



Kennzahlenauswertung 2026

Jahresbericht der Sarkomzentren

Auditjahr 2025 / Kennzahlenjahr 2024

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Sarkomzentren 2025	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	13
Kennzahl Nr. 1a: Anzahl Primärfälle	13
Kennzahl Nr. 1b: Zentrumspat. mit neuaufgetretenem (Lokal-)Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	14
Kennzahl Nr. 1c: Anzahl Zentrumsfälle	15
Kennzahl Nr. 1d: Anzahl Resektionen Weichgewebesarkome	16
Kennzahl Nr. 1e: Anzahl Resektionen Knochensarkome	17
Kennzahl Nr. 2a: Prätherapeutische Tumorkonferenz - Primärfälle	18
Kennzahl Nr. 2b: Prätherapeutische Tumorkonferenz - Zentrumspat. mit Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (LL QI)	19
Kennzahl Nr. 3: Vorstellung postoperative Tumorkonferenz (LL QI)	20
Kennzahl Nr. 4: Psychoonkologisches Distress-Screening	21
Kennzahl Nr. 5: Beratung Sozialdienst	22
Kennzahl Nr. 6: Anteil Studienpat.	23
Kennzahl Nr. 7: R0-Resektion (LL QI)	26
Kennzahl Nr. 8: Prä- oder postoperative Strahlentherapie bei operierten hoch malignen WGT	27
Kennzahl Nr. 9: Prätherapeutische histologische Sicherung	28
Kennzahl Nr. 10: Risikogerechte adjuvante Therapie GIST.....	29
Impressum	30

Hinweis: 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. 3: Vorstellung postoperative Tumorkonferenz (LL QI)
Kennzahl Nr. 4: Psychoonkologisches Distress-Screening
Kennzahl Nr. 5: Beratung Sozialdienst
Kennzahl Nr. 6: Anteil Studienpat.
Kennzahl Nr. 7: R0-Resektion (LL QI)

Qualitätsindikatoren der Leitlinie (LL QI):

In dem Inhaltsverzeichnis und in den jeweiligen Überschriften sind die Kennzahlen, die den Qualitätsindikatoren der evidenzbasierten Leitlinie entsprechen, besonders ausgewiesen. Die so gekennzeichneten Qualitätsindikatoren beruhen auf starken Empfehlungen der Leitlinien und sind durch die Leitliniengruppen des Leitlinienprogramms Onkologie abgeleitet worden. Weiterführende Information: www.leitlinienprogramm-onkologie.de
Die Qualitätsindikatoren (QI's) beziehen sich auf die Version 1.1 der S3-LL Adulte Weichgewebesarkome.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	36*	6 - 330	1721	1189
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	114*	54 - 348	2918	2579
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	32,9%	7,4% - 375%	59%**	46,1%

Grunddaten Kennzahl:

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

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

Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben. Unter **Pat. Gesamt** ist die Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat. angegeben.

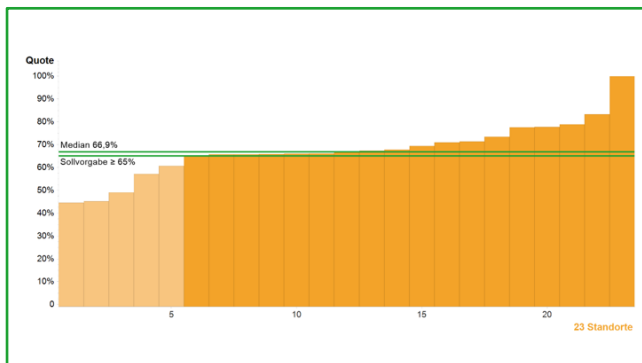
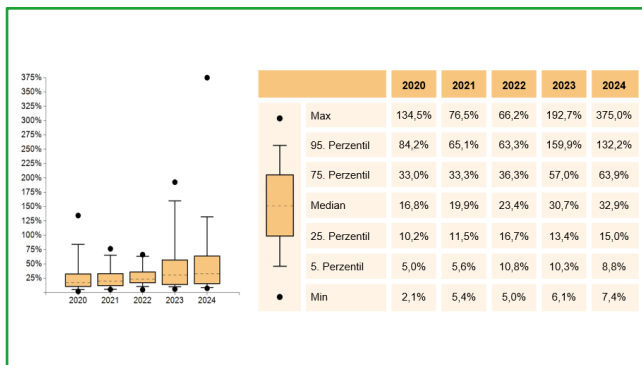


Diagramm:

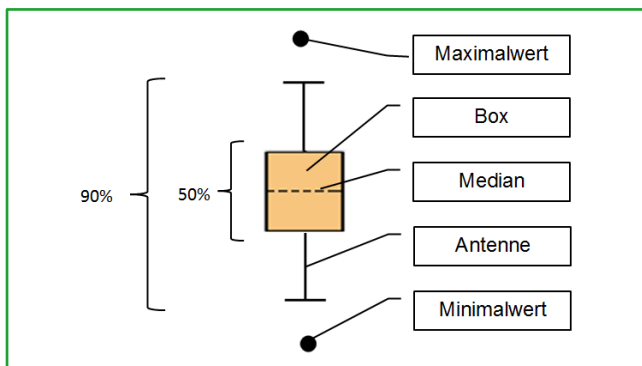
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

Allgemeine Informationen



Kohortenentwicklung:

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 Sarkomzentren 2025

	31.12.2025	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021
Laufende Verfahren	5	3	9	8	13
Zertifizierte Zentren	23	21	20	18	14
Zertifizierte Standorte	23	21	20	18	14

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2025	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	23	21	19	17	12
entspricht	100%	100%	95%	94,4%	85,7%
Zentrumsfälle gesamt*	4.166	3.764	3.100	2.786	2.307
Zentrumsfälle pro Standort (Mittelwert)*	181,1	179,2	163,2	163,9	192,3
Zentrumsfälle pro Standort (Median)*	161	162	146	137	140

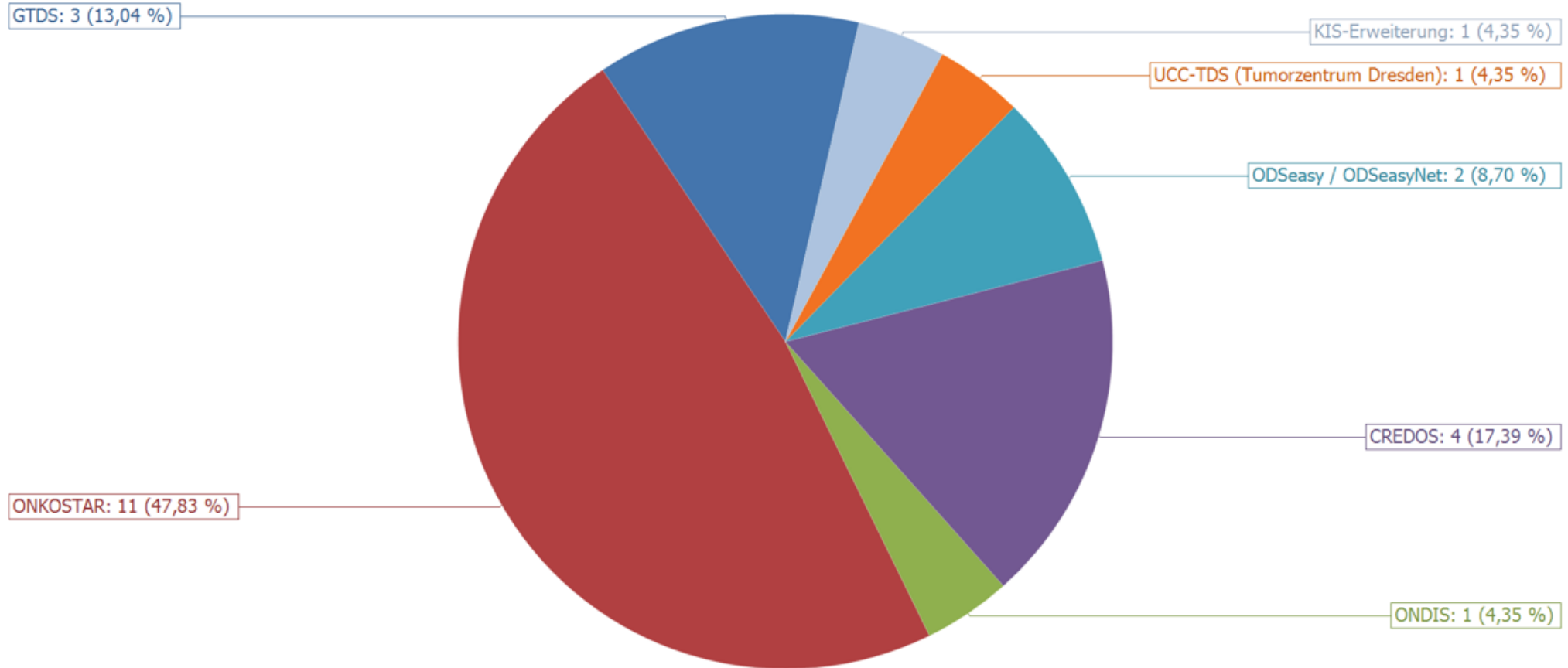
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Sarkomzentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 23 zertifizierte Zentrumsstandorte enthalten, in denen 4.166 Zentrumsfälle behandelt wurden. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

