



# Kennzahlenauswertung 2026

## Jahresbericht der zertifizierten Harnblasenkrebszentren

Auditjahr 2025 / Kennzahlenjahr 2024

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Allgemeine Informationen .....	3
Stand des Zertifizierungssystems für Harnblase 2025 .....	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's) beziehen sich auf die Version 2.0 der S3-LL zur Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	17*	3 - 122	1396	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+)	17*	3 - 122	1417	1163
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	85,7% - 100%	98,5%**	98,1%

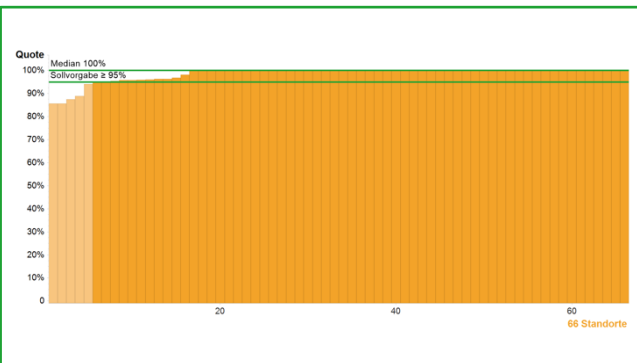
### Grunddaten Kennzahl:

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.

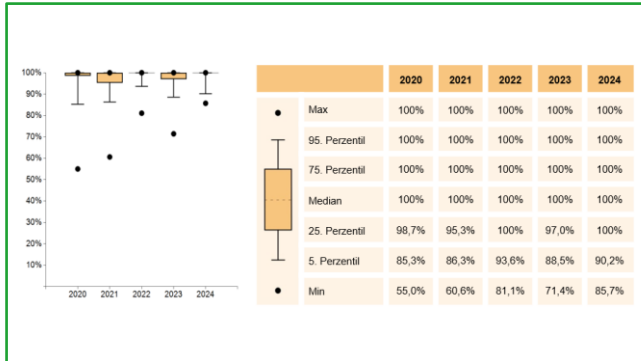
In der Spalte **Pat. Gesamt** sind die Summe aller gemäß der Kennzahl behandelten Pat. sowie die dazugehörige Quote dargestellt.



### Diagramm:

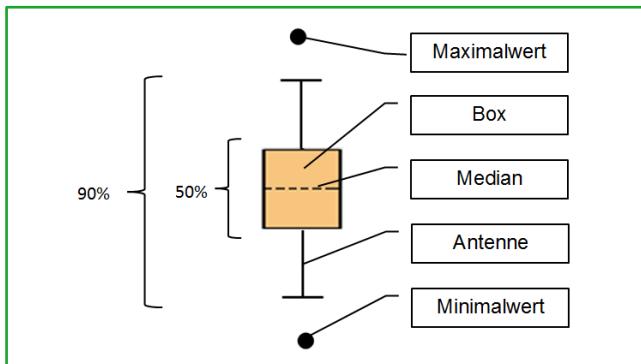
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

## Allgemeine Informationen



### Kohorte:

Die **Kohorte** in den Jahren **2020, 2021, 2022, 2023** und **2024** 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 2025

	31.12.2025	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021
Laufende Verfahren	5	12	10	15	22
Zertifizierte Zentren	68	57	55	47	33
Zertifizierte Standorte	69	58	56	48	34

## Berücksichtigte Standorte

	31.12.2025	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	66	56	48	44	17
entspricht	95,7%	96,6%	85,7%	91,7%	50,0%
Primärfälle gesamt*	8.647	7.204	6.034	5.329	1.942
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	131	129	126	121	114
Primärfälle pro Standort (Median)*	119	117	112	103	93

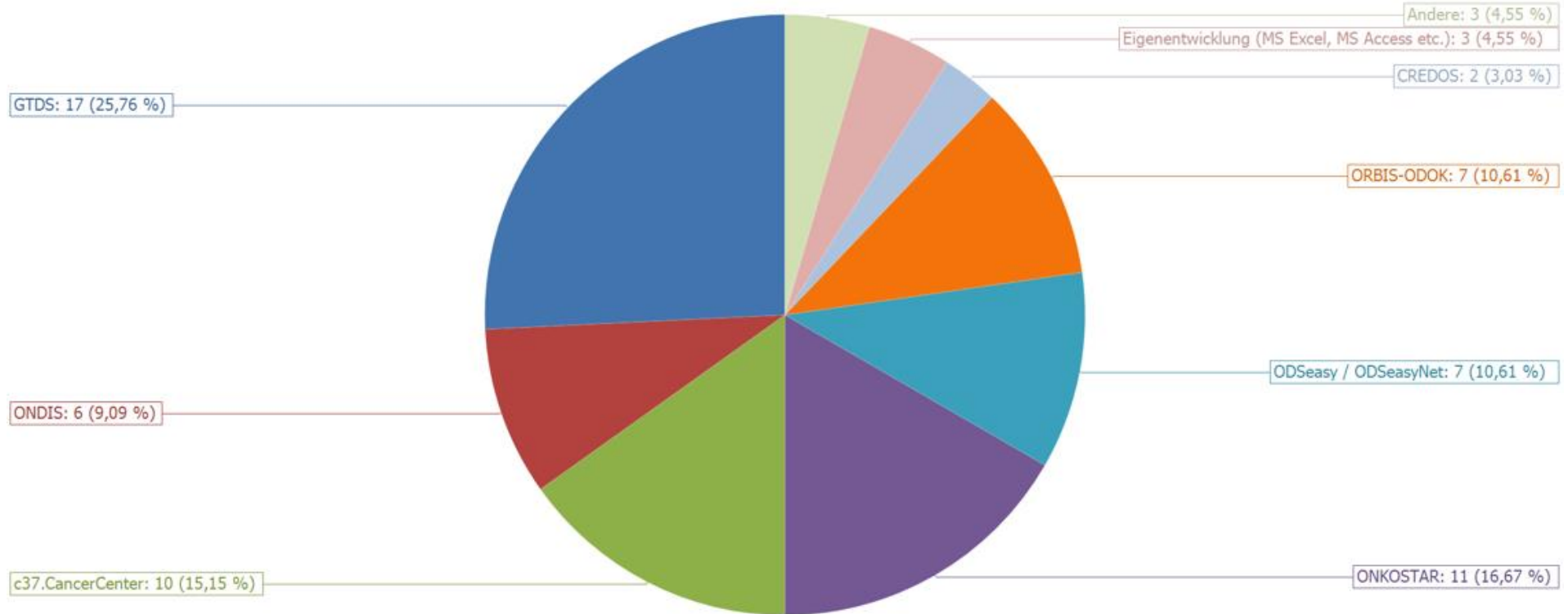
\* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

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 66 der 69 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 3 Standorte, die im Jahr 2025 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). In 69 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 8.989 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 2024. Sie stellen für die 2025 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

## Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten

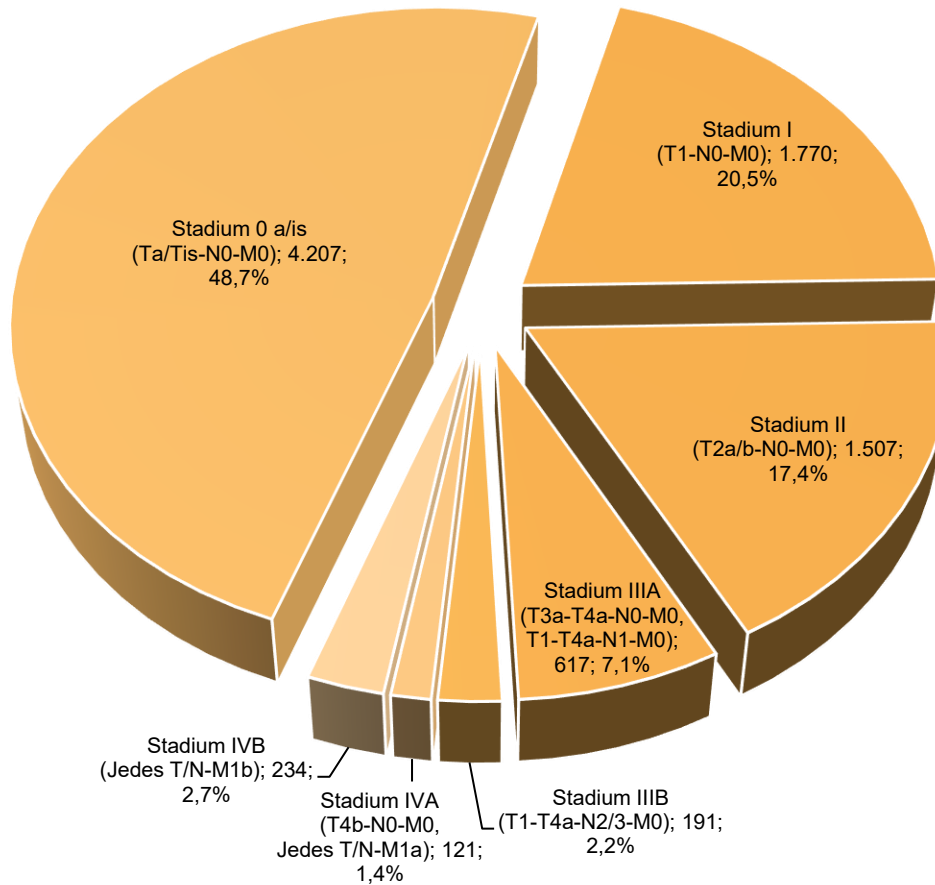


Legende:	
Andere	Systeme, die jeweils nur an einem Standort genutzt werden

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.

