



Kennzahlenauswertung 2024

Jahresbericht der zertifizierten Zentren für Hämatologische Neoplasien

Auditjahr 2023 / Kennzahlenjahr 2022

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Hämatologische Neoplasien 2023	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	11
Kennzahl Nr. 1: Pat.fälle	11
Kennzahl Nr. 2: Anzahl komplexe Diagnostiken bei myeloischen und lymphatischen Neubildungen	12
Kennzahl Nr. 3: Autologe Stammzelltransplantationen.....	13
Kennzahl Nr. 4: Allogene Stammzelltransplantationen.....	14
Kennzahl Nr. 5a: Vorstellung Tumorkonferenz (Primärfälle).....	15
Kennzahl Nr. 5b: Vorstellung Tumorkonferenz (weitere).....	16
Kennzahl Nr. 6: Fallbesprechung Hämatologie und Onkologie	17
Kennzahl Nr. 7: Transplantationskonferenz	18
Kennzahl Nr. 8: Psychoonkologisches Distress-Screening	19
Kennzahl Nr. 9: Beratung Sozialdienst.....	20
Kennzahl Nr. 10: Anteil Studienpat.	21
Kennzahl Nr. 11: Interim-PET/CT bei fortgeschrittenem Hodgkin-Lymphom (LL QI Hodgkin)	24
Kennzahl Nr. 12: BEACOPPeskaliert bei fortgeschrittenem Hodgkin-Lymphom (LL QI Hodgkin)	25
Kennzahl Nr. 13: Rezidivtherapie bei Hodgkin Lymphom oder diffus großzelligem B-Zell-Lymphom (LL QI Hodgkin)	26
Kennzahl Nr. 14: Bestimmung TP53-Deletions- und Mutationsstatus vor erster systemischer CLL-Therapie (LL QI CLL)	27
Kennzahl Nr. 15: Keine alleinige Chemotherapie als Erstlinientherapie bei CLL (LL QI CLL)	28
Kennzahl Nr. 16: Hepatitis- und HIV-Serologie vor Beginn der Therapie	29
Kennzahl Nr. 17: Zahnärztliche Unters. vor Bisphosphonaten/ Denosumab bei Pat. mit Häm. Neoplasie (LL QI Supp)	30
Impressum:	31

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. 5b: Vorstellung Tumorkonferenz (weitere).....
 Kennzahl Nr. 6: Fallbesprechung Hämatologie und Onkologie.....
 Kennzahl Nr. 7: Transplantationskonferenz.....
 Kennzahl Nr. 8: Psychoonkologisches Distress-Screening.....
 Kennzahl Nr. 9: Beratung Sozialdienst.....
 Kennzahl Nr. 10: Anteil Studienpat.....
 Kennzahl Nr. 11: Interim-PET/CT bei fortgeschrittenem Hodgkin-Lymphom (LL QI Hodgkin).....
 Kennzahl Nr. 12: BEACOPPeskaliert bei fortgeschrittenem Hodgkin-Lymphom (LL QI Hodgkin).....

Qualitätsindikatoren der Leitlinie (LL QI):

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

Die Qualitätsindikatoren (QIs) beziehen sich auf die Version 1.0 der S3-LL zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge für Pat. mit einer CLL und auf Version 3.2 der S3-LL zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Hodgkin Lymphoms bei erwachsenen Pat.

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.

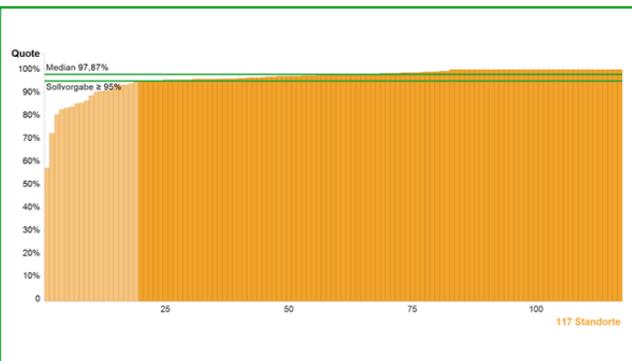
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

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

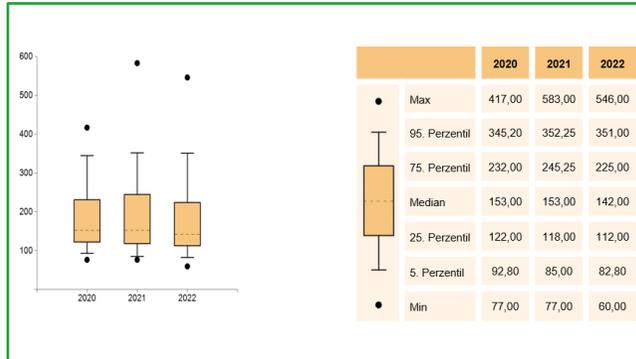
Diagramm:

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.

	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die prätherapeutisch in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	69*	12 - 209	9533
Nenner	Primärfälle mit Hodgkin-Lymphom, Non-Hodgkin-Lymphom, Burkitt-ALL, Burkitt-Lymphom oder Plasmazellneoplasie	72*	21 - 216	9866
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,87%	57,14% - 100%	96,62%**

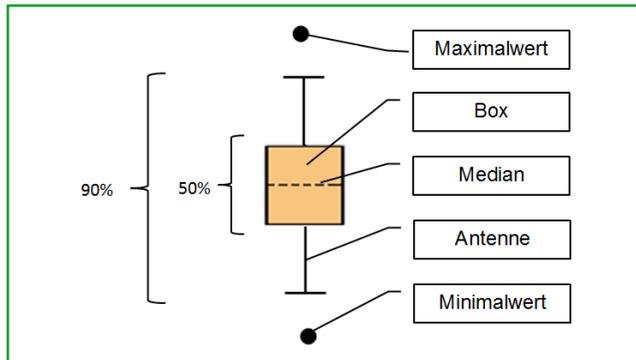


Allgemeine Informationen



Kohorte:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **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 Hämatologische Neoplasien 2023

	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021
Laufende Verfahren	12	20	19
Zertifizierte Zentren	119	100	73
Zertifizierte Standorte	121	102	73

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	117	86	53
entspricht	96,7%	84,31%	72,6%
Pat.fälle gesamt*	20.493	16.173	9.725
Pat.fälle pro Standort (Mittelwert)*	175,2	188,1	183,5
Pat.fälle pro Standort (Median)*	142	153	153

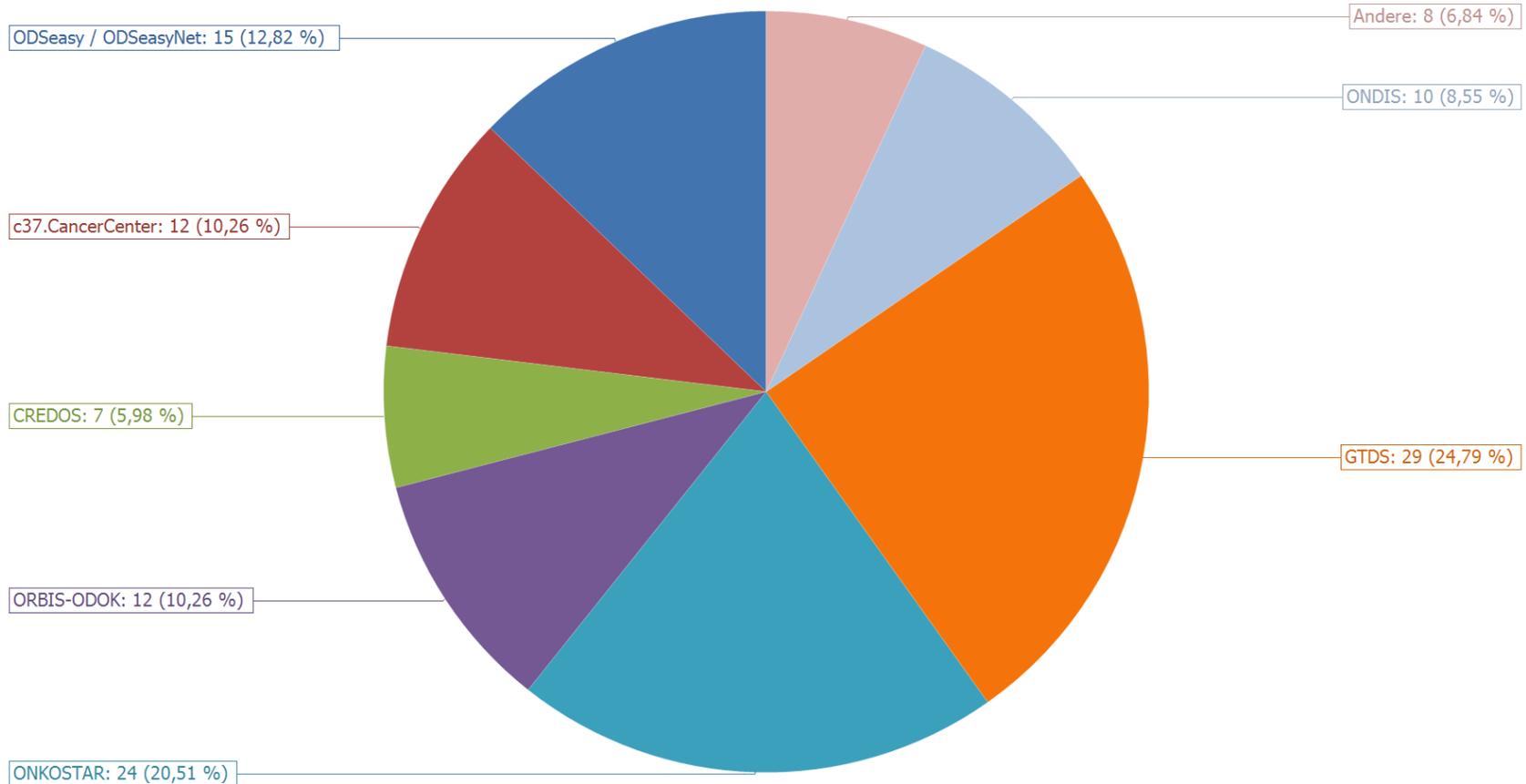
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die in 2023 auditierten Zentren für Hämatologische Neoplasien der Deutschen Krebsgesellschaft. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 117 der 121 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 4 Standorte, die im Jahr 2023 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). In allen 121 Standorten wurden insgesamt 20.865 Pat.fälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

