



# Kennzahlenauswertung 2022

## Jahresbericht der zertifizierten Harnblasenkrebszentren

Auditjahr 2021 / Kennzahlenjahr 2020

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Allgemeine Informationen .....	3
Stand des Zertifizierungssystems für Harnblase 2021 .....	5
Berücksichtigte Standorte .....	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten .....	7
Basisdatenauswertung .....	8
Kennzahlenauswertungen .....	11
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle .....	11
Kennzahl Nr. 1b: Patienten mit neuauftretendem 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: Psychoonkologische Betreuung .....	15
Kennzahl Nr. 4: Beratung Sozialdienst (LL QI) .....	16
Kennzahl Nr. 5: Anteil Studienpatienten .....	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
Impressum: .....	28

## Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 3: Psychoonkologische Betreuung .....  
 Kennzahl Nr. 4: Beratung Sozialdienst (LL QI) .....  
 Kennzahl Nr. 5: Anteil Studienpatienten .....  
 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 1.1 der S3-LL zur Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	22*	8 - 73	425
Nenner	Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b) + Primärfälle mit M1	28*	8 - 74	448
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	55,00% - 100%	94,87%**

### Grunddaten Kennzahl:

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

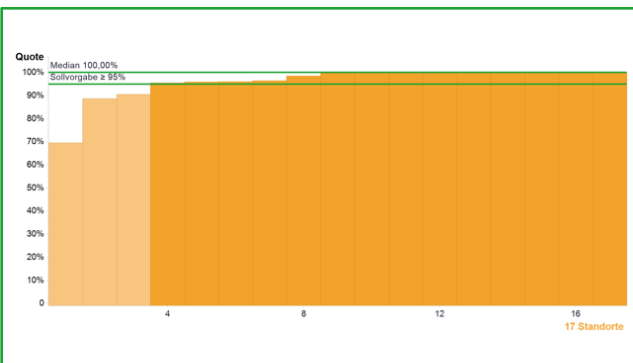
Die Angabe des **Medians** für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

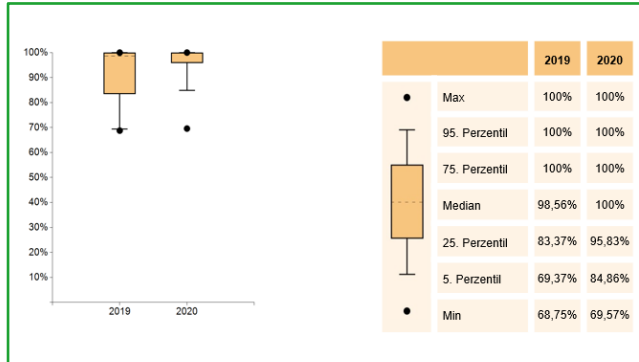
In der Spalte **Patienten Gesamt** sind die Summe aller gemäß der Kennzahl behandelten Patienten sowie die dazugehörige Quote dargestellt.

### 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.

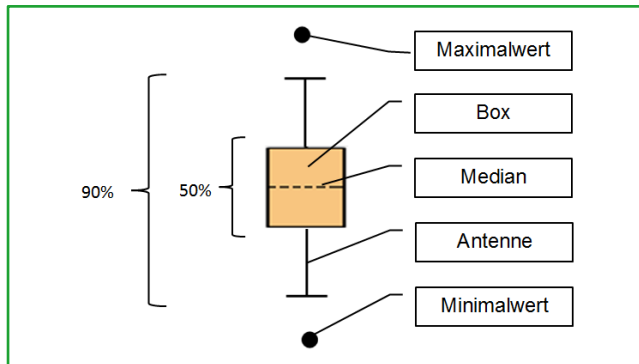


## Allgemeine Informationen



### Kohorte:

Die **Kohorte** in den Jahren **2019** und **2020** 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 einen Bereich/Spannweite von 90 Perzentil. Die Extremwerte werden hier als Punkte abgebildet.

## Stand des Zertifizierungssystems für Harnblase 2021

	31.12.2021	31.12.2020
Laufende Verfahren	22	17
Zertifizierte Zentren	33	17
Zertifizierte Standorte	34	17

## Berücksichtigte Standorte

	31.12.2021	31.12.2020
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	17	16
entspricht	50,0%	94,1%
Primärfälle gesamt*	1.942	1.730
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	114,2	108,1
Primärfälle pro Standort (Median)*	93	91,5

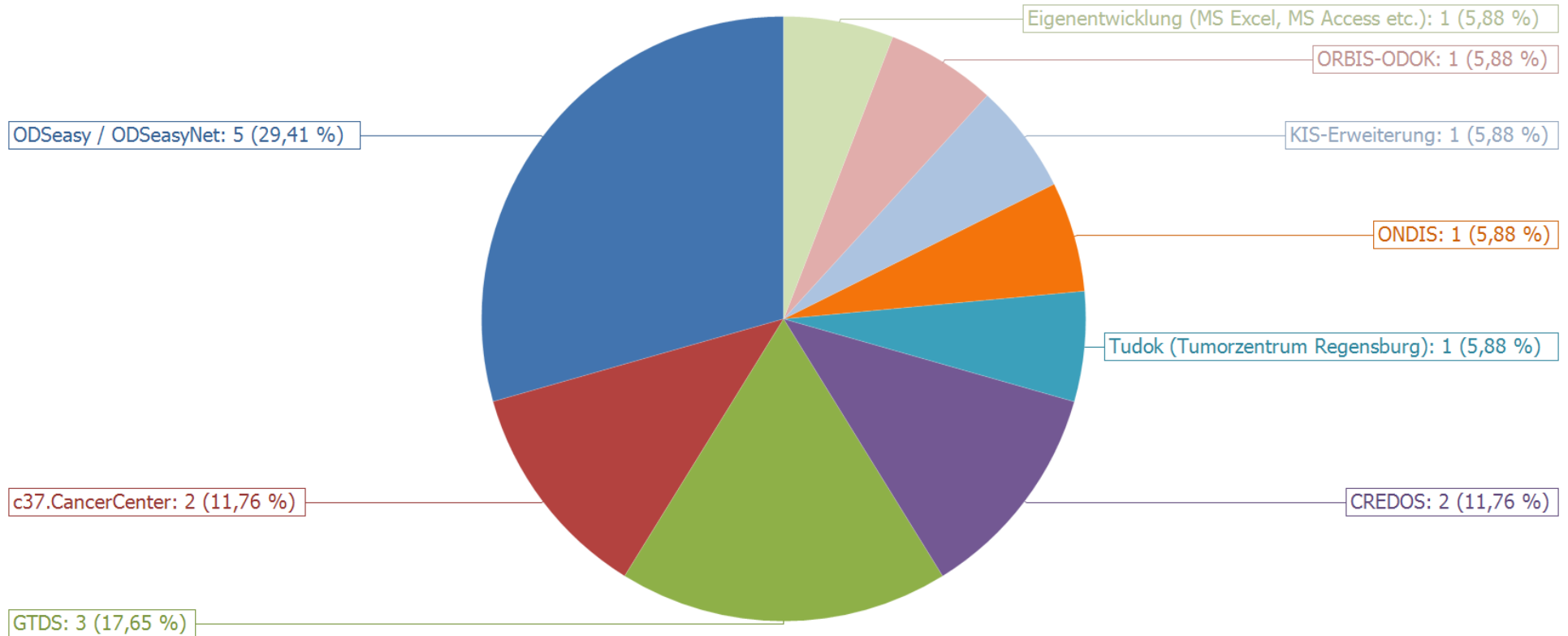
\* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

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 17 der 34 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 15 Standorte, die im Jahr 2021 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). Außerdem wurden 2 Standorte nicht berücksichtigt, da zum Datenschluss am 31.12.2021 kein freigegebenes Datenblatt vorlag. In allen 34 Standorten wurden insgesamt 3.636 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 2020. Sie stellen für die 2021 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

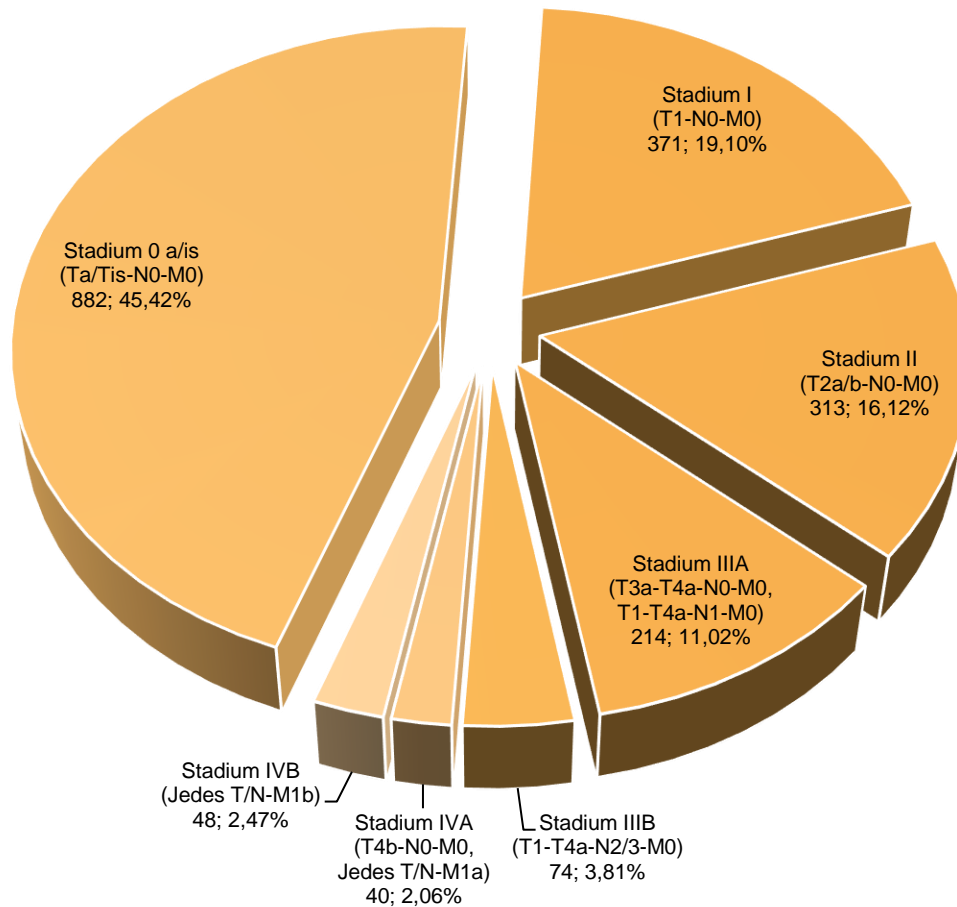
## Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



