



# Kennzahlenauswertung 2025

## Jahresbericht der zertifizierten Nierenkrebszentren

Auditjahr 2024 / Kennzahlenjahr 2023

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Allgemeine Informationen .....	3
Stand des Zertifizierungssystems für Niere 2024 .....	5
Berücksichtigte Standorte .....	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten .....	7
Basisdatenauswertung .....	8
Kennzahlenauswertungen .....	11
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle .....	11
Kennzahl Nr. 1b: Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen .....	12
Kennzahl Nr. 1c: Zentrumspat. ....	13
Kennzahl Nr. 2a: Vorstellung in der Tumorkonferenz - Primärfälle .....	14
Kennzahl Nr. 2b: Vorstellung in der Tumorkonferenz - Rezidive und Metastasen .....	15
Kennzahl Nr. 3: Psychoonkologisches Distress-Screening .....	16
Kennzahl Nr. 4: Beratung Sozialdienst .....	17
Kennzahl Nr. 5: Anteil Studienpat. ....	18
Kennzahl Nr. 6: Biopsie vor ablativer Therapie (LL QI) .....	21
Kennzahl Nr. 7: Histologie vor systemischer Therapie (LL QI) .....	22
Kennzahl Nr. 8: Histologischer Typ nach aktueller WHO-Klassifikation (LL QI) .....	23
Kennzahl Nr. 9: R0-Resektion (LL QI) .....	24
Kennzahl Nr. 10: Nephrektomie bei pT1 (LL QI) .....	25
Kennzahl Nr. 11: Zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonat-/ Denosumab-Therapie (LL QI) .....	26
Kennzahl Nr. 12: Operative Expertise .....	27
Kennzahl Nr. 13: Postoperative Komplikationen nach Nierenteilresektion .....	28
Kennzahl Nr. 14: Postoperative Mortalität .....	29
Impressum .....	30

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: Anteil Studienpat.	
Kennzahl Nr. 6: Biopsie vor ablativer Therapie	(LL QI)
Kennzahl Nr. 7: Histologie vor systemischer Therapie	(LL QI)
Kennzahl Nr. 8: Histologischer Typ nach aktueller WHO-Klassifikation	(LL QI)
Kennzahl Nr. 9: R0-Resektion	(LL QI)
Kennzahl Nr. 10: Nephrektomie bei pT1	(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 3.0 der S3-LL zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Nierenzellkarzinoms.

	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	47*	3 - 167	4160
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	66*	36 - 210	6267
Quote	Begründungspflicht*** <50%	74,62%	6,32% - 100%	66,38%**

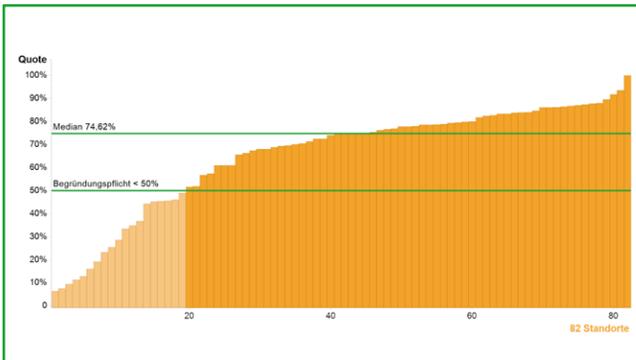
### Grunddaten Kennzahl:

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.

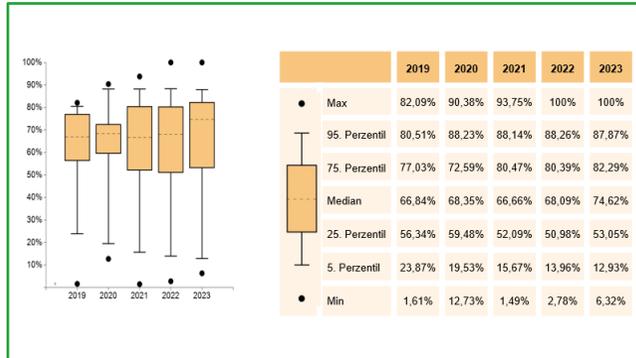
In der Spalte **Pat. Gesamt** sind die Summe aller gemäß der Kennzahl behandelten Pat. sowie die dazugehörige Quote dargestellt.



### Diagramm:

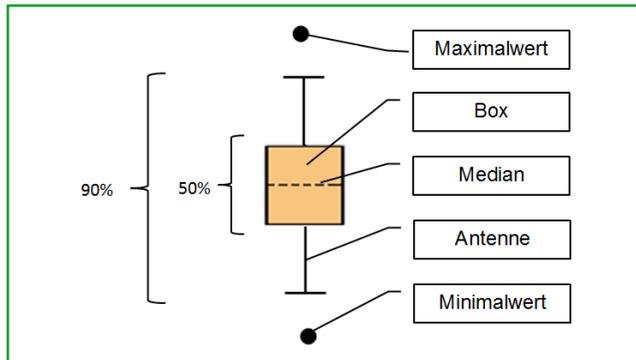
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

## Allgemeine Informationen



### Kohorte:

Die **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 Niere 2024

	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
Laufende Verfahren	19	11	12	26	19
Zertifizierte Zentren	86	77	69	44	22
Zertifizierte Standorte	87	78	70	45	22

## Berücksichtigte Standorte

	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	82	73	62	28	14
entspricht	94,3%	93,6%	88,6%	62,2%	63,6%
Zentrumspat. gesamt*	6.267	5.196	4.377	2.200	1.356
Zentrumspat. pro Standort (Mittelwert)*	76	71	71	79	97
Zentrumspat. pro Standort (Median)*	66	65	62	69	95

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

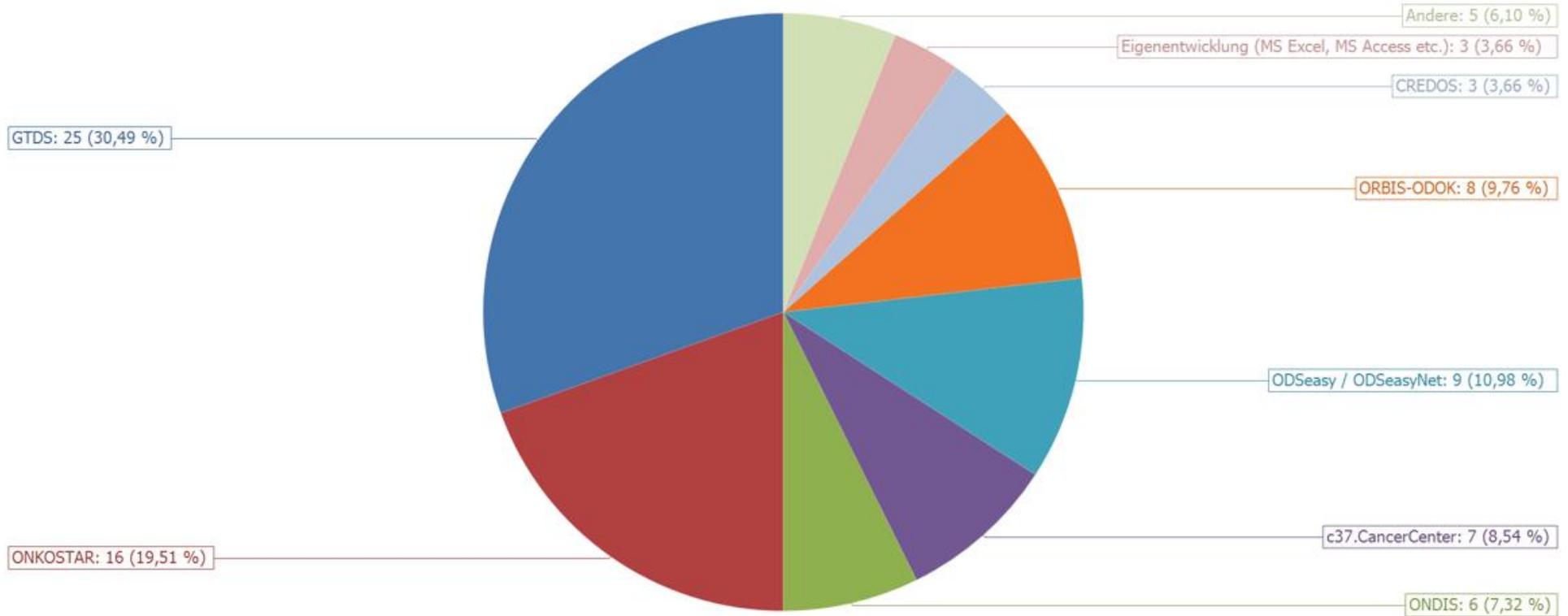
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Nierenkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 82 der 87 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 5 Standorte, die im Jahr 2024 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend).

In 87 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 6.597 Zentrumspat. 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

