



Kennzahlenauswertung 2024

Jahresbericht der zertifizierten Leberkrebszentren

Auditjahr 2023 / Kennzahlenjahr 2022

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Leberkrebszentren 2023	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	10
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle	10
Kennzahl Nr. 1b: Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	11
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Vorstellung Tumorkonferenz (LL QI)	12
Kennzahl Nr. 3a: Postoperative Vorstellung	13
Kennzahl Nr. 3b: Postinterventionelle Vorstellung	14
Kennzahl Nr. 4: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv bzw. neuauftretene Metastasen	15
Kennzahl Nr. 5: Psychoonkologische Betreuung	16
Kennzahl Nr. 6: Beratung Sozialdienst	17
Kennzahl Nr. 7: Anteil Studienpat.	18
Kennzahl Nr. 8: Typisierung nach WHO-Klassifikation (LL QI)	21
Kennzahl Nr. 9: Inhalt Befundberichte (LL QI)	22
Kennzahl Nr. 10: mRECIST-/EASL-Klassifikation nach TACE/TAE (LL QI)	23
Kennzahl Nr. 11a: Komplikationen nach TACE/TAE	24
Kennzahl Nr. 11b: Komplikation nach perkutaner Radiofrequenzablation (RFA) + Mikrowellenablation	25
Kennzahl Nr. 12: Anzahl operative Interventionen	26
Kennzahl Nr. 13: Lokale R0-Resektionen	27
Kennzahl Nr. 14: 30d-Mortalität postoperativ	28
Kennzahl Nr. 15: Bridgingtherapie (LL QI)	29
Impressum	30

Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 6: Beratung Sozialdienst	
Kennzahl Nr. 7: Anteil Studienpat.	
Kennzahl Nr. 8: Typisierung nach WHO-Klassifikation (LL QI)	
Kennzahl Nr. 9: Inhalt Befundberichte (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 2.01 der S3-LL Diagnostik und Therapie des Hepatozellulären Karzinoms und biliärer Karzinome.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	26,5*	10 - 69	892
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	50,5*	26 - 188	2110
Quote	Begründungspflicht*** <30%	45,52%	14,81% - 73,81%	42,27%**

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.

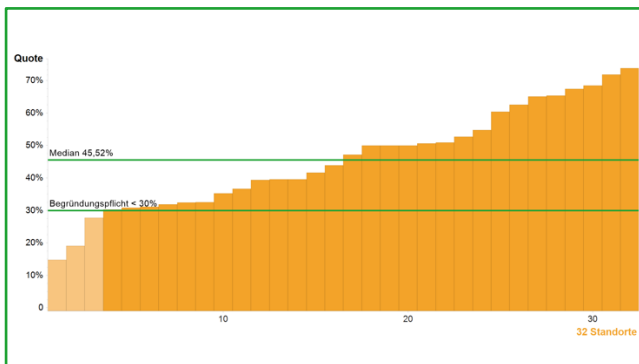
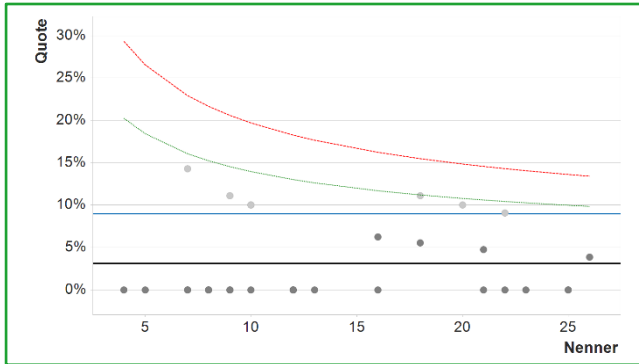


Diagramm:

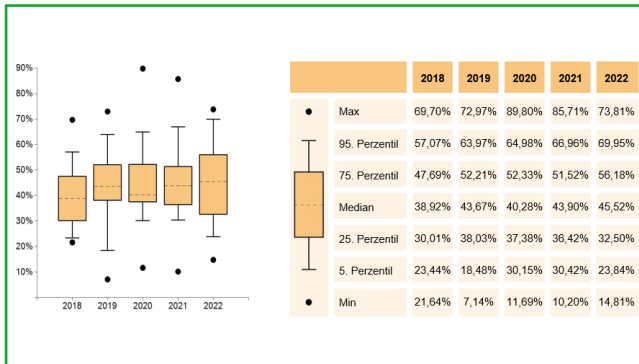
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

Allgemeine Informationen



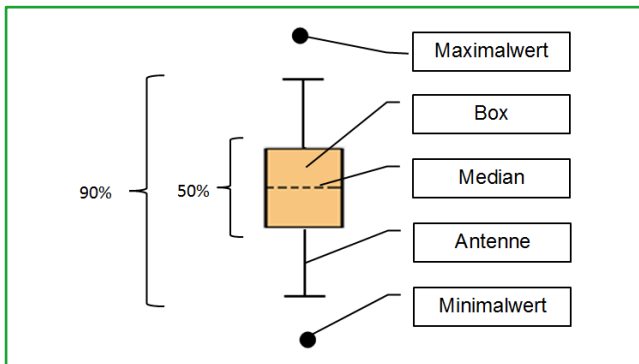
Funnel Plots:

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 **2018, 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 Leberkrebszentren 2023

	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018
Laufende Verfahren	2	1	2	3	2	1
Zertifizierte Zentren	32	31	27	22	23	21
Zertifizierte Standorte	32	31	27	22	23	21

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	32	28	24	22	20	18
entspricht	100%	90,3%	88,9%	100%	87,0%	85,7%
Primärfälle gesamt*	1.604	1.512	1.273	1.247	1.237	1.174
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	50,1	54	53	56,7	61,9	65,2
Primärfälle pro Standort (Median)*	44,5	52	48	48,5	52	54,5

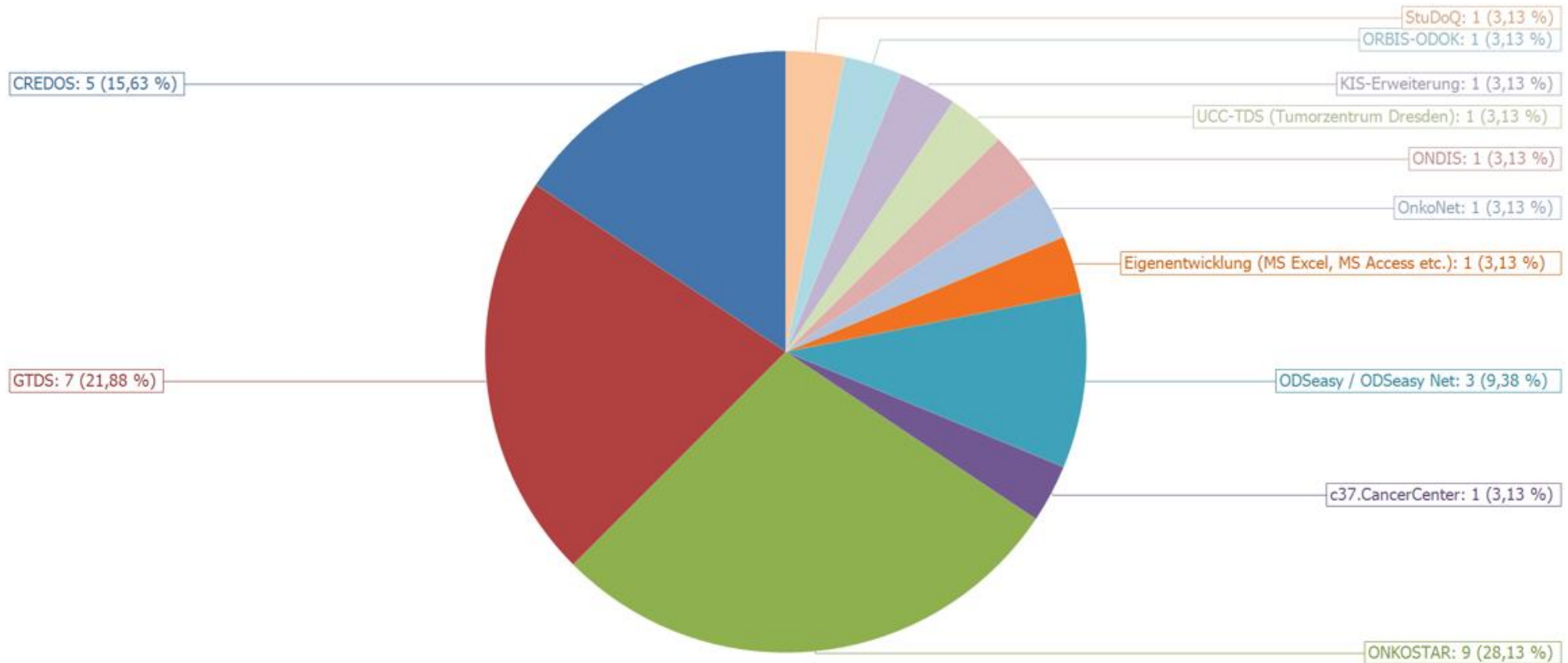
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

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 32 zertifizierte Zentrumsstandorte enthalten. In diesen wurden insgesamt 1.604 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de aufgeführt.

