



# Kennzahlenauswertung 2024

## Jahresbericht der zertifizierten Harnblasenkrebszentren

Auditjahr 2023 / Kennzahlenjahr 2022

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Allgemeine Informationen .....	3
Stand des Zertifizierungssystems für Harnblase 2023 .....	5
Berücksichtigte Standorte .....	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten .....	7
Basisdatenauswertung .....	8
Kennzahlenauswertungen .....	11
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle .....	11
Kennzahl Nr. 1b: Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen .....	12
Kennzahl Nr. 2a: Vorstellung Tumorkonferenz - Primärfälle .....	13
Kennzahl Nr. 2b: Vorstellung Tumorkonferenz - Rezidive und Metastasen und Primärfälle mit M1 .....	14
Kennzahl Nr. 3: Psychoonkologisches Distress-Screening .....	15
Kennzahl Nr. 4: Beratung Sozialdienst (LL QI) .....	16
Kennzahl Nr. 5: Anteil Studienpat. ....	17
Kennzahl Nr. 6: Inhalt Befundbericht (LL QI) .....	18
Kennzahl Nr. 7: Aussage zu Detrusor-Muskulatur in Befundbericht (LL QI) .....	19
Kennzahl Nr. 8: Beidseitige pelvine Lymphadenektomie bei radikaler Zystektomie (LL QI) .....	20
Kennzahl Nr. 9: Radikale Zystektomie innerhalb von 3 Monaten nach Diagnosestellung (LL QI) .....	21
Kennzahl Nr. 10: Simultane Radiochemotherapie (RCT) (LL QI) .....	22
Kennzahl Nr. 11: Präoperative Anzeichnung Urostomaposition (LL QI) .....	23
Kennzahl Nr. 12: Risikoklassifikation nach EORTC-Kriterien (LL QI) .....	24
Kennzahl Nr. 13: Operative Expertise .....	25
Kennzahl Nr. 14: Postoperative Komplikationen nach Zystektomie .....	26
Kennzahl Nr. 15: Postoperative Mortalität nach Zystektomie .....	27
Kennzahl Nr. 16: Zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonat-/ Denosumab-Therapie (LL QI) .....	28
Impressum: .....	29

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

## Allgemeine Informationen

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

### Qualitätsindikatoren der Leitlinie (LL QI):

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

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

	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die postoperativ in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	38*	9 - 183	2068
Nenner	Primärfälle nach TUR-B (ab T1 high-grade-T2) und nach totaler/partieller Zystektomie (mind. R1 u/o N+)	39*	9 - 187	2106
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	81,25% - 100%	98,20%**

### Grunddaten Kennzahl:

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

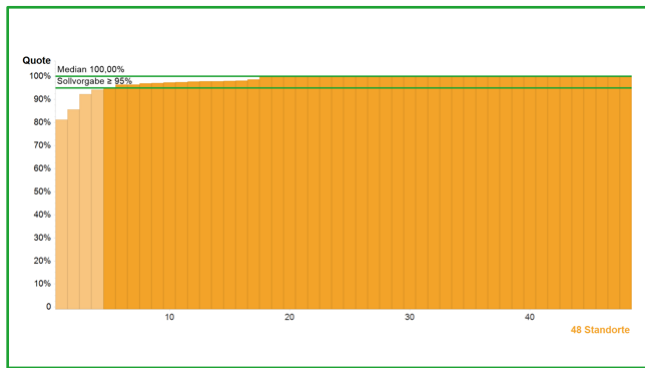
Die Angabe des **Medians** für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

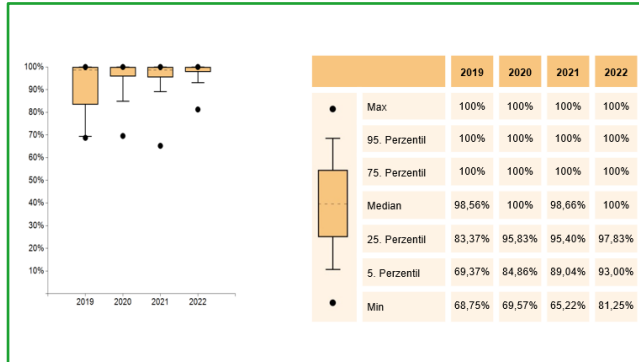
In der Spalte **Pat. Gesamt** sind die Summe aller gemäß der Kennzahl behandelten Pat. sowie die dazugehörige Quote dargestellt.

### Diagramm:

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

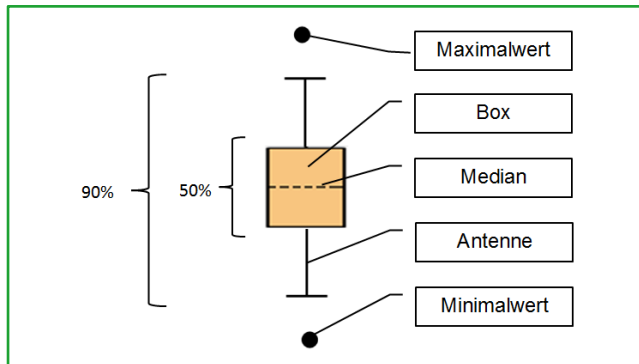


## Allgemeine Informationen



### Kohorte:

Die **Kohorte** in den Jahren **2019**, **2020**, **2021** und **2022** wird mit Hilfe des Boxplot-Diagramms dargestellt.



### Boxplot:

Ein Boxplot setzt sich aus einer **Box mit Median**, **Antennen** und **Ausreißern** zusammen. Innerhalb der Box befinden sich 50 Prozent der Zentren. Der Median teilt die gesamte Kohorte in zwei Hälften mit der gleichen Anzahl an Zentren. Die Antennen und die Box umfassen 90 Prozent der Zentren. Die Extremwerte werden hier als Punkte abgebildet.

## Stand des Zertifizierungssystems für Harnblase 2023

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

## Berücksichtigte Standorte

	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	48	44	17	16
entspricht	85,7%	91,7%	50,0%	94,1%
Primärfälle gesamt*	6.034	5.329	1.942	1.730
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	125,7	121,1	114,2	108,1
Primärfälle pro Standort (Median)*	111,5	102,5	93	91,5

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

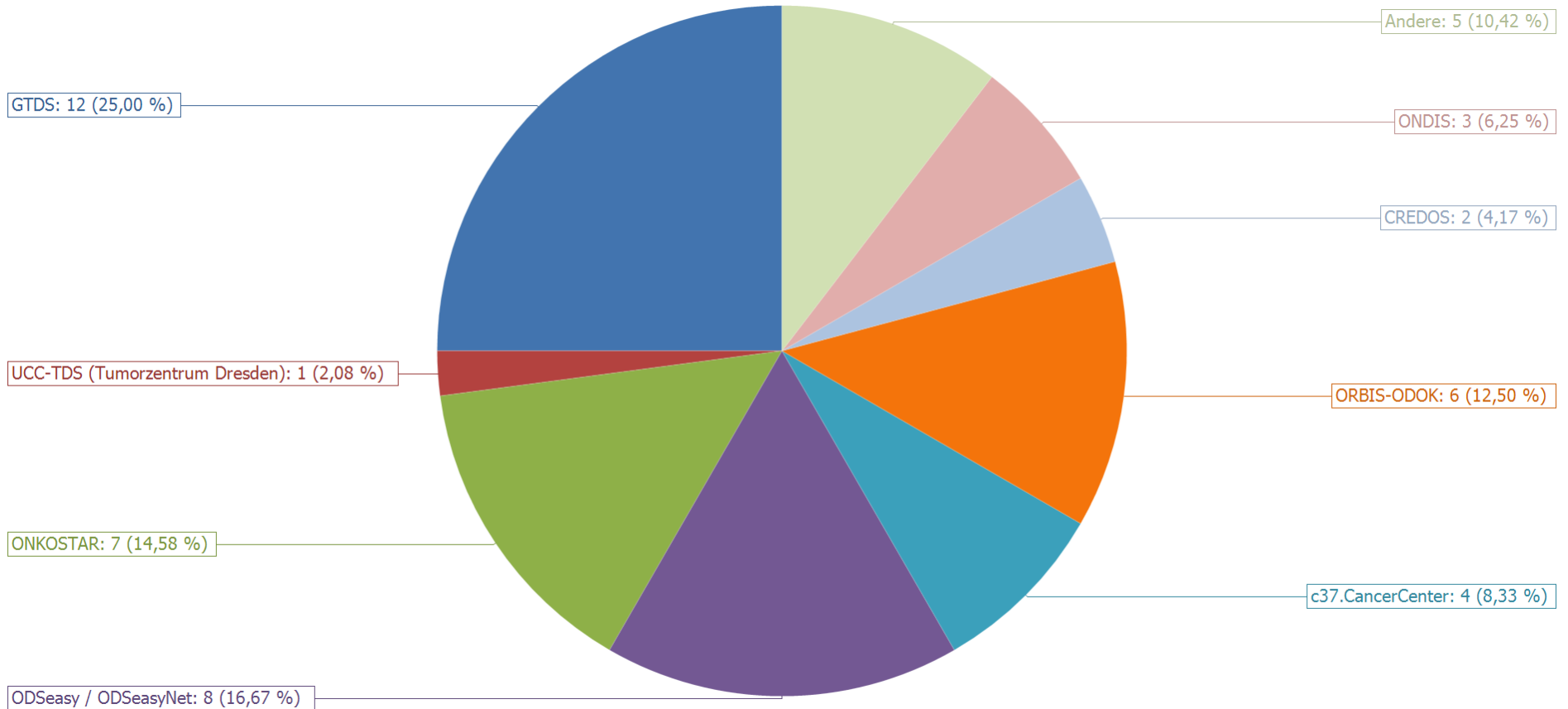
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Harnblasenkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 48 der 56 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 7 Standorte, die im Jahr 2023 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). Ein weiterer Standort konnte kein finales Datenblatt zum Datenschluss am 31.01.2024 vorlegen.

