



# Kennzahlenauswertung 2026

## Jahresbericht der zertifizierten Zentren für Hämatologische Neoplasien

Auditjahr 2025 / Kennzahlenjahr 2024

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Allgemeine Informationen .....	3
Stand des Zertifizierungssystems für Hämatologische Neoplasien 2025 .....	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: Anzahl hochgradig komplexer und intensiver Blockchemotherapien bei Pat. mit einer Häm. Neoplasie .....	24
Kennzahl Nr. 12: Bestimmung TP53-Deletions- und Mutationsstatus vor erster systemischer CLL-Therapie (LL QI CLL) .....	25
Kennzahl Nr. 13: Hepatitis- und HIV-Serologie vor Beginn der Therapie .....	26
Kennzahl Nr. 14: Zahnärztliche Unters. vor Bisphosphonaten/ Denosumab bei Pat. mit Häm. Neoplasie (LL QI Supp) .....	27
Kennzahl Nr. 15: R-CHOP bei Erstdiagnose ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention (LL QI DLBCL) .....	28
Kennzahl Nr. 16: Bestrahlung bei PET-positivem Restbefall nach Erstlinien-Immunchemotherapie (LL QI DLBCL) .....	29
Impressum .....	30

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. 13: Hepatitis- und HIV-Serologie vor Beginn der Therapie .....	LL QI Supp
Kennzahl Nr. 14: Zahnärztliche Unters. vor Bisphosphonaten/ Denosumab bei Pat. mit Häm. Neoplasie (LL QI Supp) .....	LL QI DLBCL
Kennzahl Nr. 15: R-CHOP bei Erstdiagnose ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention (LL QI DLBCL) .....	LL QI DLBCL
Kennzahl Nr. 16: Bestrahlung bei PET-positivem Restbefall nach Erstlinien-Immunchemotherapie (LL QI DLBCL) .....	LL QI DLBCL

### 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](http://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, auf Version 3.2 der S3-LL zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Hodgkin Lymphoms bei erwachsenen Pat. und auf Version 1.0 der S3-LL Diagnostik, Therapie und Nachsorge für erwachsene Pat. mit einem diffusen großzelligen B-Zell-Lymphom und verwandte Entitäten.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die prätherapeutisch in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	70*	25 - 288	12021	10554
Nenner	Primärfälle mit Hodgkin-Lymphom, Non-Hodgkin-Lymphom, Burkitt-ALL, Burkitt-Lymphom oder Plasmazellneoplasie	72*	27 - 332	12410	10887
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,9%	75% - 100%	96,9%**	96,9%

### Grunddaten Kennzahl:

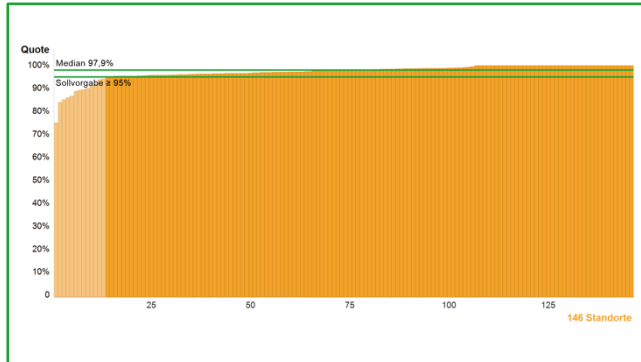
Die Definition des **Zählers**, **Nenners** und die **Sollvorgabe** sind aus dem Kennzahlenbogen entnommen.

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.

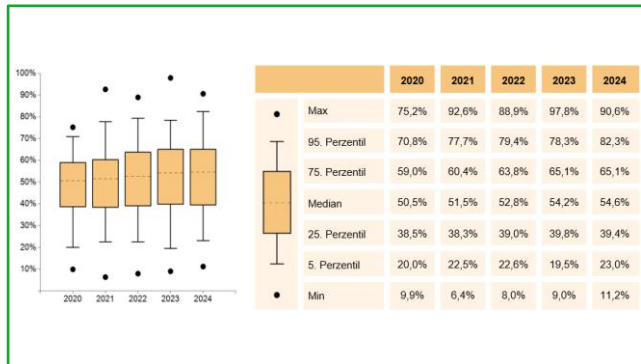
In der Spalte **Pat. Gesamt** sind die Summe aller gemäß der Kennzahl behandelten Pat. sowie die dazugehörige Quote dargestellt.

## Allgemeine Informationen



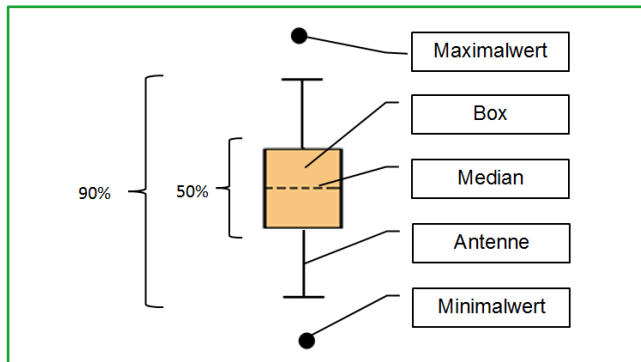
### Diagramm:

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.



### Kohorte:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2020**, **2021**, **2022**, **2023** und **2024** 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 2025

	31.12.2025	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021
Laufende Verfahren	12	8	12	20	19
Zertifizierte Zentren	151	137	119	100	73
Zertifizierte Standorte	153	139	121	102	73

## Berücksichtigte Standorte

	31.12.2025	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	146	129	117	86	53
entspricht	95,4%	92,8%	96,7%	84,3%	72,6%
Pat.fälle gesamt*	25.722	22.624	20.493	16.173	9.725
Pat.fälle pro Standort (Mittelwert)*	176,2	175,4	175,2	188,1	183,5
Pat.fälle pro Standort (Median)*	145	142	142	153	153

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

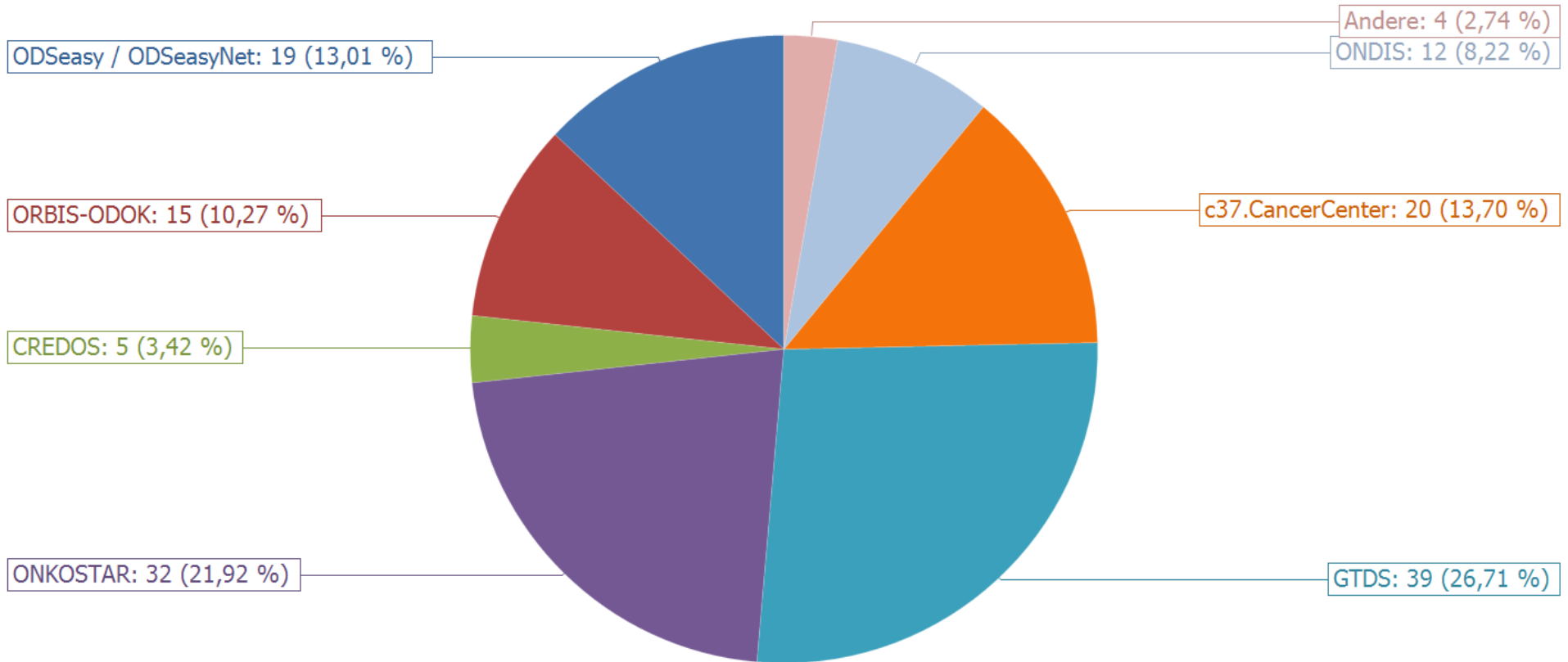
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die in 2025 auditierten Zentren für Hämatologische Neoplasien der Deutschen Krebsgesellschaft. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 146 der 153 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 7 Standorte, die im Jahr 2025 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend).