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

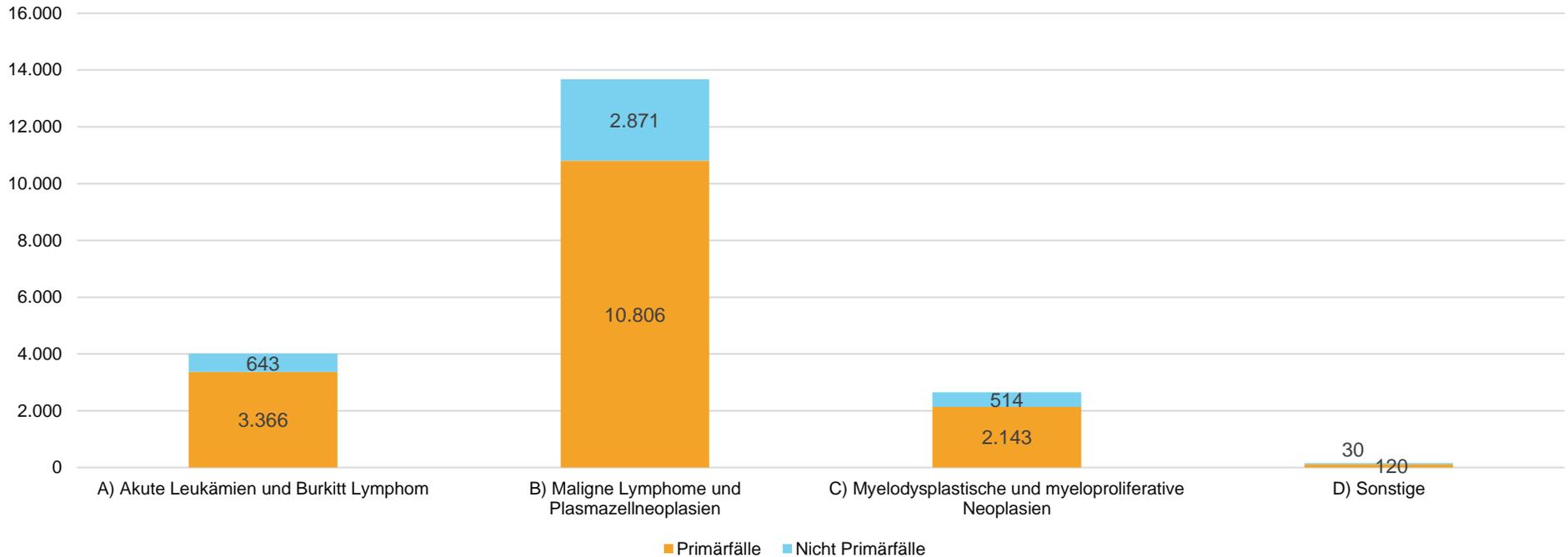
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



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

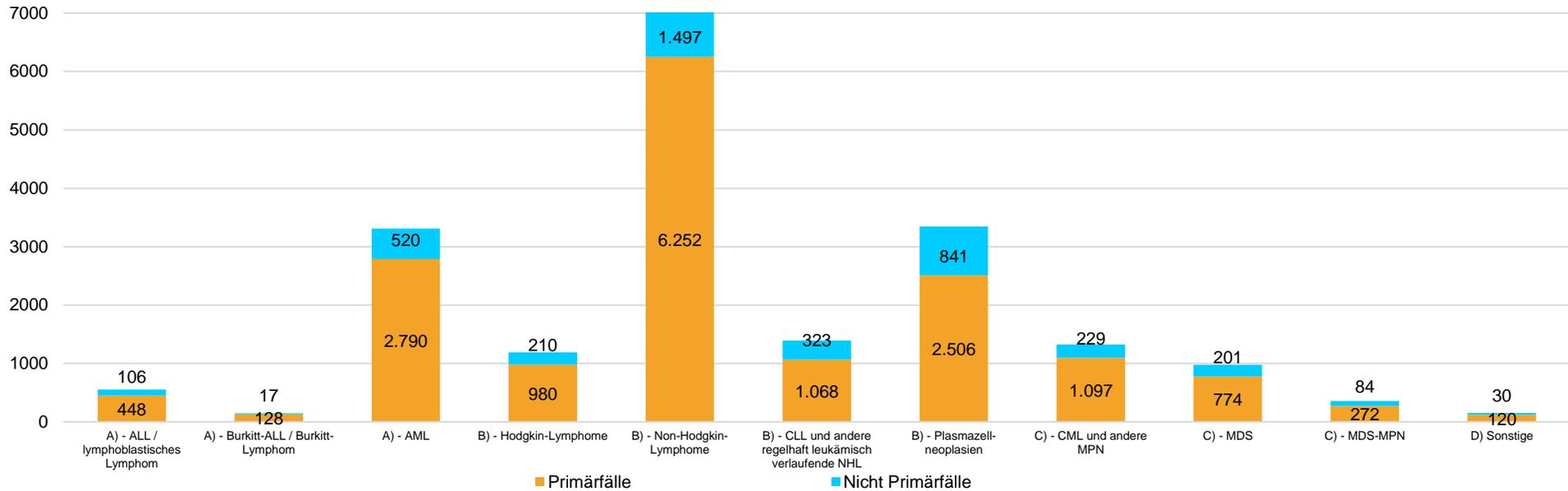
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

Basisdaten – Verteilung Pat.fälle und Primärfälle Hämatologische Neoplasien



	Pat.fälle	Davon Primärfälle	Davon Pat., die nicht Primärfälle sind und sich erstmals im Zentrum vorstellen
A) Akute Leukämien und Burkitt Lymphom	4.009 (19,56%)	3.366 (20,48%)	643 (15,85%)
B) Maligne Lymphome und Plasmazellneoplasien	13.677 (66,74%)	10.806 (65,75%)	2.871 (70,75%)
C) Myelodysplastische und myeloproliferative Neoplasien	2.657 (12,97%)	2.143 (13,04%)	514 (12,67%)
D) Sonstige	150 (0,73%)	120 (0,73%)	30 (0,74%)
Gesamt	20.493 (100,00%)	16.435 (100,00%)	4.058 (100,00%)

Basisdaten – Verteilung Pat.fälle und Primärfälle Hämatologische Neoplasien



	A) Akute Leukämien und Burkitt Lymphom			B) Maligne Lymphome und Plasmazellneoplasien				C) Myelodysplastische und myeloproliferative Neoplasien			D) Sonstige	Gesamt
	ALL / lymphoblastisches Lymphom	Burkitt-ALL / Burkitt-Lymphom	AML	Hodgkin-Lymphome	Non-Hodgkin-Lymphome	CLL	Plasmazellneoplasien	CML und andere MPN	MDS	MDS-MPN	Sonstige	
Pat.fälle	554 (2,70%)	145 (0,71%)	3.310 (16,15%)	1.190 (5,81%)	7.749 (37,81%)	1.391 (6,79%)	3.347 (16,33%)	1.326 (6,47%)	975 (4,76%)	356 (1,74%)	150 (0,73%)	20.493 (100,00%)
Davon Primärfälle	448 (2,73%)	128 (0,78%)	2.790 (16,98%)	980 (5,96%)	6.252 (38,04%)	1.068 (6,50%)	2.506 (15,25%)	1.097 (6,67%)	774 (4,71%)	272 (1,66%)	120 (0,73%)	16.435 (100,00%)
Davon Pat., die nicht Primärfälle sind und sich erstmals im Zentrum vorstellen	106 (2,61%)	17 (0,42%)	520 (12,81%)	210 (5,17%)	1.497 (36,89%)	323 (7,96%)	841 (20,72%)	229 (5,64%)	201 (4,95%)	84 (2,07%)	30 (0,74%)	4.058 (100,00%)