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 – Verteilung Primärfälle Harnblase

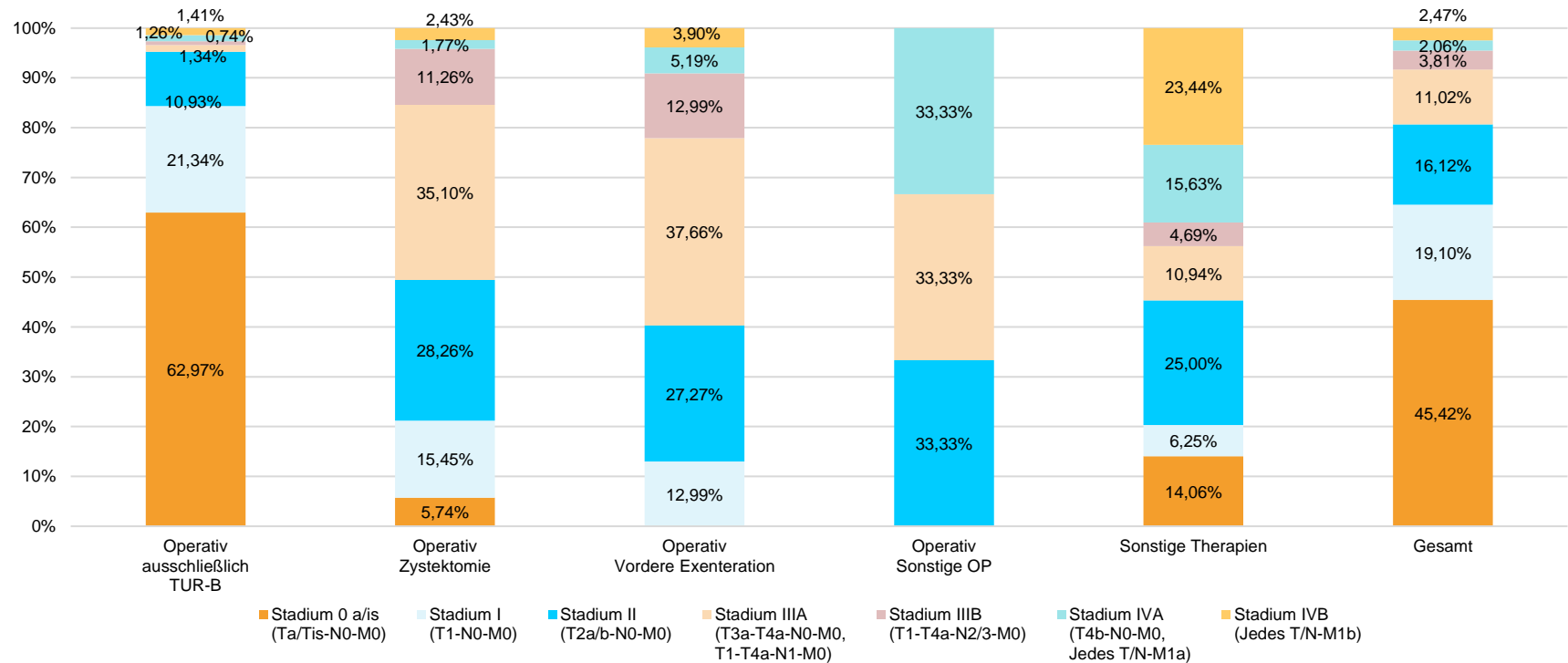
### Primärfälle gesamt



	Primärfälle Gesamt
Stadium 0 a/is (Ta/Tis-N0-M0)	882 (45,42%)
Stadium I (T1-N0-M0)	371 (19,10%)
Stadium II (T2a/b-N0-M0)	313 (16,12%)
Stadium IIIA (T3a-T4a-N0-M0, T1-T4a-N1-M0)	214 (11,02%)
Stadium IIIB (T1-T4a-N2/3-M0)	74 (3,81%)
Stadium IVA (T4b-N0-M0, Jedes T/N-M1a)	40 (2,06%)
Stadium IVB (Jedes T/N-M1b)	48 (2,47%)
<b>Primärfälle gesamt</b>	<b>1.942 (100,00%)</b>



## Basisdaten



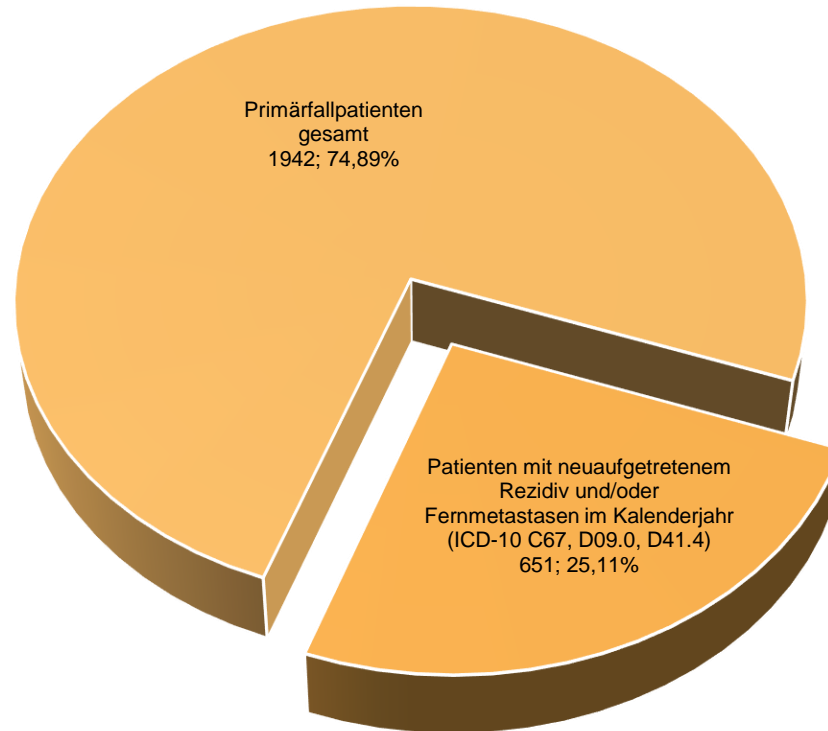
	Operativ-ausschließlich TUR-B	Operativ-Zystektomie	Operativ-Vordere Exenteration	Operativ-Sonstige OP <sup>1</sup>	Sonstige Therapien <sup>2</sup>	Gesamt
Stadium 0 a/is (Ta/Tis-N0-M0)	847 (62,97%)	26 (5,74%)	---	---	9 (14,06%)	882 (45,42%)
Stadium I (T1-N0-M0)	287 (21,34%)	70 (15,45%)	10 (12,99%)	0 (0,00%)	4 (6,25%)	371 (19,10%)
Stadium II (T2a/b-N0-M0)	147 (10,93%)	128 (28,26%)	21 (27,27%)	1 (33,33%)	16 (25,00%)	313 (16,12%)
Stadium IIIA (T3a-T4a-N0-M0, T1-T4a-N1-M0)	18 (1,34%)	159 (35,10%)	29 (37,66%)	1 (33,33%)	7 (10,94%)	214 (11,02%)
Stadium IIIB (T1-T4a-N2/3-M0)	10 (0,74%)	51 (11,26%)	10 (12,99%)	0 (0,00%)	3 (4,69%)	74 (3,81%)
Stadium IVA (T4b-N0-M0, Jedes T/N-M1a)	17 (1,26%)	8 (1,77%)	4 (5,19%)	1 (33,33%)	10 (15,63%)	40 (2,06%)
Stadium IVB (Jedes T/N-M1b)	19 (1,41%)	11 (2,43%)	3 (3,90%)	0 (0,00%)	15 (23,44%)	48 (2,47%)
<b>Primärfälle gesamt</b>	<b>1.345 (100,00%)</b>	<b>453 (100,00%)</b>	<b>77 (100,00%)</b>	<b>3 (100,00%)</b>	<b>64 (100,00%)</b>	<b>1.942 (100,00%)</b>

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

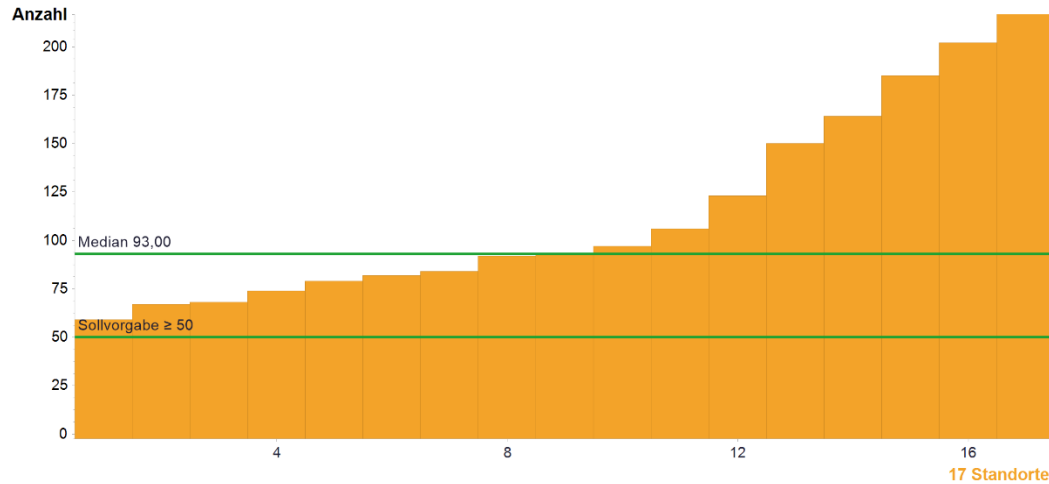
<sup>2</sup> z.B. alleinige Resektion oder Bestrahlung von Metastasen, rein systemische Therapie, Radiochemotherapie.

