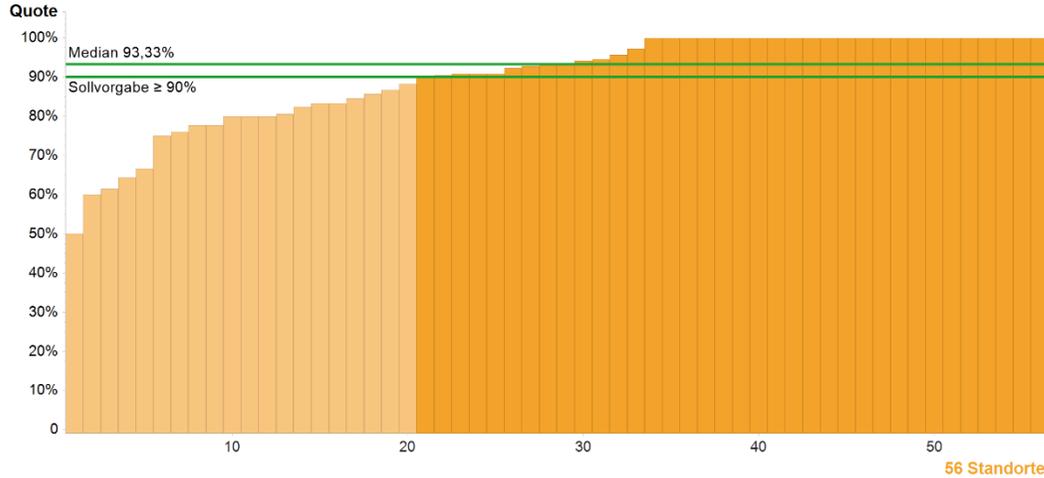
### Anmerkungen:

Median, Gesamtquote und Anteil der Standorte mit Erfüllen d. Sollvorgabe sind angestiegen. In 5 Zentren ist bei  $< 90\%$  der Primärfälle mit radikaler Zystektomie eine bilaterale Lymphadenektomie erfolgt. Das Zentrum mit der erneut niedrigsten Rate hat dies mit Dokumentationsdefiziten begründet; die anderen 4 Zentren haben angeführt, dass in Einzelfällen eine Lymphadenektomie im Rahmen von Vor-OPs schon erfolgt war oder bei Salvage-OPs oder wegen Komorbidität nicht durchgeführt wurde.

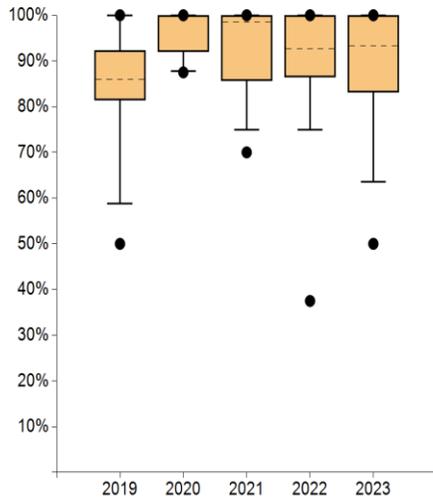
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 9. Radikale Zystektomie innerhalb von 3 Monaten nach Diagnosestellung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit radikaler Zystektomie innerhalb von 3 Monaten nach Diagnosestellung	10*	2 - 72	717
Nenner	Primärfälle Stadium > I und radikaler Zystektomie ohne neoadjuvante Chemotherapie	12*	4 - 74	796
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	93,33%	50,00% - 100%	90,08%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	92,33%	100%	100%	100%	100%
Median	85,86%	100%	98,44%	92,64%	93,33%
25. Perzentil	81,37%	92,00%	85,71%	86,43%	83,09%
5. Perzentil	58,82%	87,71%	75,00%	74,89%	63,60%
Min	50,00%	87,50%	70,00%	37,50%	50,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
56	100,00%	36	64,29%