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

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten

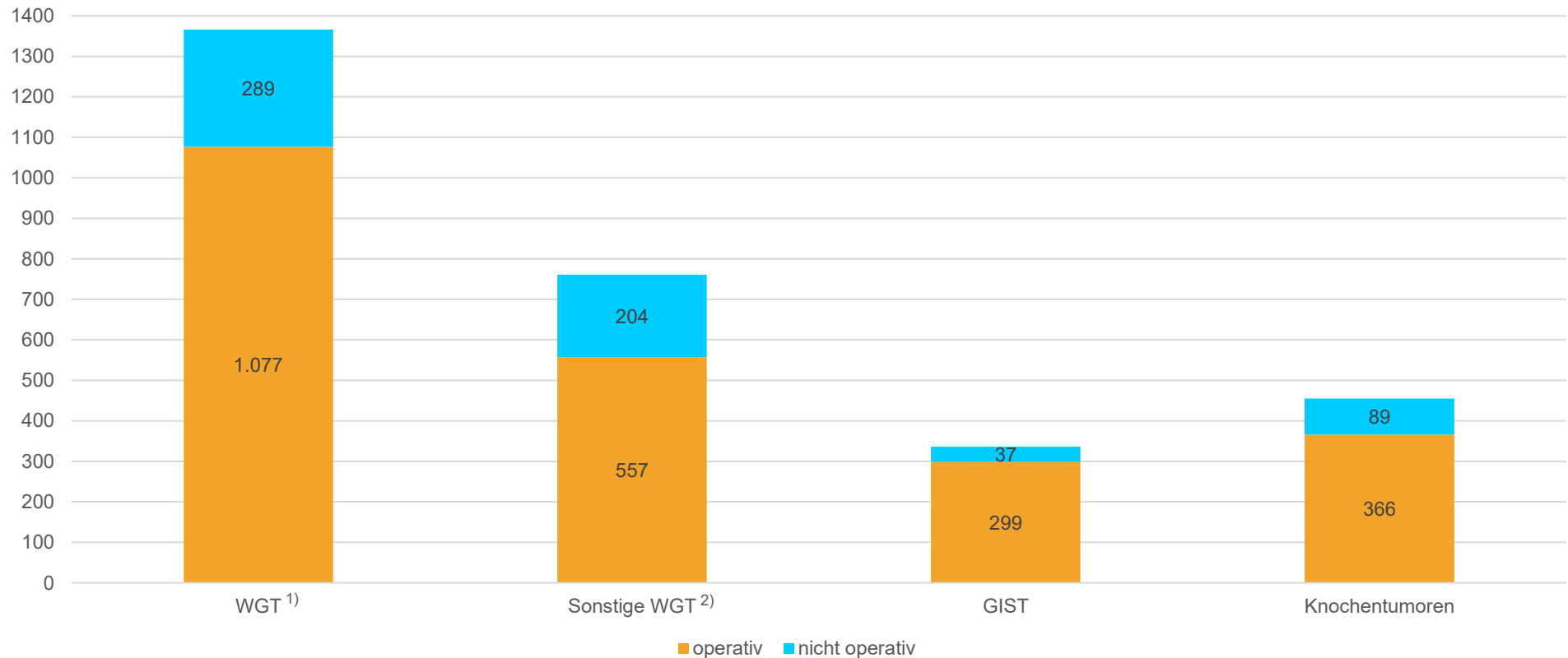


Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

Basisdaten – Primärfälle Sarkomzentren

Primärfälle Gesamt

(= alle Pat. mit Erstdiagnose Weichgewebetumor inkl. GIST und/ oder primärem malignen Knochentumor, einschließlich primär metastasierter Pat.)

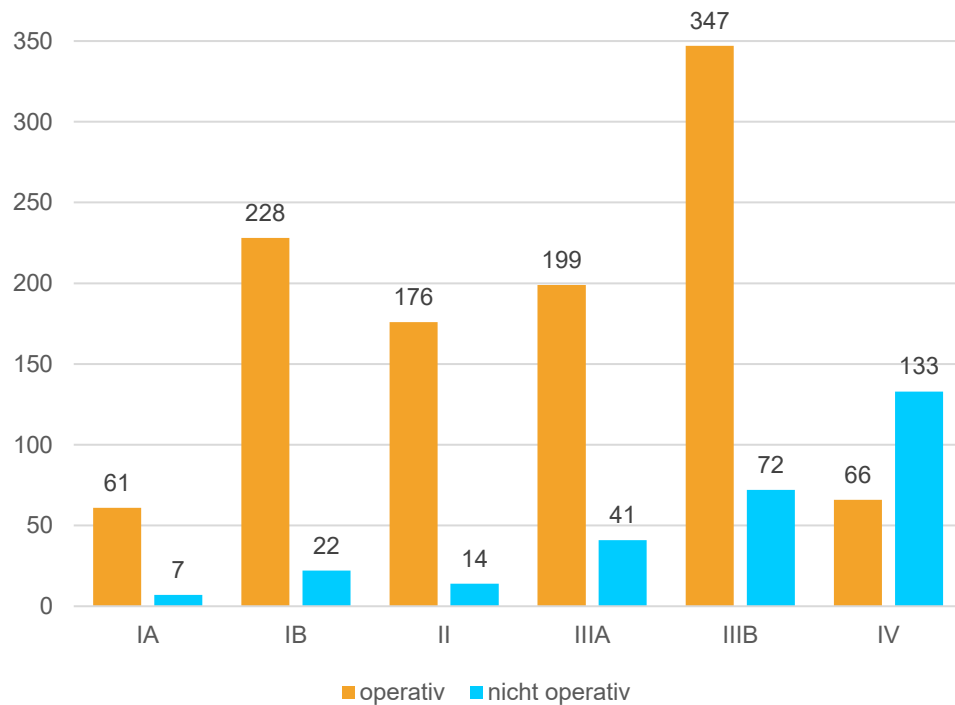


¹⁾ Einschließlich ICD-O-3 Topographie-Codes C38.1-3 (vorderes/ hinteres Mediastinum, Mediastinum o.n.A.), C47 (periphere Nerven), C48 (Retroperitoneum), C49 (Bindegewebe, subkutanes und andere Weichgewebe).

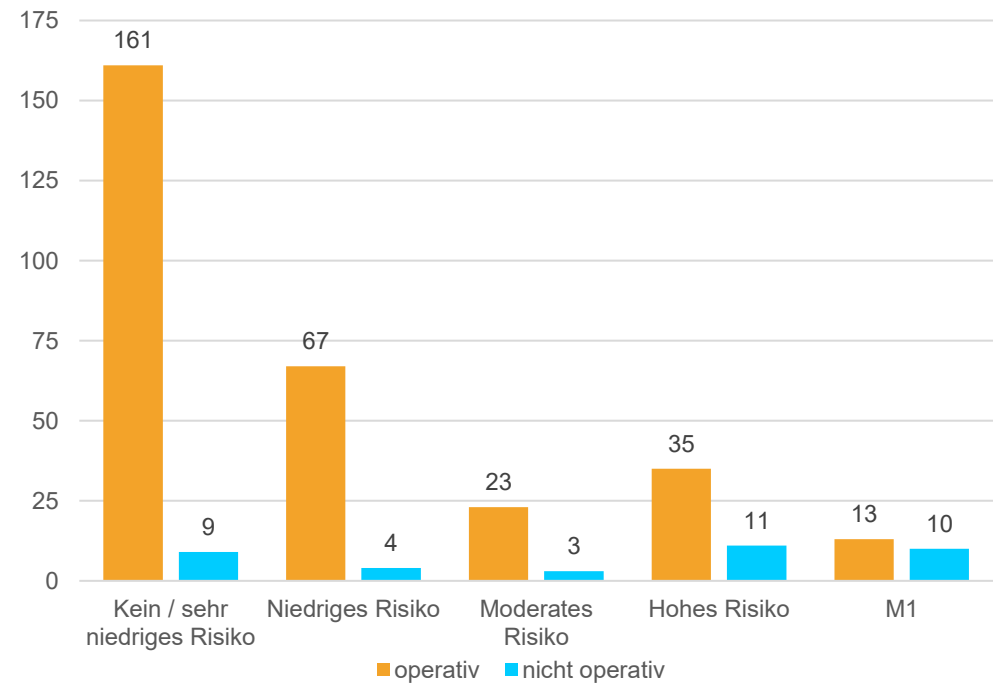
²⁾ Alle nicht unter ¹⁾ genannten Topographien nach ICD-O-3, für die kein TNM-Stadium existiert (siehe Datenblatt ICD-O-3 Liste mit „*“). Ohne Knochentumoren (ICD-O-3 Topographie-Codes C40-41) und ohne GIST.