## Basisdaten - Verteilung Primärfälle / Rezidive und Metastasen Harnblase

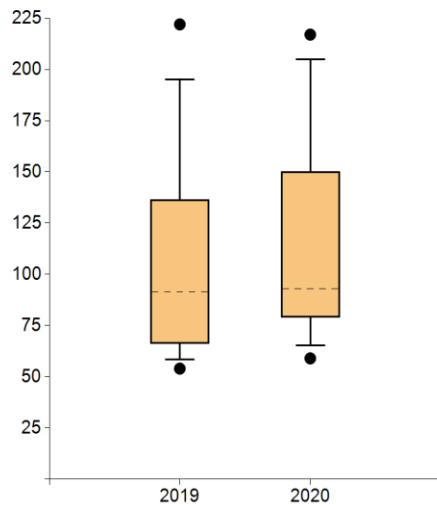
### Verteilung Primärfälle / Rezidive und Metastasen



# 1a. Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Primärfälle	93	59 - 217	1942
	Sollvorgabe ≥ 50			



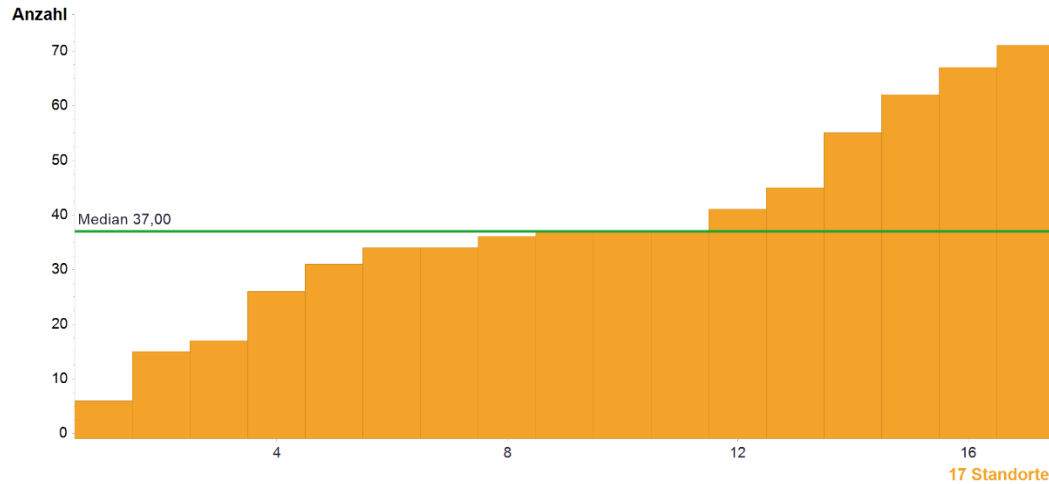
	2019	2020
● Max	222,00	217,00
95. Perzentil	195,00	205,00
75. Perzentil	136,50	150,00
Median	91,50	93,00
25. Perzentil	66,25	79,00
5. Perzentil	58,50	65,40
● Min	54,00	59,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
17	100,00%	17	100,00%

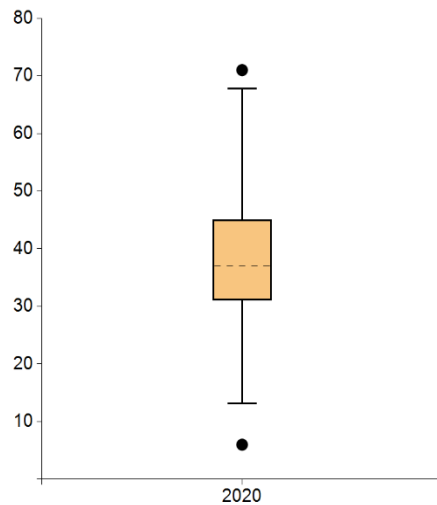
**Anmerkungen:**

Die Sollvorgabe von mindestens 50 Primärfällen per annum wird von allen 17 Zentren erreicht. 8 Zentren weisen im Vgl. zum Vorjahr einen Anstieg der Primärfallzahlen aus (im Durchschnitt +10 Patienten), in 6 Zentren wurden weniger Primärfälle behandelt. Auffällig ist hier ein Rückgang von knapp 30% in zwei Zentren. Der Einfluss der Covid-Pandemie ist aufgrund der insgesamt heterogenen Entwicklung und der kurzen Historie nicht einzuschätzen. Der Anteil an Ta/Tis-Karzinomen ist im Vergleich zu 2019 nahezu unverändert (45,4%). Bei knapp 5% der Primärfälle liegen bereits Fernmetastasen vor.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	37	6 - 71	651
	Keine Sollvorgabe			



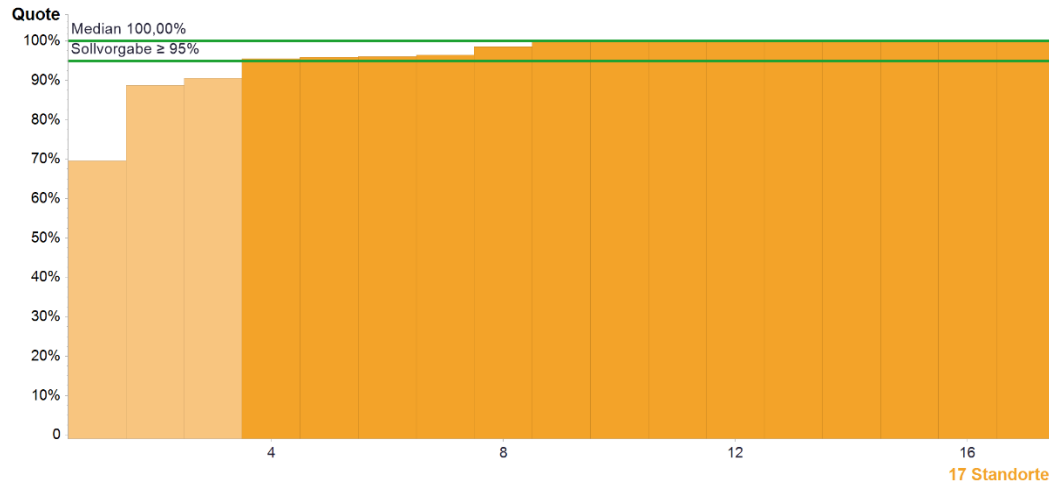
	2019	2020
● Max	-----	71,00
┌ 95. Perzentil	-----	67,80
└ 75. Perzentil	-----	45,00
┌ Median	-----	37,00
└ 25. Perzentil	-----	31,00
┌ 5. Perzentil	-----	13,20
● Min	-----	6,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
17	100,00%	-----	-----

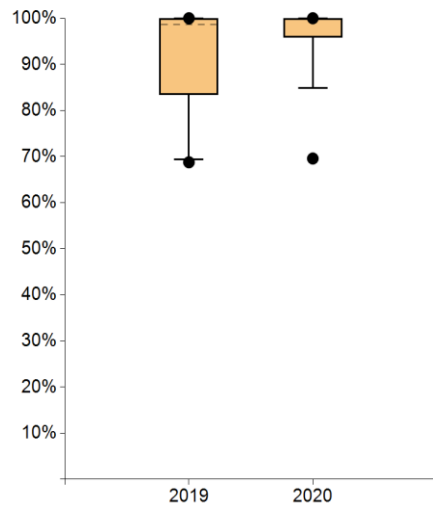
### Anmerkungen:

Die Anzahl der Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv u./o. Fernmetastasen wird in diesem Jahresbericht erstmals ausgewiesen. Eine Korrelation mit der Primärfallzahl zeigt sich nicht.