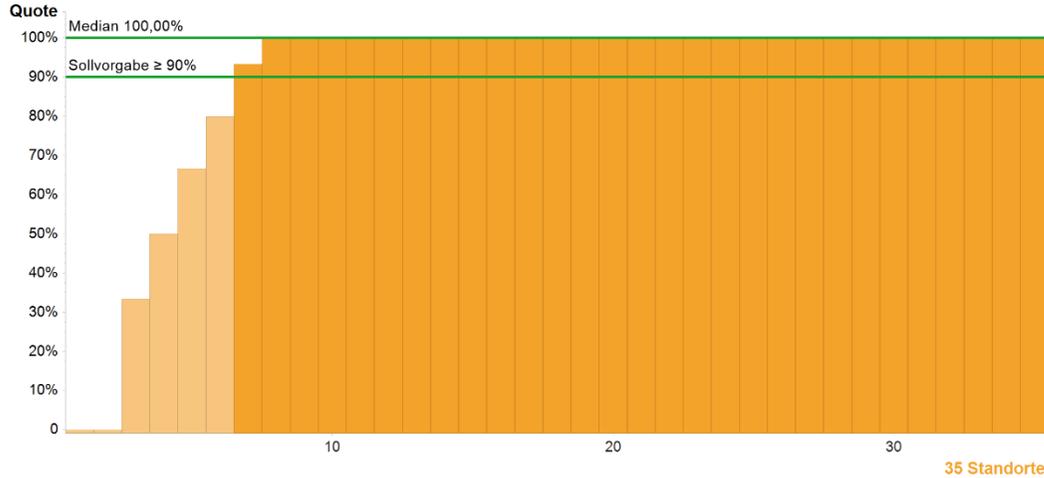
### Anmerkungen:

Knapp  $\frac{2}{3}$  der Zentren erfüllen das Ziel des LL QI einer radikalen Zystektomie innerhalb von 3 Mo nach Diagnosestellung. Die Gesamtquote liegt unverändert bei 90%. Die Zentren mit längerem Intervall haben als Gründe Verzögerungen durch Zuweiser bzw. Pat., oder Notwendigkeit einer erweiterten (invasiven) Diagnostik bei V.a. Zweit-Ca/ Filiae oder kardiovaskulärem Risiko angegeben. Die Verzögerungen konnten in den Audits plausibel dargelegt werden, Abweichungen wurden nicht ausgesprochen.

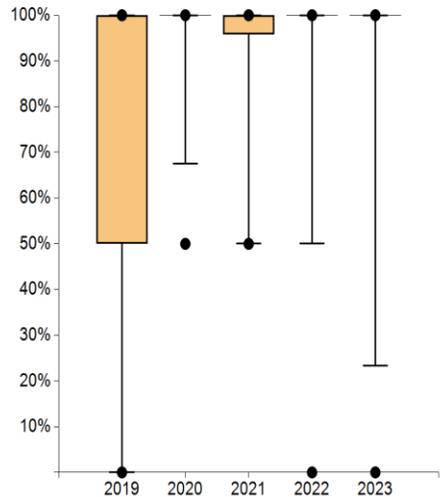
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 10. Simultane Radiochemotherapie (RCT) (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit simultaner Radiochemotherapie	2*	0 - 14	93
Nenner	Primärfälle Stadium > I und kurativ intendierter Radiotherapie (ggf. als Bestandteil Radio(chemo)therapie)	2*	1 - 15	104
Quote	Sollvorgabe >= 90%	100%	0,00% - 100%	89,42%**



	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	50,00%	100%	95,83%	100%	100%
5. Perzentil	0,00%	67,50%	50,00%	50,00%	23,33%
Min	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	0,00%

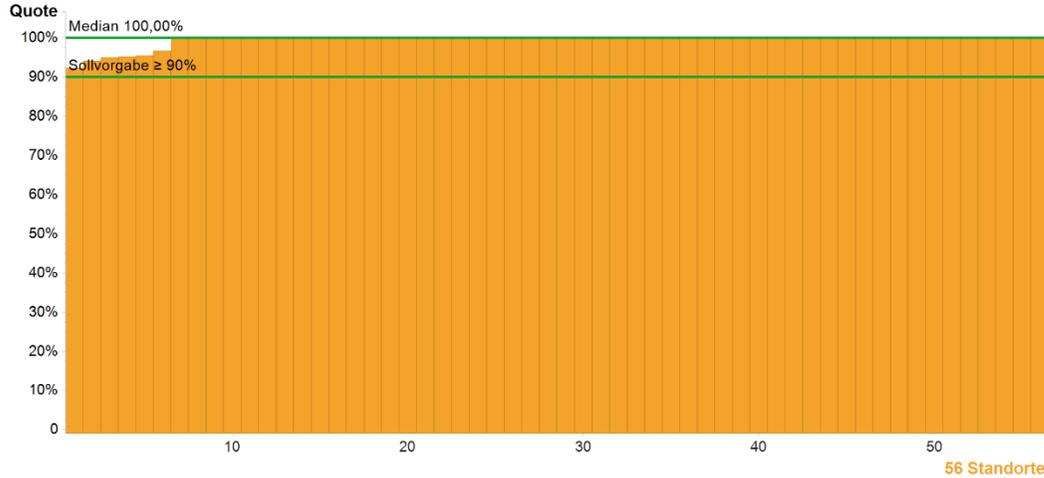
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
35	62,50%	29	82,86%