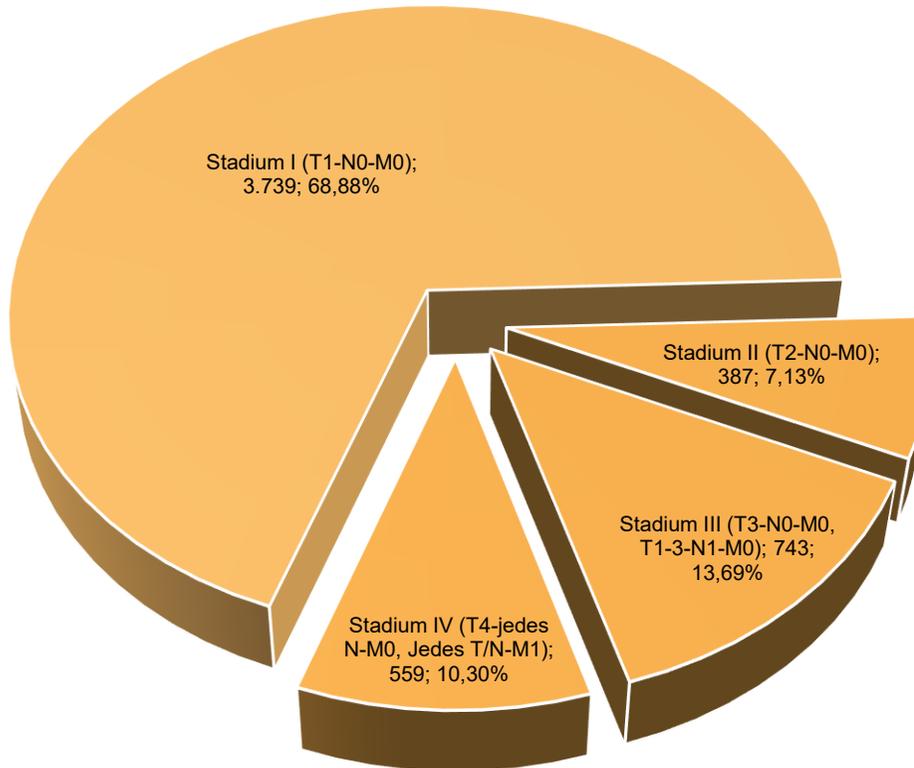


Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

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

## Basisdaten – Verteilung Primärfälle Niere

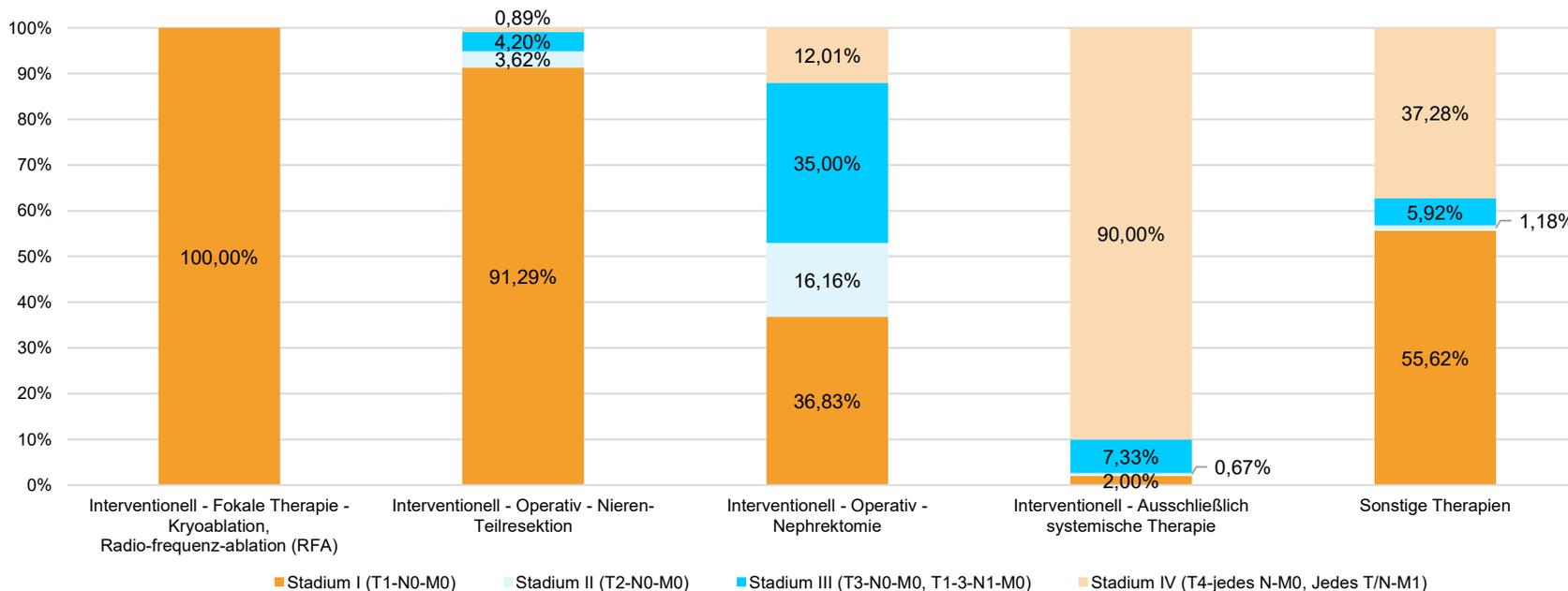
### Primärfälle gesamt



	<b>Primärfälle Gesamt</b>
Stadium I (T1-N0-M0)	3.739 (68,88%)
Stadium II (T2-N0-M0)	387 (7,13%)
Stadium III (T3-N0-M0, T1-3-N1-M0)	743 (13,69%)
Stadium IV (T4-jedes N-M0, Jedes T/N-M1)	559 (10,30%)
<b>Primärfälle gesamt</b>	<b>5.428 (100%)</b>

## Basisdaten - Interventionelle Therapien/ sonstige Therapien bei Primärfällen Niere

### Interventionelle Therapien/ sonstige Therapien bei Primärfällen



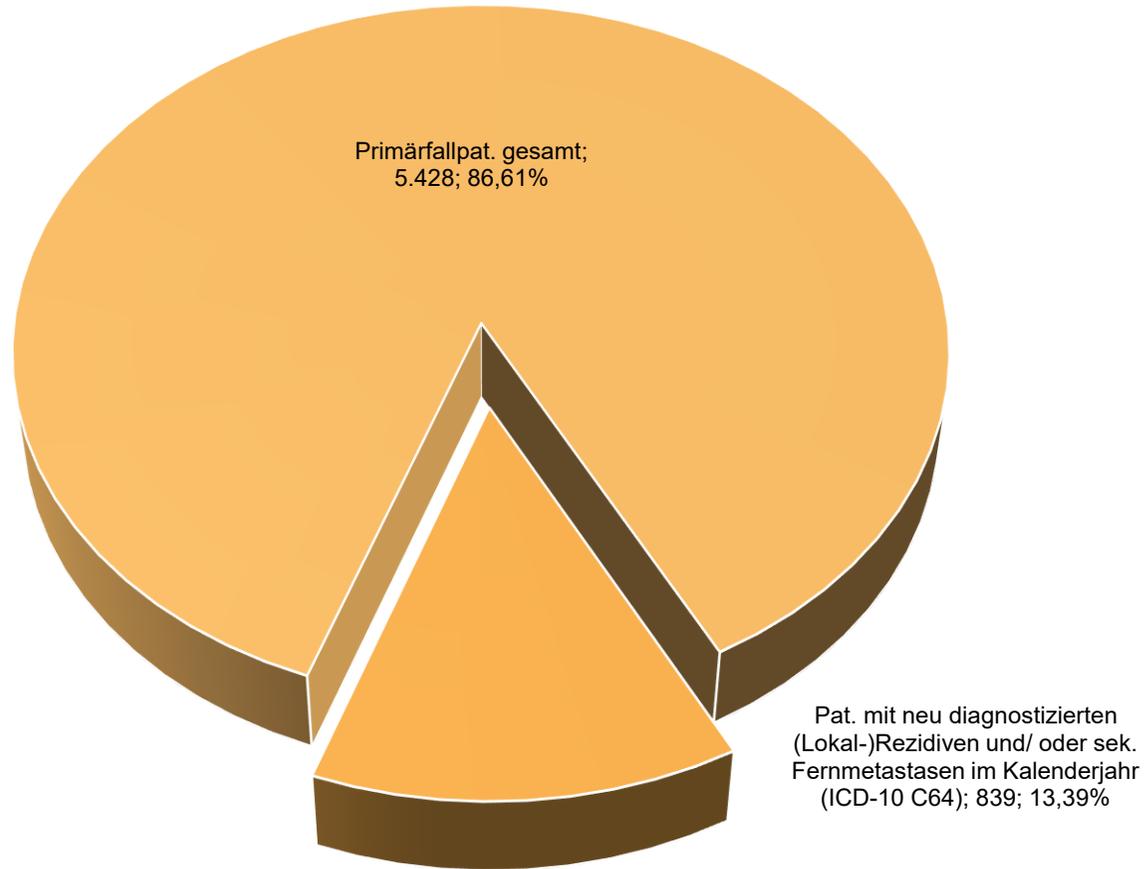
	Interventionell - Fokale Therapie - Kryoablation, Radiofrequenzablation (RFA)	Interventionell - Operativ - Nieren-Teilresektion	Interventionell - Operativ - Nephrektomie	Interventionell - Ausschließlich systemische Therapie <sup>1</sup>	Sonstige Therapien <sup>2</sup>	Gesamt
Stadium I (T1-N0-M0)	59 (100,00%)	2.976 (91,29%)	604 (36,83%)	6 (2,00%)	94 (55,62%)	3.739
Stadium II (T2-N0-M0)	0 (0,00%)	118 (3,62%)	265 (16,16%)	2 (0,67%)	2 (1,18%)	387
Stadium III (T3-N0-M0, T1-3-N1-M0)	0 (0,00%)	137 (4,20%)	574 (35,00%)	22 (7,33%)	10 (5,92%)	743
Stadium IV (T4-jedes N-M0, Jedes T/N-M1)	0 (0,00%)	29 (0,89%)	197 (12,01%)	270 (90,00%)	63 (37,28%)	559
<b>Primärfälle gesamt</b>	<b>59 (100,00%)</b>	<b>3.260 (100,00%)</b>	<b>1.640 (100,00%)</b>	<b>300 (100,00%)</b>	<b>169 (100,00%)</b>	<b>5.428</b>

<sup>1</sup> z.B. Targetinhibitoren, Immuntherapie, Chemotherapie soweit indiziert, ohne adjuvante systemische Therapie.

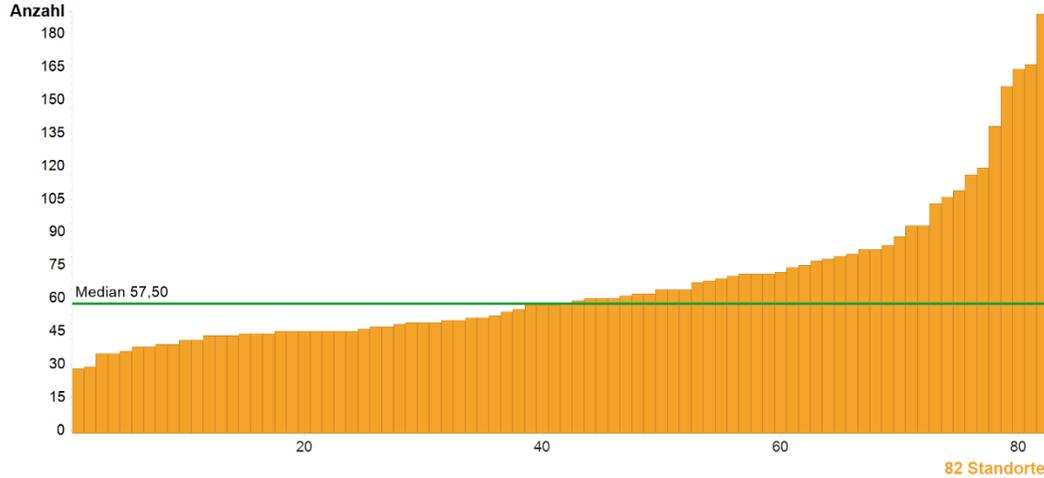
<sup>2</sup> z.B. Active Surveillance, alleinige Resektion oder Bestrahlung von Metastasen, HIFU, Mikrowelle.