## 2a. Vorstellung Tumorkonferenz - Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die postoperativ in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	36*	13 - 81	689
Nenner	Primärfälle nach TUR-B (ab T1 high-grade u/o Cis) und nach totaler/partieller Zystektomie (mind. R1 u/o N+)	36*	13 - 84	712
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	69,57% - 100%	96,77%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%
Median	98,56%	100%
25. Perzentil	83,37%	95,83%
5. Perzentil	69,37%	84,86%
● Min	68,75%	69,57%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
17	100,00%	14	82,35%

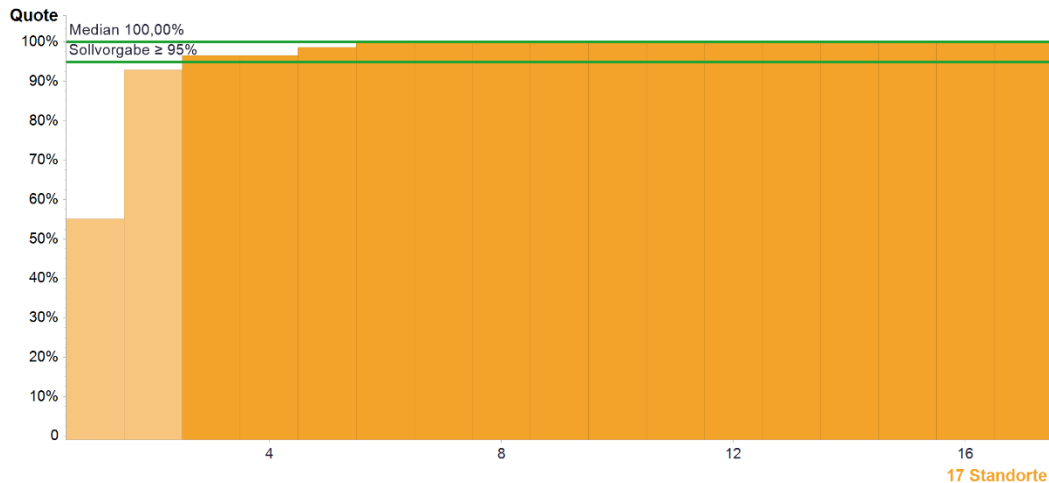
### Anmerkungen:

Die Anforderung, Primärfälle nach TUR-B ( $\geq$ T high grade u/o Tcis) und totaler/partieller Zystektomie (R1 u/o N+) postoperativ in der Tumorkonferenz vorzustellen, wird von den Zentren besser umgesetzt. Im Durchschnitt wurden 96,8% der Patienten im Tumor-board besprochen (2019: 92,9%). Der Anteil der Zentren mit Erfüllung der Sollvorgabe (82,4%) ist im Vgl. zum Vorjahr angestiegen (62,5%). Lediglich 3 Zentren liegen unter der Sollvorgabe (Vorjahr 6); In der Analyse zeigt sich, dass insbesondere Patienten nach TUR-B unzureichend häufig vorgestellt wurden.

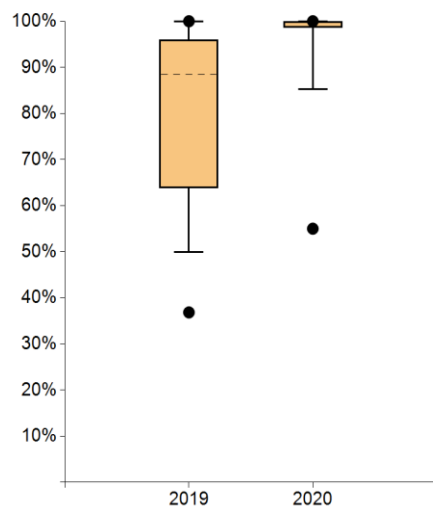
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	22*	8 - 73	425
Nenner	Patienten 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+)	28*	8 - 74	448
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	100%	55,00% - 100%	94,87%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	95,91%	100%
Median	88,40%	100%
25. Perzentil	63,84%	98,65%
5. Perzentil	49,89%	85,29%
● Min	36,84%	55,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
17	100,00%	15	88,24%

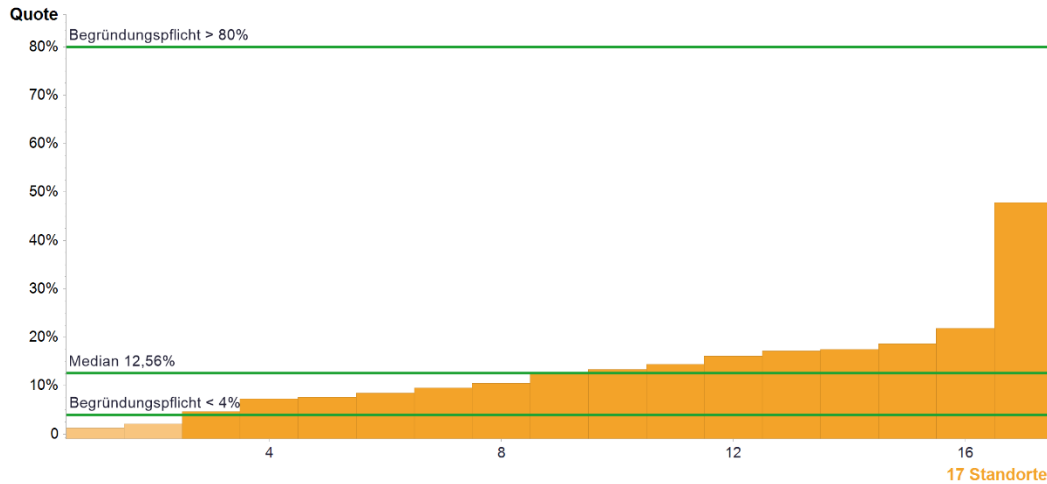
### Anmerkungen:

Auch die Vorstellung von Patienten mit Erstdiagnose von Rezidiven u./o. Fernmetastasen in der Tumorkonferenz gelingt den Zentren deutlich besser (94,9% vs. 78,1%). Zwei Zentren unterschreiten die Sollvorgabe (Vorjahr 10). Das Zentrum mit der niedrigsten Vorstellungsrate reagiert und im Rahmen einer QM-Initiative eine Verfahrensweisung erstellt und das Personal geschult.

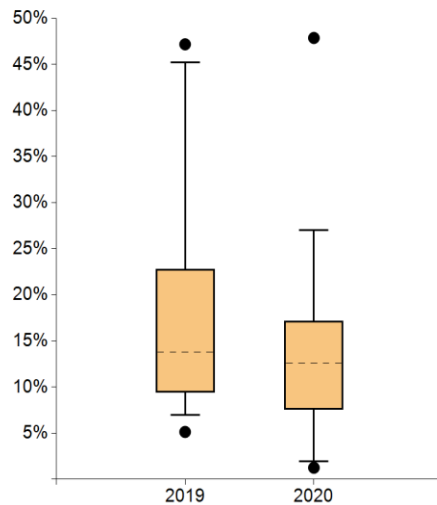
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

### 3. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	19*	2 - 67	352
Nenner	Primärfälle + Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	137*	83 - 243	2593
Quote	Begründungspflicht*** <4% und >80%	12,56%	1,25% - 47,86%	13,58%**



	2019	2020
● Max	47,17%	47,86%
95. Perzentil	45,23%	27,03%
75. Perzentil	22,76%	17,17%
Median	13,79%	12,56%
25. Perzentil	9,39%	7,59%
5. Perzentil	6,95%	1,94%
● Min	5,13%	1,25%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
17	100,00%	15	88,24%

**Anmerkungen:**

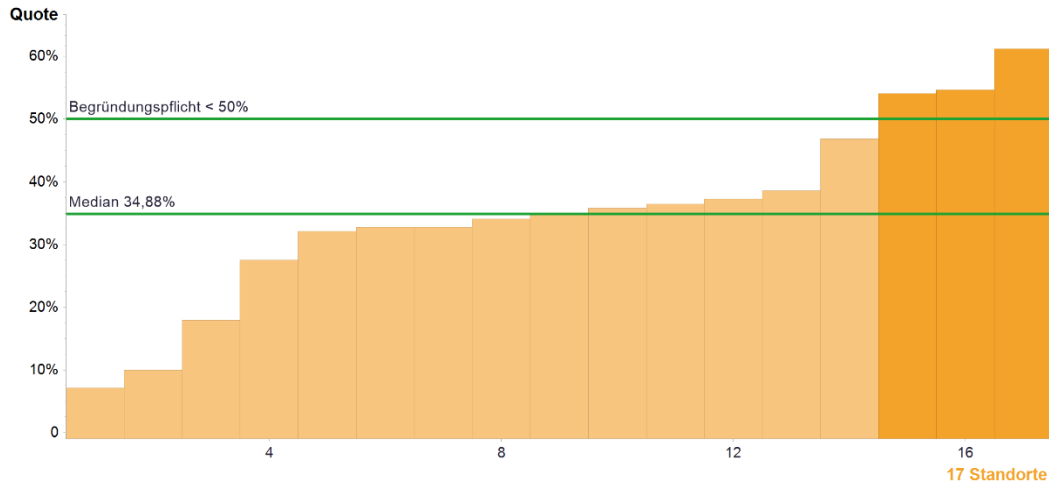
Der Anteil der Patienten mit psychoonkologischer Betreuung ist annähernd gleich (Vorjahr 18.9%). 4 Zentren wiesen im Vgl. zu 2019 höhere Betreuungsquoten auf. Die beiden Zentren mit einer Quote <4% begründeten dies mit fehlendem Beratungswunsch der Patienten bzw. kurzer stationärer Behandlungsdauer.

\* 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.

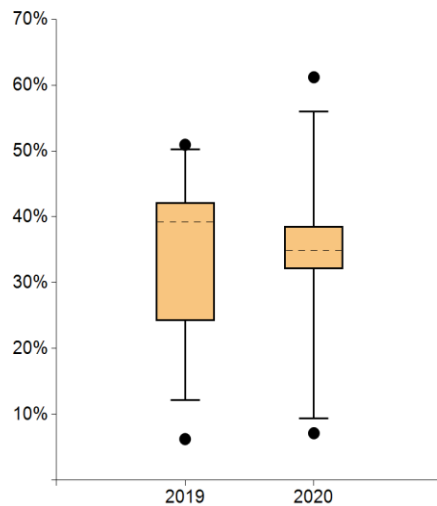
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 4. Beratung Sozialdienst (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	54*	10 - 107	918
Nenner	Primärfälle + Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	137*	83 - 243	2593
Quote	Begründungspflicht*** <50%	34,88%	7,14% - 61,19%	35,40%**



	2019	2020
● Max	50,94%	61,19%
95. Perzentil	50,24%	55,93%
75. Perzentil	42,19%	38,55%
Median	39,21%	34,88%
25. Perzentil	24,23%	32,10%
5. Perzentil	12,14%	9,43%
● Min	6,25%	7,14%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
17	100,00%	3	17,65%

### Anmerkungen:

Die Entwicklung der Kennzahl zeigt eine große Streuung: während sich in 6 Zentren die Beratungsquote positiv entwickelt hat (im Durchschnitt + 13,7%), war sie in 8 Zentren rückläufig (im Durchschnitt -11,0%). 14 Zentren liegen somit unterhalb der Begründungspflicht (Vorjahr 9). Auch hier wurde von den Zentren die unterlassene Beratung fast ausschließlich mit der kurzen Liegedauer bei Patienten mit TUR-B und nicht-invasivem Karzinom begründet und auf höhere Beratungsquoten bei Patienten mit RZE hingewiesen. In den Audits wurden keine Abweichungen ausgesprochen, jedoch mehrfach auf die Notwendigkeit einer Steigerung der Beratungsquoten hingewiesen.

