



Kennzahlenauswertung 2026

Jahresbericht der zertifizierten Nierenkrebszentren

Auditjahr 2025 / Kennzahlenjahr 2024

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Niere 2025	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

Die Qualitätsindikatoren (QI's) beziehen sich auf die Version 2.0 der S3-LL zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Nierenzellkarzinoms.

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.

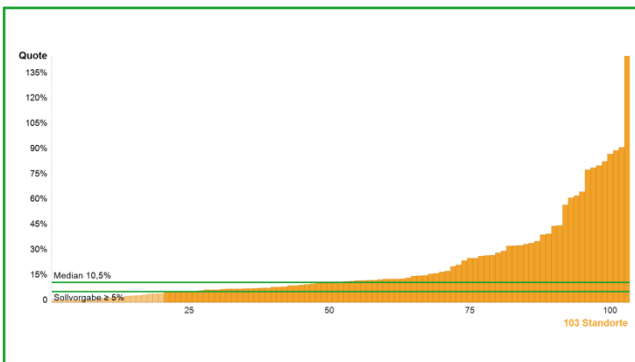
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

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

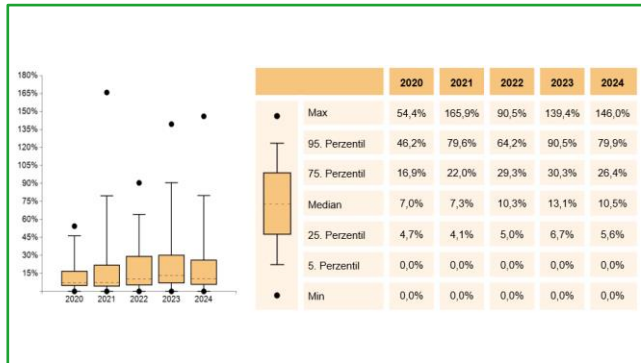
	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	6*	0 - 127	1453	1335
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	57*	28 - 193	6776	5428
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	10,5%	0% - 146%	21,4%**	24,6%

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.

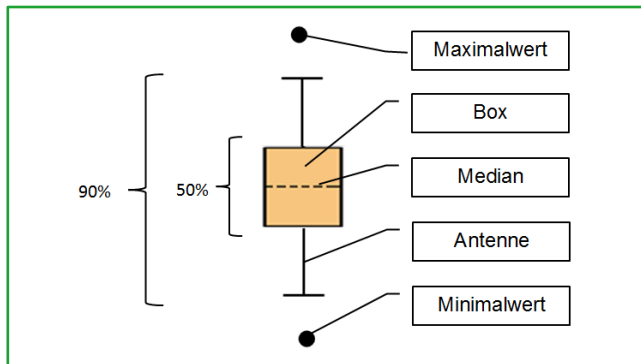


Allgemeine Informationen



Kohorte:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **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 Niere 2025

	31.12.2025	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021
Laufende Verfahren	7	19	11	12	26
Zertifizierte Zentren	111	86	77	69	44
Zertifizierte Standorte	113	87	78	70	45

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2025	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	103	82	73	62	28
entspricht	91,2%	94,3%	93,6%	88,6%	62,2%
Zentrumspat. gesamt*	7.976	6.267	5.196	4.377	2.200
Zentrumspat. pro Standort (Mittelwert)*	77	76	71	71	79
Zentrumspat. pro Standort (Median)*	68	66	65	62	69

* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

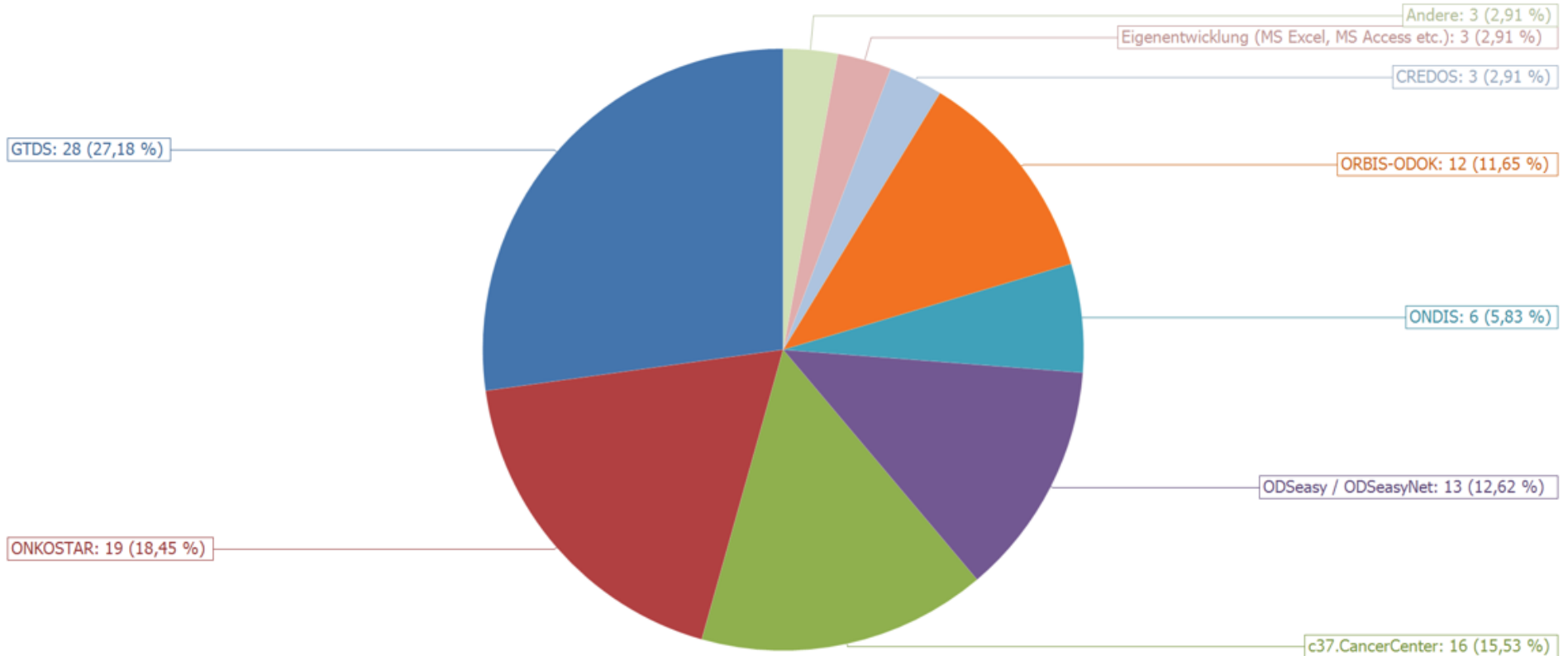
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Nierenkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 103 der 113 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 10 Standorte, die im Jahr 2025 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend).

In 113 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 8.437 Zentrumspat. behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter 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