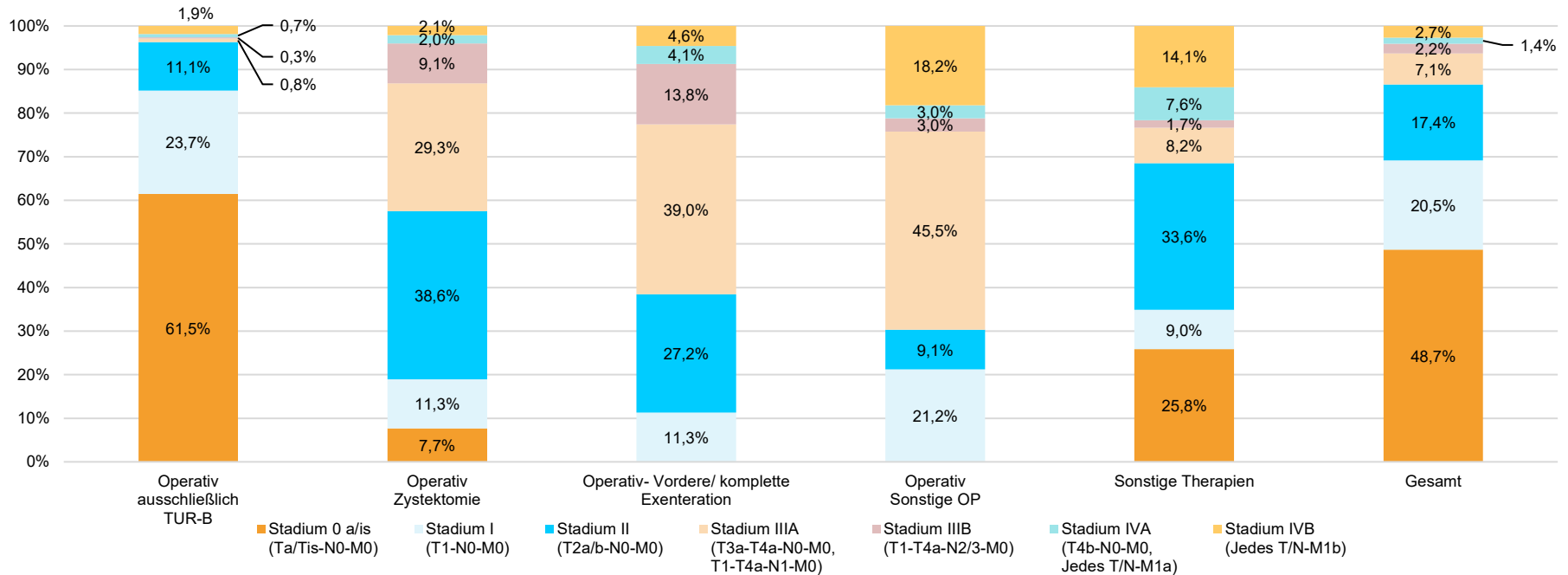
## Basisdaten – Verteilung Primärfälle Harnblase

### Primärfälle gesamt



	Primärfälle Gesamt
Stadium 0 a/is (Ta/Tis-N0-M0)	4.207 (48,7%)
Stadium I (T1-N0-M0)	1.770 (20,5%)
Stadium II (T2a/b-N0-M0)	1.507 (17,4%)
Stadium IIIA (T3a-T4a-N0-M0, T1-T4a-N1-M0)	617 (7,1%)
Stadium IIIB (T1-T4a-N2/3-M0)	191 (2,2%)
Stadium IVA (T4b-N0-M0, Jedes T/N-M1a)	121 (1,4%)
Stadium IVB (Jedes T/N-M1b)	234 (2,7%)
<b>Primärfälle gesamt</b>	<b>8.647 (100%)</b>

# Basisdaten

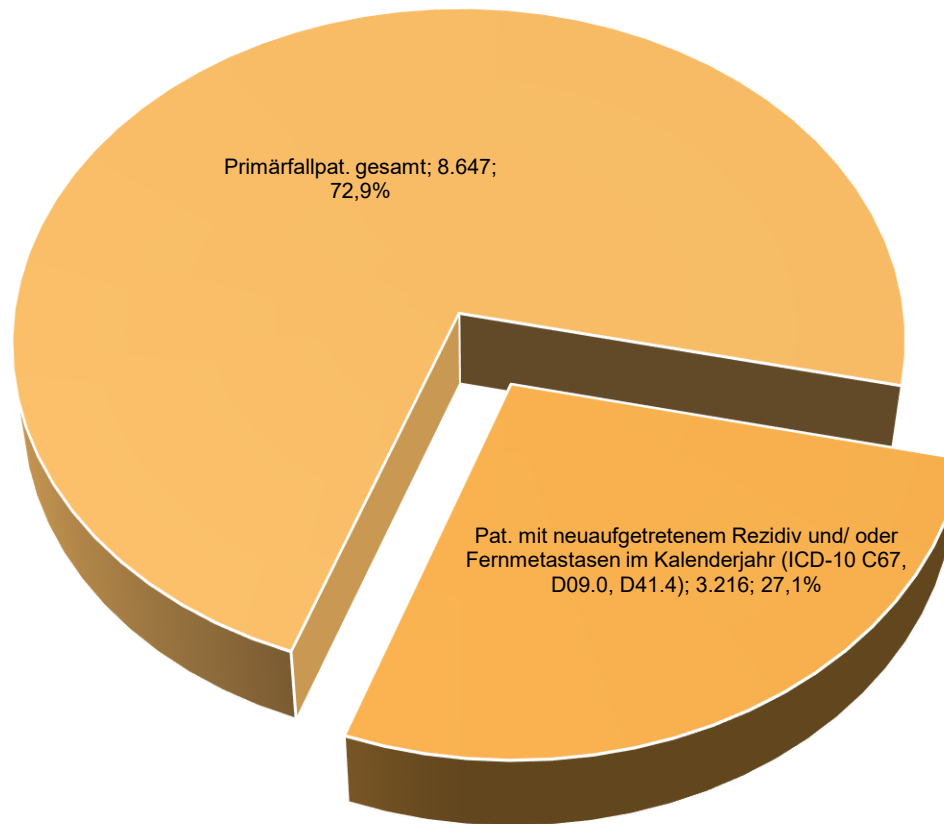


	Operativ-ausschließlich TUR-B	Operativ-Zystektomie	Operativ-Vordere/ komplette Exenteration	Operativ-Sonstige OP <sup>1</sup>	Sonstige Therapien <sup>2</sup>	Gesamt
Stadium 0 a/is (Ta/Tis-N0-M0)	3.970 (61,5%)	114 (7,7%)	---	---	123 (25,8%)	4.207 (48,7%)
Stadium I (T1-N0-M0)	1.531 (23,7%)	167 (11,3%)	22 (11,3%)	7 (21,2%)	43 (9,0%)	1.770 (20,5%)
Stadium II (T2a/b-N0-M0)	719 (11,1%)	572 (38,6%)	53 (27,2%)	3 (9,1%)	160 (33,6%)	1.507 (17,4%)
Stadium IIIA (T3a-T4a-N0-M0, T1-T4a-N1-M0)	52 (0,8%)	435 (29,3%)	76 (39,0%)	15 (45,5%)	39 (8,2%)	617 (7,1%)
Stadium IIIB (T1-T4a-N2/3-M0)	20 (0,3%)	135 (9,1%)	27 (13,8%)	1 (3,0%)	8 (1,7%)	191 (2,2%)
Stadium IVA (T4b-N0-M0, Jedes T/N-M1a)	47 (0,7%)	29 (2,0%)	8 (4,1%)	1 (3,0%)	36 (7,6%)	121 (1,4%)
Stadium IVB (Jedes T/N-M1b)	121 (1,9%)	31 (2,1%)	9 (4,6%)	6 (18,2%)	67 (14,1%)	234 (2,7%)
<b>Primärfälle gesamt</b>	<b>6.460 (100%)</b>	<b>1.483 (100%)</b>	<b>195 (100%)</b>	<b>33 (100%)</b>	<b>476 (100%)</b>	<b>8.647 (100%)</b>

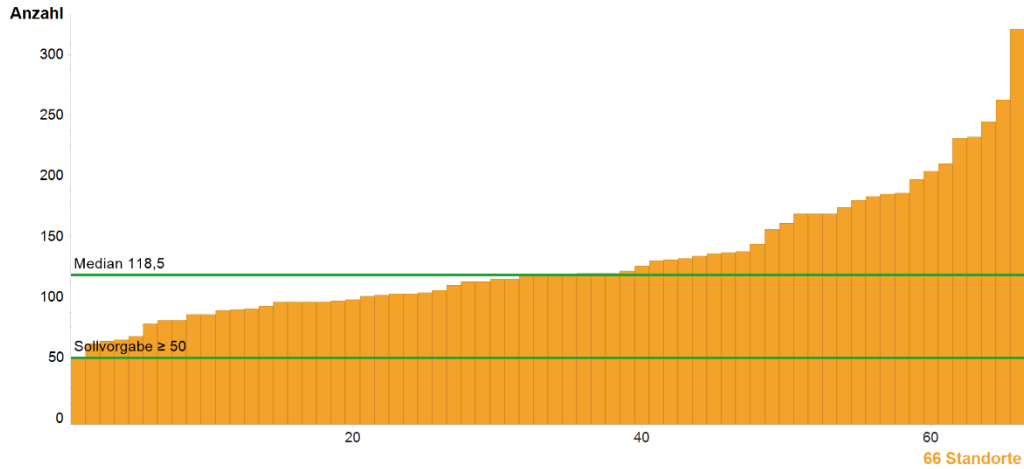
<sup>1</sup> inkl. Teilresektion der Harnblase (OPS 5-575), konventionell oder laparoskopisch oder roboterassistiert, mit oder ohne bilateraler pelviner Lymphonodektomie  
<sup>2</sup> z.B. alleinige Resektion oder Bestrahlung von Metastasen, rein systemische Therapie, Radiochemotherapie.

## Basisdaten - Verteilung Primärfälle / Rezidive und Metastasen Harnblase

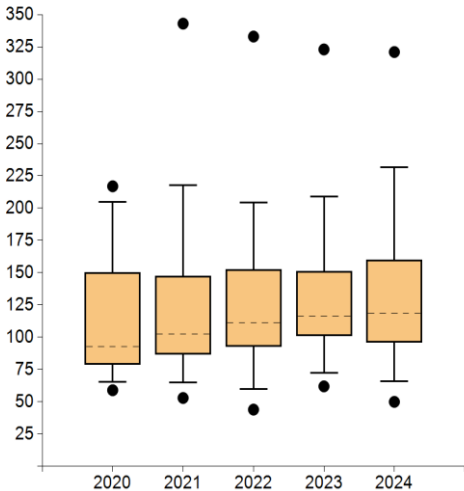
### Verteilung Primärfälle / Rezidive und Metastasen



