



Kennzahlenauswertung 2026

Jahresbericht der zertifizierten Leberkrebszentren

Auditjahr 2025 / Kennzahlenjahr 2024

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Leberkrebszentren 2025	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	12
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle	12
Kennzahl Nr. 1b: Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	13
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Vorstellung Tumorkonferenz (LL QI)	14
Kennzahl Nr. 3a: Postoperative Vorstellung	15
Kennzahl Nr. 3b: Postinterventionelle Vorstellung	16
Kennzahl Nr. 4: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv bzw. neu aufgetretene Metastasen	17
Kennzahl Nr. 5: Psychoonkologisches Distress-Screening	18
Kennzahl Nr. 6: Beratung Sozialdienst	19
Kennzahl Nr. 7: Anteil Studienpat.	20
Kennzahl Nr. 8: Typisierung nach WHO-Klassifikation (LL QI)	23
Kennzahl Nr. 9a: Inhalt Befundberichte HCC (LL QI)	24
Kennzahl Nr. 9b: Inhalt Befundberichte CCA (LL QI)	25
Kennzahl Nr. 10: mRECIST-/EASL-Klassifikation nach TACE/TAE (LL QI)	26
Kennzahl Nr. 11a: Komplikationen nach TACE/TAE	27
Kennzahl Nr. 11b: Komplikation nach perkutaner Radiofrequenzablation (RFA) + Mikrowellenablation	28
Kennzahl Nr. 12a: Anzahl komplexe operative Interventionen	29
Kennzahl Nr. 12b: Anzahl atypische Leberresektionen (OPS: 5-501.0; 5-501.2) bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber	30
Kennzahl Nr. 12c: Operative Expertise	31
Kennzahl Nr. 13: Lokale R0-Resektionen	32
Kennzahl Nr. 14: 30d-Mortalität postoperativ	33
Kennzahl Nr. 15: Bridgingtherapie (LL QI)	34
Impressum	35

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

Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 6: Beratung Sozialdienst	
Kennzahl Nr. 7: Anteil Studienpat.	
Kennzahl Nr. 8: Typisierung nach WHO-Klassifikation	(LL QI)
Kennzahl Nr. 9a: Inhalt Befundberichte	(LL QI)
Kennzahl Nr. 9b: Inhalt Befundberichte CCA	(LL QI)
Kennzahl Nr. 10: mRECIST-/EASL-Klassifikation nach TACE/TAE	(LL QI)

Qualitätsindikatoren der Leitlinie (LL QI):

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

Die Qualitätsindikatoren (QI's) beziehen sich auf die Version 4.0 der S3-LL Diagnostik und Therapie des Hepatozellulären Karzinoms und biliärer Karzinome.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die prätherapeutisch in der TK vorgestellt wurden	63*	40 - 175	2484	2319
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	64*	42 - 181	2570	2424
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,3%	88,3% - 100%	96,7%**	95,7%

Grunddaten Kennzahl:

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

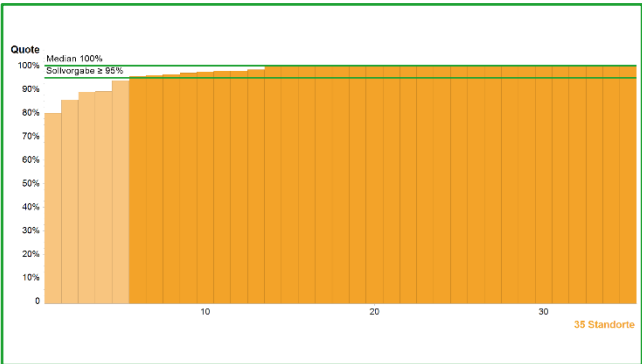
Die Angabe des **Medians** für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

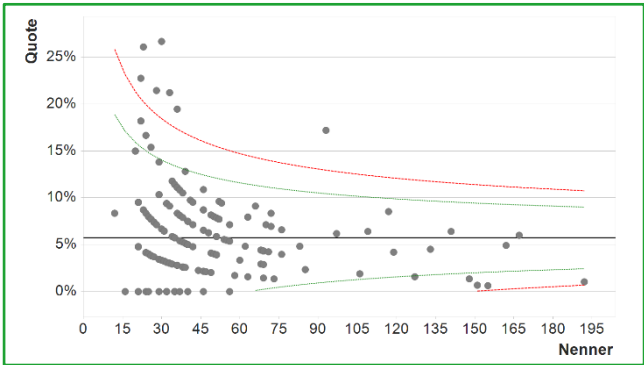
Unter **Pat. Gesamt** ist die Prozentzahl der in den Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat. angegeben.

Diagramm:

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

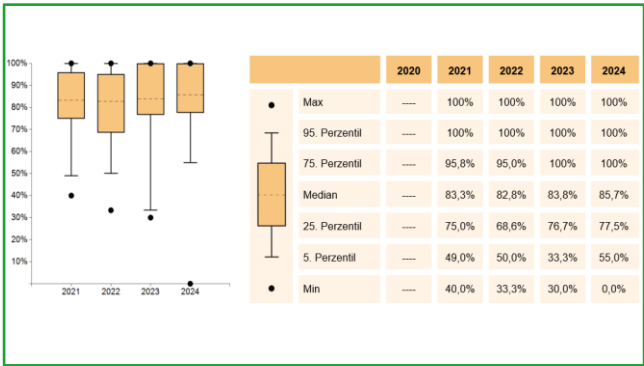


Allgemeine Informationen



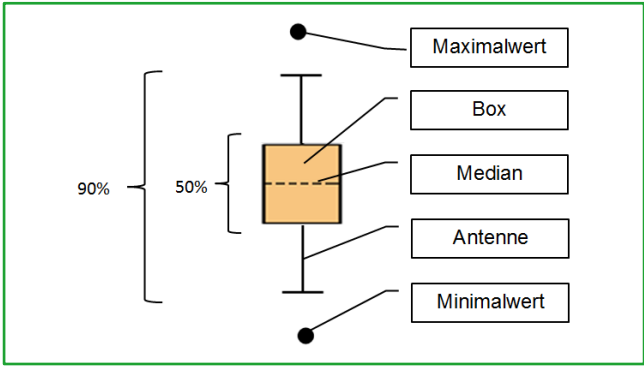
Funnel Plots:

Die Funnel Plots geben bei den Qualitätsindikatoren, die als Quotient dargestellt werden, das Verhältnis von einbezogenen Pat.zahlen und Indikatorergebnis an. Die x-Achse stellt die Grundgesamtheit des Indikators (Zahlenwert des Nenners) dar, die y-Achse das Ergebnis des Indikators für das jeweilige Zentrum. Die Sollvorgabe ist als blaue durchgezogene Linie und der Mittelwert als schwarze durchgezogene Linie dargestellt. Die grün gepunkteten Linien stellen dabei die 95%-Konfidenzintervalle (2 Standardabweichungen des Mittelwerts), die rot gestrichelten Linien die 99,7%-Konfidenzintervalle (3 Standardabweichungen des Mittelwerts) dar.



Kohortenentwicklung:

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 Leberkrebszentren 2025

	31.12.2025	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
Laufende Verfahren	2	2	2	1	2	3
Zertifizierte Zentren	37	33	32	31	27	22
Zertifizierte Standorte	37	33	32	31	27	22

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2025	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	35	32	32	28	24	22
entspricht	94,6%	96,9%	100%	90,3%	88,9%	100%

Primärfälle gesamt*	2.570	2.424	1.604	1.512	1.273	1.247
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	73,4	75,8	50,1	54	53	56,7
Primärfälle pro Standort (Median)*	64	73,5	44,5	52	48	48,5

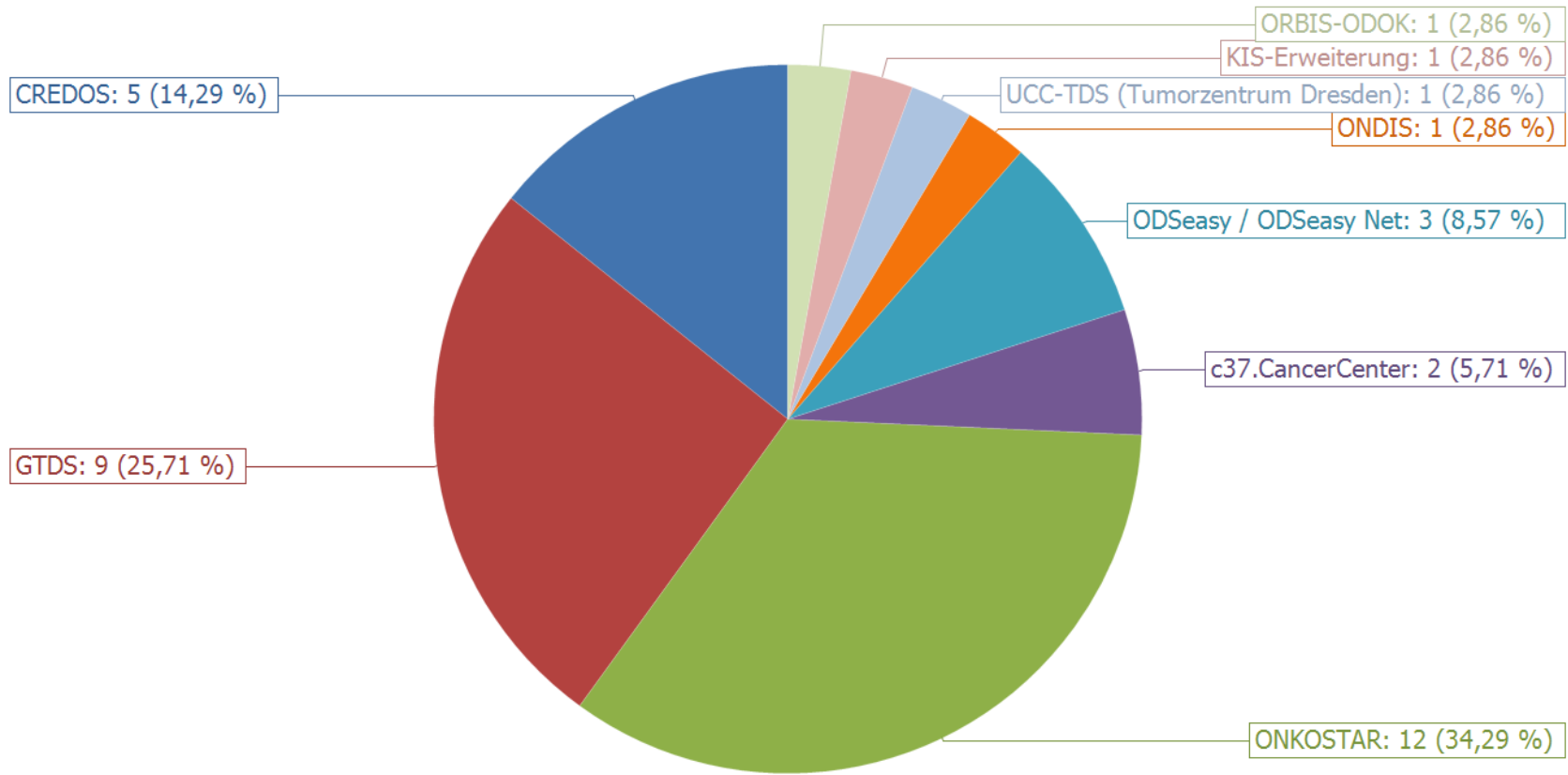
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

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

In dem Jahresbericht sind 35 von 37 zertifizierte Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 2 Standorte, die im Jahr 2025 die Erstzertifizierung durchlaufen haben (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). In allen 37 Standorten wurden insgesamt 2.624 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de aufgeführt.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2024. Sie stellen für die in 2025 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

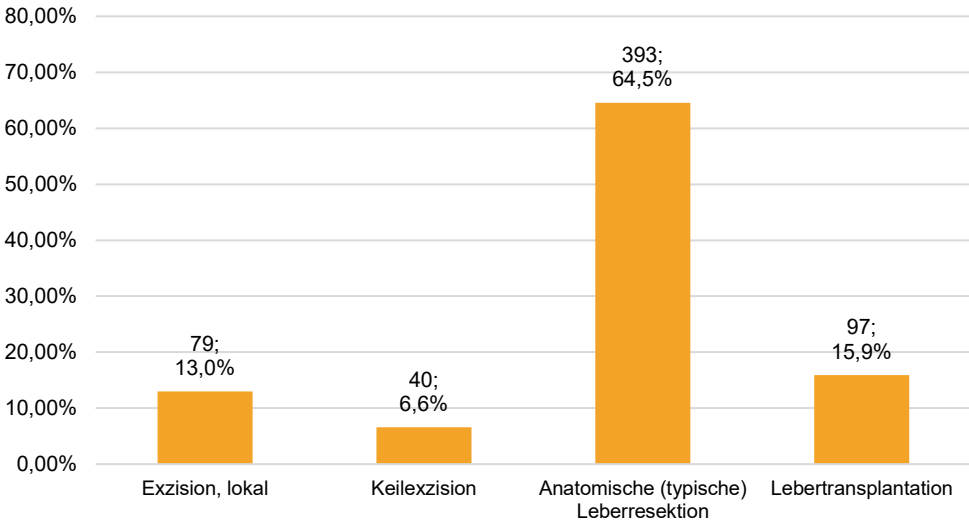
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



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.

