



Kennzahlenauswertung 2025

Jahresbericht der zertifizierten Zentren für Hämatologische Neoplasien

Auditjahr 2024 / Kennzahlenjahr 2023

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Hämatologische Neoplasien 2024	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. 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.

	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Hepatitis B, C und HIV Serologie vor systemischer Therapie	89*	18 - 442	14617
Nenner	Pat. fälle mit Hämatologischer Neoplasie und systemischer Therapie	105*	19 - 442	17309
Quote	Sollvorgabe ≥ 70%	82,76%	49,12% - 100%	84,45%**

Grunddaten Kennzahl:

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

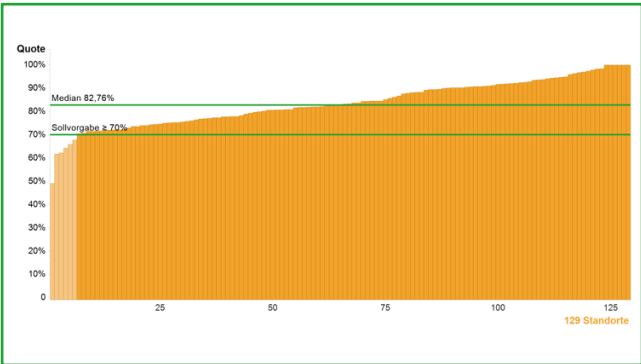
Die Angabe des **Medians** für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

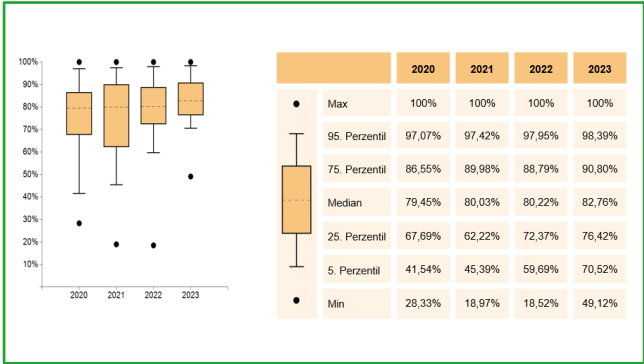
In der Spalte **Pat. Gesamt** sind die Summe aller gemäß der Kennzahl behandelten Pat. sowie die dazugehörige Quote dargestellt.

Diagramm:

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

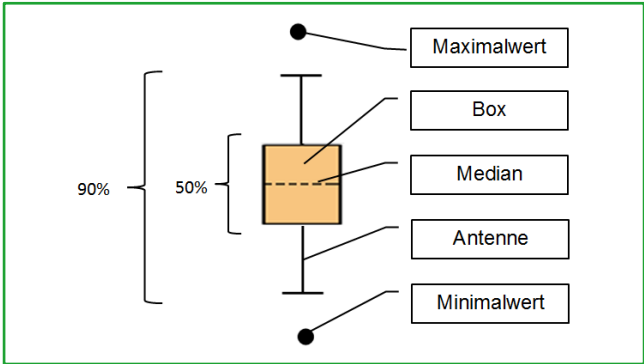


Allgemeine Informationen



Kohorte:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2020**, **2021**, **2022** und **2023** 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 2024

	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021
Laufende Verfahren	8	12	20	19
Zertifizierte Zentren	137	119	100	73
Zertifizierte Standorte	139	121	102	73

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	129	117	86	53
entspricht	92,8%	96,7%	84,31%	72,6%
Pat.fälle gesamt*	22.624	20.493	16.173	9.725
Pat.fälle pro Standort (Mittelwert)*	175,4	175,2	188,1	183,5
Pat.fälle pro Standort (Median)*	142	142	153	153

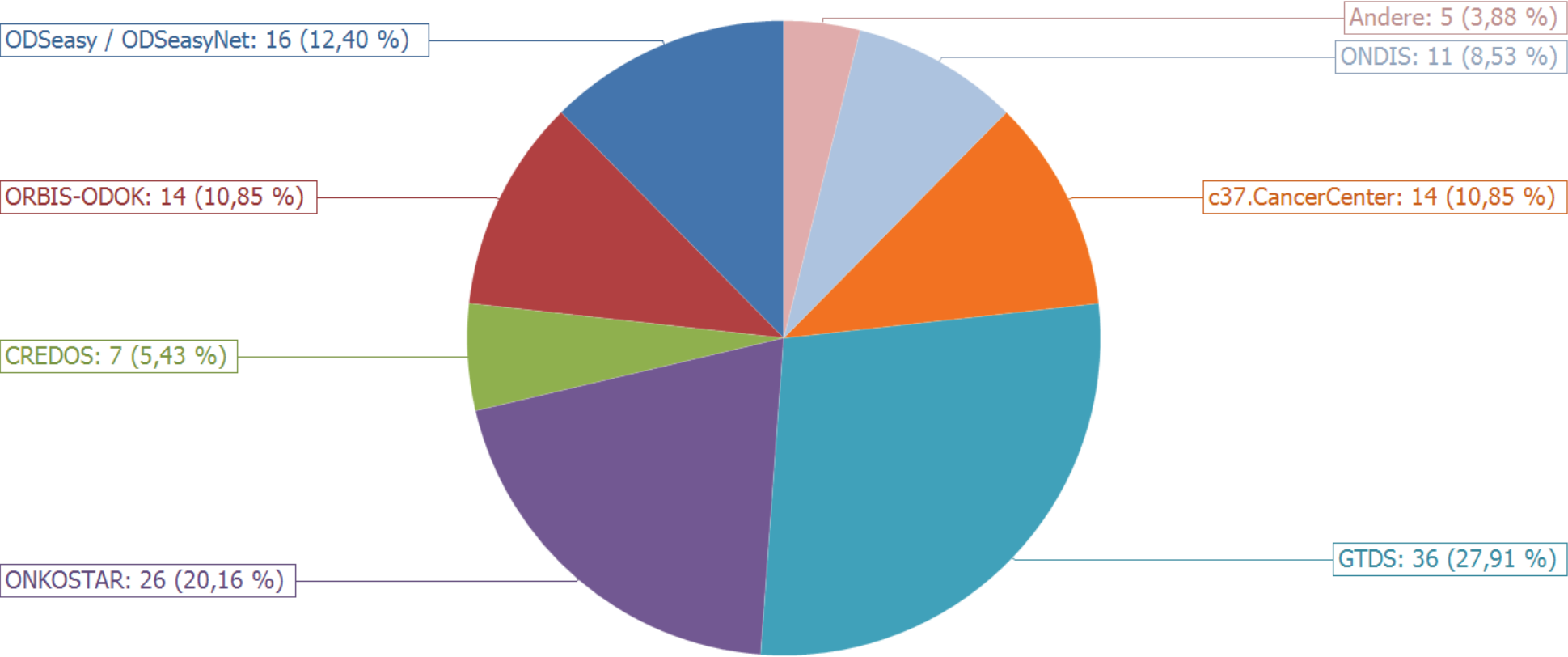
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die in 2024 auditierten Zentren für Hämatologische Neoplasien der Deutschen Krebsgesellschaft. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 129 der 139 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 10 Standorte, die im Jahr 2024 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend).
In allen 139 Standorten wurden insgesamt 23.516 Pat.fälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2023. Sie stellen für die 2024 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

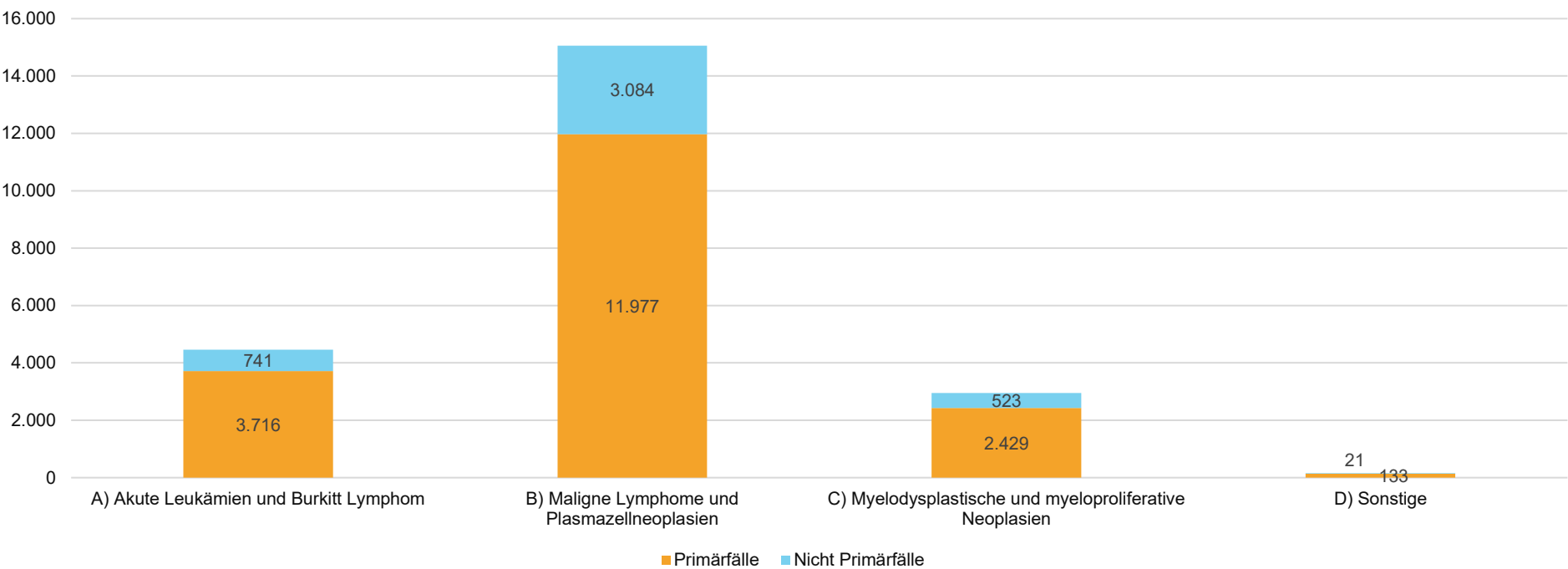
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