## Basisdaten - Verteilung Primärfälle/ Rezidive und Metastasen Niere

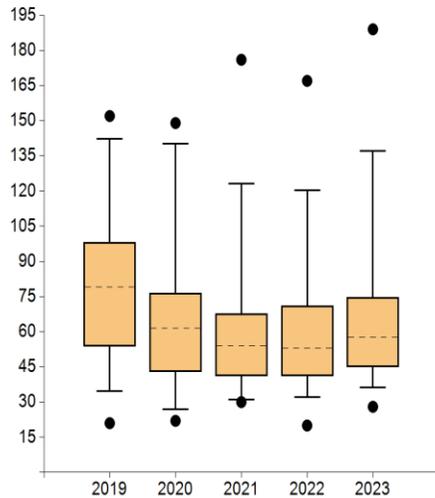
Zentrumspat. = Primärfälle + Pat. mit Rezidiv und/ oder sekundären Fernmetastasen



# 1a. Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	57,5	28 - 189	5428
	Keine Sollvorgabe			



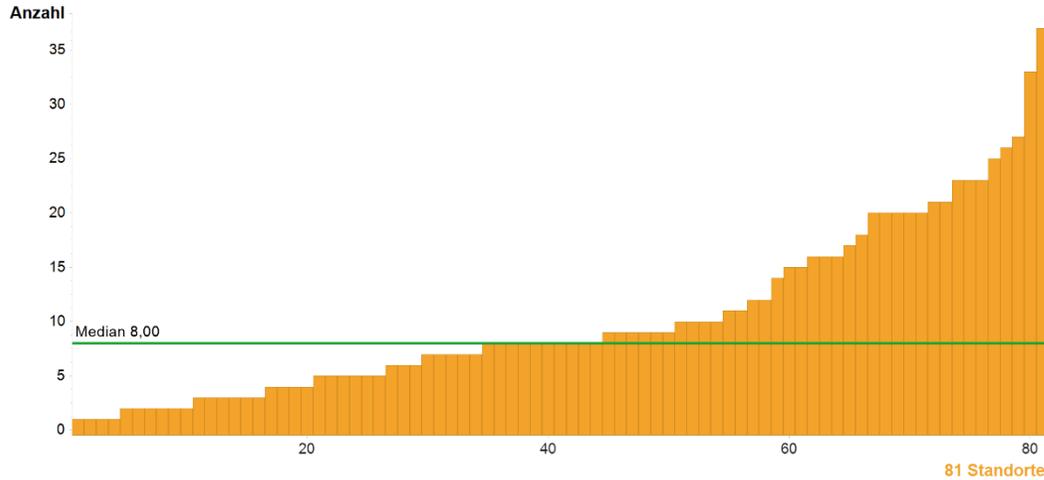
	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	152,00	149,00	176,00	167,00	189,00
95. Perzentil	142,25	140,30	123,25	120,20	137,05
75. Perzentil	98,25	76,50	67,75	71,00	74,75
Median	79,00	61,50	54,00	53,00	57,50
25. Perzentil	53,75	43,00	41,00	41,00	45,00
5. Perzentil	34,65	26,80	31,05	32,00	36,10
● Min	21,00	22,00	30,00	20,00	28,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
82	100,00%	----	----

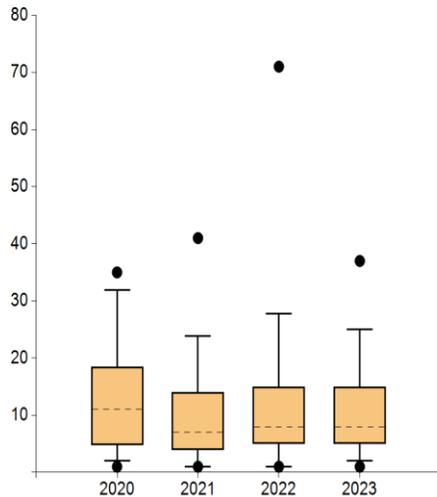
### Anmerkungen:

Die Anzahl der Primärfälle (+ 24,5%) ist im Vergleich mit der Zahl der Standorte von 2022 zu 2023 überproportional (12,3%) und auf gesamter Spannweite gestiegen. Die Abdeckung der in allen deutschen Zentren behandelten Primärfälle beträgt bezogen auf die aktuelle Inzidenz (2022) von 13.832 Neuerkrankungen ([www.krebsdaten.de](http://www.krebsdaten.de); Abruf 04.08.2025) 38,8% (Vorjahr 30,7%).

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	8	1 - 37	839
	Keine Sollvorgabe			



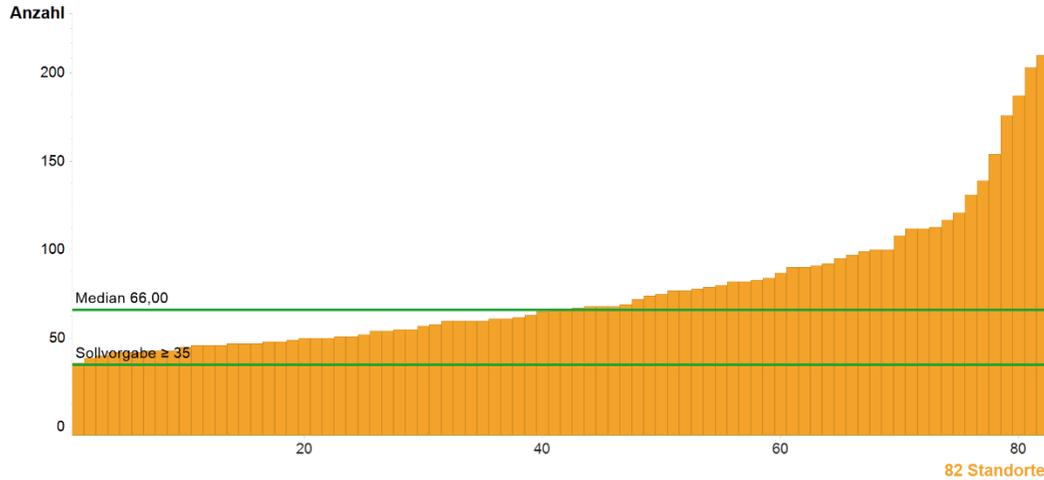
	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	35,00	41,00	71,00	37,00
95. Perzentil	----	31,90	23,90	27,80	25,00
75. Perzentil	----	18,50	14,00	15,00	15,00
Median	----	11,00	7,00	8,00	8,00
25. Perzentil	----	4,75	4,00	5,00	5,00
5. Perzentil	----	2,00	1,00	1,00	2,00
● Min	----	1,00	1,00	1,00	1,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
81	98,78%	----	----

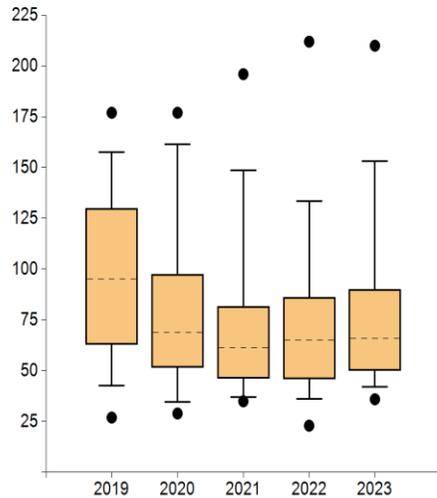
### Anmerkungen:

Trotz der Zunahme der zertifizierten Zentren ist die Anzahl der Pat. mit neuauftretendem Rezidiv u./o. Fernmetastasen nahezu unverändert (Vorjahr 837).

# 1c. Zentrumspat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Zentrumspat.	66	36 - 210	6267
	Sollvorgabe ≥ 35			



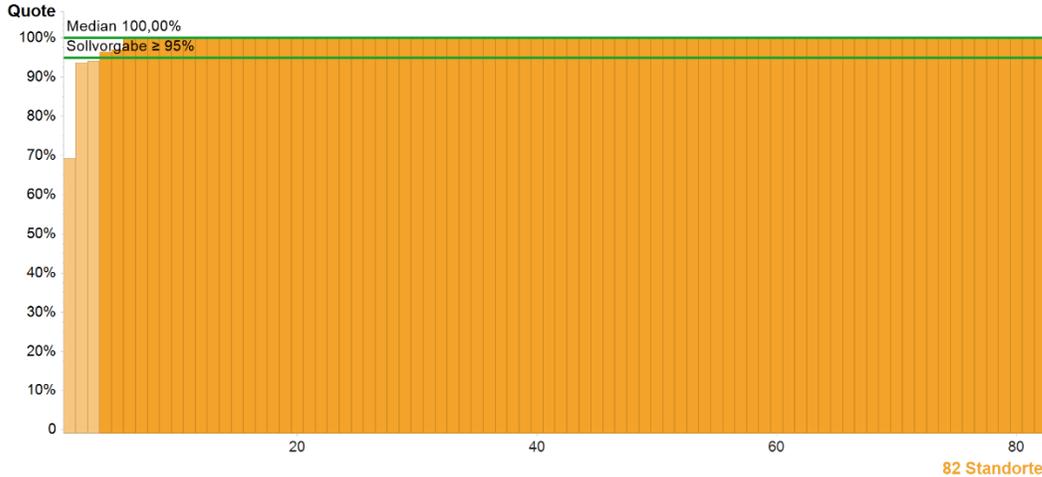
	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	177,00	177,00	196,00	212,00	210,00
95. Perzentil	157,50	161,55	148,60	133,40	153,25
75. Perzentil	130,00	97,50	81,75	86,00	90,00
Median	95,00	69,00	61,50	65,00	66,00
25. Perzentil	63,00	51,75	46,25	46,00	50,00
5. Perzentil	42,60	34,70	37,00	36,00	42,00
● Min	27,00	29,00	35,00	23,00	36,00

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

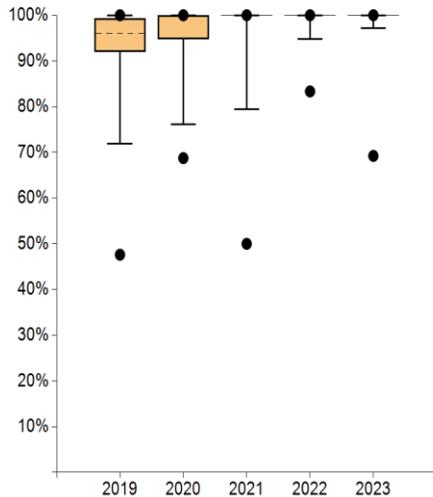
### Anmerkungen:

Die Zahl der Zentrumspat. hat mit 1.071 behandelten Pat. deutlich zugenommen (+ 20,6%). Nachdem im Vorkennzahljahr besonders ein Anstieg der Pat.-zahlen in den größeren Zentren zu verzeichnen war, zeigt sich jetzt ein Zuwachs auf gesamter Breite. Alle Zentren haben die Sollvorgabe von ≥ 35 Zentrumspatienten erfüllt (2022: 70 von 73).