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

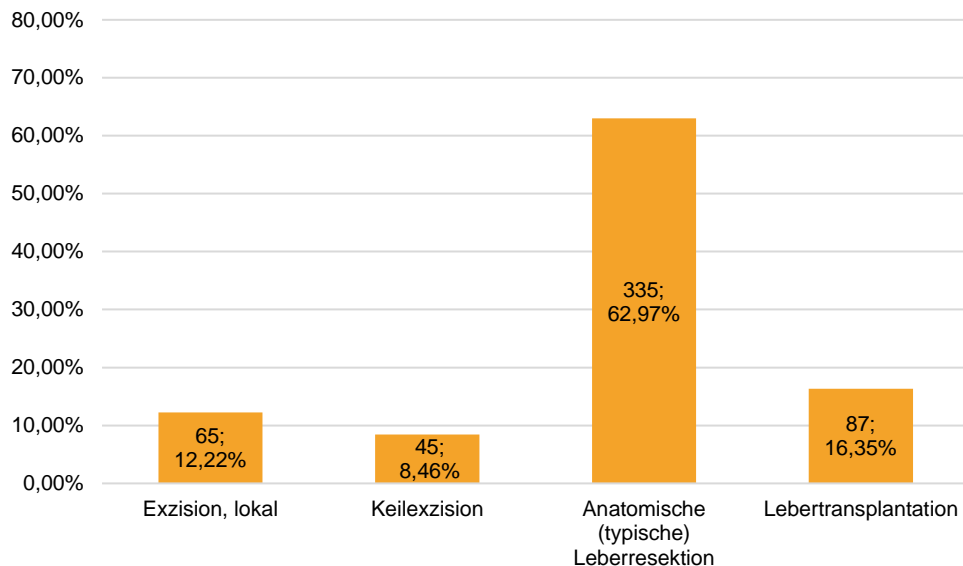
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



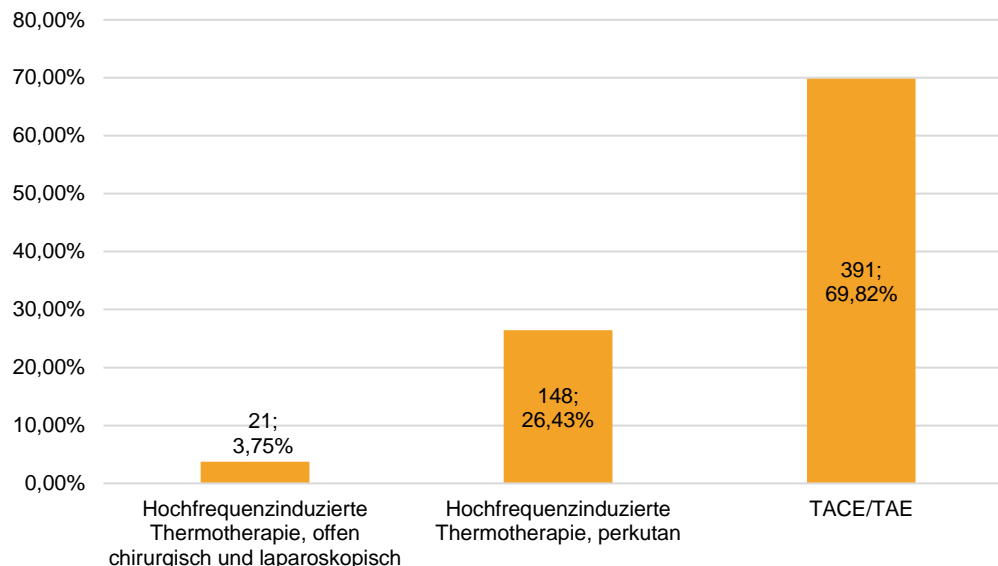
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

Basisdaten – Operative und interventionelle Expertise bei Primärfällen Leberkrebszentren

Operationen bei Primärfällen



Interventionen bei Primärfällen



Operationen bei Primärfällen

Exzision, lokal (OPS: 5-501.0)	65 (12,22%)
Keilexzision (OPS: 5-501.2)	45 (8,46%)
Anatomische (typische) Leberresektion (OPS: 5-502*)	335 (62,97%)
Lebertransplantation (OPS: 5-504*)	87 (16,35%)
Gesamt	532 (100%)

Interventionen bei Primärfällen

Destruktion, lokal, durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie (inkl. RFA/MWA ¹), offen chirurgisch und laparoskopisch (OPS: 5-501.90/.a0/.91/.a1/.92/.a2)	21 (3,75%)
Destruktion, lokal, durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie (inkl. RFA/MWA ¹), perkutan (OPS: 5-501.93/.a3)	148 (26,43%)
TACE/TAE ¹	391 (69,82%)
Gesamt	560 (100%)

¹Abkürzungen:

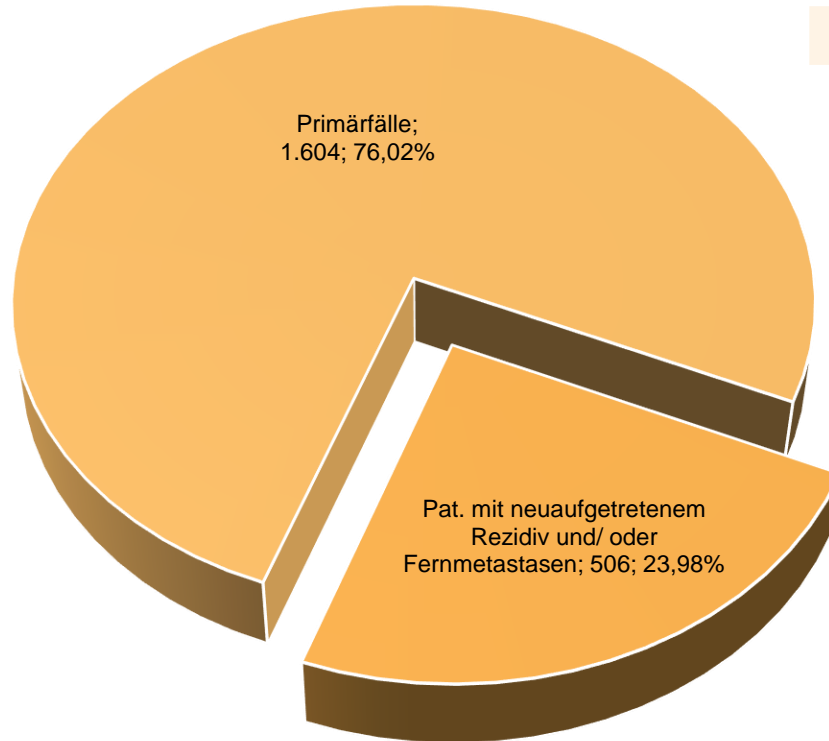
RFA = Radiofrequenzablation

MWA = Mikrowellenablation

TACE = Transarterielle Chemoembolisation

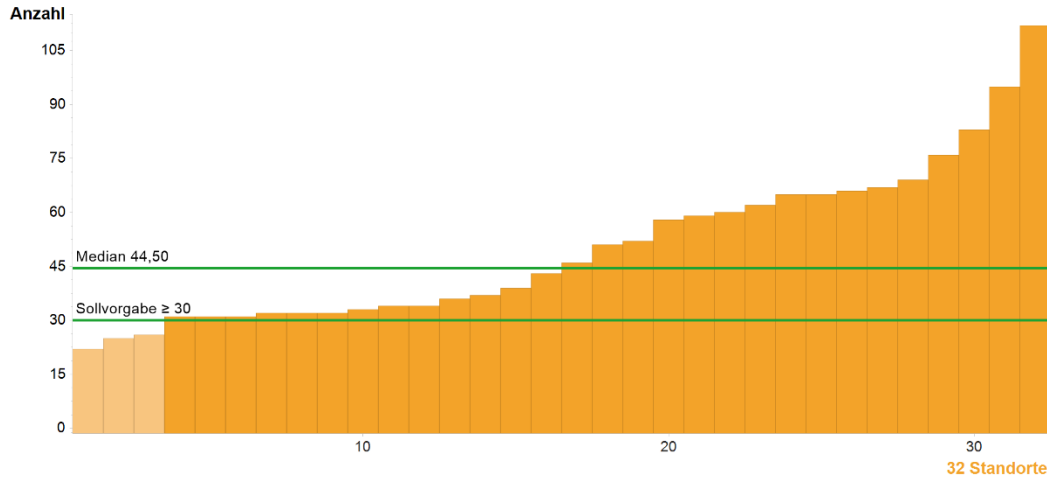
TAE = Transarterielle Embolisation

Basisdaten – Zentrumsfälle Leberkrebszentren

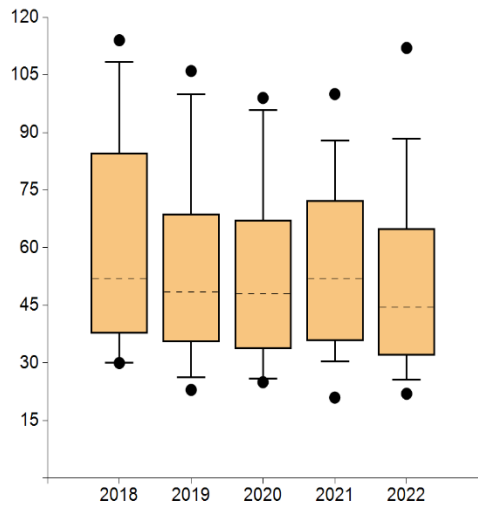


Primärfälle	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	Zentrumsfälle
1.604 (76,02%)	506 (23,98%)	2.110 (100%)

1a. Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	44,5	22 - 112	1604
	Sollvorgabe ≥ 30			



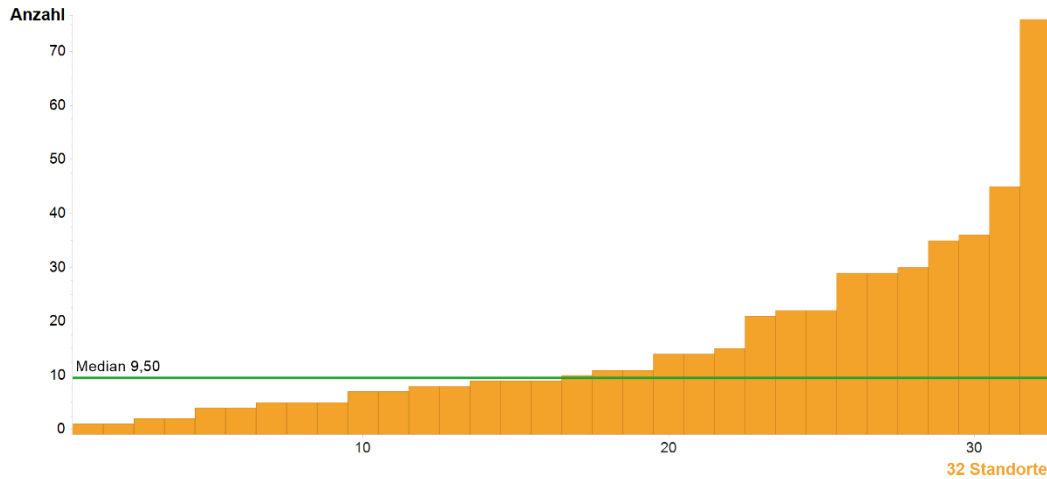
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	114,00	106,00	99,00	100,00	112,00
95. Perzentil	108,30	99,95	95,85	87,85	88,40
75. Perzentil	84,75	68,75	67,25	72,25	65,00
Median	52,00	48,50	48,00	52,00	44,50
25. Perzentil	37,75	35,50	33,75	35,75	32,00
5. Perzentil	30,00	26,20	26,00	30,35	25,55
● Min	30,00	23,00	25,00	21,00	22,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	29	90,63%

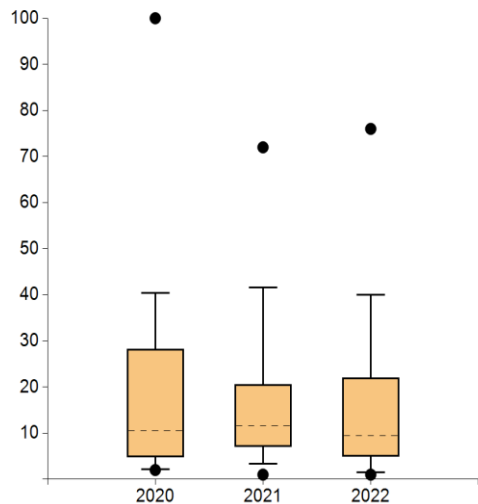
Anmerkungen:

Im aktuellen KeZa-Jahr zeigt sich ein geringer Zuwachs sowohl der Anzahl an Zentren (+14,29%) als auch der PF-Zahl (6,08%) im Vergleich zum Vorjahr (Zentren +16,7%, PF +18,8%). 3 Zentren unterschritten die Mindestmenge von > 20 PF (Vorjahr 1) und begründeten dies mit zunehmender Konkurrenz umliegender Krankenhäuser, krankheitsbedingtem Personalausfall und Auswirkungen der Covid-Pandemie.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	9,5	1 - 76	506
	Keine Sollvorgabe			



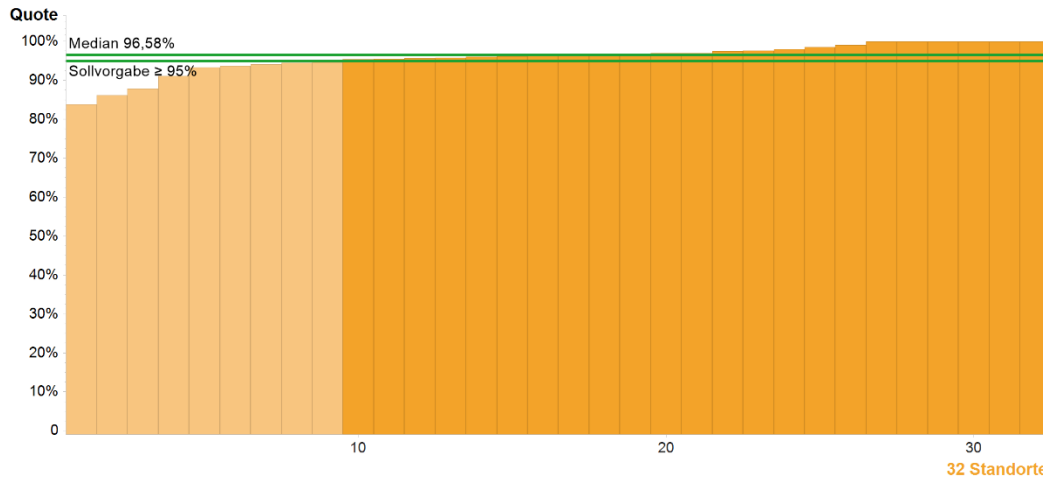
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	-----	100,00	72,00	76,00
95. Perzentil	-----	-----	40,40	41,55	40,05
75. Perzentil	-----	-----	28,25	20,50	22,00
Median	-----	-----	10,50	11,50	9,50
25. Perzentil	-----	-----	4,75	7,00	5,00
5. Perzentil	-----	-----	2,15	3,35	1,55
● Min	-----	-----	2,00	1,00	1,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	-----	-----

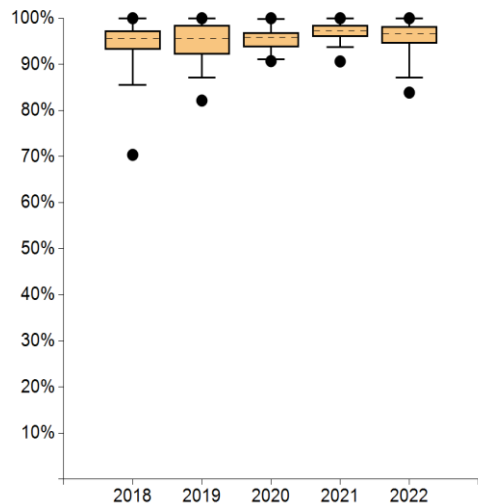
Anmerkungen:

Die Gesamtanzahl der Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv u./o. Fernmetastasen ist im aktuellen KeZa Jahr um 8,35% (Vorjahr + 6,1%) angestiegen. Bei größerer Anzahl an Leberkrebszentren (+14,3%) im Vergleich zum Vorjahr ist der Median in den Zentren jedoch auf 9,5 (Vorjahr 11,5) Pat. gesunken.

2. Prätherapeutische Vorstellung Tumorkonferenz (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die prätherapeutisch in der TK vorgestellt wurden	43*	22 - 111	1538
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	44,5*	22 - 112	1604
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,58%	83,87% - 100%	95,89%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	99,85%	100%	100%
75. Perzentil	97,26%	98,49%	96,93%	98,54%	98,20%
Median	95,60%	95,64%	95,81%	97,34%	96,58%
25. Perzentil	93,21%	92,16%	93,70%	95,94%	94,55%
5. Perzentil	85,48%	87,15%	91,07%	93,75%	87,13%
● Min	70,37%	82,14%	90,70%	90,63%	83,87%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	23	71,88%

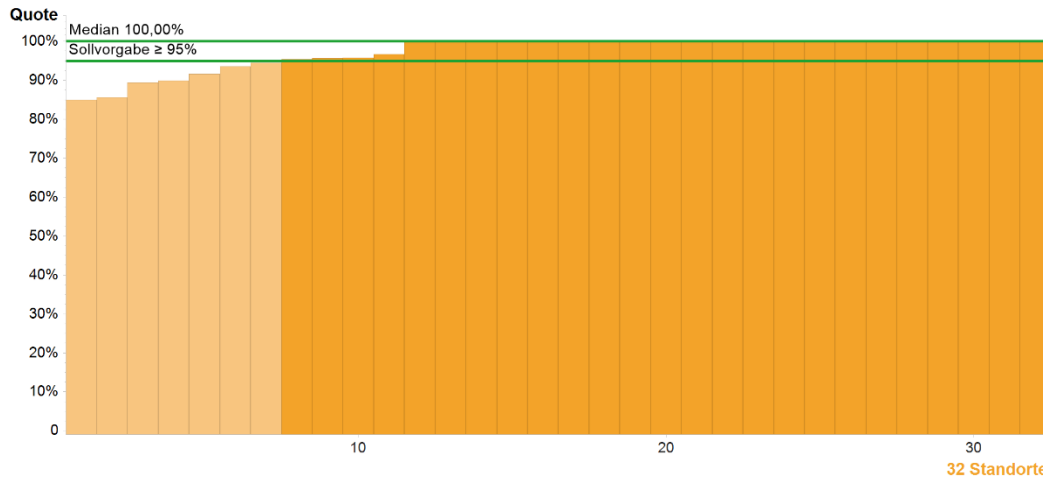
Anmerkungen:

Der Erfüllungsgrad des LL QI ist im Vergleich zum Vorjahr im Median, den unteren Perzentilen und der Erfüllungsquote durch die Zentren leicht rückläufig. 9 Zentren (Vorjahr 3) verfehlten die Sollvorgabe von $\geq 95\%$. Ursächlich waren vorwiegend Versäumnis (17 Fälle), Not-OPs (9 Fälle), intra- bzw. postoperativen Zufallsbefunden (5 Fälle) und frühem Versterben der Pat. (4 Fälle). Die FE sprachen keine Abweichungen, jedoch 2x kritische Hinweise aus.

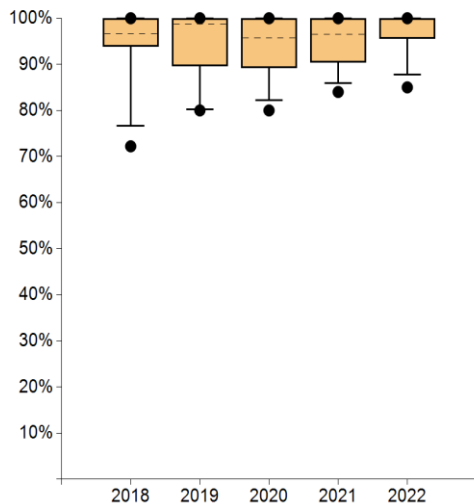
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

3a. Postoperative Vorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners, die postoperativ in der TK vorgestellt wurden	17*	4 - 31	517
Nenner	Operative Expertise - Anzahl Operationen bei Primärfällen	18*	4 - 31	532
Quote	Sollvorgabe \geq 95%	100%	85,00% - 100%	97,18%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	96,58%	98,75%	95,72%	96,55%	100%
25. Perzentil	93,81%	89,69%	89,22%	90,36%	95,60%
5. Perzentil	76,69%	80,17%	82,18%	85,94%	87,78%
● Min	72,22%	80,00%	80,00%	84,00%	85,00%

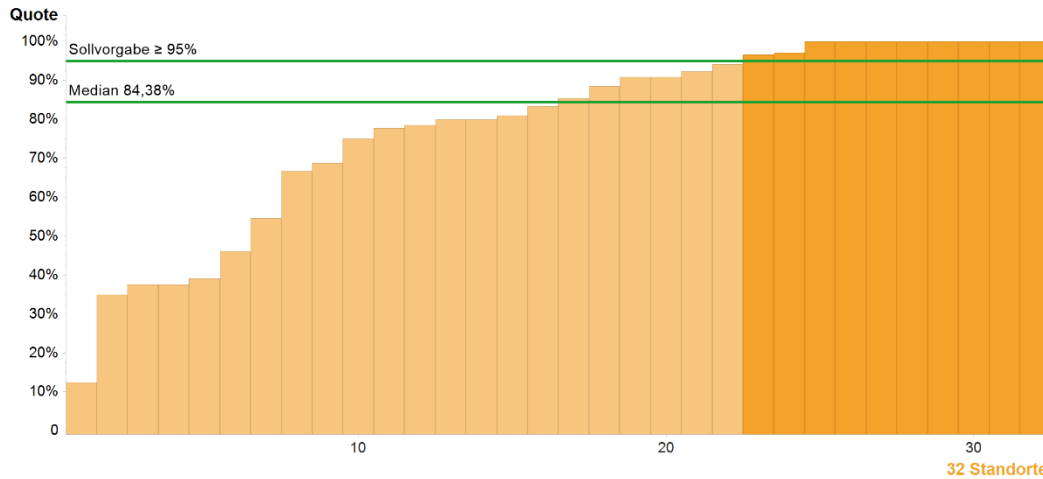
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	25	78,13%

Anmerkungen:

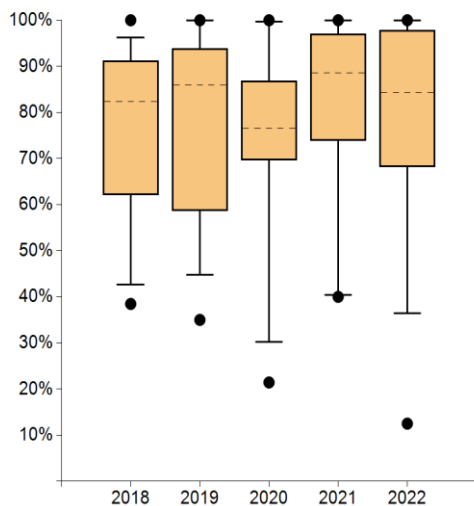
Die postoperative Vorstellungsrate zeigt weiterhin eine positive Entwicklung mit einer Gesamtquote von 97,18% (Vorjahr 94,4%). 78,1% der Zentren erfüllten die Sollvorgabe (Vorjahr 57,14%), 7 Zentren unterschritten diese. Ausnahmslos alle Zentren gaben an, dass die Pat., die nicht in der posttherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt wurden, verstorben sind.