In allen 153 Standorten wurden insgesamt 26.463 Pat.fälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter [www.oncomap.de](http://www.oncomap.de) abgebildet.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2024. Sie stellen für die 2025 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

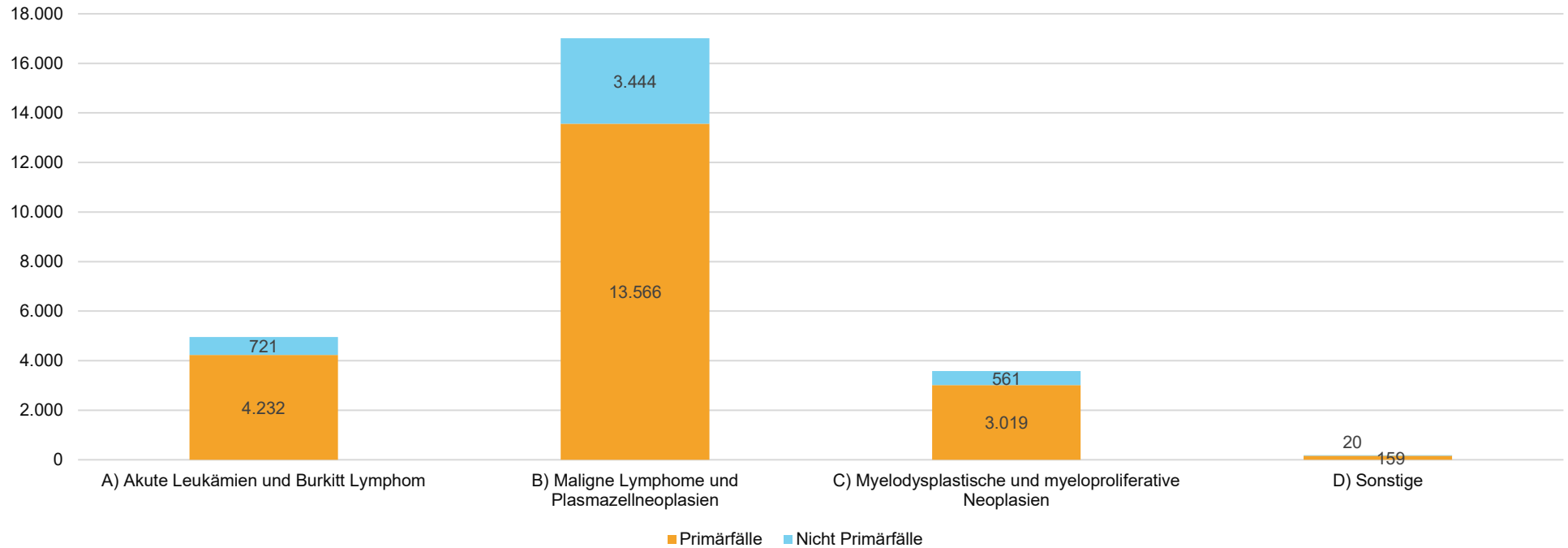
## Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



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

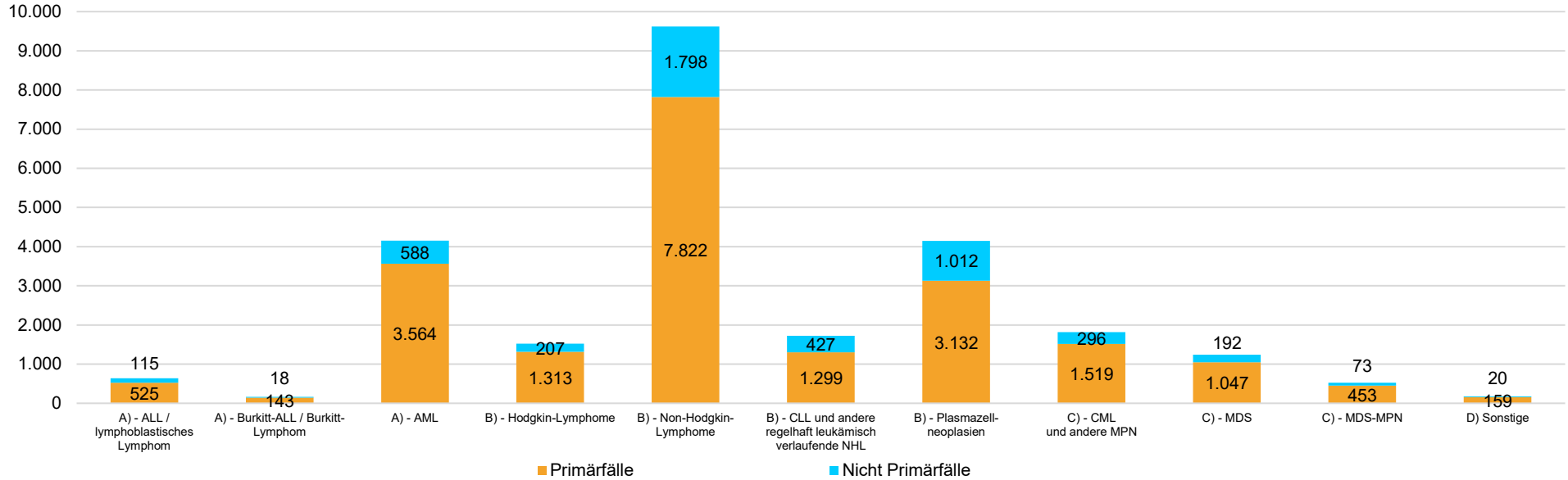
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum 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
<b>A) Akute Leukämien und Burkitt Lymphom</b>	4.953 (19,3%)	4.232 (20,2%)	721 (15,2%)
<b>B) Maligne Lymphome und Plasmazellneoplasien</b>	17.010 (66,1%)	13.566 (64,7%)	3.444 (72,6%)
<b>C) Myelodysplastische und myeloproliferative Neoplasien</b>	3.580 (13,9%)	3.019 (14,4%)	561 (11,8%)
<b>D) Sonstige</b>	179 (0,7%)	159 (0,8%)	20 (0,4%)
<b>Gesamt</b>	<b>25.722 (100%)</b>	<b>20.976 (100%)</b>	<b>4.746 (100%)</b>

## 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	
<b>Pat.fälle</b>	640 (2,5%)	161 (0,6%)	4.152 (16,1%)	1.520 (5,9%)	9.620 (37,4%)	1.726 (6,7%)	4.144 (16,1%)	1.815 (7,1%)	1.239 (4,8%)	526 (2,0%)	179 (0,7%)	25.722 (100%)
<b>Davon Primärfälle</b>	525 (2,5%)	143 (0,7%)	3.564 (17,0%)	1.313 (6,3%)	7.822 (37,3%)	1.299 (6,2%)	3.132 (14,9%)	1.519 (7,2%)	1.047 (5,0%)	453 (2,2%)	159 (0,8%)	20.976 (100%)
<b>Davon Pat., die nicht Primärfälle sind und sich erstmals im Zentrum vorstellen</b>	115 (2,4%)	18 (0,4%)	588 (12,4%)	207 (4,4%)	1.798 (37,9%)	427 (9,0%)	1.012 (21,3%)	296 (6,2%)	192 (4,0%)	73 (1,5%)	20 (0,4%)	4.746 (100%)

ALL = Akute Lymphatische Leukämie

AML = Akute Myeloische Leukämie

CLL = Chronische Lymphatische Leukämie

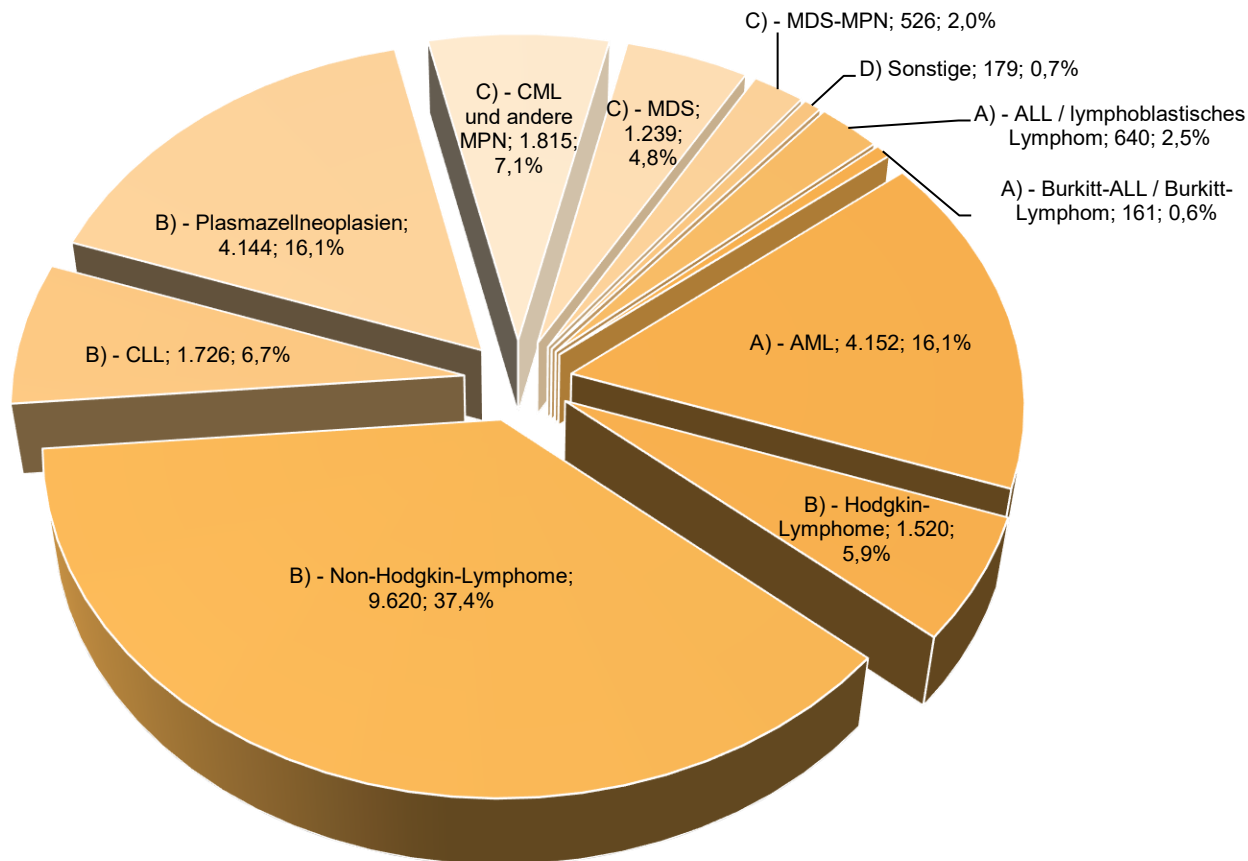
CML = Chronische Myeloische Leukämie

MPN = Myeloproliferative Neoplasie

MDS = Myelodysplastisches Syndrom

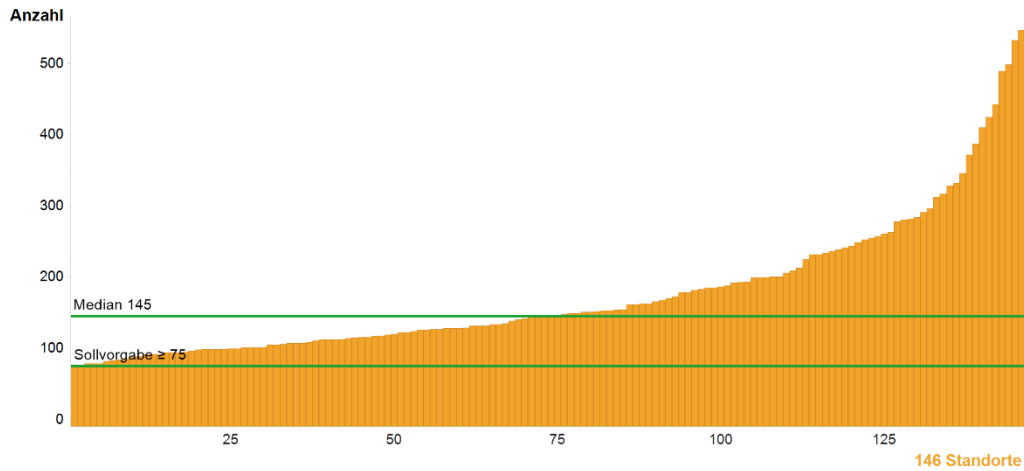
**Basisdaten – Verteilung Pat.fälle Hämatologische Neoplasien**