In 55 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 6.763 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter [www.oncomap.de](http://www.oncomap.de) abgebildet.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2022. Sie stellen für die 2023 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

## Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten

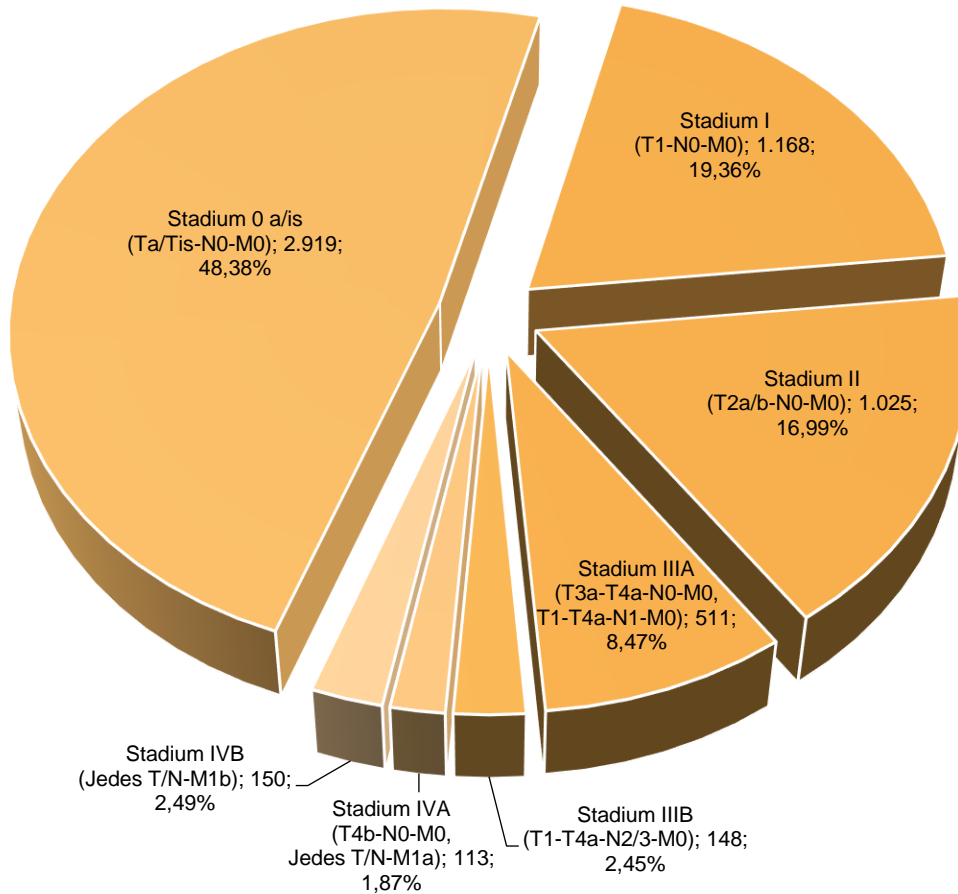


Legende:	
Andere	Systeme, die jeweils nur an einem Standort genutzt werden

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

## Basisdaten – Verteilung Primärfälle Harnblase

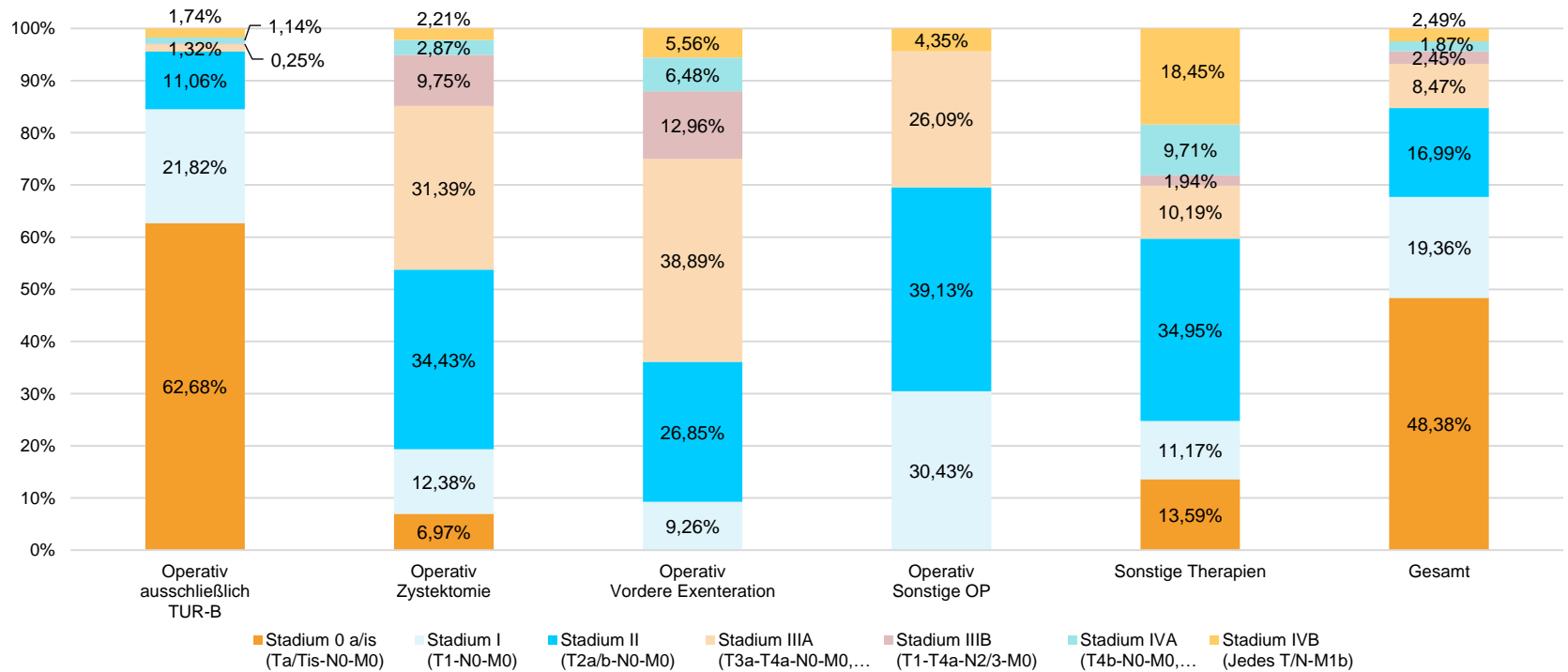
### Primärfälle gesamt



	Primärfälle Gesamt
Stadium 0 a/is (Ta/Tis-N0-M0)	2.919 (48,38%)
Stadium I (T1-N0-M0)	1.168 (19,36%)
Stadium II (T2a/b-N0-M0)	1.025 (16,99%)
Stadium IIIA (T3a-T4a-N0-M0, T1-T4a-N1-M0)	511 (8,47%)
Stadium IIIB (T1-T4a-N2/3-M0)	148 (2,45%)
Stadium IVA (T4b-N0-M0, Jedes T/N-M1a)	113 (1,87%)
Stadium IVB (Jedes T/N-M1b)	150 (2,49%)
<b>Primärfälle gesamt</b>	<b>6.034 (100%)</b>



## Basisdaten



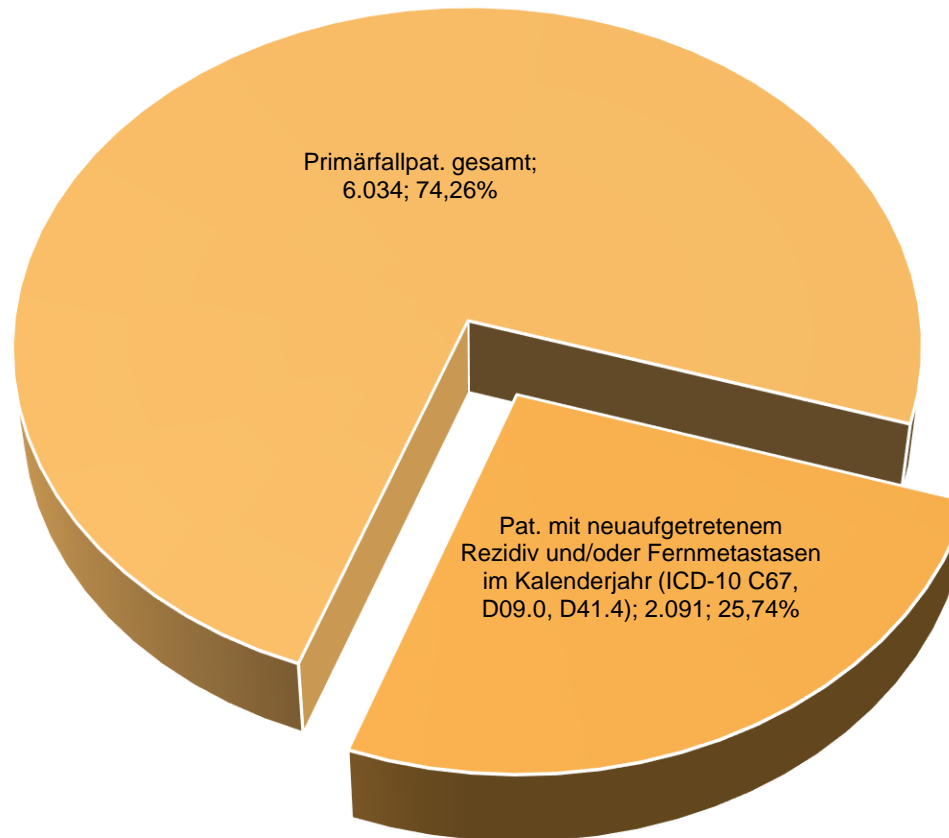
	Operativ-ausschließlich TUR-B	Operativ-Zystektomie	Operativ-Vordere Exenteration	Operativ-Sonstige OP <sup>1</sup>	Sonstige Therapien <sup>2</sup>	Gesamt
Stadium 0 a/is (Ta/Tis-N0-M0)	2.806 (62,68%)	85 (6,97%)	---	---	28 (13,59%)	2.919 (48,38%)
Stadium I (T1-N0-M0)	977 (21,82%)	151 (12,38%)	10 (9,26%)	7 (30,43%)	23 (11,17%)	1.168 (19,36%)
Stadium II (T2a/b-N0-M0)	495 (11,06%)	420 (34,43%)	29 (26,85%)	9 (39,13%)	72 (34,95%)	1.025 (16,99%)
Stadium IIIA (T3a-T4a-N0-M0, T1-T4a-N1-M0)	59 (1,32%)	383 (31,39%)	42 (38,89%)	6 (26,09%)	21 (10,19%)	511 (8,47%)
Stadium IIIB (T1-T4a-N2/3-M0)	11 (0,25%)	119 (9,75%)	14 (12,96%)	0 (0,00%)	4 (1,94%)	148 (2,45%)
Stadium IVA (T4b-N0-M0, Jedes T/N-M1a)	51 (1,14%)	35 (2,87%)	7 (6,48%)	0 (0,00%)	20 (9,71%)	113 (1,87%)
Stadium IVB (Jedes T/N-M1b)	78 (1,74%)	27 (2,21%)	6 (5,56%)	1 (4,35%)	38 (18,45%)	150 (2,49%)
<b>Primärfälle gesamt</b>	<b>4.477 (100,00%)</b>	<b>1.220 (100,00%)</b>	<b>108 (100,00%)</b>	<b>23 (100,00%)</b>	<b>206 (100,00%)</b>	<b>6.034 (100,00%)</b>