* 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.

3b. Postinterventionelle Vorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Interventionen des Nenners, die 4-12 Wochen nach Intervention in der TK vorgestellt wurden	11,5*	1 - 46	458
Nenner	Interventionelle Expertise - Interventionen bei Primärfällen	16*	4 - 52	560
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	84,38%	12,50% - 100%	81,79%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	96,20%	100%	99,65%	100%	100%
75. Perzentil	91,26%	93,80%	86,83%	96,98%	97,80%
Median	82,41%	85,93%	76,57%	88,59%	84,38%
25. Perzentil	62,16%	58,64%	69,58%	73,94%	68,23%
5. Perzentil	42,64%	44,72%	30,18%	40,41%	36,38%
● Min	38,46%	35,00%	21,43%	40,00%	12,50%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	10	31,25%

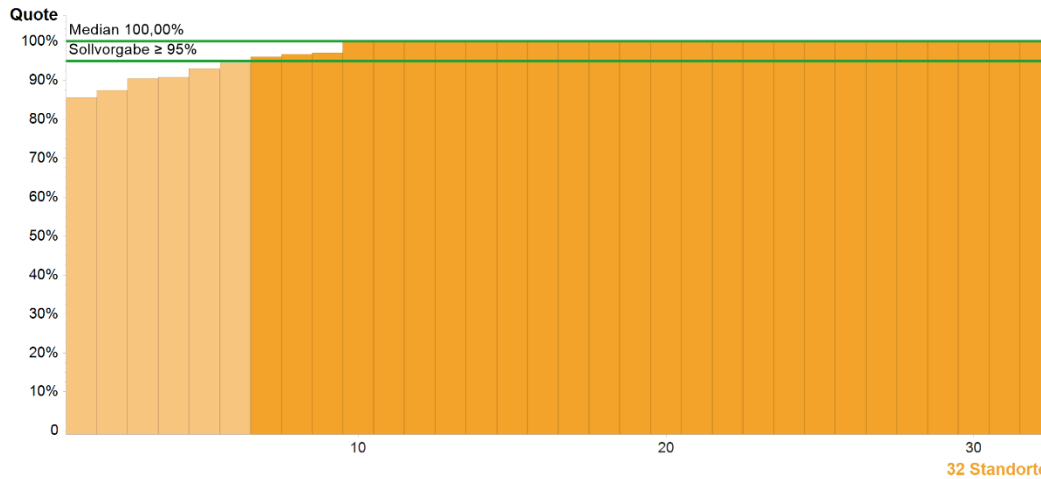
Anmerkungen:

Bei steigender Gesamtquote zeigen sich Median und unteren Perzentilen bei der postintervent. Vorstellung im aktuellen KeZa Jahr rückläufig. 31,3% (Vorjahr 35,7%) der Zentren erreichten die Sollvorgabe. Als Gründe für die Nicht-Vorstellung wurden postinterventionelle Todesfälle (9x) und Vorstellungen außerhalb des festgelegten Zeitkorridors (7x) genannt. Zudem wurde mehrfach berichtet, dass Pat. im Rahmen eines sequentiellen Therapieregimes (4x) oder bei unauffälliger Bildgebung (2x) nicht nach jeder Intervention vorgestellt wurden. Die FE wiesen darauf hin, dass auch bei Befundstabilität eine postintervent. Vorstellung erfolgen soll. Es wurden keine Abweichungen, aber mehrere kritische Hinweise dokumentiert.

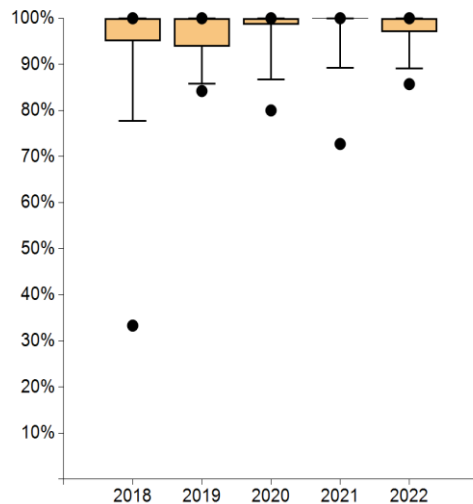
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

4. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv bzw. neuaufgetretene Metastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	9,5*	1 - 73	491
Nenner	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	9,5*	1 - 76	506
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	85,71% - 100%	97,04%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● 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	95,08%	93,92%	98,64%	100%	97,02%
5. Perzentil	77,67%	85,80%	86,66%	89,28%	89,14%
● Min	33,33%	84,21%	80,00%	72,73%	85,71%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	26	81,25%

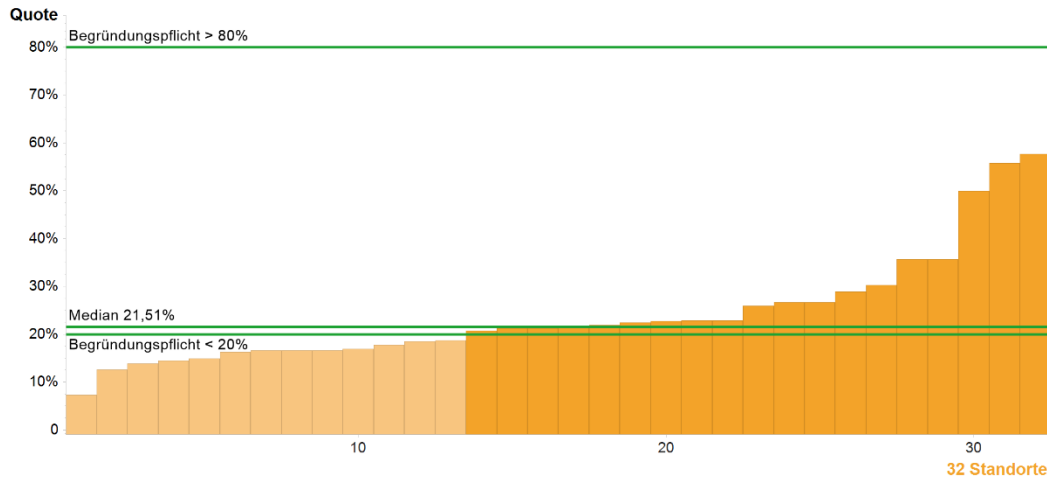
Anmerkungen:

Die Anforderung, Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder sekundärem M1 vor der Behandlung in einer Tumorkonferenz vorzustellen, wird von den Zentren weiter sehr gut umgesetzt. Dies zeigt sich in einem Median von 100% und einer Gesamtquote von 97%. 81% der Zentren erfüllen die Sollvorgabe (Vorjahr 79%). Als Begründungen führten die Zentren vorwiegend Versäumnis (6x), frühzeitiges Versterben der Pat. (2x) und erst postoperative/ postinterventionelle Diagnosestellung (2x) an. Systematische Fehler ließen sich nicht erkennen.

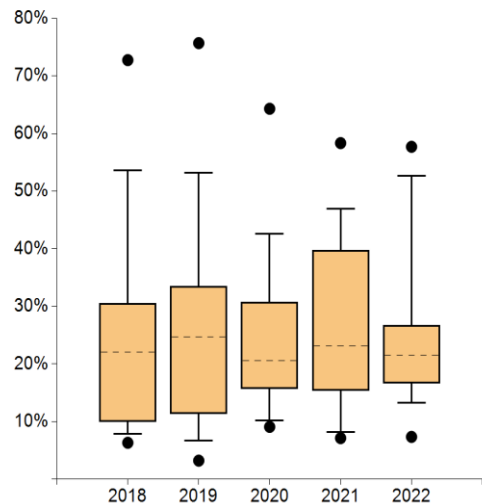
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

5. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	11,5*	5 - 67	483
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	50,5*	26 - 188	2110
Quote	Begründungspflicht*** <20% und >80%	21,51%	7,35% - 57,69%	22,89%**



	2018	2021	2020	2021	2022
● Max	72,73%	75,68%	64,29%	58,33%	57,69%
95. Perzentil	53,61%	53,13%	42,57%	46,92%	52,61%
75. Perzentil	30,56%	33,49%	30,76%	39,73%	26,67%
Median	22,01%	24,69%	20,55%	23,15%	21,51%
25. Perzentil	9,98%	11,31%	15,74%	15,37%	16,67%
5. Perzentil	7,86%	6,70%	10,16%	8,17%	13,31%
● Min	6,33%	3,23%	9,09%	7,14%	7,35%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	19	59,38%

Anmerkungen:

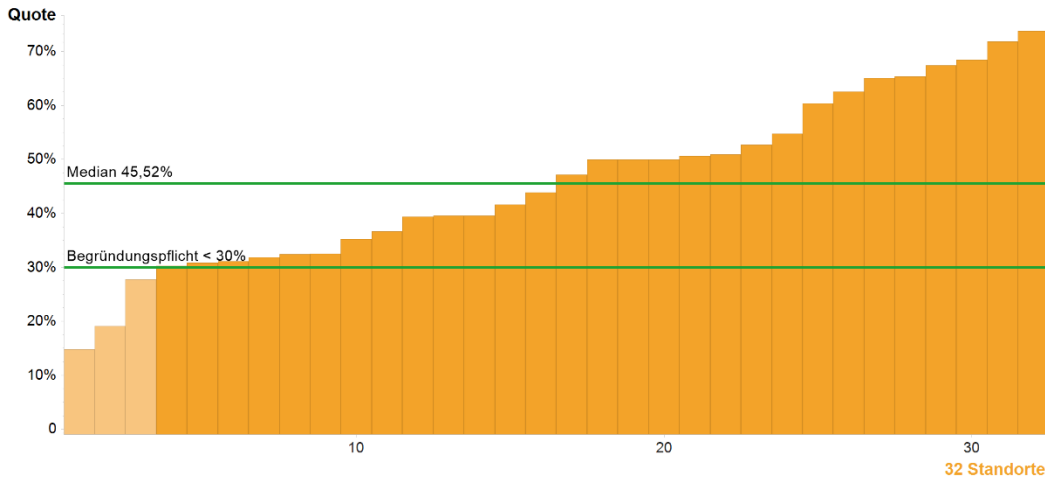
Analog zu der psychoonkologischen Betreuungsquote der Pankreaszentren (Vgl. Jahresbericht 2024 Pankreas) zeigt auch die der Leberkrebszentren einen leichten Rückgang. Dies basiert laut Angaben der Zentren auf der Umstellung von psychoonkologischen Konsilen zu Screeningverfahren, welche in Darmkrebszentren bereits zum Auditjahr 2023 eingeführt und erfasst wurden. 13 Zentren vielen unter die Begründungspflicht.