**Pat.fälle**

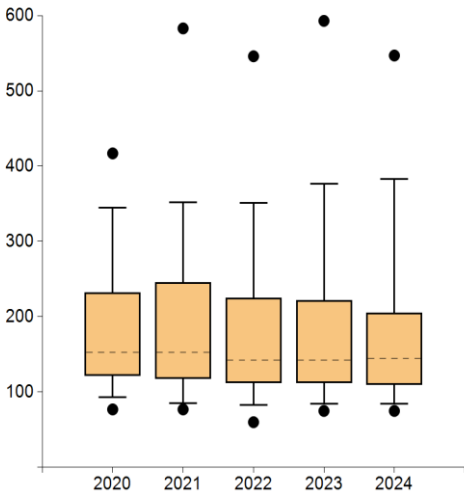


	Pat.fälle
A) - ALL / lymphoblastisches Lymphom	640 (2,5%)
A) - Burkitt-ALL / Burkitt-Lymphom	161 (0,6%)
A) - AML	4.152 (16,1%)
B) - Hodgkin-Lymphome	1.520 (5,9%)
B) - Non-Hodgkin-Lymphome	9.620 (37,4%)
B) - CLL	1.726 (6,7%)
B) - Plasmazellneoplasien	4.144 (16,1%)
C) - CML und andere MPN	1.815 (7,1%)
C) - MDS	1.239 (4,8%)
C) - MDS-MPN	526 (2,0%)
D) Sonstige	179 (0,7%)
<b>Pat.fälle gesamt</b>	<b>25.722 (100%)</b>

# 1. Pat.fälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat.fälle mit einer hämatologischen Neoplasie (gem. Erhebungsbogen Kap. 1.2.1)	145	75 - 547	25722	22624
	Sollvorgabe $\geq$ 75				

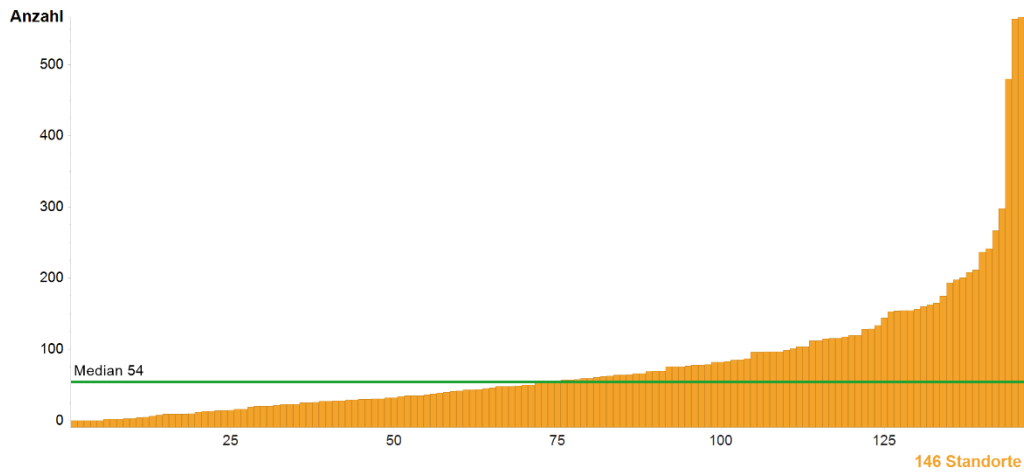


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	417	583	546	593	547
95. Perzentil	345,2	352,3	351	376,8	383,3
75. Perzentil	232	245,3	225	222	204,8
Median	153	153	142	142	145
25. Perzentil	122	118	112	112	109,5
5. Perzentil	92,8	85	82,8	84,4	84,3
Min	77	77	60	75	75

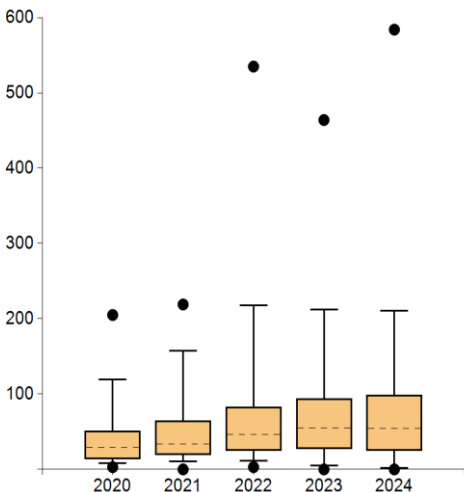
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
146	100%	129	100%	146	100%	129	100%

**Anmerkungen:**  
 Alle 146 Standorte erfüllen die Sollvorgabe von  $\geq$  75 Pat.fällen. Der Median liegt bei 145 Pat.fällen. Gegenüber dem Vorkennzahlenjahr sind 17 zertifizierte Standorte mehr im Jahresbericht enthalten, bei damit einhergehender Zunahme um etwa 3.000 Pat.fälle. Die Verteilung auf die unterschiedlichen hämatologischen Neoplasien (Folie Nr. 9) ist gegenüber zum Vorjahr weitestgehend unverändert.

## 2. Anzahl komplexe Diagnostiken bei myeloischen und lymphatischen Neubildungen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Anzahl komplexe Diagnostiken bei myeloischen und lymphatischen Neubildungen (Prozeduren analog des OPS: 1-941)	54	0 - 584	11431	9569
	Keine Sollvorgabe				

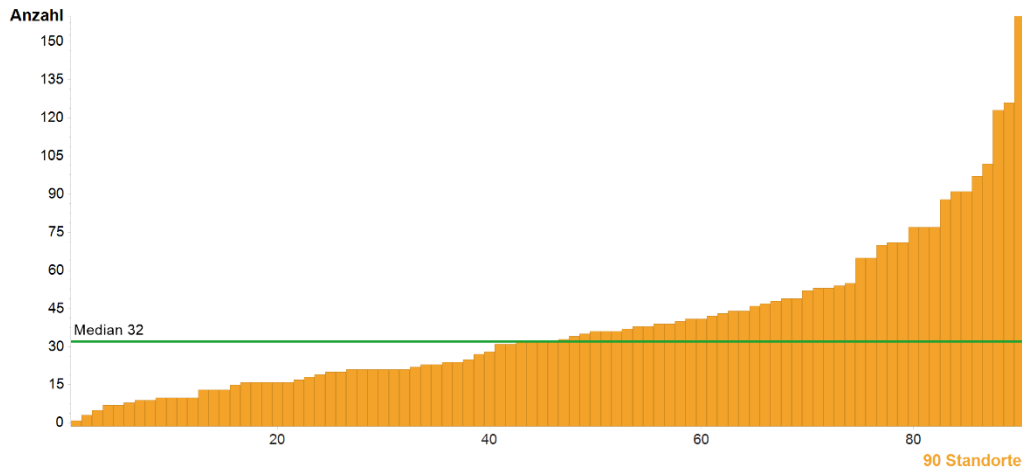


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	205	219	535	464	584
95. Perzentil	119,2	157,5	218	212	211
75. Perzentil	51	64,8	82,5	94	98,5
Median	29	33,5	46	55	54
25. Perzentil	14	19,3	24,8	27	25,3
5. Perzentil	8,6	10,3	11,3	5	2,3
Min	3	0	3	0	0

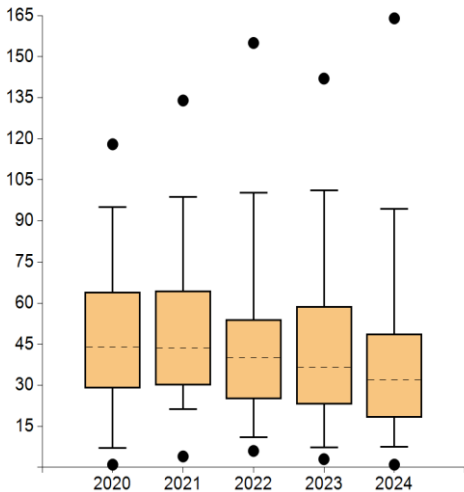
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
146	100%	129	100%	----	----	----	----

**Anmerkungen:**  
Im Vergleich zum Vorkennzahlenjahr ist die Anzahl an komplexen Diagnostiken bei myeloischen und lymphatischen Neubildungen (OPS:1-941) um 1.862 gestiegen, bei gleichzeitiger Zunahme der zertifizierten Standorte (129 --> 146). Der Median ist im Vgl. zum Vorjahr unwesentlich verändert. Die Kennzahl ist ohne Sollvorgabe oder Plausibilitätsgränze.

### 3. Autologe Stammzelltransplantationen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Autologe Stammzelltransplantationen (OPS: 5-411.0, 8-805.0) (am Standort des Zentrums durchgeführt)	32	1 - 164	3486	3524
	Keine Sollvorgabe				

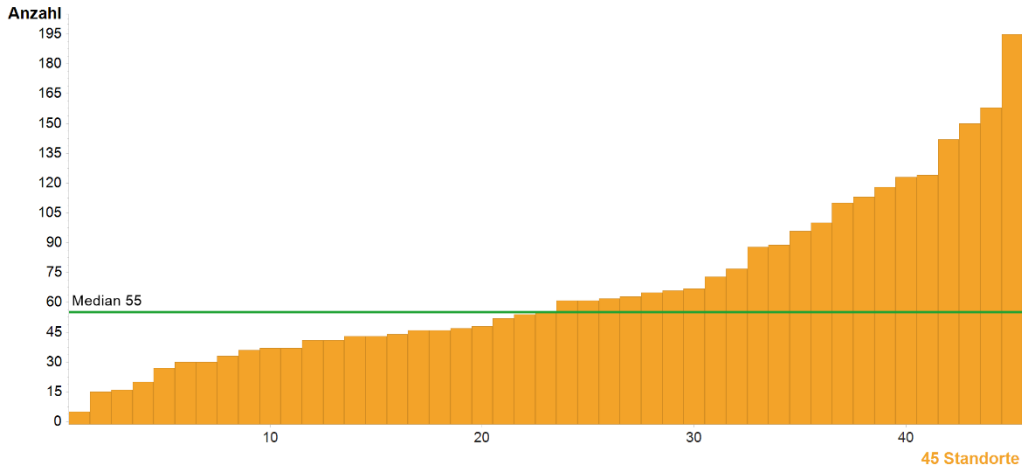


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	118	134	155	142	164
95. Perzentil	95	98,7	100,2	101,2	94,3
75. Perzentil	64	64,5	54	58,8	48,8
Median	44	43,5	40	36,5	32
25. Perzentil	29	30	25	23	18,3
5. Perzentil	7	21,3	11	7,2	7,5
Min	1	4	6	3	1