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

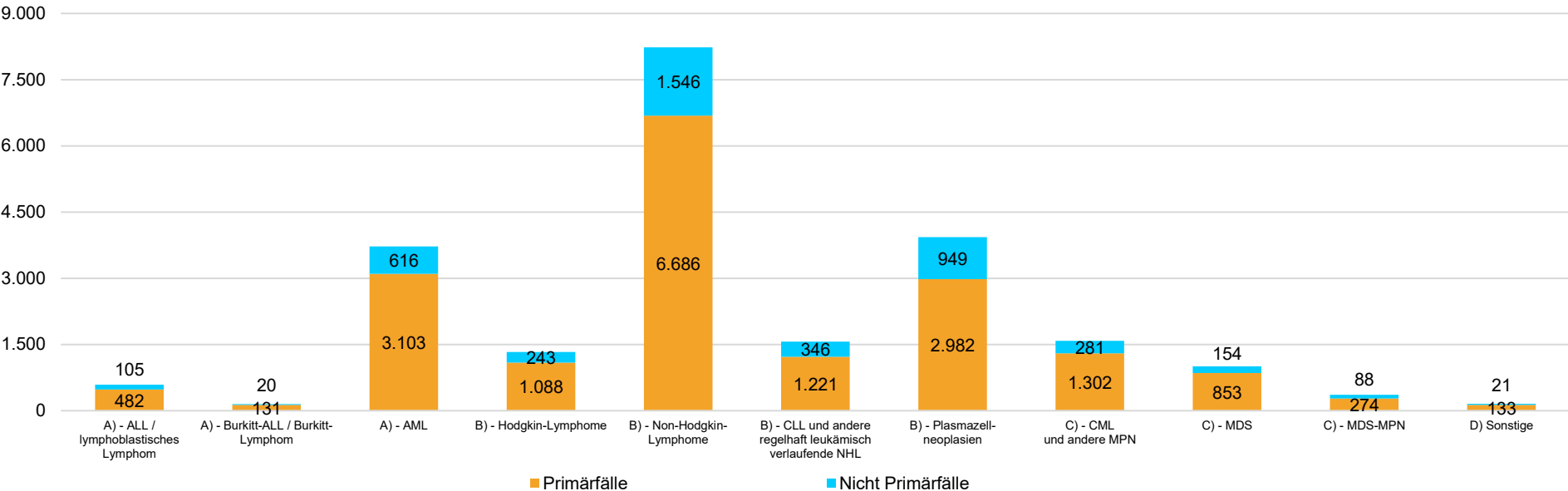
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum 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	4.457 (19,70%)	3.716 (20,36%)	741 (16,96%)
B) Maligne Lymphome und Plasmazellneoplasien	15.061 (66,57%)	11.977 (65,61%)	3.084 (70,59%)
C) Myelodysplastische und myeloproliferative Neoplasien	2.952 (13,05%)	2.429 (13,31%)	523 (11,97%)
D) Sonstige	154 (0,68%)	133 (0,73%)	21 (0,48%)
Gesamt	22.624 (100%)	18.255 (100%)	4.369 (100%)

Basisdaten – Verteilung Pat.fälle und Primärfälle Hämatologische Neoplasien

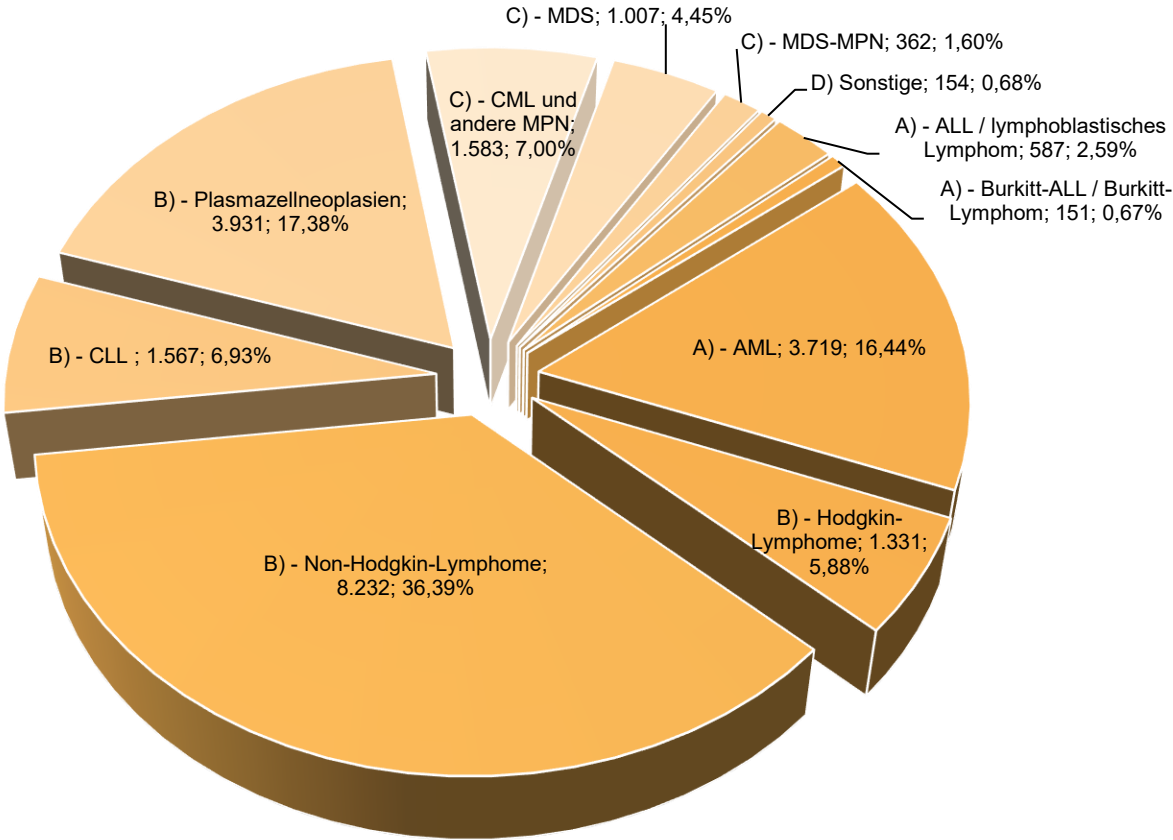


	A) Akute Leukämien und Burkitt Lymphom			B) Maligne Lymphome und Plasmazellneoplasien				C) Myelodysplastische und myeloproliferative Neoplasien			D) Sonstige	Gesamt
	ALL / lympho-blastisches Lymphom	Burkitt-ALL / Burkitt-Lymphom	AML	Hodgkin-Lymphome	Non-Hodgkin-Lymphome	CLL	Plasmazell-neoplasien	CML und andere MPN	MDS	MDS-MPN	Sonstige	
Pat.fälle	587 (2,59%)	151 (0,67%)	3.719 (16,44%)	1.331 (5,88%)	8.232 (36,39%)	1.567 (6,93%)	3.931 (17,38%)	1.583 (7,00%)	1.007 (4,45%)	362 (1,60%)	154 (0,68%)	22.624 (100%)
Davon Primärfälle	482 (2,64%)	131 (0,72%)	3.103 (17,00%)	1.088 (5,96%)	6.686 (36,63%)	1.221 (6,69%)	2.982 (16,34%)	1.302 (7,13%)	853 (4,67%)	274 (1,50%)	133 (0,73%)	18.255 (100%)
Davon Pat., die nicht Primärfälle sind und sich erstmals im Zentrum vorstellen	105 (2,40%)	20 (0,46%)	616 (14,10%)	243 (5,56%)	1.546 (35,39%)	346 (7,92%)	949 (21,72%)	281 (6,43%)	154 (3,52%)	88 (2,01%)	21 (0,48%)	4.369 (100%)

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

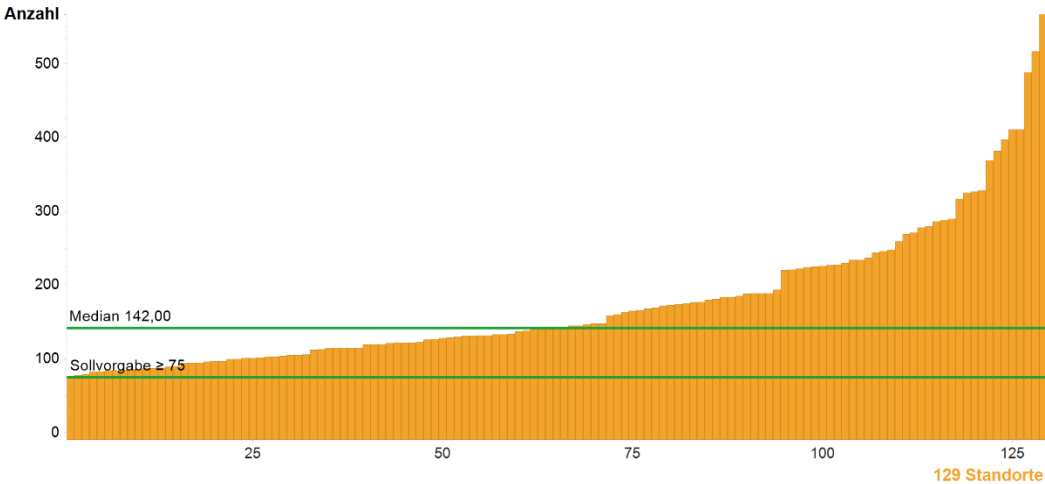


	Pat.fälle
A) - ALL / lymphoblastisches Lymphom	587 (2,59%)
A) - Burkitt-ALL / Burkitt-Lymphom	151 (0,67%)
A) - AML	3.719 (16,44%)
B) - Hodgkin-Lymphome	1.331 (5,88%)
B) - Non-Hodgkin-Lymphome	8.232 (36,39%)
B) - CLL	1.567 (6,93%)
B) - Plasmazellneoplasien	3.931 (17,38%)
C) - CML und andere MPN	1.583 (7,00%)
C) - MDS	1.007 (4,45%)
C) - MDS-MPN	362 (1,60%)
D) Sonstige	154 (0,68%)
Pat.fälle gesamt	22.624 (100%)

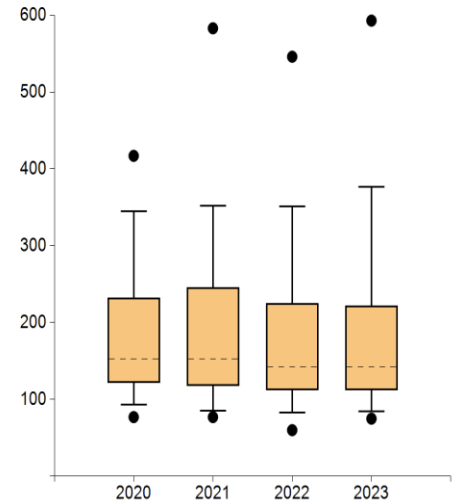
Anzahl komplexe Blockchemotherapie

	Summe (129 Zentren)	Median pro Zentrum
Anzahl hochgradig komplexer und intensiver Blockchemotherapien bei den oben aufgeführten Diagnosen (OPS: 8-544)	10.728	36

1. Pat.fälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat.fälle mit einer hämatologischen Neoplasie (gem. Erhebungsbogen Kap. 1.2.1)	142	75 - 593	22624
	Sollvorgabe ≥ 75			