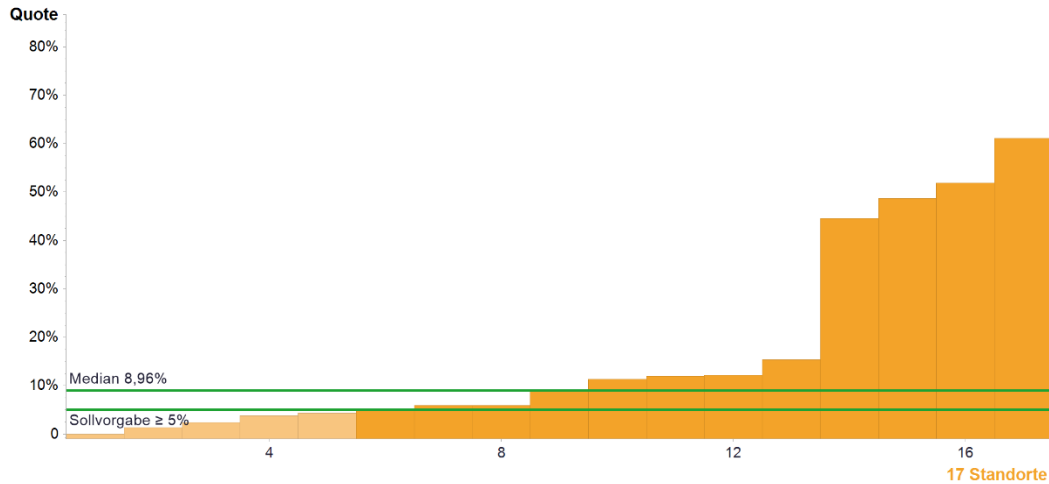
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

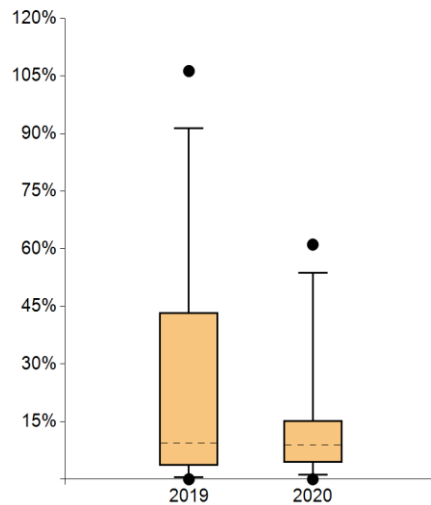
\*\*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.



## 5. Anteil Studienpatienten



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten, die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	6*	0 - 113	394
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	93*	59 - 217	1942
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 5%	8,96%	0,00% - 61,08%	20,29%**



	2019	2020
● Max	106,25%	61,08%
95. Perzentil	91,33%	53,74%
75. Perzentil	43,39%	15,35%
Median	9,39%	8,96%
25. Perzentil	3,56%	4,30%
5. Perzentil	0,59%	1,10%
● Min	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
17	100,00%	12	70,59%

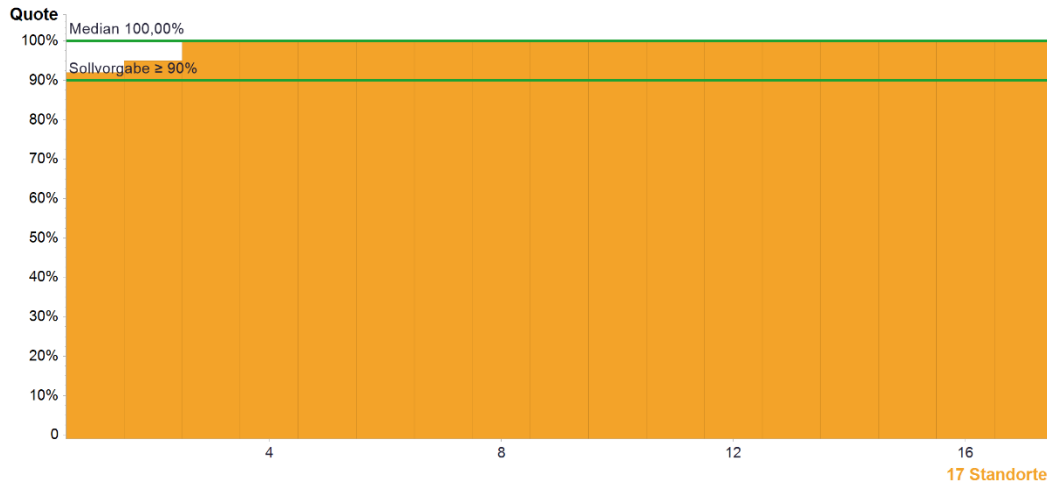
### Anmerkungen:

Die Zahl der Zentren, die die Sollvorgabe erfüllen, ist leicht angestiegen (Vorjahr 68,8%). Im Durchschnitt ist der Anteil der Patienten, die in eine Studie eingeschlossen wurde etwas gesunken. Die Zentren mit einer Studienquote <5% haben in den Audits durch die Initiierung eigener Studien u./o. den Einschluss von Patienten in laufende Studien bereits für 2021 eine höhere Studienaktivität in Aussicht gestellt.

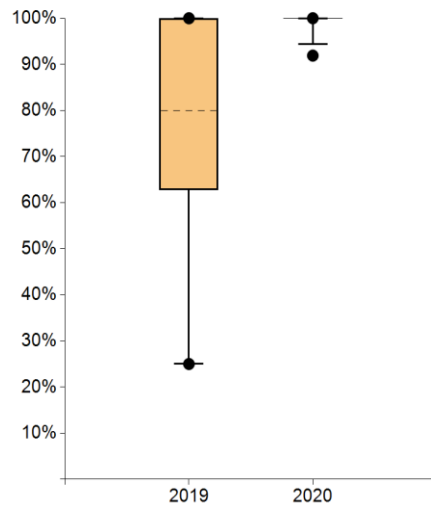
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 6. Inhalt Befundbericht (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit Befundbericht mit Angabe von: - Lokalisation - Zahl der nachgewiesenen/befallenen Lymphknoten - Kapselüberschreitendes Wachstum (j/n) - max. Metastasengröße (mm, eindimensional)	8*	2 - 34	188
Nenner	Zentrumspatienten mit Erstdiagnose pN+	8*	2 - 37	192
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	91,89% - 100%	97,92%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
17	100,00%	17	100,00%

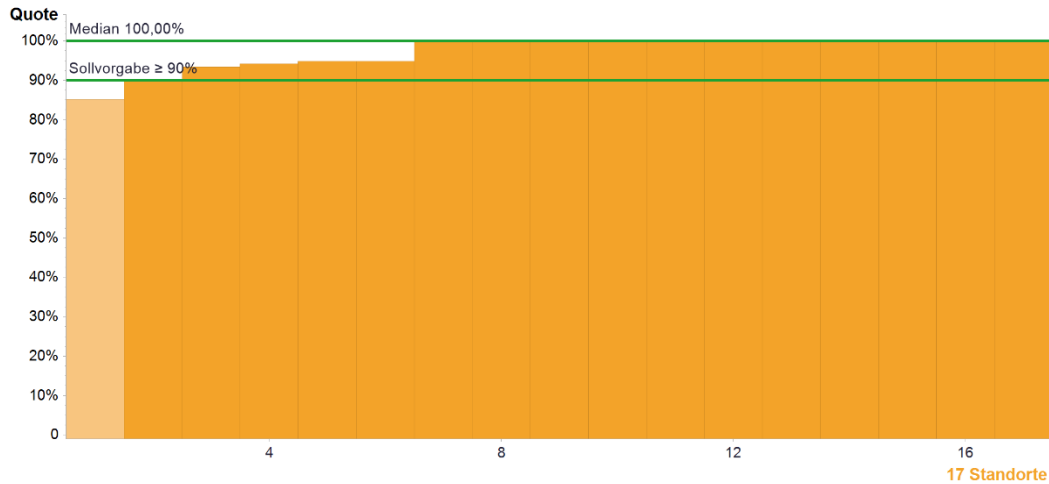
### Anmerkungen:

Der Leitlinien-QI zeigt eine sehr positive Entwicklung. Bei Primärfällen mit nodalpositiver Erkrankung enthalten knapp 98% der histopathologischen Befunde alle geforderten Angaben (Vorjahr 65,2%). Alle Zentren erfüllen ausnahmslos die neu festgelegte Sollvorgabe (2019 Begründungspflicht <20%).