Basisdaten – Primärfälle Sarkomzentren

Primärfälle WGT (ohne GIST) nach Stadien



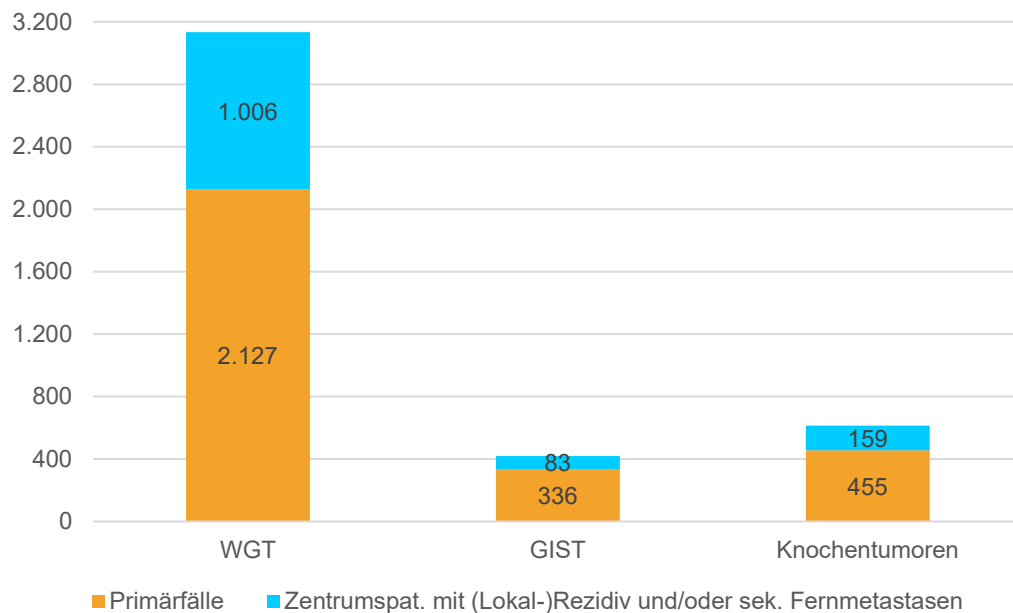
Primärfälle GIST Risikoklasse¹⁾



¹⁾ Gemäß Risikoklassifikation nach Miettinen et al. 2006.

Basisdaten – Zentrumsfälle Sarkomzentren

Zentrumsfälle nach Entität

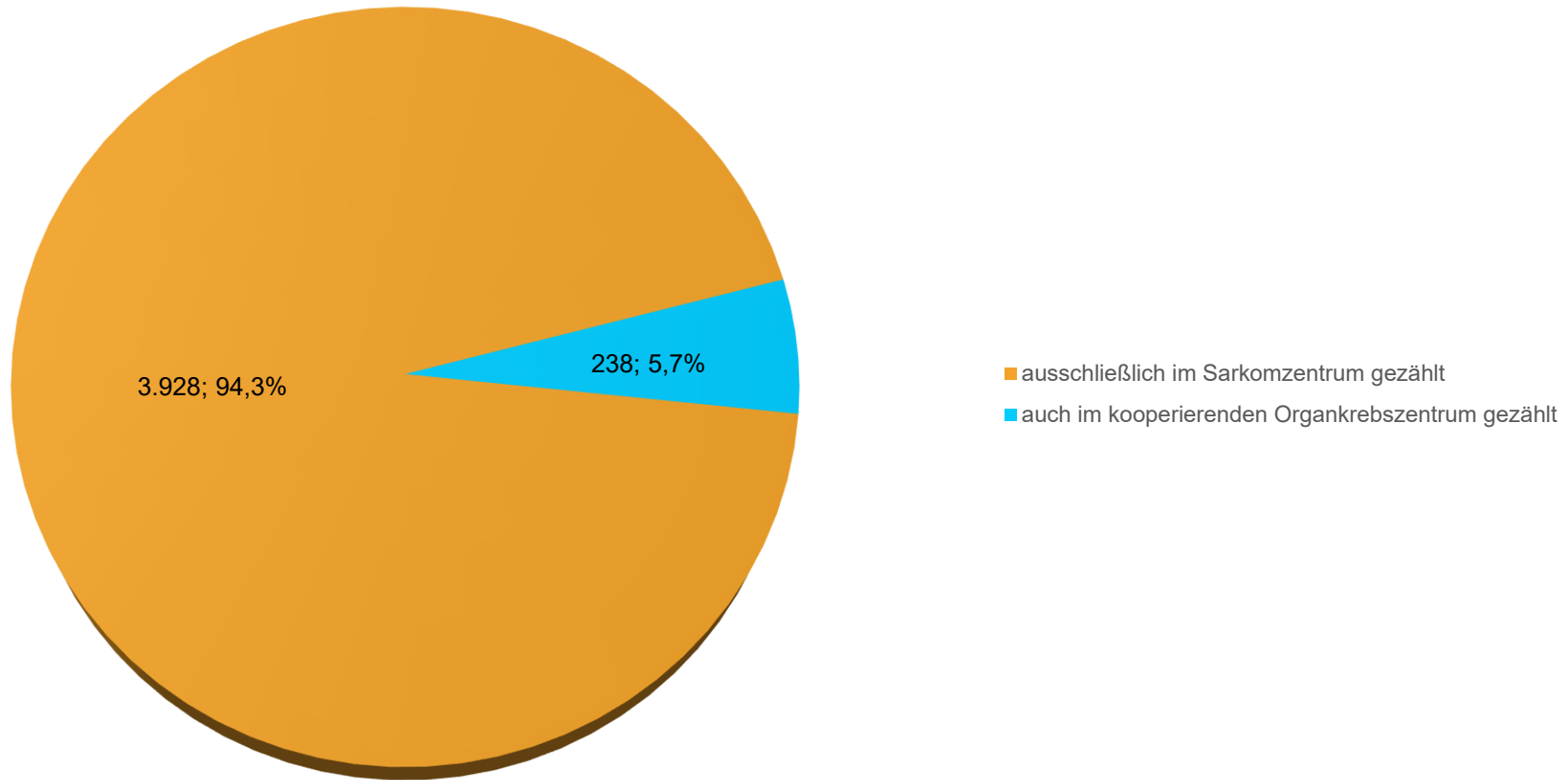


	Primärfälle	Zentrumspat. mit (Lokal-)Rezidiv und/oder sek. Fernmetastasen	Gesamt
WGT	2.127 (67,9%)	1.006 (32,1%)	3.133 (75,2%)
GIST	336 (80,2%)	83 (19,8%)	419 (10,1%)
Knochtumoren	455 (74,1%)	159 (25,9%)	614 (14,7%)
Gesamt	2.918 (70,0%)	1.248 (30,0%)	4.166 (100%)

Primärfall	Alle Pat. mit Erstdiagnose Weichgewebetumor inkl. GIST und/ oder Knochtumoren einschließlich primär metastasierter Pat.
Zentrumsfall	Primärfälle + Zentrumspat. mit Rezidiv und/ oder sekundären Fernmetastasen im Kalenderjahr

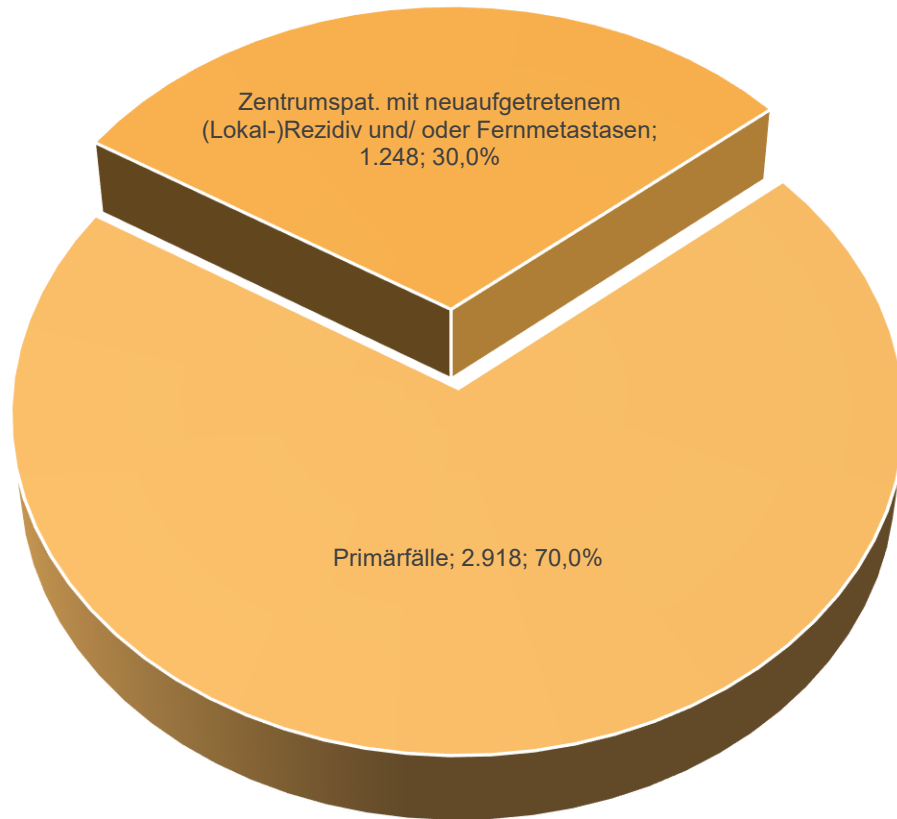
Basisdaten – Zentrumsfälle Sarkomzentren