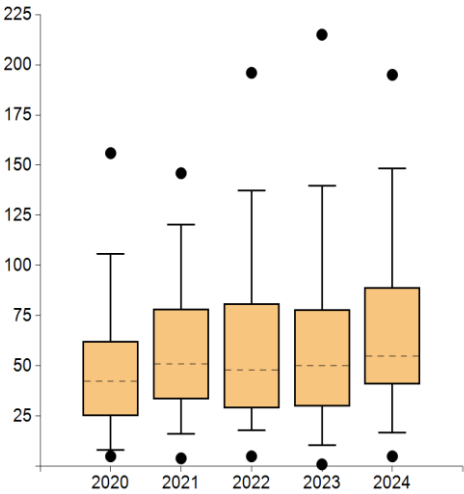
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
90	61,6%	82	63,6%	----	----	----	----

**Anmerkungen:**  
 Circa 62% der zertifizierten Standorte haben autologe Stammzelltransplantationen am eigenen Standort durchgeführt. Obwohl die Zahl der Zentren mit geleisteten Prozeduren weiter angestiegen ist, hat die Absolutzahl an durchgeführten Stammzelltransplantationen im zweiten Jahr in Folge abgenommen: an 90 der 146 zertifizierten Standorte wurden insgesamt 3.486 autologe Stammzelltransplantationen durchgeführt. Der Median ist seit 2020 von 44 kontinuierlich auf aktuell 32 gesunken.

## 4. Allogene Stammzelltransplantationen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	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)	55	5 - 195	3047	2759
	Keine Sollvorgabe				

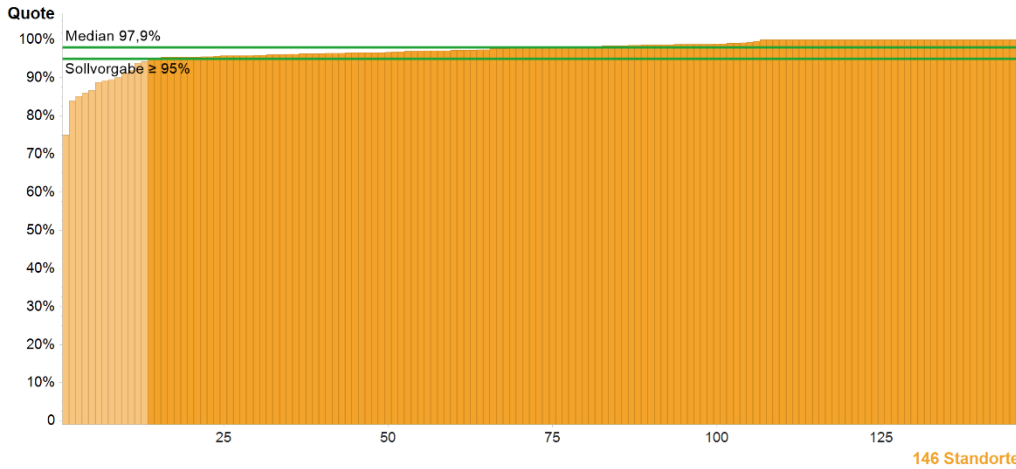


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	156	146	196	215	195
95. Perzentil	105,8	120,3	137,2	139,8	148,4
75. Perzentil	62,3	78,5	81	78	89
Median	42,5	51	48	50	55
25. Perzentil	25	33,5	29	30	41
5. Perzentil	8	16,1	18,1	10,6	16,8
Min	5	4	5	1	5

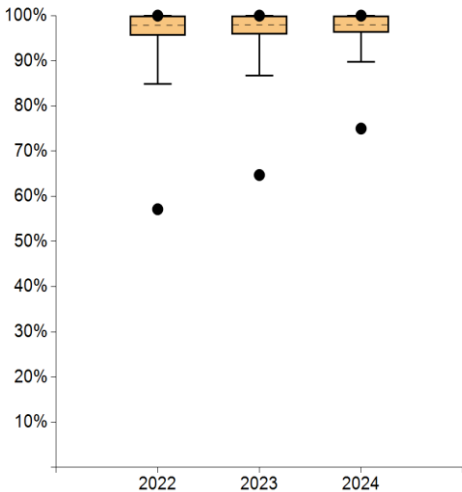
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
45	30,8%	45	34,9%	----	----	----	----

**Anmerkungen:**  
 45 der 146 zertifizierten Standorte haben im betrachteten Kennzahlenjahr auch allogene Transplantationen durchgeführt (dies entspricht ca. 31% der Standorte; im Vorkennzahlenjahr 35%). 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 11 Standorten lag im Kennzahlenjahr 2024 die Anzahl an allogenen Stammzelltransplantationen < 40, an 4 Standorten < 25.

## 5a. Vorstellung Tumorkonferenz (Primärfälle)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die prätherapeutisch in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	70*	25 - 288	12021	10554
Nenner	Primärfälle mit Hodgkin-Lymphom, Non-Hodgkin-Lymphom, Burkitt-ALL, Burkitt-Lymphom oder Plasmazellneoplasie	72*	27 - 332	12410	10887
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,9%	75% - 100%	96,9%**	96,9%



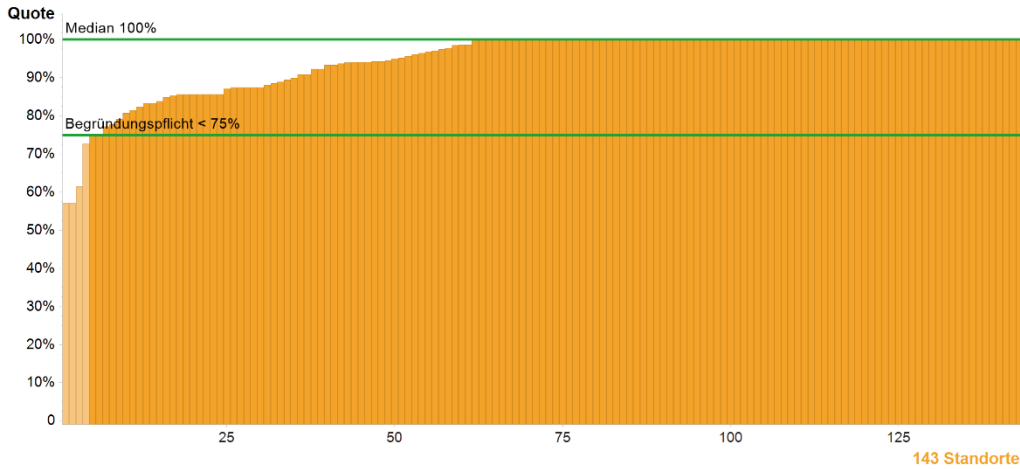
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	---	---	100%	100%	100%
95. Perzentil	---	---	100%	100%	100%
75. Perzentil	---	---	100%	100%	100%
Median	---	---	97,9%	98,0%	97,9%
25. Perzentil	---	---	95,6%	95,9%	96,3%
5. Perzentil	---	---	84,9%	86,7%	89,7%
Min	---	---	57,1%	64,7%	75,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
146	100%	129	100%	133	91,1%	116	89,9%

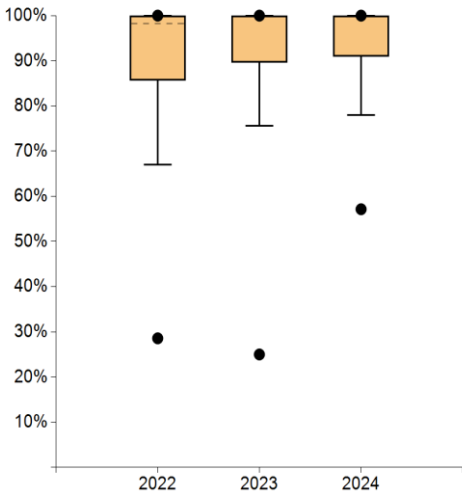
**Anmerkungen:**  
 Circa 91% der Standorte erfüllen die Sollvorgabe von ≥ 95%. 13 Zentren unterschreiten die Sollvorgabe und begründen dies vorwiegend durch dringliche Therapieeinleitungen/ Notfallindikationen. Dies konnte in den Audits nachvollzogen werden. In einigen Ausnahmefällen wurde auch die Nicht-Vorstellungen aufgrund von organisatorischen Gründen angegeben. Bei Angabe von organisatorischen Gründen erfolgte in den Zentren eine interne Aufarbeitung und Schulungen des beteiligten Fachpersonals. Die FE haben Hinweise, aber keine 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.

## 5b. Vorstellung Tumorkonferenz (weitere)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	13*	1 - 107	2864	2588
Nenner	Pat.fälle (außer Primärfälle) mit Hodgkin-Lymphom, Non-Hodgkin-Lymphom, Burkitt-ALL, Burkitt-Lymphom oder Plasmazellneoplasie	14*	1 - 107	3035	2758
Quote	Begründungspflicht*** <75%	100%	57,1% - 100%	94,4%**	93,8%



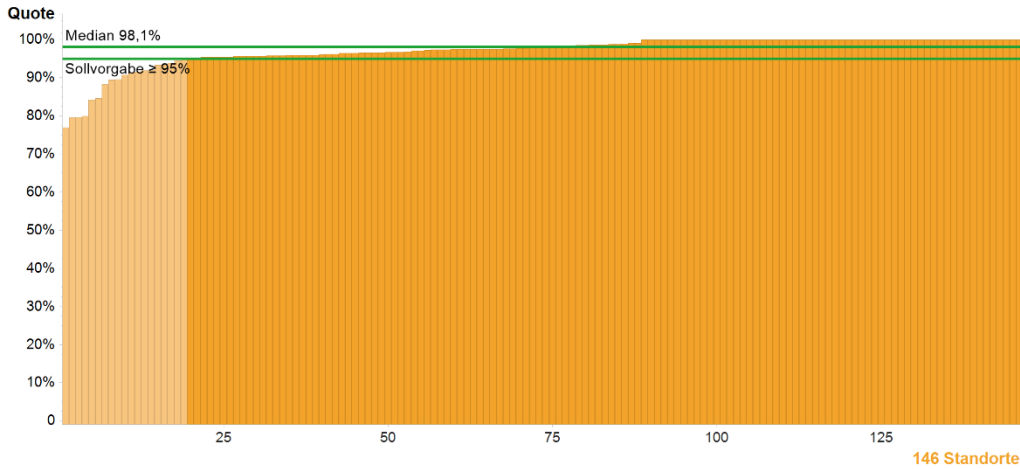
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	---	---	100%	100%	100%
95. Perzentil	---	---	100%	100%	100%
75. Perzentil	---	---	100%	100%	100%
Median	---	---	98,2%	100%	100%
25. Perzentil	---	---	85,7%	89,6%	90,9%
5. Perzentil	---	---	67,0%	75,6%	77,9%
Min	---	---	28,6%	25,0%	57,1%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
2024		2023		2024		2023	
143	98%	126	97,7%	139	97,2%	122	96,8%