### Anmerkungen:

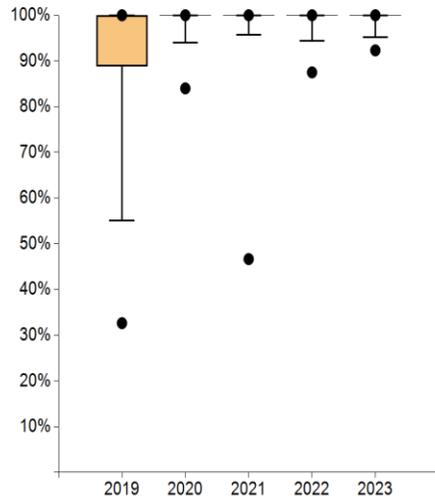
Die Zahl der Zentren, in denen Primärfälle im Stadium > I eine kurativ intendierte Radiotherapie erhalten haben, hat zugenommen (Vorjahr 25, + 40%). In 28 Zentren wurde die Therapie bei allen Primärfällen als simultane Radiochemotherapie durchgeführt. Bei insgesamt kleinen Nennern (Median 2, Range 1-15) wurde in 6 Zentren (10 von 20 Pat.) die unterlassene Chemotherapie bei Einzelfällen mit Komorbidität, Fragilität bzw. Aetas begründet.

\* 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.

# 11. Präoperative Anzeichnung Urostomaposition (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit präoperativer Anzeichnung Stomaposition	20*	2 - 78	1338
Nenner	Zentrumspat., bei denen eine OP mit Urostomaanlage durchgeführt wurde	20*	2 - 78	1347
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	92,31% - 100%	99,33%**



	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	88,84%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	55,04%	93,94%	95,68%	94,43%	95,18%
Min	32,65%	84,00%	46,67%	87,50%	92,31%

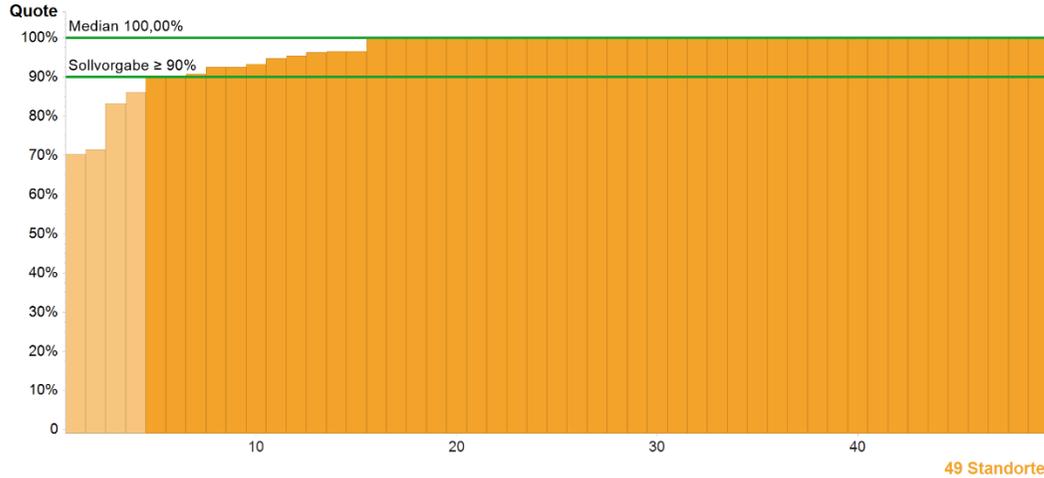
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
56	100,00%	56	100,00%