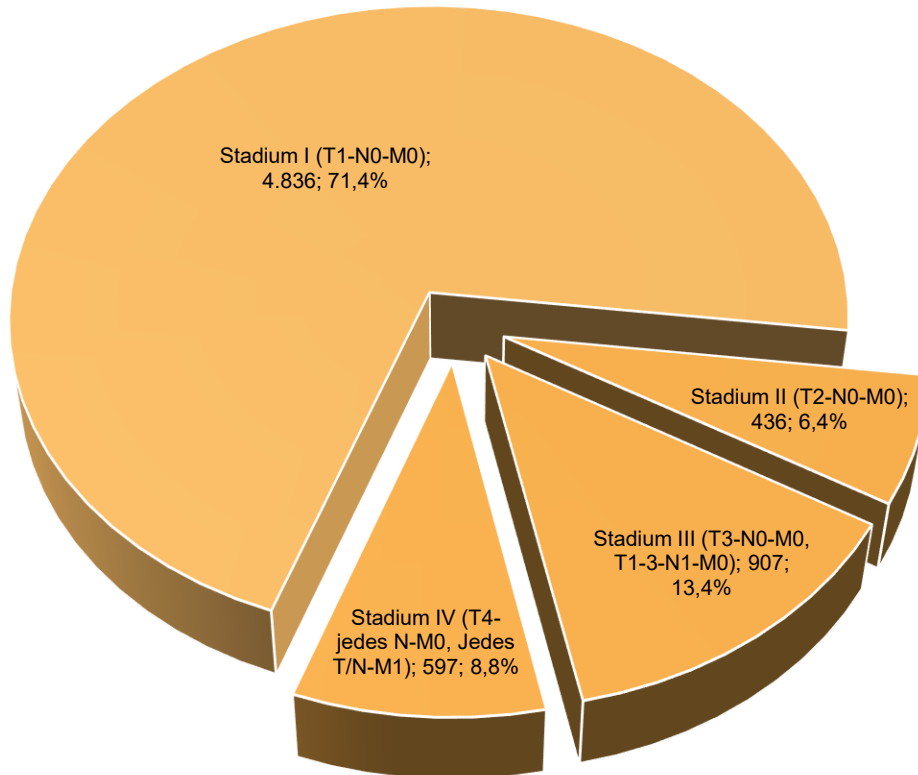


Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

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

Basisdaten – Verteilung Primärfälle Niere

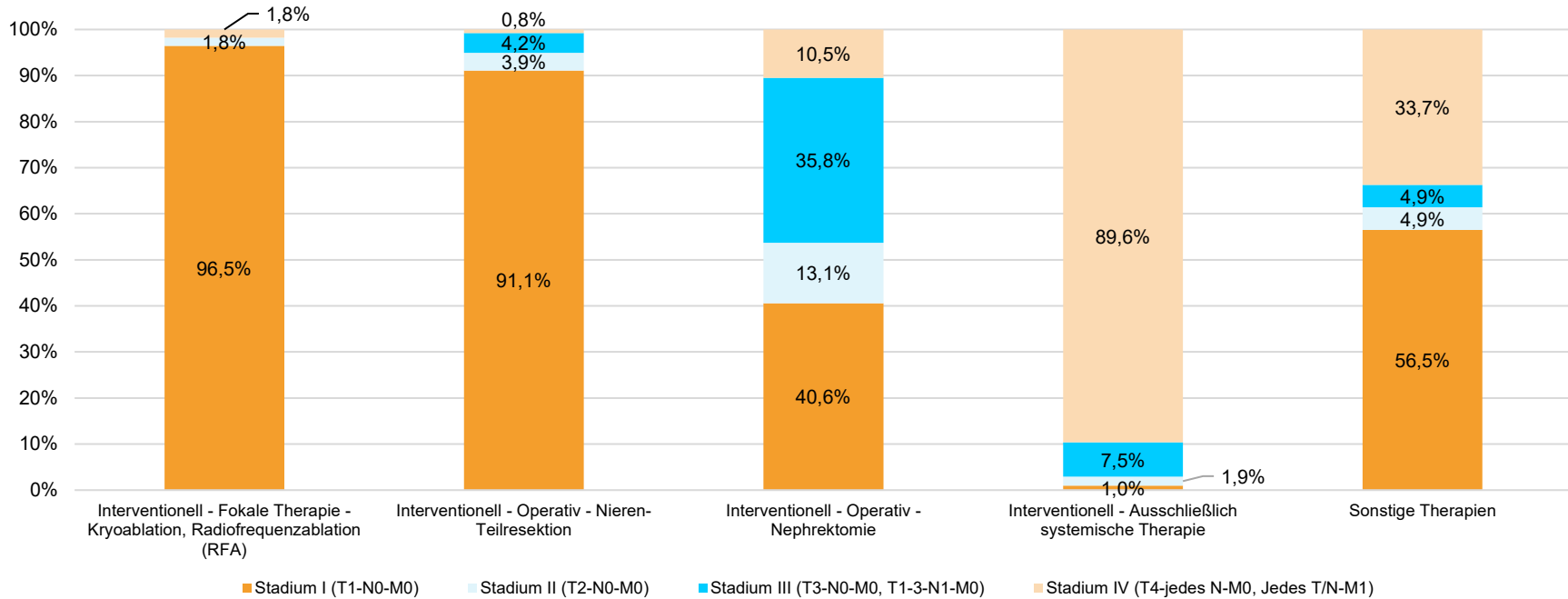
Primärfälle gesamt



	Primärfälle Gesamt
Stadium I (T1-N0-M0)	4.836 (71,4%)
Stadium II (T2-N0-M0)	436 (6,4%)
Stadium III (T3-N0-M0, T1-3-N1-M0)	907 (13,4%)
Stadium IV (T4-jedes N-M0, Jedes T/N-M1)	597 (8,8%)
Primärfälle gesamt	6.776 (100%)

Basisdaten - Interventionelle Therapien/ sonstige Therapien bei Primärfällen Niere

Interventionelle Therapien/ sonstige Therapien bei Primärfällen



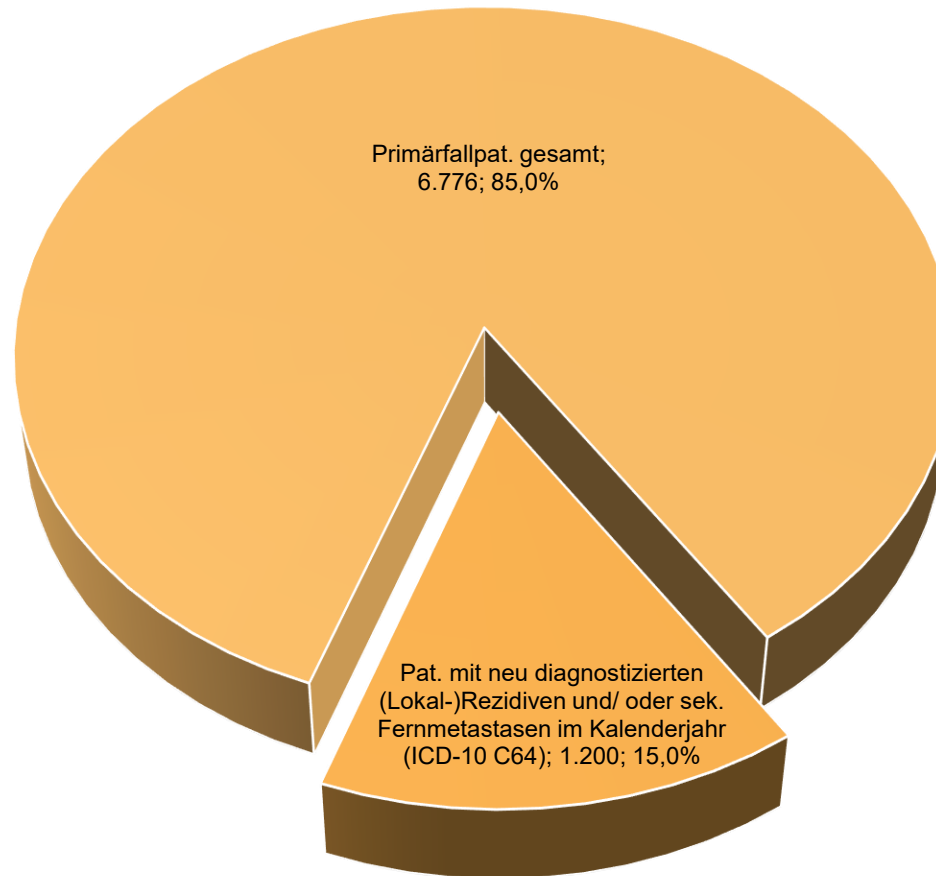
	Interventionell - Fokale Therapie - Kryoablation, Radiofrequenzablation (RFA)	Interventionell - Operativ - Nieren-Teilresektion	Interventionell - Operativ - Nephrektomie	Interventionell - Ausschließlich systemische Therapie ¹	Sonstige Therapien ²	Gesamt
Stadium I (T1-N0-M0)	109 (96,5%)	3.798 (91,1%)	787 (40,6%)	3 (1,0%)	139 (56,5%)	4.836
Stadium II (T2-N0-M0)	2 (1,8%)	161 (3,9%)	255 (13,1%)	6 (1,9%)	12 (4,9%)	436
Stadium III (T3-N0-M0, T1-3-N1-M0)	0 (0,0%)	177 (4,2%)	695 (35,8%)	23 (7,5%)	12 (4,9%)	907
Stadium IV (T4-jedes N-M0, Jedes T/N-M1)	2 (1,8%)	33 (0,8%)	203 (10,5%)	276 (89,6%)	83 (33,7%)	597
Primärfälle gesamt	113 (100%)	4.169 (100%)	1.940 (100%)	308 (100%)	246 (100%)	6.776

¹ z.B. Targetinhibitoren, Immuntherapie, Chemotherapie soweit indiziert, ohne adjuvante systemische Therapie.

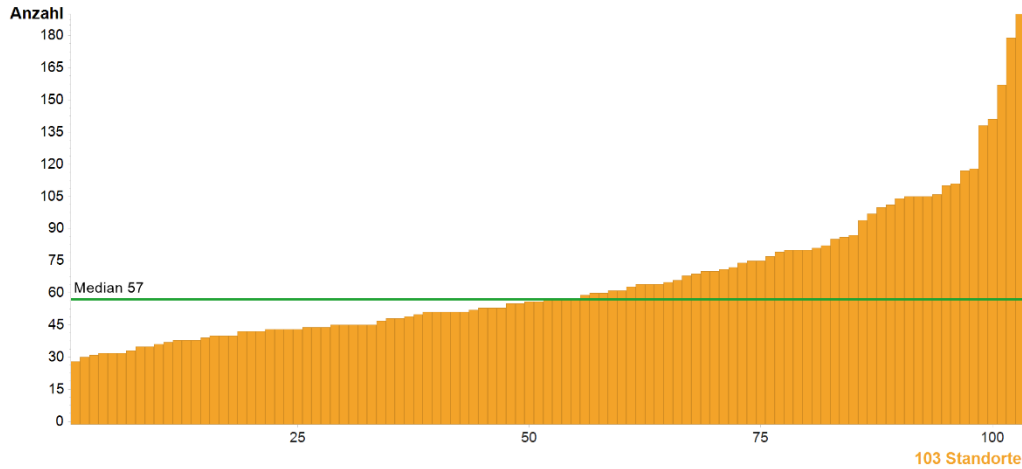
² z.B. Active Surveillance, alleinige Resektion oder Bestrahlung von Metastasen, HIFU, Mikrowelle.

Basisdaten - Verteilung Primärfälle/ Rezidive und Metastasen Niere

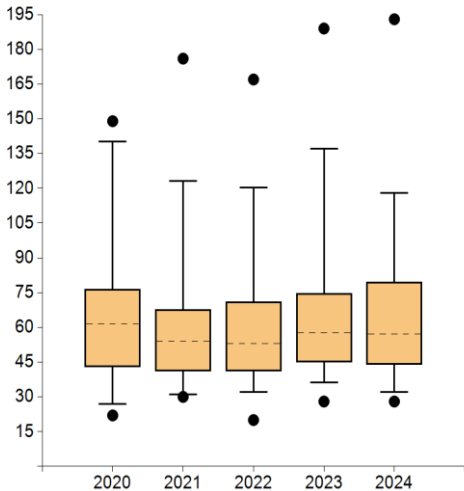
Zentrumspat. = Primärfälle + Pat. mit Rezidiv und/ oder sekundären Fernmetastasen



1a. Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	57	28 - 193	6776	5428
	Keine Sollvorgabe				