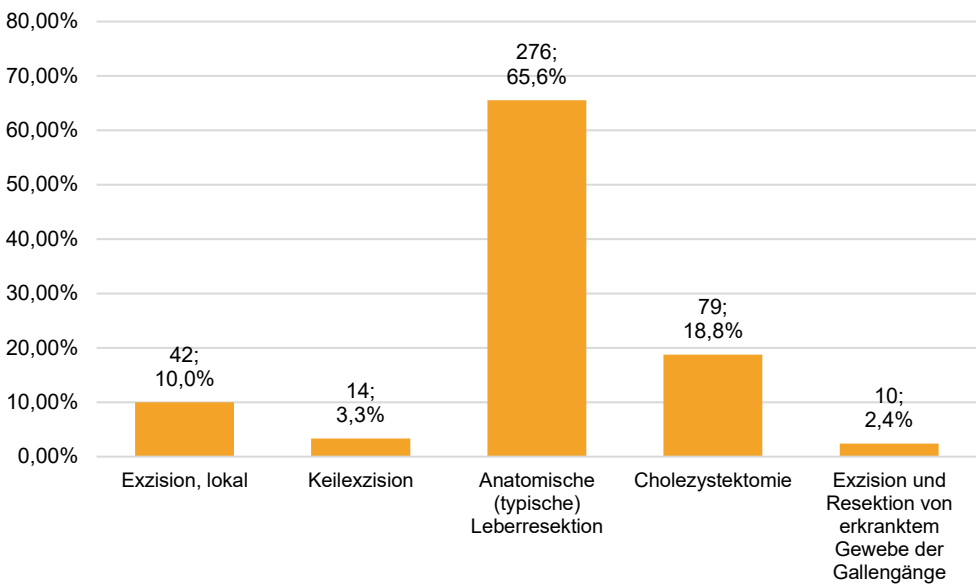
Basisdaten – Operative Expertise bei Primärfällen Leberkrebszentren

Operationen bei Primärfällen HCC



Operationen bei Primärfällen HCC	
Exzision, lokal (OPS: 5-501.0)	79 (13,0%)
Keilexzision (OPS: 5-501.2)	40 (6,6%)
Anatomische (typische) Leberresektion (OPS: 5-502*)	393 (64,5%)
Lebertransplantation (OPS: 5-504*)	97 (15,9%)
Gesamt	609 (100%)

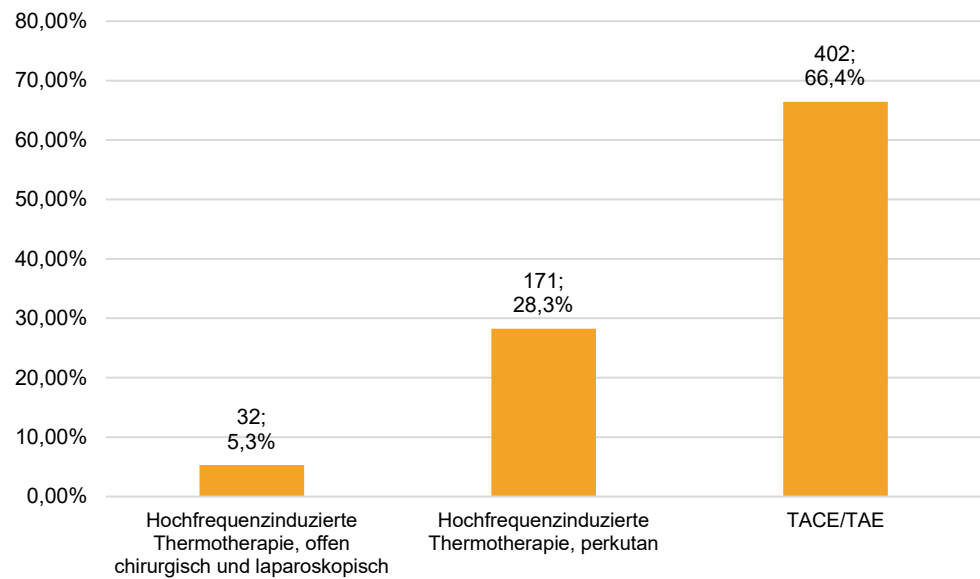
Operationen bei Primärfällen biliäre Karzinome



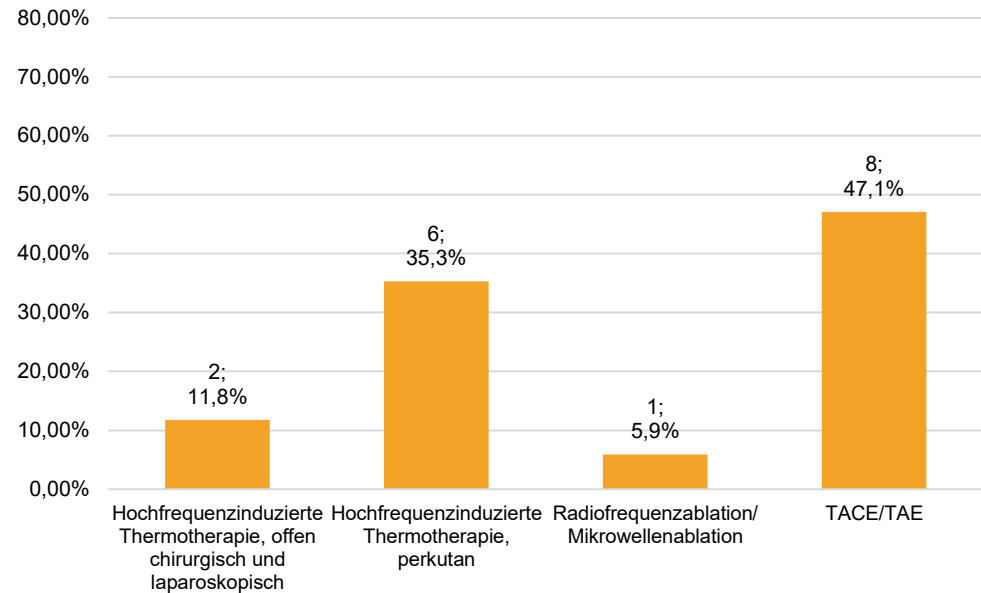
Operationen bei Primärfällen biliäre Karzinome	
Exzision, lokal (OPS: 5-501.0)	42 (10,0%)
Keilexzision (OPS: 5-501.2)	14 (3,3%)
Anatomische (typische) Leberresektion (OPS: 5-502*)	276 (65,6%)
Cholezystektomie (OPS: 5-511*)	79 (18,8%)
Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge (OPS: 5-515*)	10 (2,4%)
Gesamt	421 (100%)

Basisdaten – Interventionelle Expertise bei Primärfällen Leberkrebszentren

Interventionen bei Primärfällen HCC



Interventionen bei Primärfällen biliäre Karzinome



Interventionen bei Primärfällen HCC

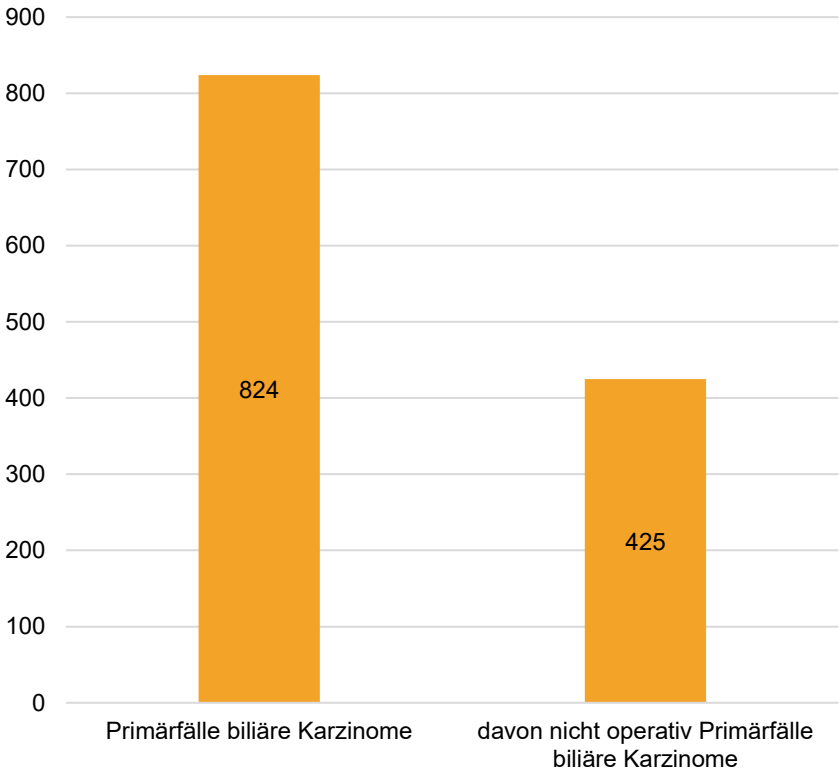
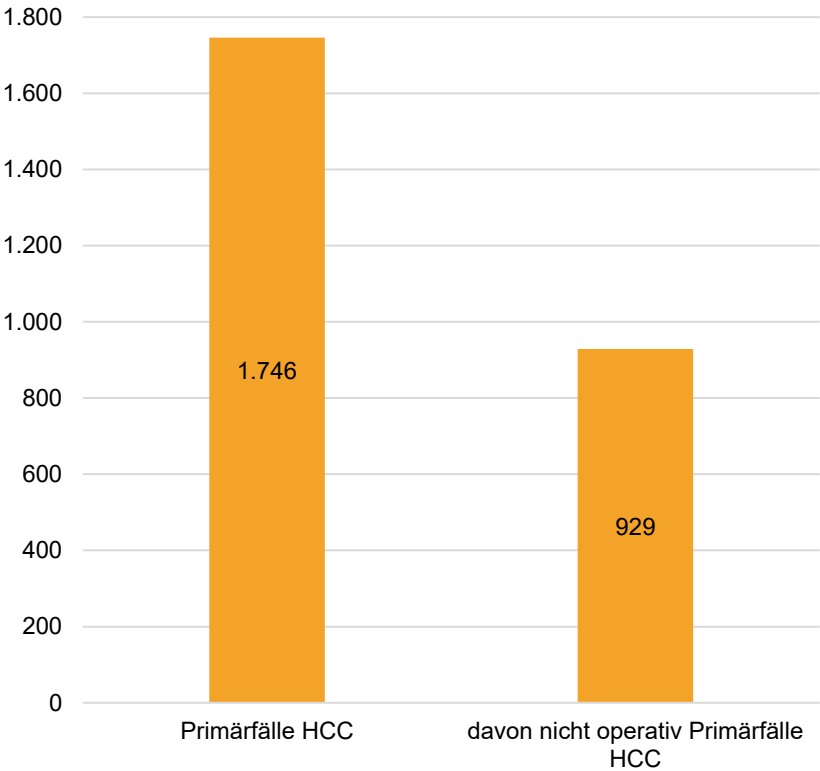
Destruktion, lokal, durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie (inkl. RFA/MWA ¹), offen chirurgisch und laparoskopisch (OPS: 5-501.90/.a0/.91/.a1/.92/.a2)	32 (5,3%)
Destruktion, lokal, durch hochfrequenzinduzierte Thermo-therapie (inkl. RFA/MWA ¹), perkutan (OPS: 5-501.93/.a3)	171 (28,3%)
TACE/TAE ¹	402 (66,4%)
Gesamt	605 (100%)

Interventionen bei Primärfällen biliäre Karzinome

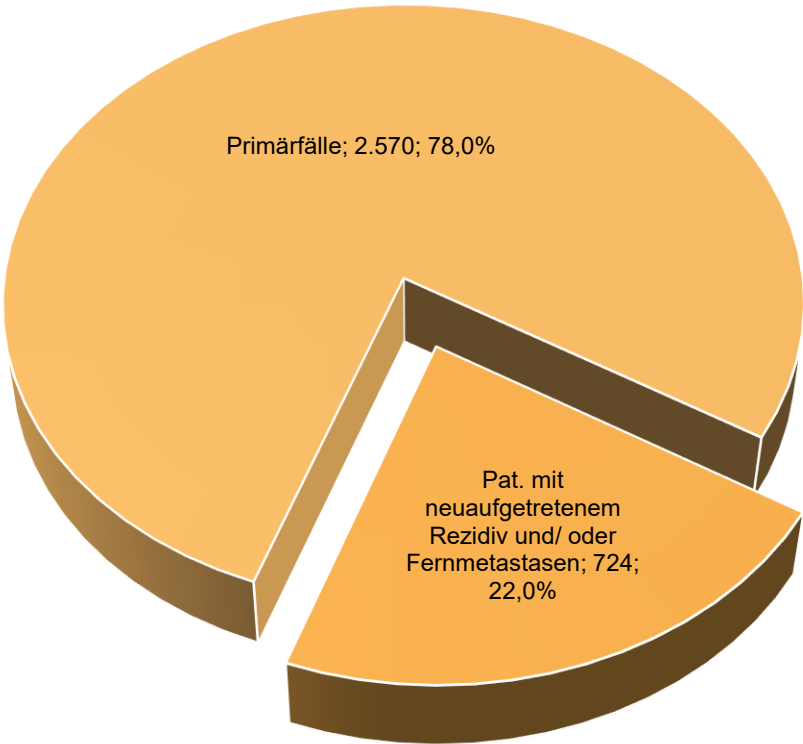
Destruktion, lokal, durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie (inkl. RFA/MWA ¹), offen chirurgisch und laparoskopisch (OPS: 5-501.90/.a0/.91/.a1/.92/.a2)	2 (11,8%)
Destruktion, lokal, durch hochfrequenzinduzierte Thermo-therapie (inkl. RFA/MWA ¹), perkutan (OPS: 5-501.93/.a3)	6 (35,3%)
Destruktion, lokal, durch hochfrequenzinduzierte Thermo-ther. (RFA/Mikrowelle ¹), endoskopisch (OPS: 5-513.42/43)	1 (5,9%)
TACE/TAE ¹	8 (47,1%)
Gesamt	17 (100%)