# 1a. Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	118,5	50 - 321	8647	7204
	Sollvorgabe ≥ 50				

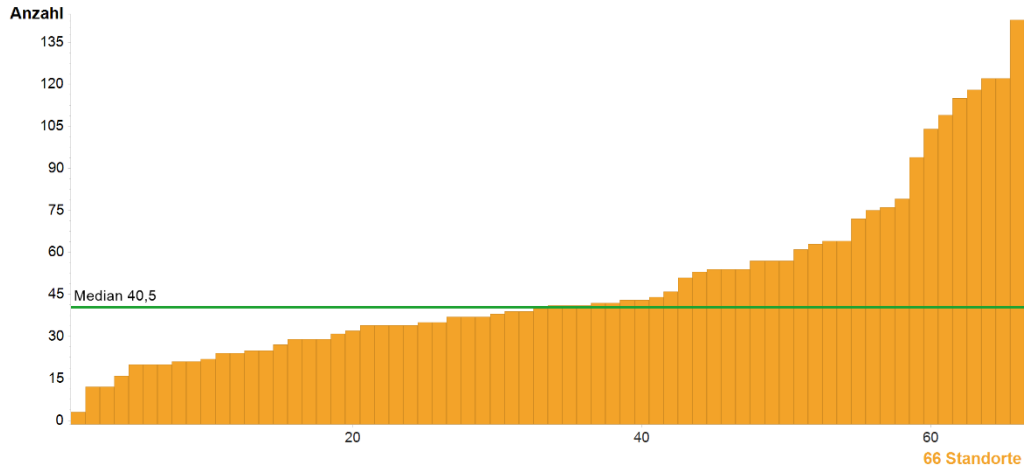


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	217	343	333	323	321
95. Perzentil	205	217,8	204,3	209	231,8
75. Perzentil	150	147,3	152,5	151,3	159,8
Median	93	102,5	111,5	116,5	118,5
25. Perzentil	79	86,8	93	101	96
5. Perzentil	65,4	65	60	72,5	65,8
Min	59	53	44	62	50

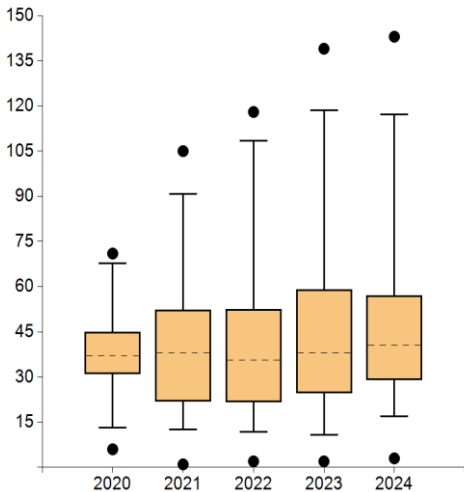
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
66	100%	56	100%	66	100%	56	100%

**Anmerkungen:**  
 Die Primärfallzahl (+ 20%) hat stärker als die Zahl der zertifizierten Harnblasenkrebszentren zugenommen (+ 17,9%). Dies spiegelt sich auch im weiteren Anstieg d. Medians wieder. Nachdem in den letzten Jahren auch ein Zuwachs der Fallzahlen in den kleineren Zentren zu beobachten war, zeigen sich in diesem KeZa-Jahr kleinere Werte der 25. bzw. 5. Perzentile. Alle Zentren haben die Sollvorgabe von ≥ 50 Primärfällen erfüllt. Seit Implementierung d. Zertifizierungssystems hat der Anteil d. Primärfälle im Stadium 0 von 43,7% auf 48,7% zu-, der im Stadium III von 14,7% auf 9,3% abgenommen.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	40,5	3 - 143	3216	2594
	Keine Sollvorgabe				

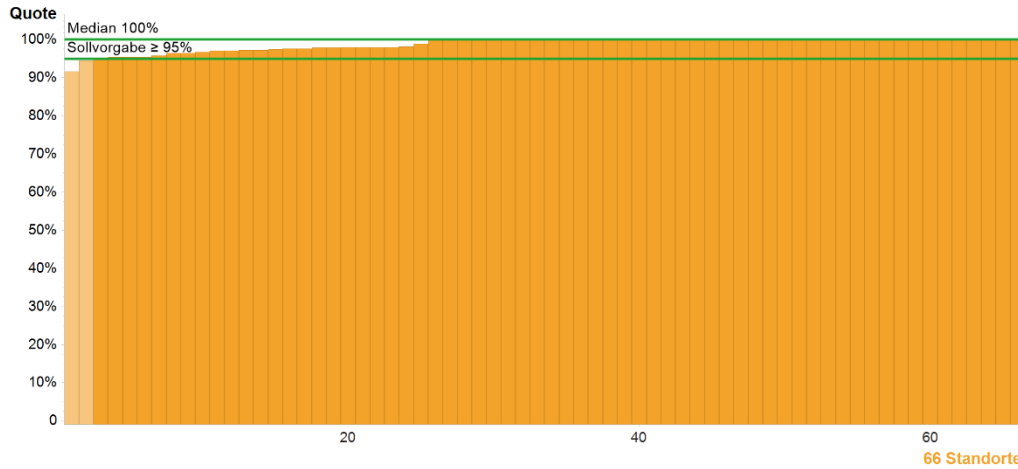


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	71	105	118	139	143
95. Perzentil	67,8	90,8	108,4	118,5	117,3
75. Perzentil	45	52,3	52,5	59	57
Median	37	38	35,5	38	40,5
25. Perzentil	31	22	21,8	24,8	29
5. Perzentil	13,2	12,6	11,7	10,8	17
Min	6	1	2	2	3

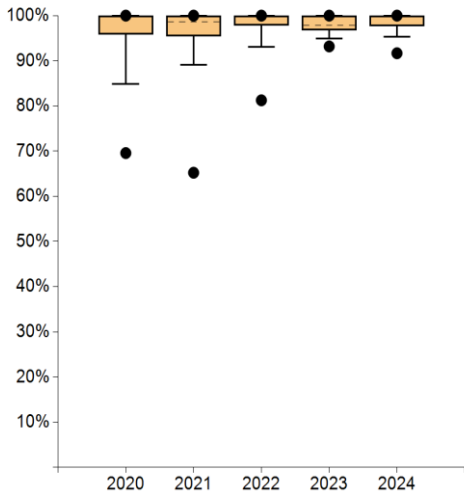
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
66	100%	56	100%	----	----	----	----

**Anmerkungen:**  
 Pat. mit neu auftretendem Rezidiv u./o Fernmetastasen machen ein gutes Viertel der Zentrumsfälle auf. Auch die Zahl dieser Pat. (+ 24,0%) hat im Vergleich mit der Zahl der Zentren (+ 17,9%) stärker zugelegt. Im Gegensatz zur KeZa 1b haben hier auch die kleineren Zentren profitiert (5. und 25. Perzentile).

## 2a. Vorstellung Tumorkonferenz - Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die postoperativ in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	38*	4 - 113	2659	2412
Nenner	Primärfälle nach TUR-B (mind. T1 high-grade, T2) und nach totaler/ partieller Zystektomie (mind. R1 u/o N+)	38,5*	4 - 113	2692	2461
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	91,7% - 100%	98,8%**	98%



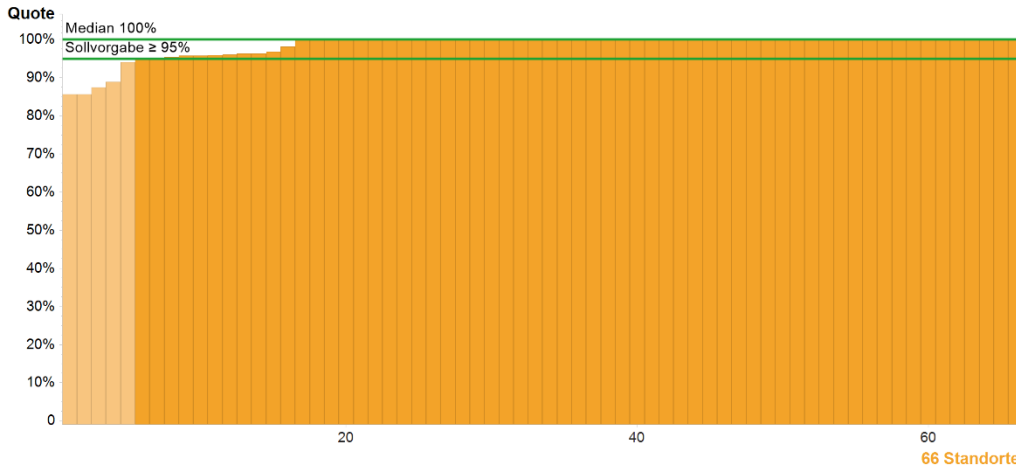
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	98,7%	100%	97,8%	100%
25. Perzentil	95,8%	95,4%	97,8%	96,7%	97,7%
5. Perzentil	84,9%	89,0%	93,0%	94,9%	95,4%
Min	69,6%	65,2%	81,3%	93,2%	91,7%

Standorte mit auswertbaren Daten	Standorte mit Sollvorgabe erfüllt						
	2024	2023	2024	2023			
66	100%	56	100%	64	97%	52	92,9%

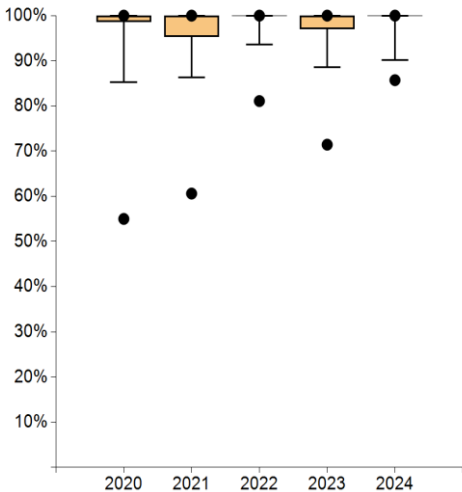
**Anmerkungen:**  
 Bei bereits sehr guter Umsetzung in den Vorjahren sind Gesamtquote und Median nochmals angestiegen. In 41 Zentren (= 62,1%) sind alle Primärfälle des Nenners in der Tumorkonferenz vorgestellt worden (Vorjahr 41,1%). In 2 Zentren wurde die Sollvorgabe von ≥ 95% unterschritten: In diesen Zentren wurde jeweils die Vorgabe aufgrund der unterlassenen Vorstellung eines Einzelfalles nicht erfüllt (Pat. verstorben (1x), Ablehnung einer weiteren Therapie durch Pat. (1x)).

\* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	17*	3 - 122	1396	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+)	17*	3 - 122	1417	1163
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	85,7% - 100%	98,5%**	98,1%



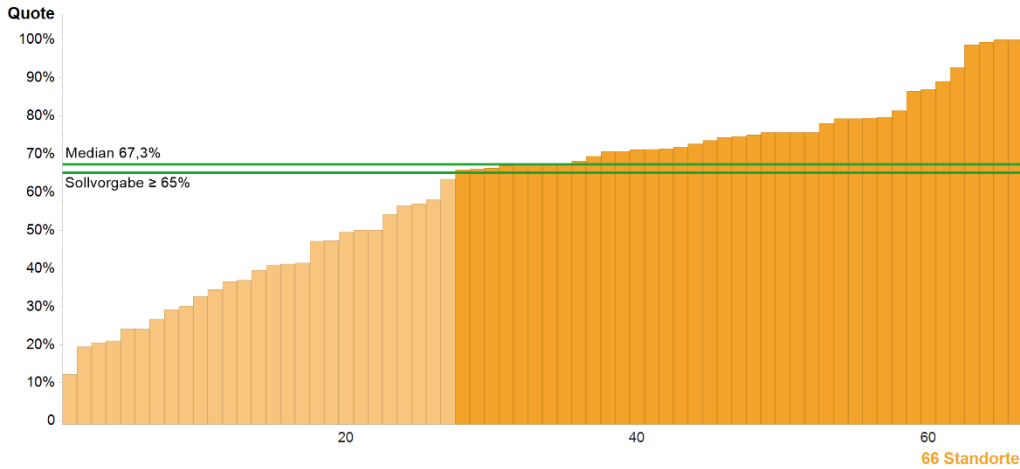
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	98,7%	95,3%	100%	97,0%	100%
5. Perzentil	85,3%	86,3%	93,6%	88,5%	90,2%
Min	55,0%	60,6%	81,1%	71,4%	85,7%

Standorte mit auswertbaren Daten	Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		
	2024	2023	
2024	2023	2024	2023
66	100%	56	100%
		61	92,4%
		49	87,5%

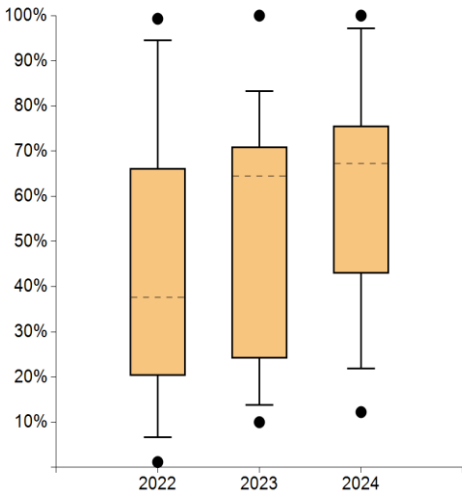
**Anmerkungen:**  
 Nachdem im letzten KeZa-Jahr die Tumorkonferenz-Vorstellung von Pat. mit neu diagnostizierten Fernmetastasen, Rezidiv nach TUR-B bzw. Zystektomie (R1/N+) im Jahresvergleich einige Zentren etwas mehr herausgefordert hatte, sind jetzt Gesamtquote und Anteil der Zentren mit Erfüllung der SV wieder angestiegen. 75% der Zentren haben alle, 5 Zentren weniger als 95% der Pat. im Nenner in der Tumorkonferenz vorgestellt: Gründe hierfür waren u.a. Exitus letalis, simultanes präfinales pulmonales Zweitkarzinom, Behandlungsdruck bei cerebraler Metastasierung mit ausgeprägtem Hirnödem, fehlende Pat.-Zustimmung zur Vorstellung im Tumorboard (2x) und Versäumnis (1x).

\* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	103,5*	18 - 439	7325	5229
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	155,5*	72 - 439	11863	9798
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	67,3%	12,2% - 100%	61,7%**	53,4%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	----	----	99,3%	100%	100%
95. Perzentil	----	----	94,6%	83,2%	97,2%
75. Perzentil	----	----	66,2%	71,0%	75,6%
Median	----	----	37,7%	64,4%	67,3%
25. Perzentil	----	----	20,2%	24,1%	42,9%
5. Perzentil	----	----	6,7%	13,8%	21,8%
Min	----	----	1,2%	10,0%	12,2%

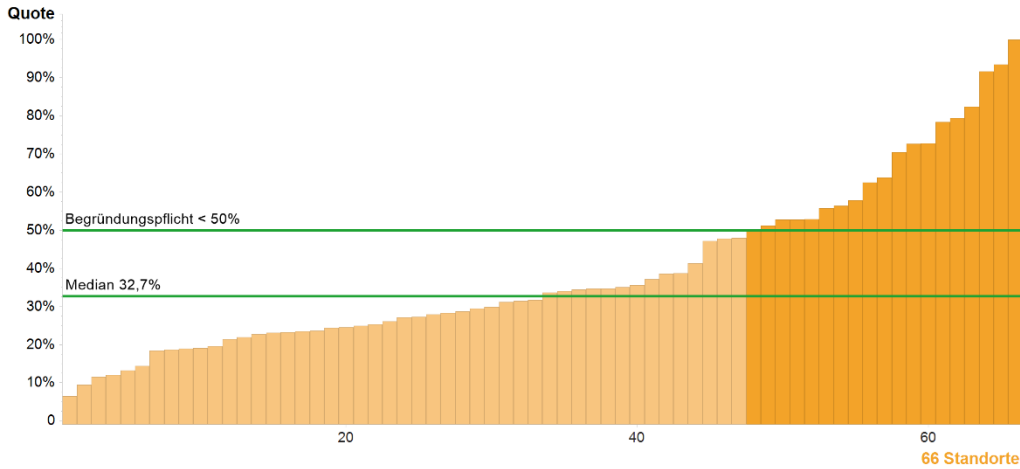
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
66	100%	56	100%	39	59,1%	28	50%

**Anmerkungen:**

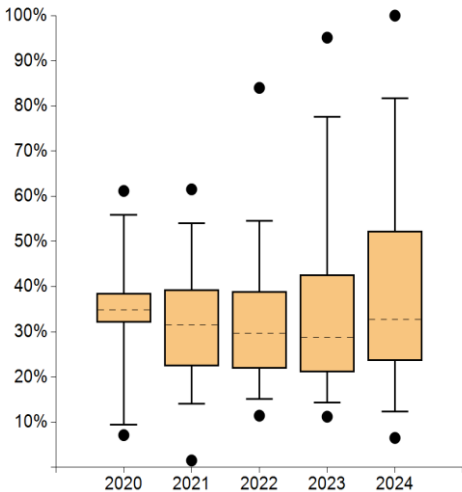
Das Psychoonkologische Distress-Screening ist im Vergleich mit den Vorjahren im aktuellen KeZa-Jahr von den Zentren besser umgesetzt worden. Bei weiterhin sehr großer Spannweite sind insbesondere Gesamtquote, sowie 5. u. 25. Perzentile angestiegen. Knapp 60% der Zentren (Vorjahr 50%) haben die Sollvorgabe erfüllt. Die Zentren mit Quoten < 65% haben dies mit kurzer stationärer Verweildauer u. bei Entlassung (noch) nicht gesicherter Diagnose sowie hohem Anteil an Pat. mit NMIBC begründet. Weitere Erklärungen waren (noch) anhaltende Probleme bei der Umstellung von papier-basierten Screenings auf digitale Erfassungen, Dokumentationsprobleme aber auch personelle Engpässe.

\* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	53*	9 - 184	4349	3347
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	155,5*	72 - 439	11863	9798
Quote	Begründungspflicht*** <50%	32,7%	6,5% - 100%	36,7%**	34,2%



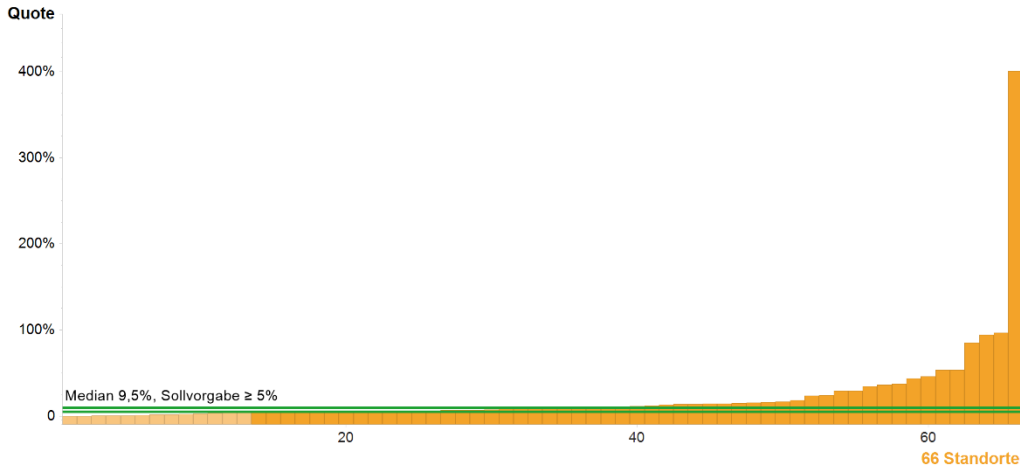
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	61,2%	61,5%	84,0%	95,1%	100%
95. Perzentil	55,9%	54,0%	54,6%	77,5%	81,7%
75. Perzentil	38,6%	39,4%	39,0%	42,6%	52,4%
Median	34,9%	31,6%	29,7%	28,8%	32,7%
25. Perzentil	32,1%	22,4%	21,8%	21,1%	23,6%
5. Perzentil	9,4%	14,0%	15,2%	14,4%	12,4%
Min	7,1%	1,5%	11,5%	11,2%	6,5%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
2024	2023	2024	2023
66	100%	19	19,6%
		11	28,8%
		56	100%

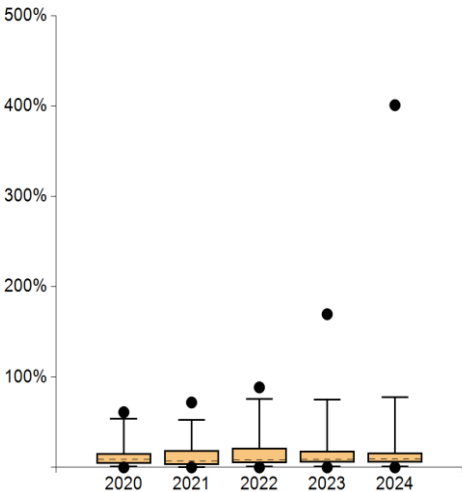
**Anmerkungen:**  
Die positive Entwicklung bei der Beratung durch den Sozialdienst hat sich im aktuellen KeZa-Jahr fortgesetzt, lediglich 5. Perzentile und Minimum liegen unter dem Vorjahresniveau. Auch hat der Anteil der Zentren im Plausibilitätskorridor weiter zugenommen. Die Zentren mit Beratungsquoten < 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	12*	0 - 453	1809	1279
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	118,5*	50 - 321	8647	7204
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	9,5%	0% - 400,9%	20,9%**	17,8%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	61,1%	71,8%	88,5%	169,5%	400,9%
95. Perzentil	53,7%	52,5%	75,6%	75,0%	77,4%
75. Perzentil	15,4%	18,8%	21,3%	18,0%	16,4%
Median	9,0%	6,9%	8,3%	8,8%	9,5%
25. Perzentil	4,3%	2,8%	4,6%	5,8%	5,6%
5. Perzentil	1,1%	0,0%	0,9%	0,8%	0,8%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
66	100%	53	82,1%
		46	80,3%

**Anmerkungen:**  
Die Zahl der Studieneinschlüsse hat im Jahresvergleich zugenommen; mehr als die Hälfte (52,2%) der Rekrutierungen entfallen jedoch auf die 5 Studienaktivsten Zentren. Knapp 20% der Zentren (Vorjahr 17,9%) haben die Sollvorgabe von ≥ 5% unterschritten. Die Zentren mit geringer Quote haben u.a. auf Probleme im Studiendesign (in EU nicht zugelassene Tests, Rückzug eines Sponsors), temporärem Rekrutierungsstopp und geringen Studienangebot verwiesen. Mehrere Zentren haben durch die Teilnahmen an weiteren Studien (u.a. MoveOnko) im KeZa-Jahr 2025 eine Steigerung der Studienquote nachweisen können. Die FE haben zahlreiche Hinweise und eine Abweichung 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.