**Anmerkungen:**

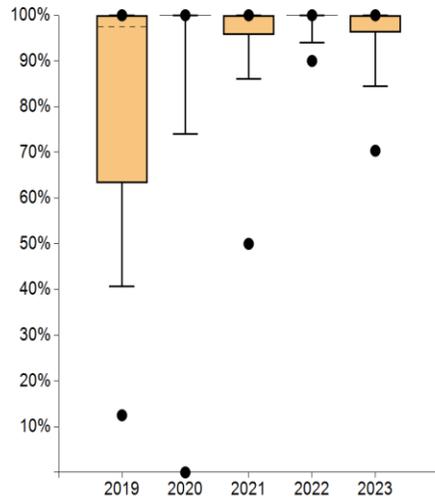
Der LL QI wird von den Zentren nahezu vollständig umgesetzt. Lediglich bei 9 von insgesamt 1.347 Pat. mit Urostomaanlage ist präoperativ keine Anzeichnung der Stomaposition erfolgt (0,7%); in 50 Zentren wurde die Anforderung ohne Ausnahme vollzählig erfüllt.

\* 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.

## 12. Risikoklassifikation nach EORTC-Kriterien (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Angabe Risikoklassifikation nach EORTC-Kriterien (low, intermediate, high-risk)	20*	4 - 49	1013
Nenner	Primärfälle Stadium I und TUR-B	20*	4 - 49	1046
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 90%	100%	70,37% - 100%	96,85%**



	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	97,44%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	63,24%	100%	95,72%	100%	96,30%
5. Perzentil	40,63%	74,07%	86,09%	93,99%	84,48%
Min	12,50%	0,00%	50,00%	90,00%	70,37%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
49	87,50%	45	91,84%

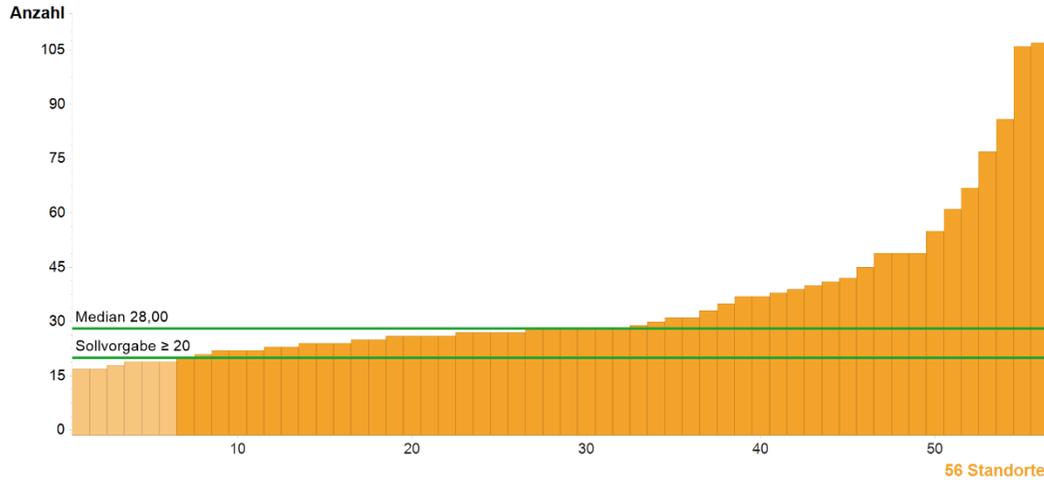
### Anmerkungen:

Die Kennzahl ist im aktuellen Kennzahlenjahr nur optional erfasst worden, so dass nur Ergebnisse aus 49 Zentren vorliegen. Nach nahezu vollständiger Umsetzung im letzten Jahr (Gesamtquote > 99%) ist im Kennzahlenjahr 2023 bei 3,2% der Primärfälle keine Risikoklassifizierung nach EORTC erfolgt. Ab dem Kennzahlenjahr 2024 werden im Nenner der Kennzahl nicht nur Primärfälle im Stadium I und TUR-B, sondern alle Primärfälle mit NMIBC (Stadium 0a/0is/I) und TUR-B erfasst.