* 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.

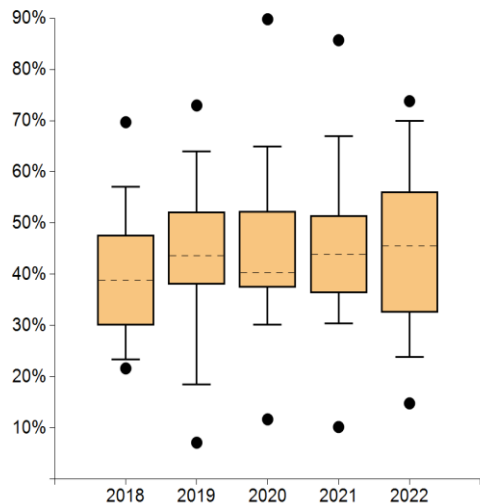
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

6. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	26,5*	10 - 69	892
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	50,5*	26 - 188	2110
Quote	Begründungspflicht*** <30%	45,52%	14,81% - 73,81%	42,27%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	69,70%	72,97%	89,80%	85,71%	73,81%
95. Perzentil	57,07%	63,97%	64,98%	66,96%	69,95%
75. Perzentil	47,69%	52,21%	52,33%	51,52%	56,18%
Median	38,92%	43,67%	40,28%	43,90%	45,52%
25. Perzentil	30,01%	38,03%	37,38%	36,42%	32,50%
5. Perzentil	23,44%	18,48%	30,15%	30,42%	23,84%
● Min	21,64%	7,14%	11,69%	10,20%	14,81%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	29	90,63%

Anmerkungen:

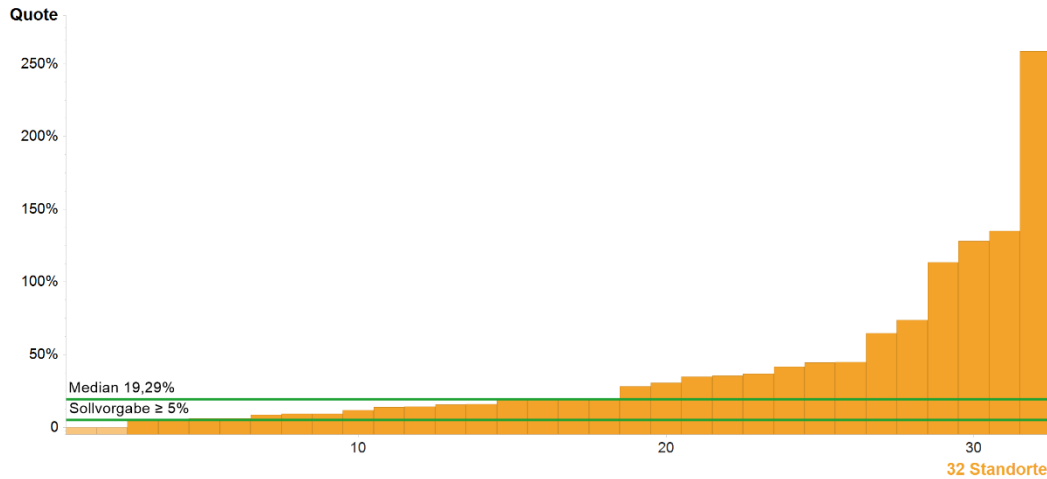
Der Median der Anzahl an Sozialdienstberatungen zeigt in den letzten Jahren generell einen positiven Trend mit 45,52%. 3 Zentren fallen unter die Begründungspflicht (Vorjahr 1). Dies wird mit knappen personellen Ressourcen begründet. Teilweise würde ein Screening erfolgen, welches in die KeZa jedoch nicht einfließt. Die FE wiesen in den Audits darauf hin, dass Aktionspläne zu erstellen und die Betreuungsrate deutlich zu steigern sei.

* 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.

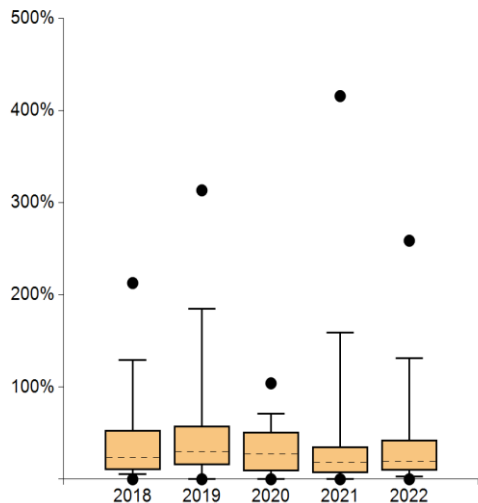
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

7. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	11*	0 - 119	642
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	44,5*	22 - 112	1604
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	19,29%	0,00% - 258,70%	40,02%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	212,77%	313,33%	104,04%	415,56%	258,70%
95. Perzentil	129,16%	184,91%	71,25%	159,06%	131,22%
75. Perzentil	53,33%	57,66%	50,93%	35,35%	42,45%
Median	23,09%	30,00%	27,21%	18,01%	19,29%
25. Perzentil	10,38%	15,19%	9,08%	6,57%	9,38%
5. Perzentil	5,28%	0,11%	0,33%	0,47%	2,98%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	30	93,75%

Anmerkungen:

Nach einem deutlichen Rückgang der Studienquote im Vorjahr ist in diesem Jahr auf nahezu gesamter Spannweite eine Stabilisierung auf leicht höherem Niveau zu verzeichnen (Median 19,2% Vorjahr 18,0%). Die meisten Zentren weisen eine Studienquote zwischen 5-50% (25 Zentren) auf. 2 Zentren verfehlten die Sollvorgabe von ≥ 5% (Vorjahr 3 Zentren), weisen jedoch daraufhin, dass sie die Quote für das Folgejahr voraussichtlich erfüllen werden.

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

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

Individueller Jahresbericht - Benchmark

Individueller Jahresbericht - Standortspezifische Kennzahlenauswertung eines Zentrums

Was ist der individuelle Jahresbericht?

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

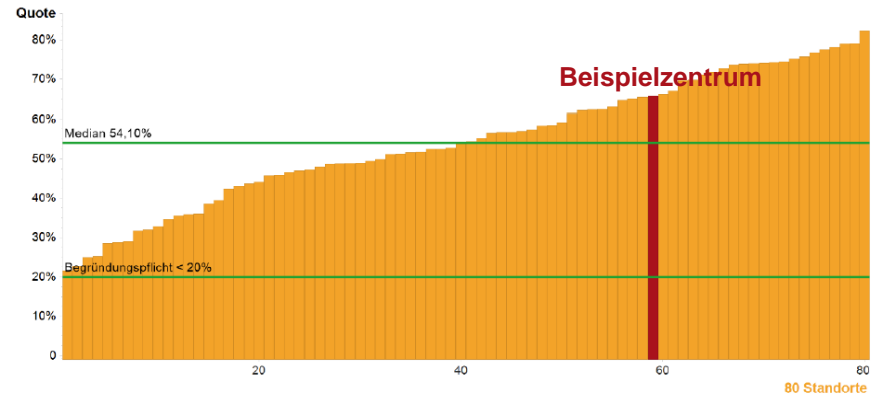
Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf www.onkoziert.de unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

Wer kann den individuellen Jahresbericht erhalten?

Voraussetzung für die Erstellung des individuellen Jahresberichtes ist die Veröffentlichung des allgemeinen Jahresberichtes (Bekanntgabe u.a. auf www.onkoziert.de) sowie die Abbildung des eigenen Zentrums im allgemeinen Jahresbericht (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				
		2018	2019	2020	2021	2022
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	219	263	220	240	237
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv (Lokal, regionale LK-Metastasen) und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	321	362	331	355	360
Quote	Begründungspflicht* <20%	68,22%	72,65%	66,47%	67,61%	65,83%

Individuelle Entwicklung des Beispielzentrums im Zeitverlauf

**Auszug aus einem individuellen Jahresbericht
(Kennzahl Beratung Sozialdienst)**

Individueller Jahresbericht - Benchmark

Wie kann man den individuellen Jahresbericht erhalten?

Der individuelle Jahresbericht wird elektronisch als PowerPoint-Datei auf der Plattform [Data-WhiteBox](#) zum Download bereitgestellt.

Der Zugang zu einem individuellen Jahresbericht unterscheidet sich je nach Zertifizierungssystem:

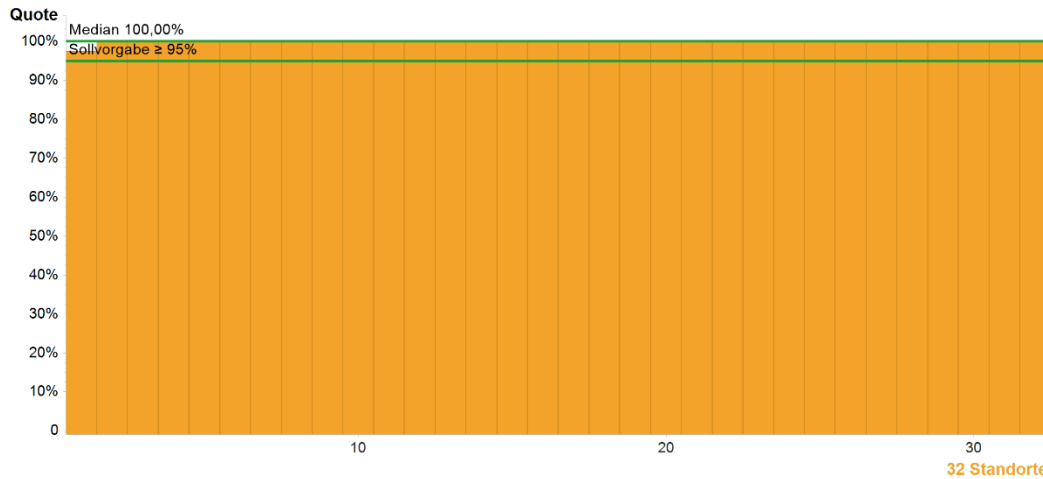
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- Auf Beschluss der jeweiligen Zertifizierungskommission wird der individuelle Jahresbericht für alle Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren bereitgestellt.
- Die Zentren (Zentrumsleitung und Zentrumskoordination) werden per E-Mail durch OnkoZert über die Verfügbarkeit des jeweiligen individuellen Jahresberichtes informiert.
- Die Zugangsdaten zum Abruf des individuellen Jahresberichtes liegen der Zentrumsleitung und Zentrumskoordination vor (einmalige Zusendung der Zugangsdaten).