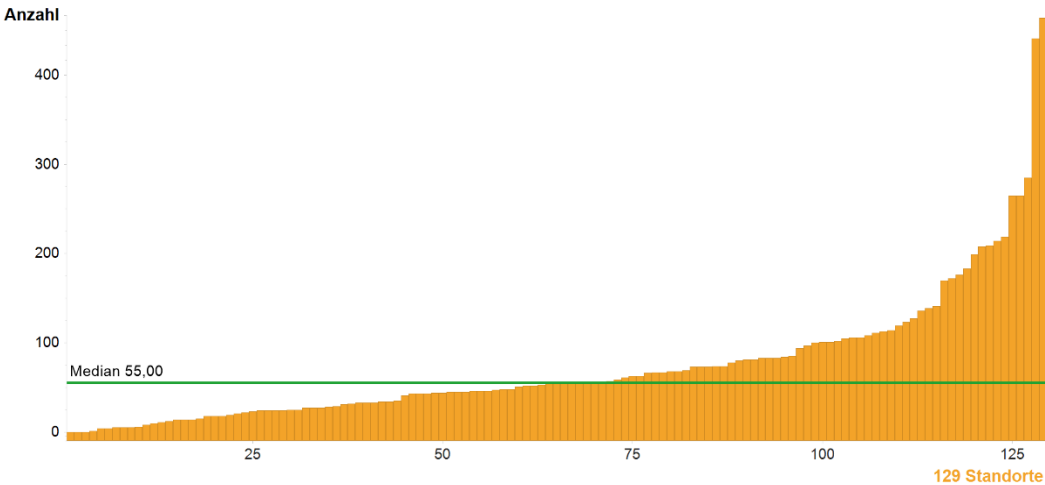


		2020	2021	2022	2023
●	Max	417,00	583,00	546,00	593,00
	95. Perzentil	345,20	352,25	351,00	376,80
	75. Perzentil	232,00	245,25	225,00	222,00
	Median	153,00	153,00	142,00	142,00
	25. Perzentil	122,00	118,00	112,00	112,00
	5. Perzentil	92,80	85,00	82,80	84,40
●	Min	77,00	77,00	60,00	75,00

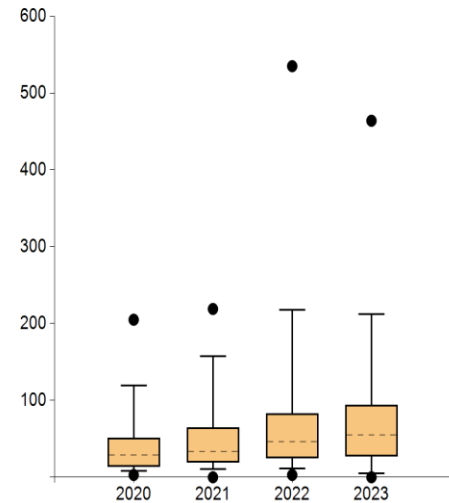
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
129	100,00%	129	100,00%

Anmerkungen:
Alle 129 Standorte erfüllen die Sollvorgabe von ≥ 75 Pat.fällen. Der Median liegt wie im Vorkennzahlenjahr bei 142 Pat.fällen/ Zentrum. Für die 95. Perzentile und den Maximalwert sind über die Jahre eine kontinuierliche Zunahme zu verzeichnen. Gegenüber dem Vorkennzahlenjahr ist eine Zunahme der Pat.fälle um 9,4% zu verzeichnen, bei einem gleichzeitigen Zuwachs an im Jahresbericht berücksichtigen Zentren von 9,3%. Die Verteilung auf die unterschiedlichen hämatologischen Neoplasien (Folie Nr. 9) ist im gegenüber zum Vorjahr nicht wesentlich verändert.

2. Anzahl komplexe Diagnostiken bei myeloischen und lymphatischen Neubildungen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Anzahl komplexe Diagnostiken bei myeloischen und lymphatischen Neubildungen (Prozeduren analog des OPS: 1-941)	55	0 - 464	9569
	Keine Sollvorgabe			

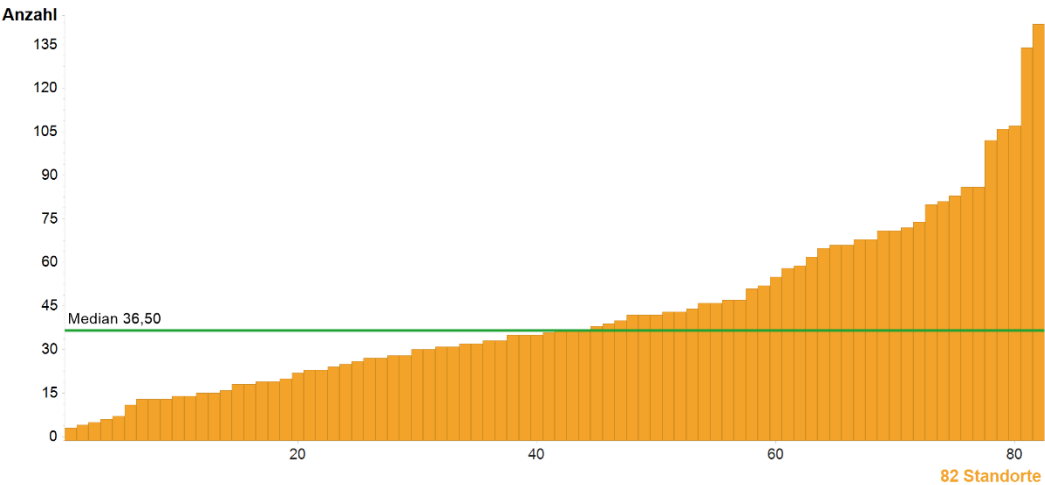


		2020	2021	2022	2023
●	Max	205,00	219,00	535,00	464,00
	95. Perzentil	119,20	157,50	218,00	212,00
	75. Perzentil	51,00	64,75	82,50	94,00
	Median	29,00	33,50	46,00	55,00
	25. Perzentil	14,00	19,25	24,75	27,00
	5. Perzentil	8,60	10,25	11,25	5,00
●	Min	3,00	0,00	3,00	0,00

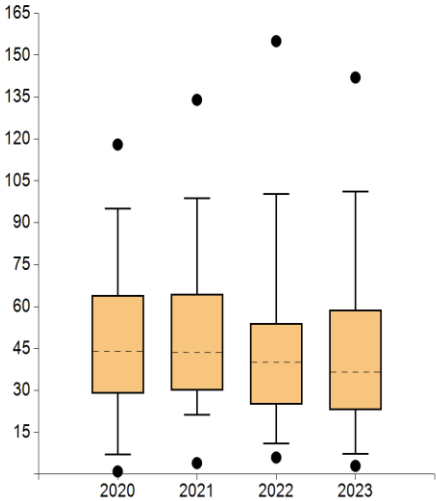
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
129	100,00%	----	----

Anmerkungen:
Für die Anzahl an komplexen Diagnostiken bei myeloischen und lymphatischen Neubildungen (OPS: 1-941) ist weiterhin eine Steigerung zu verzeichnen von 8195 im Vorkennzahlenjahr auf nun 9569 (+ 14,4%). Der Median steigt über die Betrachtungsjahre kontinuierlich an. Die Kennzahl ist derzeit ohne Sollvorgabe oder Plausibilitätsgrenze.

3. Autologe Stammzelltransplantationen



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Autologe Stammzelltransplantationen (OPS: 5-411.0, 8-805.0) (am Standort des Zentrums durchgeführt)	36,5	3 - 142	3524
	Keine Sollvorgabe			

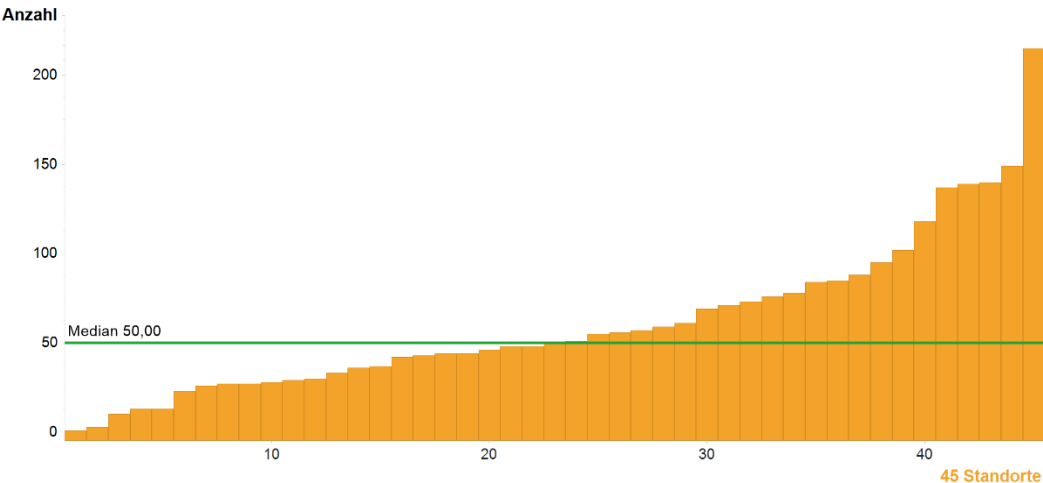


		2020	2021	2022	2023
●	Max	118,00	134,00	155,00	142,00
	95. Perzentil	95,00	98,70	100,20	101,20
	75. Perzentil	64,00	64,50	54,00	58,75
	Median	44,00	43,50	40,00	36,50
	25. Perzentil	29,00	30,00	25,00	23,00
	5. Perzentil	7,00	21,25	11,00	7,20
●	Min	1,00	4,00	6,00	3,00

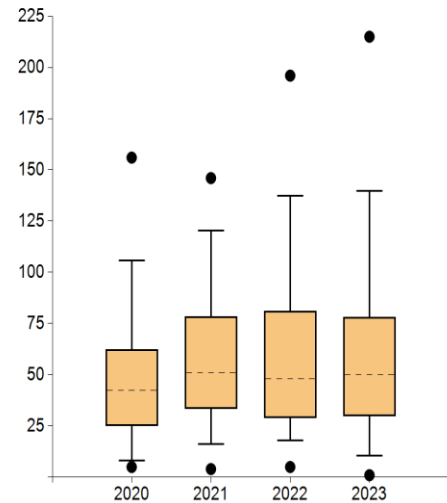
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
82	63,57%	----	----

Anmerkungen:
82 der 129 Zentren (etwa 64%) haben am eigenen Standort autologe Stammzelltransplantationen durchgeführt (Vorjahr 77). Insgesamt wurden 3524 autologe Stammzelltransplantationen im betrachteten Kennzahlenjahr dokumentiert (Vorkennzahlenjahr 3555). 5 Zentren haben weniger als 10 autologe Stammzelltransplantationen durchgeführt.