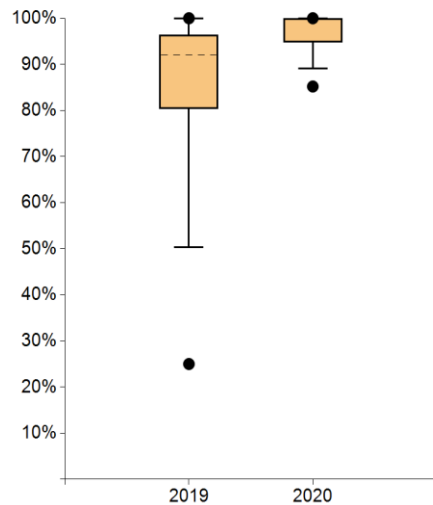
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit Pathologiebericht mit der Aussage, ob Detrusor-Muskulatur enthalten ist	16*	2 - 37	278
Nenner	Primärfälle Stadium I und ausschließlich TUR-B	17*	2 - 37	287
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	100%	85,19% - 100%	96,86%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	96,43%	100%
Median	91,99%	100%
25. Perzentil	80,42%	94,74%
5. Perzentil	50,37%	89,04%
● Min	25,00%	85,19%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
17	100,00%	16	94,12%

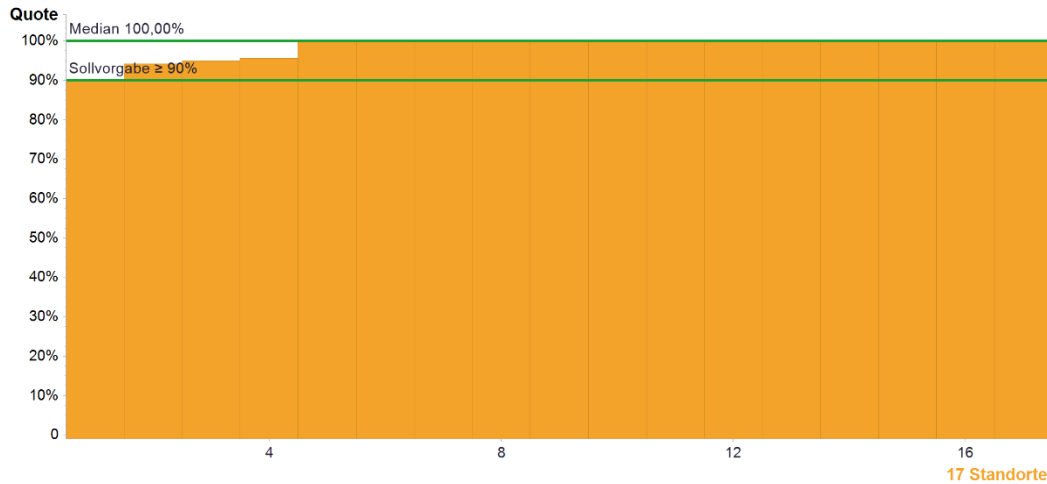
### Anmerkungen:

Auch dieser LL-QI Kennzahl entwickelt sich sehr positiv: 96,9% der Pathologieberichte (Vorjahr 83,1%) nach TUR-B bei Primärfällen im Stadium I geben Auskunft über die Detrusor-Muskulatur. Nach Umwandeln der Begründungspflicht in eine Sollvorgabe erfüllen im ersten Jahr bereits 94,1% der Zentren die Vorgabe. Die Aufarbeitung der Daten im Zentren mit Unterschreiten der Sollvorgabe ergab keinen Anhalt für einen systematischen Fehler.

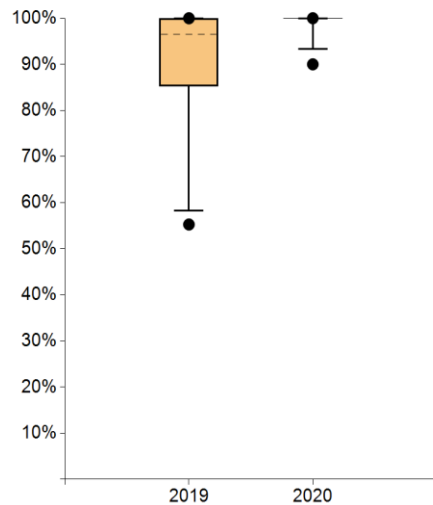
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit beidseitiger pelviner Lymphadenektomie	19*	7 - 57	421
Nenner	Primärfälle mit radikaler Zystektomie	20*	7 - 57	427
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	90,00% - 100%	98,59%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%
Median	96,48%	100%
25. Perzentil	85,22%	100%
5. Perzentil	58,26%	93,30%
● Min	55,26%	90,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
17	100,00%	17	100,00%

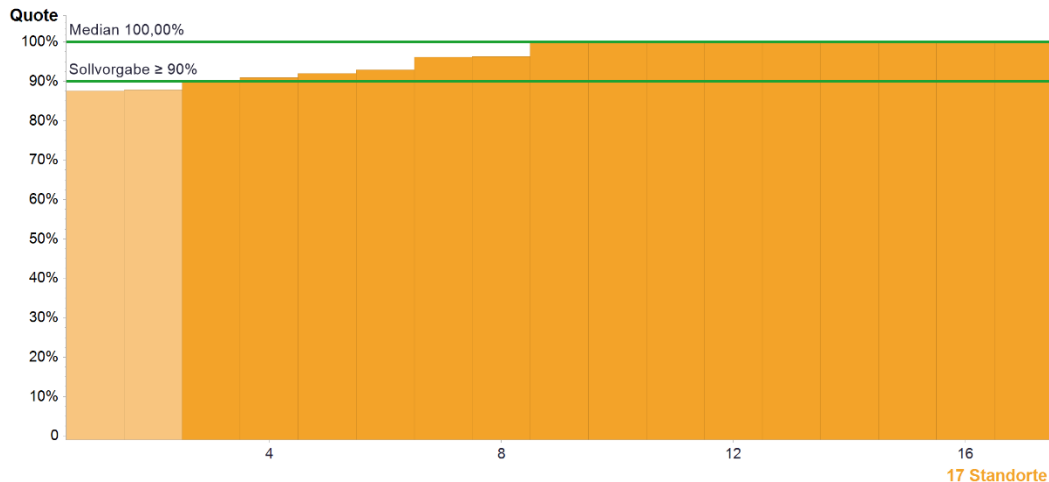
### Anmerkungen:

Alle Zentren erfüllen die Sollvorgabe des LL-QI und führen in ausreichender Anzahl eine bilaterale pelvine Lymphadenektomie bei Primärfällen und radikaler Zystektomie durch. In 13 Zentren erfolgte diese regelhaft bei 100% aller Patienten. Im Vergleich zum Vorjahr wurde so der Anteil der Patienten mit Lymphadenektomie von 87,3% auf 98,6% gesteigert.

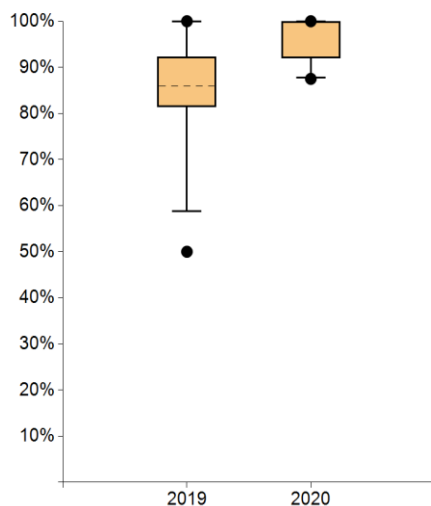
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit radikaler Zystektomie innerhalb von 3 Monaten nach Diagnosestellung	13*	5 - 43	274
Nenner	Primärfälle Stadium > I und radikaler Zystektomie ohne neoadjuvante Chemotherapie	14*	5 - 49	289
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	87,50% - 100%	94,81%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	92,33%	100%
Median	85,86%	100%
25. Perzentil	81,37%	92,00%
5. Perzentil	58,82%	87,71%
● Min	50,00%	87,50%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
17	100,00%	15	88,24%

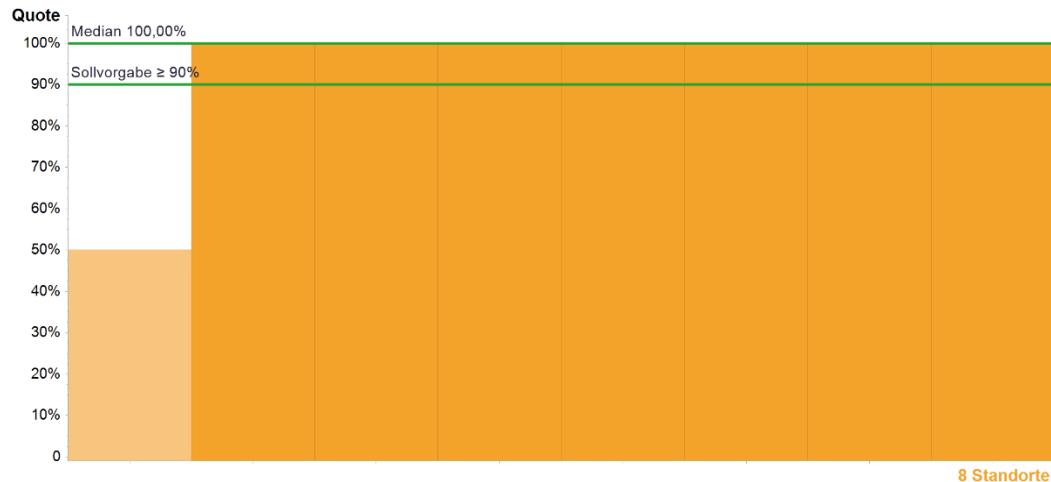
### Anmerkungen:

Für die Kennzahl gilt 2020 erstmalig eine Sollvorgabe: Diese wird von 15 Zentren erfüllt. 94,8% der Primärfälle werden innerhalb von 3 Monaten nach Diagnosestellung radikal operiert (Vorjahr 83,6%). In 9 Zentren wurden alle Patienten in der geforderten Frist operiert. Zwei Zentren unterschritten die Vorgabe und begründeten dies mit verspäteten Zuweisungen nach externer TUR-B und Pandemiebedingten Verzögerungen