## 2a. Vorstellung in der Tumorkonferenz - Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt werden	12*	3 - 93	1241
Nenner	Primärfälle mit • lokal fortgeschrittenem Tumor (≥ cT3/pT4 u/o c/pN+) und/ oder • R1-Resektion, seltener Histologie gemäß EB 1.2.5 und/ oder • Anhaltspunkten für hereditäre Genese und/ oder • Primärfälle mit M1 bei Nierentumor	12,5*	3 - 93	1249
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	69,23% - 100%	99,36%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	99,24%	100%	100%	100%	100%
Median	96,00%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	92,05%	94,73%	100%	100%	100%
5. Perzentil	71,92%	76,14%	79,47%	94,77%	97,12%
● Min	47,62%	68,75%	50,00%	83,33%	69,23%

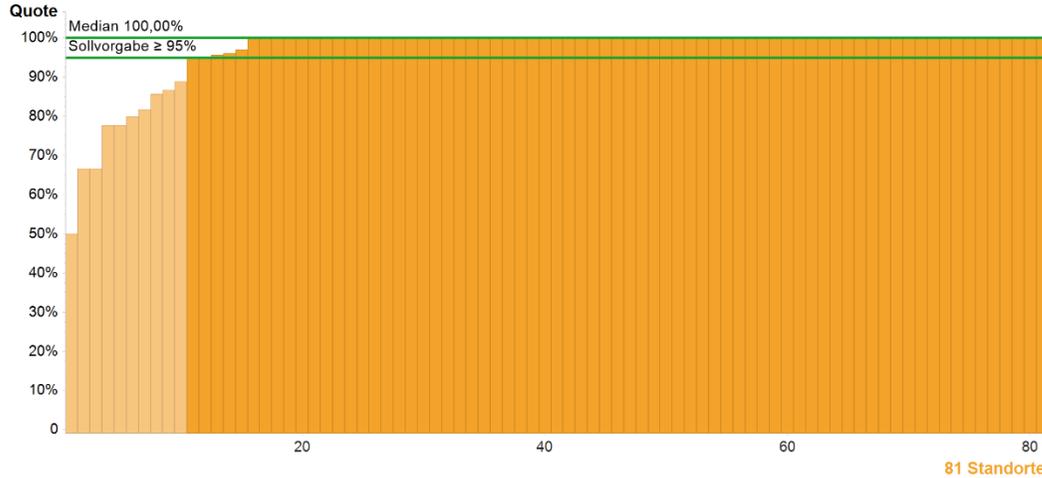
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
82	100,00%	79	96,34%

### Anmerkungen:

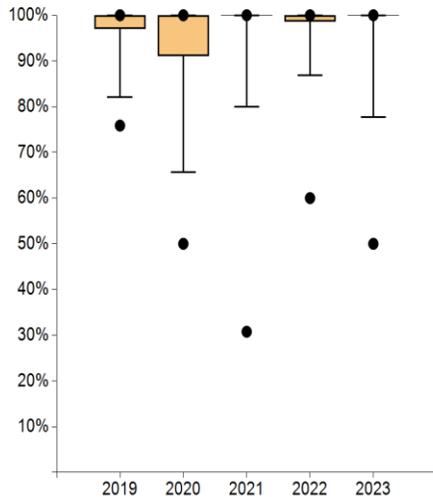
Die Vorstellungsrate ist 2023 weiter angestiegen u. liegt jetzt bei 99,4%. Nur 8 von 1.249 Primärfällen des Nenners sind nicht im Tumorboard vorgestellt worden. In 77 Zentren wurden ausnahmslos alle geforderten Pat. vorgestellt. In 2 Zentren mit Vorstellungsrate < 95% ist jeweils bei einem Einzelfall keine Vorstellung erfolgt (1x früh postoperatives Versterben, 1x Fallbesprechung ohne Anwesenheit aller geforderten Behandlungspartner). Im 3. Zentrum sind im 1. Halbjahr 2023 regelhaft Pat. mit seltener Histologie nicht vorgestellt worden; nach Identifikation des Missstands wurden im Verlauf auch diese Pat. 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.

## 2b. Vorstellung in der Tumorkonferenz - Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt werden	8*	1 - 37	816
Nenner	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	8*	1 - 37	839
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	50,00% - 100%	97,26%**



	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	97,00%	91,07%	100%	98,59%	100%
5. Perzentil	82,04%	65,63%	80,00%	86,78%	77,78%
● Min	75,86%	50,00%	30,77%	60,00%	50,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
81	98,78%	71	87,65%

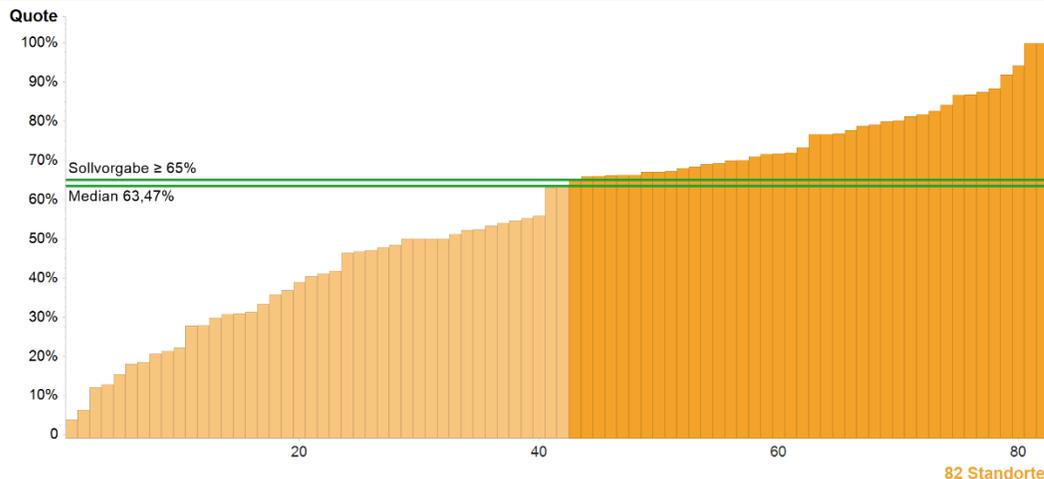
### Anmerkungen:

Auch die Vorstellung von Pat. mit Rezidiv u./o. Fernmetastasen gelingt den Zentren sehr gut: insgesamt sind, wie im Vorjahr, 97,3% dieser Pat. in der Tumorkonferenz vorgestellt worden. In 66 Zentren (81,5%) der Zentren wurden alle Pat. des Nenners vorgestellt. 10 Zentren (Vorjahr 10) haben bei kleinem Nenner (Median 9, Range 3-15) eine Quote < 95%: Grund hierfür war i.d.R. eine unterlassene Vorstellung von Einzelfällen. Das Zentrum mit einer Vorstellungsrate von 50% hat die Indikation zur Vorstellung im Tumorboard in einer Qualitätskonferenz adressiert und die Behandlungspartner so sensibilisiert.

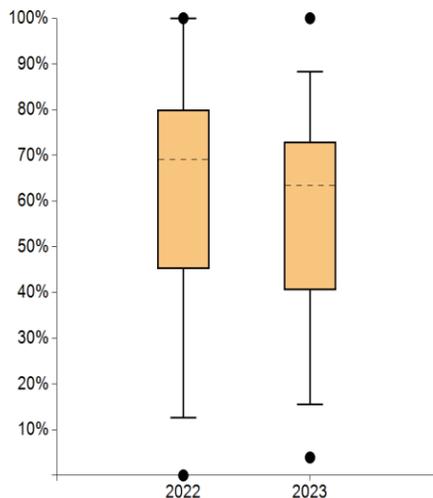
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* 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	39*	2 - 124	3438
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	66*	36 - 210	6267
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	63,47%	3,92% - 100%	54,86%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	88,33%
75. Perzentil	----	----	----	80,00%	72,98%
Median	----	----	----	69,05%	63,47%
25. Perzentil	----	----	----	45,10%	40,57%
5. Perzentil	----	----	----	12,68%	15,51%
● Min	----	----	----	0,00%	3,92%

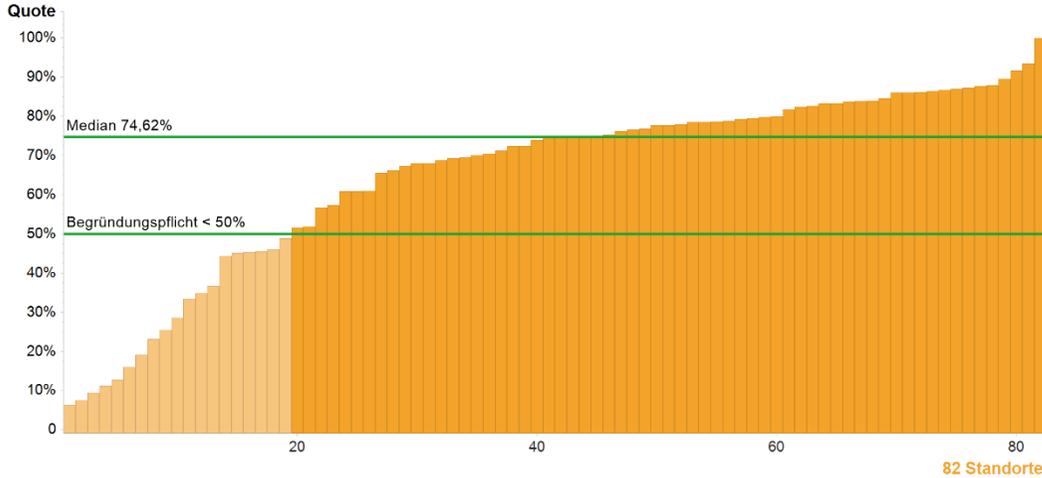
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
82	100,00%	40	48,78%