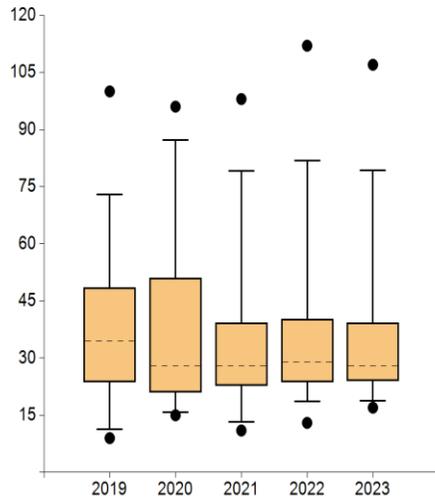
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

### 13. Operative Expertise



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Expertise - Anzahl Zystektomien (OPS 5-576, OPS 5-687.0 bei ICD-10 C67, D09.0, D41.4)	28	17 - 107	1978
	Sollvorgabe $\geq 20$			



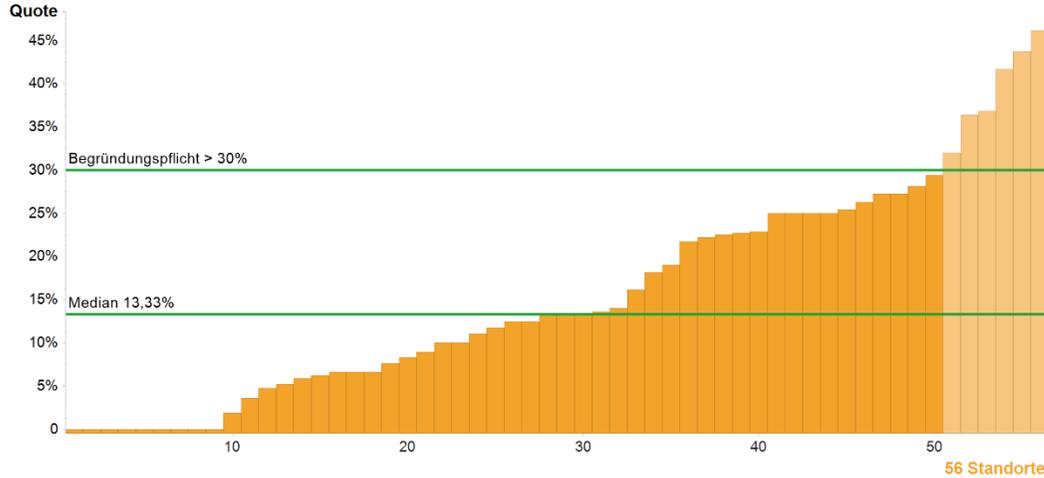
	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100,00	96,00	98,00	112,00	107,00
95. Perzentil	73,00	87,20	79,20	81,80	79,25
75. Perzentil	48,50	51,00	39,25	40,25	39,25
Median	34,50	28,00	28,00	29,00	28,00
25. Perzentil	23,75	21,00	22,75	23,75	24,00
5. Perzentil	11,25	15,80	13,30	18,70	18,75
Min	9,00	15,00	11,00	13,00	17,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
56	100,00%	50	89,29%

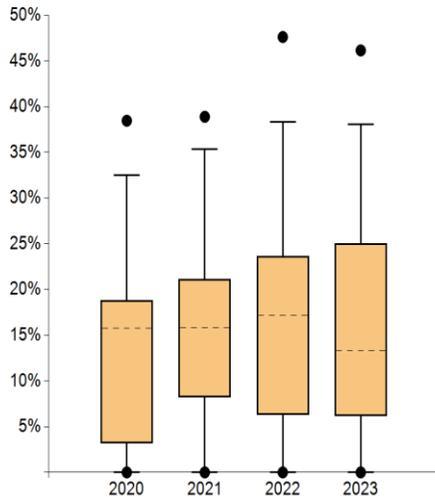
**Anmerkungen:**

Die Zahl der Zystektomien ist weniger stark angestiegen als die Zahl der zertifizierten Standorte. Bei leicht niedrigeren Operationszahlen im oberen Bereich, sind die OP-Zahlen im unteren Bereich der Kennzahl gestiegen. Dennoch haben 6 Zentren die Sollvorgabe von  $\geq 20$  Zystektomien unterschritten und angeführt, dass bei weiteren Pat. aufgrund von Alter/ Komorbidität von OPs Abstand genommen wurde. Weitere Gründe waren eingeschränkte Kapazitäten im OP bzw. der intensivmedizinischen Betreuung.