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

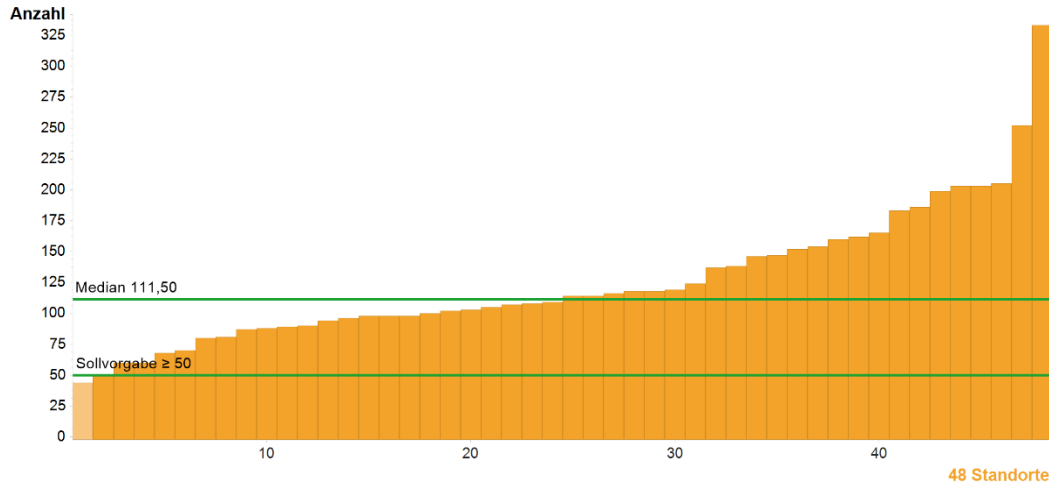
<sup>2</sup> z.B. alleinige Resektion oder Bestrahlung von Metastasen, rein systemische Therapie, Radiochemotherapie.

## Basisdaten - Verteilung Primärfälle / Rezidive und Metastasen Harnblase

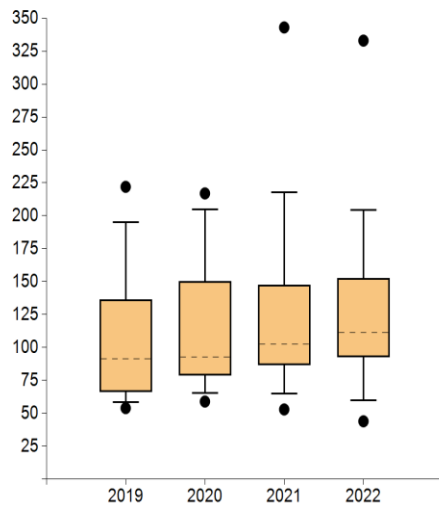
### Verteilung Primärfälle / Rezidive und Metastasen



# 1a. Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	111,5	44 - 333	6034
	Sollvorgabe $\geq 50$			



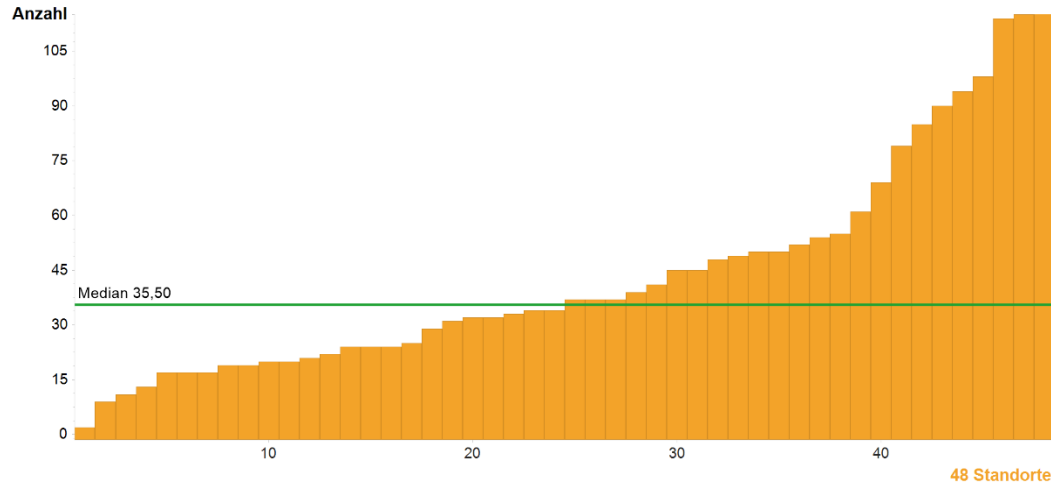
	2019	2020	2021	2022
● Max	222,00	217,00	343,00	333,00
95. Perzentil	195,00	205,00	217,80	204,30
75. Perzentil	136,50	150,00	147,25	152,50
Median	91,50	93,00	102,50	111,50
25. Perzentil	66,25	79,00	86,75	93,00
5. Perzentil	58,50	65,40	65,00	60,00
● Min	54,00	59,00	53,00	44,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
48	100,00%	47	97,92%

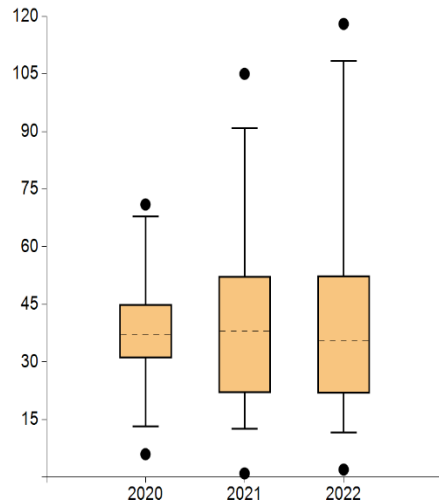
**Anmerkungen:**

In den zertifizierten Harnblasenkrebszentren sind 2022 erstmals >6.000 Primärfälle behandelt worden. Seit Einführung des Zertifizierungssystems ist der Median kontinuierlich angestiegen. Ein Zentrum hat die Sollvorgabe von  $\geq 50$  Primärfällen unterschritten und dies mit Einschränkungen infolge der Covid-Pandemie u. einem > 2 Monate andauernden Pflege-Streik begründet. Die Unterschreitung hatte im Überwachungsaudit keinen Einfluss auf das Zertifikat.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	35,5	2 - 118	2091
	Keine Sollvorgabe			



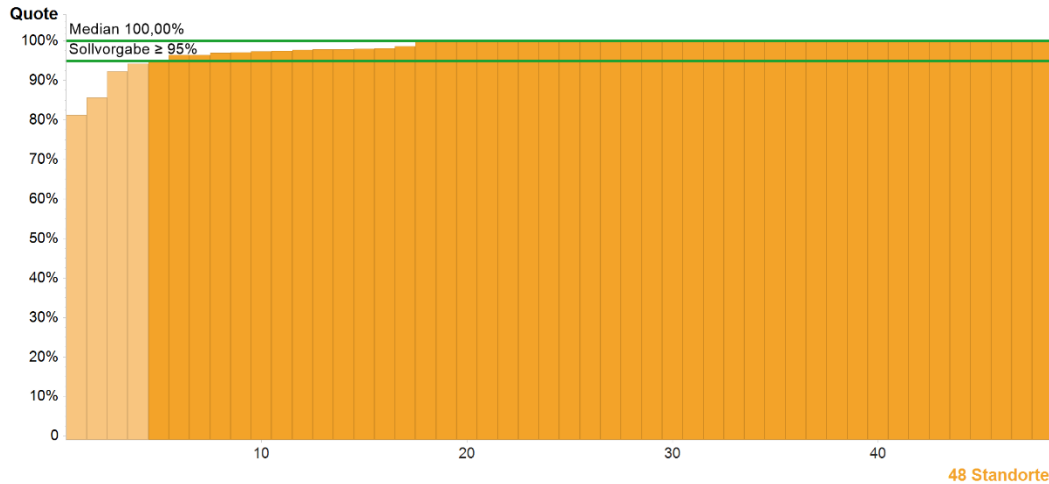
	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	71,00	105,00	118,00
95. Perzentil	-----	67,80	90,80	108,40
75. Perzentil	-----	45,00	52,25	52,50
Median	-----	37,00	38,00	35,50
25. Perzentil	-----	31,00	22,00	21,75
5. Perzentil	-----	13,20	12,60	11,70
● Min	-----	6,00	1,00	2,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
48	100,00%	-----	-----

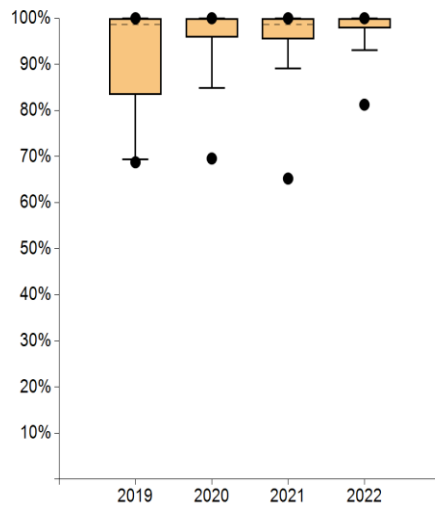
### Anmerkungen:

Die Spannweite der Kennzahl hat im Verlauf zugenommen. Im Vergleich zum Vorjahr ist im Median die Zahl der Pat. mit neuauftretenem Rezidiv u./o. Fernmetastasen leicht gesunken. Dieses Pat.-Kollektiv macht gut 25% der Zentrumsfälle aus.