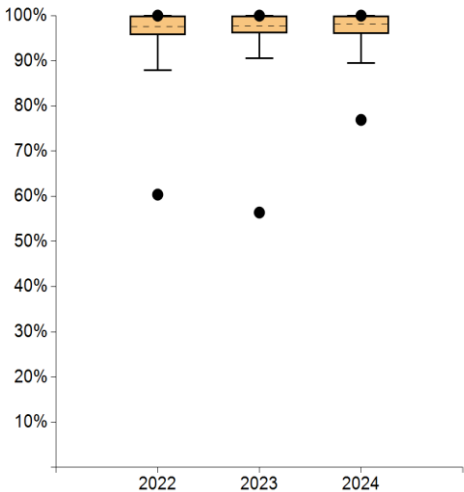
**Anmerkungen:**  
 Etwa 97% der Standorte erreichen Vorstellungsquoten  $\geq 75\%$  für diese Kennzahl. An 82 Zentren (entspricht ca. 56% der Standorte) wurden alle Pat. der betrachteten Grundgesamtheit in der Tumorkonferenz vorgestellt. 3 Zentren behandelten im betrachteten Kennzahlenjahr keine Fälle der im Nenner genannten Neoplasien. 4 Zentren mit Vorstellungsquoten  $< 75\%$  waren begründungspflichtig (nicht im Vorkennzahlenjahr).

\* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit einer prätherap. Fallbesprechung der Hämatologie und Onkologie (gem. EB Kap. 1.2.2) (ersatzweise: prätherap. Vorstellung in der Tumorkonferenz gem. EB Kap. 1.2.3)	56,5*	16 - 211	9953	8662
Nenner	Pat.fälle mit einer hämatologischen Neoplasie (außer: Hodgkin-Lymphom, Non-Hodgkin-Lymphom, Burkitt-ALL, Burkitt-Lymphom oder Plasmazellneoplasie)	57*	16 - 215	10277	8979
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	98,1%	76,9% - 100%	96,8%**	96,5%



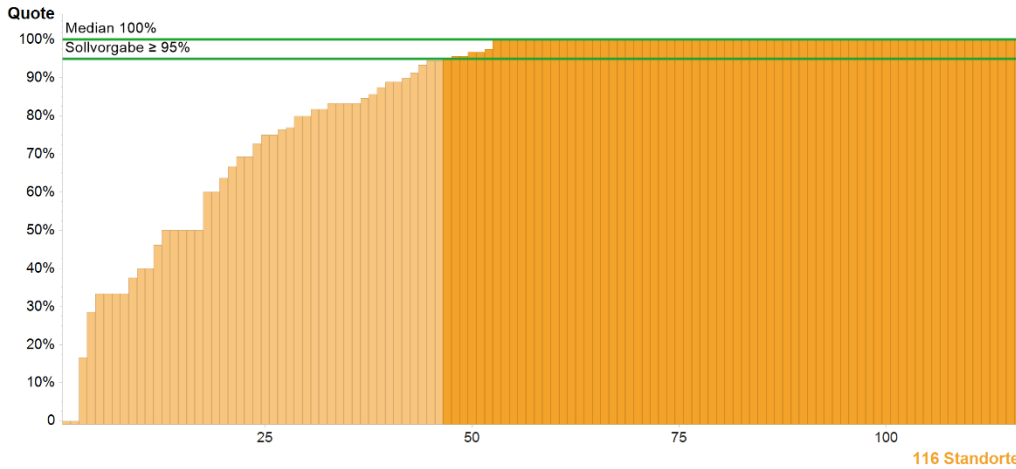
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	---	---	100%	100%	100%
95. Perzentil	---	---	100%	100%	100%
75. Perzentil	---	---	100%	100%	100%
Median	---	---	97,6%	97,7%	98,1%
25. Perzentil	---	---	95,7%	96,1%	96,0%
5. Perzentil	---	---	87,9%	90,5%	89,5%
Min	---	---	60,4%	56,4%	76,9%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
146	129	127	114
100%	100%	87%	88,4%

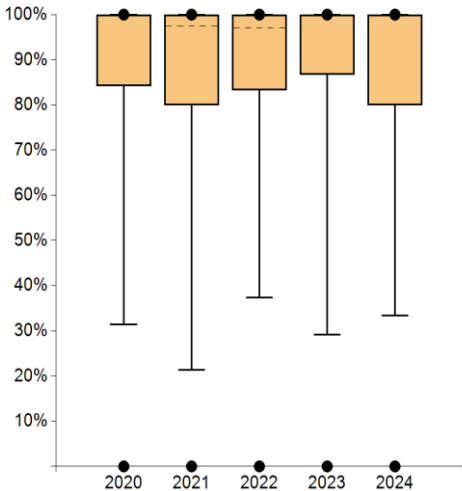
**Anmerkungen:**  
 87% der Standorte erfüllen die Sollvorgabe  $\geq 95\%$ . Die 19 Zentren, die die Sollvorgabe nicht erreichen, begründeten dies u.a. mit einer erfolgten Vorstellung in der prätherapeutischen TK, lebensbedrohlichen und/ oder palliativen Situationen oder dem Versterben von Pat. vor geplanter Fallbesprechung. Weitere Begründungen waren Dokumentationsprobleme bei durchgeführten Fallbesprechungen, mitunter organisatorisch bedingte Versäumnisse.

\* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Transplantationskonferenz innerhalb von drei Wochen nach Erst- oder Rezidiv-Diagnose	8*	0 - 77	1312	1210
Nenner	Pat.fälle mit Akuter Leukämie < 70 Jahre	9*	1 - 79	1443	1311
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	0% - 100%	90,9%**	92,3%



	2020	2021	2022	2023	2024
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	97,4%	97,1%	100%	100%
25. Perzentil	84,2%	80,0%	83,3%	86,7%	80,0%
5. Perzentil	31,4%	21,3%	37,3%	29,2%	33,3%
● Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
116	79,4%	70	61,9%
97	75,2%	60	61,9%

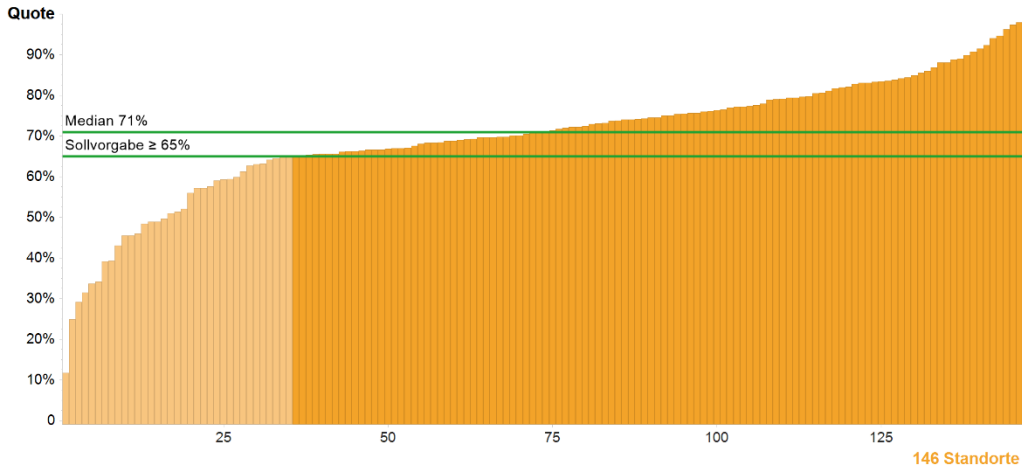
### Anmerkungen:

46 Standorte haben die Sollvorgabe von ≥ 95% unterschritten. An einem Standort wurde im Audit eine Abweichung ausgesprochen. Die Begründungen der Zentren < 95% umfassten u.a. Berücksichtigung des Pat.wunsches (n = 3 Nennungen), Versterben von Pat. vor Vorstellung (n = 10), Kontraindikationen o. Behandlung auf der Intensivstation (n = 4), Verlegung von Pat. an ein anderes Zentrum u. dortige Vorstellung (n = 4), Pat. mit akuter Leukämie, für die LL-gerecht keine TX indiziert sei (n = 4). An 8 Zentren wurde als Begründung ein reduzierter AZ oder Komorbidität genannt. In der Kommissionsitzung 2024 war betont worden, dass alle Pat.< 70J. mit akuter Leukämie vorgestellt werden sollen, unabhängig von Komorbiditäten. 9 Zentren gaben an, dass die Fallbesprechung erfolgt sei, aber nicht innerhalb von 3 Wo. und begründeten dies u.a. durch ausstehende Diagnostik, aber auch durch organisatorische Probleme. Letzterem wurde durch Überarbeitung der Abläufe begegnet.

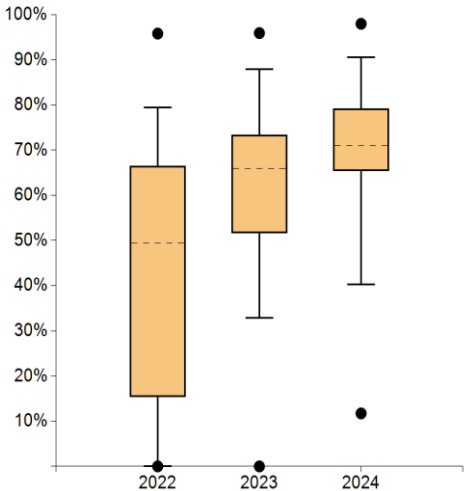
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 8. Psychoonkologisches Distress-Screening



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	99*	19 - 344	17667	13697
Nenner	Pat.fälle (= Kennzahl 1)	145*	75 - 547	25722	22624
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	71%	11,7% - 98%	68,7%**	60,5%