**Anmerkungen:**

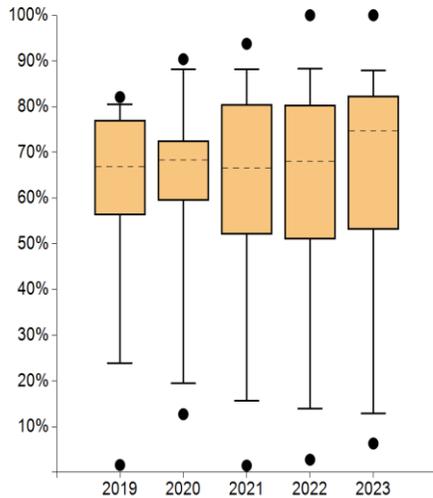
Nach Modifikation d. Kennzahl u. Erfassung des Screenings auf psychoonkologische Belastung (vormals Betreuung) liegen jetzt erstmals aus allen Zentren Ergebnisse vor. Mit 40 Zentren (Vorjahr: 23) erfüllen knapp 50% der Netzwerke die Sollvorgabe. Die Zentren mit Quoten < 65% haben diese vor allem mit noch nicht abgeschlossener Implementierung des Screenings bzw. Umstellung auf digitale Lösungen begründet. Weitere Ursachen waren fehlendes Screening bei ambulanten Pat. u. bei Pat., bei denen das histopathologische Ergebnis bei Entlassung noch nicht vorlag („kurze Liegedauer“, „unklare Raumforderung in der Niere“).

\* 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	47*	3 - 167	4160
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	66*	36 - 210	6267
Quote	Begründungspflicht*** <50%	74,62%	6,32% - 100%	66,38%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	82,09%	90,38%	93,75%	100%	100%
95. Perzentil	80,51%	88,23%	88,14%	88,26%	87,87%
75. Perzentil	77,03%	72,59%	80,47%	80,39%	82,29%
Median	66,84%	68,35%	66,66%	68,09%	74,62%
25. Perzentil	56,34%	59,48%	52,09%	50,98%	53,05%
5. Perzentil	23,87%	19,53%	15,67%	13,96%	12,93%
● Min	1,61%	12,73%	1,49%	2,78%	6,32%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
82	100,00%	63	76,83%

### Anmerkungen:

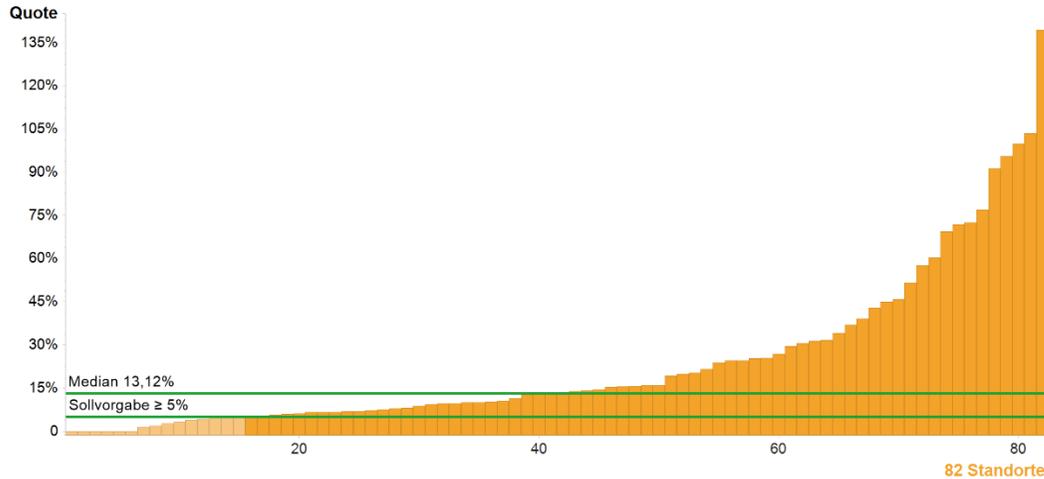
Bei leicht höherer Gesamtquote (Vorjahr 64,8%) ist der Median deutlich gestiegen. Wie im Vorjahr liegen knapp 77% im Plausibilitätskorridor. Von den 19 Zentren (Vorjahr 17) mit einer Quote < 50% liegen 7 Zentren im Ausland, wo andere gesetzl. Regelungen gelten. Weitere Begründungen waren kurze Verweildauer/ Entlassung vor Mitteilung des histopathologischen Befundes und Ablehnung der Beratung durch Pat.

\* 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.

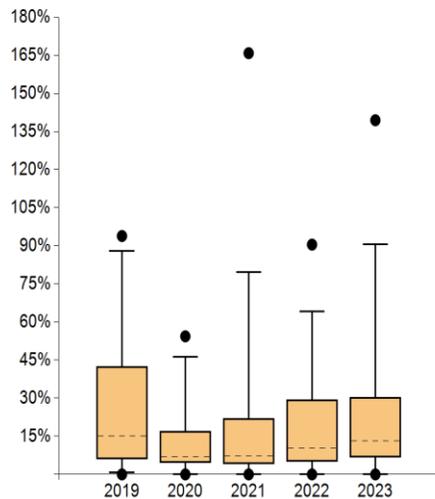
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 5. Anteil Studienpat.



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	7,5*	0 - 131	1335
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	57,5*	28 - 189	5428
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	13,12%	0,00% - 139,44%	24,59%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	93,86%	54,36%	165,85%	90,48%	139,44%
95. Perzentil	88,07%	46,18%	79,62%	64,19%	90,51%
75. Perzentil	42,44%	16,90%	22,03%	29,27%	30,31%
Median	15,13%	6,95%	7,30%	10,34%	13,12%
25. Perzentil	6,10%	4,66%	4,05%	5,00%	6,67%
5. Perzentil	0,81%	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	%
82	100,00%	67	81,71%

### Anmerkungen:

Die Anzahl der Studieneinschlüsse ist deutlich angestiegen (+ 55%), so dass der Gesamtanteil im Kennzahljahr 2023 bei 24,6% (Vorjahr 19,7%) liegt. 81,7% der Zentren (Vorjahr 75,3%) haben die Sollvorgabe erfüllt. Die Zentren mit einem Anteil < 5% haben angegeben, dass Pat. den Einschluss abgelehnt o. Einschlusskriterien nicht erfüllt hätten (u.a. nach Änderung des Protokolls). Andere Zentren verwiesen auf einen Mangel an Studien (keine Berücksichtigung durch Sponsor, später Studienbeginn in 2023 [RIPC], temporärer Rekrutierungsstopp [CARAT RCC]). Die FE haben in den Vor-Ort-Audits in 2 Zentren Abweichungen 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.

## 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.

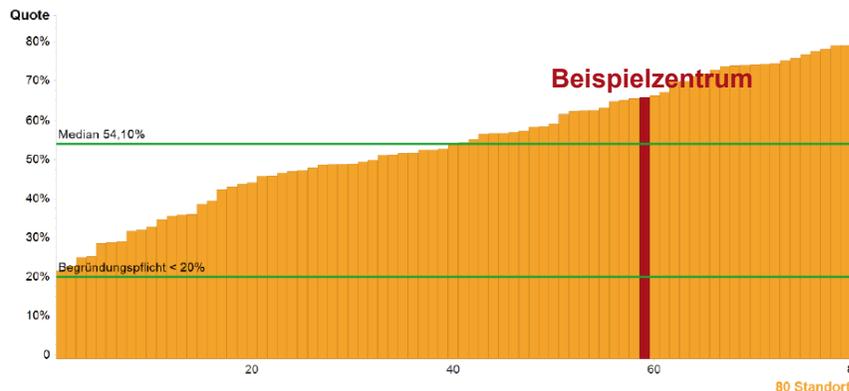
Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf [www.onkozert.de](http://www.onkozert.de) unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

#### Wer kann den individuellen Jahresbericht erhalten?

Voraussetzung für die Erstellung des individuellen Jahresberichtes ist die Veröffentlichung des allgemeinen Jahresberichtes (Bekanntgabe u.a. auf [www.onkozert.de](http://www.onkozert.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:

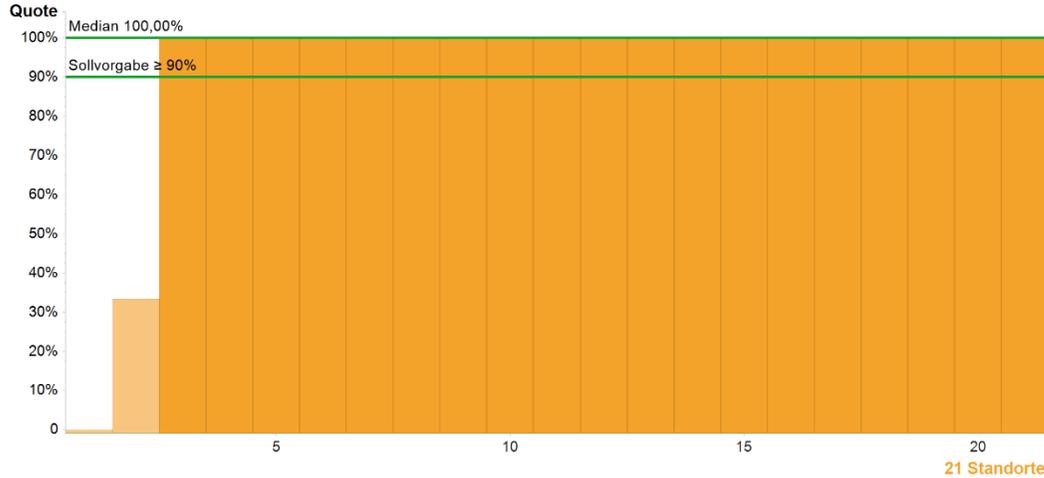
#### Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- 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).