## 2a. Vorstellung Tumorkonferenz - Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die postoperativ in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	38*	9 - 183	2068
Nenner	Primärfälle nach TUR-B (mind. T1 high-grade, T2) und nach totaler/ partieller Zystektomie (mind. R1 u/o N+)	39*	9 - 187	2106
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 95%	100%	81,25% - 100%	98,20%**



	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	98,56%	100%	98,66%	100%
25. Perzentil	83,37%	95,83%	95,40%	97,83%
5. Perzentil	69,37%	84,86%	89,04%	93,00%
Min	68,75%	69,57%	65,22%	81,25%

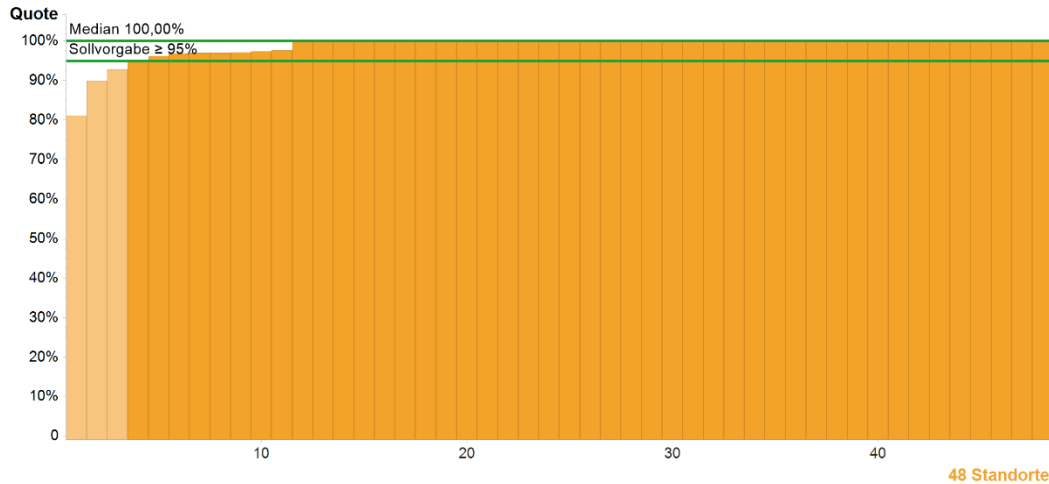
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
48	100,00%	44	91,67%

### Anmerkungen:

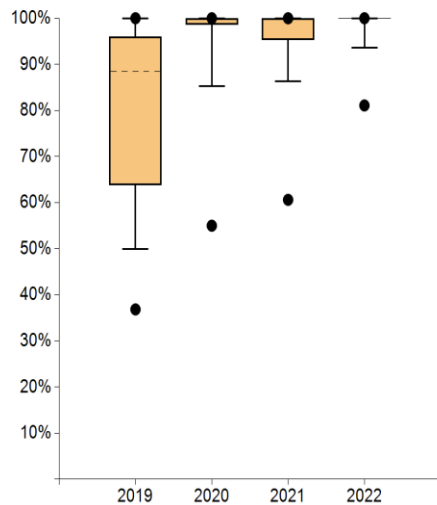
Die positive Entwicklung der Vorstellungsrate bei Primärfällen hat sich auch im aktuellen Kennzahlenjahr fortgesetzt. Sowohl Gesamtquote als auch Median sind weiter angestiegen. 4 Zentren (Vorjahr 8) haben die Sollvorgabe unterschritten. Die Zentren mit Quoten  $<$ 95% haben postOP verstorbene Pat. bzw. Pat. mit pT1 high grade Tumoren nicht bzw. nicht regelhaft in der Tumorkonferenz vorgestellt und u.a. mit einer SOP reagiert. Ein Zentrum hat darüber hinaus über Probleme in der Dokumentation berichtet.

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
 \*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	18,5*	1 - 112	1138
Nenner	Pat. mit Erstdiagnose Fernmetastasen (einschließlich primär M1) u/o Rezidive nach TUR-B (mind. T1 high-grade u/o Cis) und nach Zystektomie (mind. R1 u/o N+)	18,5*	1 - 115	1159
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 95%	100%	81,08% - 100%	98,19%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
48	100,00%	45	93,75%

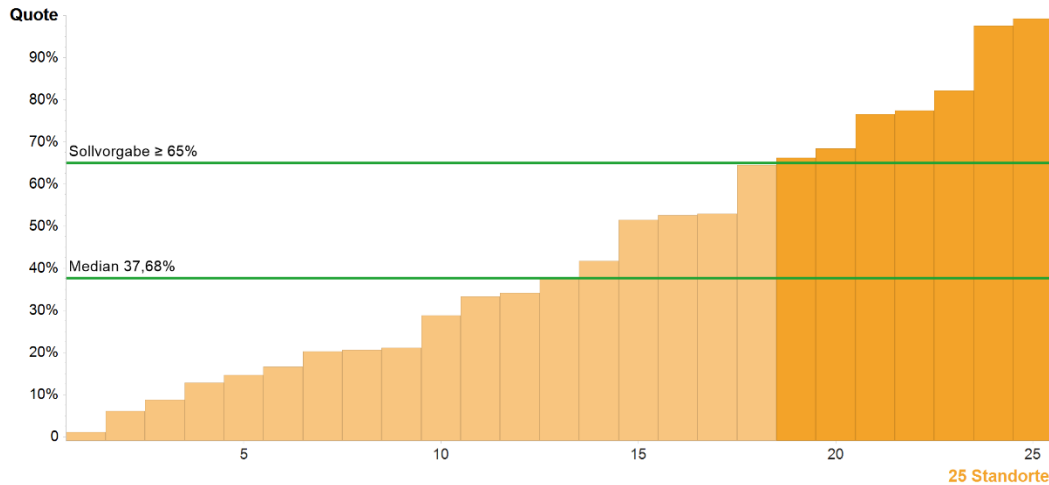
### Anmerkungen:

Auch die Vorstellung von Pat. mit Erstdiagnose von Fernmetastasen u./o. Rezidiv gelingt den Zentren immer besser. Nur noch 3 Zentren (Vorjahr 11) haben die Sollvorgabe unterschritten. 37 Zentren haben alle geforderten Pat. in der Tumorkonferenz vorgestellt. Die Zentren mit Quoten <95% begründeten unterlassene Vorstellungen mit Pat.-Versterben und (in einem Einzelfall) mit Versäumnis. Ein Zentrum hat das Unterschreiten der Sollvorgabe mit Dokumentationsproblemen begründet (vgl. KeZa 2a).

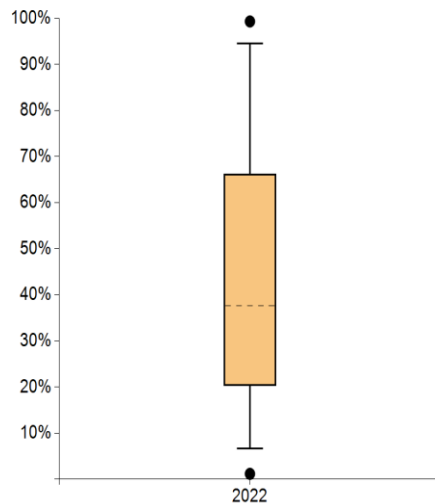
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

### 3. Psychoonkologisches Distress-Screening



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	58*	5 - 208	1876
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	143*	66 - 423	4388
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	37,68%	1,18% - 99,30%	42,75%**



	2019	2020	2021	2022
● Max	----	----	----	99,30%
95. Perzentil	----	----	----	94,55%
75. Perzentil	----	----	----	66,24%
Median	----	----	----	37,68%
25. Perzentil	----	----	----	20,24%
5. Perzentil	----	----	----	6,65%
● Min	----	----	----	1,18%

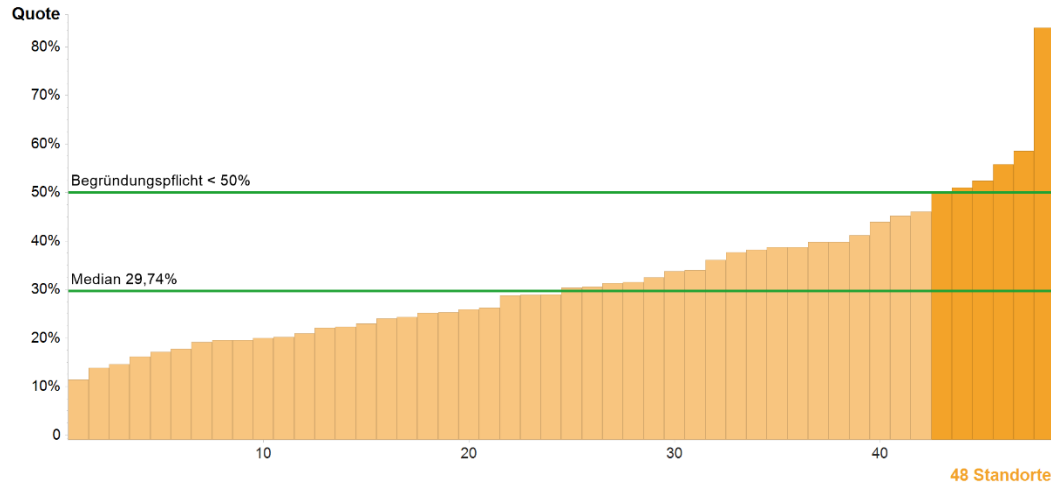
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
25	52,08%	7	28,00%

**Anmerkungen:**

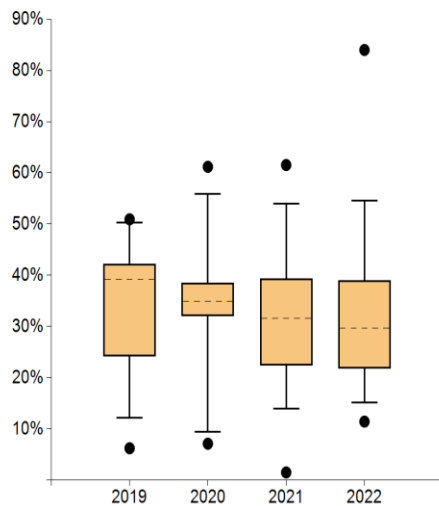
Nachdem die Kennzahl bislang die Anzahl der psychoonkologischen Betreuungen (Gespräche ≥ 25 Min.) erfasst hat, fließen erstmals die Pat., die psychoonkologisch gescreent worden sind, in den Zähler ein. Die Herausforderungen der Umstellung (u.a. Dokumentation bzw. Erfassung des Screenings) spiegeln sich sowohl in der Anzahl der Zentren mit Unterschreiten der Sollvorgabe als auch dem hohen Anteil an Zentren ohne auswertbare Daten wider.

\* 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 (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	46,5*	15 - 216	2569
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	146,5*	66 - 423	8125
Quote	Begründungspflicht*** <50%	29,74%	11,45% - 84,00%	31,62%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
48	100,00%	6	12,50%

### Anmerkungen:

Die Beratung durch den Sozialdienst fordert die Zentren weiterhin heraus. Median und Gesamtquote sind rückläufig. In 21 Zentren hat die Beratungsquote im Median um 9 Prozentpunkte ab-, in 19 Zentren um 6 Prozentpunkte zugenommen. Die Zentren mit Quoten <50% haben dies mit kurzen Liegezeiten nach TUR-B bei oberflächlichen Tumoren begründet. Einige Zentren stellen regelhaft nur Pat. mit Zystektomie bzw. metastasiertem Tumorleiden vor.