¹Abkürzungen:
RFA = Radiofrequenzablation
MWA = Mikrowellenablation
TACE = Transarterielle Chemoembolisation
TAE = Transarterielle Embolisation

Basisdaten – Primärfälle Leberkrebszentren

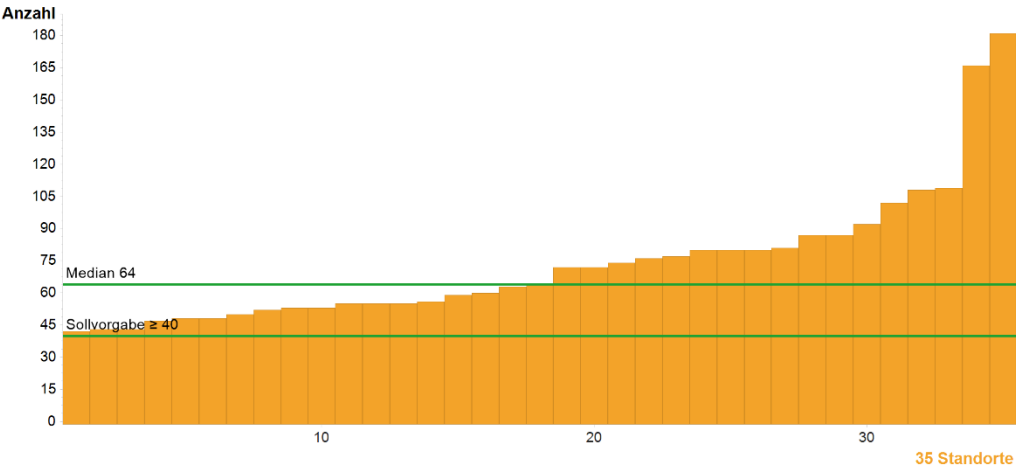


Basisdaten – Zentrumsfälle Leberkrebszentren

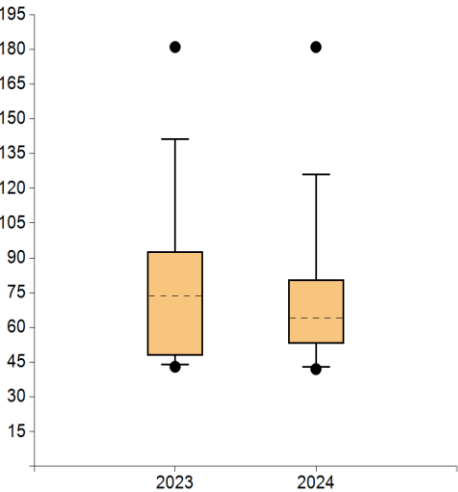


Primärfälle	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	Zentrumsfälle
2.570 (78,0%)	724 (22,0%)	3.294 (100%)

1a. Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	64	42 - 181	2570	2424
	Sollvorgabe ≥ 40				



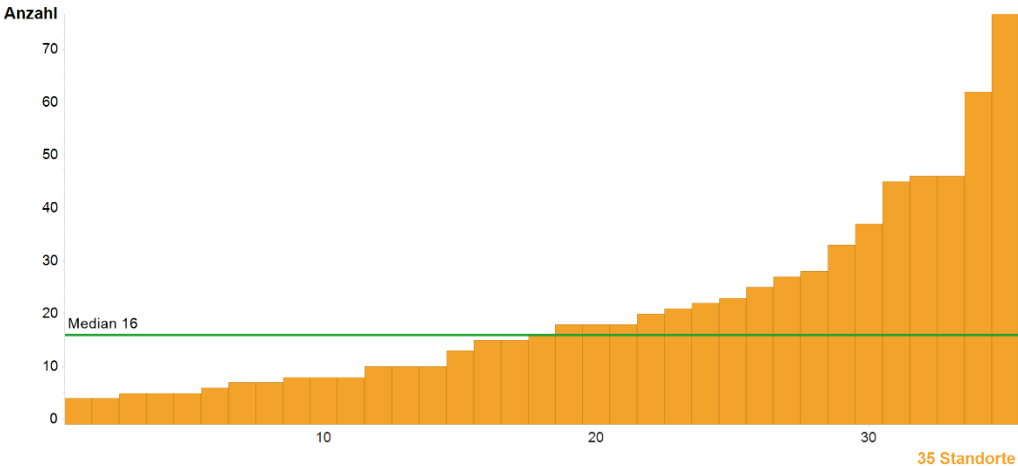
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	99	100	112	181	181
	95. Perzentil	95,9	87,9	88,4	141,4	126,1
	75. Perzentil	67,3	72,3	65	92,8	80,5
	Median	48	52	44,5	73,5	64
	25. Perzentil	33,8	35,8	32	47,8	53
	5. Perzentil	26	30,4	25,6	44	43
●	Min	25	21	22	43	42

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
35	100%	32	100%	35	100%	32	100%

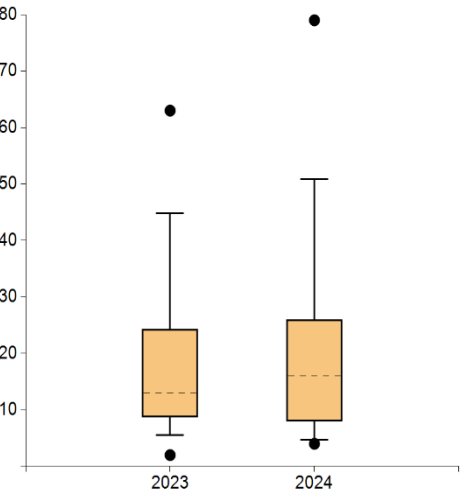
Anmerkungen:
Im aktuellen KeZa-Jahr erhöht sich die Zahl der auswertbaren Zentren von 32 auf 35 Standorte. Gleichzeitig steigt die Gesamtzahl der behandelten Patientinnen und Patienten von 2.424 auf 2.570 (+146 Fälle; +6,0 %). Der Median der Primärfälle liegt mit 64 unter dem Vorjahreswert von 73,5. Unverändert erfüllen alle ausgewerteten Standorte die SV von mindestens 40 Primärfällen.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	16	4 - 79	724	598
	Keine Sollvorgabe				



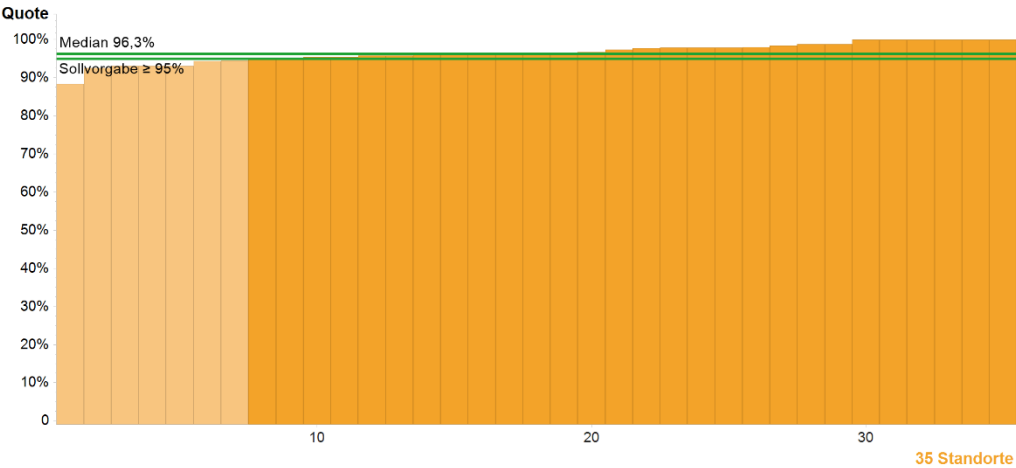
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	100	72	76,0	63	79
	95. Perzentil	40,4	41,6	40,1	44,9	50,8
	75. Perzentil	28,3	20,5	22	24,3	26
	Median	10,5	11,5	9,5	13	16
	25. Perzentil	4,8	7	5	8,8	8
	5. Perzentil	2,2	3,4	1,6	5,6	4,7
	Min	2	1	1	2	4

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
35	100%	32	100%	----	----	----	----

Anmerkungen:
Im aktuellen KeZa-Jahr steigt die Gesamtzahl der Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen von 598 auf 724 (+126 Fälle; +21,1 %). Der Median erhöht sich von 13 auf 16 Fälle. Die Spannweite liegt zwischen 4 und 79 Fällen.

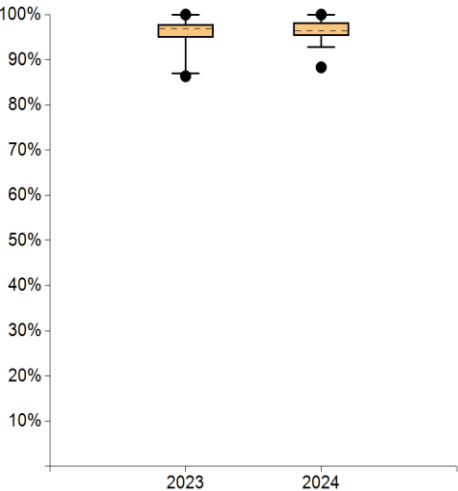
Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

2. Prätherapeutische Vorstellung Tumorkonferenz (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die prätherapeutisch in der TK vorgestellt wurden	63*	40 - 175	2484	2319
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	64*	42 - 181	2570	2424
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,3%	88,3% - 100%	96,7%**	95,7%

* 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.



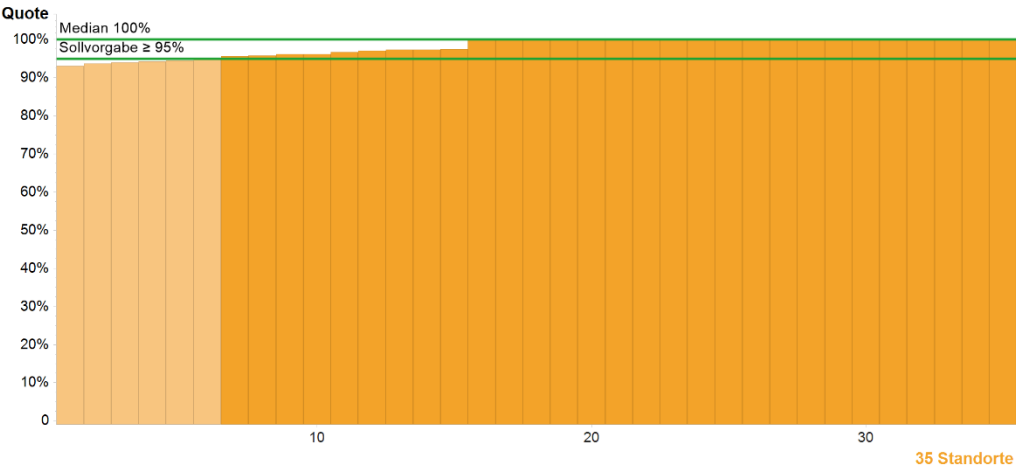
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	99,9%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	96,9%	98,5%	98,2%	97,8%	98,2%
	Median	95,8%	97,3%	96,6%	96,9%	96,3%
	25. Perzentil	93,7%	95,9%	94,6%	94,9%	95,3%
	5. Perzentil	91,1%	93,8%	87,1%	87,0%	92,9%
	Min	90,7%	90,6%	83,9%	86,4%	88,3%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
35	100%	32	100%	28	80%	23	71,9%

Anmerkungen:
Die Gesamtquote 96,7 % (Vorjahr: 95,7 %) und Median 96,3 % (Vorjahr: 96,9 %) dieses LL-QI bleiben im Vergleich zum Vorjahr weitgehend konstant. 7 Zentren unterschritten die Sollvorgabe. Als häufigste Gründe wurden intraoperative Zufallsbefunde (14x), Notfalloperationen (7x), Versäumnis (3x), frühes Versterben oder Ablehnung der Pat. (2x) sowie Vorstellung in einer externen Tumorkonferenz (4x) angegeben. Die FE betonten in den Audits die Bedeutung der prätherapeutischen Tumorkonferenz und sprachen 3 Hinweise aus.