4. Allogene Stammzelltransplantationen



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		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)	50	1 - 215	2759
	Keine Sollvorgabe			

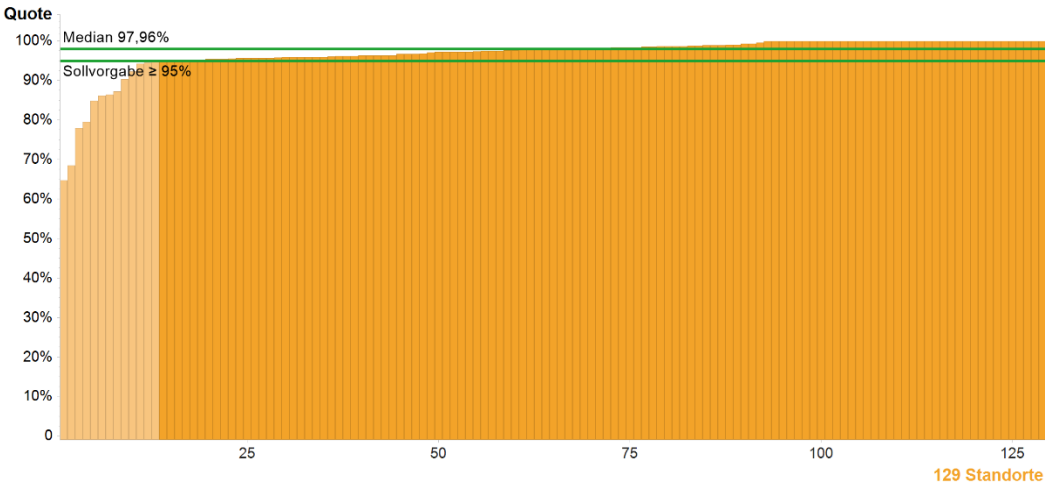


		2020	2021	2022	2023
●	Max	156,00	146,00	196,00	215,00
	95. Perzentil	105,75	120,30	137,20	139,80
	75. Perzentil	62,25	78,50	81,00	78,00
	Median	42,50	51,00	48,00	50,00
	25. Perzentil	25,00	33,50	29,00	30,00
	5. Perzentil	8,00	16,10	18,10	10,60
●	Min	5,00	4,00	5,00	1,00

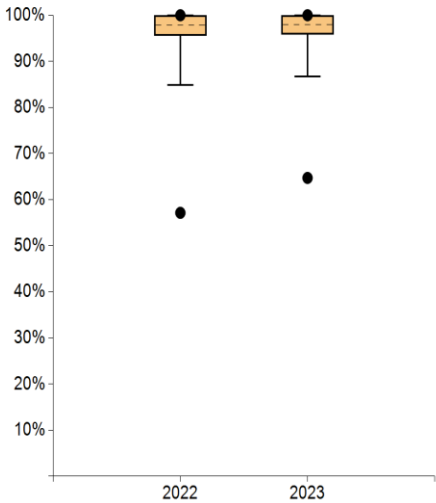
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
45	34,88%	----	----

Anmerkungen:
45 der 129 Standorte führen auch allogene Transplantationen durch (entspricht ca. 35%; Vorkennzahlenjahr 37%). Die Kennzahl hat keine Sollvorgabe. Von Seiten des G-BA wurde eine jährliche Mindestmenge von 40 allogenen Stammzelltransplantationen festgelegt. In den Kalenderjahren 2023 und 2024 gilt dafür übergangsweise jeweils die Mindestmenge von 25 Leistungen pro Standort eines Krankenhauses. An 15 Standorten lag im Kennzahlenjahr 2023 die Anzahl an allogenen Stammzelltransplantationen < 40, an 6 Standorten < 25 (n = 1 – 37 Tx).

5a. Vorstellung Tumorkonferenz (Primärfälle)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die prätherapeutisch in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	70*	22 - 222	10554
Nenner	Primärfälle mit Hodgkin-Lymphom, Non-Hodgkin-Lymphom, Burkitt-ALL, Burkitt-Lymphom oder Plasmazellneoplasie	73*	25 - 223	10887
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,96%	64,71% - 100%	96,94%**



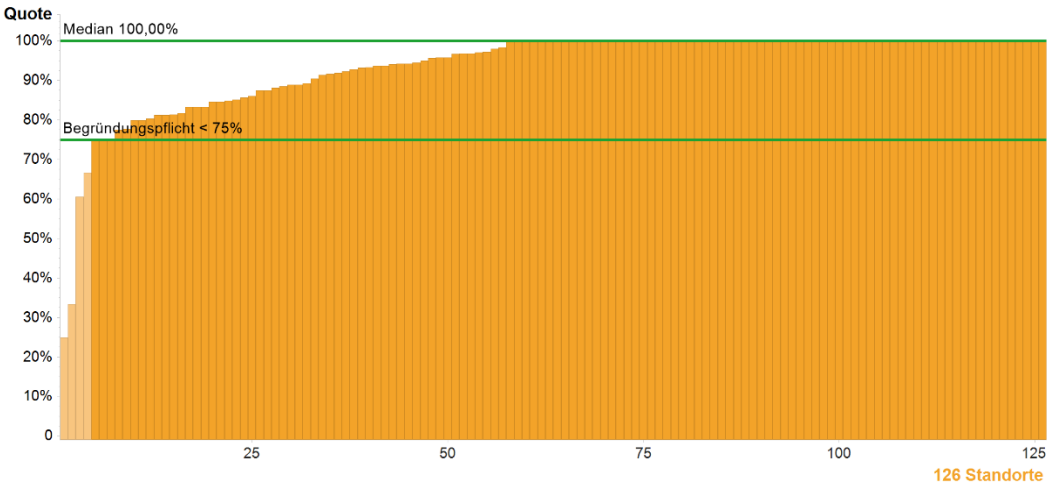
		2020	2021	2022	2023
●	Max	----	----	100%	100%
	95. Perzentil	----	----	100%	100%
	75. Perzentil	----	----	100%	100%
	Median	----	----	97,87%	97,96%
	25. Perzentil	----	----	95,56%	95,89%
	5. Perzentil	----	----	84,89%	86,72%
●	Min	----	----	57,14%	64,71%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
129	100,00%	116	89,92%

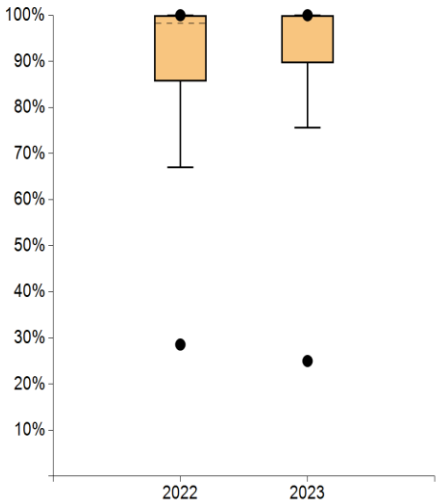
Anmerkungen:
Etwa 90% der Standorte erfüllen die Sollvorgabe von ≥ 95%. Dies entspricht einer Zunahme von ca. 6% im Vgl. zum Vorkennzahlenjahr. Die Begründungen der 13 Zentren, die die Sollvorgabe unterschreiten, sind vorwiegend dringliche Therapieeinleitungen/ Notfallindikationen, in einigen Ausnahmefällen auch Nicht-Vorstellungen aufgrund organisatorischer Gründe bzw. personeller Engpässe. Es wurde 1 Abweichung ausgesprochen.

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

5b. Vorstellung Tumorkonferenz (weitere)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	13*	1 - 124	2588
Nenner	Pat.fälle (außer Primärfälle) mit Hodgkin-Lymphom, Non-Hodgkin-Lymphom, Burkitt-ALL, Burkitt-Lymphom oder Plasmazellneoplasie	13*	1 - 124	2758
Quote	Begründungspflicht*** <75%	100%	25,00% - 100%	93,84%**



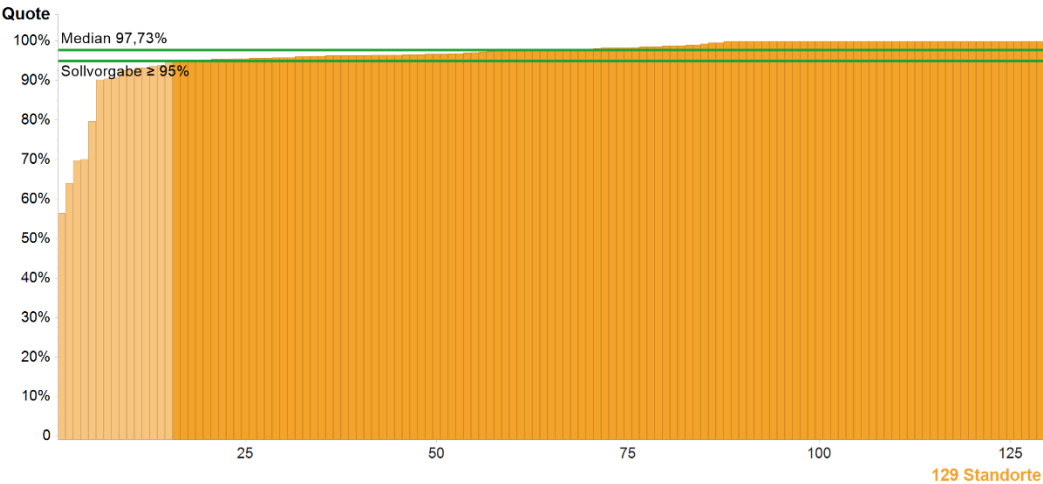
		2020	2021	2022	2023
●	Max	----	----	100%	100%
	95. Perzentil	----	----	100%	100%
	75. Perzentil	----	----	100%	100%
	Median	----	----	98,24%	100%
	25. Perzentil	----	----	85,71%	89,59%
	5. Perzentil	----	----	67,01%	75,63%
●	Min	----	----	28,57%	25,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
126	97,67%	122	96,83%

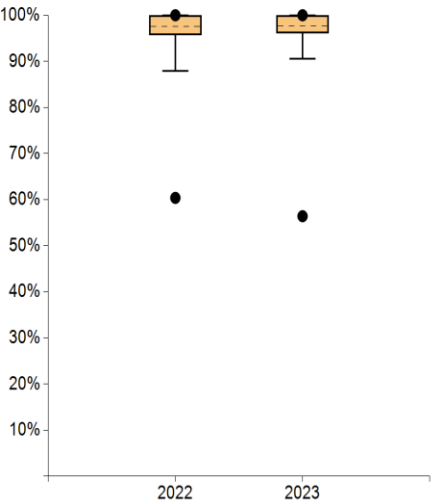
Anmerkungen:
97% der Zentren erreichen Vorstellungsquoten $\geq 75\%$ für diese Kennzahl. An 69 Zentren wurden alle Pat. der betrachteten Grundgesamtheit in der Tumorkonferenz vorgestellt. 3 Zentren behandelten im betrachteten Kennzahlenjahr keine Fälle der im Nenner genannten Neoplasien. 4 Zentren waren begründungspflichtig, 3 davon wiesen sehr kleine Fallzahlen (Nenner: $n = 3$ bzw. 4) auf.