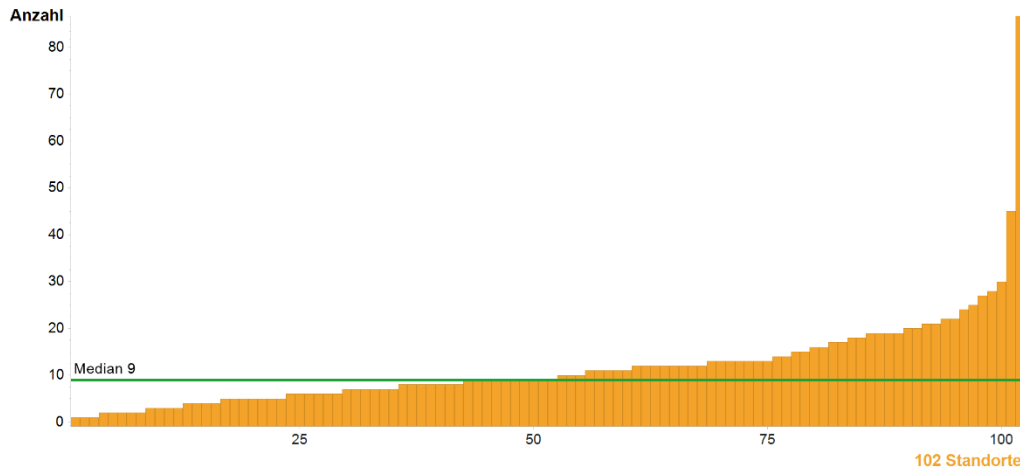


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	149	176	167	189	193
95. Perzentil	140,3	123,3	120,2	137,1	117,9
75. Perzentil	76,5	67,8	71	74,8	79,5
Median	61,5	54	53	57,5	57
25. Perzentil	43	41	41	45	44
5. Perzentil	26,8	31,1	32	36,1	32,1
Min	22	30	20	28	28

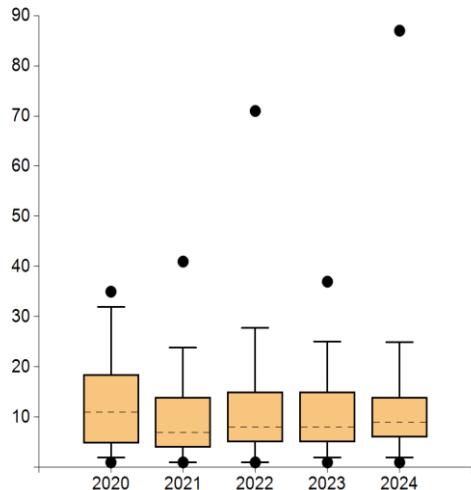
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
103	100%	82	100%	----	----	----	----

Anmerkungen:
 Die Anzahl der Primärfälle (+ 27,3%) ist von 2023 zu 2024 im Vergleich mit der Zahl, der im Jahresbericht berücksichtigten Standorte (25,6%) etwas stärker und auf gesamter Spannweite gestiegen. Die Abdeckung der in allen deutschen Zentren behandelten Primärfälle beträgt bezogen auf die aktuelle Inzidenz (2023) von 14.764 Neuerkrankungen (www.krebsdaten.de; Abruf 04.05.2026) 45,4% (Vorjahr 38,8%).

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	9	1 - 87	1200	839
	Keine Sollvorgabe				

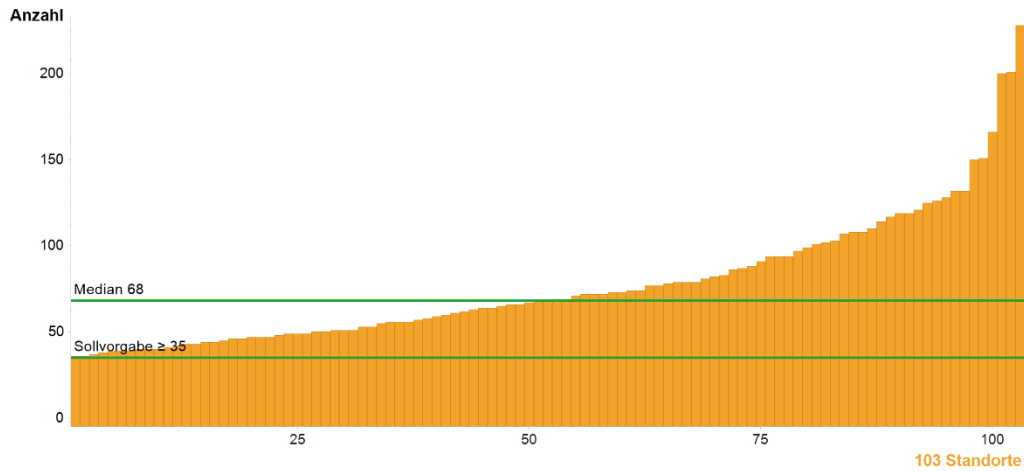


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	35	41	71	37	87
95. Perzentil	31,9	23,9	27,8	25	25
75. Perzentil	18,5	14	15	15	14
Median	11	7	8	8	9
25. Perzentil	4,8	4	5	5	6
5. Perzentil	2	1	1	2	2
Min	1	1	1	1	1

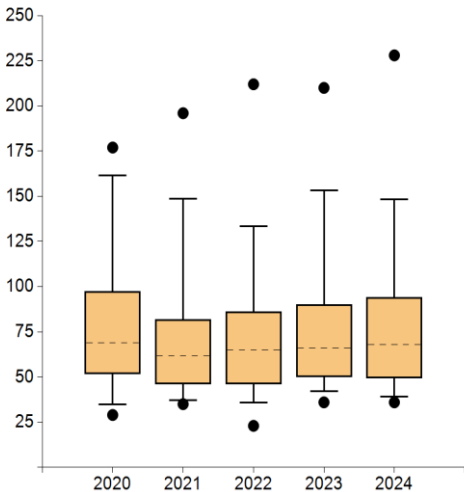
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
102	99%	81	98,8%	----	----	----	----

Anmerkungen:
 Nachdem im Vorjahr die Anzahl der Pat. mit neuauftretendem Rezidiv u./o. Fernmetastasen nahezu unverändert war (Differenz + 2), zeigt sich im aktuellen KeZa-Jahr eine deutliche (+ 43,0%), im Vgl. mit dem Anstieg der Zentrumszahl (25,6%) überproportionale Zunahme. Dabei imponiert eine sehr starke Steigerung der Behandlungszahl im Zentrum mit KeZa-Maximum.

1c. Zentrumspat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Zentrumspat.	68	36 - 228	7976	6267
	Sollvorgabe ≥ 35				

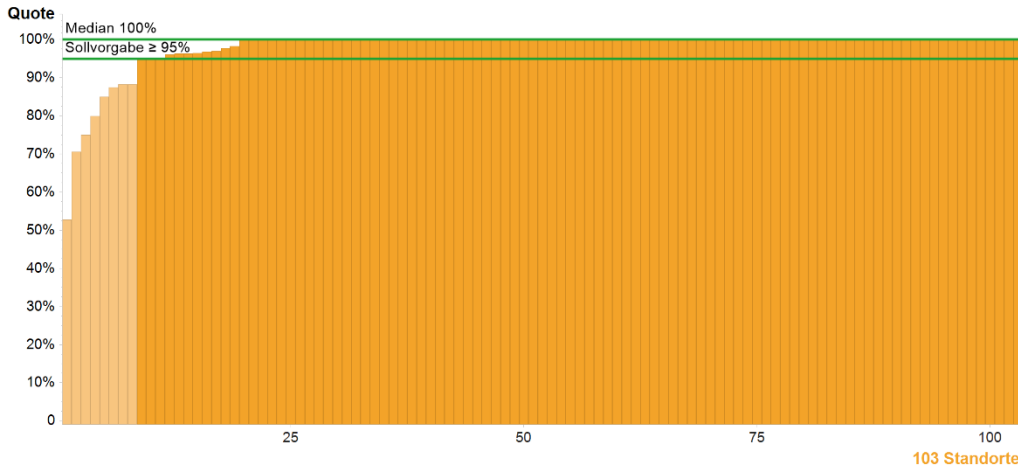


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	177	196	212	210	228
95. Perzentil	161,6	148,6	133,4	153,3	148,2
75. Perzentil	97,5	81,8	86	90	94
Median	69	61,5	65	66	68
25. Perzentil	51,8	46,3	46	50	49,5
5. Perzentil	34,7	37	36	42	39
Min	29	35	23	36	36

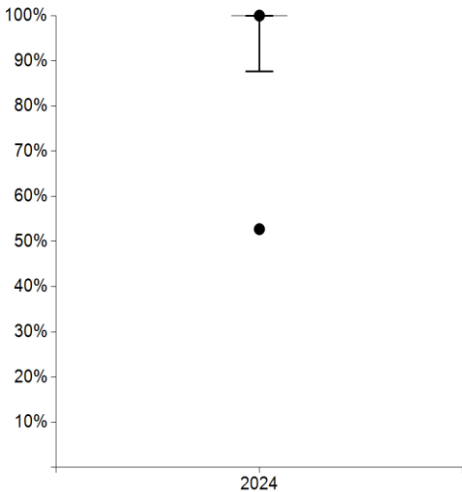
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
103	100%	82	100%	103	100%	82	100%

Anmerkungen:
Die Zahl der behandelten Pat. hat mit 1.709 behandelten Pat. etwas stärker (+ 27,3%) als die Zahl der Zentren (25,6%) zugenommen. Wie im Vorjahr haben alle Zentren die Sollvorgabe von ≥ 35 Zentrumspat. erfüllt (2022: 70 von 73).