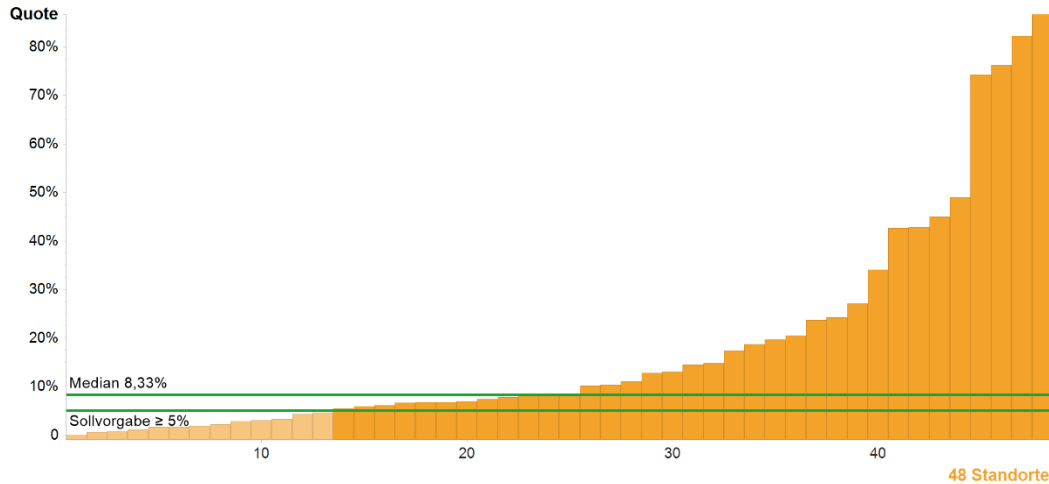
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

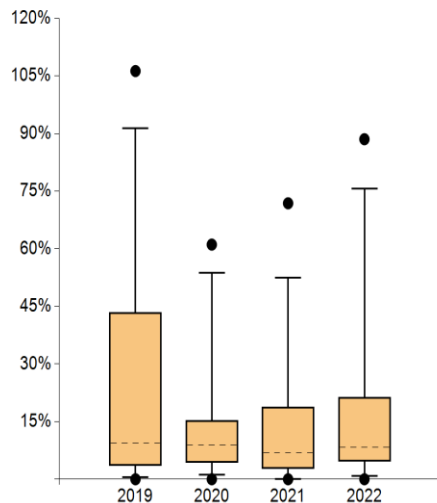
\*\*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.



## 5. Anteil Studienpat.



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	10,5*	0 - 167	1095
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	111,5*	44 - 333	6034
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 5%	8,33%	0,00% - 88,51%	18,15%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
48	100,00%	35	72,92%

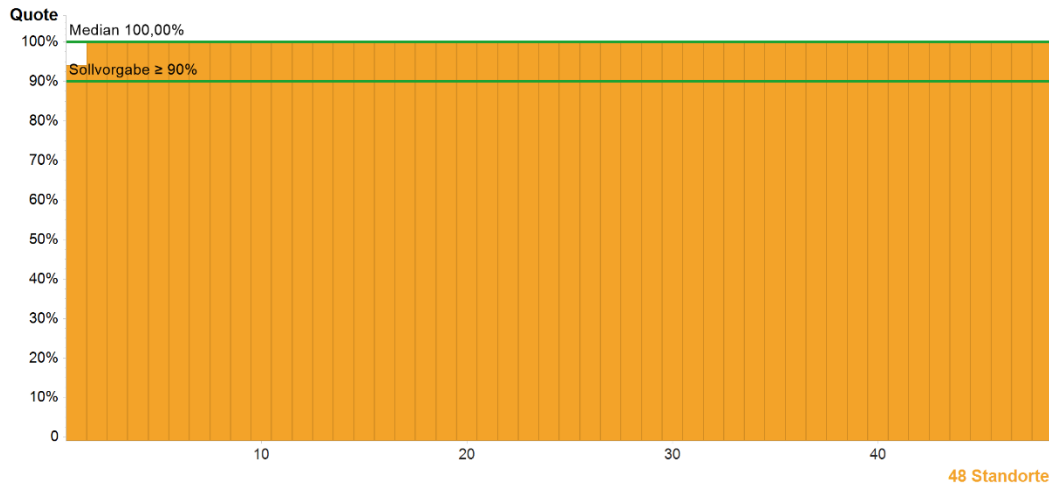
### Anmerkungen:

Nach leichtem Rückgang der Studienquote im Vorjahr ist diese im Kennzahlenjahr 2022 angestiegen u. liegt wieder auf dem Niveau vor der Covid-Pandemie. Die Zahl der Zentren mit einer Quote  $>$ 5% ist auf 35 (+7) angestiegen. Die Zentren mit Quoten  $<$ 5% verwiesen v.a. auf den Stopp der rekrutierungsstärksten Studien u. geringes Angebot. Die Zentren haben z.T. mit der Initiierung eigener Studien begonnen. Bei wiederholtem Unterschreiten der Quote wurden in den Audits 2 Abweichungen ausgesprochen.

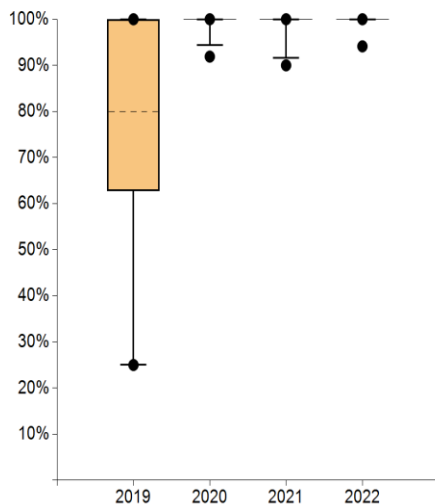
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 6. Inhalt Befundbericht (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Befundbericht mit Angabe von: - Lokalisation - Zahl der nachgewiesenen/befallenen Lymphknoten - Kapselüberschreitendes Wachstum (j/n) - max. Metastasengröße (mm, eindimensional)	6*	1 - 23	362
Nenner	Zentrumspat. mit Erstdiagnose pN+	6*	1 - 23	363
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	94,12% - 100%	99,72%**



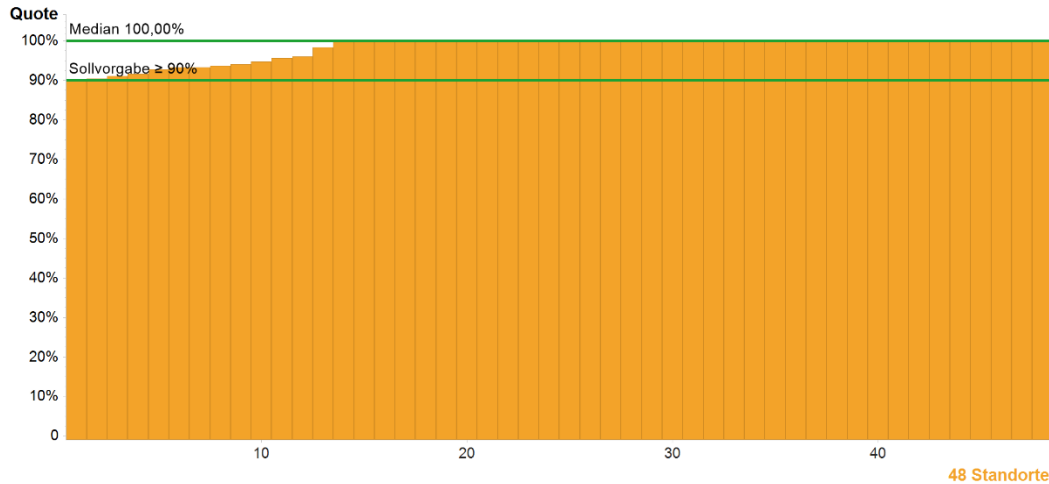
	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	79,90%	100%	100%	100%
25. Perzentil	62,82%	100%	100%	100%
5. Perzentil	25,00%	94,38%	91,67%	100%
● Min	25,00%	91,89%	90,00%	94,12%

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

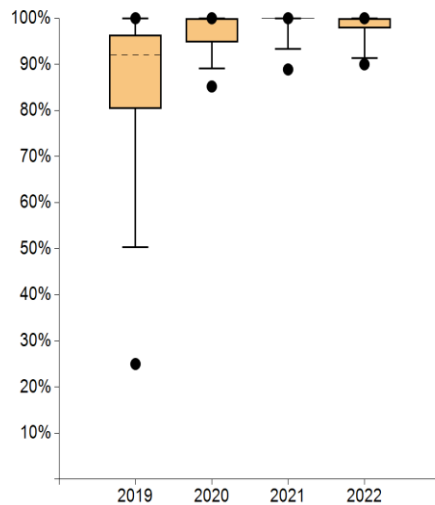
**Anmerkungen:**  
Der LL-QI zum histopathologischen Befundbericht der Lymphknoten wird von den Zentren sehr gut umgesetzt. In lediglich einem Einzelfall (Gesamtkollektiv n=363) hat der Bericht nicht alle geforderten Kriterien enthalten.