ALL = Akute Lymphatische Leukämie

AML = Akute Myeloische Leukämie

CLL = Chronische Lymphatische Leukämie

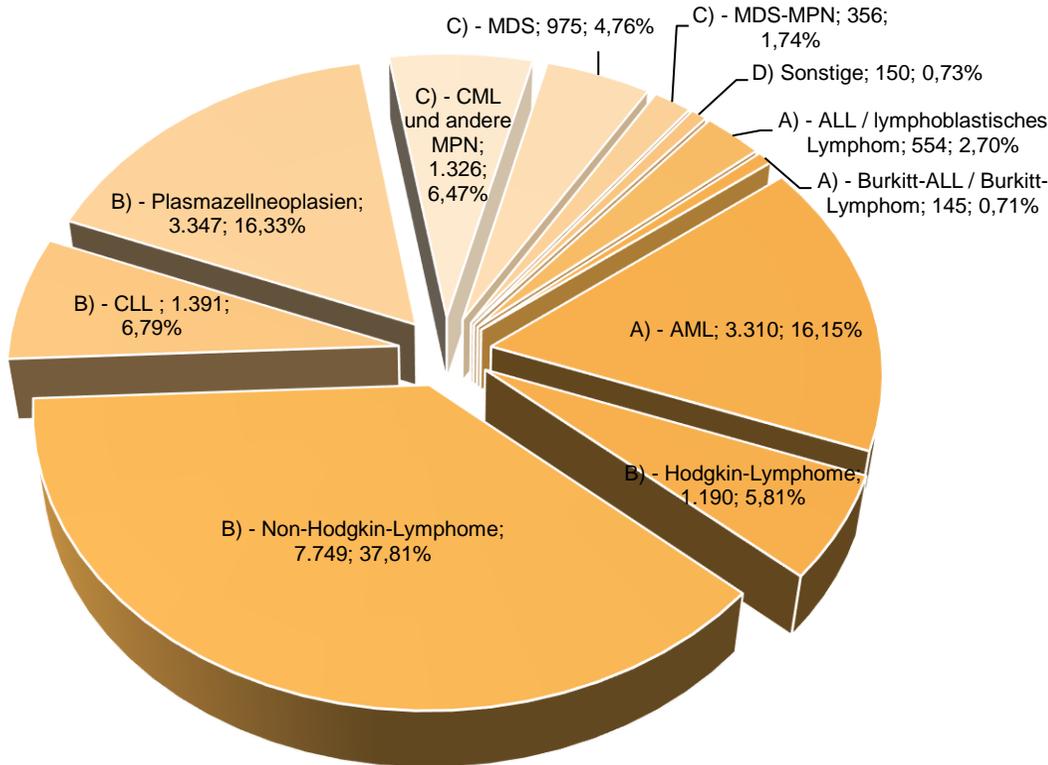
CML = Chronische Myeloische Leukämie

MPN = Myeloproliferative Neoplasie

MDS = Myelodysplastisches Syndrom

Basisdaten - Verteilung Pat.fälle Hämatologische Neoplasien

Pat.fälle

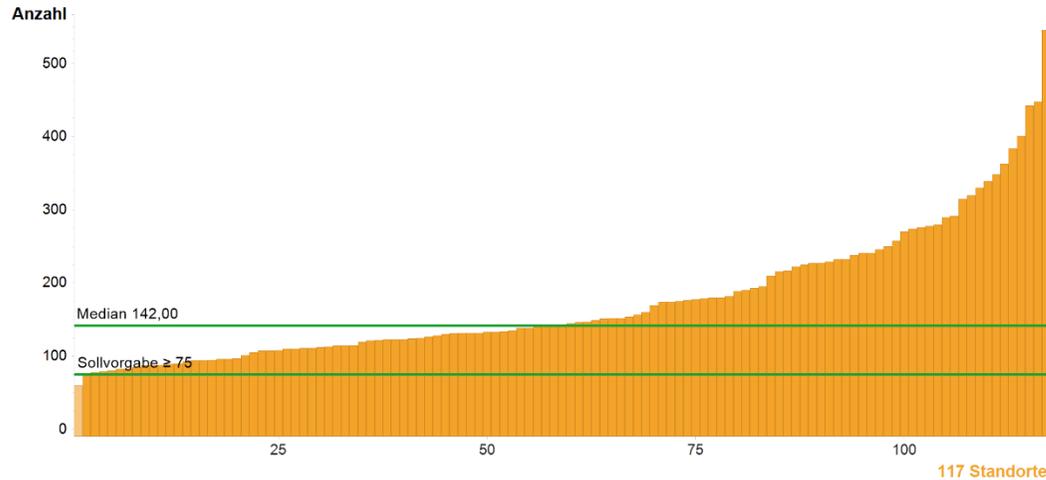


	Pat.fälle
A) - ALL / lymphoblastisches Lymphom	554 (2,70%)
A) - Burkitt-ALL / Burkitt-Lymphom	145 (0,71%)
A) - AML	3.310 (16,15%)
B) - Hodgkin-Lymphome	1.190 (5,81%)
B) - Non-Hodgkin-Lymphome	7.749 (37,81%)
B) - CLL	1.391 (6,79%)
B) - Plasmazellneoplasien	3.347 (16,33%)
C) - CML und andere MPN	1.326 (6,47%)
C) - MDS	975 (4,76%)
C) - MDS-MPN	356 (1,74%)
D) Sonstige	150 (0,73%)
Pat.fälle gesamt	20.493 (100,00%)

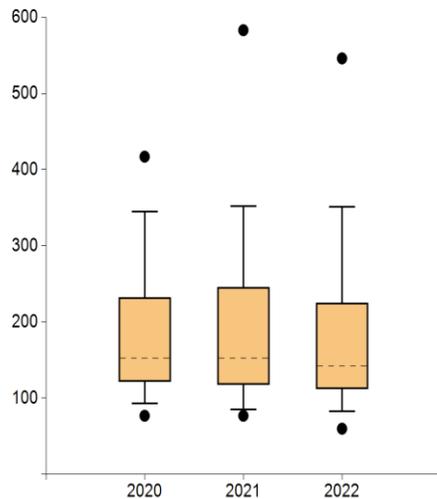
Anzahl komplexe Blockchemotherapie

	Summe (117 Zentren)	Median pro Zentrum
Anzahl hochgradig komplexer und intensiver Blockchemotherapien bei den oben aufgeführten Diagnosen (OPS: 8-544)	10.890	54

1. Pat.fälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat.fälle mit einer hämatologischen Neoplasie (gem. Erhebungsbogen Kap. 1.2.1)	142	60 - 546	20493
	Sollvorgabe ≥ 75			



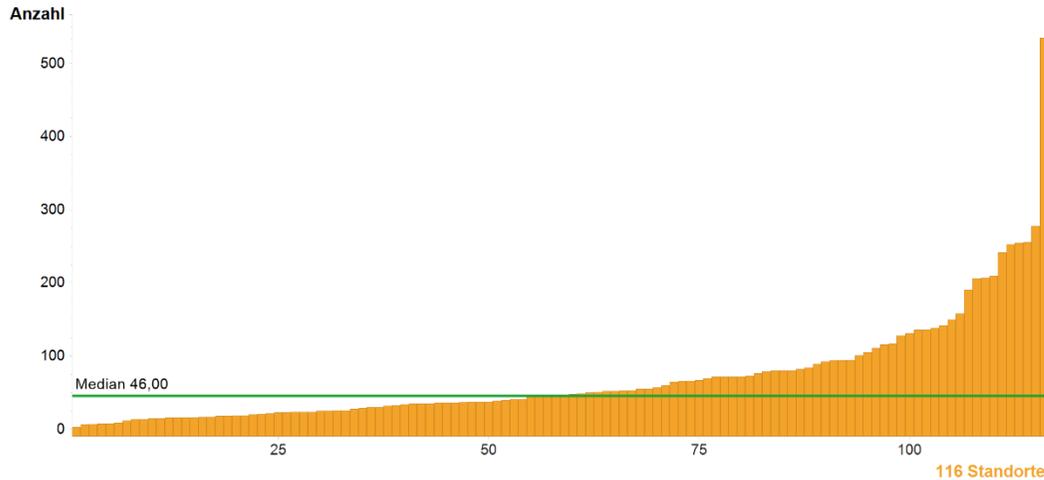
	2020	2021	2022
● Max	417,00	583,00	546,00
95. Perzentil	345,20	352,25	351,00
75. Perzentil	232,00	245,25	225,00
Median	153,00	153,00	142,00
25. Perzentil	122,00	118,00	112,00
5. Perzentil	92,80	85,00	82,80
● Min	77,00	77,00	60,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
117	100,00%	116	99,15%

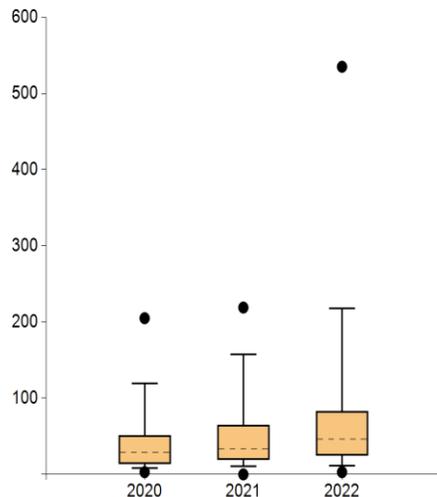
Anmerkungen:

Ein Zentrum erfüllt die Sollvorgabe im Überwachungsaudit erstmals nicht. Das Zentrum begründet die Unterschreitung mit Personalwechsel auf Leitungsebene im Vorjahr. Im laufenden Jahr konnte das Erfüllen der Sollvorgabe gezeigt werden.

2. Anzahl komplexe Diagnostiken bei myeloischen und lymphatischen Neubildungen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Anzahl komplexe Diagnostiken bei myeloischen und lymphatischen Neubildungen (Prozeduren analog des OPS: 1-941)	46	3 - 535	8195
	Keine Sollvorgabe			



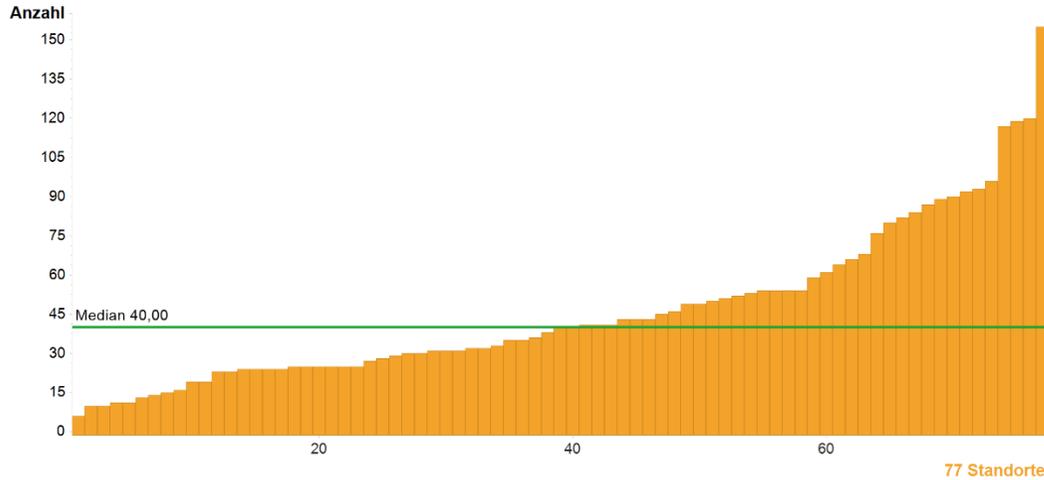
	2020	2021	2022
● Max	205,00	219,00	535,00
95. Perzentil	119,20	157,50	218,00
75. Perzentil	51,00	64,75	82,50
Median	29,00	33,50	46,00
25. Perzentil	14,00	19,25	24,75
5. Perzentil	8,60	10,25	11,25
● Min	3,00	0,00	3,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
116	99,15%	-----	-----

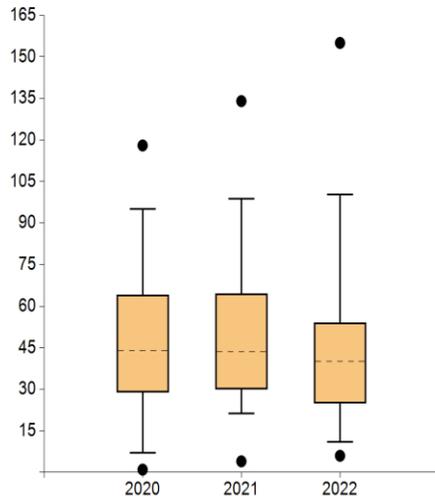
Anmerkungen:

Die Anzahl der komplexen Diagnostiken bei myeloischen und lymphatischen Neubildungen konnte deutlich gesteigert werden (4.571 -> 8.195). Die Zentren, die mind. seit dem Vorjahr zertifiziert waren, haben im Behandlungsjahr 2022 zusätzlich 1.531 Diagnostiken im Vergleich zum Vorjahr durchgeführt.