2a. Vorstellung in der Tumorkonferenz - Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	13*	1 - 66	1669	---
Nenner	Primärfälle mit • lokal fortgeschrittenem Tumor (≥ cT4/pT4 u/o c/pN+) und/ oder • R1-Resektion und/ oder • Pat. mit ≥ intermediär - hohem Risiko und/ oder • seltener Histologie gemäß EB 1.2.5 und/ oder • Anhaltspunkten für hereditäre Genese und/ oder • Primärfälle mit M1	13*	1 - 66	1727	---
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	52,7% - 100%	96,6%**	---



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	---	---	---	---	100%
95. Perzentil	---	---	---	---	100%
75. Perzentil	---	---	---	---	100%
Median	---	---	---	---	100%
25. Perzentil	---	---	---	---	100%
5. Perzentil	---	---	---	---	87,6%
Min	---	---	---	---	52,7%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
103	100%	---	---	95	92,2%	---	---

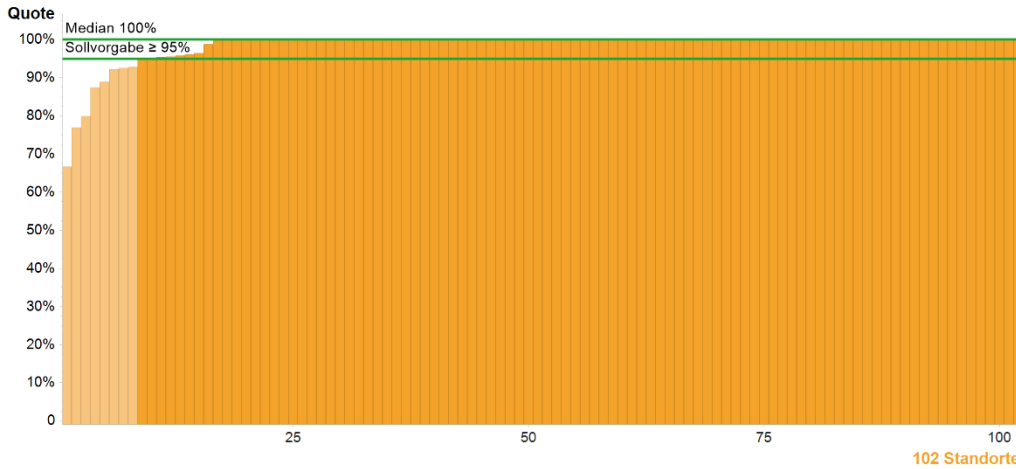
Anmerkungen:

Nachdem in der Sitzung der Zert.-Kommission 2024 der Nenner modifiziert wurde (≥ cT4 statt ≥ cT3; neu: Pat. mit ≥ intermediär-hohem Risiko) liegen für die KeZa erstmals Ergebnisse vor. Trotz der Neuerungen wird die Kennzahl von den Zentren sehr gut erfüllt: Soweit beurteilbar ist die Gesamtquote nur moderat von 99,4% auf 99,6% gefallen. 8 Zentren haben die Sollvorgabe von ≥ 95% unterschritten. Davon haben 3 Zentren angegeben, dass nach Modifikation der KeZa Pat. mit ≥ intermediär-hohem Risiko unzureichend vorgestellt wurden. Weitere Gründe waren u.a. Pat.-Versterben, nicht-erkannte „seltene“ Histologie und Versäumnis.

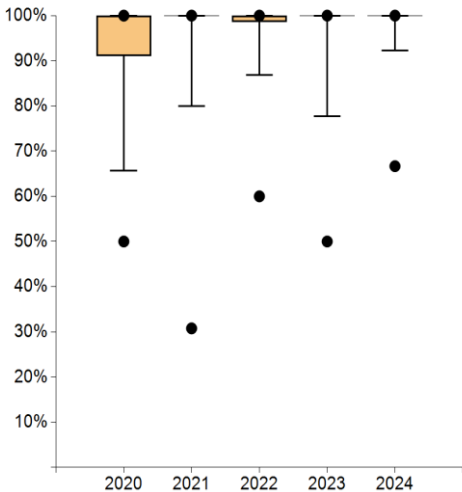
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	9*	1 - 86	1177	816
Nenner	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	9*	1 - 87	1200	839
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	66,7% - 100%	98,1%**	97,3%



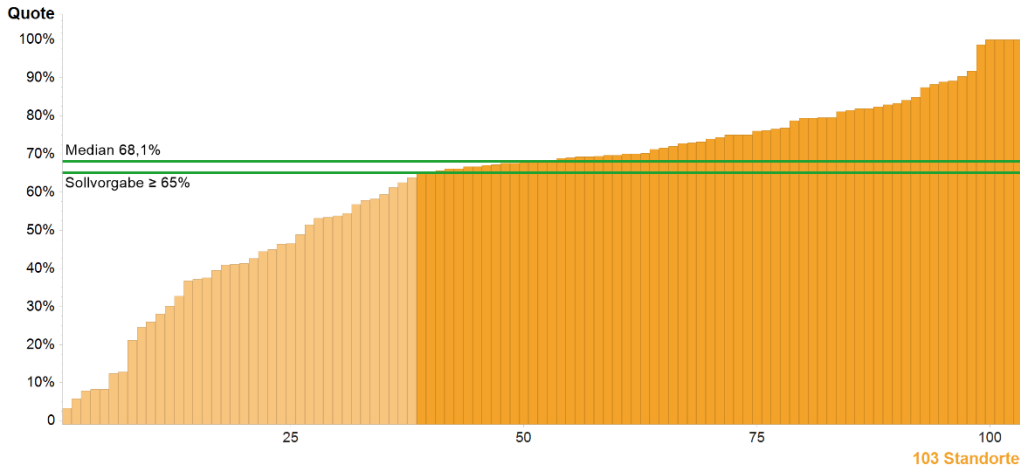
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	91,1%	100%	98,6%	100%	100%
5. Perzentil	65,6%	80,0%	86,8%	77,8%	92,3%
Min	50,0%	30,8%	60,0%	50,0%	66,7%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
102	99%	81	98,8%
94	92,2%	71	87,7%

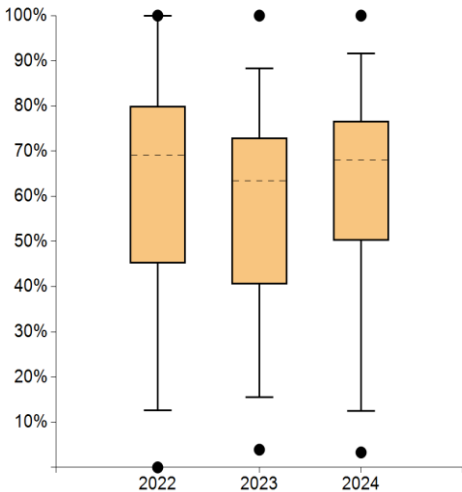
Anmerkungen:
Die positive Entwicklung dieser Vorstellungsrate hat sich im aktuellen KeZa-Jahr fortgesetzt: Die Gesamtquote liegt mit 98,1% über der der beiden Vorjahre. 85 Zentren (= 83,3%) haben ausnahmslos alle Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv u./o. Fernmetastasen im Tumorboard vorgestellt (Vorjahr 81,5%). 8 Zentren haben < 95% dieser Pat. in der Konferenz besprochen; bei der Aufarbeitung der unterlassenen Vorstellungen haben die Zentren insbesondere prozessuale Defizite identifiziert (Behandlung durch Kooperationspartner außerhalb des Kernbereichs, Personalwechsel). Weitere Gründe waren hoher Behandlungsdruck (bei cerebraler Metastasierung) und Pat.-Versterben vor Vorstellung. In einem Zentrum wurde kein Pat. des Nenners 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.

3. Psychoonkologisches Distress-Screening



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	43*	3 - 157	4940	3438
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	68*	36 - 228	7976	6267
Quote	Sollvorgabe >= 65%	68,1%	3,3% - 100%	61,9%**	54,9%



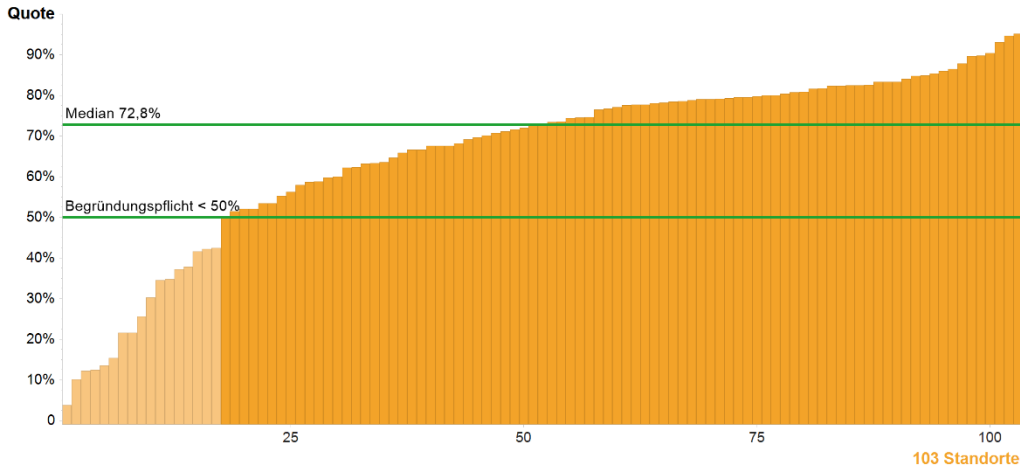
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	---	---	100%	100%	100%
95. Perzentil	---	---	100%	88,3%	91,6%
75. Perzentil	---	---	80,0%	73,0%	76,7%
Median	---	---	69,1%	63,5%	68,1%
25. Perzentil	---	---	45,1%	40,6%	50,2%
5. Perzentil	---	---	12,7%	15,5%	12,5%
Min	---	---	0,0%	3,9%	3,3%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
103	100%	82	100%	65	63,1%	40	48,8%

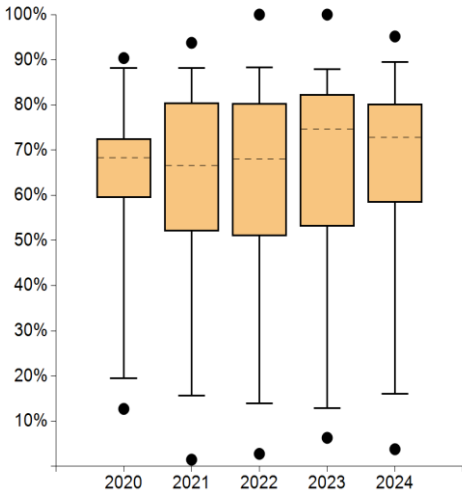
Anmerkungen:
 Nach optionaler Erfassung der Kennzahl im Auditjahr 2023 liegen jetzt aus den Auditjahren 2024 und 2025 obligat Ergebnisse aus allen Zentren vor. Es zeigt sich im letzten KeZa-Jahr weiterhin eine sehr große Spannweite [3,3% - 100%]; Gesamtquote und Median sind angestiegen. Knapp zwei Drittel der Zentren haben die Sollvorgabe von >= 65% erfüllt. Die Zentren mit niedrigerer Screeningquote haben insbesondere auf das noch nicht abgeschlossene Roll-out und die Umstellung von papier-basierter Erfassung auf digitale Tools verwiesen. Weitere Angaben waren kurze Verweildauer mit noch ausstehender Histologie und eingeschränkte personelle Ressourcen.