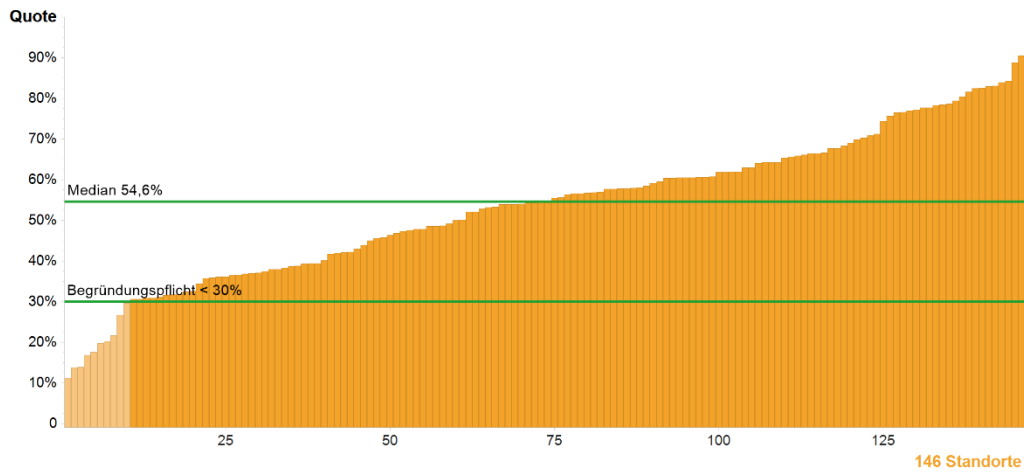
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	---	---	95,8%	95,9%	98,0%
95. Perzentil	---	---	79,5%	88,0%	90,5%
75. Perzentil	---	---	66,4%	73,4%	79,2%
Median	---	---	49,4%	65,9%	71,0%
25. Perzentil	---	---	15,5%	51,7%	65,4%
5. Perzentil	---	---	0,0%	32,9%	40,3%
Min	---	---	0,0%	0,0%	11,7%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
146	100%	111	76%
		72	55,8%

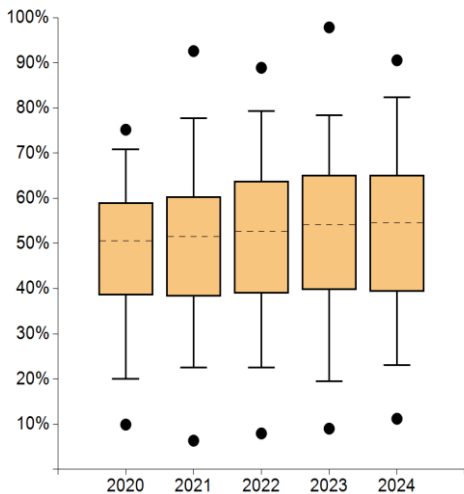
**Anmerkungen:**  
 Bei dieser Kennzahl ist ein deutlicher Zuwachs an Zentren, die die Sollvorgabe erfüllen, zu beobachten. 76% der Standorte erfüllen die Sollvorgabe von  $\geq 65\%$  (Vorkennzahlenjahr ca. 56%). 35 Zentren sind begründungspflichtig. Häufige Begründung war eine fehlende Rückgabe der ausgeteilten Screeningbögen und fehlende/ verzögerte Erfassung von ausgefüllten Bögen. In nur wenigen Zentren gab es noch Herausforderungen bei der grundsätzlichen Durchführung des Screenings. Einige Zentren berichteten von technischen Problemen nach Implementierung eines digitalen Screenings bzw. bei Einführung eines digital-gestützten Screenings. Mitunter wurde eine Ablehnung durch die Pat. als Begründung genannt.

\* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	78*	13 - 323	13853	11853
Nenner	Pat.fälle mit einer hämatologischen Neoplasie	145*	75 - 547	25722	22624
Quote	Begründungspflicht*** <30%	54,6%	11,2% - 90,6%	53,9%**	52,4%



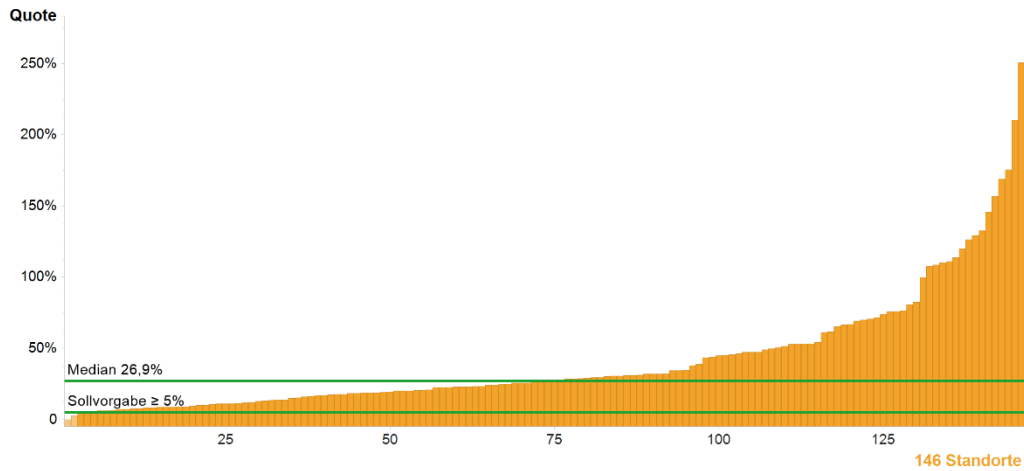
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	75,2%	92,6%	88,9%	97,8%	90,6%
95. Perzentil	70,8%	77,7%	79,4%	78,3%	82,3%
75. Perzentil	59,0%	60,4%	63,8%	65,1%	65,1%
Median	50,5%	51,5%	52,8%	54,2%	54,6%
25. Perzentil	38,5%	38,3%	39,0%	39,8%	39,4%
5. Perzentil	20,0%	22,5%	22,6%	19,5%	23,0%
Min	9,9%	6,4%	8,0%	9,0%	11,2%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
2024	2023	2024	2023
146	100%	129	100%
		136	93,2%
		116	89,9%

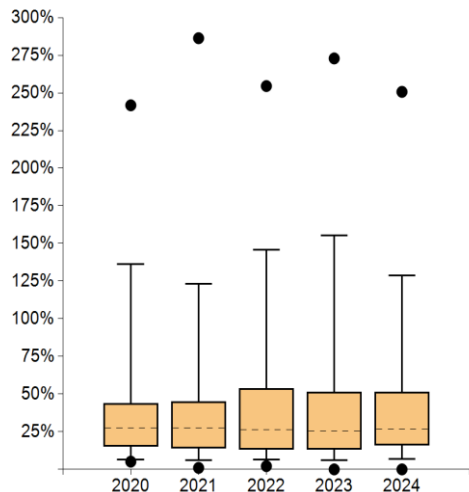
**Anmerkungen:**  
 Insgesamt wurden ca. 54% aller Pat.fälle mit einer hämatologischen Neoplasie durch den Sozialdienst beraten.  
 10 der zertifizierten Standorte weisen Quoten < 30% auf und sind begründungspflichtig. Davon liegen 7 außerhalb von Deutschland, wo andere Regularien bestehen und die Themen der Sozialarbeit über andere Berufsgruppen abgedeckt werde. 3 Zentren liegen in Deutschland. Es wurden Hinweise 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.  
 \*\*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

## 10. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	32,5*	0 - 509	10482	9795
Nenner	Primärfälle	124*	40 - 482	20976	18255
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	26,9%	0% - 250,7%	50%**	53,7%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	241,8%	286,3%	254,6%	272,9%	250,7%
95. Perzentil	136,3%	123,3%	145,6%	155,3%	128,6%
75. Perzentil	43,8%	45,0%	53,6%	51,5%	51,4%
Median	27,5%	27,4%	26,3%	25,6%	26,9%
25. Perzentil	15,4%	14,0%	13,3%	13,2%	16,1%
5. Perzentil	6,5%	6,3%	6,3%	6,2%	6,9%
Min	5,2%	1,0%	2,2%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
146	100%	129	100%	144	98,6%	125	96,9%

**Anmerkungen:**  
50% der Primärfälle sind in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht worden (Vorkennzahlenjahr ca. 54%).  
Bis auf 2 Zentren erreichen alle Zentren die Sollvorgabe von ≥ 5%. Ein Zentrum begründete die Unterschreitung durch zwischenzeitliche fehlende Personalkapazitäten, die jedoch wieder behoben wurden. In einem Audit wurde eine 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.

## 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.

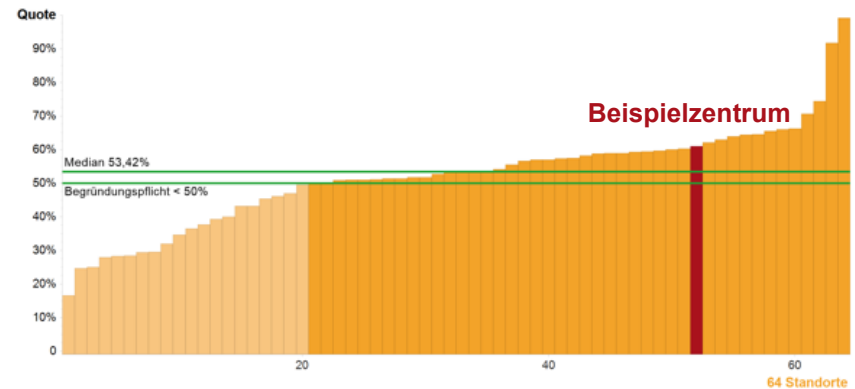
Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf [www.onkoziert.de](http://www.onkoziert.de) unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

#### 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](http://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				
		2020	2021	2022	2023	2024
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch Sozialdienst beraten wurden	185	198	176	170	186
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit Rezidiv/Progress (= Kennzahl 1b)	305	338	333	335	305
Quote	Begründungspflicht* <50%	60,66%	58,58%	52,85%	50,75%	60,98%

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:

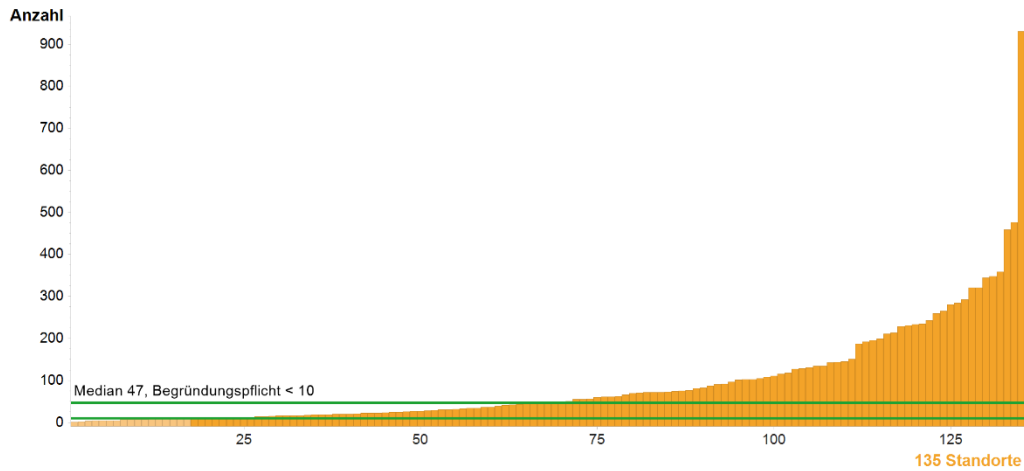
#### Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- 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).