3. Autologe Stammzelltransplantationen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Autologe Stammzelltransplantationen (OPS: 5-411.0, 8-805.0) (am Standort des Zentrums durchgeführt)	40	6 - 155	3555
	Keine Sollvorgabe			



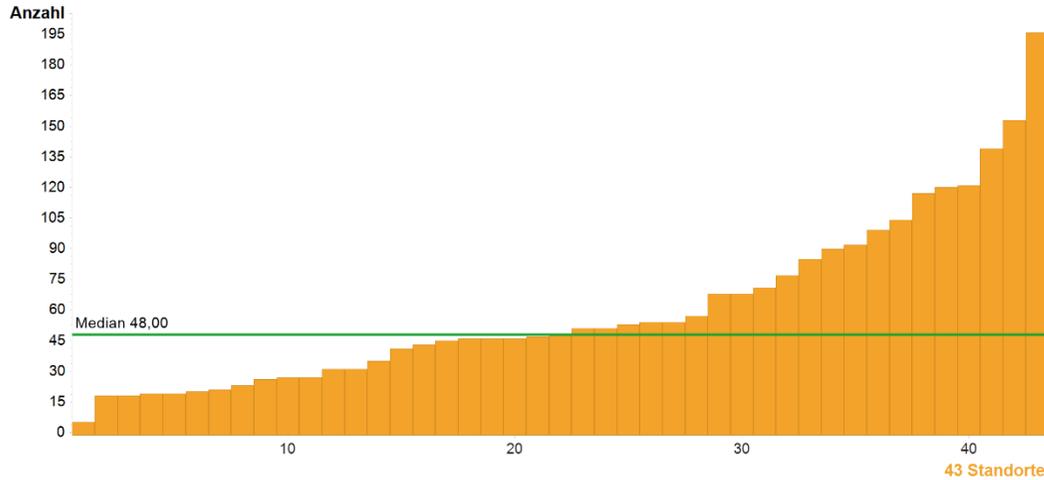
	2020	2021	2022
● Max	118,00	134,00	155,00
95. Perzentil	95,00	98,70	100,20
75. Perzentil	64,00	64,50	54,00
Median	44,00	43,50	40,00
25. Perzentil	29,00	30,00	25,00
5. Perzentil	7,00	21,25	11,00
● Min	1,00	4,00	6,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
77	65,81%	----	----

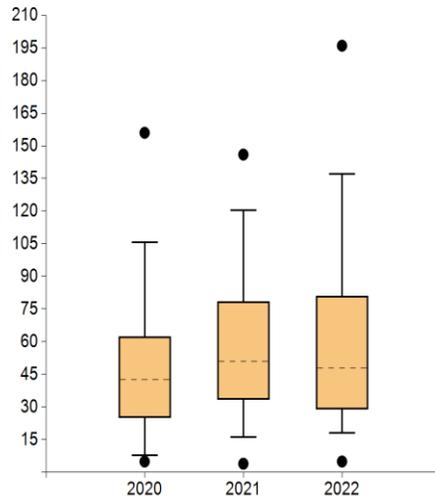
Anmerkungen:

77 der 117 Zentren haben am eigenen Standort autologe Stammzelltransplantationen durchgeführt. Das Zentrum mit weniger als 10 autologen Transplantationen liegt außerhalb von Deutschland und hat im Jahr des Audits bereits 26 Transplantationen durchgeführt.

4. Allogene Stammzelltransplantationen



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Allogene Stammzelltransplantationen (OPS: 5-411.2, 5-411.3, 5-411.4, 5-411.5, 8-805.2, 8-805.3, 8-805.4 oder 8-805.5) (am Standort des Zentrums durchgeführt)	48	5 - 196	2602
	Keine Sollvorgabe			



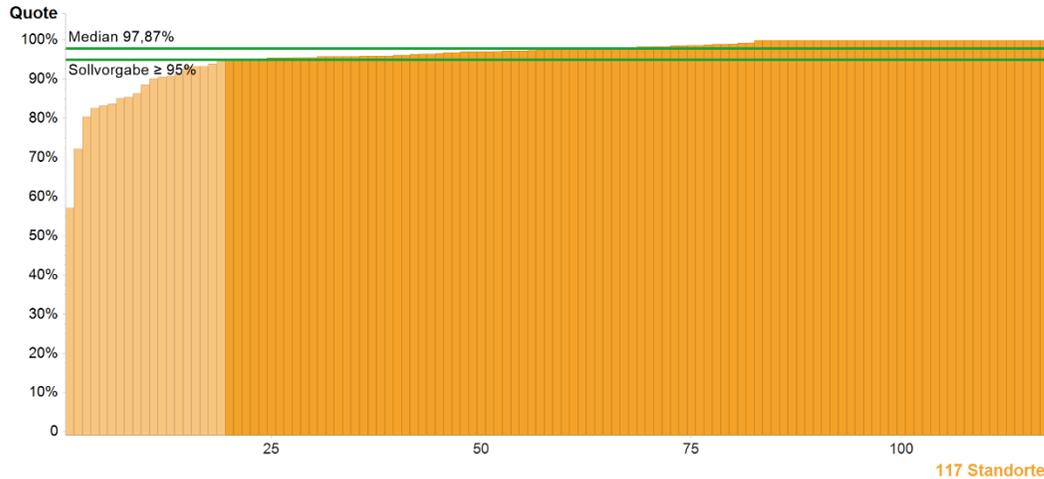
	2020	2021	2022
● Max	156,00	146,00	196,00
95. Perzentil	105,75	120,30	137,20
75. Perzentil	62,25	78,50	81,00
Median	42,50	51,00	48,00
25. Perzentil	25,00	33,50	29,00
5. Perzentil	8,00	16,10	18,10
● Min	5,00	4,00	5,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
43	36,75%	----	----

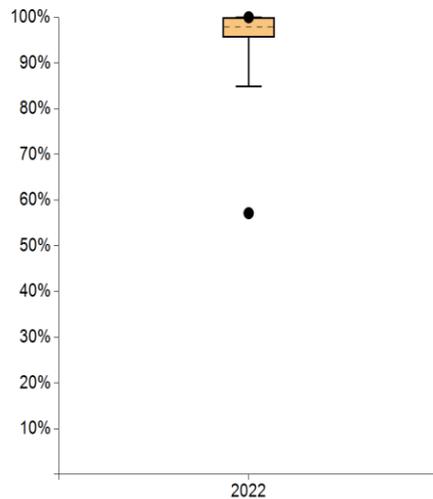
Anmerkungen:

43 der 117 Standorte (37%) führen auch allogene Transplantationen durch.
14 Zentren würden die MM-Regelung des G-BA nicht erfüllen, darunter 4 Universitätsklinika.

5a. Vorstellung Tumorkonferenz (Primärfälle)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die prätherapeutisch in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	69*	12 - 209	9533
Nenner	Primärfälle mit Hodgkin-Lymphom, Non-Hodgkin-Lymphom, Burkitt-ALL, Burkitt-Lymphom oder Plasmazellneoplasie	72*	21 - 216	9866
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,87%	57,14% - 100%	96,62%**



	2020	2021	2022
● Max	-----	-----	100%
95. Perzentil	-----	-----	100%
75. Perzentil	-----	-----	100%
Median	-----	-----	97,87%
25. Perzentil	-----	-----	95,56%
5. Perzentil	-----	-----	84,89%
● Min	-----	-----	57,14%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
117	100,00%	98	83,76%

Anmerkungen:

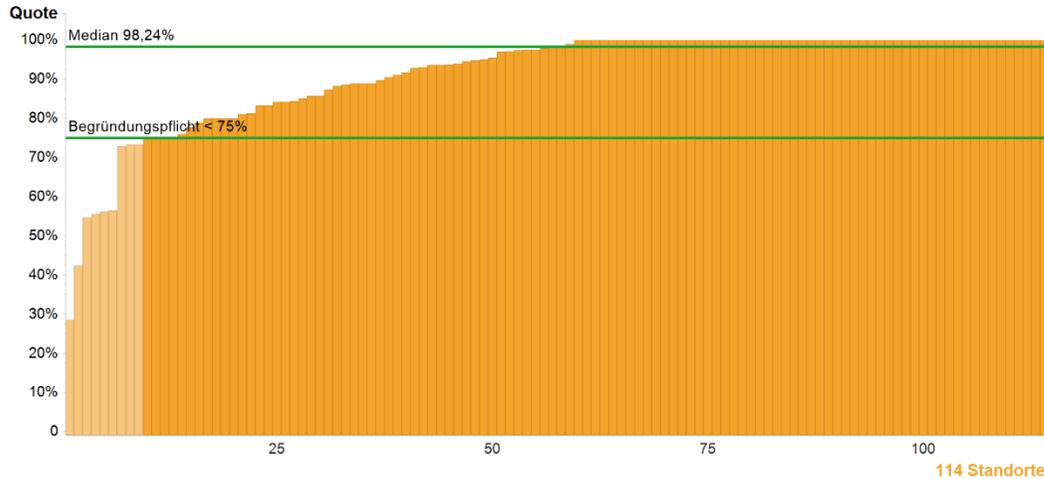
Der Nenner der Kennzahl wurde geändert, so dass ein Vergleich mit den Vorjahren nicht möglich ist.

19 Zentren erreichen die Sollvorgabe von 95% nicht. Begründungen der Zentren für das Nicht-Erreichen sind v.a. Notfallindikationen, Verlegungen und verstorbene Pat.. In den meisten Fällen erfolgte zumindest eine hämatologische Fallvorstellung. Die Fachexperten haben Analysen auf Fallebene gemacht. Systematische Fehler konnten ausgeschlossen werden.

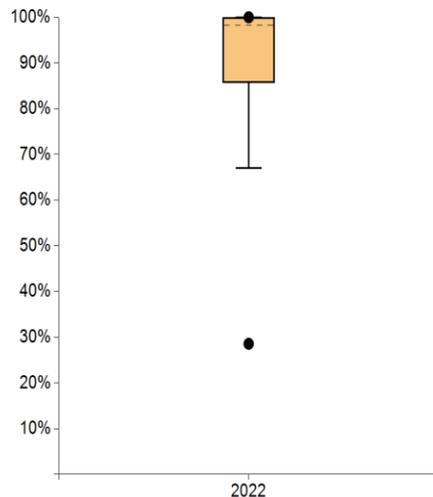
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

5b. Vorstellung Tumorkonferenz (weitere)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	15*	1 - 111	2279
Nenner	Pat.fälle (außer Primärfälle) mit Hodgkin-Lymphom, Non-Hodgkin-Lymphom, Burkitt-ALL, Burkitt-Lymphom oder Plasmazellneoplasie	16,5*	1 - 114	2565
Quote	Begründungspflicht*** <75%	98,24%	28,57% - 100%	88,85%**



	2020	2021	2022
● Max	-----	-----	100%
95. Perzentil	-----	-----	100%
75. Perzentil	-----	-----	100%
Median	-----	-----	98,24%
25. Perzentil	-----	-----	85,71%
5. Perzentil	-----	-----	67,01%
● Min	-----	-----	28,57%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
114	97,44%	105	92,11%

Anmerkungen:

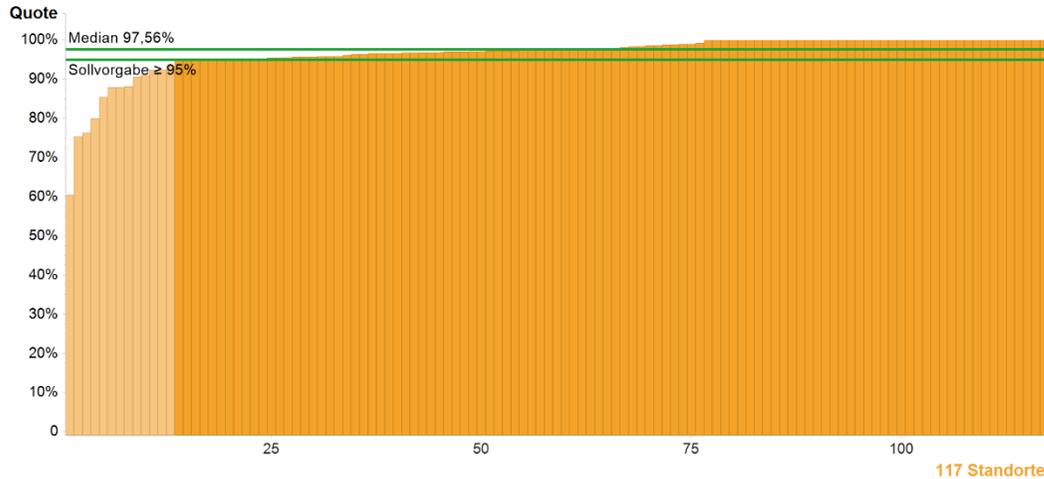
Auch für diese Kennzahl wurde der Nenner angepasst, so dass kein Vergleich mit dem Vorjahr erfolgen kann. Zudem wurde erstmals eine Begründungspflicht eingeführt. 9 Zentren lagen unterhalb der Begründungspflicht von 75%. Die Zentren gaben v.a. Dokumentationsschwierigkeiten an und passten in der Folge ihre Prozesse an. Die Pat. wurden alternativ in der hämatologischen Fallbesprechung vorgestellt.