Zentrumsfälle nach Zählweise



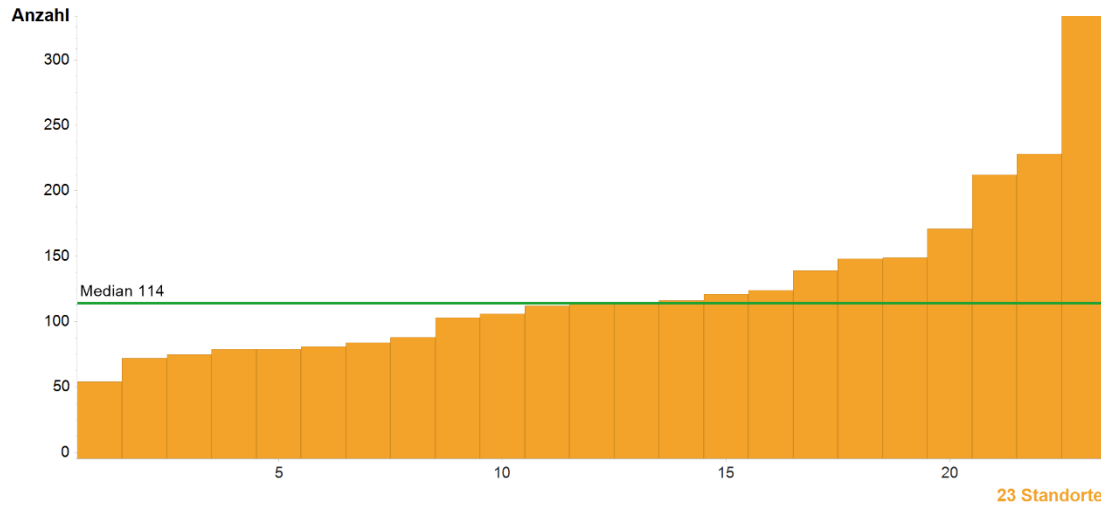
Zentrumsfall	Primärfälle + Zentrumspat. mit Rezidiv und/ oder sekundären Fernmetastasen im Kalenderjahr
---------------------	--

Basisdaten – Verhältnis Primärfälle zu Rezidiven/ Metastasen Sarkomzentren

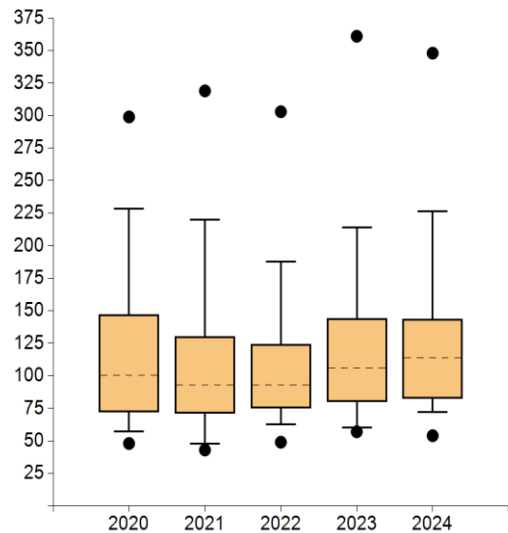


Primärfälle	Zentrumspat. mit neuauftretendem (Lokal-) Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	Zentrumsfälle
2.918 (70,0%)	1.248 (30,0%)	4.166 (100%)

1a. Anzahl Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	114	54 - 348	2918	2579
	Keine Sollvorgabe				

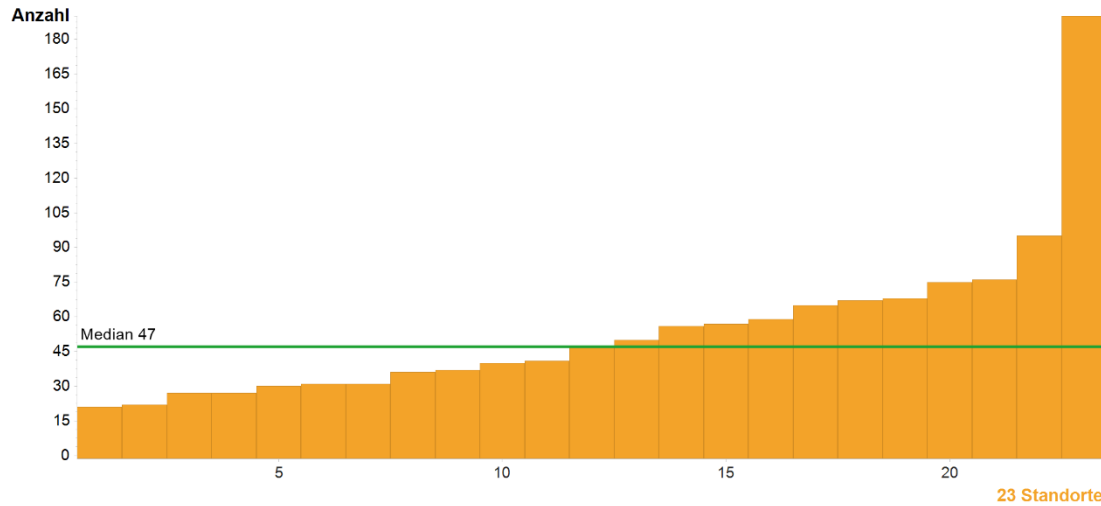


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	299	319	303	361	348
95. Perzentil	228,6	219,8	187,8	214	226,4
75. Perzentil	147,3	130	124	144	143,5
Median	100,5	93	93	106	114
25. Perzentil	72	71	75	80	82,5
5. Perzentil	57,4	47,8	62,5	60	72,3
Min	48	43	49	57	54

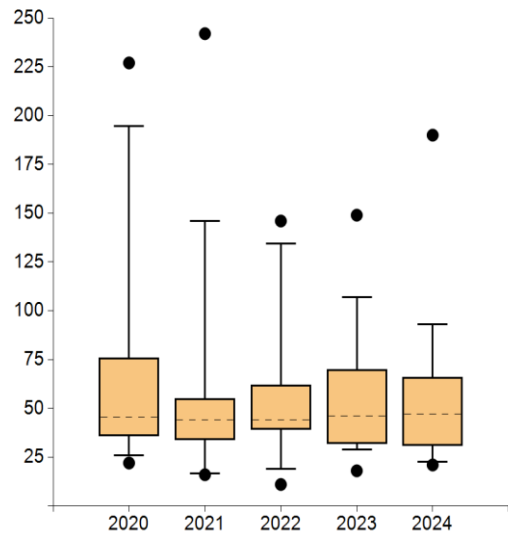
	Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
	2024		2023		2024		2023	
	23	100%	21	100%	---	---	---	---

Anmerkungen:
 Die Zahl der Zentren ist gegenüber dem Vorjahr von 21 auf 23 gestiegen. Parallel dazu nimmt die Gesamtzahl der Primärfälle auf 2.918 zu (Vorjahr: 2.579, + 13,1%) und der Median steigt von 106 auf 114. Auch über die meisten Perzentile zeigt sich gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg der Fallzahlen.