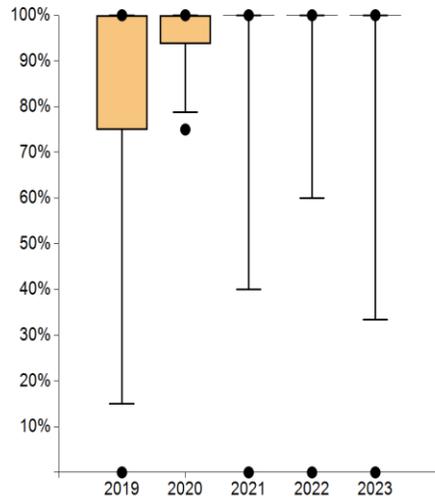
#### Alle anderen Organkrebszentren / Module

- 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. Biopsie vor ablativer Therapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Diagnosesicherung durch Stanzzyylinderbiopsie vor ablativer Therapie	1*	0 - 25	55
Nenner	Primärfälle mit ablativer Therapie (RFA o. Kryoablation)	1*	1 - 25	59
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	0,00% - 100%	93,22%**



	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	75,00%	93,75%	100%	100%	100%
5. Perzentil	15,00%	78,75%	40,00%	60,00%	33,33%
● Min	0,00%	75,00%	0,00%	0,00%	0,00%

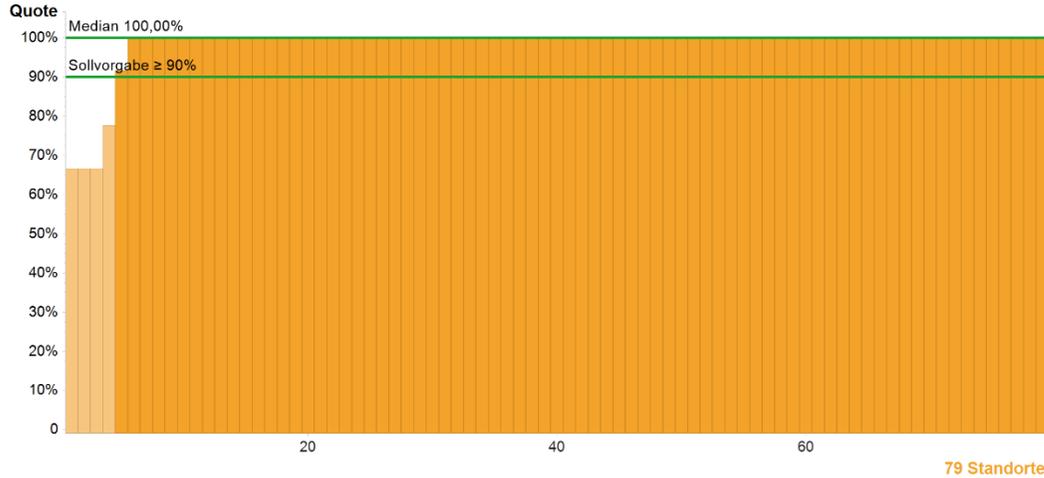
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
21	25,61%	19	90,48%

### Anmerkungen:

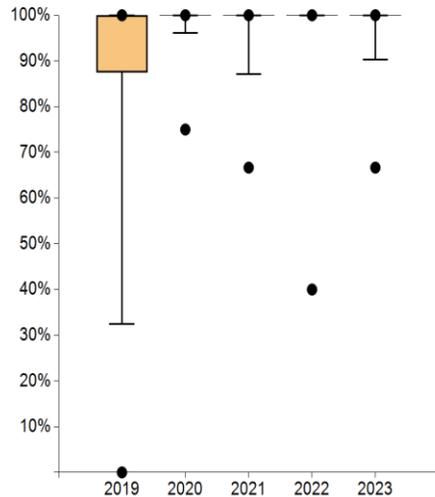
Sowohl die Zahl der Zentren, in denen ablative Therapien durchgeführt wurden (+ 62%) als auch die Anzahl der Interventionen (+ 136%) sind deutlich angestiegen. Mehr als 40% aller Ablationen sind in einem Zentrum erfolgt. Die beiden Zentren mit Quoten < 90% haben angegeben, dass bei jeweils 2 Pat. die CT-gestützte Biopsie in gleicher Sitzung wie die RFA/ Kryoablation erfolgte. Die FE haben darauf hingewiesen, dass auch bei Biopsie und Intervention in gleicher Sitzung d. histologische Untersuchungsergebnis zum Zeitpunkt der Ablation vorliegen muss.

\* 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. Histologie vor systemischer Therapie (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Histologie vor systemischer Therapie	3*	1 - 20	412
Nenner	Zentrumsfälle mit ausschließlicher systemischer Therapie	3*	1 - 20	418
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	66,67% - 100%	98,56%**



	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	87,50%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	32,50%	96,06%	87,05%	100%	90,28%
● Min	0,00%	75,00%	66,67%	40,00%	66,67%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
79	96,34%	75	94,94%

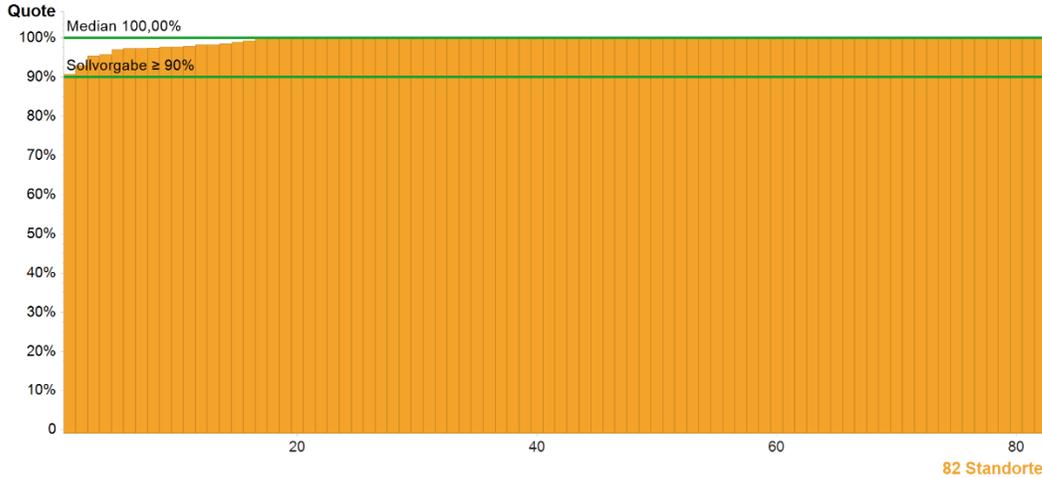
### Anmerkungen:

Der LL QI wird durch die Zentren sehr gut umgesetzt: In 98,6% (Vorjahr 97,7%) der Zentrumsfälle mit ausschließlicher systemischer Therapie ist prätherapeutisch eine histologische Sicherung erfolgt. In den 4 Zentren mit Quoten < 90% ist in Einzelfällen prätherapeutisch von einer Biopsie Abstand genommen worden u. mit Lokalisation der Filiae im Myokard bzw. rezidivierter Lungenmetastase begründet worden. Weitere Gründe waren hoher Therapiedruck, simultanes bilaterales Karzinom mit histologischer Sicherung auf einer Seite und kurzer Zeitraum zwischen Primärerkrankung u. Auftreten eines Lokalrezidivs (< 9 Mo.).

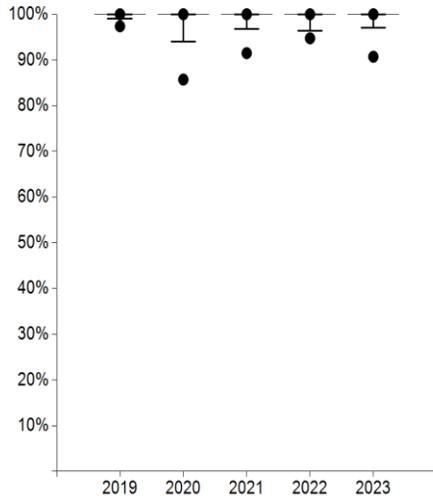
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 8. Histologischer Typ nach aktueller WHO-Klassifikation (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundberichten mit Angabe von: - Klassifikation nach WHO u. - Staging nach TNM	54,5*	24 - 172	4872
Nenner	Operative Primärfälle	54,5*	24 - 172	4900
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	100%	90,70% - 100%	99,43%**



	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	99,08%	93,94%	96,78%	96,38%	97,08%
● Min	97,37%	85,71%	91,49%	94,74%	90,70%

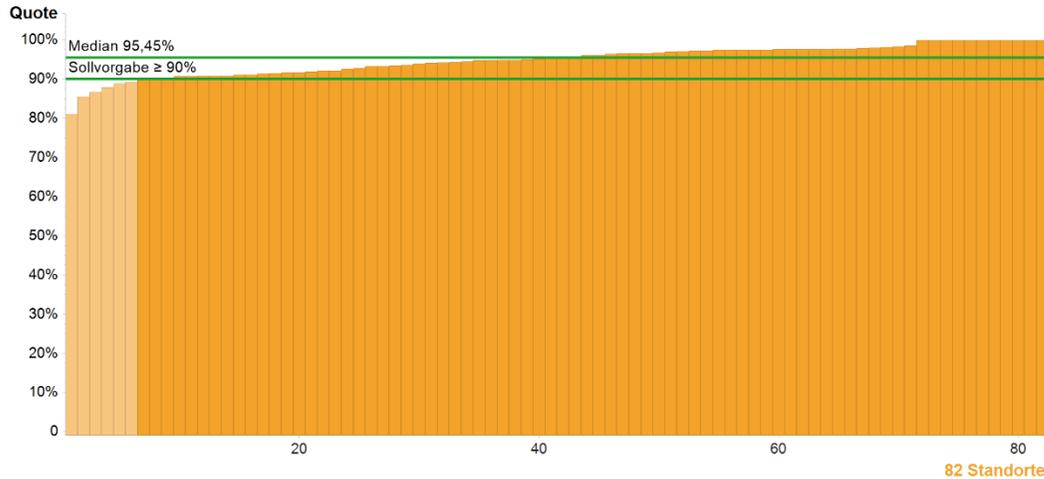
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
82	100,00%	82	100,00%

### Anmerkungen:

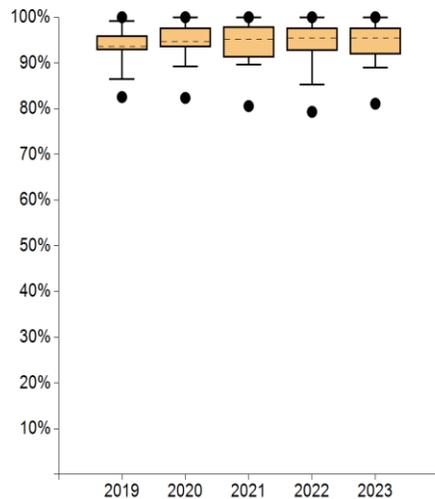
Der LL QI wird nahezu vollständig umgesetzt. Mit Ausnahme weniger Einzelfälle enthalte alle Befundberichte der operativen Primärfälle die geforderten WHO- und TNM-Klassifikationen. Alle Zentren haben die Sollvorgabe erfüllt. In 66 Zentren sind ausnahmslos alle Berichte vollständig (100%).