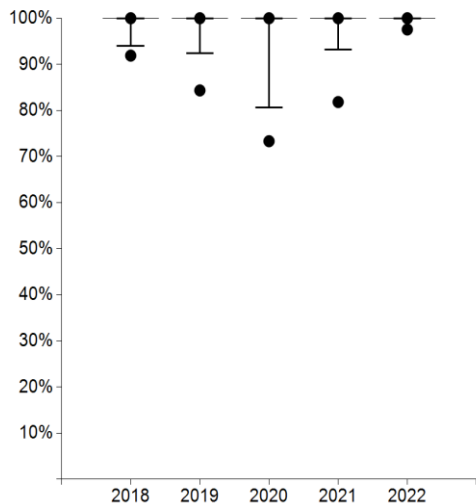
Alle anderen Organkrebszentren / Module

- Die Zentren (Zentrumsleitung und Zentrumskoordination) werden per E-Mail durch OnkoZert über die grundsätzliche Verfügbarkeit der individuellen Jahresberichte informiert. Ab diesem Zeitpunkt kann ein individueller Jahresbericht optional kostenpflichtig bestellt werden.
- Das „Bestellformular Individueller Jahresbericht“ ist auf www.onkozert.de 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 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Typisierung nach aktueller WHO-Klassifikation	32*	8 - 67	966
Nenner	Primärfälle mit histologisch gesichertem HCC	32*	8 - 67	967
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	97,56% - 100%	99,90%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	94,01%	92,47%	80,62%	93,16%	100%
● Min	91,89%	84,34%	73,33%	81,82%	97,56%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	32	100,00%

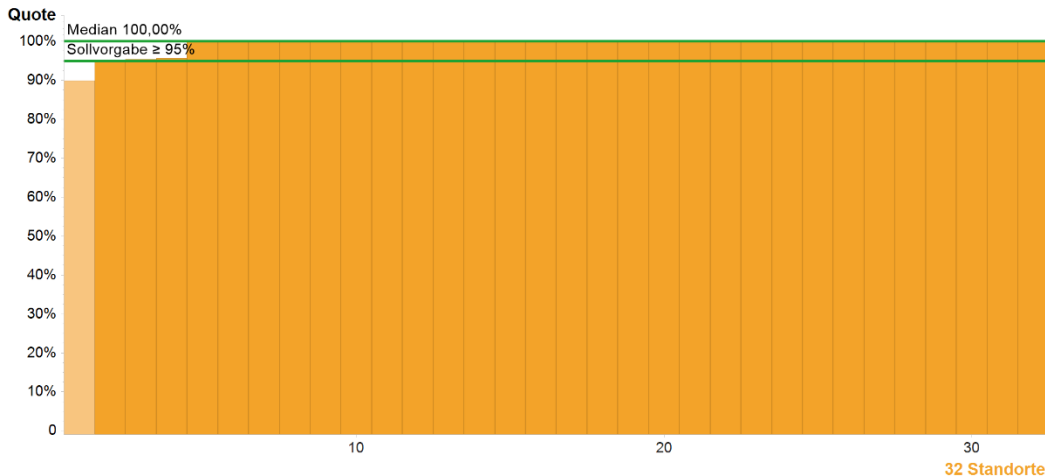
Anmerkungen:

Im aktuellen KeZa Jahr erfüllten alle Zentren die Sollvorgabe von > 95%. Lediglich bei 1 Pat. in 1 Zentrum erfolgte keine Typisierung nach WHO. Da das Zentrum dennoch die Sollvorgabe erreicht hat, wurde keine Begründung angeführt.

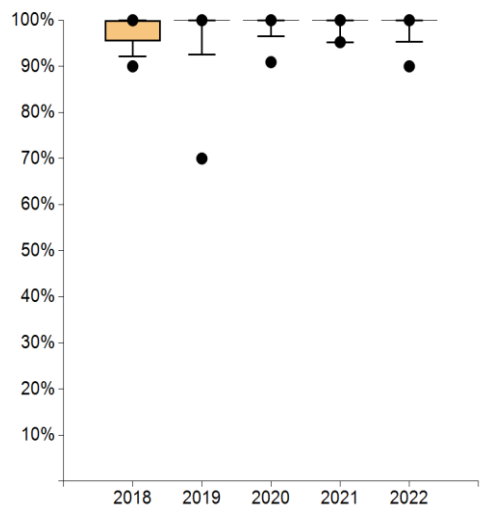
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

9. Inhalt Befundberichte (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit Befundbericht bei Leberresektion oder Leberexplantation mit Angaben zu: • Staging (nach TNM) • Typing (nach WHO) • Grading • Resektionsrand • Status Umgebungsleber	18*	4 - 31	527
Nenner	Operationen bei Primärfällen	18*	4 - 31	532
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	90,00% - 100%	99,06%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● 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	95,40%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	92,19%	92,57%	96,48%	95,24%	95,25%
● Min	90,00%	70,00%	90,91%	95,24%	90,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	31	96,88%

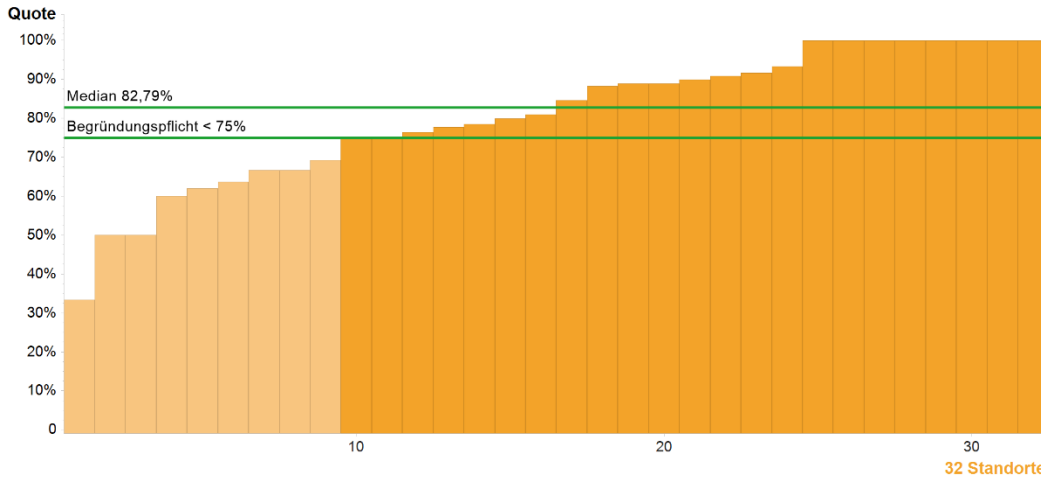
Anmerkungen:

Dieser LL-QI zeigt ebenfalls eine positive Entwicklung und wird inzwischen fast vollständig umgesetzt. 1 Zentrum unterschritt die Sollvorgabe aufgrund des Kapseldurchbruchs des Tumors, so dass kein R Status angegeben werden konnte.

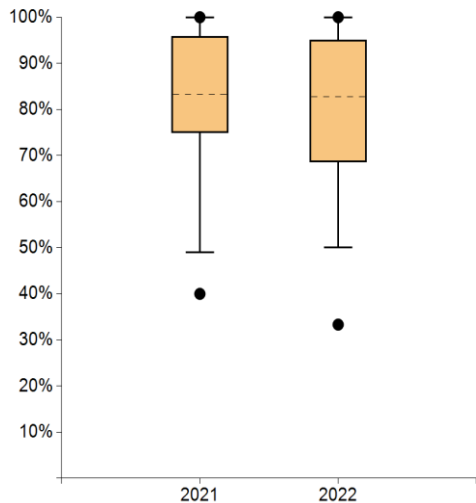
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, mit Beurteilung der Remission mittels modifizierter RECIST- oder EASL-Klassifikation	8,5*	2 - 31	312
Nenner	Primärfälle mit TACE/TAE	10,5*	3 - 50	391
Quote	Begründungspflicht*** <75%	82,79%	33,33% - 100%	79,80%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	-----	-----	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	-----	100%	100%
75. Perzentil	-----	-----	-----	95,83%	95,00%
Median	-----	-----	-----	83,33%	82,79%
25. Perzentil	-----	-----	-----	75,00%	68,59%
5. Perzentil	-----	-----	-----	48,99%	50,00%
● Min	-----	-----	-----	40,00%	33,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	23	71,88%

Anmerkungen:

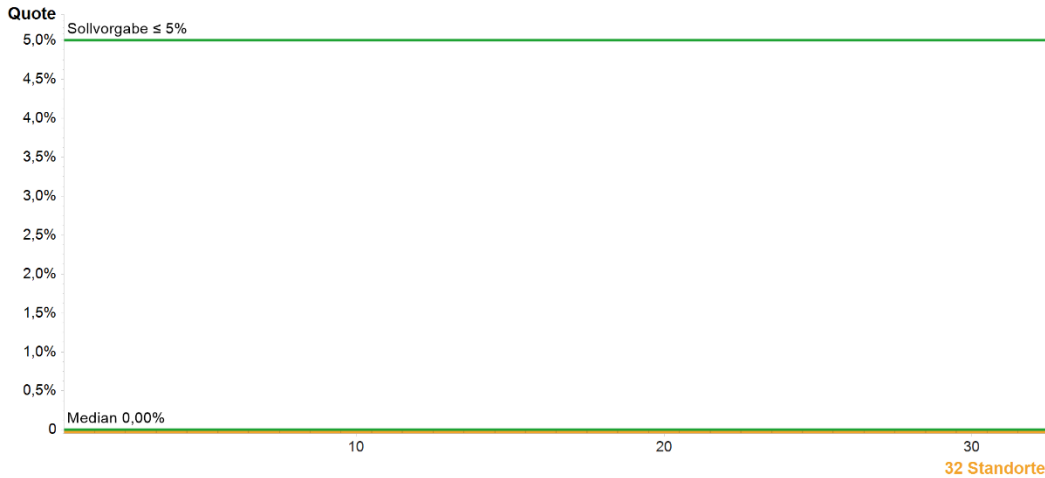
Der LL-QI hat 2021 eine Modifikation erfahren. Im Zähler werden nur noch PF erfasst, die nach mRECIST o. EASL klassifiziert wurden. Im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich alle Ergebnisse konstant mit einer Gesamtquote von 79,8% (Vorjahr 80,39%) und einem Median von 82,79% der Primärfälle mit TACE/TAE. Einer der häufigsten Gründe, die von den 9 begründungspflichtigen Zentren (Vorjahr 6) angegeben wurde, war die fehlende Anwendbarkeit der Klassifikationen bei Pat. mit Kombinationstherapien (z.B. TACE+ Brachytherapie). 4x war die Behandlung noch nicht abgeschlossen oder der Befund ausstehend. 3 Zentren begründeten damit, dass die Patienten vor der Kontrollbildgebung verstorben seien. Maßnahmen ließen sich somit nicht ableiten.