## 14. Postoperative Komplikationen nach Zystektomie



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Komplikation Clavien-Dindo Grad III oder IV innerhalb von 90 d nach Zystektomie	2*	0 - 18	201
Nenner	Operative Primärfälle mit Zystektomie	17*	8 - 106	1292
Quote	Begründungspflicht*** >30%	13,33%	0,00% - 46,15%	15,56%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	----	38,46%	38,89%	47,62%	46,15%
95. Perzentil	----	32,54%	35,35%	38,33%	38,05%
75. Perzentil	----	18,83%	21,15%	23,63%	25,00%
Median	----	15,79%	15,82%	17,16%	13,33%
25. Perzentil	----	3,22%	8,25%	6,31%	6,16%
5. Perzentil	----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
56	100,00%	50	89,29%

### Anmerkungen:

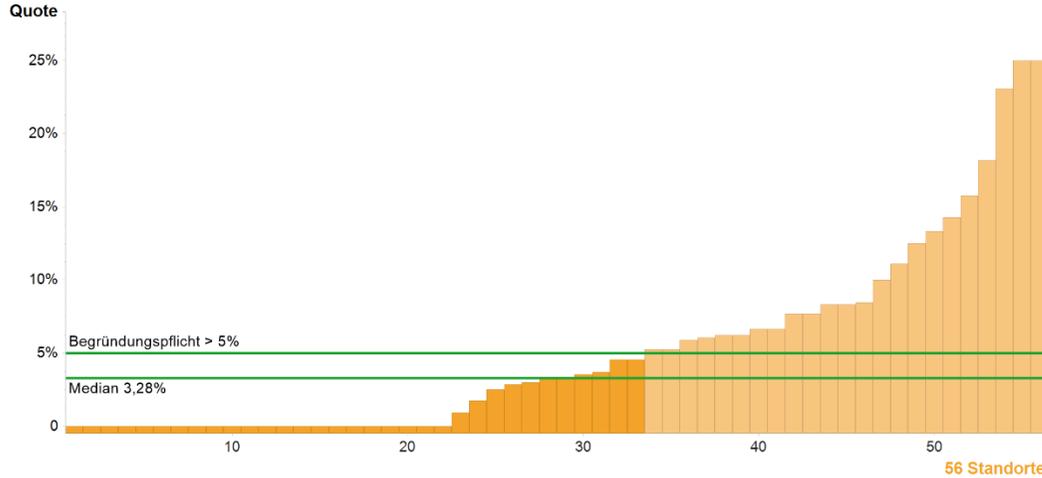
Die post-OP Komplikationsrate ist im Vergleich zum Vorjahr gesunken u. liegt jetzt mit 15,6% auf dem niedrigsten Niveau seit Beginn der obligaten Erfassung. Wie im Vorjahr haben 9 Zentren keine höhergradige Komplikation verzeichnet. Die Zentren mit Quoten > 30% haben die Fälle aufgearbeitet u. als Komplikationen v.a Wundheilungsstörung, subkutane Hämatome und Lymphocelen identifiziert. In Einzelfällen kam es zu Anastomoseninsuff., oder kardiovaskulären Komplikationen und Hirninfarkten.

\* 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.

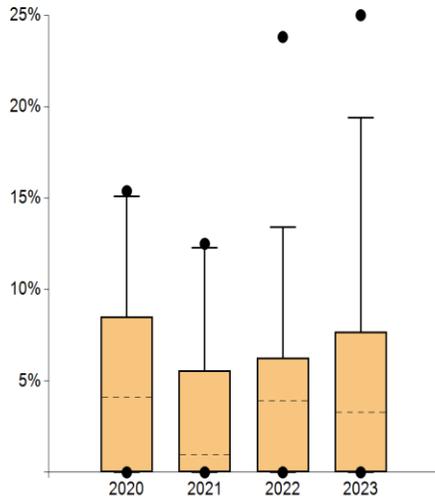
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

\*\*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

## 15. Postoperative Mortalität nach Zystektomie



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Postoperative Mortalität innerhalb von 90 d	1*	0 - 5	54
Nenner	Operative Primärfälle mit Zystektomie	17*	8 - 106	1292
Quote	Begründungspflicht*** >5%	3,28%	0,00% - 25,00%	4,18%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	----	15,38%	12,50%	23,81%	25,00%
95. Perzentil	----	15,10%	12,29%	13,40%	19,41%
75. Perzentil	----	8,52%	5,58%	6,25%	7,69%
Median	----	4,10%	0,98%	3,93%	3,28%
25. Perzentil	----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
56	100,00%	33	58,93%