* 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	46*	3 - 173	5303	4160
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	68*	36 - 228	7976	6267
Quote	Begründungspflicht*** <50%	72,8%	3,8% - 95,2%	66,5%**	66,4%



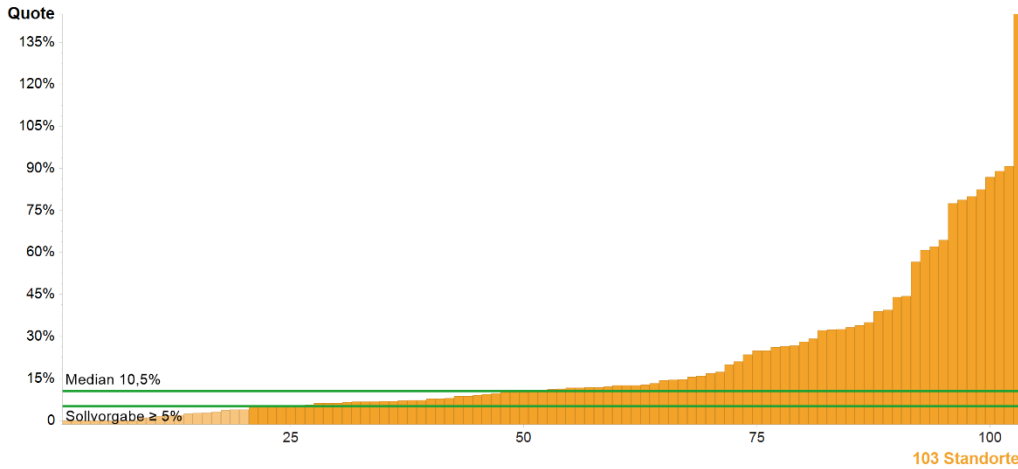
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	90,4%	93,8%	100%	100%	95,2%
95. Perzentil	88,2%	88,1%	88,3%	87,9%	89,6%
75. Perzentil	72,6%	80,5%	80,4%	82,3%	80,2%
Median	68,3%	66,7%	68,1%	74,6%	72,8%
25. Perzentil	59,5%	52,1%	51,0%	53,1%	58,4%
5. Perzentil	19,5%	15,7%	14,0%	12,9%	16,0%
Min	12,7%	1,5%	2,8%	6,3%	3,8%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
2024		2023		2024		2023	
103	100%	82	100%	86	83,5%	63	76,8%

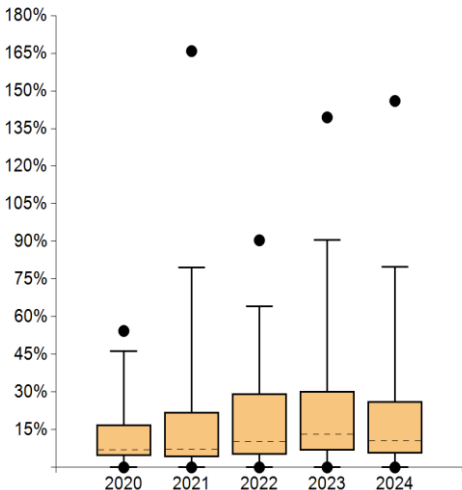
Anmerkungen:
Bei leicht gefallenem Median ist die Betreuungsrate durch den Sozialdienst im Vergleich mit dem Vorjahr nahezu unverändert. Der Anteil der Zentren mit Raten im Plausibilitätskorridor ist deutlich angestiegen. 17 Zentren hatten eine Quote < 50% (davon 7 im Ausland, wo andere gesetzliche Regelungen gelten). Die anderen Zentren haben insbesondere auf fehlenden Beratungswunsch durch die Pat. sowie kurze stationäre Verläufe 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	6*	0 - 127	1453	1335
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	57*	28 - 193	6776	5428
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	10,5%	0% - 146%	21,4%**	24,6%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	54,4%	165,9%	90,5%	139,4%	146,0%
95. Perzentil	46,2%	79,6%	64,2%	90,5%	79,9%
75. Perzentil	16,9%	22,0%	29,3%	30,3%	26,4%
Median	7,0%	7,3%	10,3%	13,1%	10,5%
25. Perzentil	4,7%	4,1%	5,0%	6,7%	5,6%
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 mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
103	100%	82	100%	83	80,6%	67	81,7%

Anmerkungen:

Nach einem Anstieg der Studienquote in den letzten beiden Jahren ist die auf die Primärfälle bezogene Rekrutierung aller Pat. mit Nierenkarzinom im aktuellen Kennzahlenjahr ebenso wie der Median etwas zurückgegangen. Knapp 20% der Zentren haben die Sollvorgabe von 5% unterschritten, davon haben 8 Zentren keinen einzigen Pat. in eine Studie eingeschlossen. Diese Kliniken haben z.T. eigene Studien initiiert und im Audit 2025 Einschlüsse für das KeZa-Jahr 2025 nachweisen können. Weitere Gründe waren verzögerte Studienteilnahme bei schwierigen Vertragsabstimmungen u. Ablehnung einer Teilnahme 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.

Individueller Jahresbericht - Benchmark

Individueller Jahresbericht - Standortspezifische Kennzahlenauswertung eines Zentrums

Was ist der individuelle Jahresbericht?

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

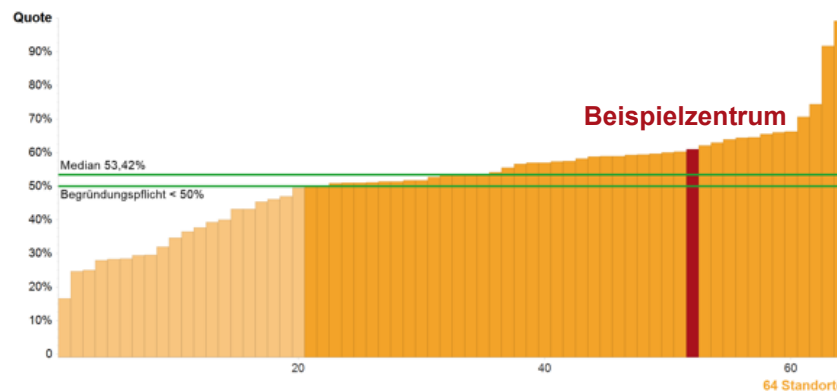
Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf www.onkoziert.de unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

Wer kann den individuellen Jahresbericht erhalten?

Voraussetzung für die Erstellung des individuellen Jahresberichtes ist die Veröffentlichung des allgemeinen Jahresberichtes (Bekanntgabe u.a. auf www.onkoziert.de) sowie die Abbildung des eigenen Zentrums im allgemeinen Jahresbericht (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:

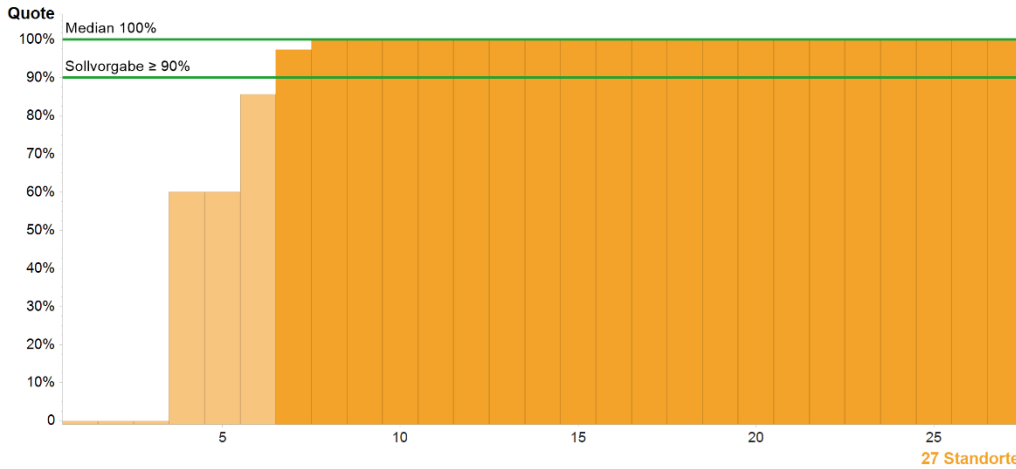
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- 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).