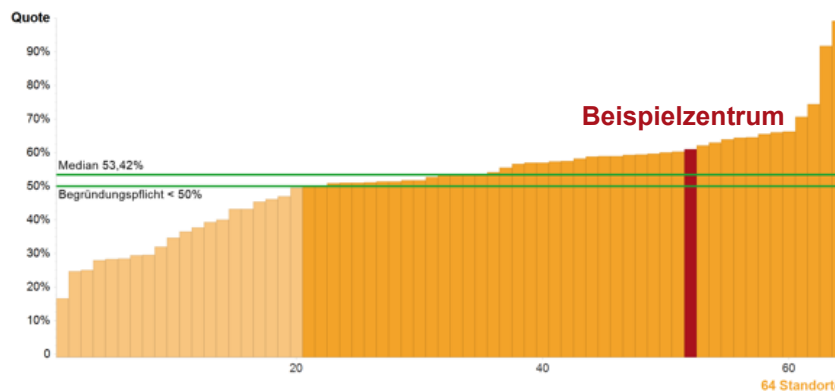
Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf [www.onkozert.de](http://www.onkozert.de) unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

#### 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 (beispielweise 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				
		2020	2021	2022	2023	2024
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch Sozialdienst beraten wurden	185	198	176	170	186
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit Rezidiv/Progress (= Kennzahl 1b)	305	338	333	335	305
Quote	Begründungspflicht* <50%	60,66%	58,58%	52,85%	50,75%	60,98%

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:

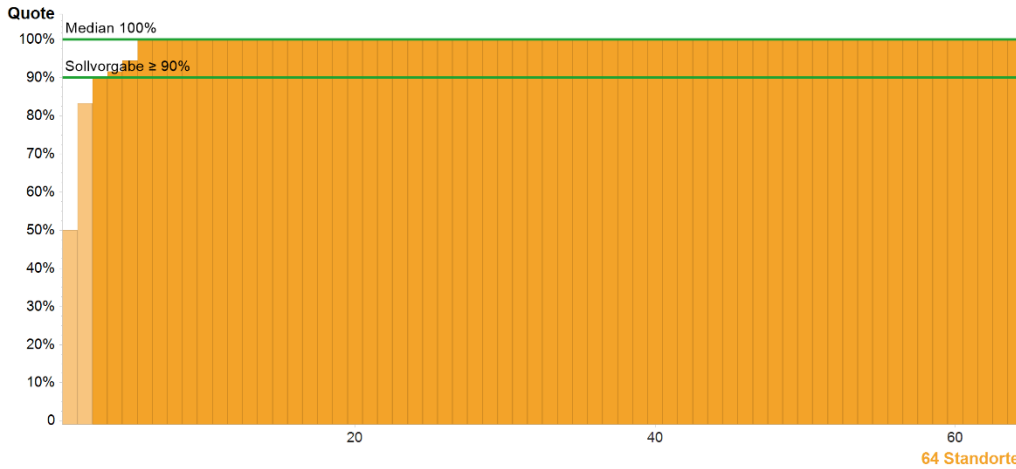
#### Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- 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).

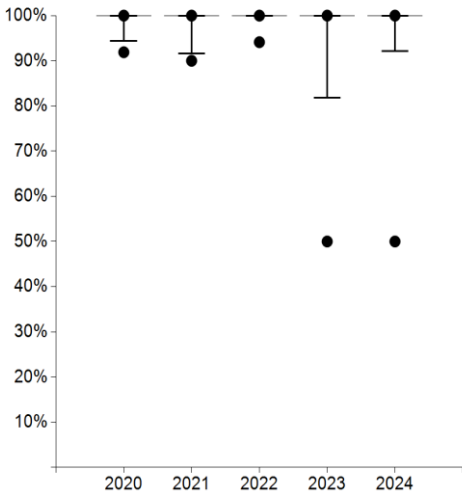
#### Alle anderen Organkrebszentren / Module

- 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	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)	6*	1 - 19	411	411
Nenner	Zentrumspat. mit Erstdiagnose pN+	6*	1 - 19	419	421
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	50% - 100%	98,1%**	97,6%



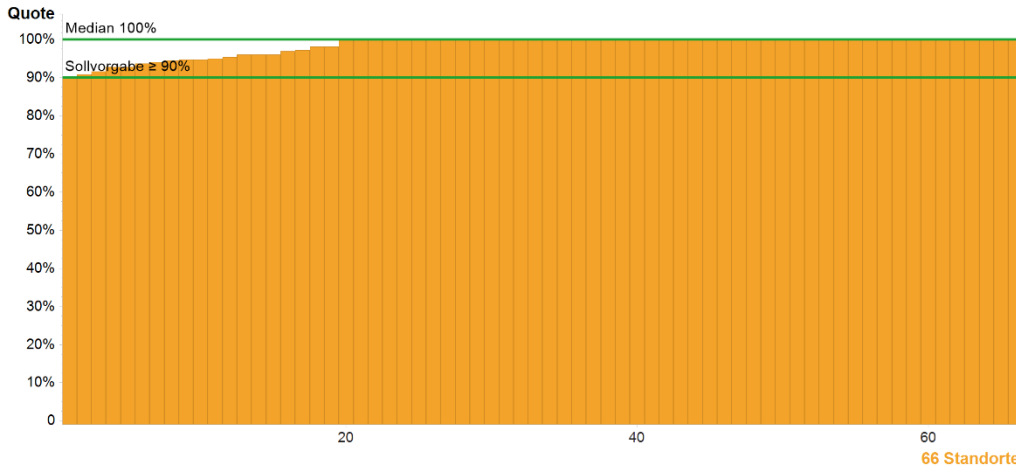
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	94,4%	91,7%	100%	81,8%	92,1%
Min	91,9%	90,0%	94,1%	50,0%	50,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
64	97%	54	96,4%	62	96,9%	51	94,4%

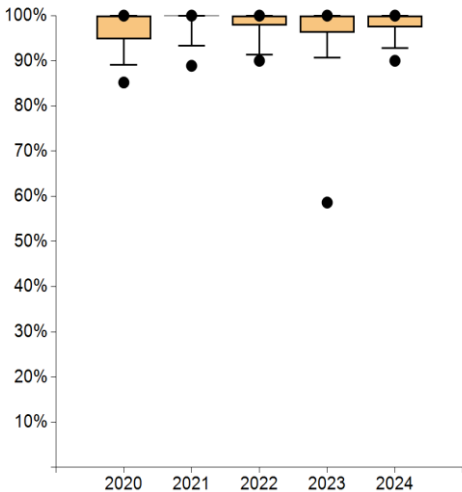
**Anmerkungen:**  
Bei Zentrumspat. mit histopatholog. nachgewiesenem Lymphknotenbefall haben im aktuellen KeZa 98,1% der Befundberichte alle geforderten Gesichtspunkte adressiert (Vorjahr 97,6%). In 59 Zentren (= 92%) waren alle Berichte vollständig. In 1 Zentrum (mit Quote < 90%) wurden bei einem Pat. bei Ileus und Peritonealkarzinose nicht alle geforderten Kriterien angegeben. Das Zentrum mit einer Quote von 50% hat Probleme bei der Übernahme/Bewertung der Befunde als Grund identifiziert. In 2 Zentren wurden im KeZa-Jahr 2024 keine Pat. mit Erstdiagnose eines nodalen Tumorbefalls behandelt.

\* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Pathologiebericht mit der Aussage, ob Detrusor-Muskulatur enthalten ist	20*	5 - 165	1506	1165
Nenner	Primärfälle Stadium I und ausschließlich TUR-B	20*	5 - 168	1531	1199
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	90% - 100%	98,4%**	97,2%



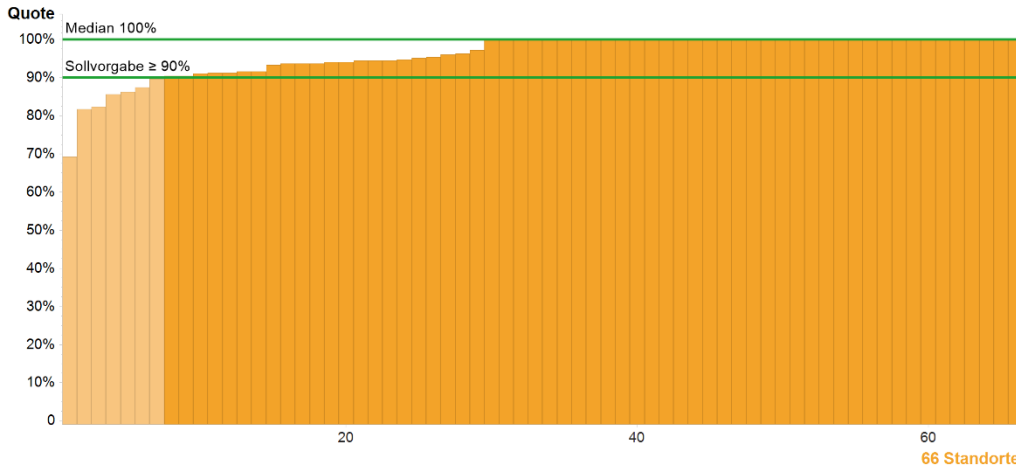
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	94,7%	100%	97,8%	96,2%	97,4%
5. Perzentil	89,0%	93,3%	91,3%	90,7%	92,9%
Min	85,2%	88,9%	90,0%	58,6%	90,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
66	100%	56	100%	66	100%	55	98,2%

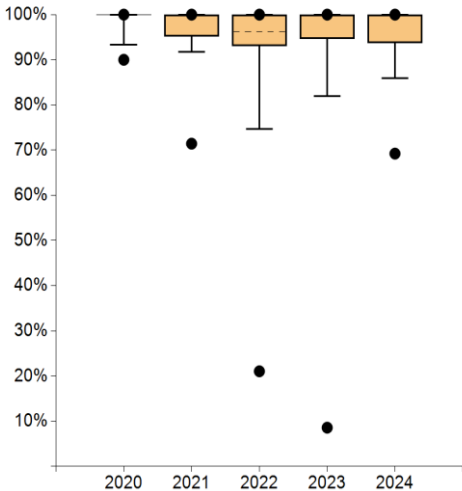
**Anmerkungen:**  
Dieser LL-QI ist von den Zentren schon in den letzten Jahren sehr gut umgesetzt worden. Im aktuellen KeZa-Jahr zeigen sich dennoch nochmals verbesserte Ergebnisse: Mehr als 98% aller Berichte bei Primärfällen im Stadium I und ausschließlicher TUR-B treffen eine Aussage über die Detrusor-Muskulatur. In 47 Zentren (= 71,2%) haben alle Befundberichte die geforderte Information gegeben. Alle Zentren haben die Sollvorgabe von ≥ 90% erfüllt (Vorjahr 55 von 56 Zentren).

\* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit beidseitiger pelviner Lymphadenektomie	17*	6 - 75	1315	1130
Nenner	Primärfälle mit radikaler Zystektomie	18*	6 - 75	1369	1206
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	69,2% - 100%	96,1%**	93,7%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	96,3%	100%	100%
25. Perzentil	100%	95,2%	93,1%	94,6%	93,8%
5. Perzentil	93,3%	91,7%	74,7%	81,9%	85,9%
Min	90,0%	71,4%	21,1%	8,6%	69,2%

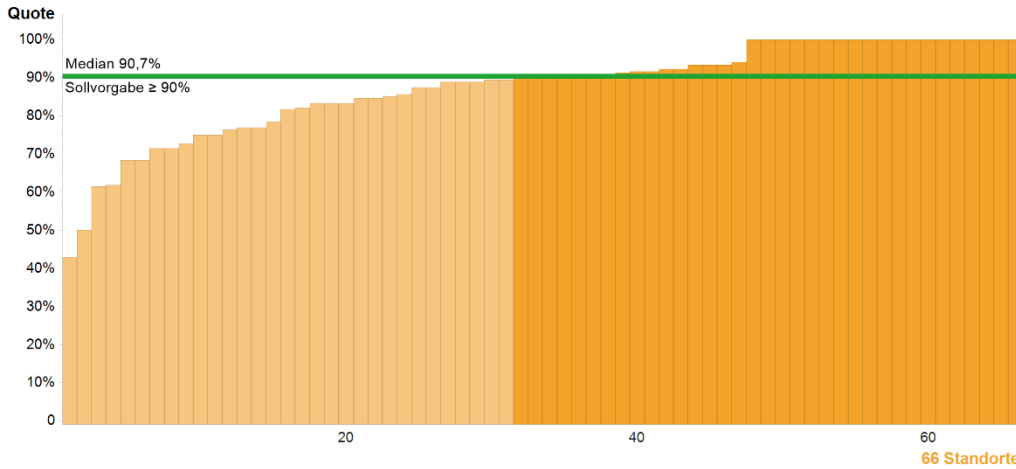
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
66	100%	56	100%	59	89,4%	51	91,1%

**Anmerkungen:**

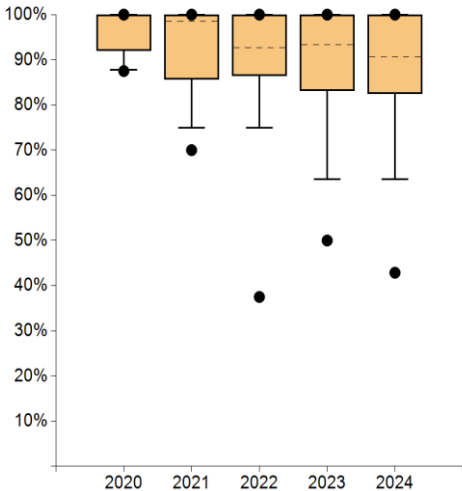
Der Anteil der Primärfälle mit radikaler Zystektomie, bei dem eine bilaterale pelvine Lymphadenektomie erfolgt ist, ist im KeZa-Jahr 2024 von 93,7 auf 96,1% angestiegen. Knapp 90% der Zentren haben die Sollvorgabe von ≥ 90% erfüllt (Vorjahr 91%). Die 7 Zentren mit Unterschreitung d. Sollvorgabe haben unterlassene LADs vor allem mit vorausgegangenen operativen Eingriffen (Y-Prothesen) bzw. Lymphadenektomien bei vorherigem ProstataCa, frozen pelvis nach Radiatio (ProstataCa, CervixCa) u. Zystektomie in palliativer Intention 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.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit radikaler Zystektomie innerhalb von 3 Monaten nach Diagnosestellung	10*	2 - 47	774	717
Nenner	Primärfälle Stadium > I und radikaler Zystektomie ohne neoadjuvante Chemotherapie	12*	2 - 52	885	796
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	90,7%	42,9% - 100%	87,5%**	90,1%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	98,4%	92,6%	93,3%	90,7%
25. Perzentil	92,0%	85,7%	86,4%	83,1%	82,4%
5. Perzentil	87,7%	75,0%	74,9%	63,6%	63,5%
Min	87,5%	70,0%	37,5%	50,0%	42,9%

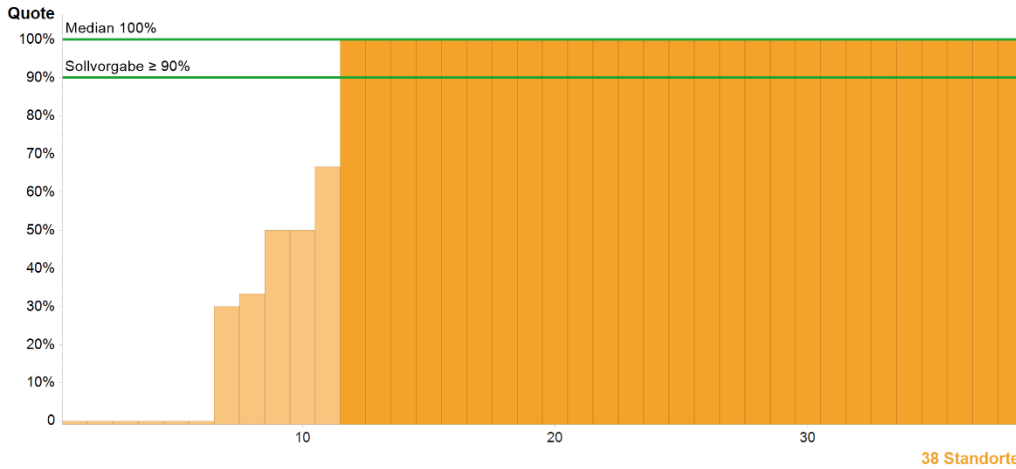
	Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
	2024	2023	2024	2023
	66	100%	56	100%
			35	53%
			36	64,3%

### Anmerkungen:

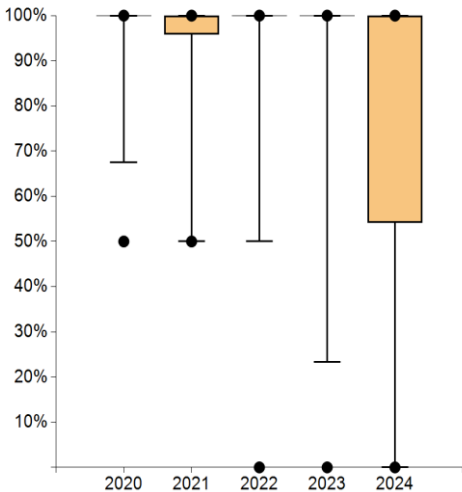
In gut der Hälfte der Zentren (53%) sind mehr als 90% der Primärfälle mit Zystektomie innerhalb von 3 Monaten nach Diagnosestellung operiert worden. Sowohl Median als auch Gesamtquote liegen unter den Ergebnissen der Vorjahre. Die Zentren mit einer Erfüllung < 90% haben dies insbesondere mit verzögerter Zuweisung nach externer TUR-B und Hinausschiebung der OP aufgrund von Pat.-Wunsch („Bedenkzeit“) begründet. Weitere Erklärungen waren simultane Zweitumore/ pulmonale Rundherde, laufende duale Antikoagulation nach koronarer Intervention und Zystektomien im Rahmen von palliativen Behandlungskonzepten.

\* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit simultaner Radiochemotherapie	1*	0 - 9	93	93
Nenner	Primärfälle Stadium > I und kurativ intendierter Radiotherapie (ggf. als Bestandteil Radio(chemo)therapie)	2*	1 - 18	122	104
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	0% - 100%	76,2%**	89,4%



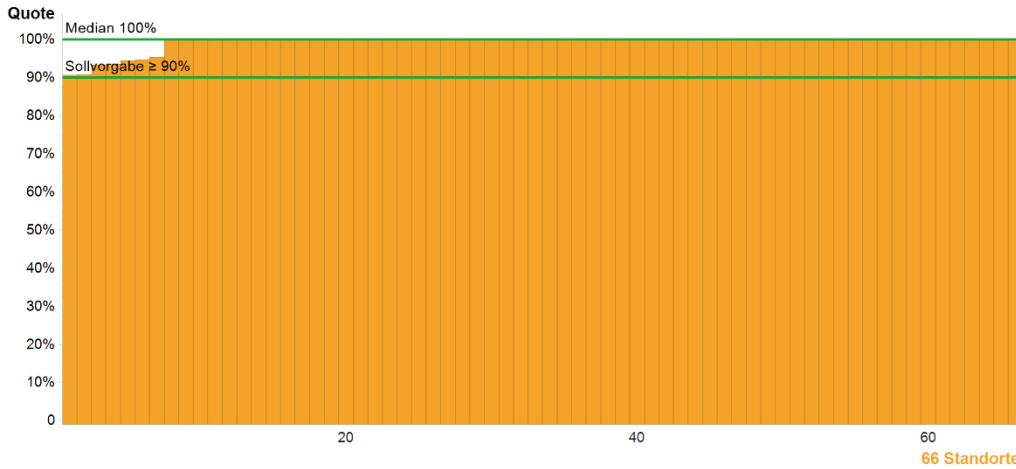
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	95,8%	100%	100%	54,2%
5. Perzentil	67,5%	50,0%	50,0%	23,3%	0,0%
Min	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
38	57,6%	27	71,1%
35	62,5%	29	82,9%

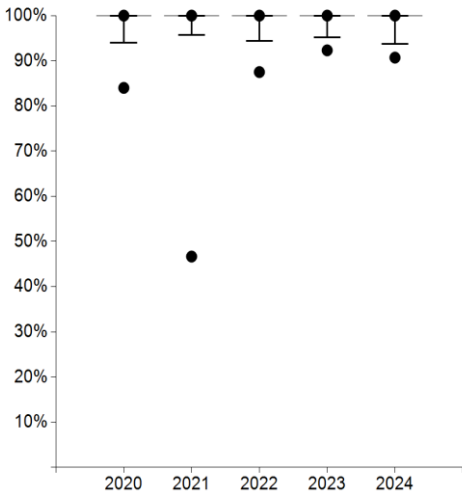
**Anmerkungen:**  
 Bei insgesamt sehr kleinem Nenner hat der Anteil der Primärfälle im Stadium > I u. kurativ intendierter Radiatio, bei dem eine simultane Radiochemotherapie erfolgt ist, abgenommen. In 27 von 38 Zentren (71%) ist die Therapie bei diesen Primärfällen immer als simultane RCTx erfolgt (Vorjahr 80%). Die Zentren mit Quoten < 90% haben auf Kontraindikationen zur Chemotherapie (Nieren-, Herzinsuffizienz), hohes Alter, reduziertem AZ (ECOG 3), aber auch Ablehnung der empfohlenen Therapie durch Pat. verwiesen. In einem Zentrum erfolgten kombinierte Antikörper- bzw. Immuntherapien, die nicht in den Zähler einfließen.

\* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit präoperativer Anzeichnung Stomaposition	20,5*	6 - 63	1597	1338
Nenner	Zentrumspat., bei denen eine OP mit Urostomaanlage durchgeführt wurde	21,5*	6 - 63	1609	1347
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	90,7% - 100%	99,3%**	99,3%



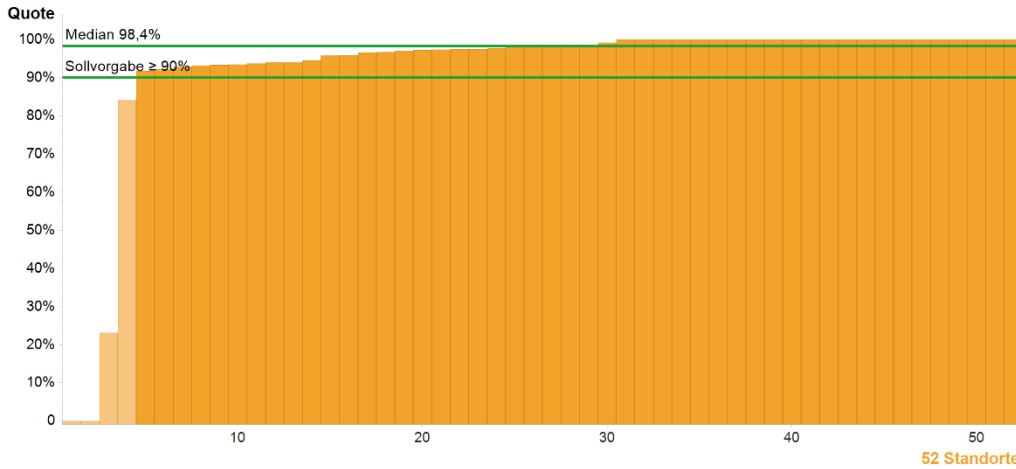
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	93,9%	95,7%	94,4%	95,2%	93,8%
Min	84,0%	46,7%	87,5%	92,3%	90,7%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
66	100%	56	100%	66	100%	56	100%

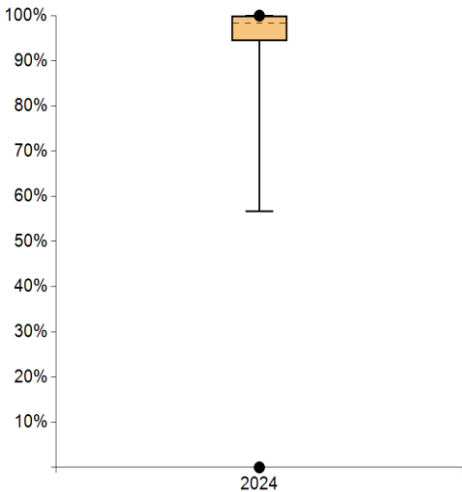
**Anmerkungen:**  
 Der LL-QI wird seit Jahren von den Zentren nahezu vollständig umgesetzt: Bei nur 12 von 1609 Zentrumspat. mit Urostoma-Anlage (0,7%) ist präoperativ die Stomaposition nicht angezeichnet worden. Alle Zentren haben die Sollvorgabe erfüllt.

\* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Angabe Risikoklassifikation nach EORTC-Kriterien (low, intermediate, high-risk)	75*	0 - 195	4173	---
Nenner	Primärfälle mit NMIBC (Stadium 0a/0is/I) und TUR-B	75,5*	15 - 195	4395	---
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	98,4%	0% - 100%	94,9%**	---



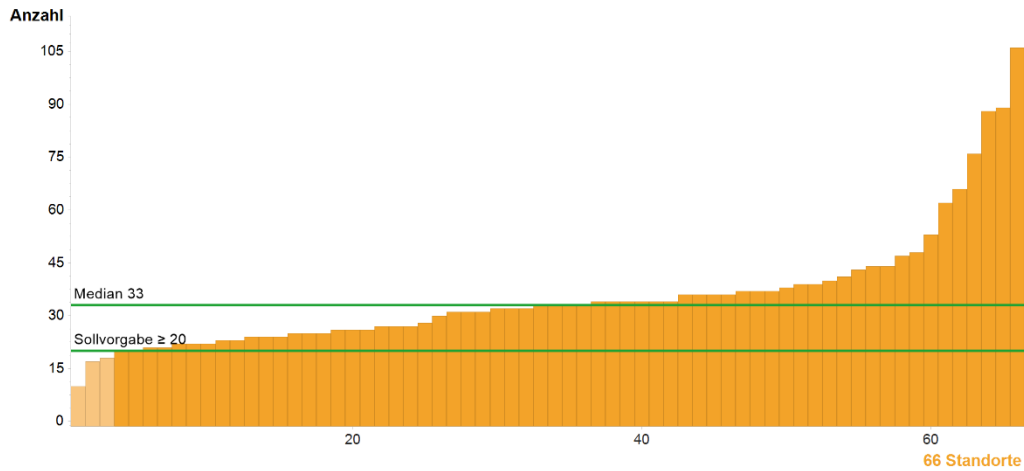
	2020	2021	2022	2023	2024
● Max	---	---	---	---	100%
95. Perzentil	---	---	---	---	100%
75. Perzentil	---	---	---	---	100%
Median	---	---	---	---	98,4%
25. Perzentil	---	---	---	---	94,4%
5. Perzentil	---	---	---	---	56,6%
● Min	---	---	---	---	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
52	78,8%	---	---	48	92,3%	---	---

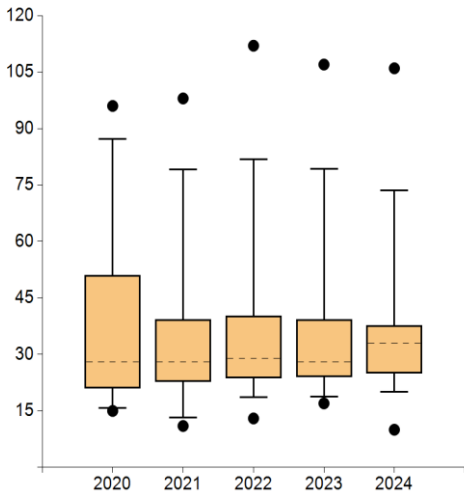
**Anmerkungen:**  
Der Nenner der Kennzahl ist in der letzten Sitzung der Zertifizierungskommission modifiziert worden (jetzt auch Berücksichtigung der Stadien 0a und 0is), so dass die KeZa in diesem Jahr nur optional erfasst worden ist. Bei 95% der Primärfälle mit nicht-muskelinvasivem Karzinom und TUR-B ist die Risikoklassifikation nach EORTC-Kriterien angegeben worden. In 22 von 52 Zentren (42%) ist die Klassifikation bei allen Primärfällen im Nenner erfolgt; 14 Zentren haben keine Angabe gemacht.

\* 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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Expertise - Anzahl Zystektomien (ggf. auch im Rahmen einer vorderen/ kompletten Exenteration) (OPS 5-576 bei ICD-10 C67, D09.0, D41.4; OPS 5-687.0, 5-687.2 bei ICD C67 und jeglicher ICD-10 C-Diagnose)	33	10 - 106	2346	1978
	Sollvorgabe ≥ 20				

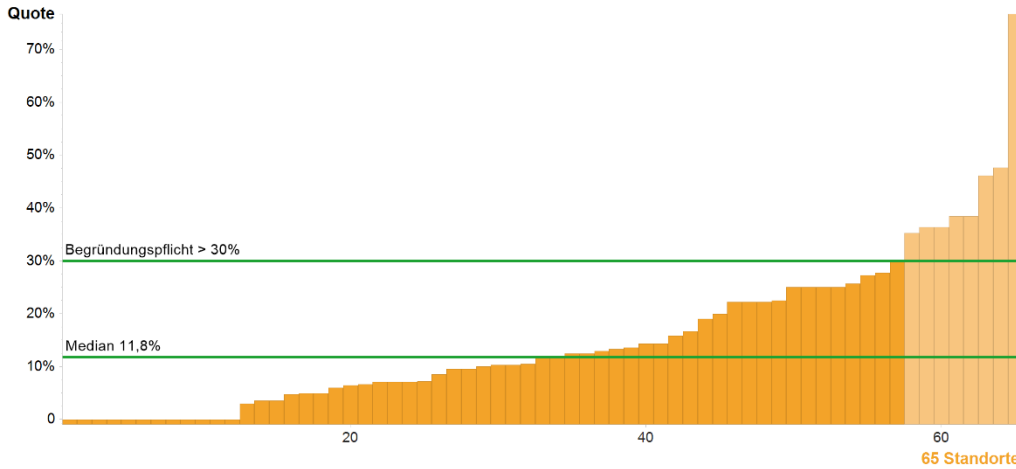


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	96	98	112	107	106
95. Perzentil	87,2	79,2	81,8	79,3	73,5
75. Perzentil	51	39,3	40,3	39,3	37,8
Median	28	28	29	28	33
25. Perzentil	21	22,8	23,8	24	25
5. Perzentil	15,8	13,3	18,7	18,8	20
Min	15	11	13	17	10

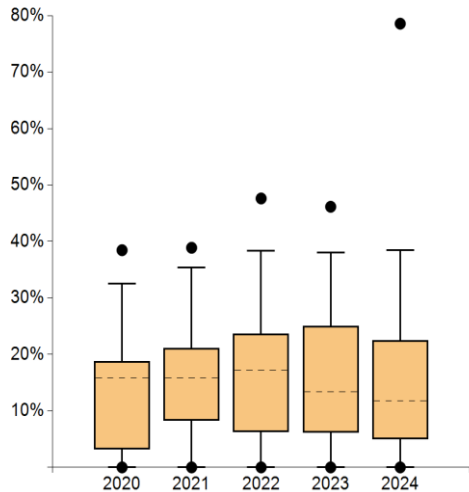
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
66	100%	63	89,3%
56	100%	50	

**Anmerkungen:**  
Die Zahl der Resektionen (Zystektomie, Exenteration) hat in gleichem Maße (+ 18,6%) wie die Zahl der Zentren zugenommen (+ 17,9%). Es zeigt sich bei leicht höherem Median ein Anstieg der 5. und der 25. Perzentile. 3 Zentren haben die Sollvorgabe unterschritten: 2 Zentren haben im KeZa-Jahr 2024 17 bzw. 18 Zystektomien/ Exenterationen durchgeführt und auf eine strenge Indikationsstellung sowie das Erfüllen der Sollvorgabe in den Vorjahren verwiesen; bei Unterschreitung der Vorgabe im Überwachungsaudit hatte diese keine Auswirkung auf das Zertifikat. Im Zentrum mit 10 Eingriffen ist im KeZa-Jahr die operative Einheit umgezogen.