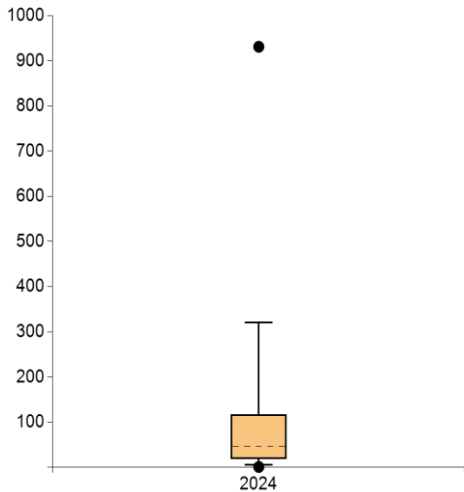
#### Alle anderen Organkrebszentren / Module

- 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](http://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. Anzahl hochgradig komplexer und intensiver Blockchemotherapien bei Pat. mit einer Häm. Neoplasie



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Anzahl hochgradig komplexer und intensiver Blockchemotherapien bei Pat. mit einer Hämatologischen Neoplasie (gemäß Basisdaten und OPS 8-544)	47	1 - 931	12599	----
	Begründungspflicht* <10				----



	2020	2021	2022	2023	2024
● Max	----	----	----	----	931
95. Perzentil	----	----	----	----	321
75. Perzentil	----	----	----	----	117
Median	----	----	----	----	47
25. Perzentil	----	----	----	----	18,5
5. Perzentil	----	----	----	----	6,4
● Min	----	----	----	----	1

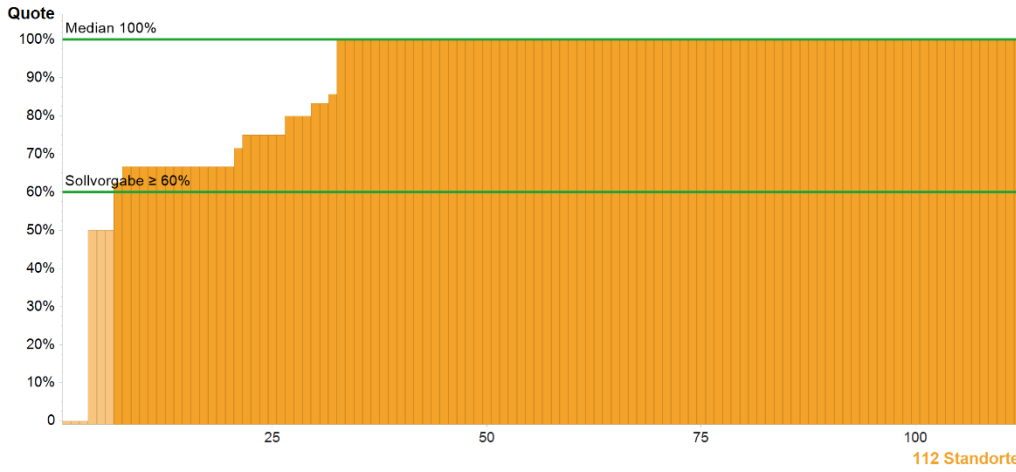
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
2024	2023	2024	2023
135	92,5%	118	87,4%

### Anmerkungen:

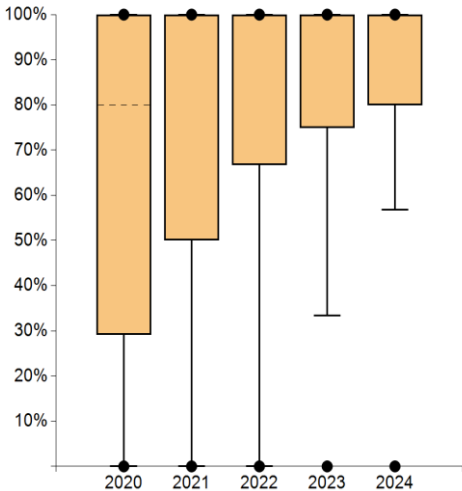
Gemäß Sitzung der Zertifizierungskommission 2024 wird die Anzahl hochgradig komplexer und intensiver Blockchemotherapien bei Pat. mit einer Hämatologischen Neoplasie (gemäß Basisdaten und OPS 8-544) erstmalig im Kennzahlenbogen ausgewiesen. 11 Zentren haben im Betrachtungsjahr keine (n = 0) kompl./ intensive Blockchemotherapien durchgeführt, z.T. begründet dadurch, dass Pat. mit AML/ALL zeitnah ans Kooperationszentrum verlegt werden und die Therapie dort erhalten. An 17 weiteren Standorten mit einer Anzahl < 10 wurden als Begründungen Kontraindikationen und Komorbiditäten oder insgesamt nur wenige betreute Pat., bei denen eine solche Therapie indiziert gewesen sei, genannt.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Bestimmung des TP53-Deletions- und Mutationsstatus (FISH) hinsichtlich del17p und TP53-Mutationsanalyse ≤ 12 Wo. vor Therapiebeginn	2*	0 - 11	299	222
Nenner	Primärfälle mit CLL und erster systemischer Therapie	3*	1 - 12	338	262
Quote	Sollvorgabe ≥ 60%	100%	0% - 100%	88,5%**	84,7%



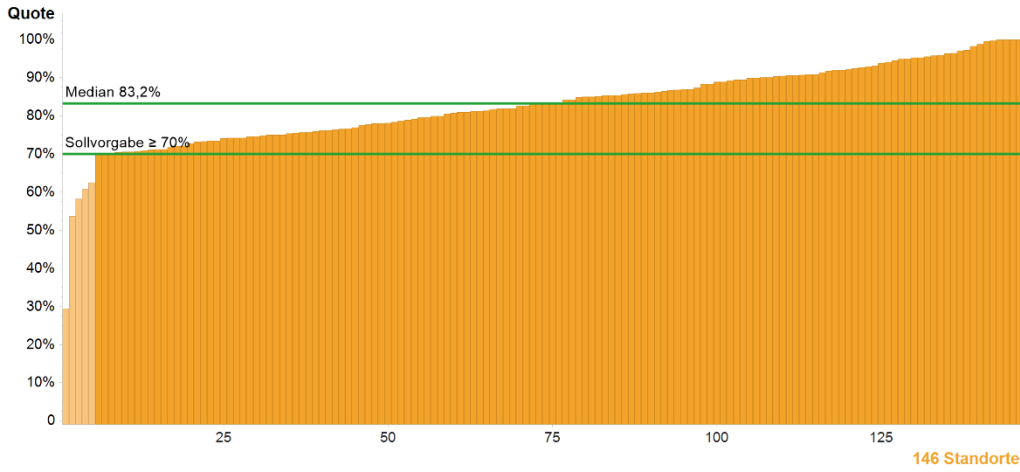
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	80,0%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	29,2%	50,0%	66,7%	75,0%	80,0%
5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	56,9%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten	Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
	2024	2023
2024	112	76,7%
2023	105	81,4%
2024	106	94,6%
2023	92	87,6%

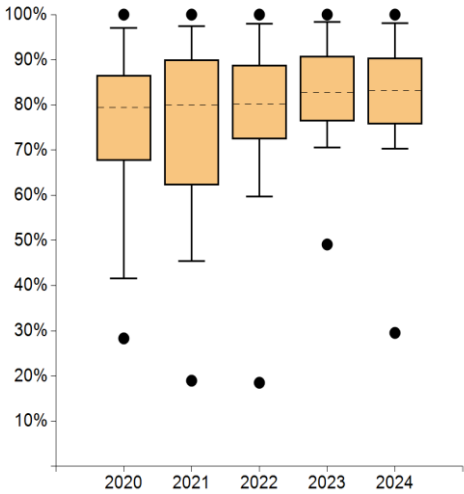
**Anmerkungen:**  
Bei knapp 89% aller Primärfälle mit CLL und erster systemischer Therapie erfolgte die Bestimmung des TP53-Deletions- und Mutationsstatus (FISH) hinsichtlich del17p und TP53-Mutationsanalyse ≤ 12 Wo. vor Therapiebeginn.  
An 34 Zentren wurden keine Pat. der betrachteten Grundgesamtheit behandelt. Entweder weil keine Pat. mit einer CLL behandelt wurden (n = 13) oder Pat. mit CLL behandelt wurden, diese sich aber im watch&wait befanden.  
Die 6 Zentren, die Pat. der Grundgesamtheit behandelten, aber keine Bestimmung vorgenommen hatten und die Sollvorgabe unterschritten haben, begründeten dies durch Komorbiditäten der Pat. oder bereits von extern vorliegende Ergebnisse.

\* 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. Hepatitis- und HIV-Serologie vor Beginn der Therapie



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Hepatitis B, C und HIV Serologie vor systemischer Therapie	91*	13 - 853	17099	14617
Nenner	Pat.fälle mit Hämatologischer Neoplasie und systemischer antineoplastischer Therapie	112,5*	19 - 855	20216	17309
Quote	Sollvorgabe ≥ 70%	83,2%	29,6% - 100%	84,6%**	84,4%



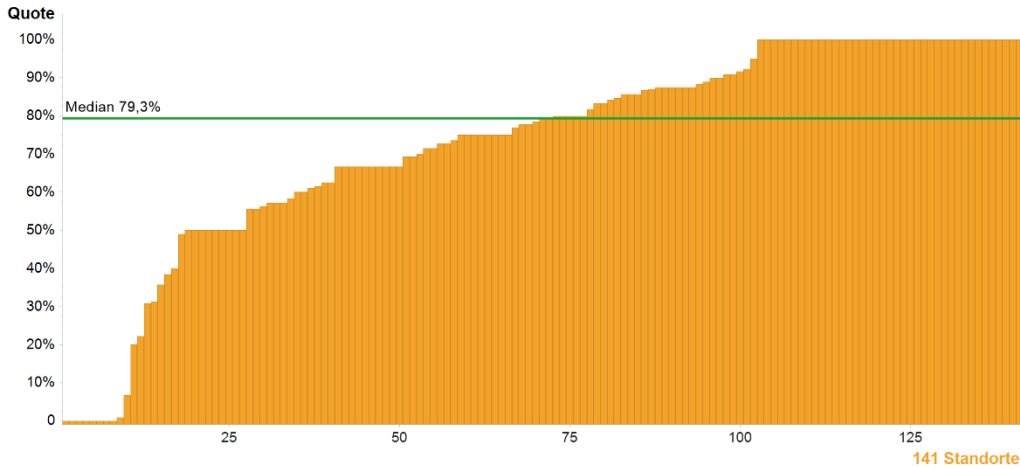
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	97,1%	97,4%	98,0%	98,4%	98,1%
75. Perzentil	86,6%	90,0%	88,8%	90,8%	90,4%
Median	79,5%	80,0%	80,2%	82,8%	83,2%
25. Perzentil	67,7%	62,2%	72,4%	76,4%	75,7%
5. Perzentil	41,5%	45,4%	59,7%	70,5%	70,4%
Min	28,3%	19,0%	18,5%	49,1%	29,6%