* 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.

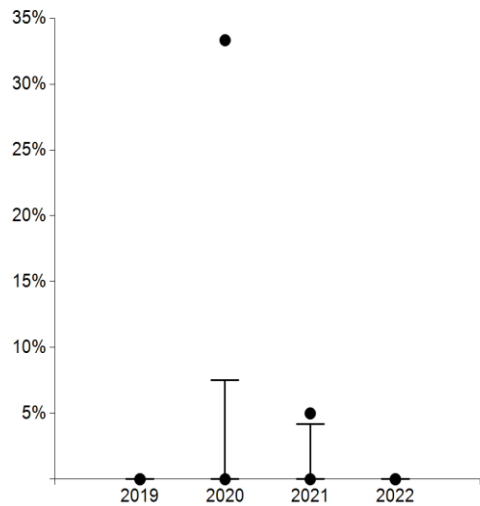
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

11a. Komplikationen nach TACE/TAE



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit interventionspflichtigen Komplikationen: 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 - 0	0
Nenner	Primärfälle mit TACE/TAE	10,5*	3 - 50	391
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0%	0% - 0%	0,00%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	0,00%	33,33%	5,00%	0,00%
95. Perzentil	-----	0,00%	7,52%	4,17%	0,00%
75. Perzentil	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Median	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
25. Perzentil	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

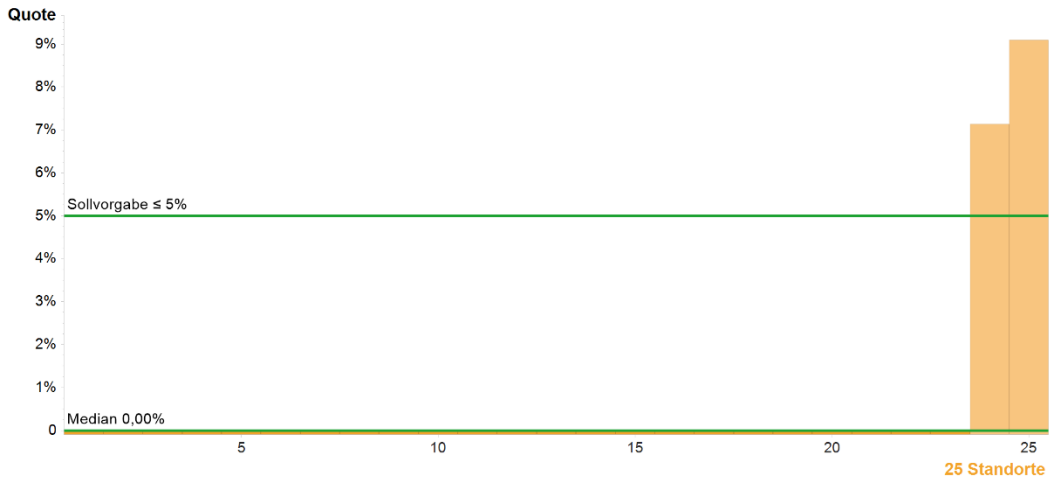
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	32	100,00%

Anmerkungen:

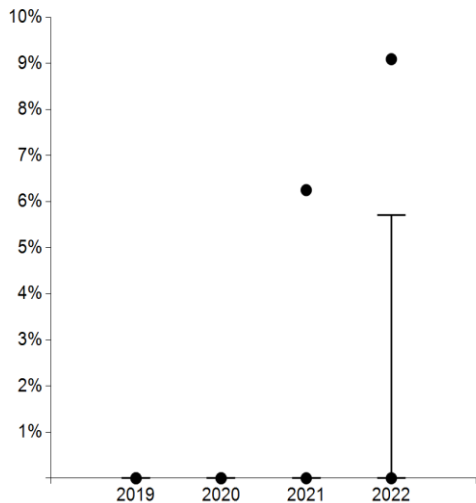
Im aktuellen KeZa Jahr ist in keinem einzigen Zentrum eine Komplikation nach TACE/TAE aufgetreten. Im Vorjahr gaben 3 Standorte jeweils 1 Komplikation an, doch auch diese Zentren erfüllten die Sollvorgabe von < 5%.

* 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.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit interventionspflichtigen Komplikationen: 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 RFA + Mikrowellenablation	0*	0 - 1	2
Nenner	Primärfälle mit perkutaner RFA + Mikrowellenablation (OPS: 5-501.93/.a3)	4*	1 - 21	148
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0,00%	0,00% - 9,09%	1,35%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	-----	0,00%	0,00%	6,25%	9,09%
95. Perzentil	-----	0,00%	0,00%	0,00%	5,71%
75. Perzentil	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Median	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
25. Perzentil	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
25	78,13%	23	92,00%

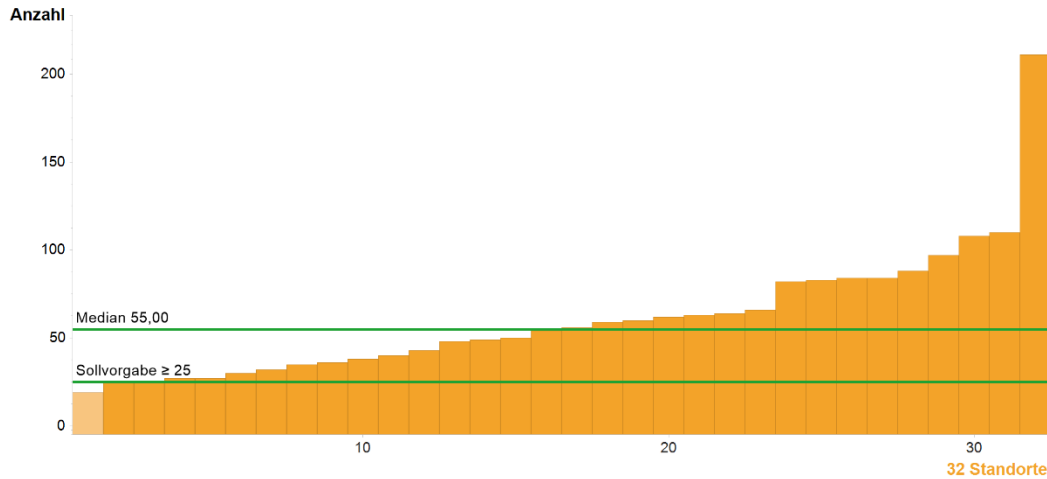
Anmerkungen:

Nach RFA/MWA traten im aktuellen KeZa Jahr in 2 Zentren je 1 Komplikation auf. Aufgrund der kleinen Fallzahl im Nenner kam es bei beiden Standorten zu einer Überschreitung der Sollvorgabe. Als Komplikationen wurde 1x postinterventioneller Kapsleinblutung mit Colembolisation und 1x postinterventioneller Abszess angegeben.

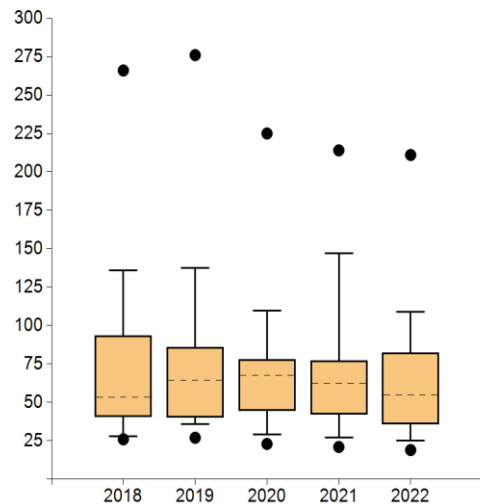
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

12. Anzahl operative Interventionen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Interventionen (Resektion, Transplantation) bei malignen Tumorerkrankungen in der Leber (OPS: 5-502* o. 5-504*)	55	19 - 211	1955
	Sollvorgabe ≥ 25			



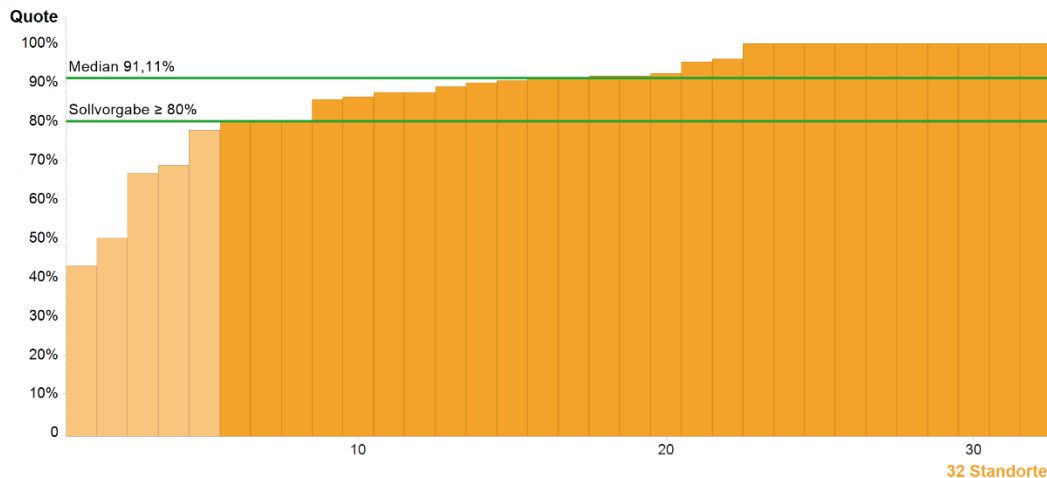
	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	266,00	276,00	225,00	214,00	211,00
95. Perzentil	135,85	137,65	109,85	147,15	108,90
75. Perzentil	93,50	86,00	78,00	77,25	82,25
Median	53,50	64,50	67,50	62,50	55,00
25. Perzentil	40,75	40,25	44,50	42,25	35,75
5. Perzentil	27,90	36,00	29,00	27,10	25,00
● Min	26,00	27,00	23,00	21,00	19,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	31	96,88%

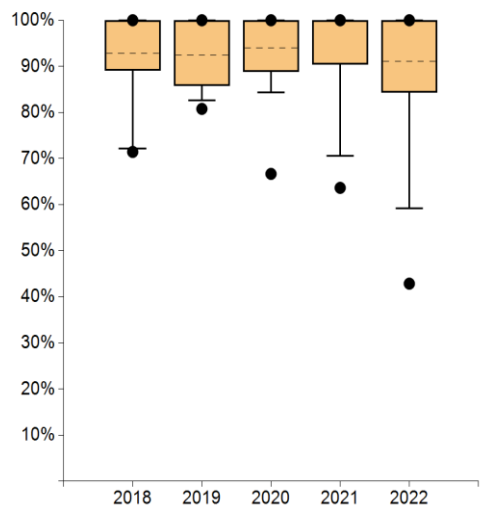
Anmerkungen:

Trotz der größeren Anzahl an zertifizierten Zentren (+4) ist die Zahl der operativen Interventionen leicht rückläufig (-24). Die Behandlungszahlen sind bei einem Median von 55 (Vorjahr 62,5) auf gesamter Spannweite zurückgegangen. Die Unterschreitung der Sollvorgabe in einem Zentrum hatte im Überwachungsaudit keinen Einfluss auf die Zertifikatgültigkeit.