\* 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. R0-Resektion (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit R0-Resektion	50*	24 - 158	4653
Nenner	Operative Primärfälle	54,5*	24 - 172	4900
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	95,45%	81,08% - 100%	94,96%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	99,08%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	95,98%	97,71%	97,93%	97,65%	97,67%
Median	93,63%	94,67%	95,18%	95,45%	95,45%
25. Perzentil	92,86%	93,40%	91,15%	92,73%	91,92%
5. Perzentil	86,51%	89,28%	89,68%	85,25%	88,91%
● Min	82,54%	82,35%	80,56%	79,31%	81,08%

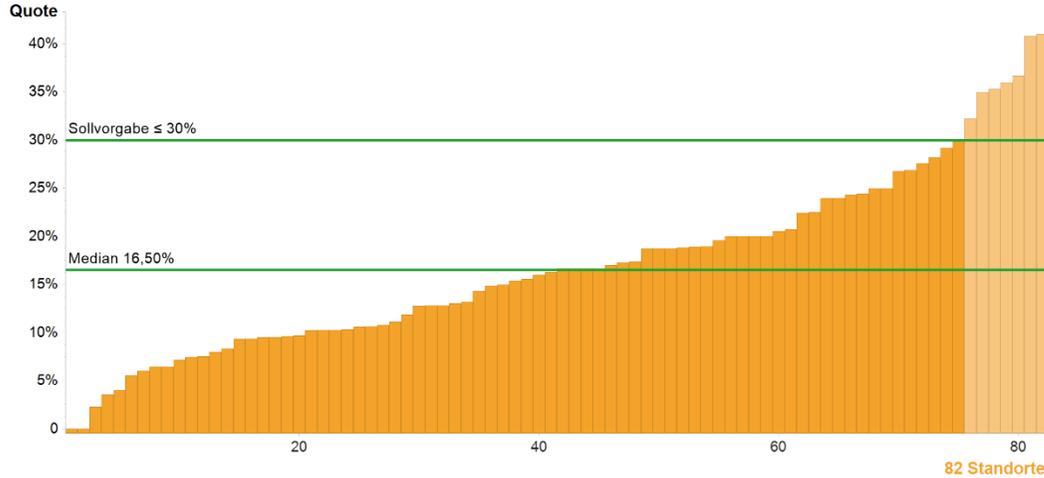
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
82	100,00%	76	92,68%

### Anmerkungen:

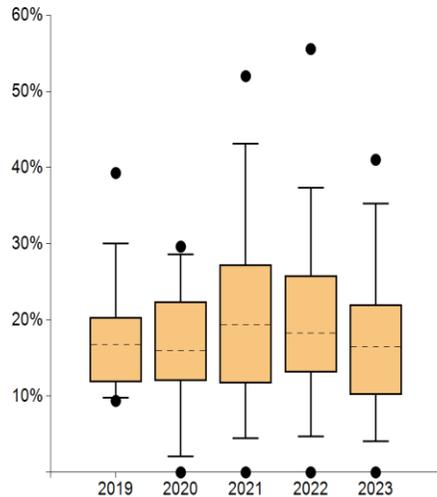
Die R0-Resektionsrate ist zum Vorjahr unverändert (95%). Nachdem im letzten Jahr der Anteil der Standorte mit Erfüllen der Sollvorgabe von 93,6% auf 91,8% leicht zurückgegangen war, haben in diesem Jahr 92,7% der Zentren Resektionsraten > 90%. Die 6 Zentren mit Quoten < 90% haben dies mit Rx-Befundungen bei Präparatdefekt im Rahmen der Bergung begründet. Weitere Gründe waren fortgeschrittene Tumore mit Infiltration der Vena cava, der autochthonen Rückenmuskulatur oder des Pankreas.

\* 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. Nephrektomie bei pT1 (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Nephrektomie	6*	0 - 29	580
Nenner	Operative Primärfälle pT1	37,5*	2 - 132	3469
Quote	Sollvorgabe ≤ 30%	16,50%	0,00% - 41,03%	16,72%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	39,29%	29,63%	52,00%	55,56%	41,03%
95. Perzentil	30,00%	28,59%	43,15%	37,37%	35,28%
75. Perzentil	20,35%	22,41%	27,27%	25,81%	22,01%
Median	16,82%	15,96%	19,42%	18,31%	16,50%
25. Perzentil	11,89%	12,05%	11,69%	13,16%	10,22%
5. Perzentil	9,78%	2,06%	4,46%	4,72%	4,08%
● Min	9,38%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

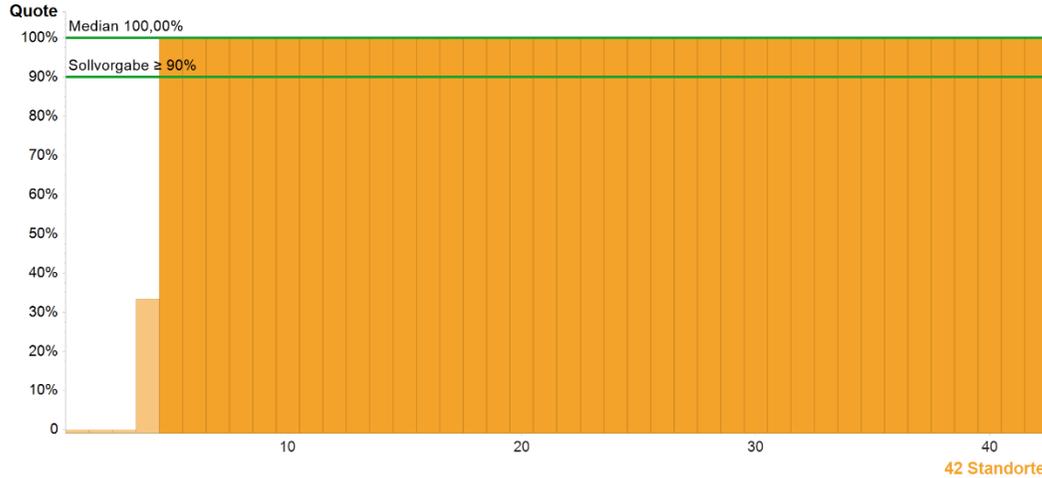
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
82	100,00%	75	91,46%

### Anmerkungen:

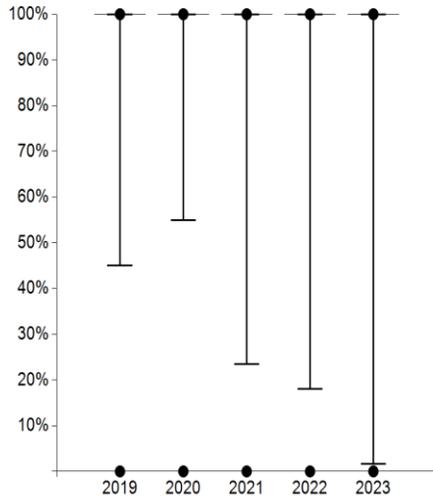
Die Nephrektomierate bei pT1 hat erneut abgenommen und liegt bei 16,7% (Vorjahr 19,0%). Der Anteil der Zentren mit einer Nephrektomierate ≤ 30% hat im Vorjahresvergleich deutlich zugenommen (91,5% vs. 82,2%). Die Zentren mit Quoten > 30% begründeten dies insbesondere mit Tumorgroße bzw. -lokalisierung und Nephrektomie bei funktionsloser Niere bzw. Niereninfarkt/ Blutung nach Teilresektion.

\* 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. Zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonat-/ Denosumab-Therapie (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Zentrumspat. des Nenners mit Empfehlung einer zahnärztlichen Untersuchung vor Beginn der Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	1*	0 - 14	86
Nenner	Zentrumspat. mit Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	1*	1 - 14	91
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	0,00% - 100%	94,51%**



	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	45,00%	55,00%	23,44%	18,00%	1,67%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

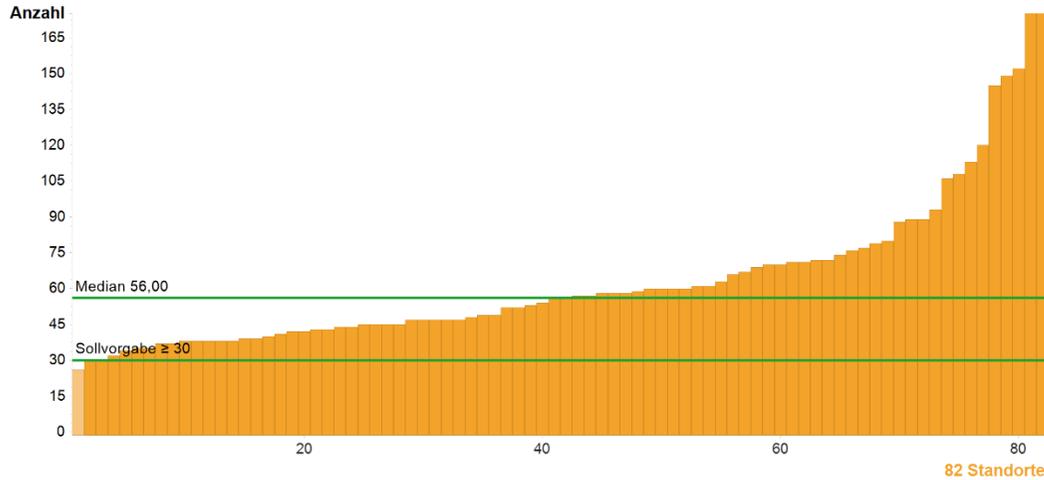
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	51,22%	38	90,48%