1b. Zentrumspat. mit neuauftretenem (Lokal-)Rezidiv und/ oder Fernmetastasen



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Zentrumspat. mit neuauftretenem (Lokal-)Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	47	21 - 190	1248	1185
	Keine Sollvorgabe				



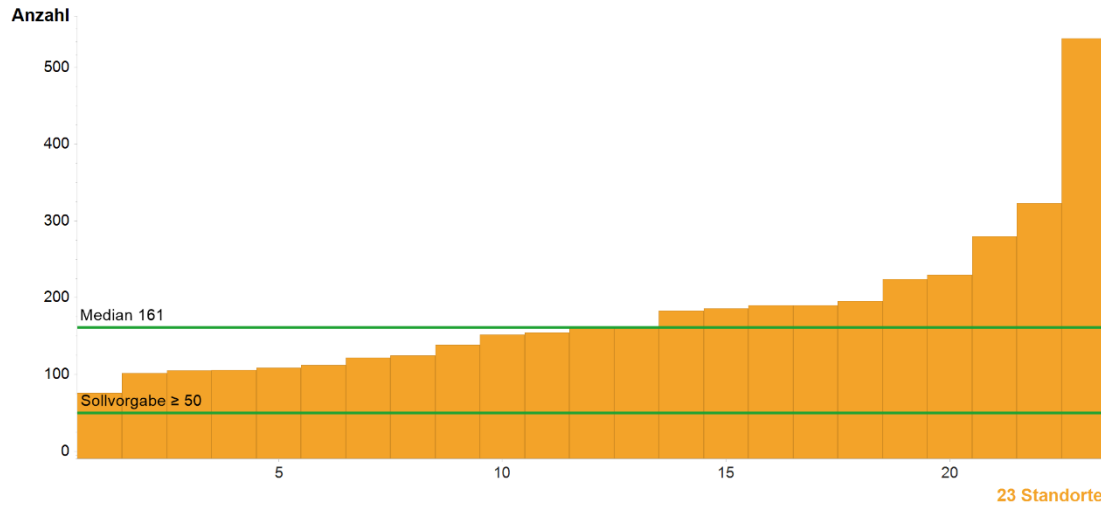
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	227	242	146	149	190
95. Perzentil	194,6	146	134,3	107	93,1
75. Perzentil	75,8	55	62	70	66
Median	45,5	44	44	46	47
25. Perzentil	36	34	39	32	31
5. Perzentil	25,9	16,8	19,1	29	22,5
Min	22	16	11	18	21

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
23	100%	21	100%	---	---	---	---

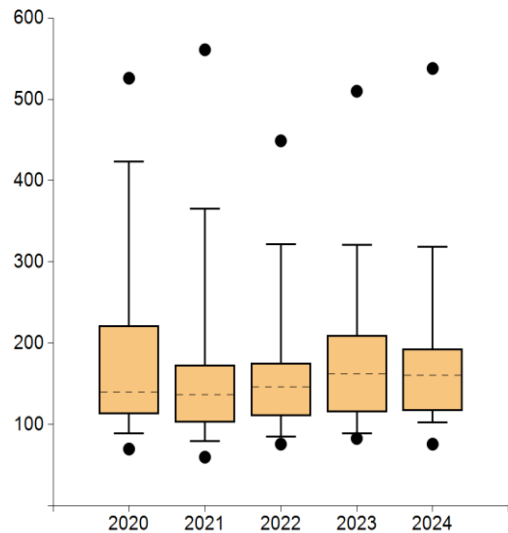
Anmerkungen:

Die Zahl der Zentrumspat. mit neuauftretenem Lokal-Rezidiv und/ oder Fernmetastasen ist auf 1.248 gestiegen (Vorjahr: 1.185, +5,3%), der Anstieg fällt damit moderater aus als bei den Primärfällen. Der Median nimmt von 46 auf 47 geringfügig zu.

1c. Anzahl Zentrumsfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Zentrumsfälle	161	76 - 538	4166	3764
	Sollvorgabe ≥ 50				

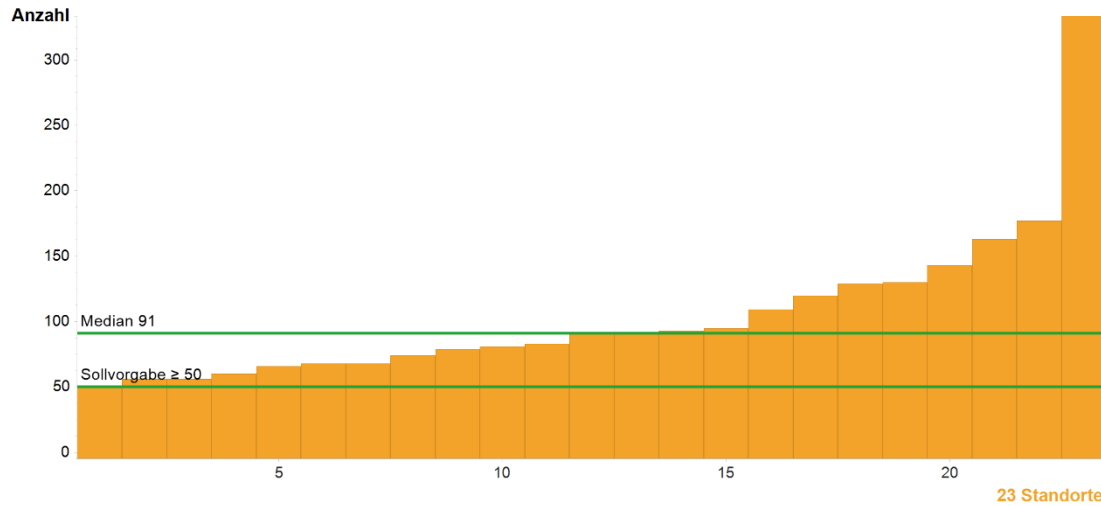


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	526	561	449	510	538
95. Perzentil	423,2	365,8	322,1	321	318,7
75. Perzentil	221,5	173	176	210	193
Median	140	137	146	162	161
25. Perzentil	113	103	110,5	115	117
5. Perzentil	89,3	80	85	89	102,3
Min	70	60	76	83	76

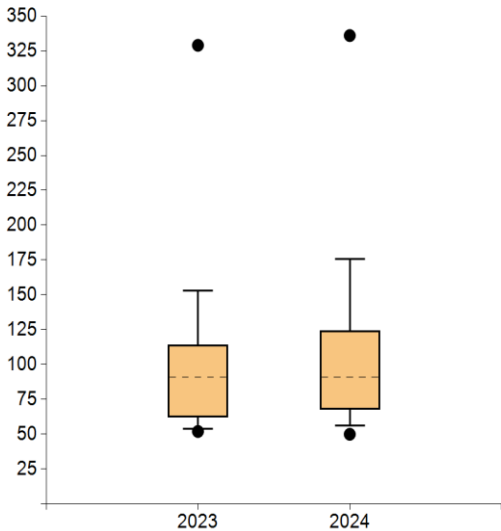
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
23	100%	21	100%	23	100%	21	100%

Anmerkungen:
 Die Gesamtzahl der Zentrumsfälle ist als Summe aus Primärfälle und Rezidiv-/ Metastasenfällen auf 4.166 gestiegen (Vorjahr: 3.764, + 10,7%), der Median liegt mit 161 auf dem Vorjahresniveau (162). Alle 23 Zentren erfüllen die Sollvorgabe von ≥ 50 Fällen.

1d. Anzahl Resektionen Weichgewebesarkome



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Anzahl Resektionen Weichgewebesarkome	91	50 - 336	2418	2125
	Sollvorgabe ≥ 50				

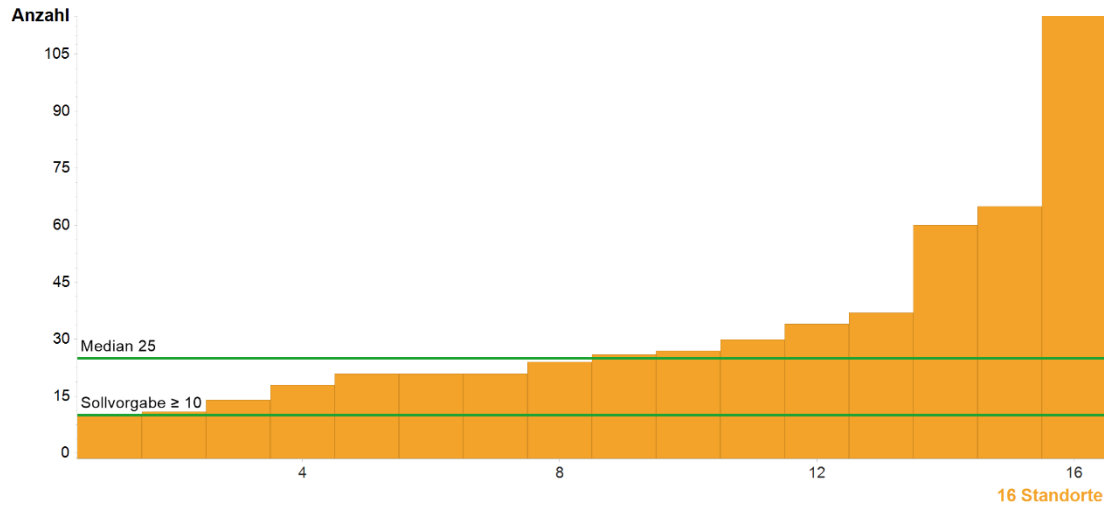


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	----	----	----	329	336
95. Perzentil	----	----	----	153	175,6
75. Perzentil	----	----	----	114	124,5
Median	----	----	----	91	91
25. Perzentil	----	----	----	62	68
5. Perzentil	----	----	----	54	56
Min	----	----	----	52	50

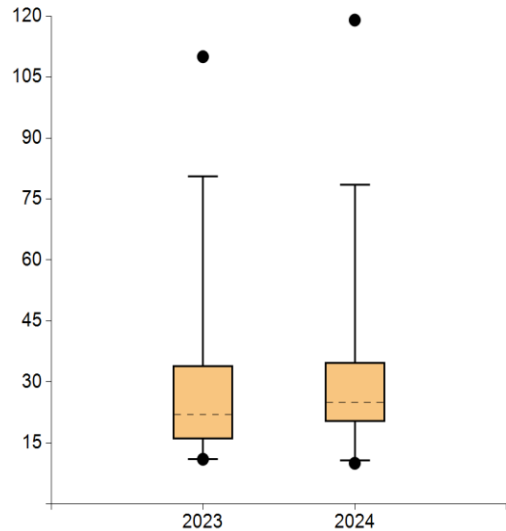
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
23	100%	21	100%	23	100%	21	100%

Anmerkungen:
 Im zweiten Erfassungsjahr dieser Kennzahl ist die Gesamtzahl der Resektionen von Weichgewebesarkomen auf 2.418 gestiegen (Vorjahr: 2.125, + 13,8%). Der Median liegt mit 91 auf dem Vorjahresniveau, die Fallzahlen verteilen sich über eine Range von 50 bis 336. Alle 23 Zentren erfüllen die Sollvorgabe von ≥ 50 Resektionen.