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

## 7. Aussage zu Detrusor-Muskulatur in Befundbericht (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Pathologiebericht mit der Aussage, ob Detrusor-Muskulatur enthalten ist	18*	3 - 61	960
Nenner	Primärfälle Stadium I und ausschließlich TUR-B	18*	3 - 62	977
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	90,00% - 100%	98,26%**



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

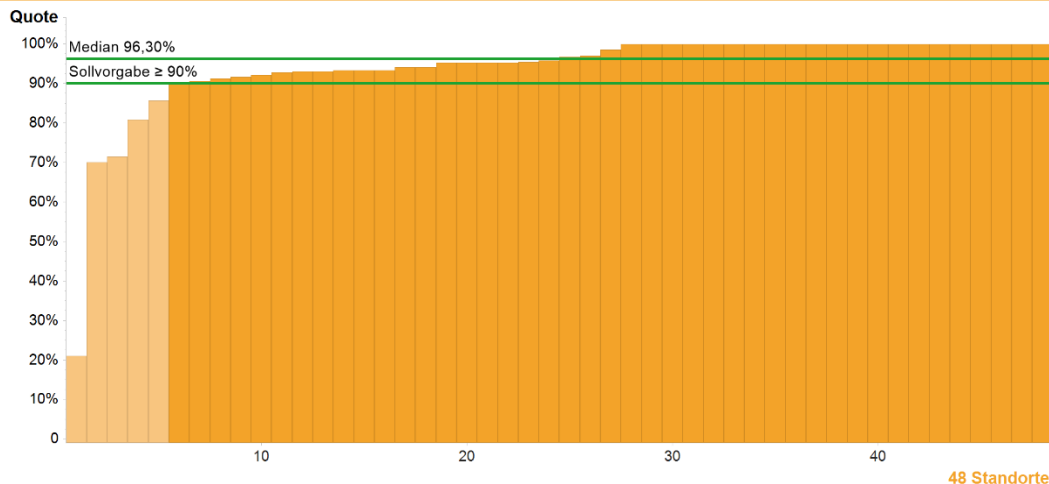
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
48	100,00%	48	100,00%

### Anmerkungen:

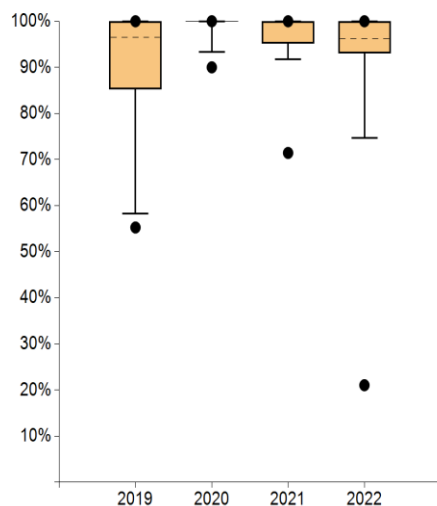
Der LL-QI bewegt sich auf dem hohen Niveau der Vorjahre und wird von den Zentren sehr gut bewerkstelligt. In nur wenigen Einzelfällen haben bei Primärfällen im Stadium I die histopathologischen Befundberichte nach ausschließlicher TUR-B keine Aussage über die Detrusor-Muskulatur enthalten. Alle Zentren haben die Sollvorgabe von ≥90% erfüllt: in 35 Zentren (Vorjahr 33) haben alle Befundberichte Auskunft über das geforderte Kriterium gegeben.

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit beidseitiger pelviner Lymphadenektomie	19*	3 - 95	1050
Nenner	Primärfälle mit radikaler Zystektomie	21*	3 - 98	1135
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	96,30%	21,05% - 100%	92,51%**



	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	96,48%	100%	100%	96,30%
25. Perzentil	85,22%	100%	95,18%	93,10%
5. Perzentil	58,26%	93,30%	91,72%	74,73%
Min	55,26%	90,00%	71,43%	21,05%

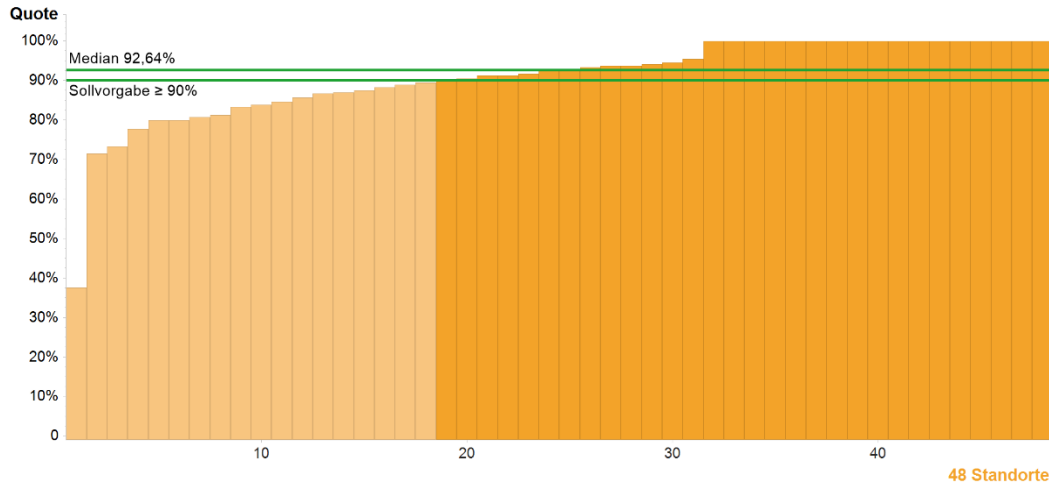
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
48	100,00%	43	89,58%

### Anmerkungen:

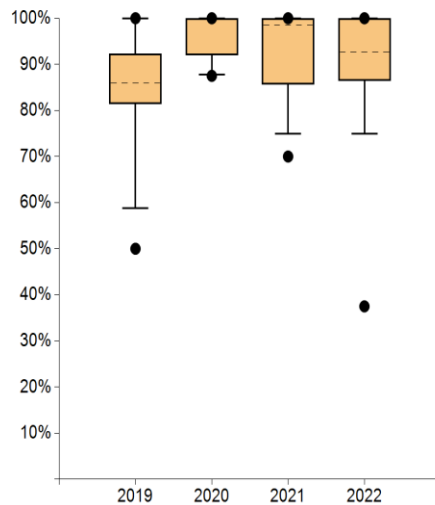
Der Anteil der Primärfälle, bei denen im Rahmen einer radikalen Zystektomie eine bilaterale pelvine Lymphadenektomie durchgeführt wurde, liegt unter dem Vorjahresniveau. Die Zahl der Zentren mit einer Quote <90% ist auf 5 angestiegen (+4). Gründe für das Unterschreiten der Sollvorgabe waren Vor-OP (Y-Prothese, Zweitkarzinome), aber auch unterlassene Lymphadenektomie bei multimorbiden Pat./ Salvage-Operationen. Ein Zentrum verwies auf Defizite in der Dokumentation.

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
 \*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit radikaler Zystektomie innerhalb von 3 Monaten nach Diagnosestellung	12,5*	2 - 73	689
Nenner	Primärfälle Stadium > I und radikaler Zystektomie ohne neoadjuvante Chemotherapie	13,5*	2 - 79	765
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	92,64%	37,50% - 100%	90,07%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
48	100,00%	30	62,50%

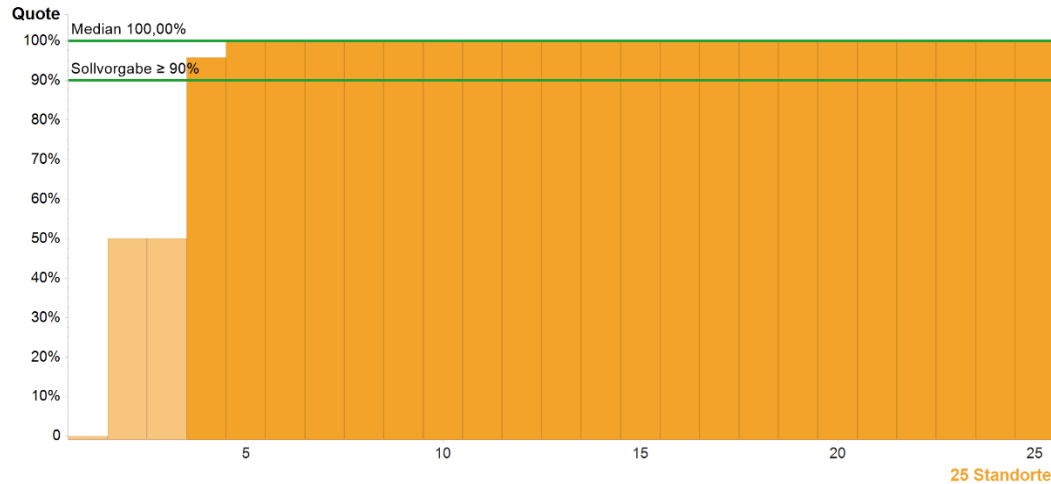
### Anmerkungen:

Bei nahezu unveränderter Gesamtquote u. Spannweite stellen sich Median u. Minimum rückläufig dar. 30 Zentren (Vorjahr 31) haben die Sollvorgabe erfüllt. Die Zentren mit Quoten <90% begründeten dies v.a. mit Notwendigkeit (kardio-)vaskulärer Interventionen, erweitertem (operativen) Staging, primär externer TUR mit verzögerter Zuweisung sowie Verschiebung des OP-Termins durch Pat. In einem Zentrum war aufgrund von Covid der benannte Operateur die 3Mo-Frist nicht im geforderten Ausmaß einzuhalten.

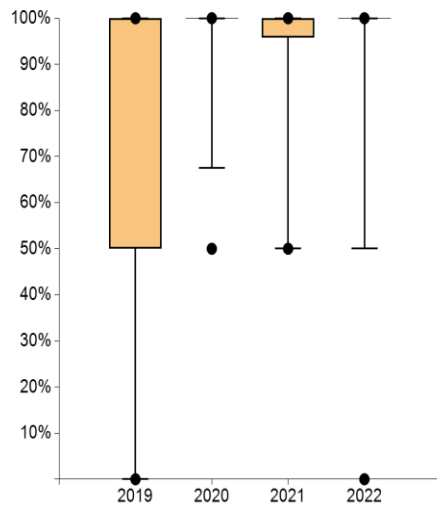
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit simultaner Radiochemotherapie	2*	0 - 23	72
Nenner	Primärfälle Stadium > I und kurativ intendierter Radiotherapie (ggf. als Bestandteil Radio(chemo)therapie)	2*	1 - 24	78
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	100%	0,00% - 100%	92,31%**



	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	50,00%	100%	95,83%	100%
5. Perzentil	0,00%	67,50%	50,00%	50,00%
● Min	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%