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

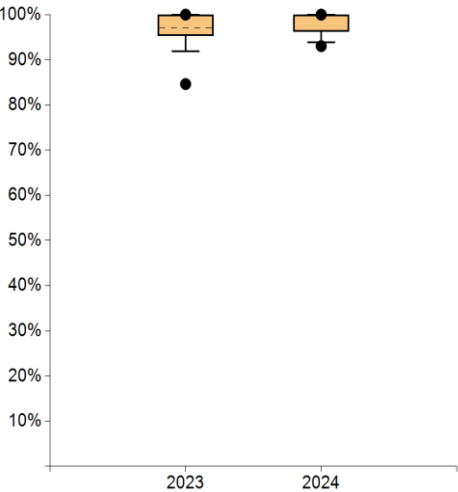
3a. Postoperative Vorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners, die postoperativ in der TK vorgestellt wurden	26*	13 - 74	1006	919
Nenner	Operative Expertise - Anzahl Operationen bei Primärfällen	26*	13 - 76	1030	950
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	100%	93% - 100%	97,7%**	96,7%

* 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.



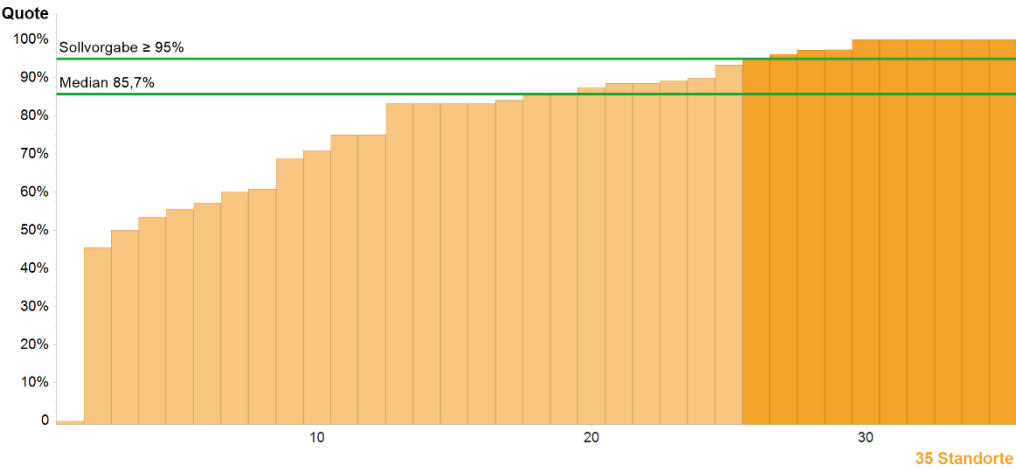
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	Median	95,7%	96,6%	100%	97,0%	100%
	25. Perzentil	89,2%	90,4%	95,6%	95,3%	96,2%
	5. Perzentil	82,2%	85,9%	87,8%	91,8%	93,9%
	Min	80,0%	84,0%	85,0%	84,6%	93,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
35	100%	32	100%	29	82,9%	24	75%

Anmerkungen:
Die postoperative Vorstellungsratesetzt ihren positiven Trend fort. Der Median liegt wieder bei 100 %, auch die übrigen Perzentile steigen gegenüber dem Vorjahr an. Die Gesamtquote erhöht sich leicht auf 97,7 %. In 6 Zentren wurde die Sollvorgabe von $\geq 95\%$ unterschritten (Vorjahr 8). Die betroffenen Zentren gaben an, dass die Pat., die nicht in der posttherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt wurden, frühzeitig verstorben waren (8x) oder nach einer Lebertransplantation keine erneute Vorstellung in der Tumorkonferenz erfolgte (4x). Die Fachexperten konnten keine systematischen Fehler erkennen.

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

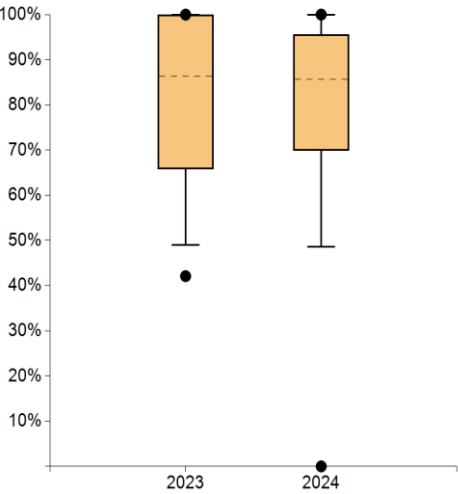
3b. Postinterventionelle Vorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Interventionen des Nenners, die 4-12 Wochen nach Intervention in der TK vorgestellt wurden	14*	0 - 37	516	461
Nenner	Interventionelle Expertise - Interventionen bei Primärfällen	15*	1 - 38	622	575
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	85,7%	0% - 100%	83%**	80,2%

* 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.



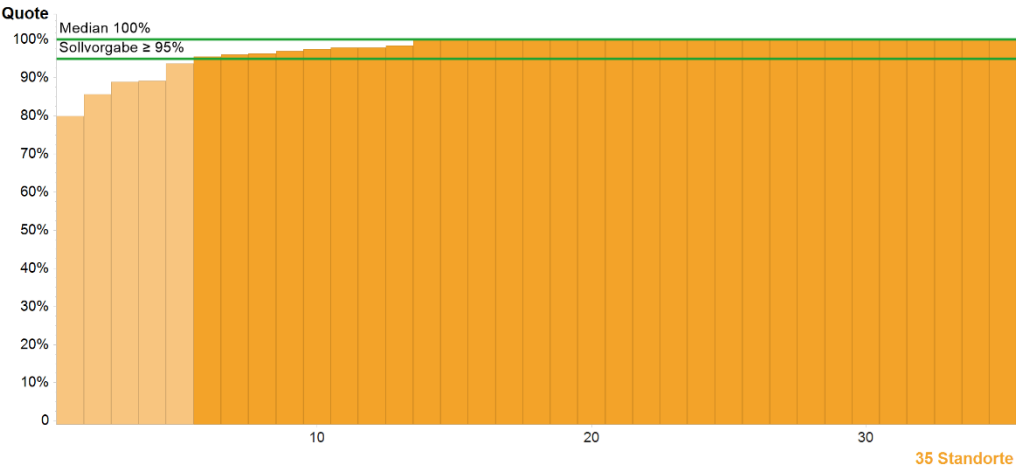
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	99,7%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	86,8%	97,0%	97,8%	100%	95,6%
Median	76,6%	88,6%	84,4%	86,3%	85,7%
25. Perzentil	69,6%	73,9%	68,2%	65,8%	69,9%
5. Perzentil	30,2%	40,4%	36,4%	49,1%	48,6%
Min	21,4%	40,0%	12,5%	42,1%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
35	100%	32	100%	10	28,6%	13	40,6%

Anmerkungen:
Die Gesamtquote der postinterventionellen Vorstellung ist auf 83 % (Vorjahr: 80,2 %) angestiegen. 25 Zentren haben die Sollvorgabe ≥ 95% unterschritten. Die häufigsten Gründe für die Unterschreitung waren Vorstellungen außerhalb des vorgesehenen Zeitkorridors (18x), frühzeitiges Versterben der Pat. (13x), Versäumnis (19x), „lost to follow-up“ (8x) und noch laufende Interventionen bzw. ausstehende TK (6x). In 26 Fällen blieb der Grund für die fehlende Vorstellung unklar. Der Fachexperten sprachen mehrere Hinweise, davon zwei kritische Hinweise, aus.

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

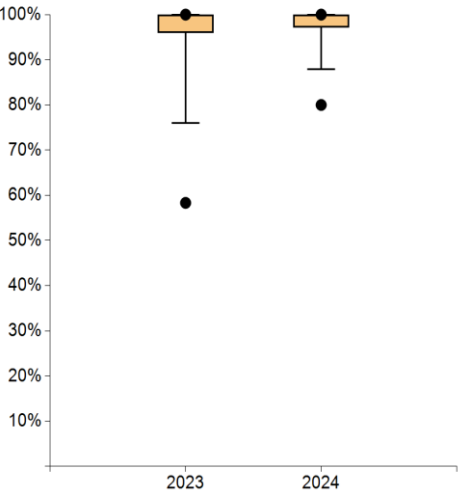
4. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv bzw. neuauftretene Metastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	15*	4 - 77	705	574
Nenner	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	16*	4 - 79	724	598
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	80% - 100%	97,4%**	96%

* 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.



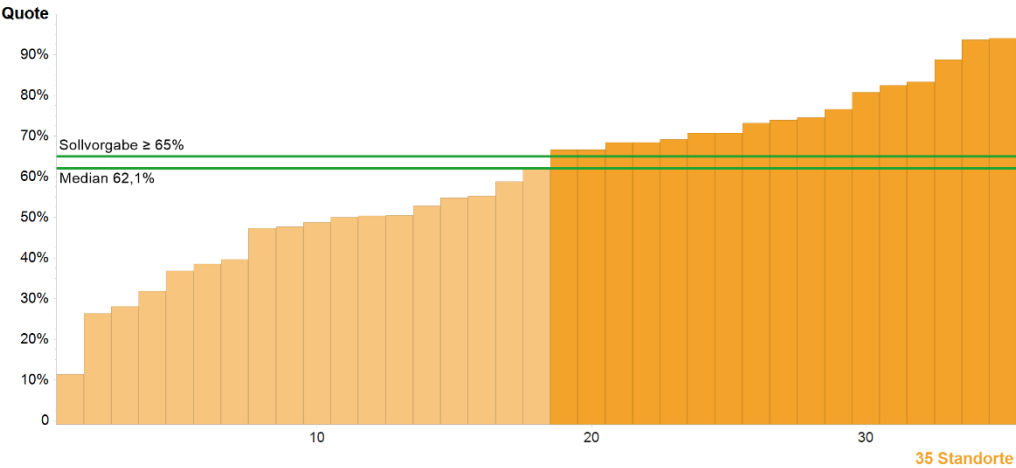
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	98,6%	100%	97,0%	96,0%	97,2%
5. Perzentil	86,7%	89,3%	89,1%	76,0%	87,9%
Min	80,0%	72,7%	85,7%	58,3%	80,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
35	100%	32	100%	30	85,7%	26	81,3%

Anmerkungen:
Diese Kennzahl wird weiterhin auf hohem Niveau von den Zentren umgesetzt. Der Median liegt wie im Vorjahr bei 100%, die Gesamtquote ist auf 97,4 % (Vorjahr: 96 %) angestiegen. 5 Zentren haben die Sollvorgabe ≥ 95% unterschritten. Als häufigste Gründe wurden frühzeitiges Versterben der Pat. (6x) und Versäumnisse (3x) angegeben. Die Fachexperten sprachen 4 Hinweise aus. Systematische Fehler zeigten sich nicht.

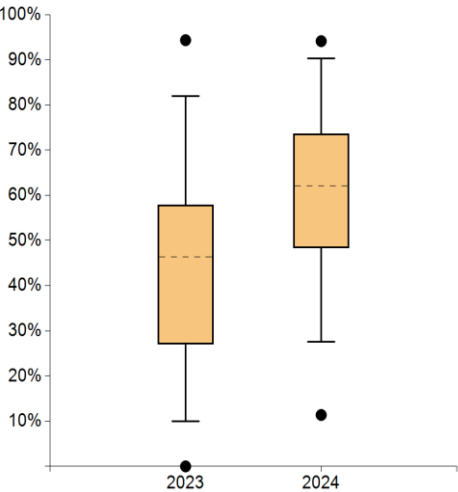
Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

5. Psychoonkologisches Distress-Screening



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	52*	14 - 105	1870	745
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	82*	47 - 260	3294	1658
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	62,1%	11,4% - 94,1%	56,8%**	44,9%

* 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.