* 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.

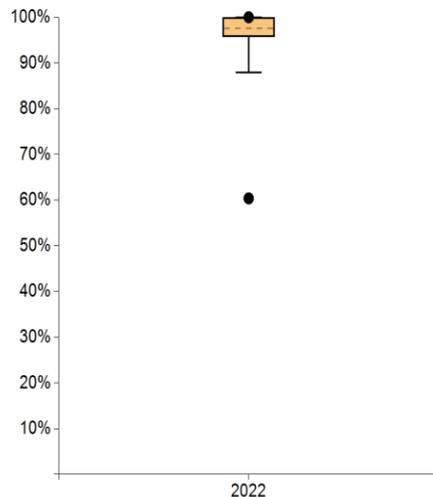
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

6. Fallbesprechung Hämatologie und Onkologie



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit einer präth. Fallbesprechung der Hämatologie und Onkologie (gem. EB Kap. 1.2.2) (ersatzweise: präth. Vorstellung in der TuKo gem. EB Kap. 1.2.3)	56*	15 - 228	7775
Nenner	Pat.fälle mit einer hämatologischen Neoplasie, (außer: Hodgkin-Lymphom, Non-Hodgkin-Lymphom, Burkitt-ALL, Burkitt-Lymphom oder Plasmazellneoplasie)	58*	15 - 240	8062
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,56%	60,38% - 100%	96,44%**



	2020	2021	2022
● Max	-----	-----	100%
95. Perzentil	-----	-----	100%
75. Perzentil	-----	-----	100%
Median	-----	-----	97,56%
25. Perzentil	-----	-----	95,73%
5. Perzentil	-----	-----	87,87%
● Min	-----	-----	60,38%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
117	100,00%	104	88,89%

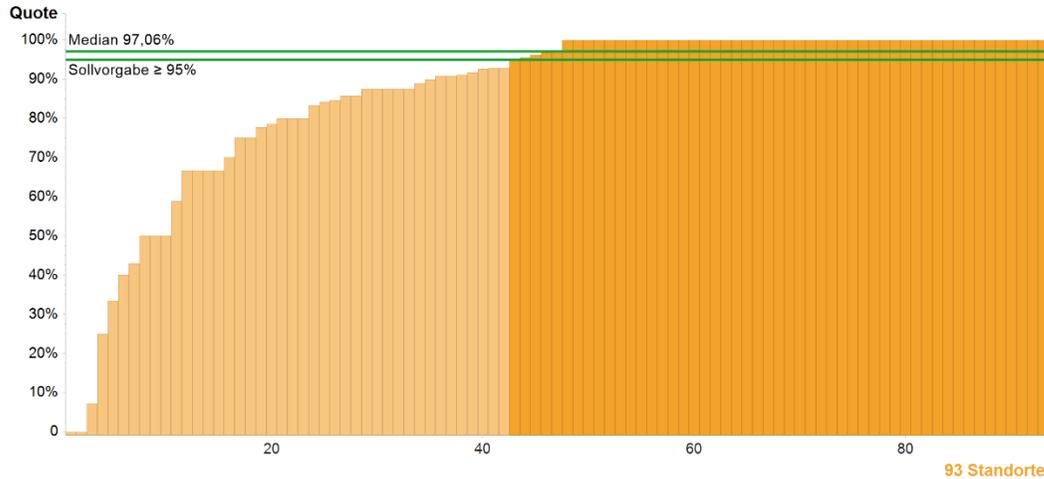
Anmerkungen:

Die 13 Zentren, die die Sollvorgabe nicht erreichen begründeten dies entsprechend der Definition des Zählers v.a. mit Vorstellung in der prätherapeutischen TK. Darüber hinaus wurde erläutert, dass die Prozesse für die Vorstellung ambulanter Pat. noch nicht vollständig implementiert waren. Die Zentren haben daraufhin Schulungen der MA durchgeführt.

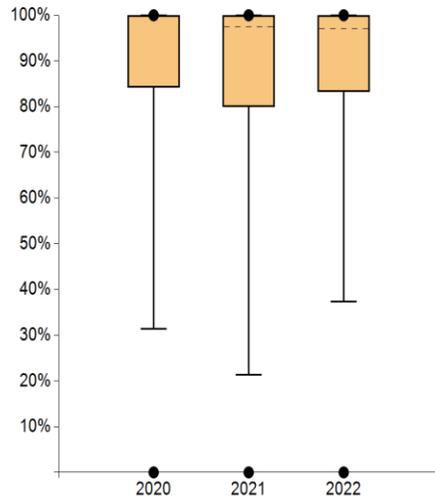
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

7. Transplantationskonferenz (Bei allogener Transplantation am eigenen Standort in 6 enthalten)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Transplantationskonferenz innerhalb von drei Wochen nach Erst- oder Rezidiv-Diagnose	8*	0 - 79	1245
Nenner	Pat.fälle mit Akuter Leukämie < 70 Jahre	10*	1 - 79	1364
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,06%	0,00% - 100%	91,28%**



	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%
Median	100%	97,37%	97,06%
25. Perzentil	84,17%	80,00%	83,33%
5. Perzentil	31,42%	21,34%	37,33%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
93	79,49%	51	54,84%

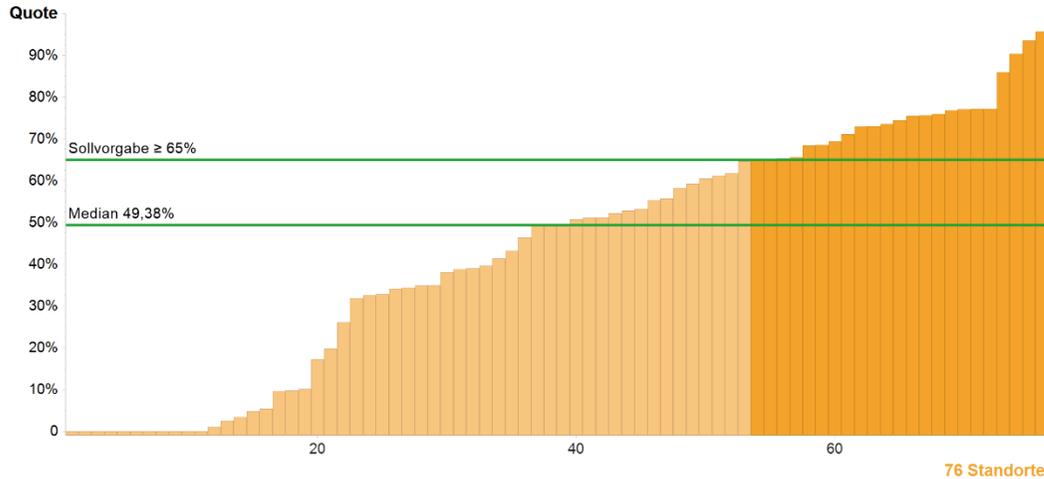
Anmerkungen:

24 Zentren führen v.a. die allogene Transplantation am eigenen Standort durch, so dass die Pat. in der vorherigen Kennzahl erfasst sind. 2 der 24 Zentren geben an, dass sie keine Pat. <70 Jahre mit akuter Leukämie behandelt haben. 2 Zentren haben, bei kleinem Nenner (4 bzw. 5 Pat.), keinen Pat. in der Transplant.konferenz vorgestellt. Eins der beiden Zentren hatte auch in den zwei vorangehenden Jahren eine Vorstellungsrate von 0%. Der Auditor hat eine Einzelfallprüfung durchgeführt und sah die Nicht-Vorstellung als begründet an, weil die Pat. aufgrund von Komorbiditäten für eine Transplantation nicht in Frage gekommen wären.

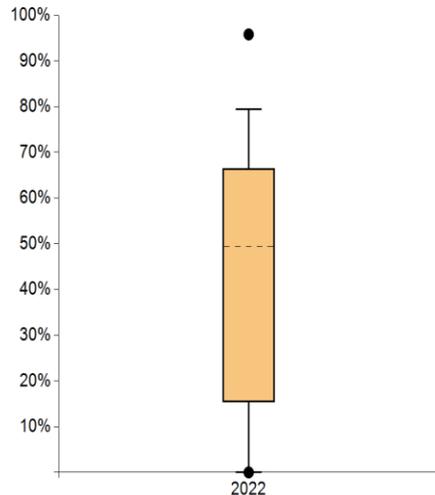
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

8. Psychoonkologisches Distress-Screening



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	60,5*	0 - 252	5925
Nenner	Pat.fälle (= Kennzahl 1)	148*	60 - 546	13598
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	49,38%	0,00% - 95,80%	43,57%**



	2020	2021	2022
● Max	----	----	95,80%
95. Perzentil	----	----	79,46%
75. Perzentil	----	----	66,41%
Median	----	----	49,38%
25. Perzentil	----	----	15,45%
5. Perzentil	----	----	0,00%
● Min	----	----	0,00%