* 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



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit einer präh. Fallbesprechung der Hämatologie und Onkologie (gem. EB Kap. 1.2.2) (ersatzweise: präh. Vorstellung in der TuKo gem. EB Kap. 1.2.3)	57*	17 - 248	8662
Nenner	Pat.fälle mit einer hämatologischen Neoplasie, (außer: Hodgkin-Lymphom, Non-Hodgkin-Lymphom, Burkitt-ALL, Burkitt-Lymphom oder Plasmazellneoplasie)	58*	17 - 249	8979
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,73%	56,41% - 100%	96,47%**



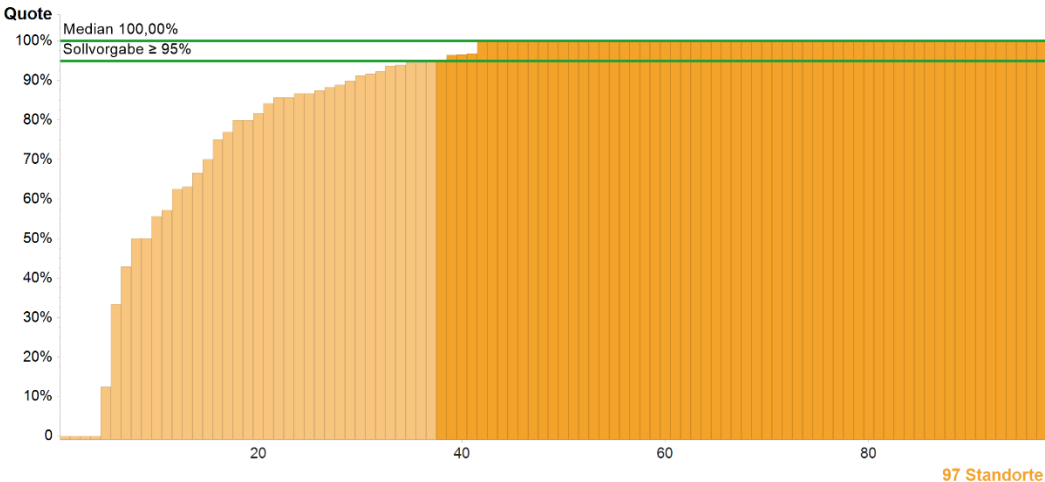
		2020	2021	2022	2023
●	Max	-----	-----	100%	100%
	95. Perzentil	-----	-----	100%	100%
	75. Perzentil	-----	-----	100%	100%
	Median	-----	-----	97,56%	97,73%
	25. Perzentil	-----	-----	95,73%	96,10%
	5. Perzentil	-----	-----	87,87%	90,54%
●	Min	-----	-----	60,38%	56,41%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
129	100,00%	114	88,37%

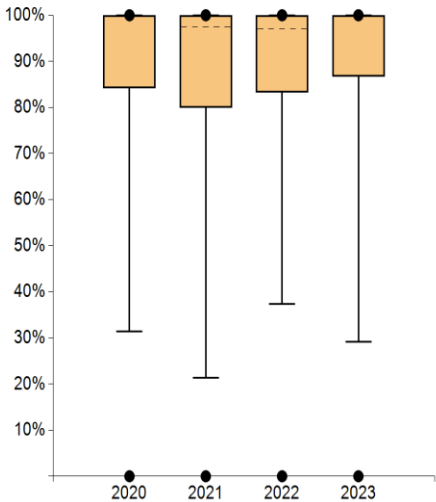
Anmerkungen:
88% der Standorte erfüllen die Sollvorgabe ≥ 95% (idem zum Vorkennzahlenjahr). Die 15 Zentren, die die Sollvorgabe nicht erreichen, begründeten dies u.a. mit einer Vorstellung in der prätherapeutischen TK, Versterben von Pat. vor Fallbesprechung, dass die Prozesse für die Vorstellung ambulanter Pat. noch nicht vollständig implementiert seien sowie Dokumentationsproblemen bei erfolgter Fallbesprechung. Es wurde 1 Abweichung ausgesprochen.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Transplantationskonferenz innerhalb von drei Wochen nach Erst- oder Rezidiv-Diagnose	9*	0 - 96	1210
Nenner	Pat.fälle mit Akuter Leukämie < 70 Jahre	11*	1 - 96	1311
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	0,00% - 100%	92,30%**



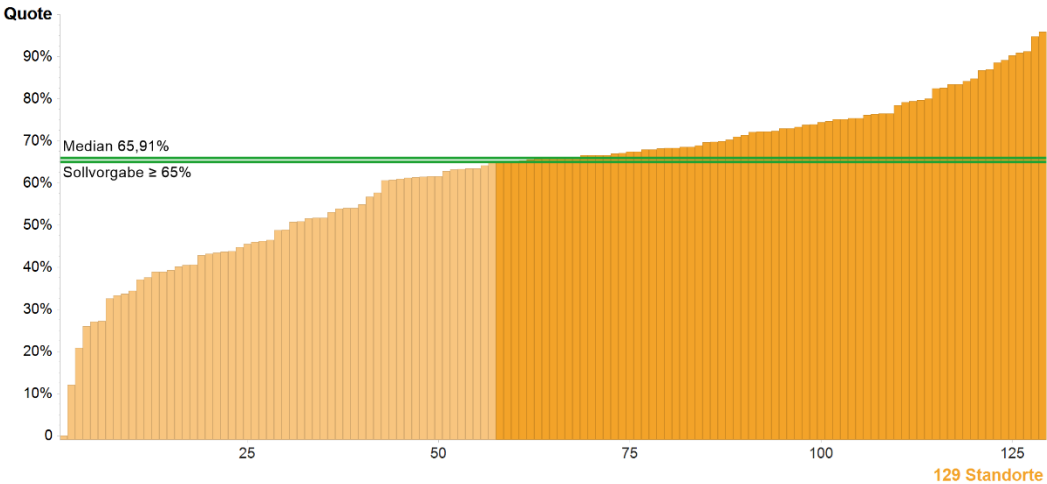
		2020	2021	2022	2023
●	Max	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
	Median	100%	97,37%	97,06%	100%
	25. Perzentil	84,17%	80,00%	83,33%	86,67%
	5. Perzentil	31,42%	21,34%	37,33%	29,16%
●	Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
97	75,19%	60	61,86%

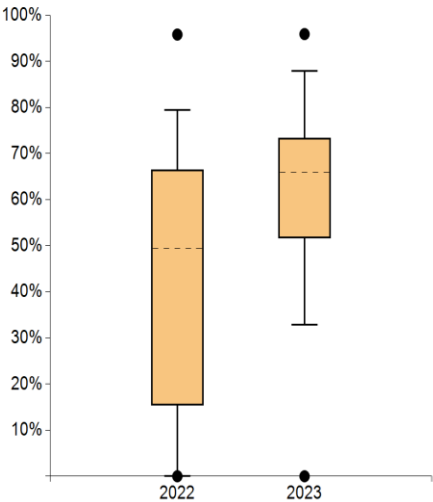
Anmerkungen:
32 Zentren gaben an, dass die allogenen Stammzelltransplantationen über den eigenen Standort erfolgen, so dass die Fälle bereits in KeZa 6 erfasst seien. Von den weiteren 97 Zentren erfüllen ca. 62% die Sollvorgabe (Vgl. Vorjahr: 55%). Die Begründungen der 37 Zentren < 95% umfassten u.a. Berücksichtigung des Pat.wunsches (n = 9 Nennungen), Versterben von Pat. vor Vorstellung (n = 9), Verlegung von Pat. an ein anderes Zentrum u. dortige Vorstellung o. Vorstellung durch niedergelassene Häma/ Onkolog:in (n = 8), Pat. mit Akuter Leukämie, für die LL-gerecht keine Tx indiziert sei (n = 3). An 8 Zentren wurden als Begründung ein reduzierter AZ oder bestehende Komorbiditäten genannt. In der Kommissionsitzung 2024 war durch die Kommission betont worden, dass alle Pat. < 70 J. mit akuter Leukämie vorgestellt werden sollen, unabhängig von ggf. bestehenden Komorbiditäten. Es wurde 1 Abweichung ausgesprochen.

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

8. Psychoonkologisches Distress-Screening



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	93*	0 - 341	13697
Nenner	Pat.fälle (= Kennzahl 1)	142*	75 - 593	22624
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	65,91%	0,00% - 95,91%	60,54%**



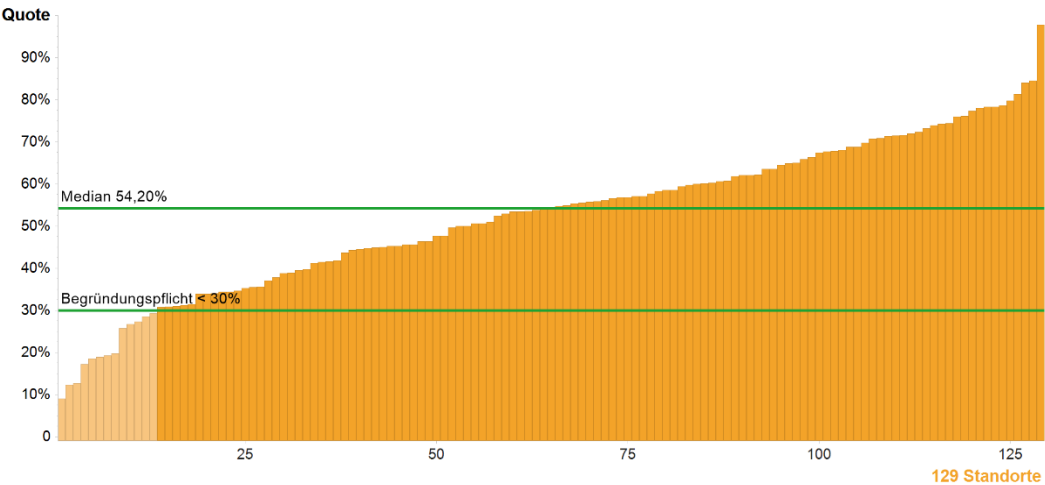
		2020	2021	2022	2023
●	Max	-----	-----	95,80%	95,91%
	95. Perzentil	-----	-----	79,46%	87,97%
	75. Perzentil	-----	-----	66,41%	73,40%
	Median	-----	-----	49,38%	65,91%
	25. Perzentil	-----	-----	15,45%	51,69%
	5. Perzentil	-----	-----	0,00%	32,92%
●	Min	-----	-----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
129	100,00%	72	55,81%

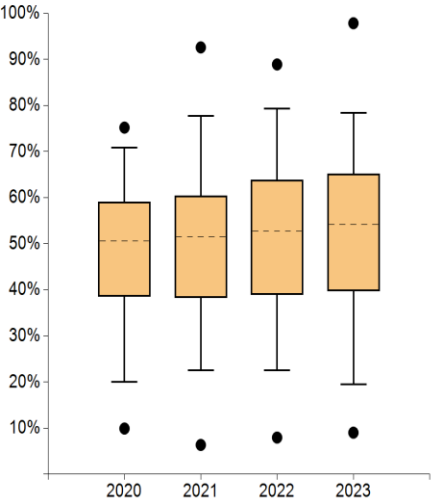
Anmerkungen:
Knapp 56% der Standorte erreichen die Sollvorgabe von ≥ 65% (Vorkennzahlenjahr 30%) bei einer großen Range [0 – 96%]. Häufige Begründung war eine fehlende Rückgabe der ausgeteilten Screeningbögen und fehlende/ verzögerte Erfassung von ausgefüllten Bögen und Auswertung als „nicht gescreent“. Insbesondere für den Anteil der ambulant betreuten Pat. berichteten die Zentren über Herausforderungen bei der Umsetzung. Die Zentren mit Unterschreitung der Sollvorgabe berichteten über Maßnahmen zur Implementierung von digitalen Lösungen. Es wurden 2 Abweichungen ausgesprochen.