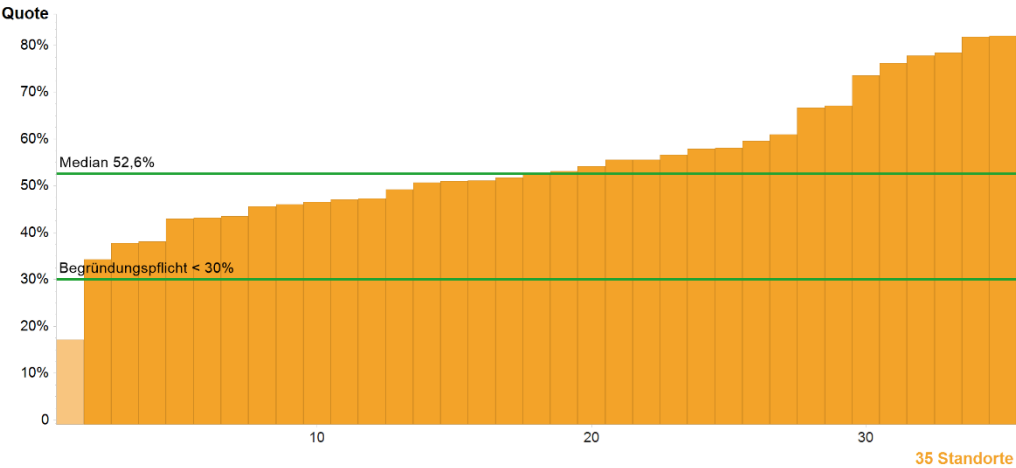


		2020	2021	2022	2023	2024
Max		----	----	----	94,3%	94,1%
95. Perzentil		----	----	----	82,0%	90,3%
75. Perzentil		----	----	----	57,9%	73,6%
Median		----	----	----	46,3%	62,1%
25. Perzentil		----	----	----	27,0%	48,3%
5. Perzentil		----	----	----	10,0%	27,6%
Min		----	----	----	0,0%	11,4%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
35	100%	18	56,3%	17	48,6%	4	22,2%

Anmerkungen:
Die Kennzahl zum psychoonkologischen Distress-Screening zeigt im aktuellen KeZa-Jahr eine positive Entwicklung. Die Gesamtquote ist auf 56,8 % (Vorjahr: 44,9%) und der Median auf 62,1 % (Vorjahr: 46,3 %) angestiegen. 18 Zentren haben die Sollvorgabe von ≥ 65 % unterschritten. Begründet wurde dies mit noch nicht abgeschlossenen Implementierungsprozessen, fehlender Dokumentation, personellen Einschränkungen sowie Ablehnung oder Komorbiditäten der Pat.

6. Beratung Sozialdienst

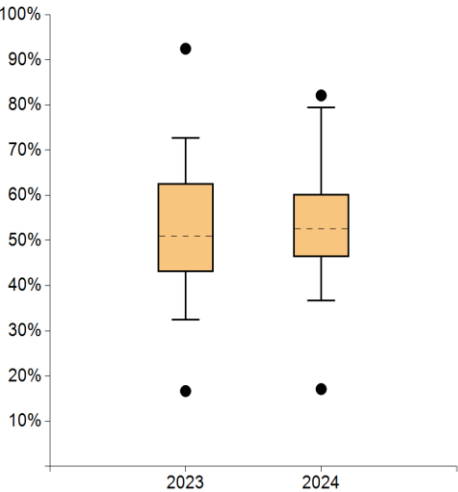


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	49*	13 - 121	1736	1517
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	82*	47 - 260	3294	3022
Quote	Begründungspflicht*** <30%	52,6%	17,1% - 82,1%	52,7%**	50,2%

* 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.



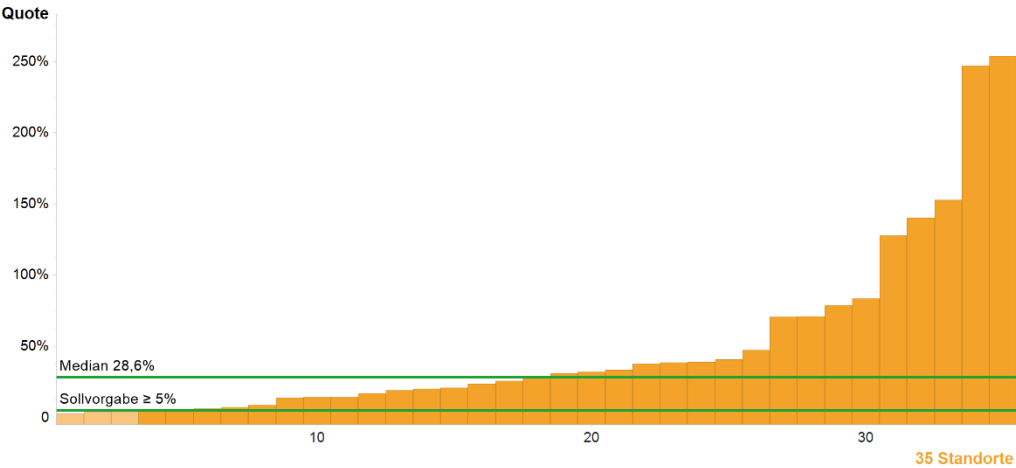
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	89,8%	85,7%	73,8%	92,5%	82,1%
95. Perzentil	65,0%	67,0%	70,0%	72,6%	79,5%
75. Perzentil	52,3%	51,5%	56,2%	62,7%	60,3%
Median	40,3%	43,9%	45,5%	51,0%	52,6%
25. Perzentil	37,4%	36,4%	32,5%	43,1%	46,3%
5. Perzentil	30,2%	30,4%	23,8%	32,5%	36,8%
Min	11,7%	10,2%	14,8%	16,7%	17,1%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
2024		2023		2024		2023	
35	100%	32	100%	34	97,1%	30	93,8%

Anmerkungen:
Der Median und die Gesamtquote der Sozialdienstberatungen ist im aktuellen KeZa-Jahr auf fast 53 % bzw. 52,6 % (Vorjahr: 50,2 % und 51 %) angestiegen. 1 Zentrum lag unterhalb der Plausibilitätsgrenze < 30%. Das Zentrum begründete dies mit personellen Engpässen aufgrund von verzögerter Nachbesetzung.

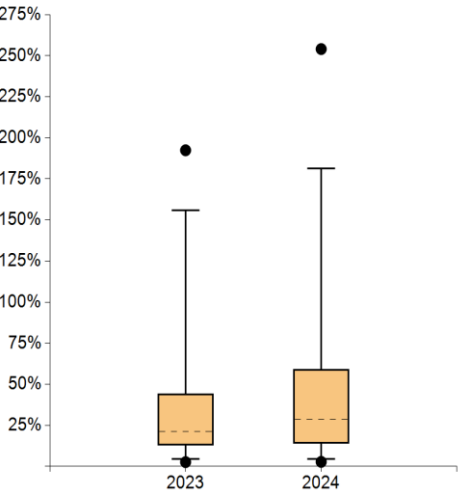
Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

7. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	23*	2 - 221	1205	965
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	64*	42 - 181	2570	2424
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	28,6%	2,8% - 254%	46,9%**	39,8%

* 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.



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	104,0%	415,6%	258,7%	192,4%	254,0%
95. Perzentil	71,3%	159,1%	131,2%	155,8%	181,2%
75. Perzentil	50,9%	35,4%	42,5%	44,1%	59,1%
Median	27,2%	18,0%	19,3%	21,1%	28,6%
25. Perzentil	9,1%	6,6%	9,4%	12,7%	14,1%
5. Perzentil	0,3%	0,5%	3,0%	4,4%	4,4%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	2,8%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
35	100%	32	100%	32	91,4%	29	90,6%

Anmerkungen:
Im KeZa-Jahr 2024 setzt sich der positive Trend der KeZa fort. Der Median liegt bei 28,6 % (Vorjahr: 21,14 %) und die Gesamtquote bei 46,9 % (Vorjahr: 39,81 %). 3 Zentren unterschritten die SV und begründeten dies mit einer fehlenden Verfügbarkeit von Studien sowie Komorbiditäten und Kontraindikationen der Pat. Die betroffenen Zentren konnten im laufenden KeZa Jahr bereits einen Anstieg der Rate vorweisen. Es wurde 1 Hinweis ausgesprochen.

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

Individueller Jahresbericht - Benchmark

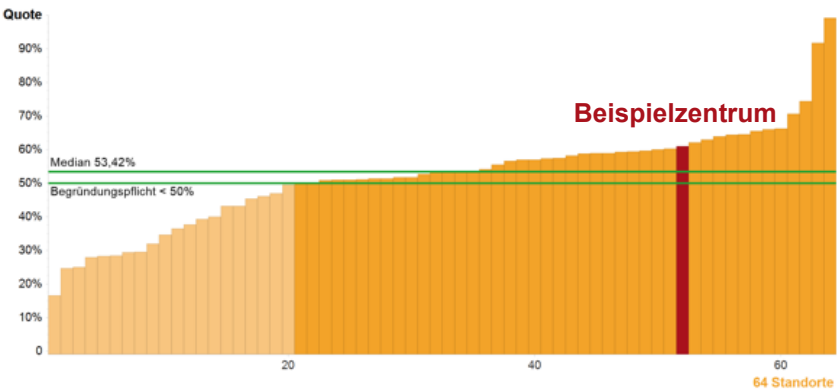
Individueller Jahresbericht - Standortspezifische Kennzahlenauswertung eines Zentrums

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 (beispielsweise sind Zentren mit Erstzertifizierung im Auditjahr nicht abgebildet). Bei mehrstandortigen Zentren wird jeder Standort in einem eigenständigen individuellen Jahresbericht abgebildet. Für Onkologische Zentren ist aktuell nur der allgemeine Jahresbericht verfügbar.



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

	Kennzahldefinition	Beispielzentrum				
		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:

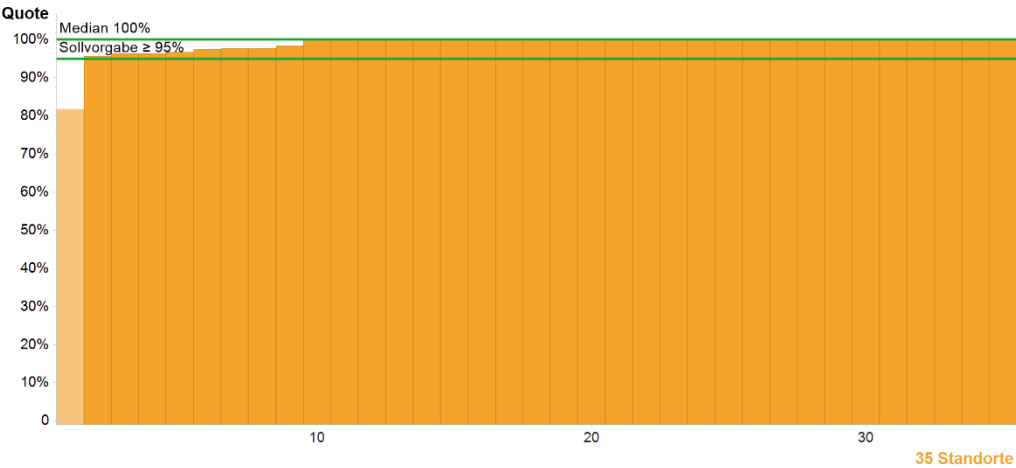
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- 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.

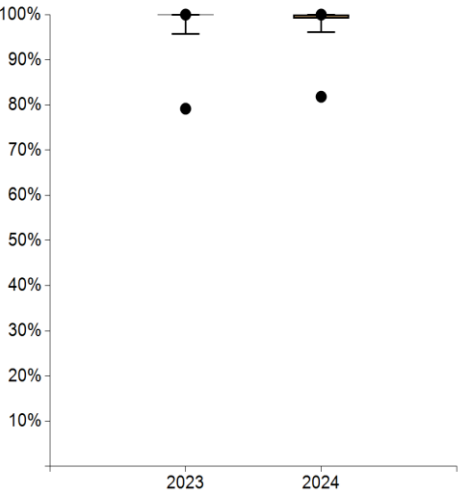
8. Typisierung nach WHO-Klassifikation (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Typisierung nach aktueller WHO-Klassifikation	49*	2 - 147	1834	1793
Nenner	Primärfälle mit histologisch gesichertem HCC oder biliärem Karzinom	49*	2 - 147	1862	1819
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	81,8% - 100%	98,5%**	98,6%

* 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.



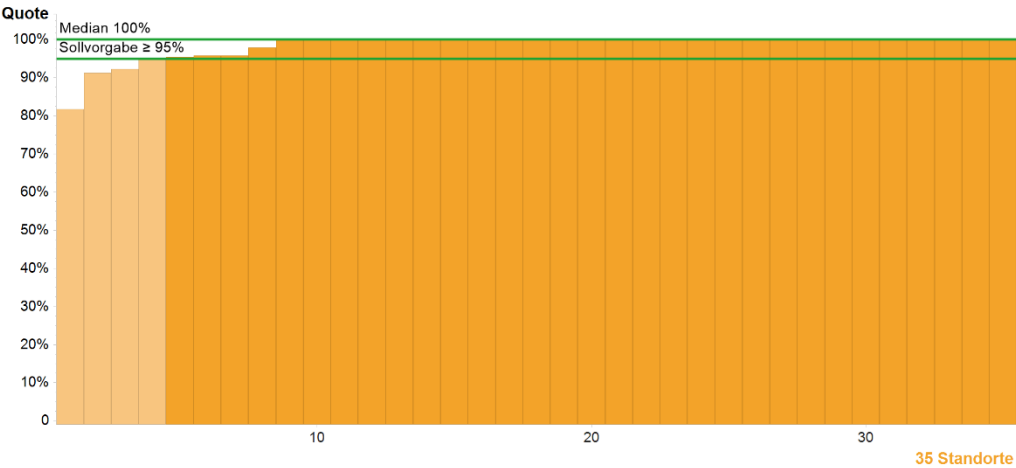
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	Median	100%	100%	100%	100%	100%
	25. Perzentil	100%	100%	100%	100%	99,2%
	5. Perzentil	80,6%	93,2%	100%	95,7%	96,1%
	Min	73,3%	81,8%	97,6%	79,2%	81,8%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
35	100%	32	100%	34	97,1%	30	93,8%

Anmerkungen:
Die Quote der Typisierung nach WHO-Klassifikation bleibt auf hohem Niveau stabil (Gesamtquote 98,5 %; Vorjahr: 98,6 %). 1 Zentrum unterschreitet die SV ≥ 95%, da 10 Pat. mit geplanter LTX die Typisierung erst postoperativ erhielten. Hier ist anzumerken, dass diese Pat. prinzipiell im Zähler berücksichtigt werden dürften, da die Kennzahl keinen Zeitpunkt der Typisierung vorsieht. Bei weiteren 4 Pat. wurde die Typisierung versäumt.