**Anmerkungen:**

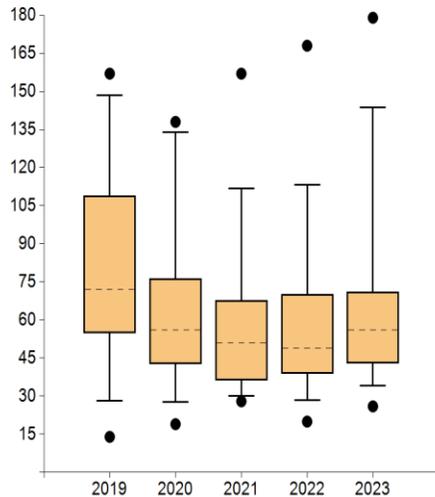
Die Zahl der Zentren, in denen Pat. eine Bisphosphonat o. Denosumab-Therapie erhalten haben, ist von 25 auf 42 deutlich angestiegen. Bei insgesamt sehr kleinem Nenner (Median 1, Range 0-14) wurde in den Zentren mit Quoten < 90% aufgrund des Behandlungsdrucks in Einzelfälle eine entsprechende Empfehlung nicht ausgesprochen („klinische Indikation ließ keine elektive zahnärztliche Untersuchung zu“) und in einem Zentrum die Empfehlung zur zahnärztlichen Untersuchung nicht dokumentiert.

\* 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. Operative Expertise



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Expertise - Anzahl Nierenteilresektionen/ Nephrektomien (OPS: 5-553 u. 5-554 bei ICD-10 C64)	56	26 - 179	5182
	Sollvorgabe ≥ 30			



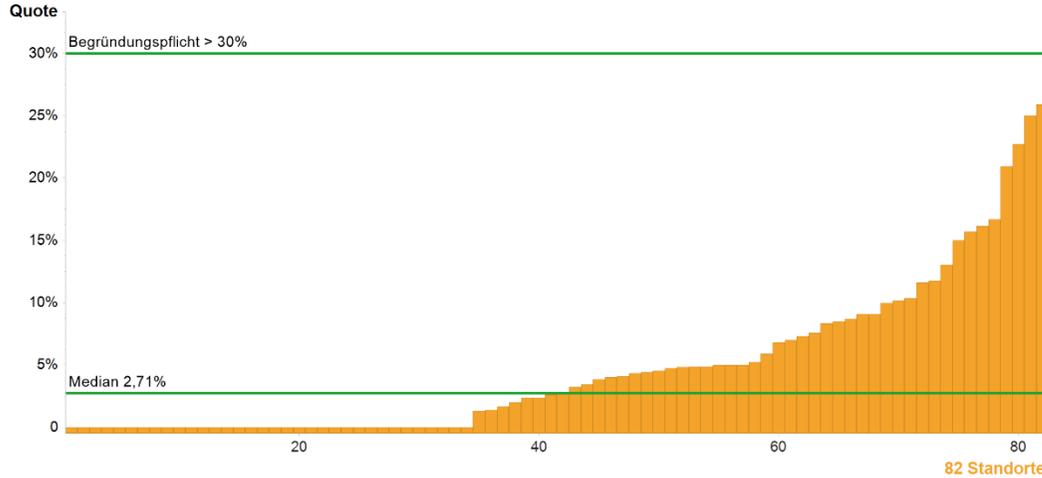
	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	157,00	138,00	157,00	168,00	179,00
95. Perzentil	148,55	133,85	111,90	113,20	143,75
75. Perzentil	109,00	76,25	67,75	70,00	71,00
Median	72,00	56,00	51,00	49,00	56,00
25. Perzentil	54,75	42,75	36,25	39,00	43,00
5. Perzentil	28,30	27,80	30,10	28,40	34,05
● Min	14,00	19,00	28,00	20,00	26,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
82	100,00%	81	98,78%

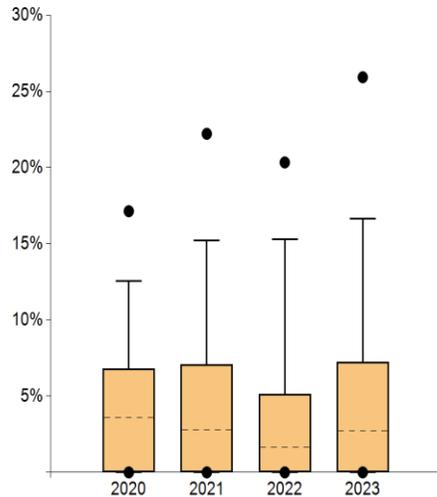
### Anmerkungen:

Die Zahl der operativen Eingriffe (Nephrektomie/ Nierenteilresektion) bei histologisch gesichertem Nierenzellkarzinom hat deutlich und auf gesamter Spannweite zugenommen. Im Median sind in den Zentren 56 Eingriffe durchgeführt worden. Ein Zentrum hat die Sollvorgabe von  $\geq 30$  Operationen unterschritten, erwartet aber durch Einführung von Robotik-OPs steigende Operationszahlen.

### 13. Postoperative Komplikationen nach Nierenteilresektion



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Komplikation Clavien-Dindo Grad III oder IV innerhalb der ersten 90 d nach Nierenteilresektion	1*	0 - 11	149
Nenner	Operative Primärfälle mit Nierenteilresektion	34*	12 - 126	3260
Quote	Begründungspflicht*** >30%	2,71%	0,00% - 25,93%	4,57%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	17,14%	22,22%	20,34%	25,93%
95. Perzentil	----	12,56%	15,21%	15,31%	16,64%
75. Perzentil	----	6,82%	7,08%	5,13%	7,24%
Median	----	3,57%	2,78%	1,64%	2,71%
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	%
82	100,00%	82	100,00%

**Anmerkungen:**

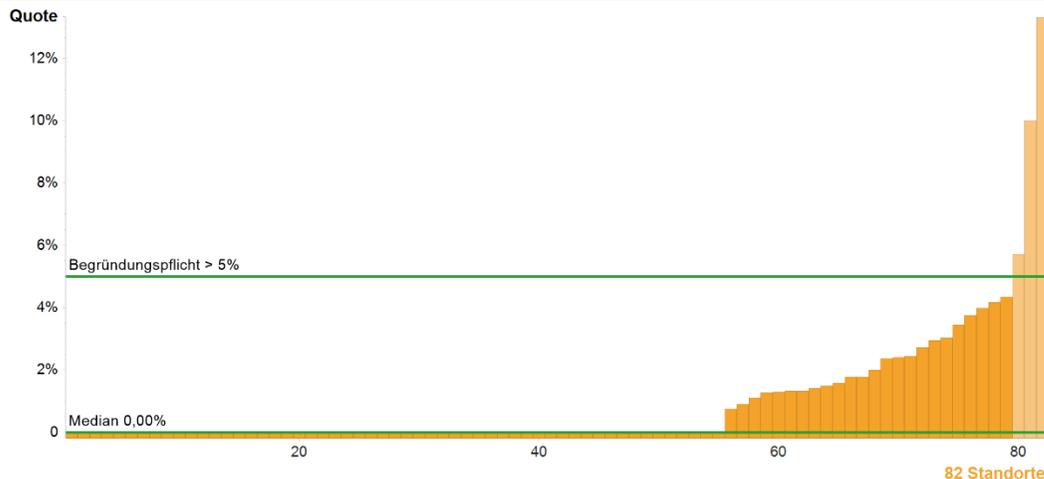
Die Komplikationsrate nach Nierenteilresektion ist von 3,8% auf 4,6% leicht angestiegen (Median 2,7%) und liegt auf dem Niveau von 2021. Alle Zentren liegen im Plausibilitätskorridor von ≤ 30%. In 34 Zentren (Vorjahr 35) traten nach Nierenteilresektion keine Komplikationen auf (= 41,5% der Zentren) und in 84,1% der Zentren lag die Komplikationsrate bei ≤ 10%.

\* 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.

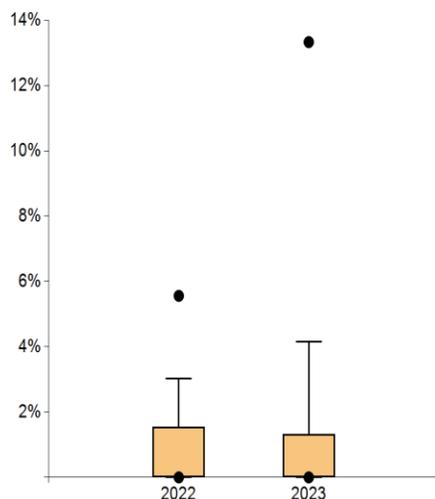
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

# 14. Postoperative Mortalität



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Operative Primärfälle des Nenners, die postoperativ innerhalb von 90 d verstorben sind	0*	0 - 6	50
Nenner	Operative Primärfälle mit partieller Nierenresektion/ Nephrektomie	54,5*	24 - 172	4900
Quote	Begründungspflicht*** >5%	0,00%	0,00% - 13,33%	1,02%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	----	----	5,56%	13,33%
95. Perzentil	----	----	----	3,03%	4,16%
75. Perzentil	----	----	----	1,55%	1,32%
Median	----	----	----	0,00%	0,00%
25. Perzentil	----	----	----	0,00%	0,00%
5. Perzentil	----	----	----	0,00%	0,00%
● Min	----	----	----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
82	100,00%	79	96,34%

### Anmerkungen:

Die postoperative Mortalität ist im Auditjahr 2024 erstmals für alle Zentren verpflichtend erfasst worden. Bei leicht gestiegener Mortalitätsrate (Vorjahr 0,84%) liegen 79 Zentren (96,3%) im Plausibilitätskorridor; 3 Zentren haben 90d-Mortalitätsraten > 5%. Diese Zentren haben die Todesfälle aufgearbeitet. Ein Zentrum hat auf fehlende Rückmeldung der Todesursache (durch das klinische Krebsregister) bei Pat.-Versterben nach Entlassung 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.

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

## Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Zertifizierungskommission Uroonkologische Zentren / Nierenkrebszentren  
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: 978-3-910336-79-7



9 783910 336797