### Anmerkungen:

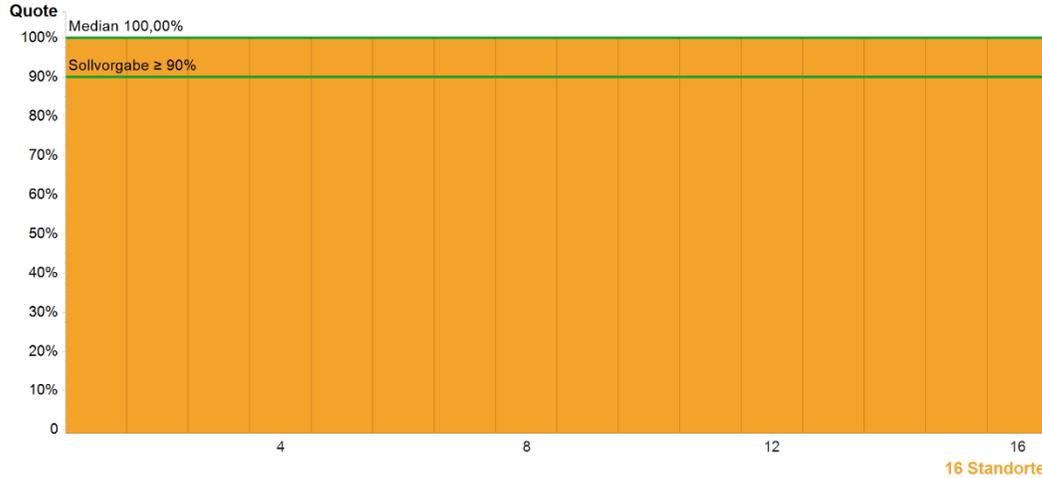
Bei leicht gesunkenem Median ist die Gesamtquote nahezu unverändert (Vorjahr 4,1%), es zeigt sich aber in den letzten Jahren ein Anstieg der oberen Perzentilen. Auch der Anteil der Zentren außerhalb des Plausibilitätskorridors ist gewachsen. In 12 Zentren wurde die Plausibilitätsgrenze aufgrund eines Einzelfalls überschritten.

\* 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.

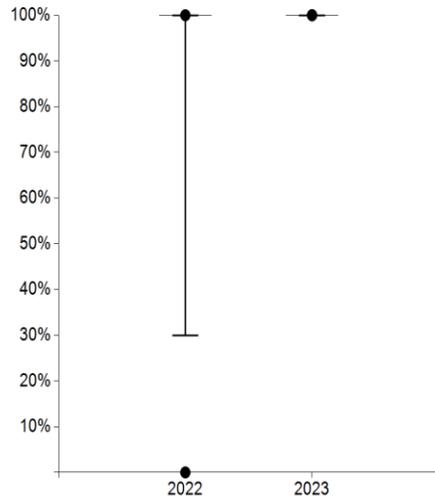
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

\*\*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

## 16. Zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonat-/ Denosumab-Therapie



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Zentrumspat. des Nenners mit Empfehlung einer zahnärztlichen Untersuchung vor Beginn der Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	1*	1 - 14	45
Nenner	Zentrumspat. mit Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	1*	1 - 14	45
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	100%	100% - 100%	100%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
75. Perzentil	----	----	----	100%	100%
Median	----	----	----	100%	100%
25. Perzentil	----	----	----	100%	100%
5. Perzentil	----	----	----	30,00%	100%
Min	----	----	----	0,00%	100%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
16	28,57%	16	100,00%

### Anmerkungen:

Die Kennzahl zur zahnärztlichen Untersuchung vor Bisphosphonat-/ Denosumab-Therapie ist 2023 erstmals obligat erhoben worden. In den 16 Zentren, in denen die o.g. Therapie durchgeführt wurde, ist ausnahmslos alle Pat. vor Einleitung der Behandlung eine zahnärztliche Untersuchung empfohlen worden.

\* 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.

## Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Zertifizierungskommission Uroonkologische Zentren / Harnblasenkrebszentren  
Martin Burchardt, Vorsitzender Zertifizierungskommission  
Dirk Böhmer, Vorsitzender Zertifizierungskommission  
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Daniela Miller, OnkoZert  
Roxana Rentea, 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](http://www.onkozert.de)

Version e-A1-de; Stand 06.08.2025

ISBN: 978-3-910336-78-0



9 783910 336780