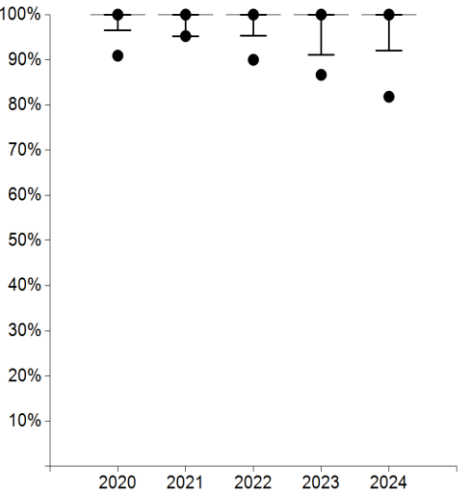
Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

9a. Inhalt Befundberichte HCC (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit Befundbericht bei Leberresektion oder Leberexplantation mit Angaben zu: • Staging (nach TNM) • Typing (nach WHO) • Grading • Resektionsrand • Status Umgebungslieber	15*	5 - 47	599	520
Nenner	Operationen bei Primärfällen HCC	15*	5 - 48	609	526
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	100%	81,8% - 100%	98,4%**	98,9%

* 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.

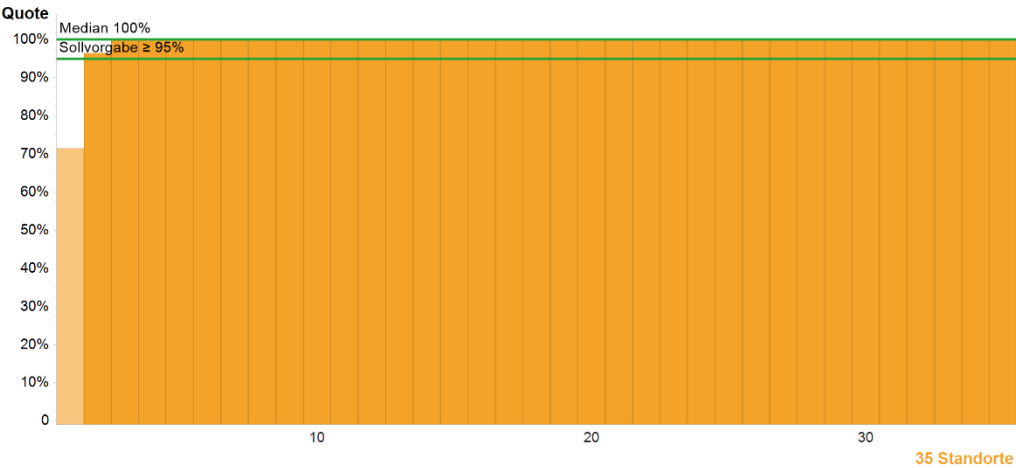


		2020	2021	2022	2023	2024
Max		100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil		100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil		100%	100%	100%	100%	100%
Median		100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil		100%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil		96,5%	95,2%	95,3%	91,1%	92,0%
Min		90,9%	95,2%	90,0%	86,7%	81,8%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
35	100%	32	100%	31	88,6%	29	90,6%

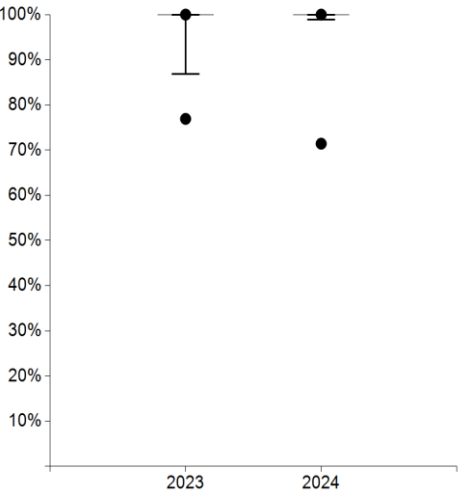
Anmerkungen:
Dieser LL-QI zeigt auch im aktuellen KeZa-Jahr eine hohe Durchdringung mit einer Gesamtquote von 98,4 % (Vorjahr: 98,9 %) und einem Median von 100%. 4 Zentren unterschritten die Sollvorgabe. Die betroffenen Zentren begründeten dies mit fehlendem Tumornachweis (2x) und fehlender Dokumentation (1x). Bei 2 weiteren Fällen blieb die Ursache unklar. Die Begründungen konnten in den Audits durch FE plausibilisiert werden.

9b. Inhalt Befundberichte CCA (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners bei denen ein histopathologischer Befundbericht mit den definierten Angaben vorliegt (siehe Kennzahldefinition)	12*	2 - 36	418	277
Nenner	Operationen bei Primärfällen mit biliärem Karzinom	12*	2 - 36	421	283
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	71,4% - 100%	99,3%**	97,9%

* 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.

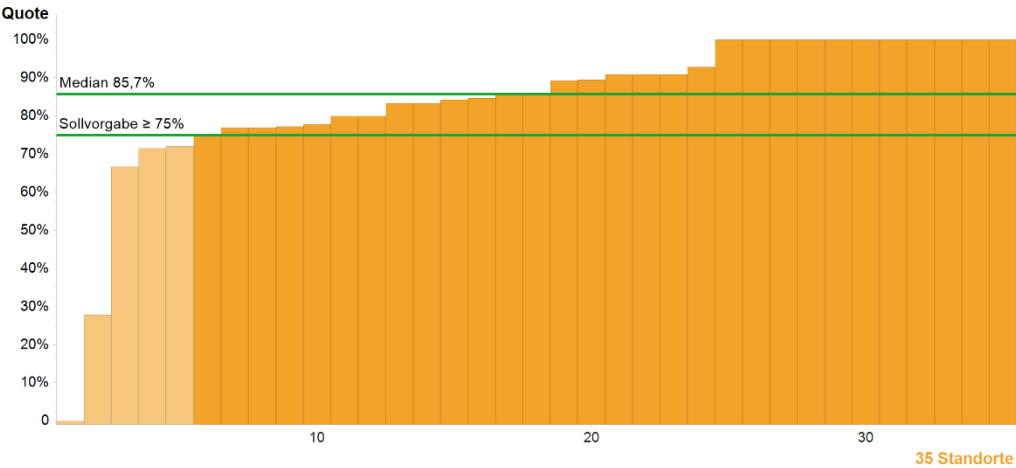


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
75. Perzentil	----	----	----	100%	100%
Median	----	----	----	100%	100%
25. Perzentil	----	----	----	100%	100%
5. Perzentil	----	----	----	86,9%	98,9%
Min	----	----	----	76,9%	71,4%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
35	100%	24	75%	34	97,1%	20	83,3%

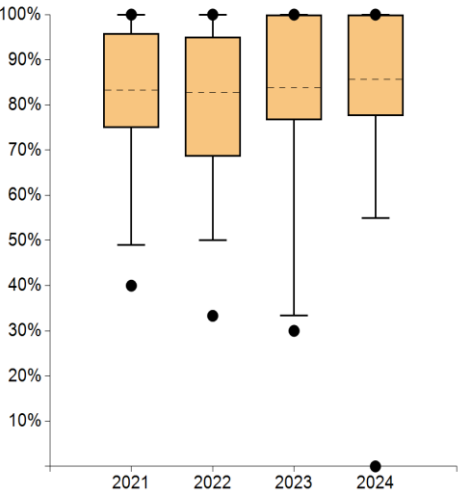
Anmerkungen:
Auch bei diesem LL-QI zeigt sich eine sehr hohe Durchdringung. Die Gesamtquote steigt auf 99,3 % (Vorjahr: 97,9 %), der Median liegt weiterhin bei 100%. Nur 1 Zentrum unterschritt die Sollvorgabe ≥ 95% und begründete dies mit Dokumentationsdefiziten durch die Pathologie. Als Maßnahme erfolgte eine Rücksprache mit der pathologischen Abteilung.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, mit Beurteilung der Remission mittels modifizierter RECIST- oder EASL-Klassifikation	8*	0 - 28	326	304
Nenner	Primärfälle mit HCC und TACE/TAE	10*	1 - 36	402	396
Quote	Sollvorgabe ≥ 75%	85,7%	0% - 100%	81,1%**	76,8%

* 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.

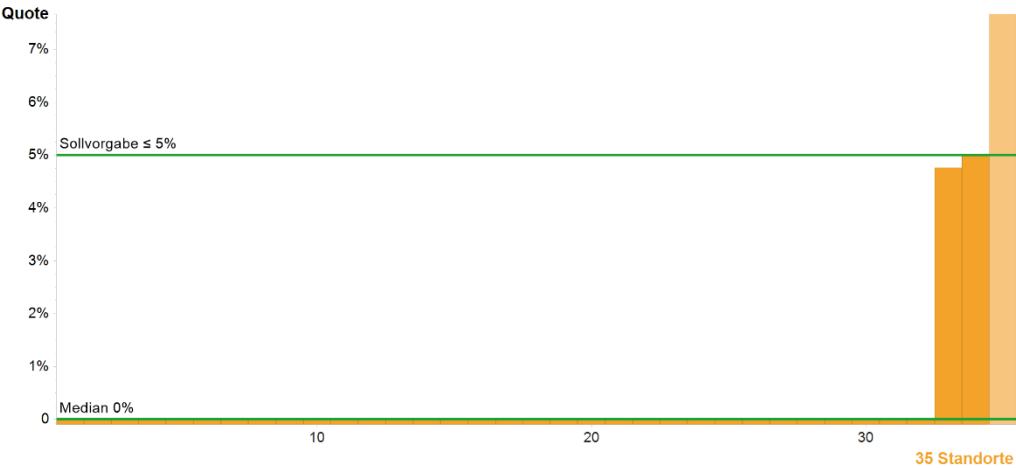


		2020	2021	2022	2023	2024
Max		----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil		----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil		----	95,8%	95,0%	100%	100%
Median		----	83,3%	82,8%	83,8%	85,7%
25. Perzentil		----	75,0%	68,6%	76,7%	77,5%
5. Perzentil		----	49,0%	50,0%	33,3%	55,0%
Min		----	40,0%	33,3%	30,0%	0,0%

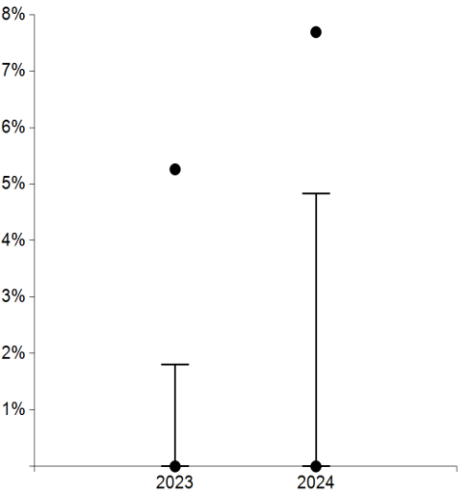
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
35	100%	32	100%	30	85,7%	26	81,3%

Anmerkungen:
Dieser LL-QI zeigt eine positive Entwicklung mit einer Gesamtquote von 81,1 % (Vorjahr 76,8 %) und einem Median von 85,7 %. In 5 Zentren wurde die Sollvorgabe unterschritten. Als Gründe wurden u.a. fehlende Anwendbarkeit der mRECIST-/EASL-Klassifikation aufgrund von Mikrowellenablation und stattdessen Anwendung der LIRADS Klassifikation (10x), ausstehende Bildgebung/Befunde (4x), vorzeitiges Versterben (4x) sowie externe Verlaufskontrollen (3x) genannt. Weitere Einzelfälle betrafen individuelle Verläufe wie Transplantation oder lost to follow-up. Es wurde 1 Hinweis ausgesprochen.