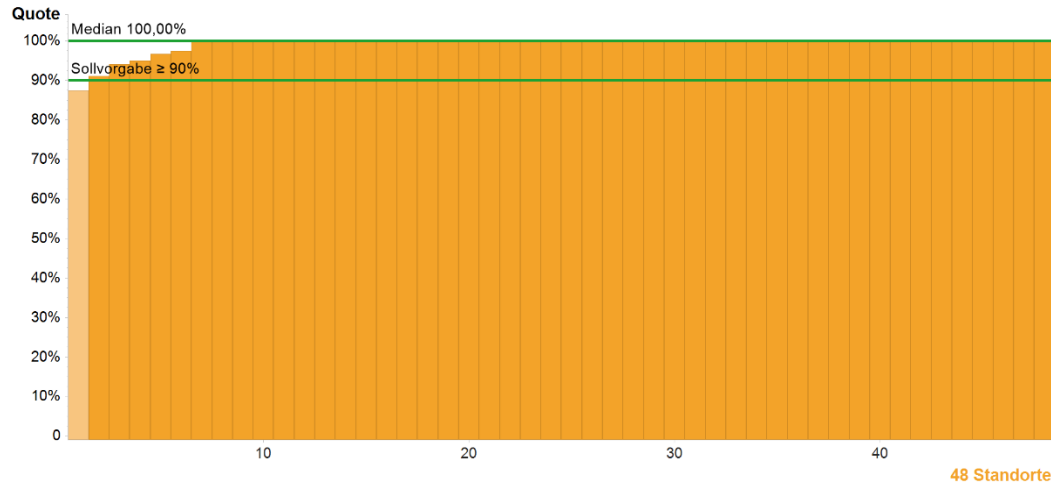
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
25	52,08%	22	88,00%

### Anmerkungen:

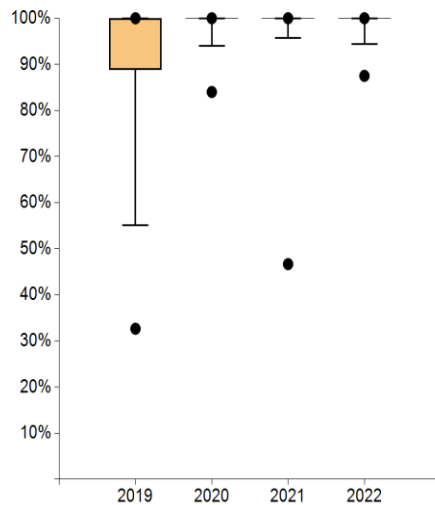
Die Zahl der Primärfälle mit kurativ intendierter Radiotherapie ist 78 auf angestiegen; knapp 1/3 dieser Behandlungen sind in einem Zentrum erfolgt. In 21 Zentren wurde die Therapie bei allen Pat. als simultane Radiochemotherapie durchgeführt. 3 Zentren haben bei kleinen Nennern die Sollvorgabe von  $\geq 90\%$  unterschritten und unterlassene Chemotherapien mit eingeschränkter Nierenfunktion und Aetas begründet.

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

## 11. Präoperative Anzeichnung Urostomaposition



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit präoperativer Anzeichnung Stomaposition	20,5*	2 - 107	1195
Nenner	Zentrumspat., bei denen eine OP mit Urostomaanlage durchgeführt wurde	20,5*	2 - 107	1204
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	87,50% - 100%	99,25%**



	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	88,84%	100%	100%	100%
5. Perzentil	55,04%	93,94%	95,68%	94,43%
Min	32,65%	84,00%	46,67%	87,50%

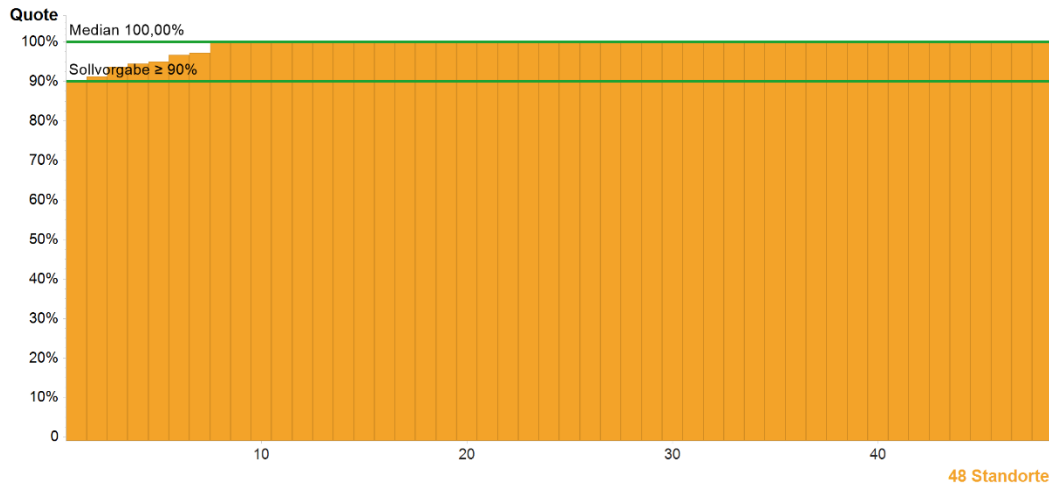
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
48	100,00%	47	97,92%

### Anmerkungen:

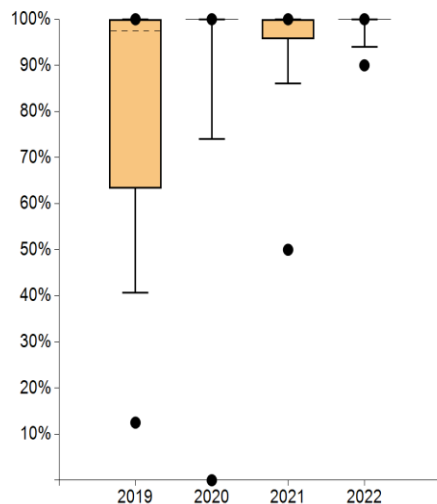
Die präoperative Anzeichnung der Stomaposition erfolgt bei >99% der Pat.. Die Erfüllung der Kennzahl liegt somit auf dem hohen Niveau der Vorjahre. In 42 (Vorjahr 40) von 48 Zentren ist bei ausnahmslos allen Zentrumspat., bei denen ein Urostoma angelegt wurde, dieses präoperativ angezeichnet worden. Wie im Vorjahr hat ein zuvor unauffälliges Zentrum die Sollvorgabe unterschritten und dies mit Dokumentationsdefiziten begründet.

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
 \*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Angabe Risikoklassifikation nach EORTC-Kriterien (low, intermediate, high-risk)	18*	3 - 60	968
Nenner	Primärfälle Stadium I und TUR-B	18*	3 - 62	977
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	90,00% - 100%	99,08%**



	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	97,44%	100%	100%	100%
25. Perzentil	63,24%	100%	95,72%	100%
5. Perzentil	40,63%	74,07%	86,09%	93,99%
● Min	12,50%	0,00%	50,00%	90,00%

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

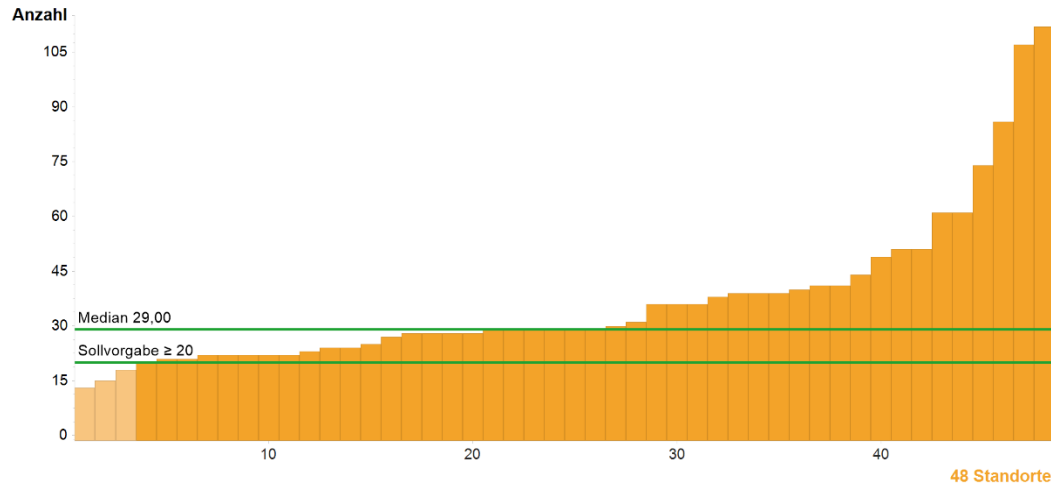
### Anmerkungen:

Die Kennzahl hat sich in den letzten Jahren sehr positiv entwickelt: Die EORTC-Risikoklassifikation wird bei Primärfällen im Stadium I und TUR-B bei nahezu allen Pat. angegeben.

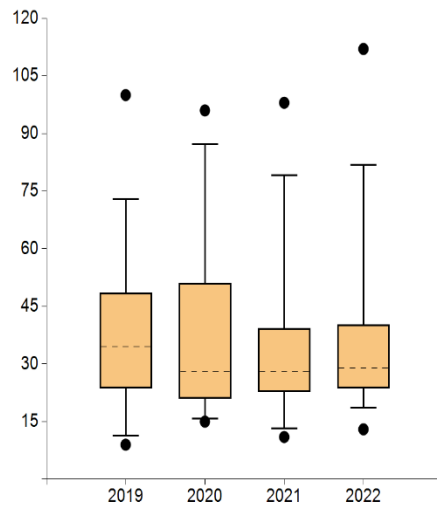
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.



### 13. Operative Expertise



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Expertise - Anzahl Zystektomien (OPS 5-576, OPS 5-687.0 bei ICD-10 C67, D09.0, D41.4)	29	13 - 112	1769
	Sollvorgabe $\geq 20$			



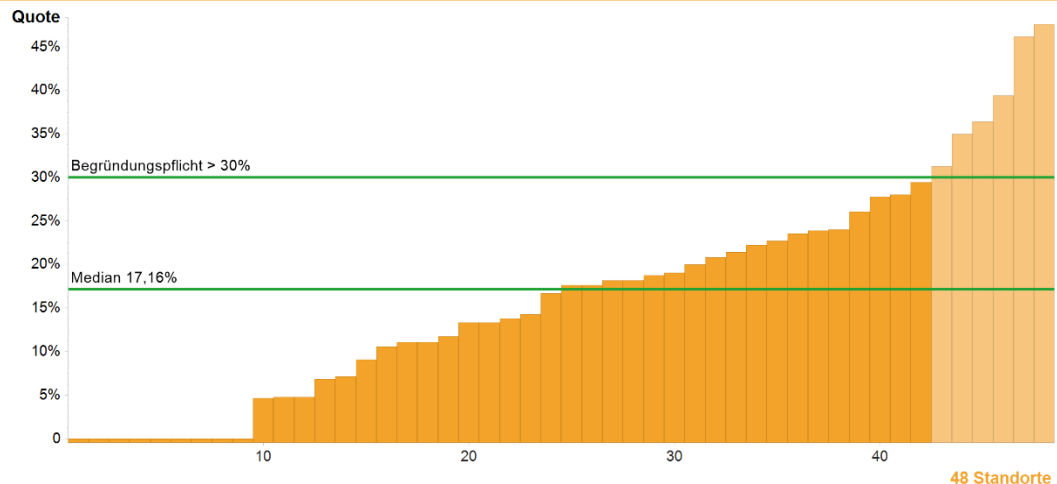
	2019	2020	2021	2022
● Max	100,00	96,00	98,00	112,00
95. Perzentil	73,00	87,20	79,20	81,80
75. Perzentil	48,50	51,00	39,25	40,25
Median	34,50	28,00	28,00	29,00
25. Perzentil	23,75	21,00	22,75	23,75
5. Perzentil	11,25	15,80	13,30	18,70
● Min	9,00	15,00	11,00	13,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
48	100,00%	45	93,75%