1e. Anzahl Resektionen Knochensarkome



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Anzahl Resektionen Knochensarkomen	25	10 - 119	538	462
	Sollvorgabe ≥ 10				

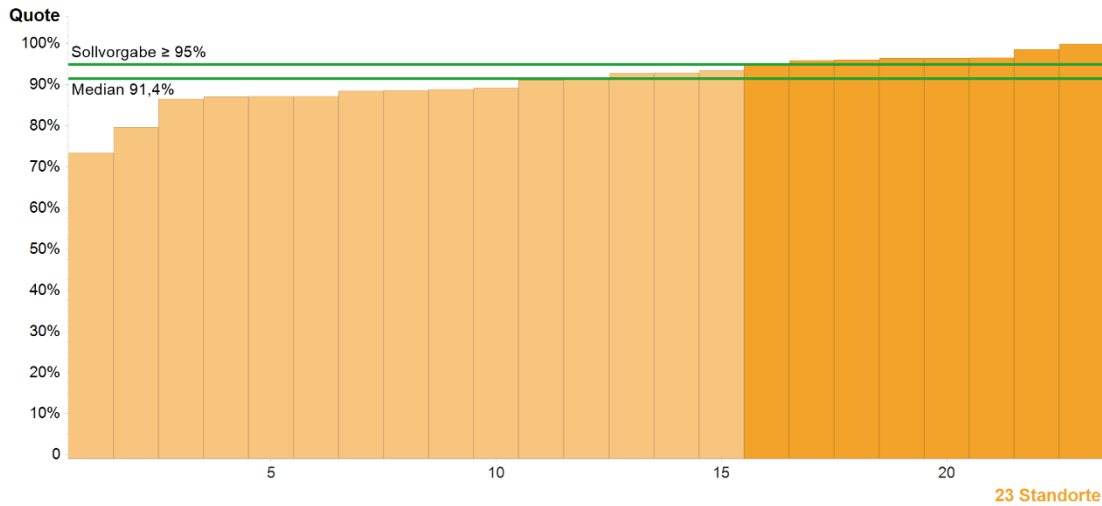


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	---	---	---	110	119
95. Perzentil	---	---	---	80,6	78,5
75. Perzentil	---	---	---	34	34,8
Median	---	---	---	22	25
25. Perzentil	---	---	---	16	20,3
5. Perzentil	---	---	---	11	10,8
Min	---	---	---	11	10

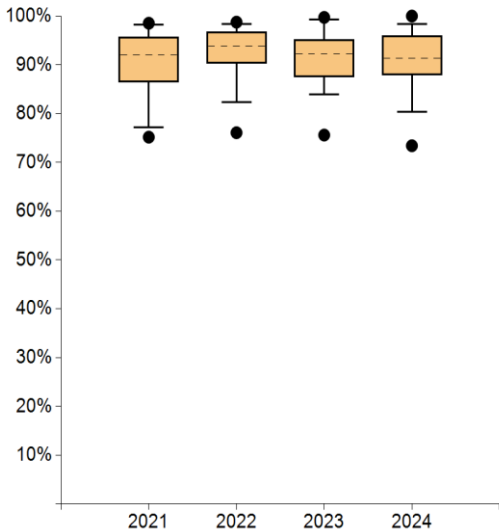
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
16	69,6%	15	71,4%	16	100%	15	100%

Anmerkungen:
 Auch die Resektionen von Knochensarkomen werden nun im 2. Jahr als Kennzahl erfasst. Die Gesamtzahl ist dabei auf 538 gestiegen (Vorjahr: 462, + 16,5%), der Median nimmt von 22 auf 25 zu. Die Fallzahlen verteilen sich über eine Range von 10 bis 119, was die erheblichen Unterschiede im Fallvolumen zwischen den Zentren widerspiegelt. Alle 16 für Knochensarkome zertifizierten Sarkomzentren erfüllen die Sollvorgabe von ≥ 10 Resektionen.

2a. Prätherapeutische Tumorkonferenz - Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt wurden	104*	43 - 308	2651	2380
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	114*	54 - 348	2918	2579
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	91,4%	73,4% - 100%	90,8%**	92,3%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	----	98,5%	98,8%	99,7%	100%
95. Perzentil	----	98,2%	98,4%	99,3%	98,4%
75. Perzentil	----	95,8%	96,7%	95,2%	95,9%
Median	----	92,0%	93,9%	92,3%	91,4%
25. Perzentil	----	86,5%	90,3%	87,5%	87,9%
5. Perzentil	----	77,2%	82,4%	84,0%	80,3%
Min	----	75,2%	76,1%	75,6%	73,4%

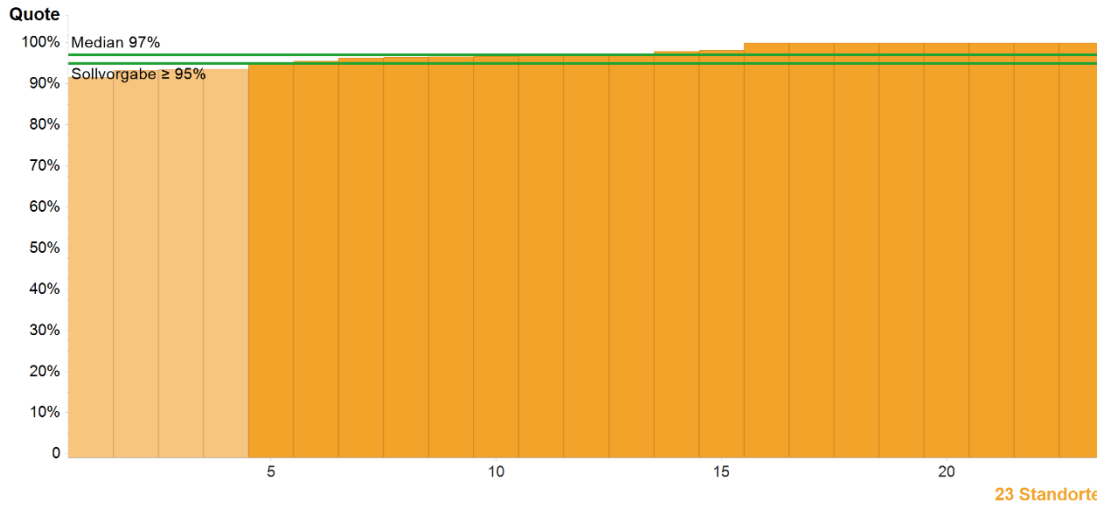
	Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
	2024	2023	2024	2023
	23	100%	21	100%
	8	34,8%	8	38,1%

Anmerkungen:

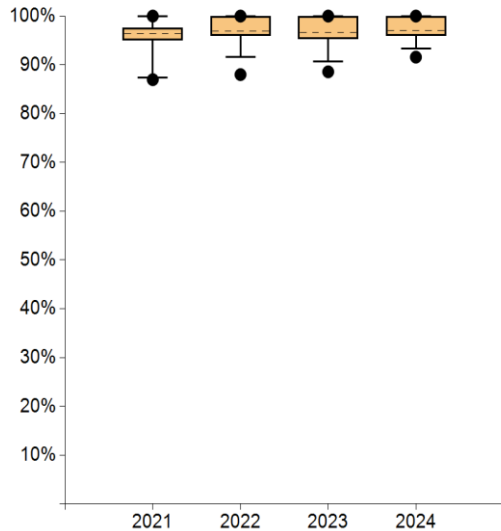
Die prätherapeutische Vorstellungsrate zeigt gegenüber dem Vorjahr einen leichten Rückgang, mit einem Median von 91,4% (Vorjahr: 92,3%) und einer Gesamtquote von 90,8% (Vorjahr: 92,3%). 15 Zentren unterschritten die SV von ≥ 95% (Vorjahr: 13). Als häufigste Ursachen wurden Zufallsbefunde (114x), initial benigne Befunde mit erst postoperativ gesicherter Malignität (61x), Versäumnisse (19x), Notfälle (17x), Schnittstellenproblematiken (11x) sowie Versterben vor Vorstellung (4x) angegeben. Die Zentren reagierten mit der Erstellung von SOPs sowie der Durchführung von Qualitätszirkeln. Es wurden 5 Hinweise, davon 1 kritischer Hinweis ausgesprochen.