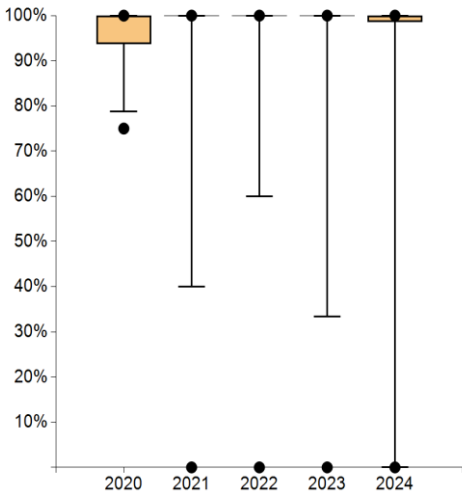
Alle anderen Organkrebszentren / Module

- 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 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Diagnosesicherung durch Stanzzyylinderbiopsie vor ablativer Therapie	1*	0 - 37	102	55
Nenner	Primärfälle mit ablativer Therapie (RFA o. Kryoablation)	2*	1 - 38	113	59
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	0% - 100%	90,3%**	93,2%



	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	93,8%	100%	100%	100%	98,7%
5. Perzentil	78,8%	40,0%	60,0%	33,3%	0,0%
Min	75,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

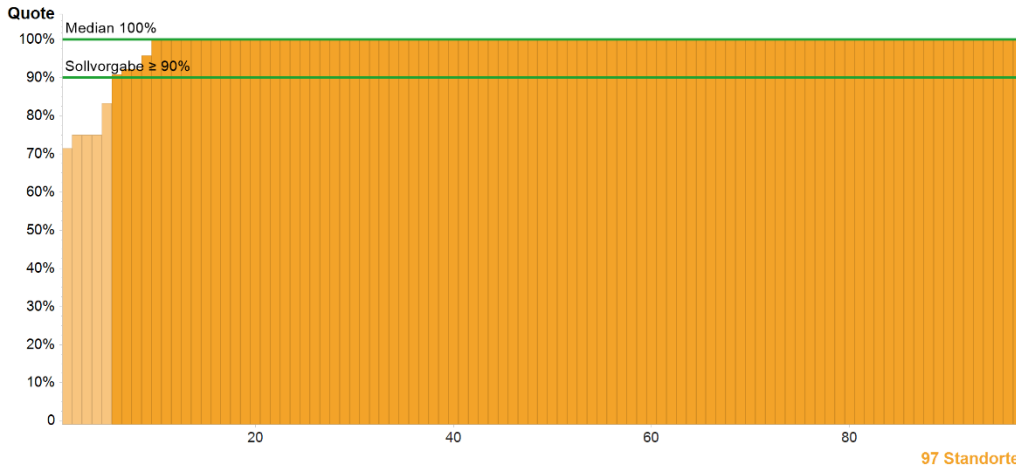
Standorte mit auswertbaren Daten	Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
	2024	2023
2024	27	26,2%
2023	21	25,6%
2024	21	77,8%
2023	19	90,5%

Anmerkungen:

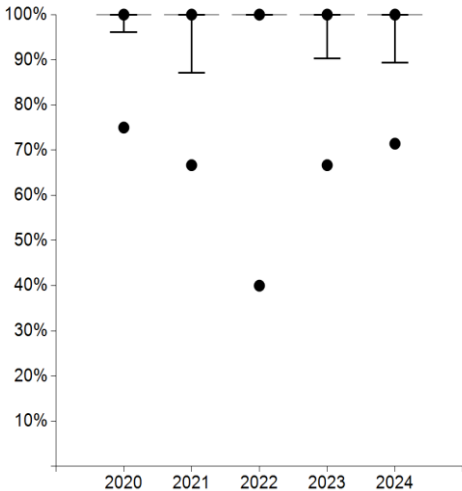
Die Zahl d. Zentren, in denen ablative Therapien durchgeführt worden sind, ist in gleichem Ausmaß wie die Gesamtzahl an Zentren angestiegen; die Anzahl an Ablationen hat deutlich zugenommen (+ 54, + 91,5%). In 7 Zentren ist bei 11 Pat. vor Intervention keine histolog. Sicherung erfolgt: Bei 5 Pat. wurde aufgrund von Komorbidität/ stark reduziertem AZ/ Pneumothoraxrisiko von einem zweizeitigen Vorgehen Abstand genommen. Bei 2 Pat. wurden Einzelfallentscheidungen durch den interventionellen Radiologen identifiziert; bei einem Pat. erfolgte die Ablation vor Entscheidung zur Zertifizierung und Implementierung des LL-gerechten Vorgehens. Bei 3 Pat. lagen Fehldokumentationen vor (Biopsie u. Ablatio am gleichen Tag, Fehlinterpretation des Nenners).

* 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)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Histologie vor systemischer Therapie	4*	1 - 25	526	412
Nenner	Zentrumsfälle mit ausschließlicher systemischer Therapie	4*	1 - 25	537	418
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	71,4% - 100%	98%**	98,6%



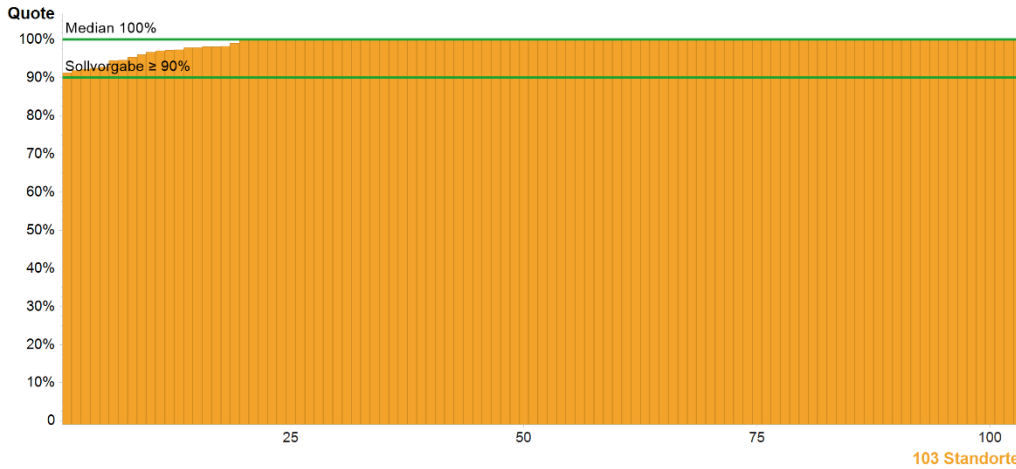
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	96,1%	87,1%	100%	90,3%	89,4%
Min	75,0%	66,7%	40,0%	66,7%	71,4%

Standorte mit auswertbaren Daten	Standorte mit Sollvorgabe erfüllt						
	2024	2023	2024	2023			
97	94,2%	79	96,3%	92	94,9%	75	94,9%

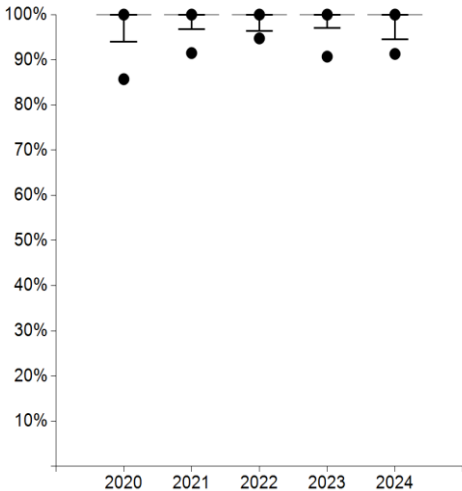
Anmerkungen:
 Der Leitlinien-QI wird seit Jahren auf hohem Niveau umgesetzt. Wie in den beiden Vorjahren haben 5% der Zentren die Sollvorgabe nicht erfüllt (n = 5; Vorjahr n = 4). Die Zentren haben die unterlassene Sicherung mit hohem Risiko bei reduziertem AZ (2x) und zweitem Rezidiv bzw. progredienter Metastasierung innerhalb eines KeZa-Jahres begründet. In einem Zentrum lag bei Beginn der Systemtherapie nach dem Jahreswechsel ein Dokumentationsfehler vor.

* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundberichten mit Angabe von: - Klassifikation nach WHO u. - Staging nach TNM	50*	21 - 176	6067	4872
Nenner	Operative Primärfälle	50*	21 - 176	6109	4900
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	91,3% - 100%	99,3%**	99,4%



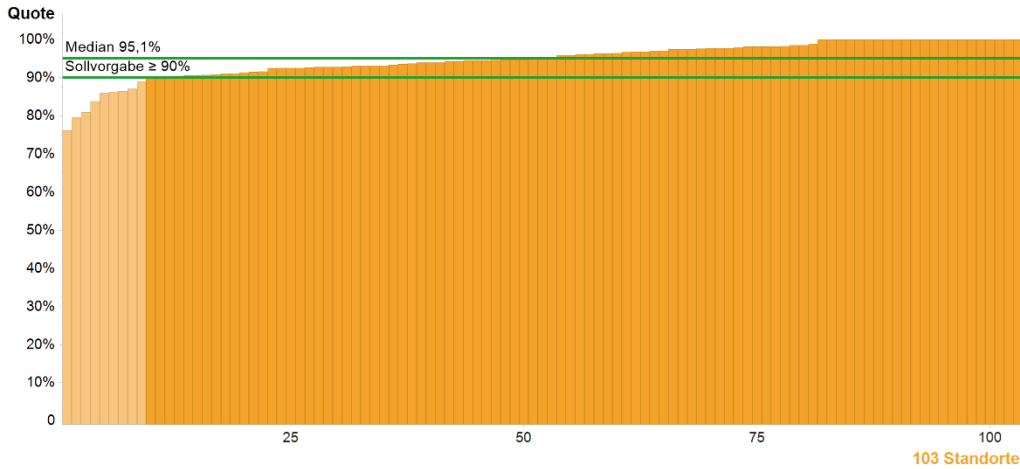
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	93,9%	96,8%	96,4%	97,1%	94,6%
Min	85,7%	91,5%	94,7%	90,7%	91,3%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
103	100%	82	100%	103	100%	82	100%

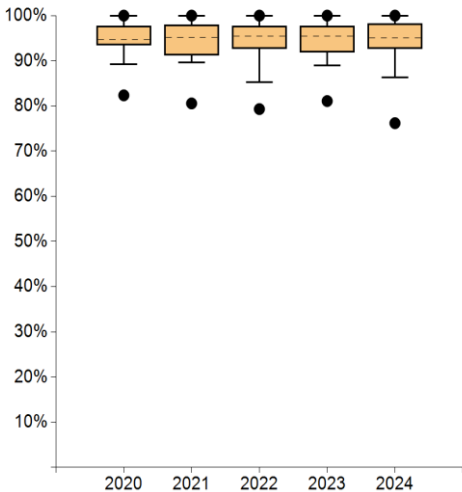
Anmerkungen:
Wie in den Vorjahren wird der LL QI nahezu vollständig umgesetzt. Mit Ausnahme weniger Einzelfälle enthalte alle Befundberichte der operativen Primärfälle die geforderten WHO- und TNM-Klassifikationen. Alle Zentren haben die Sollvorgabe erfüllt. In 83 Zentren (Vorjahr 66) sind ausnahmslos 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)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit R0-Resektion	47*	16 - 172	5794	4653
Nenner	Operative Primärfälle	50*	21 - 176	6109	4900
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	95,1%	76,2% - 100%	94,8%**	95%