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

9. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	82*	12 - 339	11853
Nenner	Pat.fälle mit einer hämatologischen Neoplasie	142*	75 - 593	22624
Quote	Begründungspflicht*** <30%	54,20%	9,02% - 97,83%	52,39%**



		2020	2021	2022	2023
●	Max	75,19%	92,59%	88,89%	97,83%
	95. Perzentil	70,77%	77,71%	79,35%	78,34%
	75. Perzentil	59,02%	60,41%	63,83%	65,08%
	Median	50,54%	51,54%	52,75%	54,20%
	25. Perzentil	38,52%	38,33%	38,95%	39,75%
	5. Perzentil	20,03%	22,50%	22,57%	19,50%
●	Min	9,92%	6,36%	7,96%	9,02%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
129	100,00%	116	89,92%

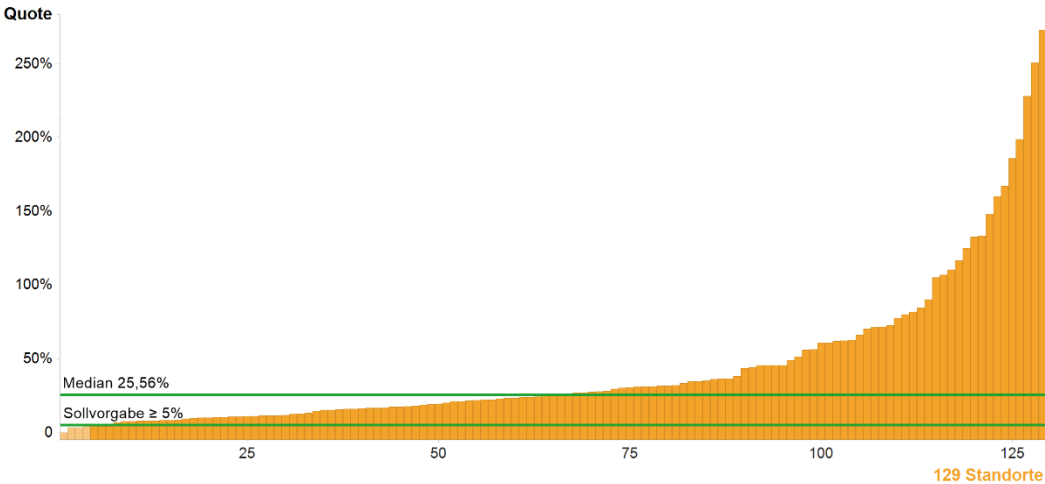
Anmerkungen:
Etwa 90% der Standorte erreichen für diese Kennzahl Raten $\geq 30\%$. 52% der Pat.fälle mit hämatologischer Neoplasie wurden stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten.
13 Zentren waren begründungspflichtig. 9 dieser Zentren liegen außerhalb von Deutschland, wo andere Regularien bestehen und die Themen der Sozialarbeit über andere Berufsgruppen abgedeckt werden. 4 Zentren in Deutschland, begründeten u.a. durch fehlenden pat.seitigen Bedarf und durch personelle Engpässe.

* 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.

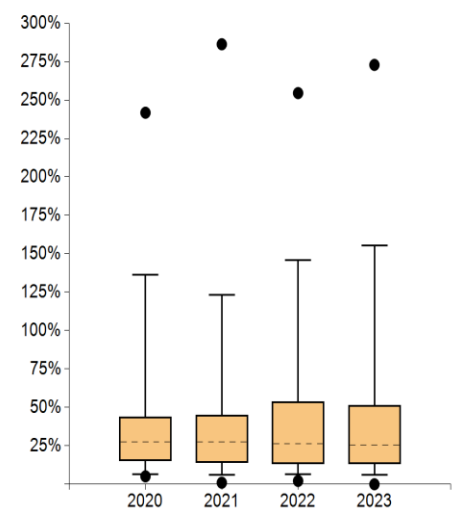
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

10. Anteil Studienpat.



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	33*	0 - 725	9795
Nenner	Primärfälle	122*	49 - 430	18255
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	25,56%	0,00% - 272,89%	53,66%**



		2020	2021	2022	2023
●	Max	241,76%	286,31%	254,55%	272,89%
	95. Perzentil	136,25%	123,31%	145,63%	155,33%
	75. Perzentil	43,79%	45,00%	53,61%	51,47%
	Median	27,50%	27,42%	26,32%	25,56%
	25. Perzentil	15,35%	13,98%	13,27%	13,16%
	5. Perzentil	6,54%	6,25%	6,33%	6,19%
●	Min	5,15%	1,00%	2,17%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
129	100,00%	125	96,90%

Anmerkungen:
97% der Standorte erfüllen die geforderte Studienquote von ≥ 5% [Range 0 – 273%].
4 Zentren erreichen die geforderte Studienquote nicht. In der Betrachtung der Daten des Folgejahres konnten diese Zentren bereits gesteigerte Studieneinschlüsse und die Akquise von Studien nachweisen.
Es wurden Hinweise, aber keine Abweichungen in den Audits ausgesprochen.

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

Individueller Jahresbericht - Benchmark

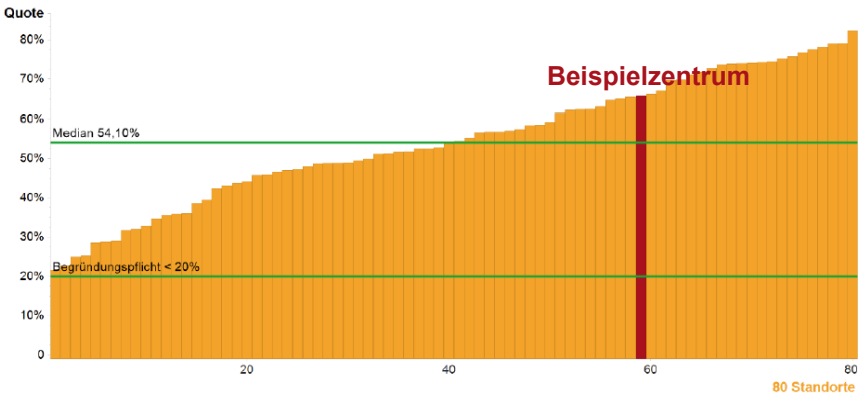
Individueller Jahresbericht - Standortspezifische Kennzahlenauswertung eines Zentrums

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				
		2019	2020	2021	2022	2023
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:

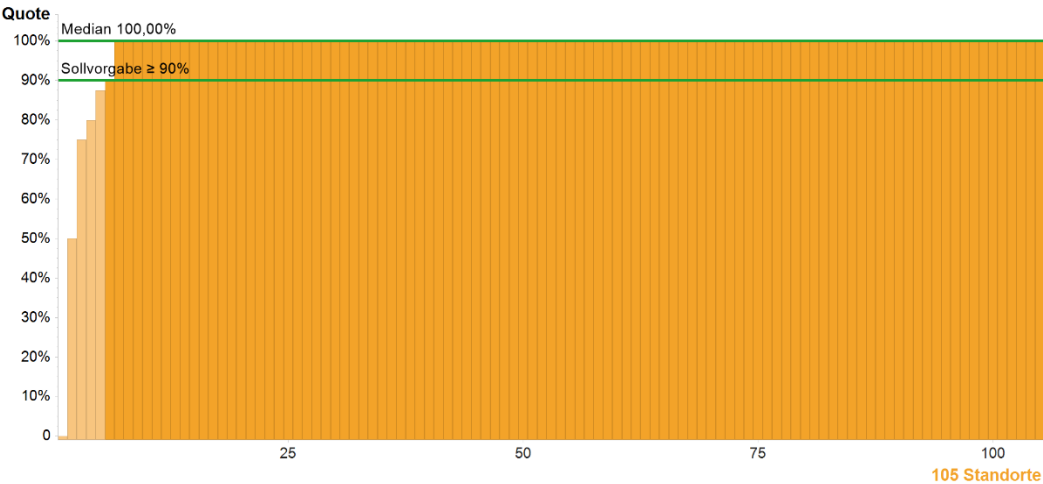
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- 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).

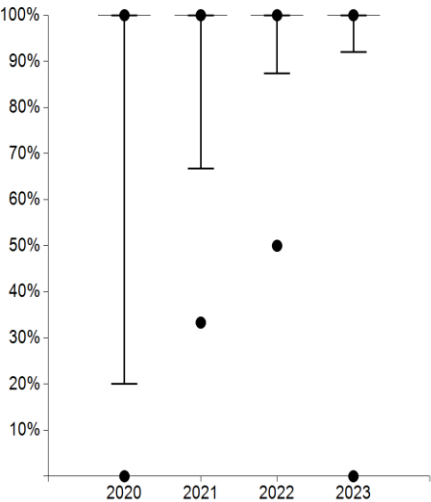
Alle anderen Organkrebszentren / Module

- 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)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Interim-PET/CT	2*	0 - 14	302
Nenner	Primärfälle Hodgkin-Lymphom Stadium III/IV und BEACOPP-Chemotherapie	2*	1 - 14	308
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	0,00% - 100%	98,05%**



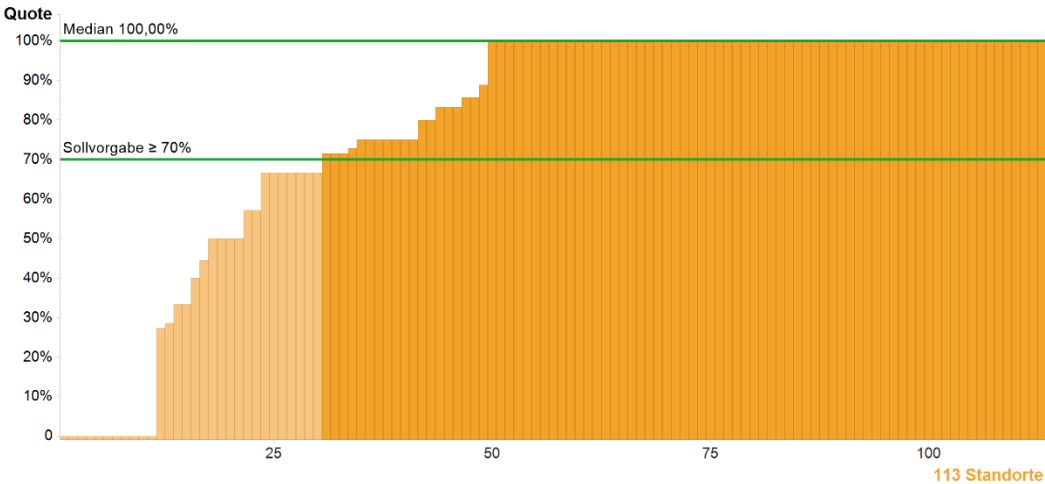
		2020	2021	2022	2023
●	Max	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
	Median	100%	100%	100%	100%
	25. Perzentil	100%	100%	100%	100%
	5. Perzentil	20,00%	66,67%	87,32%	92,00%
●	Min	0,00%	33,33%	50,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
105	81,40%	100	95,24%