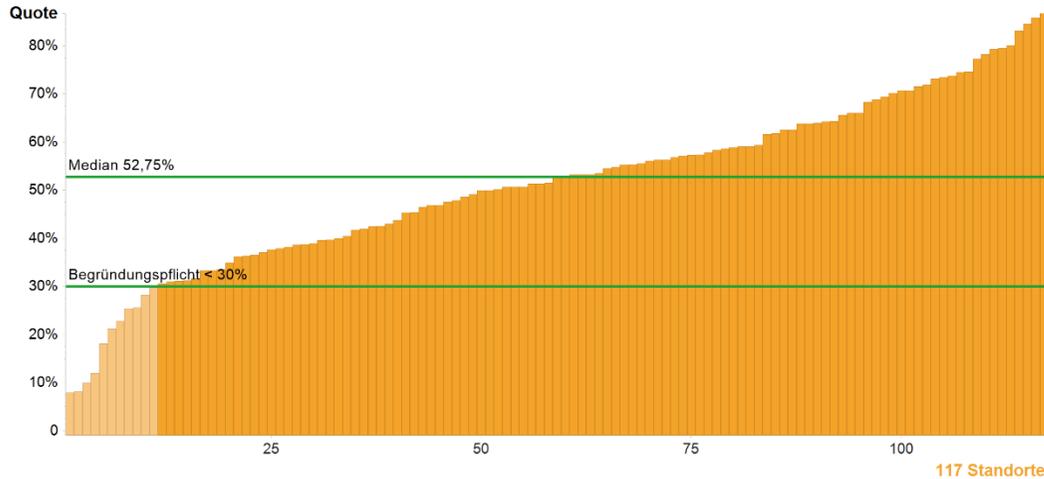
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
76	64,96%	23	30,26%

Anmerkungen:

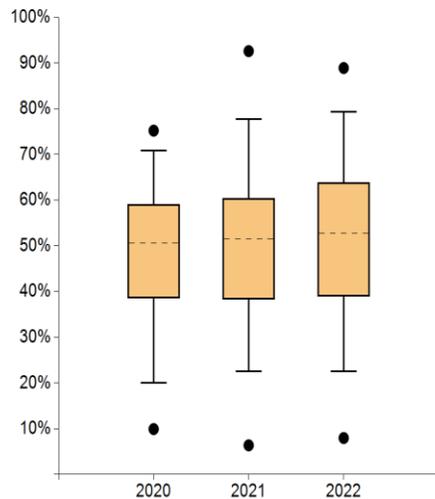
Die Kennzahl wurde bislang immer als Beratungsquote erfasst. Im Kennzahlenjahr 2022 war die Kennzahl noch optional anzugeben. Aus diesem Grund fehlen viele Werte. Die Zentren, die die SV nicht erreichen, begründeten dies dementsprechend auch mit noch nicht etablierten Dokumentationsprozessen.

* 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. Beratung Sozialdienst



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	78*	9 - 288	10400
Nenner	Pat.fälle mit einer hämatologischen Neoplasie	142*	60 - 546	20493
Quote	Begründungspflicht*** <30%	52,75%	7,96% - 88,89%	50,75%**



	2020	2021	2022
● Max	75,19%	92,59%	88,89%
95. Perzentil	70,77%	77,71%	79,35%
75. Perzentil	59,02%	60,41%	63,83%
Median	50,54%	51,54%	52,75%
25. Perzentil	38,52%	38,33%	38,95%
5. Perzentil	20,03%	22,50%	22,57%
● Min	9,92%	6,36%	7,96%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
117	100,00%	106	90,60%

Anmerkungen:

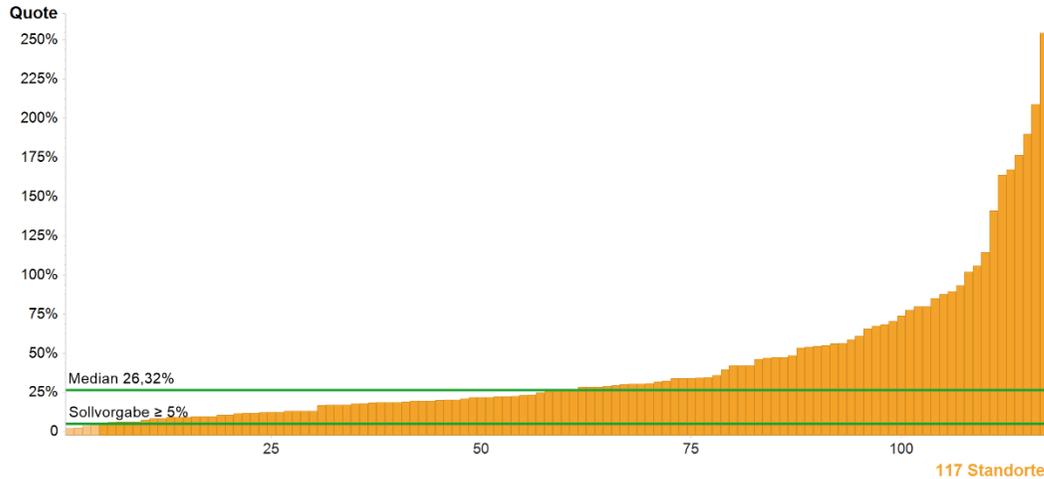
Die sozialarbeiterische Beratungsquote ist über den Verlauf annähernd unverändert. Zentren mit niedrigen Quoten liegen v.a. in der Schweiz und in Österreich. In diesen Ländern sind die Themen der Sozialarbeit über andere Berufsgruppen abgedeckt. Außerdem gibt es keinen gesetzlichen Anspruch auf Reha-Leistungen.

* 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.

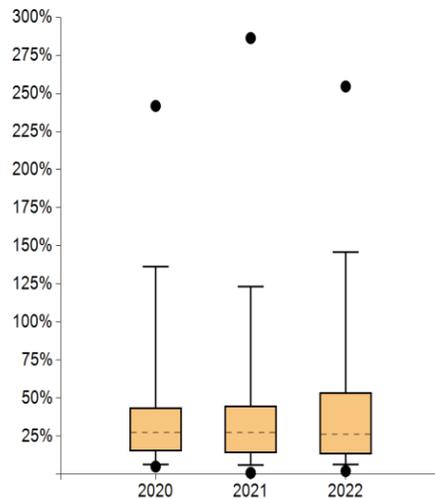
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

10. Anteil Studienpat.



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	32*	1 - 468	7850
Nenner	Primärfälle	122*	46 - 380	16435
Quote	Sollvorgabe \geq 5%	26,32%	2,17% - 254,55%	47,76%**



	2020	2021	2022
● Max	241,76%	286,31%	254,55%
95. Perzentil	136,25%	123,31%	145,63%
75. Perzentil	43,79%	45,00%	53,61%
Median	27,50%	27,42%	26,32%
25. Perzentil	15,35%	13,98%	13,27%
5. Perzentil	6,54%	6,25%	6,33%
● Min	5,15%	1,00%	2,17%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
117	100,00%	113	96,58%

Anmerkungen:

Der Median der Studienquote ist unverändert sehr hoch. Im Vergleich zum Vorjahr erfolgten deutlich mehr Studieneinschlüsse (+1.692). Lediglich 4 Zentren erfüllen die SV nicht und begründen dies mit personellen Umstrukturierungen und fehlenden Studienangeboten.

* 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?

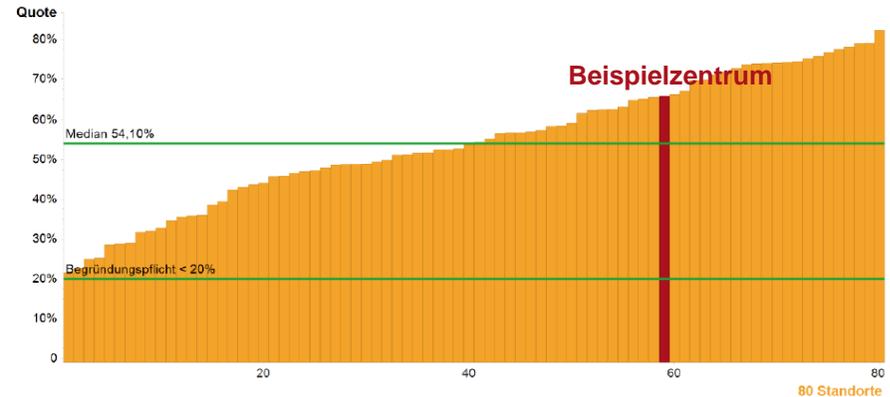
Im individuellen Jahresbericht werden die standortspezifischen Zentrumsdaten abgebildet und in Vergleich zu den anderen zertifizierten Zentren im jeweiligen Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft gesetzt. Darüber hinaus wird die individuelle Entwicklung des Zentrums über den Verlauf der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

Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf www.onkozert.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.onkozert.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:

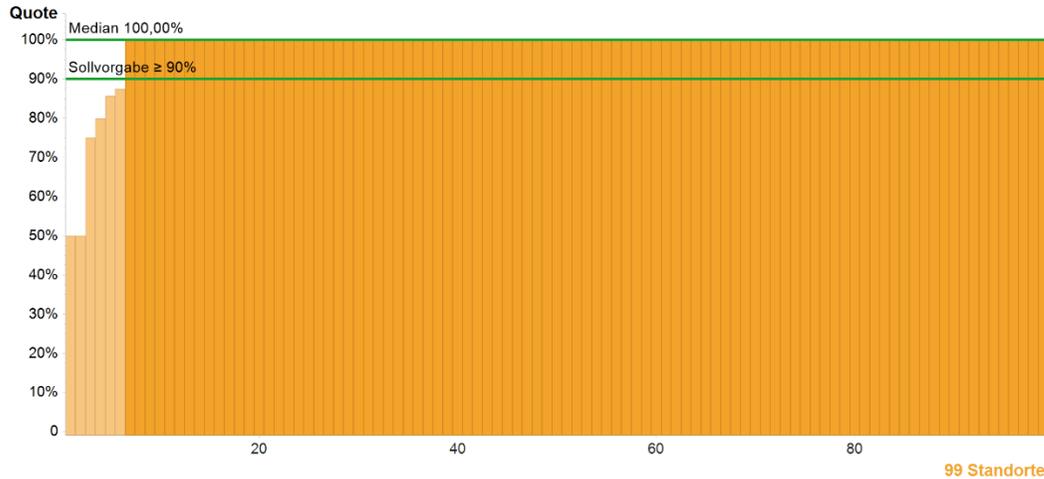
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- 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).

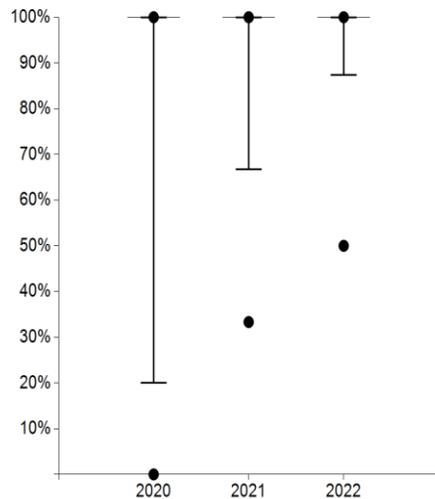
Alle anderen Organkrebszentren / Module

- 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.