11a. Komplikationen nach TACE/TAE



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit interventionspflichtigen Komplikationen innerhalb von 7 Tagen nach Abschluss: Blutung (T81.0), Gefäßverletzung (T81.2), Non-target-Embolisationen (T81.7), Abszess intrahepatisch (T81.4), Verletzung anderer Organe (T81.2), Leberversagen (K91.9) nach TACE/TAE	0*	0 - 1	3	2
Nenner	Primärfälle mit TACE/TAE	10*	1 - 37	410	411
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0%	0% - 7,7%	0,7%**	0,5%

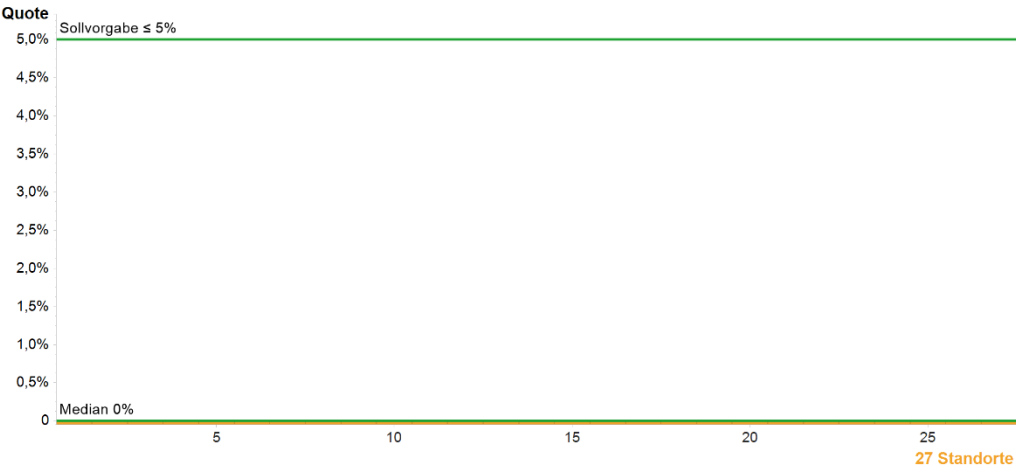


		2020	2021	2022	2023	2024	Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
	Max	33,3%	5,0%	0,0%	5,3%	7,7%	2024		2023		2024		2023	
	95. Perzentil	7,5%	4,2%	0,0%	1,8%	4,8%	35	100%	32	100%	34	97,1%	31	96,9%
	75. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%								
	Median	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%								
	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%								

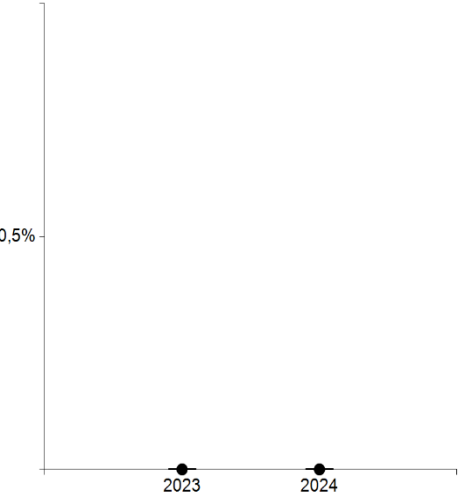
Anmerkungen:
Im aktuellen KeZa-Jahr kam es in 3 von 410 Fällen zu einer interventionspflichtigen Komplikation nach TACE/TAE (Vorjahr: 2 von 411 Fällen). 1 Zentrum überschritt die SV ≤ 5%.

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

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



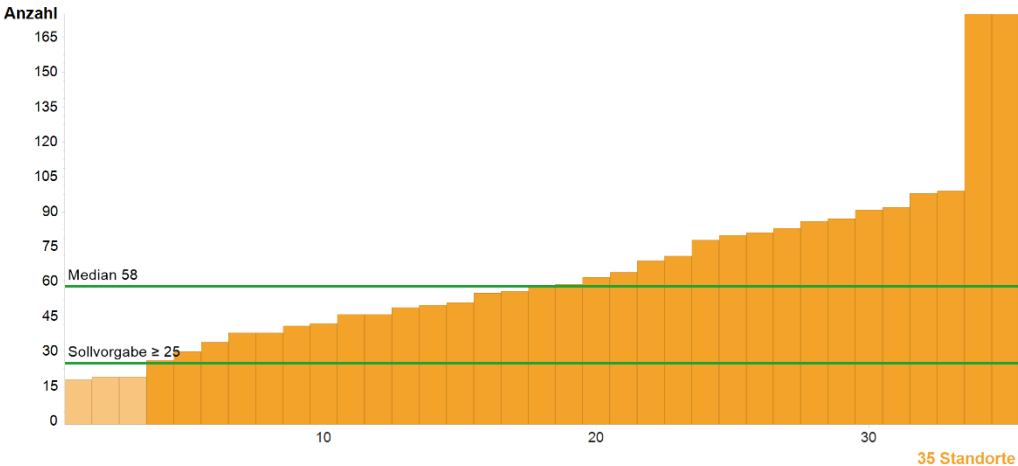
	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit interventionspflichtigen Komplikationen innerhalb von 7 Tg. nach Abschluss: Blutung (T81.0), Gefäßverletzung (T81.2), Non-target-Embolisationen (T81.7), Abszess intrahepatisch (T81.4), Verletzung anderer Organe (T81.2), Leberversagen (K91.9) nach perkutaner/ endoskop. RFA + Mikrowellenablation	0*	0 - 0	0	0
Nenner	Primärfälle mit perkutaner/ endoskopischer RFA + Mikrowellenablation (OPS: 5-501.93/.a3, 5-513.42/43)	4*	1 - 19	178	142
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0%	0% - 0%	0%**	0%



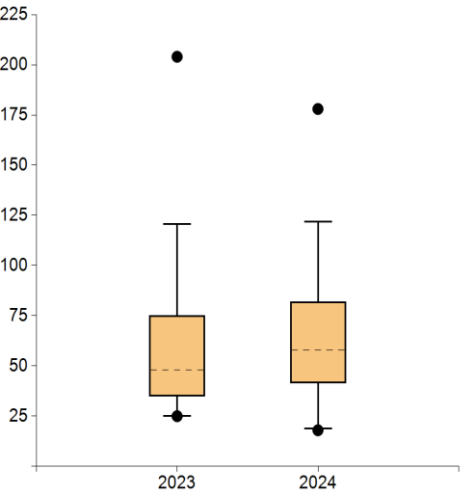
		2020	2021	2022	2023	2024	Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
	Max	0,0%	6,3%	9,1%	0,0%	0,0%	2024	2023	2024	2023
	95. Perzentil	0,0%	0,0%	5,7%	0,0%	0,0%	27	77,1%	24	75%
	75. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				
	Median	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				
	25. Perzentil	0,0%	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%				
Anmerkungen: Im aktuellen KeZa-Jahr wurden bei 178 durchgeführten RFA/MWA erfreulicherweise keine interventionspflichtigen Komplikationen gemeldet (Vorjahr: 0 Pat. bei 142 durchgeführten RFA/ MWA).										

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

12a. Anzahl komplexe operative Interventionen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Komplexe operative Interventionen (Resektion, Transplantation) bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber (OPS: 5-502* o. 5-504*)	58	18 - 178	2269	1951
	Sollvorgabe ≥ 25				



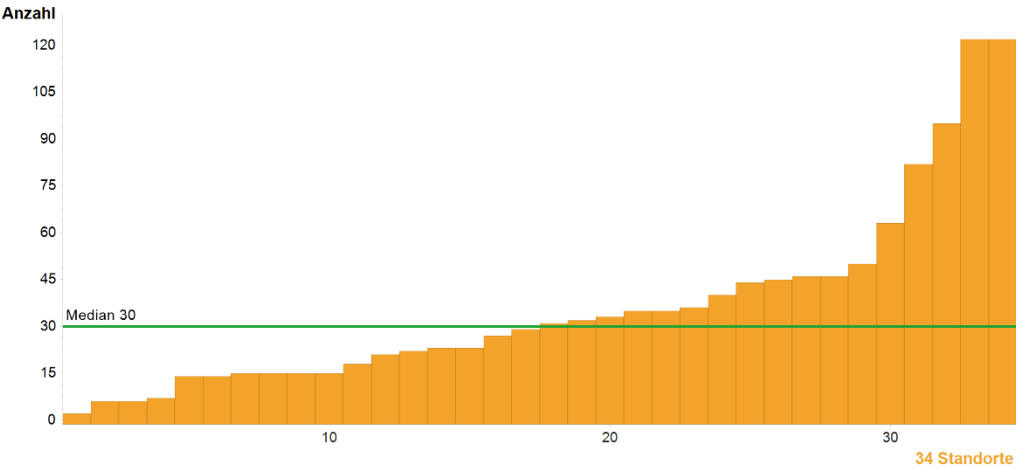
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	225	214	211	204	178
	95. Perzentil	109,9	147,2	108,9	120,6	121,8
	75. Perzentil	78	77,3	82,3	75,3	82
	Median	67,5	62,5	55	48	58
	25. Perzentil	44,5	42,3	35,8	35	41,5
	5. Perzentil	29	27,1	25	25	19
	Min	23	21	19	25	18

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
35	100%	32	100%	32	91,4%	32	100%

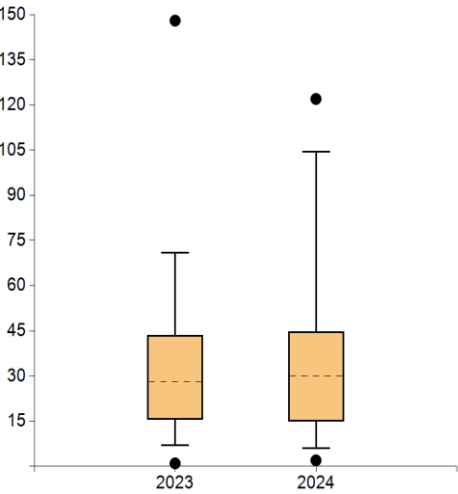
Anmerkungen:
Die Anzahl der komplexen operativen Interventionen ist auf 2.269 Fälle angestiegen (Vorjahr: 1.951, +16,3 %). Gleichzeitig hat sich die Anzahl an Standorten auf 35 erhöht. Der Median liegt bei 58. 3 Zentren haben die Sollvorgabe von ≥25 Eingriffen nicht erfüllt und begründeten dies u.a. mit personellen Engpässen und Durchführung eines Teils der komplexen operativen Interventionen in Kooperation, so dass die Pat. nicht am eigenen Zentrum gezählt werden durften. 2 der betroffenen Zentren befanden sich im ÜA ohne unmittelbare Konsequenz für das Zertifikat, 1 Zentrum im WA erhielt das Zertifikat mit reduzierter Gültigkeit und muss die Erfüllung der Fallzahlen für Kennzahlenjahr 2025 nachweisen.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Anzahl atypische Leberresektionen (OPS: 5-501.0; 5-501.2) bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber	30	2 - 122	1229	1042
	Keine Sollvorgabe				

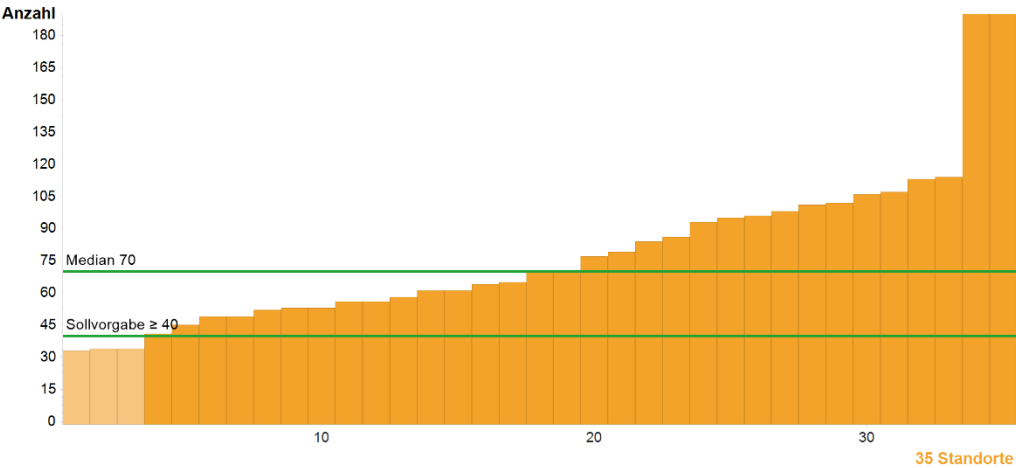


		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	----	----	----	148	122
	95. Perzentil	----	----	----	71	104,5
	75. Perzentil	----	----	----	43,5	44,8
	Median	----	----	----	28	30
	25. Perzentil	----	----	----	15,5	15
	5. Perzentil	----	----	----	7	6
	Min	----	----	----	1	2

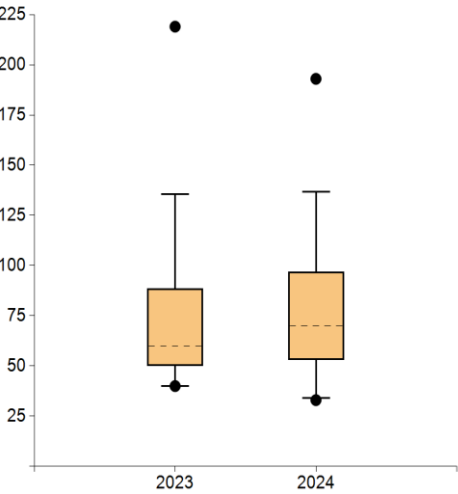
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
34	97,1%	31	96,9%	----	----	----	----

Anmerkungen:
Diese KeZa wurde zum zweiten Mal erhoben. Eine Sollvorgabe ist nicht definiert, da maximal 15 atypische Leberresektionen pro Zentrum auf die Gesamtexpertise (KeZa 12c) anrechenbar sind. Die Fallzahlen variieren deutlich zwischen 2 und 122 Eingriffen pro Zentrum, der Median liegt bei 30. Insgesamt wurden 1.229 Resektionen dokumentiert (+18 %).