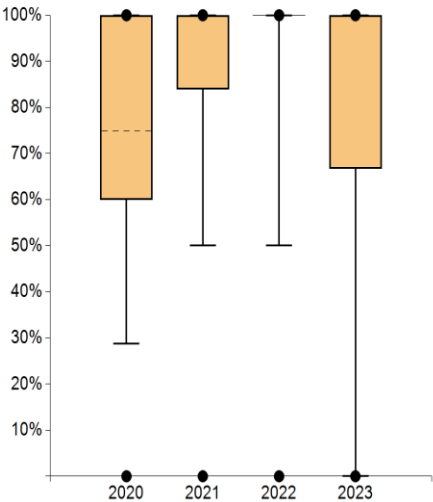
Anmerkungen:
Etwa 98% der betrachteten Primärfälle erhielten ein Interim-PET/CT. 24 von 129 Zentren behandelten keine Pat. der betrachteten Grundgesamtheit (Therapie mit BrECADD oder ABVD anstatt BEACOPP). 5 Zentren unterschritten die Sollvorgabe. Begründet wurde dies durch das Versterben von Pat. vor geplantem Interim-PET/CT, Erfordernis der Umstellung der Therapie aufgrund von NW oder Verzicht im Rahmen eines Best supportive Care-Konzepts. Die Kennzahl, die einem LL-QI entspricht, wird aufgrund veränderter Therapieempfehlungen vorerst ausgesetzt. Die LL befindet sich akt. in Überarbeitung.

* 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 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit BEACOPPeskaliert	2*	0 - 14	301
Nenner	Primärfälle Hodgkin-Lymphom Stadium III/IV und ≤ 60 Jahre	3*	1 - 14	398
Quote	Sollvorgabe ≥ 70%	100%	0,00% - 100%	75,63%**



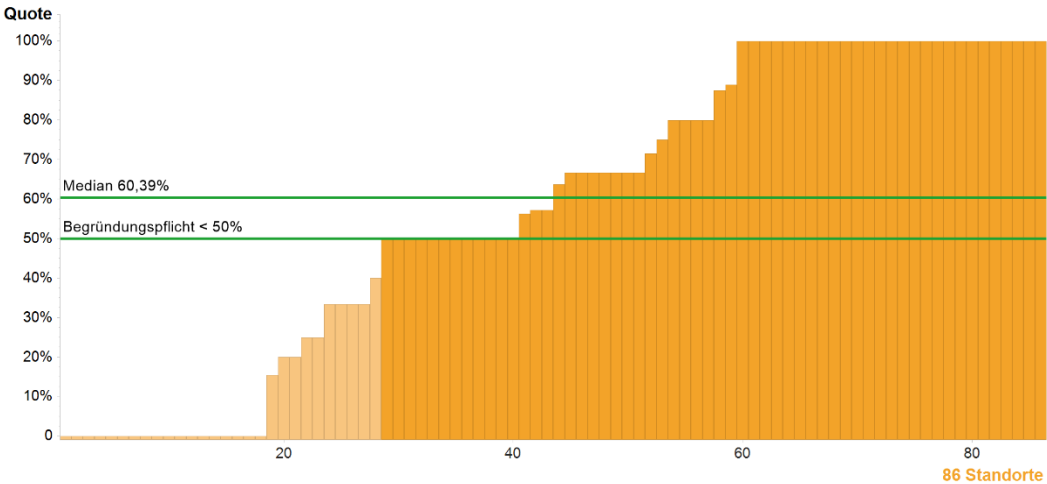
		2020	2021	2022	2023
●	Max	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
	Median	75,00%	100%	100%	100%
	25. Perzentil	60,00%	83,93%	100%	66,67%
	5. Perzentil	28,75%	50,00%	50,00%	0,00%
●	Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
113	87,60%	83	73,45%

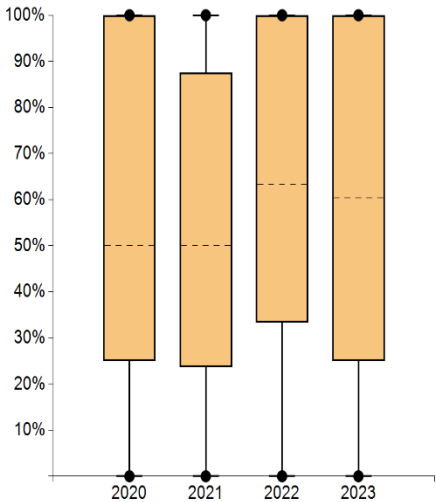
Anmerkungen:
In 113 Zentren wurden Primärfälle mit Hodgkin Lymphom der St. III/IV behandelt, 16 Zentren behandelten im Betrachtungsjahr keine Pat. der Grundgesamtheit. Etwa 76% der Pat. erhielten eine Chemotherapie mit BEACOPPeskaliert, was einem Rückgang von etwa 13% gegenüber dem Vorkennzahlenjahr entspricht. Die Ergebnisse spiegeln die veränderten Therapieempfehlungen wider. Die Kennzahl wird im Folgekennzahlenjahr ausgesetzt. Die LL befindet sich gegenwärtig im Aktualisierungsprozess.

* 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)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit autologer Stammzelltransplantation (OPS-Kode: 8-805.0 oder 5-411.0)	2*	0 - 18	207
Nenner	Pat. < 60 Jahre mit erstem Rezidiv oder Progress eines Hodgkin Lymphoms oder diffusen großzelligen B-Zell-Lymphoms	3*	1 - 18	367
Quote	Begründungspflicht*** <50%	60,39%	0,00% - 100%	56,40%**



		2020	2021	2022	2023
●	Max	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	87,50%	100%	100%
	Median	50,00%	50,00%	63,34%	60,39%
	25. Perzentil	25,00%	23,75%	33,33%	25,00%
	5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
●	Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
86	66,67%	58	67,44%

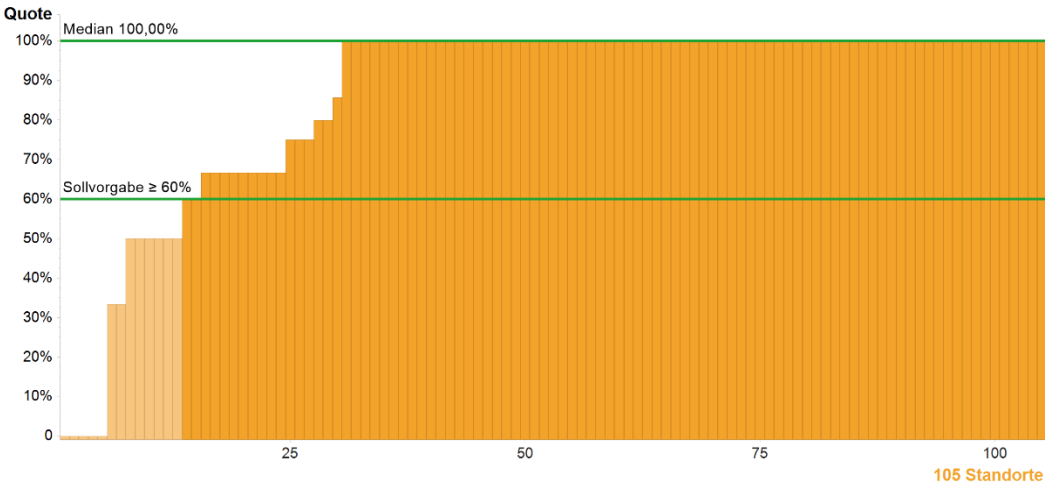
Anmerkungen:
An 86 der 129 Standorte wurden 367 Pat. < 60 J. mit erstem Rezidiv o. Progress eines Hodgkin Lymphoms o. diff. großzell. B-Zell-Lymphoms behandelt. 207 erhielten eine autologe Stammzelltransplantation (entspr. 56%). 43 Zentren behandelten keine Pat. der Grundgesamtheit. 28 sind für die Kennzahl begründungspflichtig u. begründen dies u.a. damit, dass Pat. andere Therapien erhielten (CAR-T-Zelltherapie, autologe Stx). Weitere Begründungen sind Kontraindikationen/ schlechter AZ, Versterben vor Therapie sowie palliative Therapiekonzepte. Die Kennzahl, die einem QI der LL entspricht, wird vorerst ausgesetzt, da sich die Therapieempfehlungen geändert haben. Die LL wird derzeit 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.

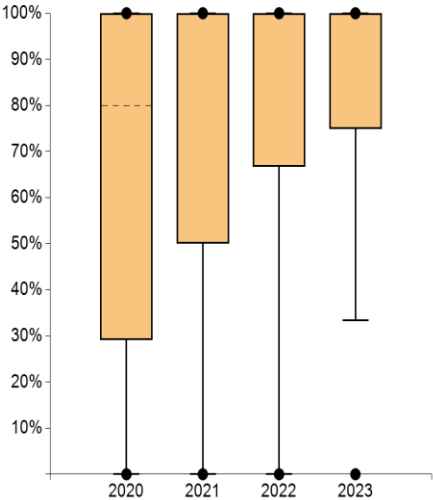
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

*** 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 2023		
		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 - 25	222
Nenner	Primärfälle mit CLL und erster systemischer Therapie	2*	1 - 25	262
Quote	Sollvorgabe ≥ 60%	100%	0,00% - 100%	84,73%**