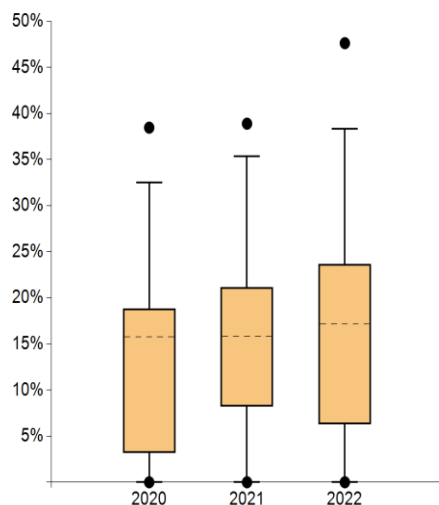
**Anmerkungen:**

Die Anzahl der in den Zentren durchgeführten Zystektomien hat auf gesamter Spannweite zugenommen. 3 Zentren haben die Sollvorgabe von  $\geq 20$  Zystektomien unterschritten; die Zentren begründeten dies u.a. mit weniger Zuweisungen aufgrund der ausschleichenden Covid-Pandemie u. einem hohen Anteil an Pat. mit palliativem Behandlungskonzept. Die Zentren haben angegeben, dass sie die Pat.-Akquise intensiviert haben u. dass aufgrund vorläufiger OP-Zahlen zu erwarten sei, dass die Sollvorgabe 2023 erfüllt wird.

## 14. Postoperative Komplikationen nach Zystektomie



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Komplikation Clavien-Dindo Grad III oder IV innerhalb von 90d nach Zystektomie	4*	0 - 21	210
Nenner	Operative Primärfälle mit Zystektomie	21*	3 - 107	1220
Quote	Begründungspflicht*** >30%	17,16%	0,00% - 47,62%	17,21%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
48	100,00%	42	87,50%

### Anmerkungen:

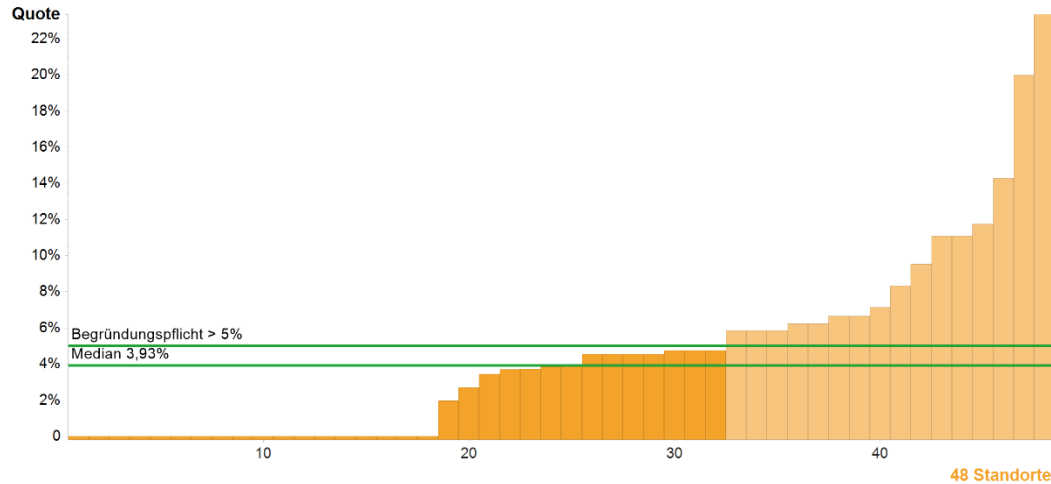
Die postoperative Komplikationsrate ist im Vergleich mit den Vorjahren diskret angestiegen u. liegt jetzt bei 17,2% (Median u. Durchschnitt). 9 Zentren haben bei Primärfällen im 3Mo-Zeitraum keine höhergradige Komplikation verzeichnet. Die Zentren mit Quoten >30% verwiesen u.a. auf Konzepte mit frühem Katheterauslass u. Notwendigkeit passagerer Stent u. auf einen hohen Anteil multimorbider Pat. 1 Zentrum hat eine erhöhte Inauff.-Rate der enteroenteralen Anastomose identifiziert u. aufgearbeitet.

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

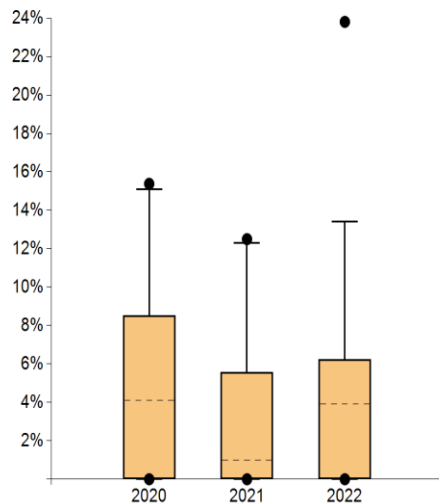
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 15. Postoperative Mortalität nach Zystektomie



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Postoperative Mortalität innerhalb von 90d	1*	0 - 5	50
Nenner	Operative Primärfälle mit Zystektomie	21*	3 - 107	1220
Quote	Begründungspflicht*** >5%	3,93%	0,00% - 23,81%	4,10%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
48	100,00%	32	66,67%

### Anmerkungen:

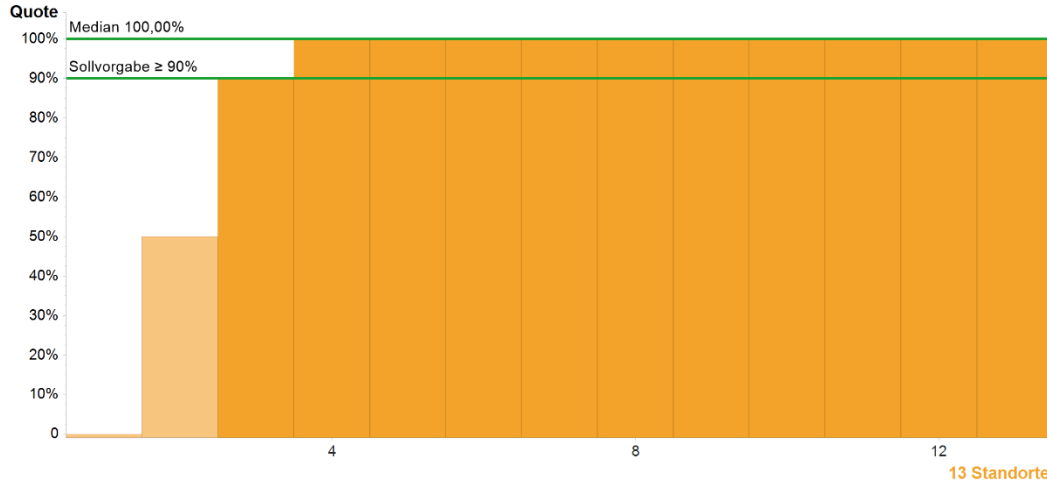
Nach einem Rückgang der postoperativen Mortalitätsrate im Kennzahlenjahr 2021 liegt die Quote wieder auf dem Niveau des Kennzahlenjahrs 2020. 18 Zentren (Vorjahr 21) haben im 90d-Zeitraum keine postoperativen Todesfälle verzeichnet. In den Zentren mit Mortalitätsraten >5% kam es in der Regel zu Todesfällen von 1-2 Primärfällen, so dass systematische Fehler nicht erkennbar waren. Die Krankheitsverläufe wurden z.T. in M+M-Konferenzen besprochen und waren in den Audits plausibel.

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

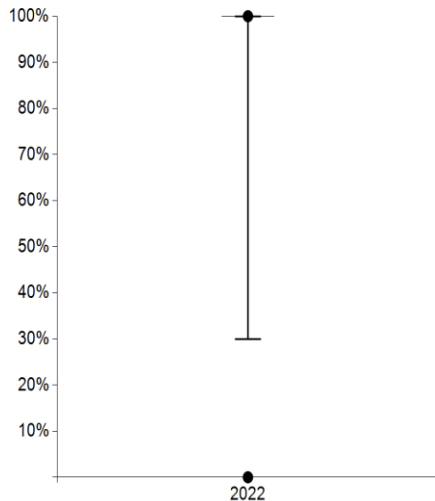
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

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



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Zentrumspat. des Nenners mit Empfehlung einer zahnärztlichen Untersuchung vor Beginn der Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	1*	0 - 13	40
Nenner	Zentrumspat. mit Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	2*	1 - 13	45
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	0,00% - 100%	88,89%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
13	27,08%	11	84,62%

### Anmerkungen:

Die Kennzahl zur zahnärztlichen Untersuchung vor Bisphosphonat-/Denosumab-Therapie wird bereits in den Prostata- u. Nierenkrebszentren erfasst und ist im KeZa-Jahr 2022 erstmals (auf freiwilliger Basis) auch in den Harnblasenkrebszentren erhoben worden. Aus 13 Zentren liegen Daten von insgesamt 45 Pat. vor. In 10 Zentren wurde allen Pat. diese Untersuchung empfohlen. Die beiden Zentren mit einer Quote <90% haben dies mit Dokumentationsdefiziten bzw. hohem Behandlungsdruck begründet.

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

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

# WISSEN AUS ERSTER HAND



Mehr Informationen unter [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de)

## Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Zertifizierungskommission Uroonkologische Zentren / Harnblasenkrebszentren  
Martin Burchardt, Vorsitzender Zertifizierungskommission  
Jan Fichtner, Vorsitzender Zertifizierungskommission  
Simone Wesselmann, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Daniela Miller, OnkoZert  
Verena Jörg, 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](http://www.onkozert.de)

Version e-A1-de; Stand 31.05.2024

ISBN: 978-3-910336-45-2