13. Lokale R0-Resektionen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit R0-Resektion nach operativem Eingriff	11*	3 - 25	400
Nenner	Operative Resektionen bei Primärfällen (OPS: 5-501.0 o. 5-501.2 o. 5-502*)	12*	4 - 26	445
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	91,11%	42,86% - 100%	89,89%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	92,86%	92,45%	94,04%	100%	91,11%
25. Perzentil	89,09%	85,81%	88,89%	90,41%	84,28%
5. Perzentil	72,18%	82,65%	84,27%	70,56%	59,17%
● Min	71,43%	80,77%	66,67%	63,64%	42,86%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	27	84,38%

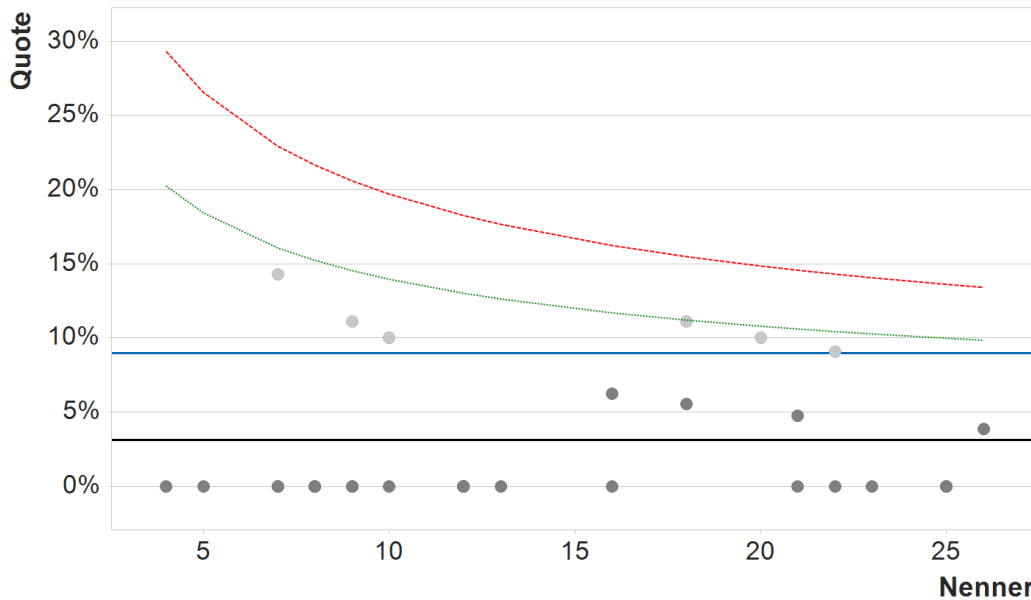
Anmerkungen:

Bei insgesamt hoher Erfüllungsquote zeigt sich ein Rückgang sowohl des Medians als auch den unteren Perzentilen. 5 Zentren unterschreiten die Sollvorgabe (Vorjahr 3). In den meisten Fällen gaben die Zentren begründend an, dass eine Erweiterung des Resektionsausmaß bei zu geringem Restlebertumoren nicht möglich war (7x). 4x erfolgte eine Notoperation bei Tumorrupur. 3x konnte aufgrund einer Zirrhose/ Fibrose der Tumorrand nicht sicher identifiziert werden. 2x wurde angegeben, dass eine OP lediglich zur Tumormassenreduktion durchgeführt wurde. Sofern sich aus der Einzelfallanalyse Maßnahmen ableiten ließen, führten die Zentren an verstärkt intraoperative Sonographien und Schnellschnitte einzusetzen und präoperativ vermehrt den Grad der Fibrose/ Steatosis abzuklären.

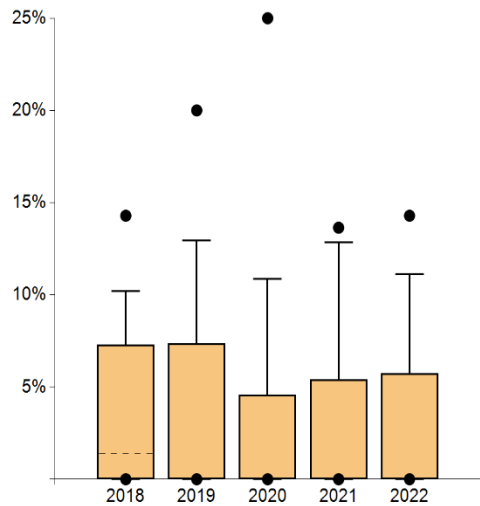
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

14. 30d-Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die postoperativ innerhalb von 30d verstorben sind	0*	0 - 2	14
Nenner	Operative Resektionen bei Primärfällen (OPS: 5-501.0 o. 5-501.2 o. 5-502*)	12*	4 - 26	445
Quote	Sollvorgabe ≤ 9%	0,00%	0,00% - 14,29%	3,15%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	14,29%	20,00%	25,00%	13,64%	14,29%
95. Perzentil	10,21%	12,94%	10,87%	12,85%	11,11%
75. Perzentil	7,28%	7,34%	4,58%	5,40%	5,73%
Median	1,39%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
25. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
32	100,00%	25	78,13%

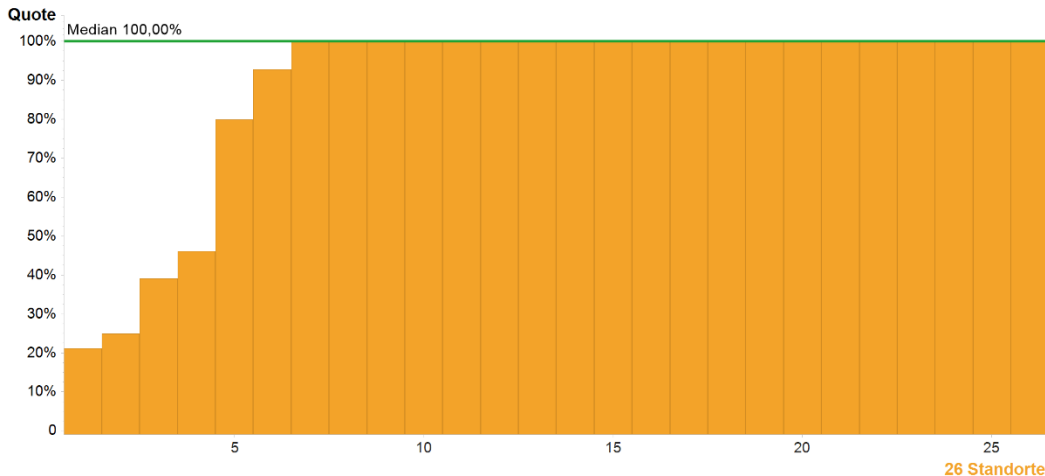
Anmerkungen:

Die positive Entwicklung dieser Kennzahl setzt sich weiter fort. 21 Zentren erreichten eine Mortalitätsrate von 0%. Wie im Vorjahr überschreiten 7 Zentren bei geringer Fallzahl die Sollvorgabe von < 9%. Die betreffenden Zentren verzeichnen jeweils lediglich 1-2 Todesfälle. Häufigste Todesursachen waren akutes Leberversagen bei Small-for-Size-Syndrom (5 Pat.). Vereinzelt wurden MOV nach Notoperationen und Aspirationspneumonien angegeben. Die Fälle wurden in MM-Konferenzen aufgearbeitet. Systematische Fehler ließen sich dabei nicht erkennen.

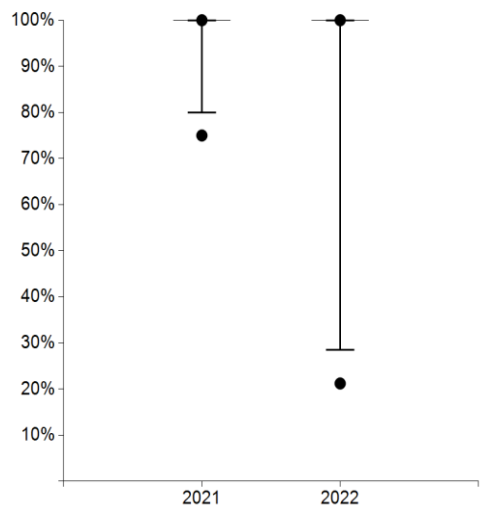
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

15. Bridgingtherapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die eine Bridgingtherapie erhalten haben	3,5*	1 - 14	110
Nenner	Pat. mit HCC (BCLC A), Child A auf der Transplantationswarteliste	4*	1 - 33	165
Quote	Keine Sollvorgabe	100%	21,21% - 100%	66,67%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
75. Perzentil	----	----	----	100%	100%
Median	----	----	----	100%	100%
25. Perzentil	----	----	----	100%	100%
5. Perzentil	----	----	----	80,00%	28,53%
● Min	----	----	----	75,00%	21,21%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
26	81,25%	----	----

Anmerkungen:

Im Jahr 2021 wurde dieser LL-QI erstmals optional erfasst und wird nun im zweiten Jahr obligat dokumentiert. 26 Zentren (81%) hatten Pat. mit HCC Child A auf der Tx-Warteliste. In 20 dieser Zentren erhielten alle Patienten (zwischen 1 und 14 pro Zentrum) eine Bridgingtherapie durch ein lokal ablatives Verfahren (100%), eine Resektion oder TACE/TAE. In den anderen 6 Zentren erhielten 21-92% der Patienten eine Bridgingtherapie.

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

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

Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren / Leberkrebszentren
Julia Mayerle, Vorsitzende Zertifizierungskommission
Christoph Reißfelder, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Manije Sabet-Rashedi, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Carolin Barth, OnkoZert
Michaela Rommel, 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 02.09.2024

ISBN: 978-3-910336-57-5