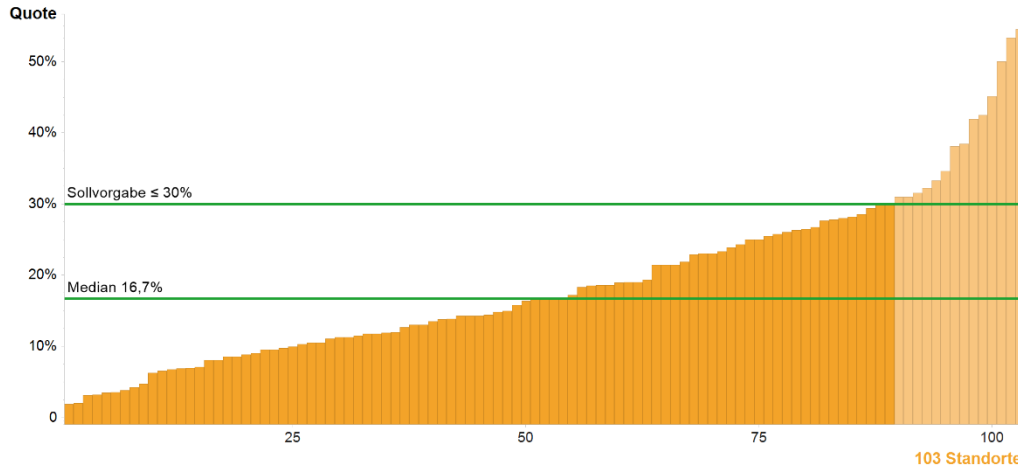
	2020	2021	2022	2023	2024
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	97,7%	97,9%	97,7%	97,7%	98,3%
Median	94,7%	95,2%	95,5%	95,5%	95,1%
25. Perzentil	93,4%	91,2%	92,7%	91,9%	92,7%
5. Perzentil	89,3%	89,7%	85,3%	88,9%	86,3%
● Min	82,4%	80,6%	79,3%	81,1%	76,2%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
103	100%	82	100%	94	91,3%	76	92,7%

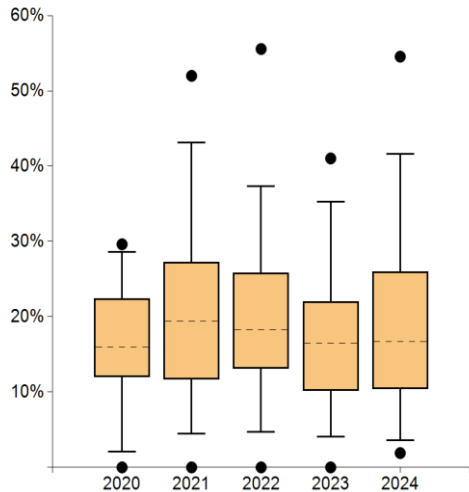
Anmerkungen:
 Die R0-Resektionsrate ist im Vgl. zum Vorjahr nahezu unverändert. Der Anteil der Standorte mit Erfüllen der Sollvorgabe (≥ 90%) unduliert in den letzten Jahren zwischen 91,3% (aktuell) und 93,6% (2022). Die 9 Zentren mit Quoten < 90% haben formale Rx-Resektionen bei Präparatdefekte im Rahmen der Bergung und Tumorzapfen/thromben in der V. renalis/ V.cava begründet. Ein Zentrum hat auf das überregionale Einzugsgebiet mit hohem Anteil an komplexen Tumorerkrankungen 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.

10. Nephrektomie bei pT1 (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Nephrektomie	7*	1 - 29	783	580
Nenner	Operative Primärfälle pT1	37*	11 - 139	4579	3469
Quote	Sollvorgabe ≤ 30%	16,7%	1,9% - 54,6%	17,1%**	16,7%



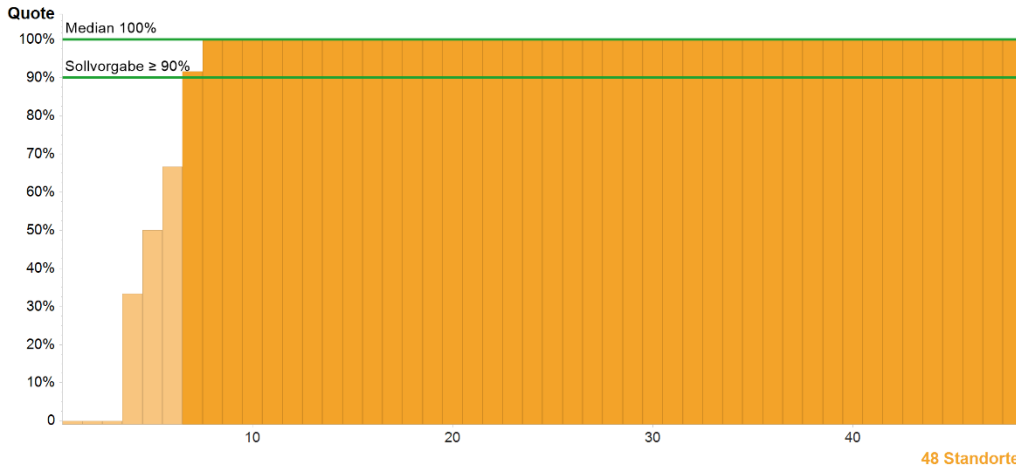
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	29,6%	52,0%	55,6%	41,0%	54,6%
95. Perzentil	28,6%	43,2%	37,4%	35,3%	41,6%
75. Perzentil	22,4%	27,3%	25,8%	22,0%	26,0%
Median	16,0%	19,4%	18,3%	16,5%	16,7%
25. Perzentil	12,1%	11,7%	13,2%	10,2%	10,4%
5. Perzentil	2,1%	4,5%	4,7%	4,1%	3,6%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
103	100%	82	100%	89	86,4%	75	91,5%

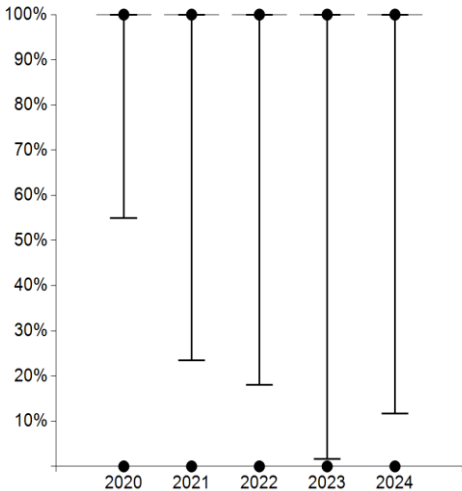
Anmerkungen:
 Nach einem Rückgang d. Nephrektomie rate im Vorjahr (- 2,3 Prozentpunkte) ist die Quote im KeZa 2024 leicht angestiegen: Sowohl Gesamtquote und Median liegen über dem Vorjahreswert, der Anteil der Zentren, die die Sollvorgabe erfüllt haben, ist auf 86,4% gefallen. Auffällig ist eine große Spannweite der Nephrektomie rate [1,9% - 54,6%]. Die Zentren mit Quoten > 30% begründeten dies insbesondere mit Tumorgröße bzw. -lokalisierung und Nephrektomie bei funktionsloser 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.

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



	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 - 11	84	86
Nenner	Zentrumspat. mit Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	1*	1 - 12	94	91
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	0% - 100%	89,4%**	94,5%



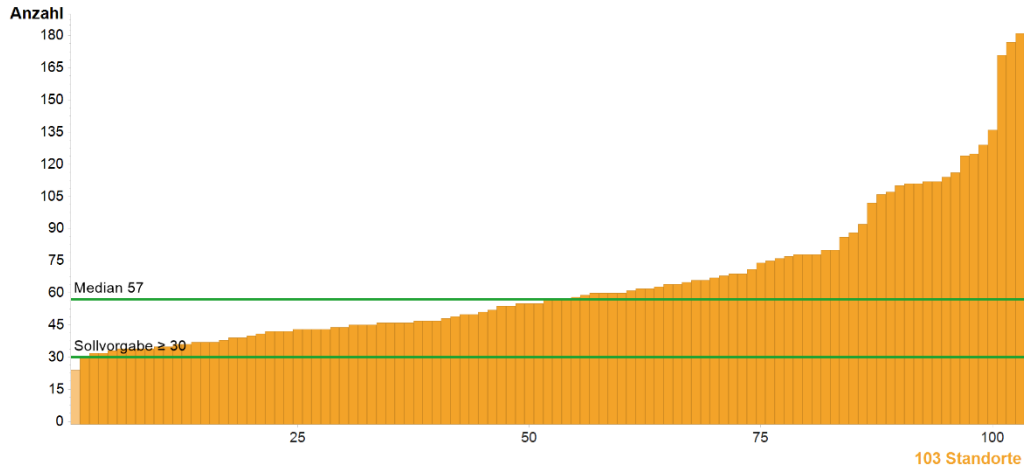
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	55,0%	23,4%	18,0%	1,7%	11,7%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
48	46,6%	42	90,5%
		42	87,5%

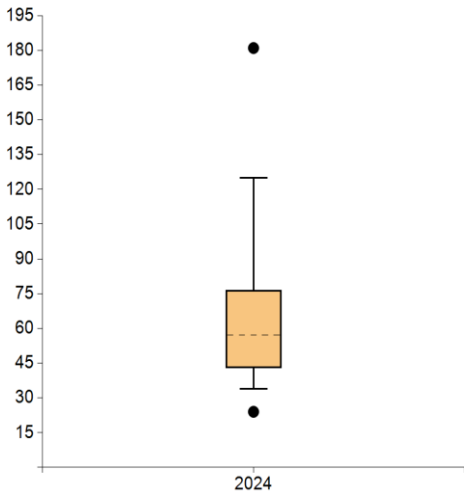
Anmerkungen:
 Bei sehr kleinem Pat.-Kollektiv (n = 94) ist die Gesamtquote leicht gefallen. Bei 10 Pat. ist vor Beginn der osteoprotektiven Therapie keine Empfehlung zur zahnärztlichen Untersuchung ausgesprochen worden. In 6 Zentren wurde die Sollvorgabe von ≥ 90% unterschritten: in 3 Zentren wurde bei 4 Pat. die o.g. Therapie aufgrund einer Hyperkalzämie notfallmäßig eingeleitet. In 3 Zentren war bei 5 Pat. das Aussprechen einer entsprechenden Empfehlung nicht nachvollziehbar bzw. eindeutig dokumentiert. In 55 Zentren hat kein Zentrumspat. eine Therapie mit Bisphosphonat oder Denosumab erhalten.