11. Interim-PET/CT bei fortgeschrittenem Hodgkin-Lymphom (LL QI Hodgkin)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Interim-PET/CT	3*	1 - 11	302
Nenner	Primärfälle Hodgkin-Lymphom Stadium III / IV und BEACOPP-Chemotherapie	3*	1 - 11	308
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	100%	50,00% - 100%	98,05%**



	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%
5. Perzentil	20,00%	66,67%	87,32%
● Min	0,00%	33,33%	50,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
99	84,62%	93	93,94%

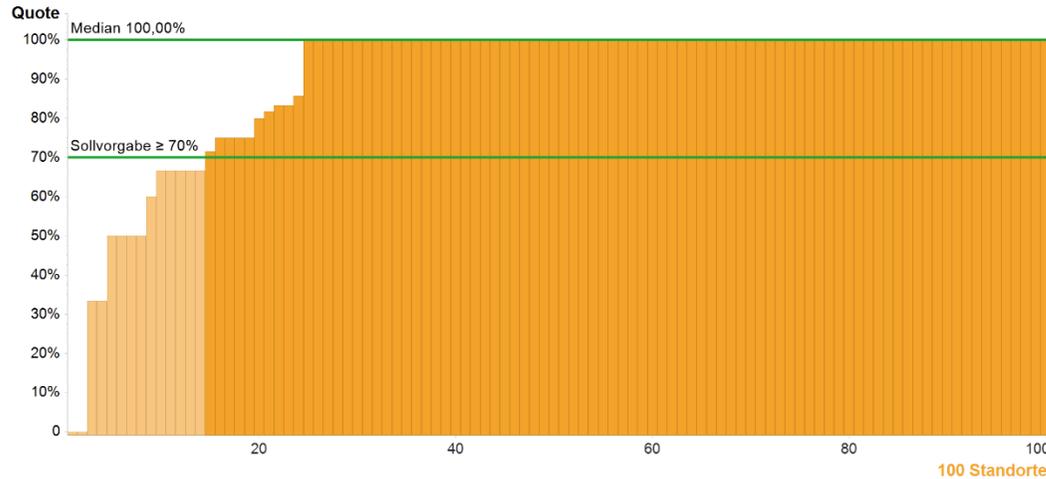
Anmerkungen:

18 Zentren hatten keine Pat., die den Kriterien des Nenners entsprochen hätten. 6 Zentren erfüllen die Sollvorgabe (vor allem knapp) nicht. Die beiden Zentren, die lediglich in 50% der Fälle ein Interims-CT durchgeführt haben, hatten kleine Nenner (2 Pat.) und gaben als Begründung Versterben bzw. externe Anbindung der Pat. an. Beide Zentren waren im Vorjahr unauffällig.

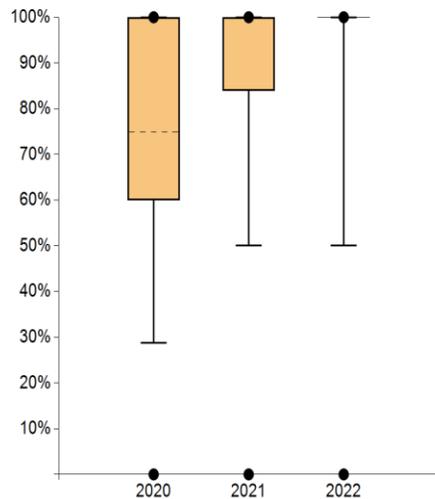
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

12. BEACOPPeskaliert bei fortgeschrittenem Hodgkin-Lymphom (LL QI Hodgkin)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit BEACOPPeskaliert	3*	0 - 11	305
Nenner	Primärfälle Hodgkin-Lymphom Stadium III / IV und ≤ 60 Jahre	3*	1 - 11	341
Quote	Sollvorgabe $\geq 70\%$	100%	0,00% - 100%	89,44%**



	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%
Median	75,00%	100%	100%
25. Perzentil	60,00%	83,93%	100%
5. Perzentil	28,75%	50,00%	50,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%

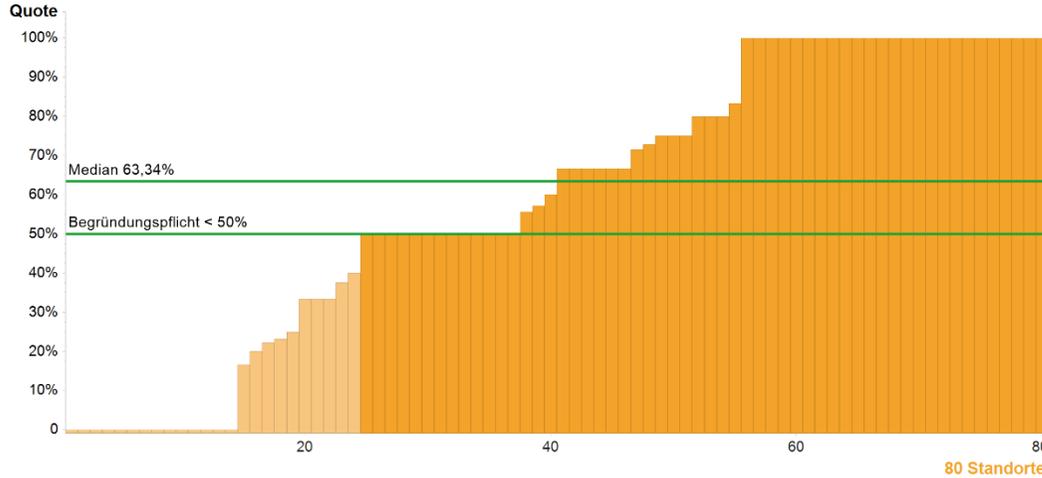
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
100	85,47%	86	86,00%

Anmerkungen:

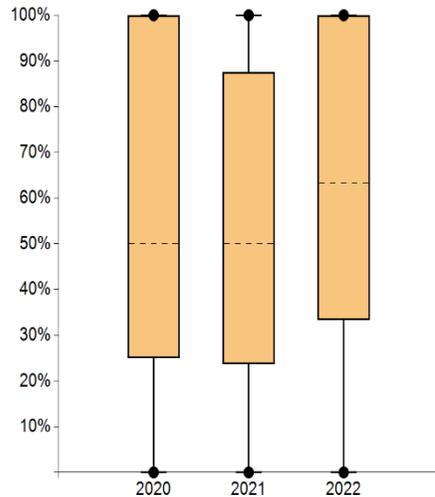
Der QI der Leitlinie wird über den Verlauf besser umgesetzt. Die beiden Zentren, die eine Quote von 0% hatten, hatten auch jeweils nur 1 Pat. im Nenner und konnten die Nicht-Durchführung von BEACOPPeskaliert begründen (Komorbiditäten). Die Kennzahl wird in der Sitzung der Zertifizierungskommission überarbeitet.

* 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. Rezidivtherapie bei Hodgkin Lymphom oder diffus großzelligem B-Zell-Lymphom (LL QI Hodgkin)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit autologer Stammzelltransplantation (OPS-Kode: 8-805.0 oder 5-411.0)	2*	0 - 50	205
Nenner	Pat. < 60 Jahre mit erstem Rezidiv oder Progress eines Hodgkin Lymphoms oder diffus großzelligem B-Zell-Lymphoms	3*	1 - 60	344
Quote	Begründungspflicht*** <50%	63,34%	0,00% - 100%	59,59%**



	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	87,50%	100%
Median	50,00%	50,00%	63,34%
25. Perzentil	25,00%	23,75%	33,33%
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	%
80	68,38%	56	70,00%

Anmerkungen:

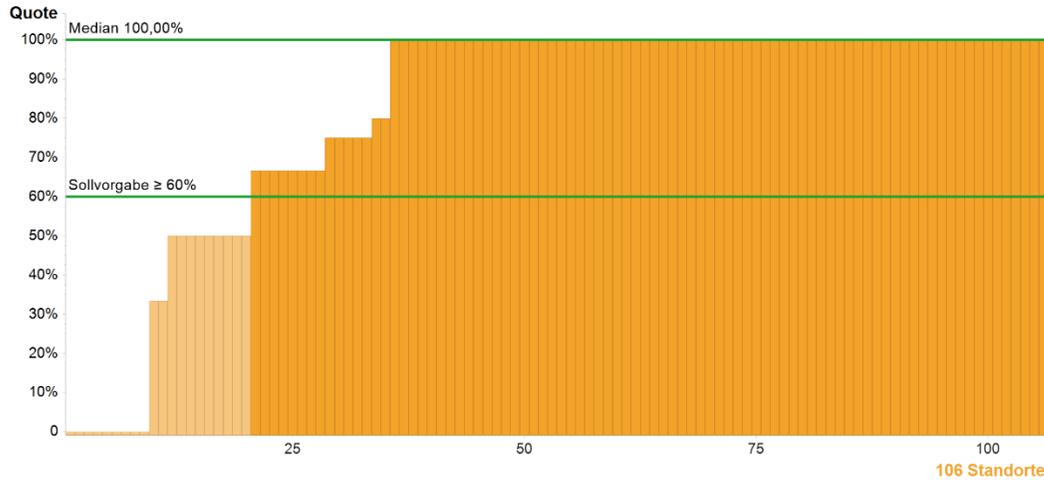
Lediglich 80 Zentren haben Pat. behandelt, die den Kriterien des Nenners entsprachen. Die häufigste Begründung für das Nicht-Erreichen der Begründungspflicht war die Durchführung einer CAR-T-Zelltherapie entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens. Die Kennzahl wird in der Sitzung der Zertifizierungskommission überarbeitet.