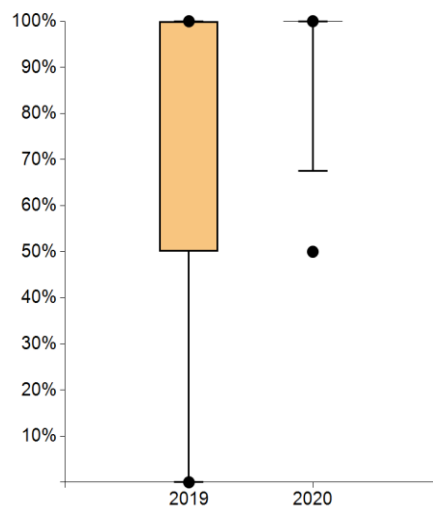
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit simultaner Radiochemotherapie	3*	1 - 5	21
Nenner	Primärfälle Stadium > I und kurativ intendierter Radiotherapie (ggf. als Bestandteil Radio(chemo)therapie)	3*	1 - 5	22
Quote	Sollvorgabe >= 90%	100%	50,00% - 100%	95,45%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
8	47,06%	7	87,50%

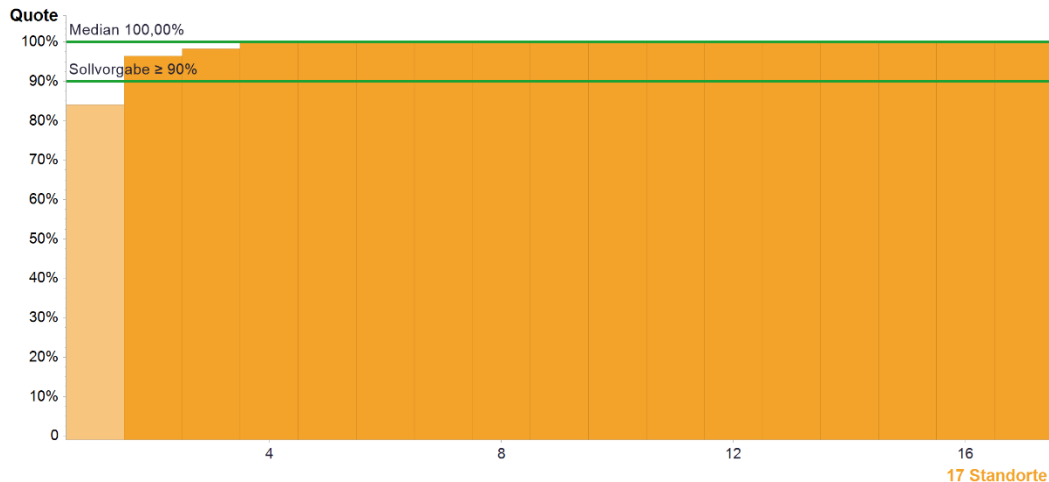
### Anmerkungen:

Von 8 Zentren, die Patienten im Stadium >I in kurativer Intention strahlentherapeutisch behandelt haben, haben 7 diese in allen Fällen als simultane Radiochemotherapie durchgeführt. Mehr als 95% aller Patienten wurden so entsprechend der Leitlinien-Empfehlung behandelt (2019: 58,8%). Das Zentrum mit einer Erfüllungsrate von 50% hatte nur zwei Patienten im Nenner: hier haben Nebenwirkungen einen Patienten dazu bewegt, die Therapie abbrechen.

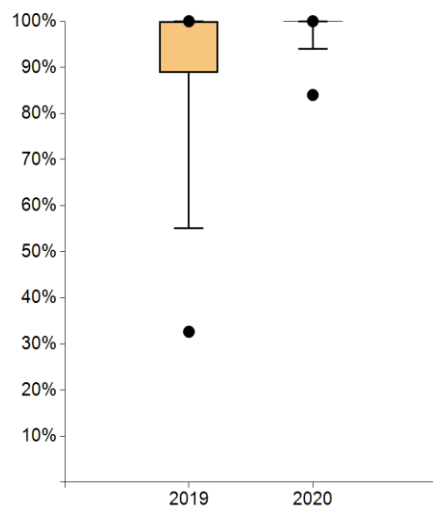
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 11. Präoperative Anzeichnung Urostomaposition (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit präoperativer Anzeichnung Stomaposition	25*	2 - 53	443
Nenner	Zentrumspatienten, bei denen eine OP mit Urostomaanlage durchgeführt wurde	25*	2 - 54	449
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	100%	84,00% - 100%	98,66%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%
Median	100%	100%
25. Perzentil	88,84%	100%
5. Perzentil	55,04%	93,94%
● Min	32,65%	84,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
17	100,00%	16	94,12%

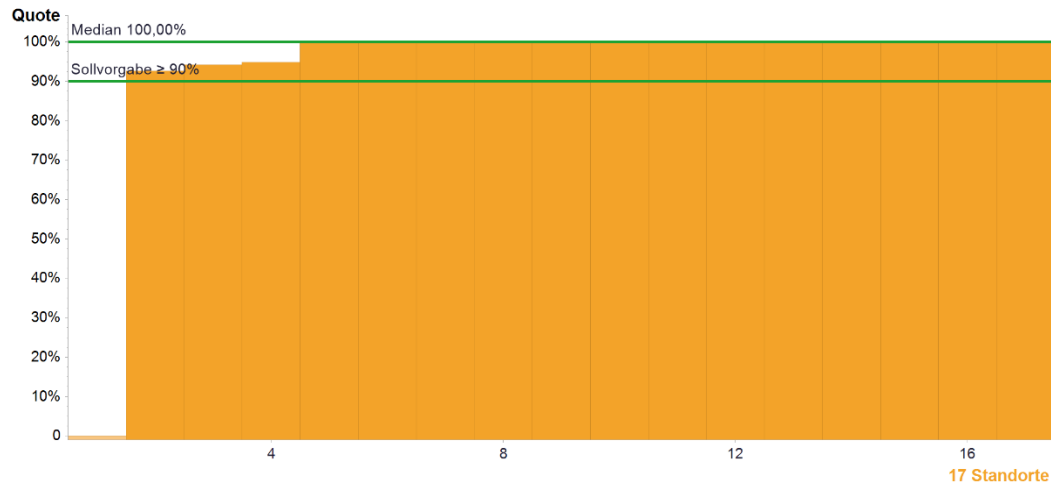
### Anmerkungen:

Der LL-QI zeigt über alle Bereiche eine sehr positive Entwicklung. In 16 Zentren wurde in >90% der Patienten mit Urostomananlage die Position präoperativ angezeichnet (Vorjahr 11). 14 Zentren haben bei allen Patienten präoperativ eine Markierung durchgeführt. In 98,7% aller Patienten wurde somit der LL-QI erfüllt (2019: 86,1%). Das Zentrum mit Unterschreiten der Sollvorgabe wies im Vorjahr eine Quote von >90% und begründete das Unterlassen der Markierung mit der Anlage von Ureterocutaneostomien bzw. einer Änderung der OP-Taktik bei geplanter Anlage einer Ersatzblase an.

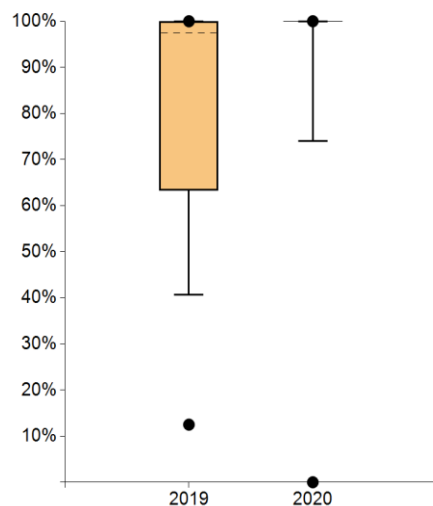
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit Angabe Risikoklassifikation nach EORTC-Kriterien (low, intermediate, high- risk)	16*	0 - 37	267
Nenner	Primärfälle Stadium I und TUR-B	17*	2 - 37	287
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	100%	0,00% - 100%	93,03%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%
Median	97,44%	100%
25. Perzentil	63,24%	100%
5. Perzentil	40,63%	74,07%
● Min	12,50%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
17	100,00%	16	94,12%

### Anmerkungen:

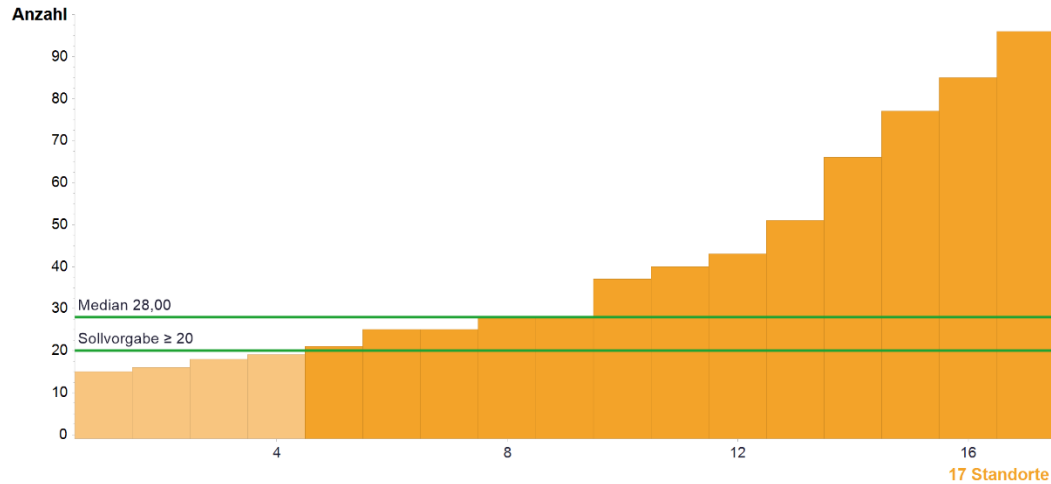
Die Klassifikation nach EORTC-Kriterien wird in >93% der Primärfälle im Stadium I und TUR-B angewendet (Vorjahr 85,3%). Von den 17 Zentren mit auswertbaren Daten haben 16 die Sollvorgabe erfüllt; 13 Zentren haben sogar ausnahmslos alle Patienten nach EORTC klassifiziert. Ein Zentrum hatte 2020 eine systematische Erhebung der Kriterien noch nicht implementiert und zwischenzeitlich das Personal entsprechend geschult; hier wurde im Audit ein Hinweis 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.