12c. Operative Expertise



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Komplexe operative Interventionen (= Kennzahl 12a) und atypische Leberresektionen (= Kennzahl 12b)	70	33 - 193	2738	2372
	Sollvorgabe ≥ 40				

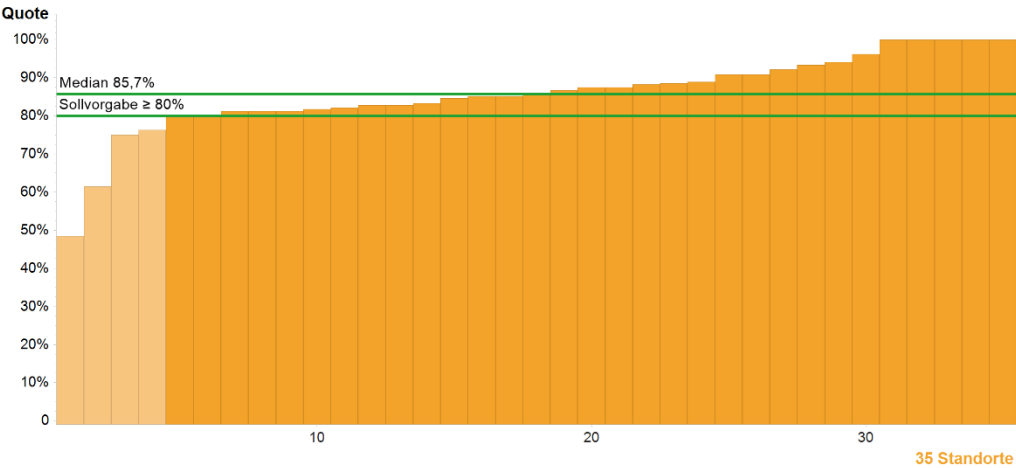


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	----	----	----	219	193
95. Perzentil	----	----	----	135,6	136,8
75. Perzentil	----	----	----	88,5	97
Median	----	----	----	60	70
25. Perzentil	----	----	----	50	53
5. Perzentil	----	----	----	40	34
Min	----	----	----	40	33

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
35	100%	32	100%	32	91,4%	32	100%

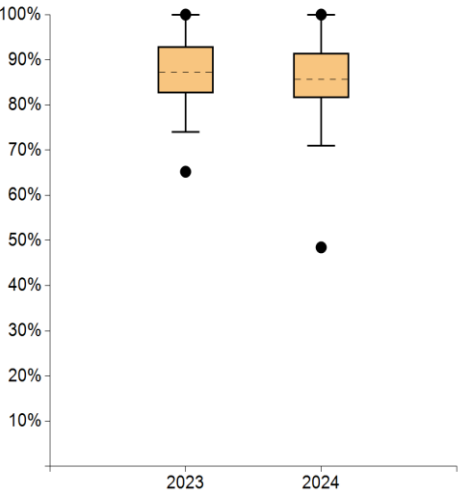
Anmerkungen:
Diese KeZa wurde zum zweiten Mal erhoben und umfasst die Summe aus komplexen (KeZa 12a) und maximal 15 anrechenbaren atypischen Leberresektionen (Teilmenge der KeZa 12b). Die SV liegt bei ≥ 40 Eingriffen, wobei mindestens 25 komplexe Resektionen erbracht sein müssen (KeZa 12a). Die Fallzahlen lagen zwischen 33 und 193, der Median bei 70. Insgesamt wurden 2.738 Eingriffe dokumentiert (+15,4 %). 3 Zentren erfüllten die Vorgaben nicht. Als Gründe wurden u.a. eine komplexe Konkurrenzsituation und Personalwechsel genannt.

13. Lokale R0-Resektionen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Resektionen des Nenners mit lokaler R0-Resektion nach operativem Eingriff	17*	8 - 60	721	665
Nenner	Operative Resektionen bei Primärfällen (OPS: 5-501.0 o. 5-501.2 o. 5-502*)	22*	9 - 66	844	779
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	85,7%	48,5% - 100%	85,4%**	85,4%

* 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.



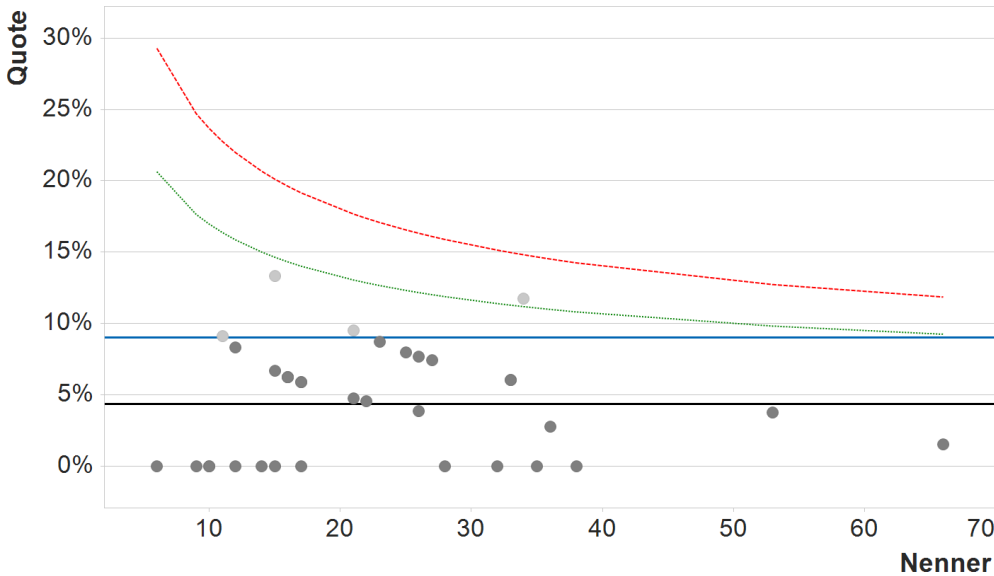
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	93,0%	91,5%
	Median	94,0%	100%	91,1%	87,3%	85,7%
	25. Perzentil	88,9%	90,4%	84,3%	82,6%	81,5%
	5. Perzentil	84,3%	70,6%	59,2%	74,0%	71,0%
	Min	66,7%	63,6%	42,9%	65,2%	48,5%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
35	100%	32	100%	31	88,6%	30	93,8%

Anmerkungen:
Die Gesamtquote ist mit 85,4 % im Vergleich zum Vorjahr unverändert geblieben. Der Median ist auf 85,7 % zurückgegangen (Vorjahr: 87,3 %). Die Sollvorgabe wurde von 4 Zentren unterschritten (Vorjahr: 2). Begründet wurde dies u.a. mit fortgeschrittenen Tumorstadien/ komplexen Resektionssituationen sowie Diskrepanz zwischen Schnellschnittergebnis und endgültiger Histologie. Als Maßnahmen wurden Qualitätszirkel und Schulungen durchgeführt. Es wurde 1 Hinweis ausgesprochen.

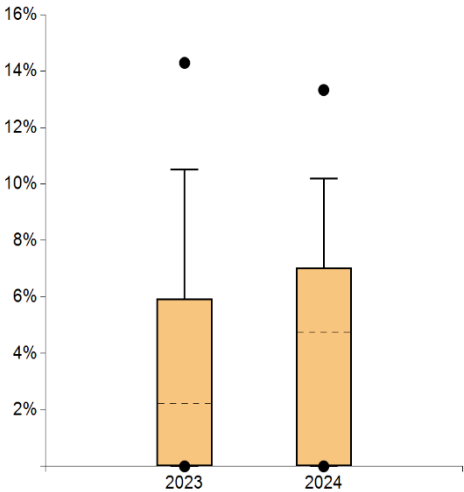
Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

14. 30d-Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die postoperativ innerhalb von 30d verstorben sind	1*	0 - 4	35	30
Nenner	Primärfälle mit operativer Resektion (OPS: 5-501.0 o. 5-501.2 o. 5-502*)	21*	6 - 66	807	749
Quote	Sollvorgabe ≤ 9%	4,8%	0% - 13,3%	4,3%**	4%

* 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.



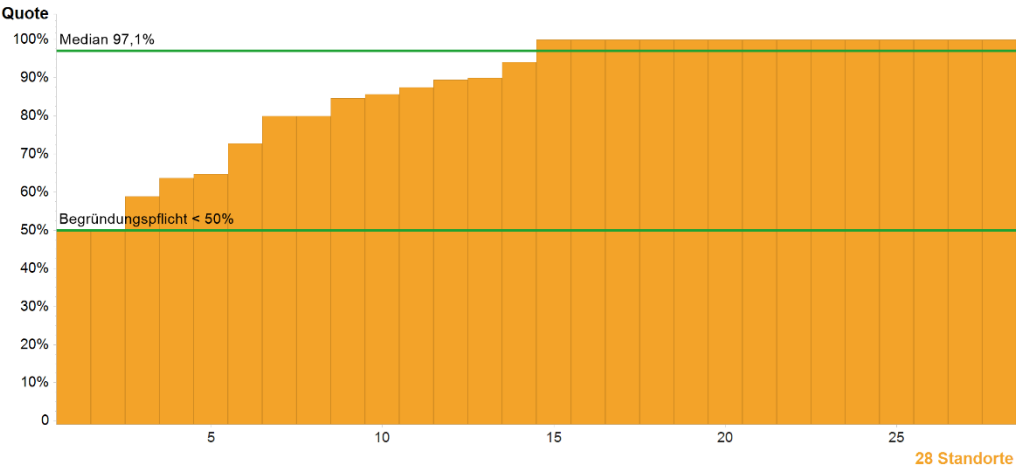
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	25,0%	13,6%	14,3%	14,3%	13,3%
	95. Perzentil	10,9%	12,9%	11,1%	10,5%	10,2%
	75. Perzentil	4,6%	5,4%	5,7%	5,9%	7,0%
	Median	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	4,8%
	25. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
35	100%	32	100%	31	88,6%	29	90,6%

Anmerkungen:
Die Gesamtmortalität liegt bei 4,3 % (Vorjahr: 4 %), der Median bei 4,8 %. In 12 von 35 Zentren trat kein postoperativer Todesfall auf (Vorjahr: 14). 4 Zentren (Vorjahr: 3) überschritten die SV. Die Ursachen hierfür waren heterogen. Es wurden u.a. Blutungskomplikationen, Organversagen, Herz-Kreislaufstillstand und ein reduzierter AZ bei Pat. von den Zentren genannt. Die Fälle wurden in MM-Konferenzen aufgearbeitet, systematische Fehler konnten nicht gefunden werden. Es wurde 1 Hinweis ausgesprochen.

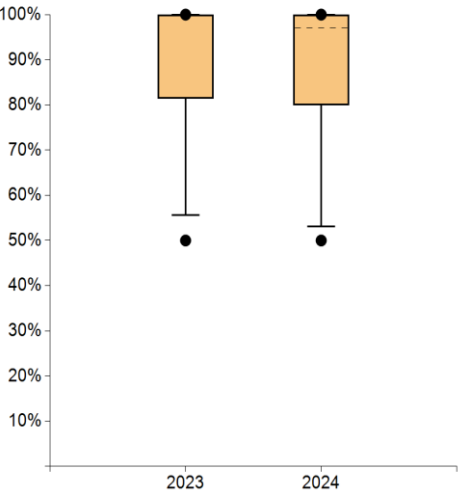
Δ Anpassung der Primärfalldefinition und operativen Expertise Leber ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2023 (Integration der biliären Karzinome in das Modul Leber)

15. Bridgingtherapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die eine Bridgingtherapie erhalten haben	7*	1 - 18	216	177
Nenner	Pat. mit HCC auf der Transplantationswarteliste	7,5*	1 - 22	268	221
Quote	Begründungspflicht*** <50%	97,1%	50% - 100%	80,6%**	80,1%

* 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.



		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	----	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	----	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	----	100%	100%	100%	100%
	Median	----	100%	100%	100%	97,1%
	25. Perzentil	----	100%	100%	81,4%	80,0%
	5. Perzentil	----	80,0%	28,5%	55,6%	53,1%
●	Min	----	75,0%	21,2%	50,0%	50,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
2024		2023		2024		2023	
28	80%	26	81,3%	28	100%	26	100%

Anmerkungen:
In 14 von 28 Zentren mit HCC-Pat. auf der Tx-Warteliste (insgesamt 268 Pat., Vorjahr 221) erhielten alle Pat. eine Bridgingtherapie durch ein lokal ablatives Verfahren. Der Median ist auf 97,1 % zurückgegangen (Vorjahr: 100 %), die Gesamtquote ist mit 80,6 % stabil geblieben (Vorjahr: 80,1 %). Alle Zentren lagen innerhalb der Plausibilitätsgrenzen < 50 %.

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

Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren / Leberkrebszentren
Michael Quante, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Christoph Reißfelder, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Manije Sabet-Rashedi, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Aline Kaufmann, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Andreea Baltes, OnkoZert
Florina Dudu, OnkoZert

Impressum

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

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

Version e-A1-de; Stand 29.06.2026

ISBN: 978-3-912231-07-6