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

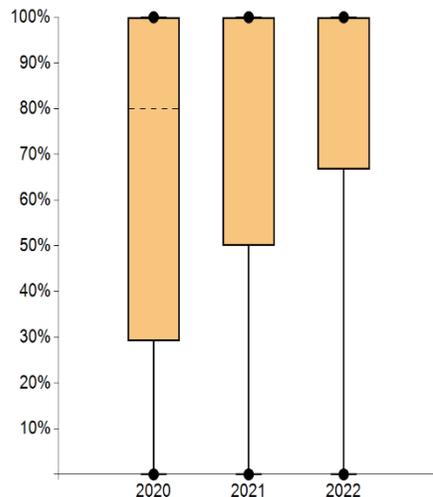
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

14. Bestimmung TP53-Deletions- und Mutationsstatus vor erster systemischer CLL-Therapie (LL QI CLL)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Bestimmung des TP53-Deletions- und Mutationsstatus (FISH) hinsichtlich del17p und TP53-Mutationsanalyse ≤ 12 Wochen vor Therapiebeginn	2*	0 - 22	241
Nenner	Primärfälle mit CLL und erster systemischer Therapie	2*	1 - 22	285
Quote	Sollvorgabe ≥ 60%	100%	0,00% - 100%	84,56%**



	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%
Median	80,00%	100%	100%
25. Perzentil	29,17%	50,00%	66,67%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%

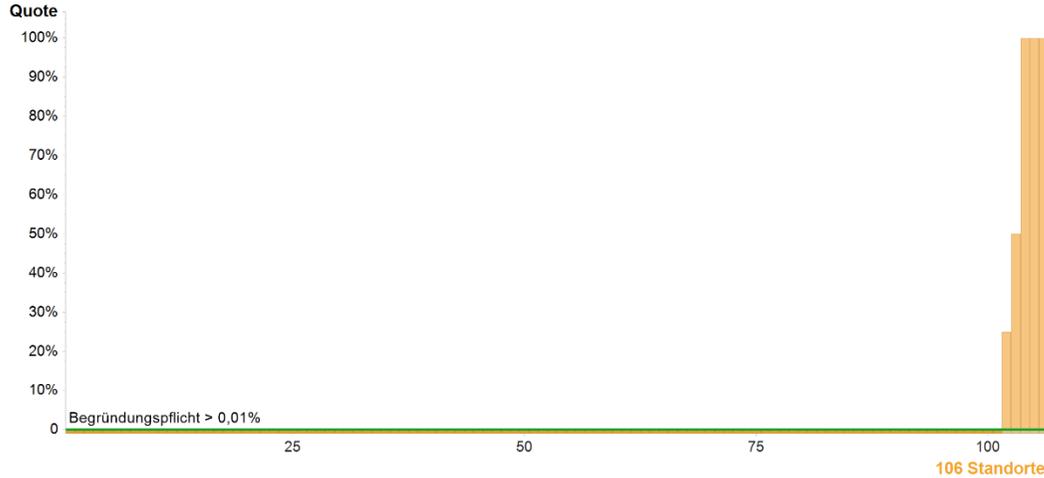
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
106	90,60%	86	81,13%

Anmerkungen:

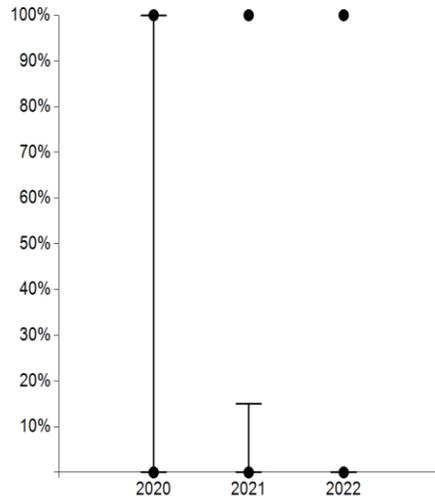
Deutlich häufiger wird eine Bestimmung des TP53-Deletions- und Mutationsstatus (FISH) durchgeführt. 9 Zentren haben keine Mutationsanalyse durchgeführt. Diese Zentren hatten max. 2 Pat. im Nenner und begründeten die Nicht-Durchführung mit einem dringenden Therapiebeginn bzw. Versterben der Pat. Die Kennzahl wird in der Sitzung der Zertifizierungskommission überarbeitet.

* 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. Keine alleinige Chemotherapie als Erstlinientherapie bei CLL (LL QI CLL)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit alleiniger Chemotherapie	0*	0 - 3	9
Nenner	Primärfälle mit CLL und erster systemischer Therapie	2*	1 - 22	285
Quote	Begründungspflicht*** >0,01%	0,00%	0,00% - 100%	3,16%**



	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	15,00%	0,00%
75. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%
Median	0,00%	0,00%	0,00%
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	%
106	90,60%	101	95,28%

Anmerkungen:

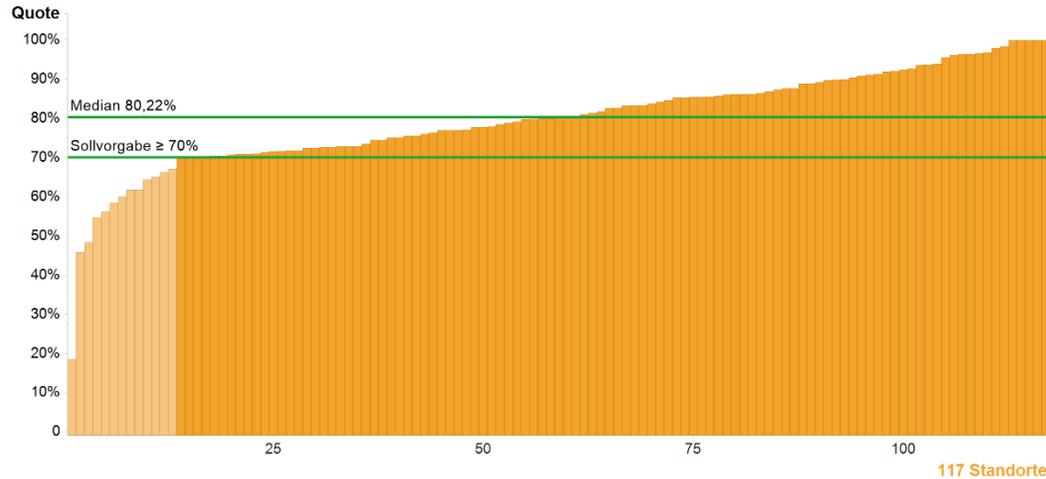
5 Zentren haben angegeben, dass sie ihre CLL-Pat mit alleiniger Chemotherapie behandelt haben. Aus den Begründungen wird jedoch ersichtlich, dass sie v.a. eine Kombinationstherapie durchgeführt haben (3x) bzw. eine Haarzelleukämie mit Cladribin (2x) behandelt haben.

* 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.

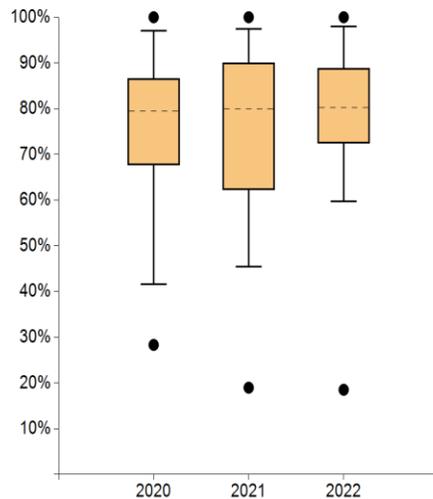
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

16. Hepatitis- und HIV-Serologie vor Beginn der Therapie



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Hepatitis B, C und HIV Serologie vor systemischer Therapie	80*	10 - 435	12853
Nenner	Pat.fälle mit Hämatologischer Neoplasie und systemischer Therapie	107*	34 - 442	15657
Quote	Sollvorgabe $\geq 70\%$	80,22%	18,52% - 100%	82,09%**



	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	97,07%	97,42%	97,95%
75. Perzentil	86,55%	89,98%	88,79%
Median	79,45%	80,03%	80,22%
25. Perzentil	67,69%	62,22%	72,37%
5. Perzentil	41,54%	45,39%	59,69%
● Min	28,33%	18,97%	18,52%

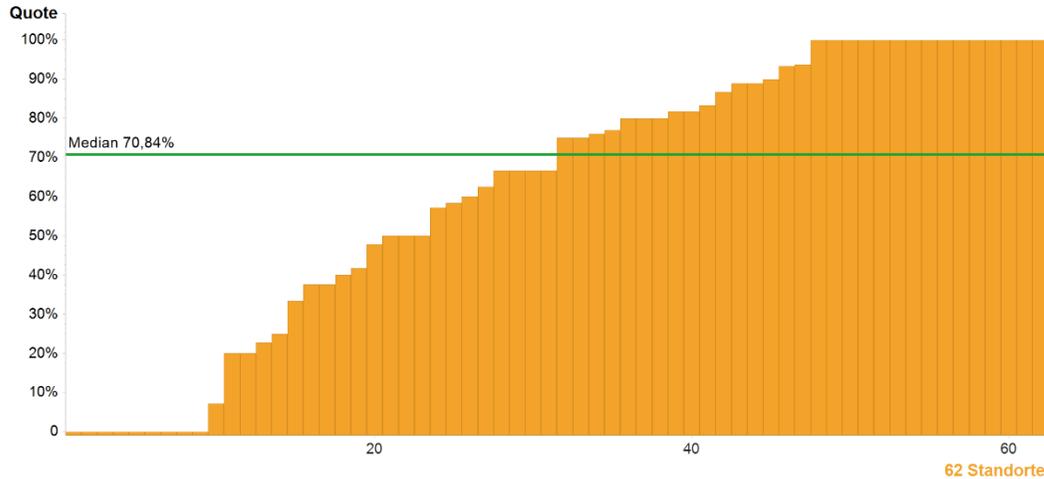
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
117	100,00%	104	88,89%

Anmerkungen:

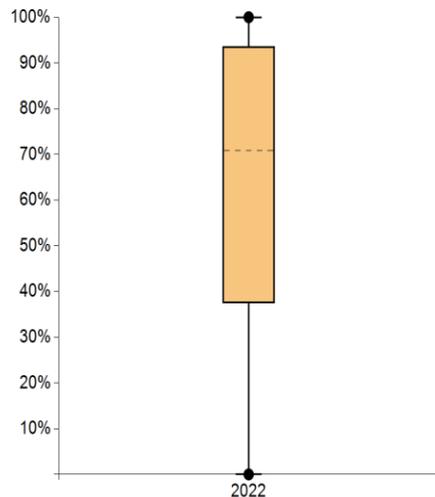
Die Kennzahl verbessert sich über den Verlauf der Zeit und es werden mehr Hepatitis/ HIV-Serologien vor Beginn der Therapie durchgeführt. Zentren, die die Sollvorgabe von 70% nicht erreichen, begründen dies mit Fehlern in der Tumordokumentation (2x) und noch nicht ausreichend etablierten Prozessen.

* 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.

17. Zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonaten/ Denosumab bei Pat. mit Hämatologischer Neoplasie (LL QI Supp)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit zahnärztlicher Untersuchung vor Beginn der Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	4*	0 - 19	328
Nenner	Pat.fälle mit Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	8*	1 - 25	539
Quote	Keine Sollvorgabe	70,84%	0,00% - 100%	60,85%**



	2020	2021	2022
● Max	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	93,65%
Median	----	----	70,84%
25. Perzentil	----	----	37,50%
5. Perzentil	----	----	0,00%
● Min	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
62	52,99%	----	----

Anmerkungen:

Die Kennzahl wurde 2023 das erste Mal erhoben, so dass in den meisten Zentren bisher keine etablierten Strukturen in Anwendung waren.

* 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 Zentren für Hämatologische Neoplasien
Florian Weißinger, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Stefan Krause, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Simone Wesselmann, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Christian Odenwald, OnkoZert
Hanna Breimaier, 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 10.04.2024

ISBN: 978-3-910336-44-5



9 783910 336445