Standorte mit auswertbaren Daten	Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
	2024	2023
146	100%	129
141	96,6%	123
123	95,3%	

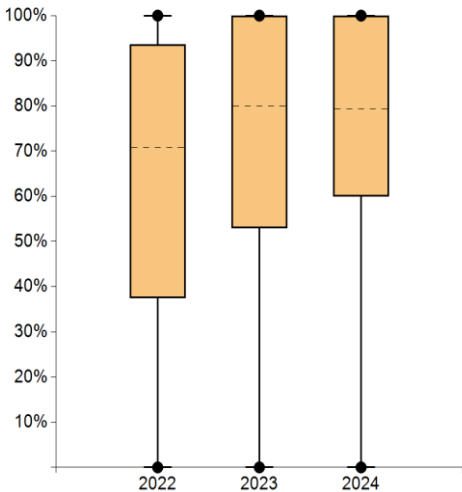
**Anmerkungen:**  
Bei knapp 85% der Pat.fälle mit hämatologischer Neoplasie und systemischer antineoplastischer Therapie erfolgte vor systemischer Therapie eine Hepatitis B, C und HIV-Serologie. Etwa 97% der Zentren erfüllen die Sollvorgabe von ≥ 70%. 5 Zentren sind begründungspflichtig. Bei diesen Zentren begründete sich die Unterschreitung meist durch eine fehlende HIV-Serologie. Es wurden Hinweise 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.

### 14. Zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonaten/ Denosumab bei Pat. mit Häm. Neoplasie (LL QI Supp)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit zahnärztlicher Untersuchung vor Beginn der Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	6*	0 - 80	1068	1030
Nenner	Pat.fälle mit Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	8*	1 - 107	1502	1400
Quote	Keine Sollvorgabe	79,3%	0% - 100%	71,1%**	73,6%



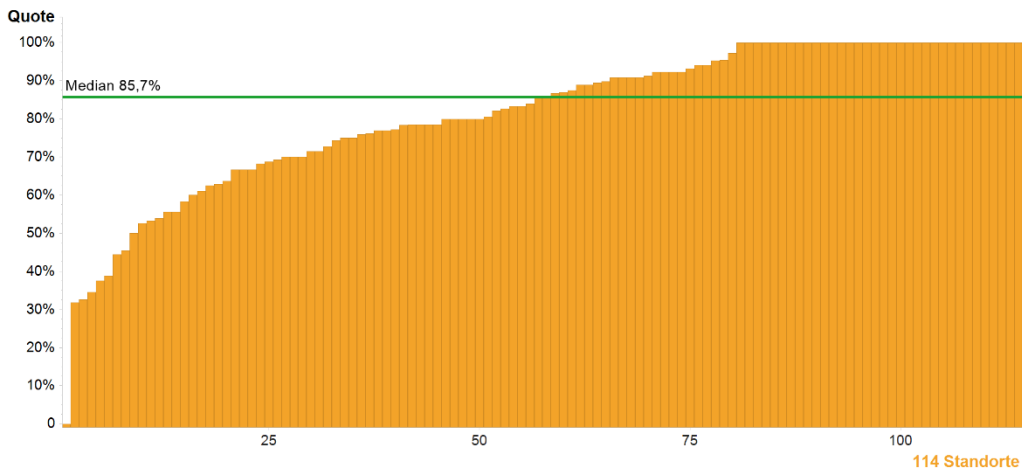
	2020	2021	2022	2023	2024
● Max	---	---	100%	100%	100%
95. Perzentil	---	---	100%	100%	100%
75. Perzentil	---	---	93,7%	100%	100%
Median	---	---	70,8%	80,0%	79,3%
25. Perzentil	---	---	37,5%	52,9%	60,0%
5. Perzentil	---	---	0,0%	0,0%	0,0%
● Min	---	---	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
141	96,6%	121	93,8%

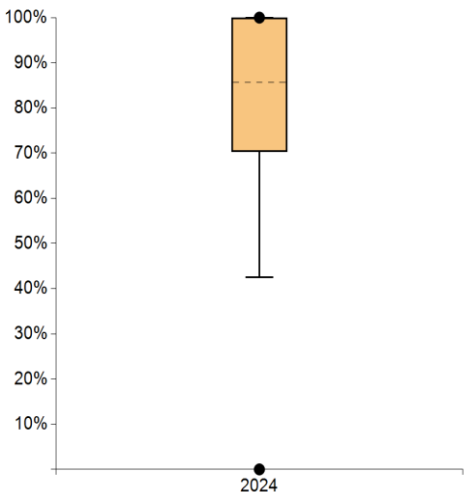
**Anmerkungen:**  
 Circa 71% der Pat.fälle mit Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie wurden vor Beginn dieser Therapie zahnärztlich untersucht. Diese Kennzahl hat keine Sollvorgabe.  
 5 Zentren gaben an, im Kennzahlenjahr keine Pat. mit einer Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie behandelt zu haben.

\* 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.

## 15. R-CHOP bei Erstdiagnose ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention (LL QI DLBCL)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Immunchemotherapie mit R-CHOP (Rituximab, Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Prednison) oder R-CHOP-ähnlichem Protokoll	12*	0 - 54	1658	----
Nenner	Pat. mit Erstdiagnose eines diffusen großzelligen B-Zell-Lymphoms (ICD-10 C82.4, C83.3, C83.8, C85.2) ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention	15*	2 - 76	2128	----
Quote	Keine Sollvorgabe	85,7%	0% - 100%	77,9%**	----



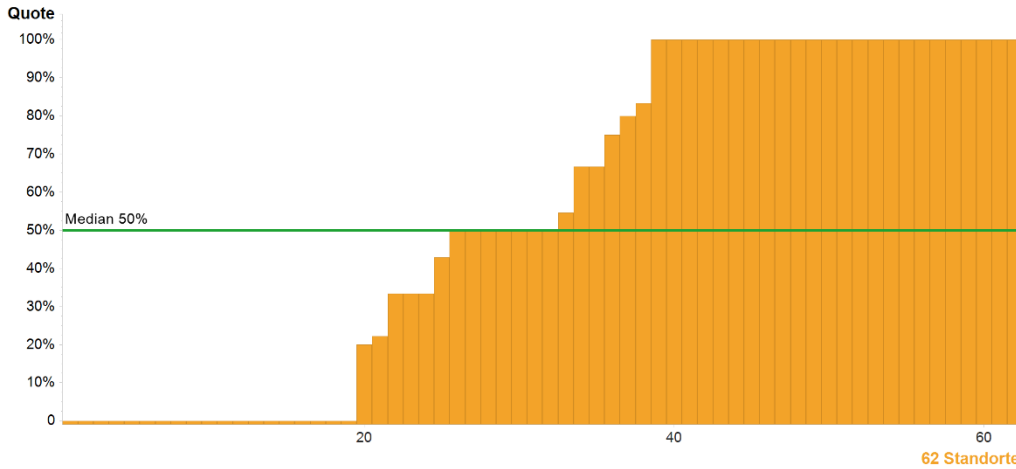
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	85,7%
25. Perzentil	----	----	----	----	70,4%
5. Perzentil	----	----	----	----	42,5%
Min	----	----	----	----	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024	2023	2024	2023	2024	2023
114	78,1%	----	----	----	----

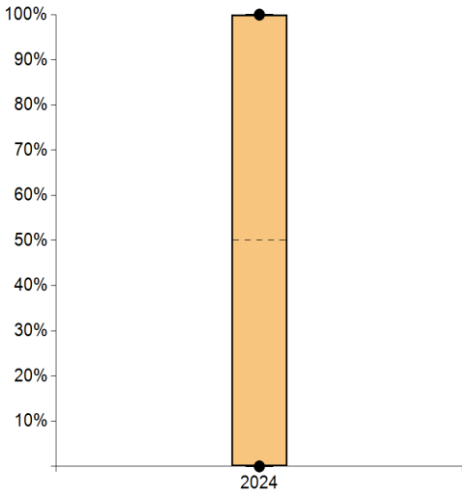
**Anmerkungen:**  
 Die Kennzahl, die einem Qualitätsindikator der Leitlinie entspricht, wurde neu eingeführt und noch optional erhoben.  
 Die Kennzahl hat noch keine Sollvorgabe oder Plausibilitätsgrenze.  
 3 Standorte gaben an, keine Pat. der im Nenner genannten Grundgesamtheit behandelt zu haben.  
 Etwa 78% der Pat. gemäß Nenner haben eine Immunchemotherapie mit R-CHOP oder R-CHOP-ähnlichem Protokoll erhalten.

\* 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.

## 16. Bestrahlung bei PET-positivem Restbefall nach Erstlinien-Immunchemotherapie (LL QI DLBCL)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Bestrahlung	1*	0 - 6	87	---
Nenner	Pat. mit Erstdiagnose DLBCL (ICD-10 C82.4, C83.3, C83.8, C85.2) inkl. genetisch definierter Subgruppen (DLBCL/ High-grade B-Zell-Lymphom mit Translokation von MYC, BCL2 und/ oder BCL6) und abgeschlossener Erstlinien-Immunchemotherapie und PET-positivem Restbefall im Abschluss-Staging	2*	1 - 18	192	---
Quote	Keine Sollvorgabe	50%	0% - 100%	45,3%**	---



	2020	2021	2022	2023	2024
● Max	---	---	---	---	100%
95. Perzentil	---	---	---	---	100%
75. Perzentil	---	---	---	---	100%
Median	---	---	---	---	50,0%
25. Perzentil	---	---	---	---	0,0%
5. Perzentil	---	---	---	---	0,0%
● Min	---	---	---	---	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
62	42,5%	---	---

**Anmerkungen:**  
 Diese Kennzahl, die einem QI der Leitlinie entspricht, wurde erstmals und noch optional, erhoben.  
 28 Zentren gaben an, keine Pat. mit den im Nenner genannten Kriterien behandelt zu haben.  
 Insgesamt wurde bei ca. 45% der betrachteten 192 Pat. eine Bestrahlung durchgeführt. Als Begründungen für eine ausgebliebene Bestrahlung wurde genannt, dass diese geplant, aber noch ausstehend sei oder diese Pat.-seitig abgelehnt worden sei.

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

## 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](http://www.onkozert.de)

Version e-A1-de; Stand 21.04.2026

**ISBN: 978-3-912231-02-1**



9 783912 231021