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

2b. Prätherapeutische Tumorkonferenz - Zentrumspat. mit Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt wurden	47*	21 - 174	1204	1148
Nenner	Zentrumspat. mit neuauftretendem (Lokal-)Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	47*	21 - 190	1248	1185
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97%	91,6% - 100%	96,5%**	96,9%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	97,6%	100%	100%	100%
Median	----	96,4%	96,9%	96,6%	97,0%
25. Perzentil	----	95,1%	96,0%	95,4%	96,0%
5. Perzentil	----	87,3%	91,6%	90,6%	93,3%
Min	----	87,0%	88,0%	88,6%	91,6%

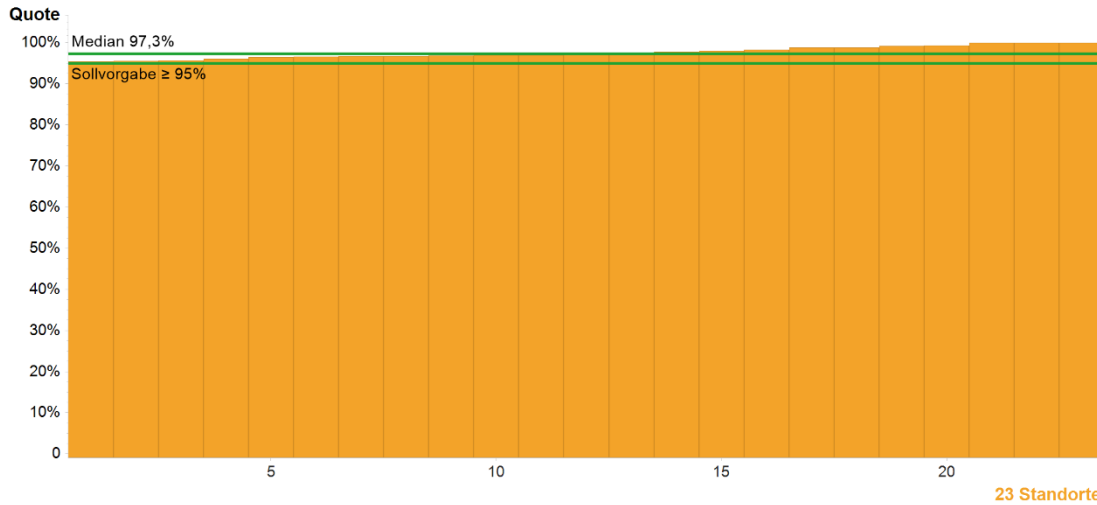
	Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt					
	2024	2023	2024		2023			
	23	100%	21	100%	19	82,6%	17	81%

Anmerkungen:

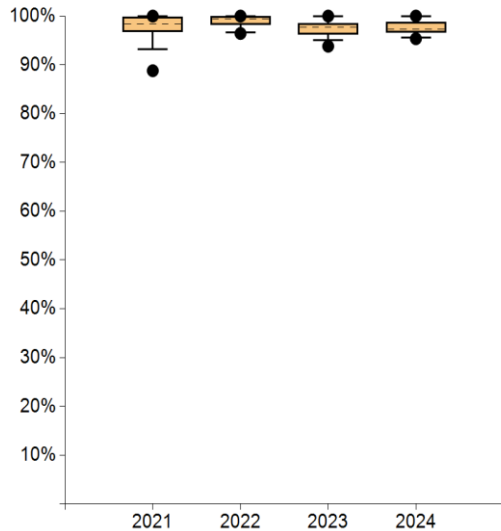
Die prätherapeutische Vorstellungsrate bei Rezidiv und/ oder Fernmetastasen zeigt sich mit einem Median von 97% (Vorjahr: 96,6%) und einer Gesamtquote von 96,5% (Vorjahr: 96,9%) gegenüber dem Vorjahr weitgehend konstant. Wie im Vorjahr unterschritten 4 Zentren die Sollvorgabe. Als Gründe wurden Resektionsbiopsien (6x), OP bei präop. nicht bekannter Malignität (4x), Versäumnisse (4x), Rezidive eines G1-Tumors (3x), Zufallsbefunde (3x), Schnittstellenproblematik (3x) sowie externe Tumorkonferenzvorstellung (1x) angegeben. Zentren reagierten mit erneuten Rücksprachen und Schulungen von Mitarbeitenden. Es wurde 1 Hinweis ausgesprochen.

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

3. Vorstellung postoperative Tumorkonferenz (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Zentrumsfälle des Nenners, die postoperativ in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	97*	58 - 404	2904	2552
Nenner	Zentrumsfälle mit Operation	100*	60 - 411	2976	2620
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,3%	95,4% - 100%	97,6%**	97,4%



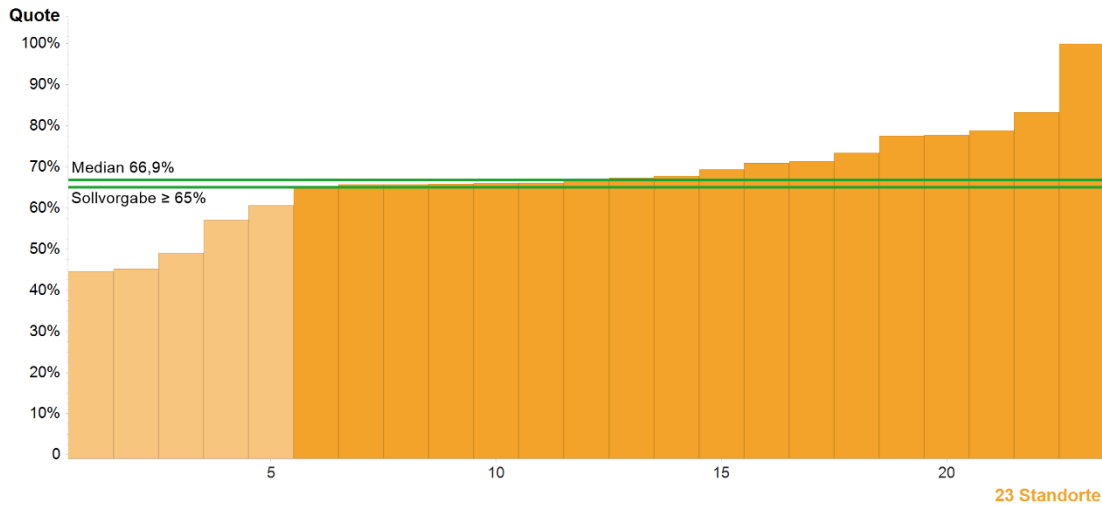
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	99,8%	100%	98,5%	98,8%
Median	----	98,4%	99,4%	97,7%	97,3%
25. Perzentil	----	96,8%	98,3%	96,2%	96,6%
5. Perzentil	----	93,2%	96,6%	95,1%	95,5%
Min	----	88,8%	96,4%	93,8%	95,4%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
23	100%	21	100%	23	100%	20	95,2%

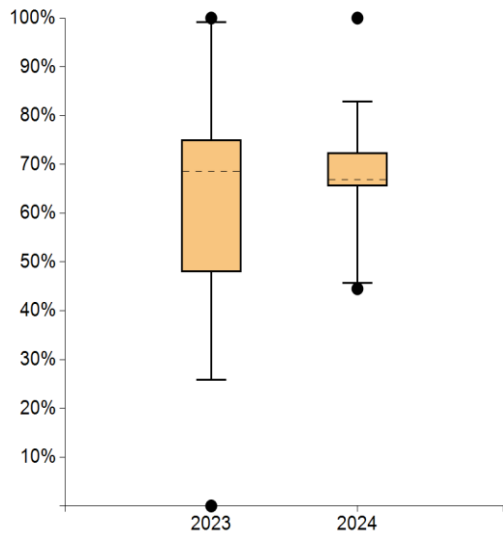
Anmerkungen:
Die postoperative Vorstellung wird weiterhin sehr gut von den Zentren umgesetzt, mit einer Gesamtquote von 97,6% (Vorjahr: 97,4%) und einem Median von 97,3% (Vorjahr: 97,7%). Im aktuellen Kennzahlenjahr erfüllten alle 23 Zentren die Sollvorgabe von ≥ 95% (Vorjahr: 20 von 21).