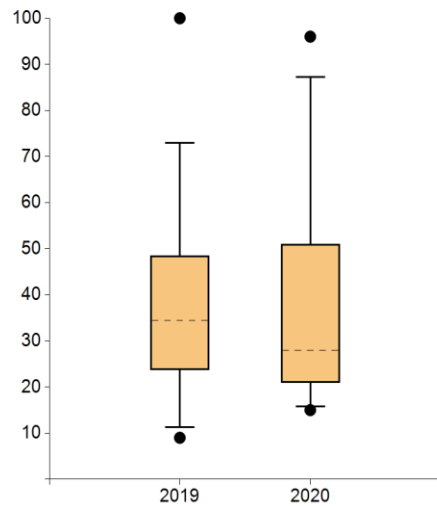
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.



### 13. Operative Expertise



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Operative Expertise - Anzahl Zystektomien (OPS 5-576, OPS 5-687.0 bei ICD-10 C67)	28	15 - 96	690
	Sollvorgabe ≥ 20			



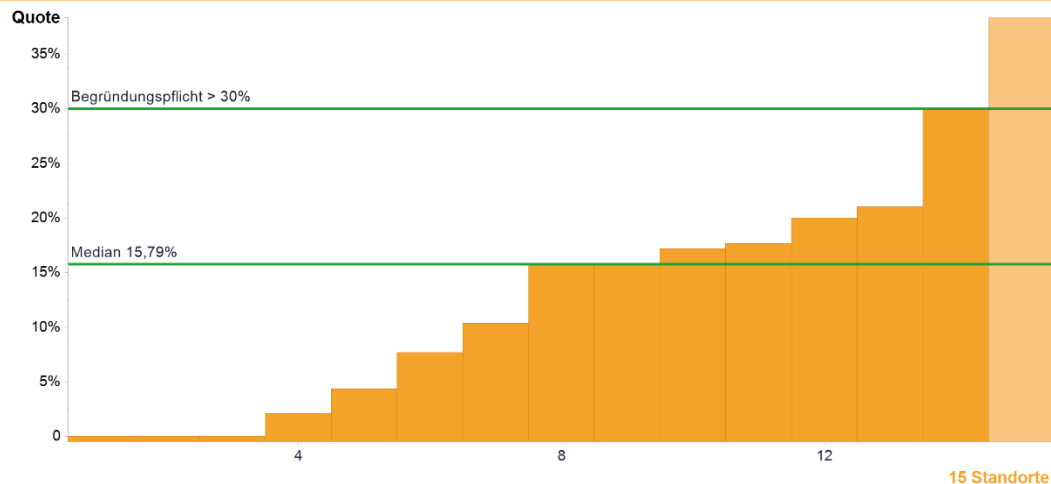
	2019	2020
● Max	100,00	96,00
95. Perzentil	73,00	87,20
75. Perzentil	48,50	51,00
Median	34,50	28,00
25. Perzentil	23,75	21,00
5. Perzentil	11,25	15,80
● Min	9,00	15,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
17	100,00%	13	76,47%

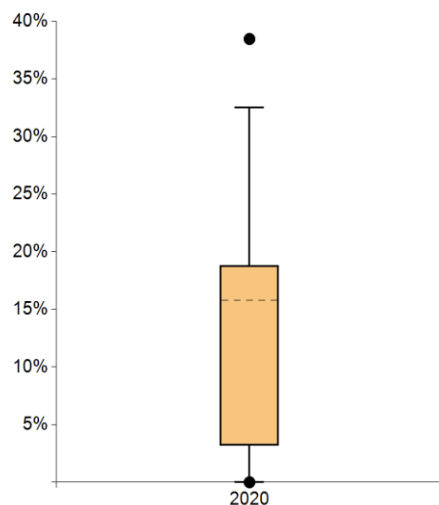
**Anmerkungen:**

Die Entwicklung der Kennzahl „operative Expertise“ ist uneinheitlich. 8 Zentren haben von 2019 zu 2020 die Zahl der durchgeführten Zystektomien um durchschnittlich 17,2% gesteigert; in 6 Zentren war die Entwicklung im Durchschnitt um 20,3% rückläufig. Aufgrund von zurückgehenden Operationszahlen unterschritten 3 Zentren die Sollvorgabe von mind. 20 Zystektomien, ein Zentrum war bereits im Vorjahr auffällig. Die Zentren begründeten das Unterschreiten der Mindestanzahl mit Einschränkungen infolge der Covid-Pandemie.

## 14. Postoperative Komplikationen nach Zystektomie



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Komplikation Clavien-Dindo Grad III oder IV innerhalb von 90d nach Zystektomie	3*	0 - 11	47
Nenner	Operative Primärfälle mit Zystektomie	20*	10 - 64	397
Quote	Begründungspflicht*** >30%	15,79%	0,00% - 38,46%	11,84%**



	2019	2020
● Max	-----	38,46%
95. Perzentil	-----	32,54%
75. Perzentil	-----	18,83%
Median	-----	15,79%
25. Perzentil	-----	3,22%
5. Perzentil	-----	0,00%
● Min	-----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
15	88,24%	14	93,33%

### Anmerkungen:

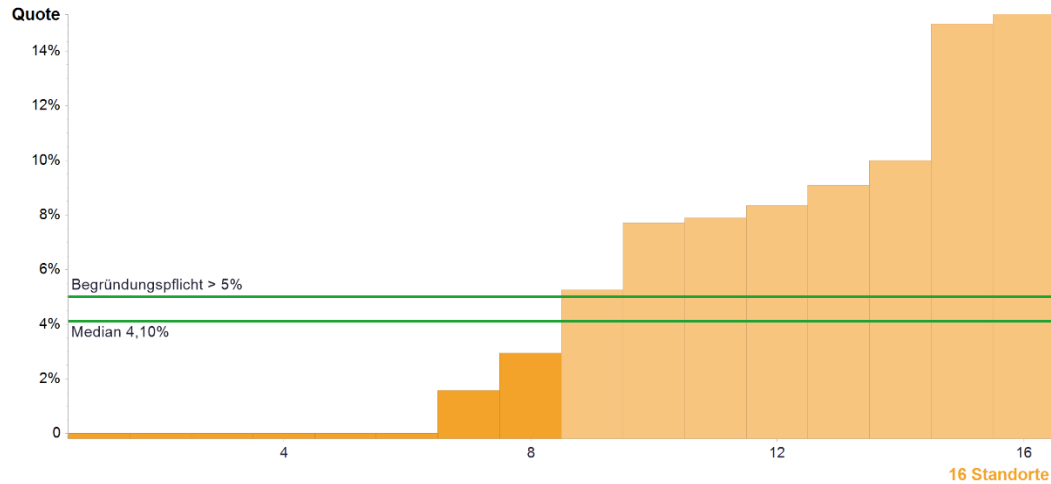
Die postoperative Komplikationsrate nach Zystektomie wird in diesem Jahresbericht erstmals ausgewiesen und liegt im Durchschnitt bei 11,8%. 3 Zentren haben postoperativ in ihrem Patientengut keine höhergradigen Komplikationen beobachtet. Das Zentrum mit einer Rate >30% hatte 2020 die systematische Erfassung der Komplikationen nach Clavien-Dindo noch nicht umgesetzt und das Überschreiten der Sollvorgabe mit Schwierigkeiten in der Dokumentation 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.

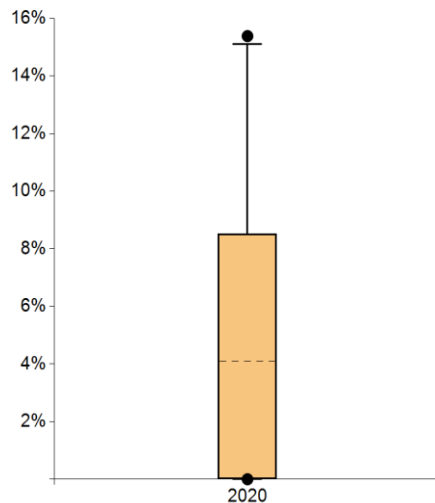
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 15. Postoperative Mortalität nach Zystektomie



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Postoperative Mortalität innerhalb von 90d	1*	0 - 3	16
Nenner	Operative Primärfälle mit Zystektomie	21*	10 - 64	445
Quote	Begründungspflicht*** >5%	4,10%	0,00% - 15,38%	3,60%**



	2019	2020
● Max	-----	15,38%
95. Perzentil	-----	15,10%
75. Perzentil	-----	8,52%
Median	-----	4,10%
25. Perzentil	-----	0,00%
5. Perzentil	-----	0,00%
● Min	-----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
16	94,12%	8	50,00%

### Anmerkungen:

Die 90d-Mortalität nach Zystektomie weist eine breite Streuung auf und liegt im Durchschnitt bei 3,6%. In 6 Zentren ist nach Zystektomie im postoperativen Beobachtungszeitraum kein Primärfall verstorben; in zwei weiteren Zentren lag die Mortalitätsrate unter der Begründungspflicht. Die Zentren mit Mortalität >5% begründeten dies mit Komorbidität der Patienten, lokal fortgeschrittenem Karzinom (u.a. Rektum-infiltration, simultanes ProstataCa), raschem Tumorprogress (hepatische Metastasierung) und schicksalshaften Verlauf.

\* 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 Patienten.

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

## Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Zertifizierungskommission Uroonkologische Zentren / Harnblasenkrebszentren  
Martin Burchardt, Sprecher Zertifizierungskommission  
Jan Fichtner, Sprecher Zertifizierungskommission  
Simone Wesselmann, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Johannes Rückher, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
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 28.04.2022

ISBN: 978-3-948226-61-9



9 783948 226619