* 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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Expertise - Anzahl Nierenteilresektionen/ Nephrektomien (OPS: 5-553 u. 5-554 bei ICD-10 C64/C65)	57	24 - 181	6707	----
	Sollvorgabe ≥ 30				----

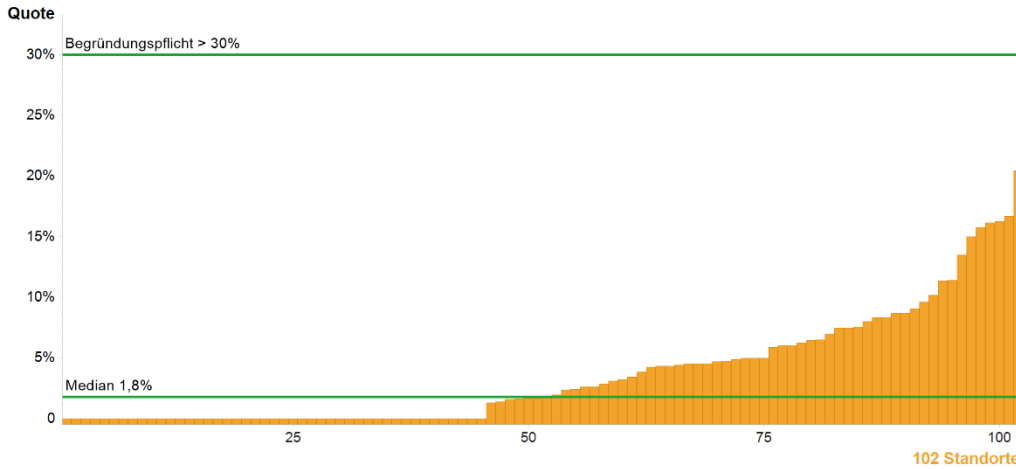


		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	----	----	----	----	181
	95. Perzentil	----	----	----	----	124,9
	75. Perzentil	----	----	----	----	76,5
	Median	----	----	----	----	57
	25. Perzentil	----	----	----	----	43
	5. Perzentil	----	----	----	----	34
●	Min	----	----	----	----	24

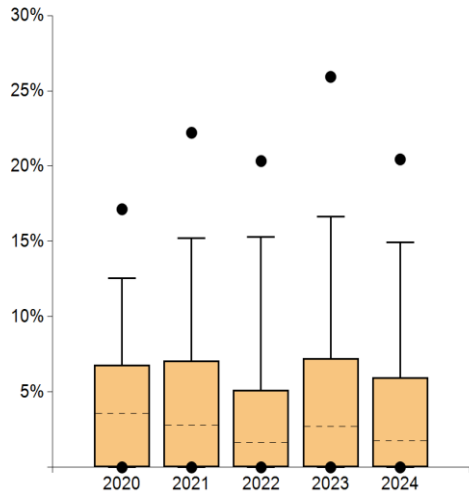
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
103	100%	----	----	102	99%	----	----

Anmerkungen:
 Nach Anpassung der Kennzahl in der Sitzung der Zert.-Kommission 2024 werden für die operative Expertise auch Nieren(teil)resektionen bei Nierenbeckenkarzinomen angerechnet. Durch die Ausweitung der KeZa-Definition und der gestiegenen Anzahl an zertifizierten Zentren ist es zu einem Anstieg der angerechneten Operationen um 29,4% gekommen (Primärfallzahl + 27,6%). Soweit vergleichbar sind Median, 75. Perzentile u. Maximum angestiegen, 25. Perzentile u. 5. Perzentile sind unverändert.

13. Postoperative Komplikationen nach Nierenteilresektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Komplikation Clavien-Dindo Grad III oder IV innerhalb der ersten 90d nach Nierenteilresektion	1*	0 - 9	146	149
Nenner	Operative Primärfälle des Vorkennzahlenjahres mit Nierenteilresektion	36,5*	5 - 129	3986	3260
Quote	Begründungspflicht*** >30%	1,8%	0% - 20,5%	3,7%**	4,6%



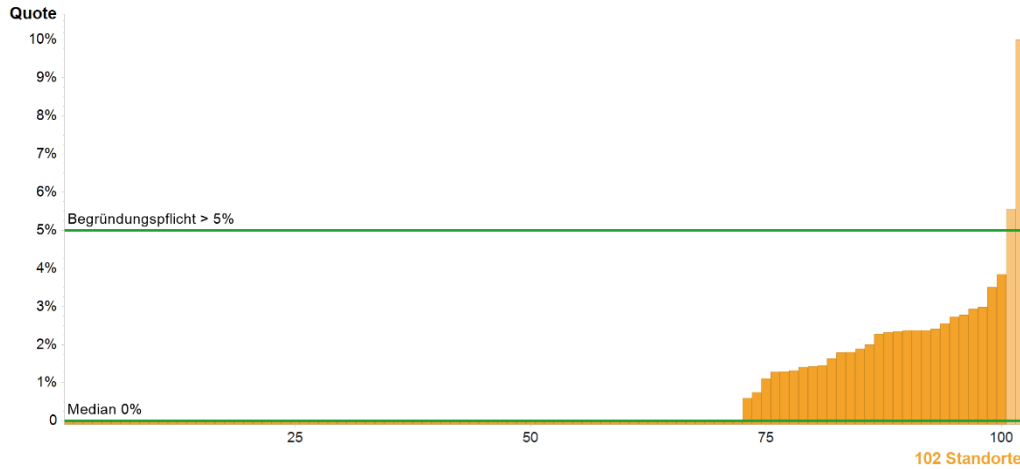
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	17,1%	22,2%	20,3%	25,9%	20,5%
95. Perzentil	12,6%	15,2%	15,3%	16,6%	14,9%
75. Perzentil	6,8%	7,1%	5,1%	7,2%	6,0%
Median	3,6%	2,8%	1,6%	2,7%	1,8%
25. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
2024		2023		2024		2023	
102	99%	82	100%	102	100%	82	100%

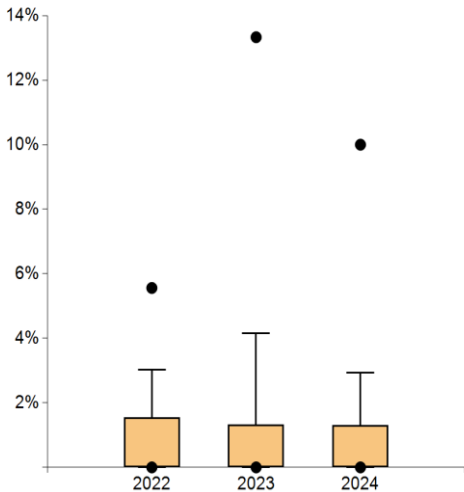
Anmerkungen:
 Bei dieser Kennzahl werden im Nenner die Primärfälle des Vorkennzahlenjahres betrachtet: Die Komplikationsrate nach Nierenteilresektion ist nach einem interkurrenten Anstieg wieder gefallen und liegt 2023 mit 3,7% (Median 1,8%) knapp unter dem Niveau von 2021 (3,8%). Alle Zentren liegen im Plausibilitätskorridor von ≤ 30%. In 45 Zentren (Vorjahr 34) traten nach Nierenteilresektion keine Komplikationen auf (= 44,1% der Zentren, Vorjahr 41,5%) und in 85,8% der Zentren lag die Komplikationsrate bei ≤ 10% (Vorjahr 84,1%). In einem Zentrum ist im Vorkennzahlenjahr keine Nierenteilresektion durchgeführt worden.

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

14. Postoperative Mortalität



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Operative Primärfälle des Nenners, die postoperativ innerhalb von 90d verstorben sind	0*	0 - 4	45	50
Nenner	Operative Primärfälle des Vorkennzahlenjahres mit partieller Nierenresektion/ Nephrektomie	54,5*	16 - 172	5949	4900
Quote	Begründungspflicht*** >5%	0%	0% - 10%	0,8%**	1%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	---	---	5,6%	13,3%	10,0%
95. Perzentil	---	---	3,0%	4,2%	2,9%
75. Perzentil	---	---	1,6%	1,3%	1,3%
Median	---	---	0,0%	0,0%	0,0%
25. Perzentil	---	---	0,0%	0,0%	0,0%
5. Perzentil	---	---	0,0%	0,0%	0,0%
Min	---	---	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
2024		2023		2024		2023	
102	99%	82	100%	100	98%	79	96,3%

Anmerkungen:
 Auch bei dieser Kennzahl fließen die Primärfälle des Vorkennzahlenjahres in Zähler und Nenner ein. Die 90d-Mortalitätsrate ist nach zwischenzeitlichem Anstieg im Auditjahr 2024 wieder auf 0,8% zurückgegangen. In 98,0% der Zentren (Vorjahr 96,3%) ist kein Pat. innerhalb von 90d postOP verstorben. In den beiden Zentren mit Mortalitätsraten > 5% verstarben insgesamt 6 Pat., davon drei Pat. ohne unmittelbaren Zusammenhang zur OP. Ein Primärfall verstarb nach postoperativer Reanimation, zwei weitere Primärfälle bei palliativer OP-Indikation und schnellem Tumorprogress. Aus einem Zentrum mit Erstzertifizierung 2024 liegen für das Vorkennzahlenjahr 2023 keine Ergebnisse vor.

* 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

Version e-A1-de; Stand 20.05.2026

ISBN: 978-3-912231-09-0



9 783912 231090