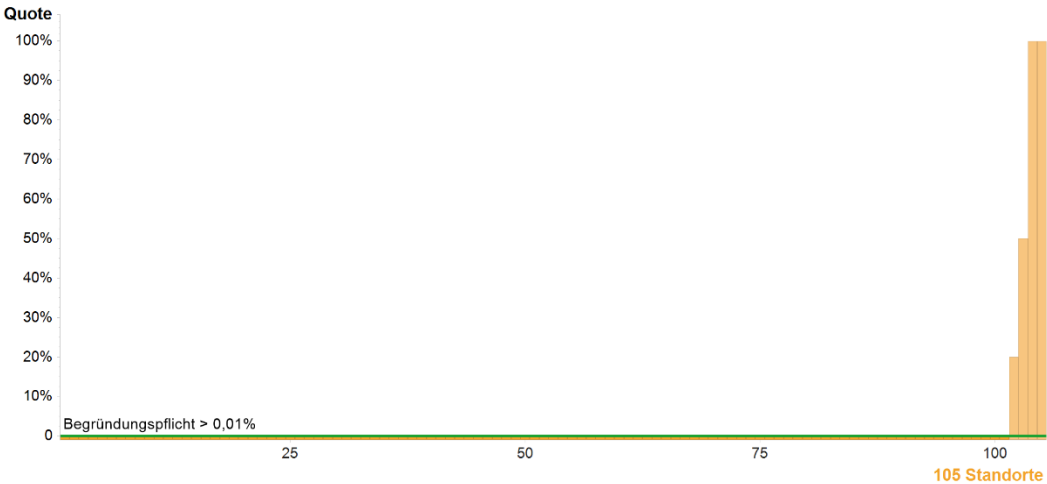
		2020	2021	2022	2023
●	Max	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
	Median	80,00%	100%	100%	100%
	25. Perzentil	29,17%	50,00%	66,67%	75,00%
	5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%
●	Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
105	81,40%	92	87,62%

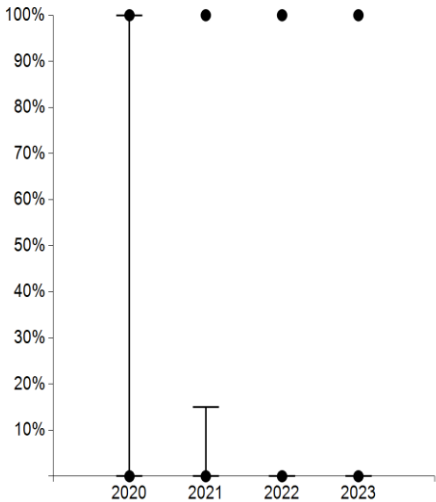
Anmerkungen:
Bei ca. 85% der Primärfälle mit CLL und erster systemischer Therapie erfolgte ≤ 12 Wochen vor Therapiebeginn die Bestimmung des TP53-Deletions- und Mutationsstatus (FISH). 13 Zentren unterschreiten die Sollvorgabe ≥ 60% und begründeten dies u.a. mit einem Konzept des watchful waiting, fehlender Therapieindikation bei hohem Lebensalter und reduziertem AZ, Behandlung mit einem BTK-Inhibitor, erfolgter Bestimmung, aber knapper zeitlicher Verfehlung der 12 Wochen.

* 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)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit alleiniger Chemotherapie	0*	0 - 2	5
Nenner	Primärfälle mit CLL und erster systemischer Therapie	2*	1 - 25	262
Quote	Begründungspflicht*** >0,01%	0,00%	0,00% - 100%	1,91%**



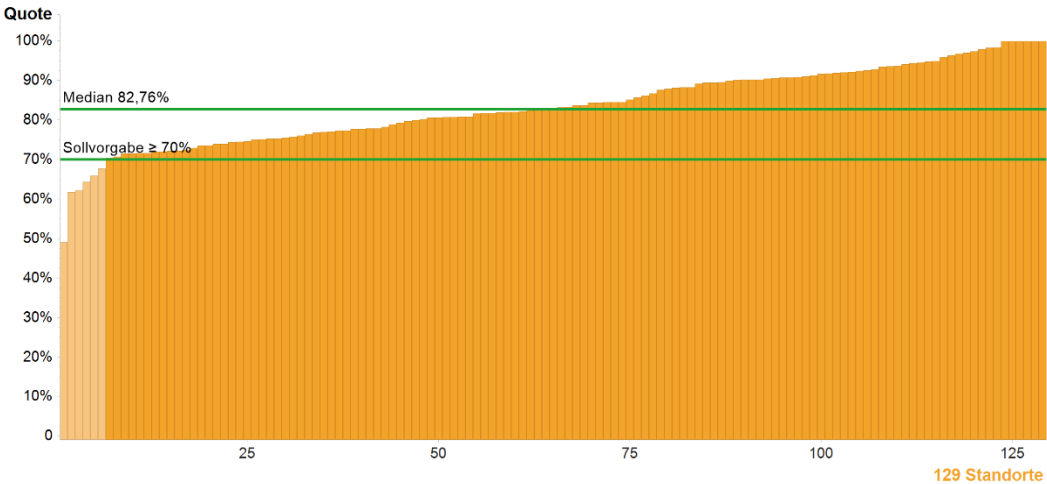
		2020	2021	2022	2023
●	Max	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	15,00%	0,00%	0,00%
	75. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	Median	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	25. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
●	Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
105	81,40%	101	96,19%

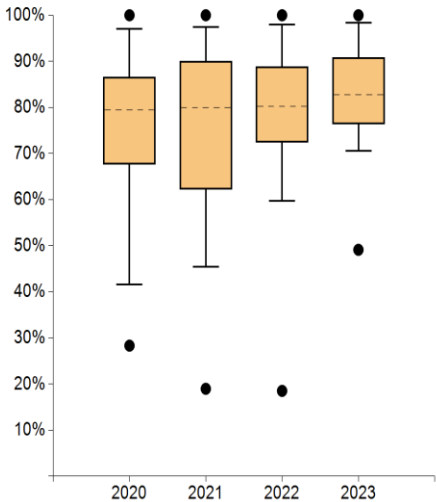
Anmerkungen:
Etwa 98% der PF mit CLL erhielten keine alleinige Chemotherapie als Erstlinientherapie.
4 Zentren sind die für diese Kennzahl begründungspflichtig. Begründungen waren u.a. therapieführendes Zweitkarzinom, sowie eine geplante, aber noch ausstehende Therapie.

* 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 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Hepatitis B, C und HIV Serologie vor systemischer Therapie	89*	18 - 442	14617
Nenner	Pat.fälle mit Hämatologischer Neoplasie und systemischer Therapie	105*	19 - 442	17309
Quote	Sollvorgabe ≥ 70%	82,76%	49,12% - 100%	84,45%**



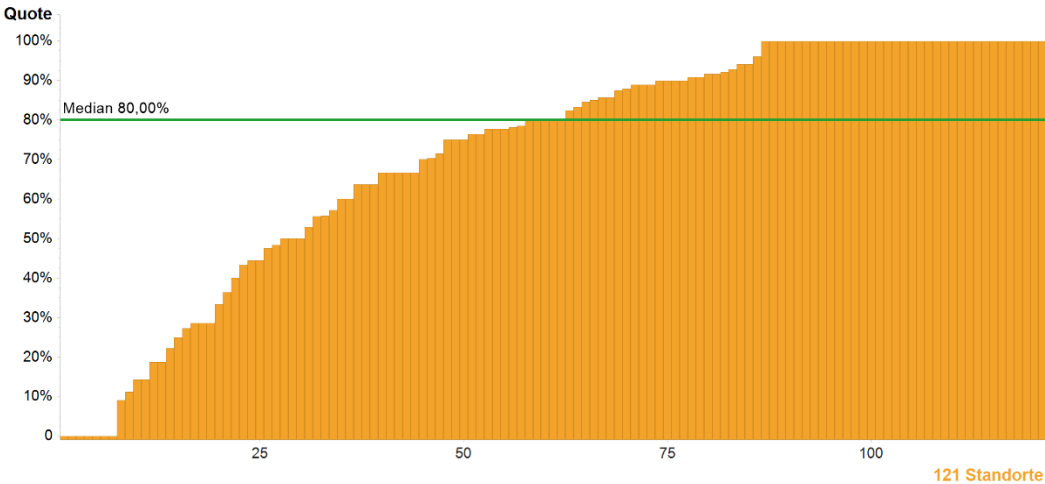
		2020	2021	2022	2023
●	Max	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	97,07%	97,42%	97,95%	98,39%
	75. Perzentil	86,55%	89,98%	88,79%	90,80%
	Median	79,45%	80,03%	80,22%	82,76%
	25. Perzentil	67,69%	62,22%	72,37%	76,42%
	5. Perzentil	41,54%	45,39%	59,69%	70,52%
●	Min	28,33%	18,97%	18,52%	49,12%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
129	100,00%	123	95,35%

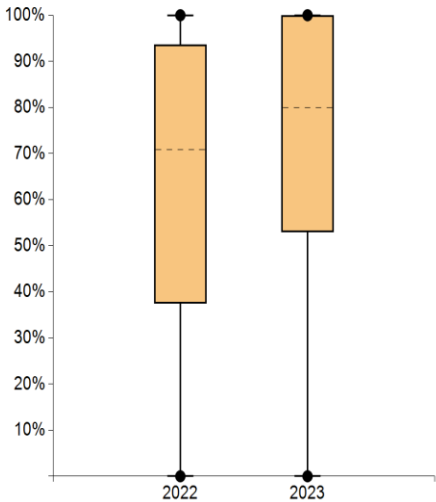
Anmerkungen:
Für diese Kennzahl zeigt sich über die Jahre ein Anstieg des Medians u. insbesondere den unteren Perzentilen. Bei ca. 84% der Pat. mit hämatolog. Neoplasie und systemischer Therapie wurden Serologien für Hep. B, C und HIV vor Beginn der systemischen Therapie durchgeführt. Begründungen bei Unterschreiten der Sollvorgabe waren, z.B. dass bisher nur die Hepatitis-Serologie routinemäßig erfolgte, nur Pat. mit Erkrankungen, die die Gabe eines CD20-Ak beinhalte, getestet wurden o. notfallmäßigem Therapiebeginn. Es wurden Hinweise ausgesprochen, die Zentren reagierten z.B. mit der Optimierung der Basisuntersuchungen bei Erstvorstellung.

* 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 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit zahnärztlicher Untersuchung vor Beginn der Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	7*	0 - 65	1030
Nenner	Pat.fälle mit Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	9*	1 - 74	1400
Quote	Keine Sollvorgabe	80,00%	0,00% - 100%	73,57%**



		2020	2021	2022	2023
●	Max	----	----	100%	100%
	95. Perzentil	----	----	100%	100%
	75. Perzentil	----	----	93,65%	100%
	Median	----	----	70,84%	80,00%
	25. Perzentil	----	----	37,50%	52,94%
	5. Perzentil	----	----	0,00%	0,00%
●	Min	----	----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	93,80%	----	----

Anmerkungen:
Etwa 74% der Pat.fälle mit Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie wurden vor Beginn dieser Therapie zahnärztlich untersucht. Für diese Kennzahl ist ein Zuwachs des Medians um ca. 9% festzustellen.
5 Zentren gaben an, im Kennzahlenjahr keine Pat. mit einer Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie behandelt zu 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.

Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Zertifizierungskommission Zentren für Hämatologische Neoplasien
Florian Weißinger, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Stefan Krause, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Birgit Klages, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Hanna Breimaier, OnkoZert
Jennifer Oettinger, OnkoZert
Roxana Rentea, 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 14.07.2025

ISBN: 978-3-910336-86-5



9 783910 336865