# 14. Postoperative Komplikationen nach Zystektomie



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Komplikation Clavien-Dindo Grad III oder IV innerhalb von 90d nach Zystektomie	2*	0 - 24	226	201
Nenner	Operative Primärfälle mit Zystektomie (aus Vorkennzahlenjahr)	20*	6 - 104	1604	1292
Quote	Begründungspflicht*** >30%	11,8%	0% - 78,6%	14,1%**	15,6%



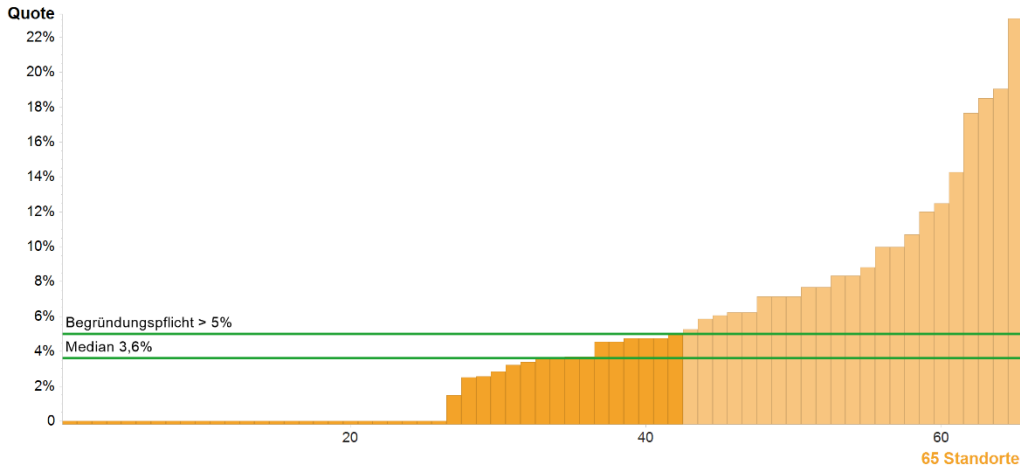
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	38,5%	38,9%	47,6%	46,2%	78,6%
95. Perzentil	32,5%	35,4%	38,3%	38,1%	38,5%
75. Perzentil	18,8%	21,2%	23,6%	25,0%	22,5%
Median	15,8%	15,8%	17,2%	13,3%	11,8%
25. Perzentil	3,2%	8,3%	6,3%	6,2%	5,0%
5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
2024	2023	2024	2023
65	98,5%	56	100%
57	87,7%	50	89,3%

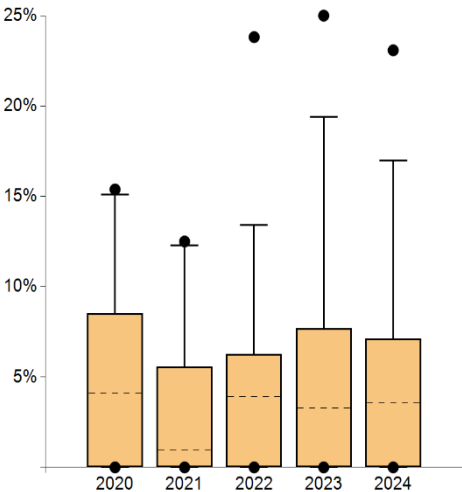
**Anmerkungen:**  
 Sowohl Median als auch Gesamtquote der postoperativen Komplikationen (Clavien-Dindo Grad III-IV) sind gefallen; dennoch hat der Anteil der Zentren mit einer Komplikationsrate > 30% von 10,7% auf 12,3% zugenommen. Die Zentren mit auffälliger Komplikationsrate haben v.a. auf einen hohen Anteil an multimorbiden Pat. (ASA III, Adipositas) ihres Pat-kollektives hingewiesen. Häufigste Komplikationen waren revisionspflichtige Lymphocelen, Platzbäuche/Fasziendehiszenzen/ Trokarhernien und Anastomosensuffizienzen. Ein Zentrum mit Erstzertifizierung 2024 ist nicht abgebildet (Nenner bezieht auf KeZa-Jahr 2023); das Zertifikat des Zentrums mit einer Komplikationsrate von knapp 80% war 2024 ausgesetzt.

\* 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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Postoperative Mortalität innerhalb von 90d	1*	0 - 5	66	54
Nenner	Operative Primärfälle mit Zystektomie (aus Vorkennzahlenjahr)	20*	6 - 104	1608	1292
Quote	Begründungspflicht*** >5%	3,6%	0% - 23,1%	4,1%**	4,2%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	15,4%	12,5%	23,8%	25,0%	23,1%
95. Perzentil	15,1%	12,3%	13,4%	19,4%	17,0%
75. Perzentil	8,5%	5,6%	6,3%	7,7%	7,1%
Median	4,1%	1,0%	3,9%	3,3%	3,6%
25. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

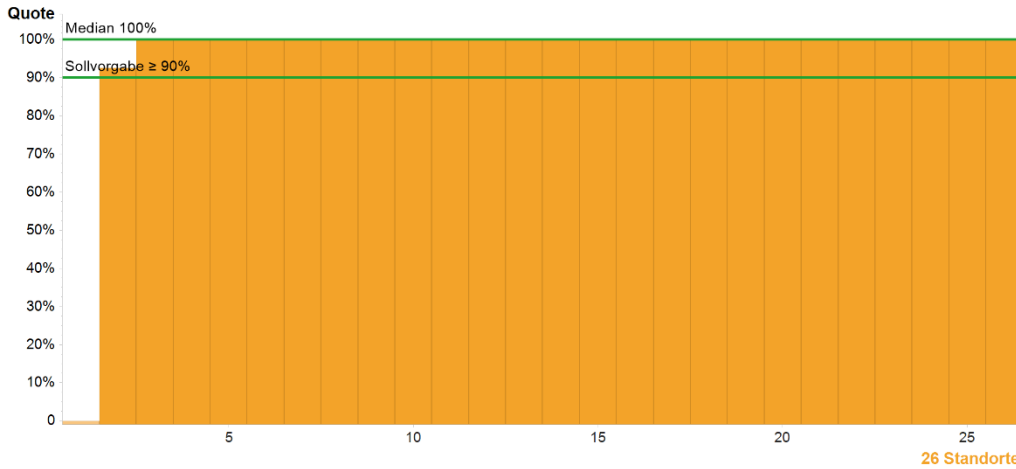
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
2024	2023	2024	2023
65	98,5%	56	100%
42	64,6%	33	58,9%

**Anmerkungen:**

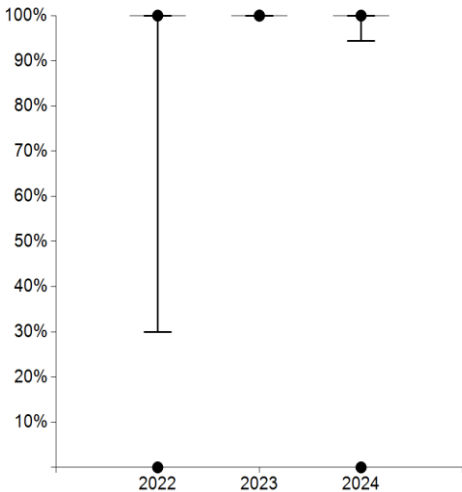
Die postoperative Mortalität ist mit 4,1% auf dem Vorjahres-Niveau. Insgesamt sind 66 Primärfälle nach Zystektomie innerhalb von 90 Tagen verstorben. In 26 Zentren ist postOP kein operativer Primärfall verstorben (= 40%), in 23 Zentren (= 35,4%) lag die Mortalitätsrate über 5%: diese Zentren haben als häufigste Todesursachen kardiopulmonale Ereignisse (Myokardinfarkt, LAE) und septische Komplikationen (infolge von [Aspirations-]Pneumonien, Peritonitiden, urogenitale Infekte) angeführt. Weitere Todesursachen waren abdominelle Komplikationen (Ileus bei Peritonealkarzinose, Ischämien, Einklemmungen) und rasch fortschreitende Grunderkrankung bzw. Zystektomien in palliativer Intention (rezidiv. Blutung).

\* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Zentrumspat. des Nenners mit Empfehlung einer zahnärztlichen Untersuchung vor Beginn der Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	1*	0 - 25	76	45
Nenner	Zentrumspat. mit Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	1*	1 - 27	79	45
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	0% - 100%	96,2%**	100%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	---	---	100%	100%	100%
95. Perzentil	---	---	100%	100%	100%
75. Perzentil	---	---	100%	100%	100%
Median	---	---	100%	100%	100%
25. Perzentil	---	---	100%	100%	100%
5. Perzentil	---	---	30,0%	100%	94,4%
Min	---	---	0,0%	100%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
26	39,4%	16	28,6%	25	96,2%	16	100%

**Anmerkungen:**  
In 26 Zentren haben insgesamt 76 Zentrumspat. eine Bisphosphonat-/ Denosumab-Therapie erhalten. In 2 Zentren wurde bei insgesamt 3 Pat. vor Einleitung der Therapie keine zahnärztliche Untersuchung empfohlen (1 Zentrum außerhalb des Plausibilitätskorridors).

\* 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 20.05.2026

ISBN: 978-3-912231-06-9



9 783912 231069