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

4. Psychoonkologisches Distress-Screening



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	108*	48 - 264	2716	1498
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Zentrumspat. mit neuauftretendem (Lokal-)Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	161*	76 - 538	4166	2558
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	66,9%	44,5% - 100%	65,2%**	58,6%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	99,2%	82,9%
75. Perzentil	----	----	----	75,1%	72,4%
Median	----	----	----	68,6%	66,9%
25. Perzentil	----	----	----	47,9%	65,5%
5. Perzentil	----	----	----	25,8%	45,7%
Min	----	----	----	0,0%	44,5%

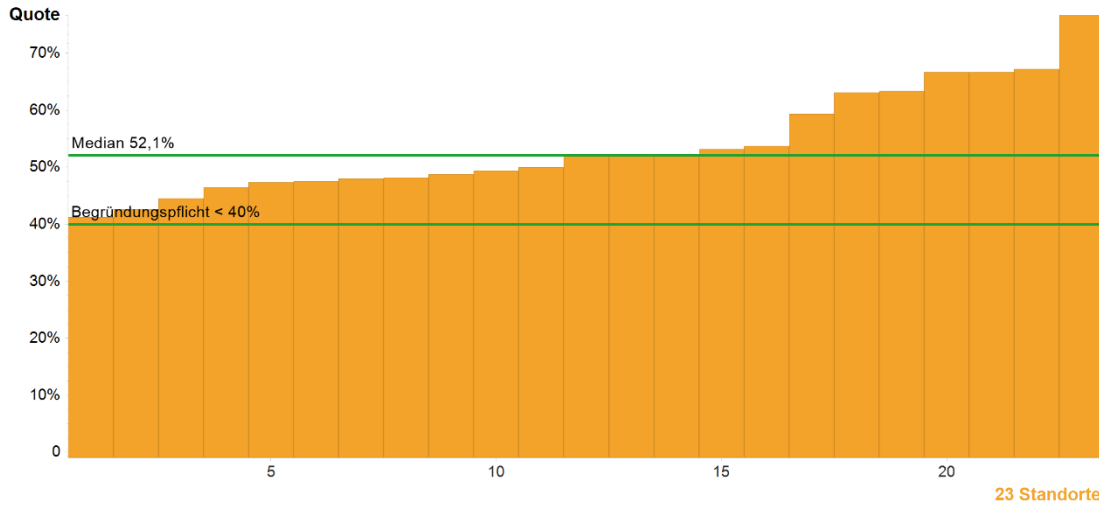
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
23	100%	18	66,7%
15	71,4%	10	66,7%

Anmerkungen:

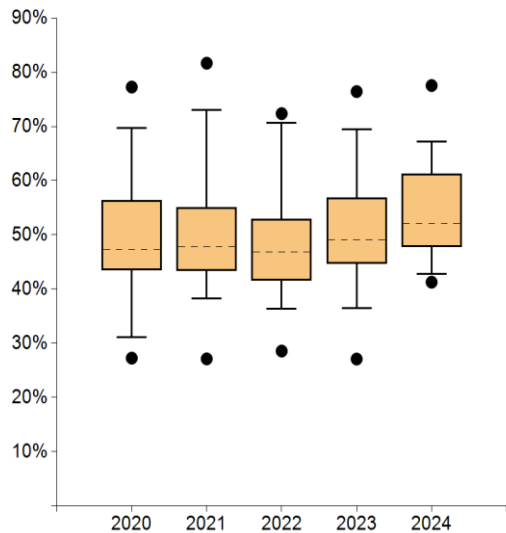
Im zweiten Erhebungsjahr liegen nun von allen 23 Zentren auswertbare Daten vor (Vorjahr: 15). Median (66,9% vs. 68,6%) und Gesamtquote (65,2% vs. 58,6%) bewegen sich etwa auf dem Vorjahresniveau. 5 Zentren unterschritten die SV von ≥ 65% (Vorjahr: 5 von 15). Als wesentliche Ursachen wurden laufende IT-Implementierungen, Personalsituation sowie eine noch unvollständige Dokumentationserfassung insbesondere im ambulanten Bereich angegeben. Die Zentren berichten bereits von steigenden Quoten und eingeleiteten Maßnahmen zur Prozessoptimierung. Es wurden 2 Hinweise 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.

5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Zentrumsfälle des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	84*	36 - 256	2213	1851
Nenner	Zentrumsfälle	161*	76 - 538	4166	3764
Quote	Begründungspflicht*** <40%	52,1%	41,3% - 77,6%	53,1%**	49,2%



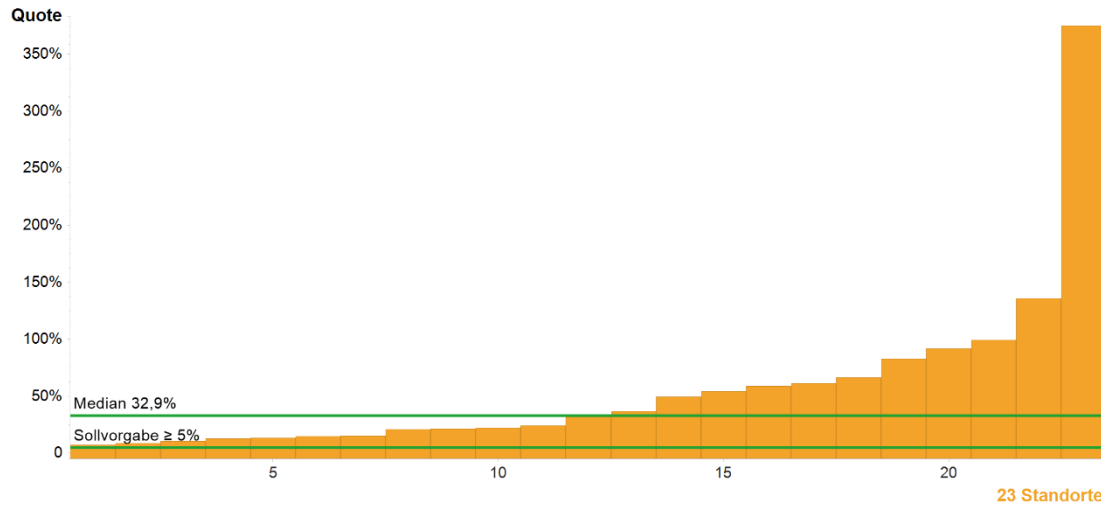
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	77,3%	81,7%	72,4%	76,4%	77,6%
95. Perzentil	69,7%	73,0%	70,7%	69,5%	67,2%
75. Perzentil	56,4%	55,1%	52,9%	56,9%	61,2%
Median	47,3%	47,8%	46,8%	49,2%	52,1%
25. Perzentil	43,5%	43,4%	41,6%	44,7%	47,8%
5. Perzentil	31,1%	38,3%	36,4%	36,5%	42,8%
Min	27,3%	27,1%	28,6%	27,1%	41,3%

Standorte mit auswertbaren Daten	Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen		
	2024	2023	
23	100%	21	100%
		23	100%
		19	90,5%

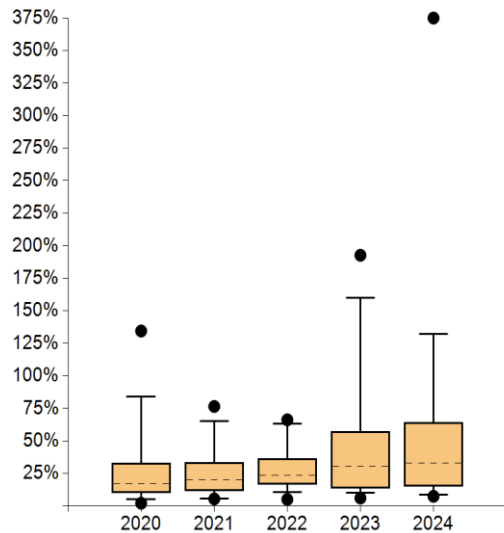
Anmerkungen:
Die Beratungsquote des Sozialdienstes verbessert sich gegenüber den Vorjahren und weist aktuell einen Median von 52,1% (Vorjahr: 49,2%) und eine Gesamtquote von 53,1% (Vorjahr: 49,2%) auf. Alle 23 Zentren lagen innerhalb der Plausibilitätsgrenzen.

* 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. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	36*	6 - 330	1721	1189
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	114*	54 - 348	2918	2579
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	32,9%	7,4% - 375%	59%**	46,1%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	134,5%	76,5%	66,2%	192,7%	375,0%
95. Perzentil	84,2%	65,1%	63,3%	159,9%	132,2%
75. Perzentil	33,0%	33,3%	36,3%	57,0%	63,9%
Median	16,8%	19,9%	23,4%	30,7%	32,9%
25. Perzentil	10,2%	11,5%	16,7%	13,4%	15,0%
5. Perzentil	5,0%	5,6%	10,8%	10,3%	8,8%
Min	2,1%	5,4%	5,0%	6,1%	7,4%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
23	100%	21	100%	23	100%	21	100%

Anmerkungen:

Der Anteil der Studienpat. zeigt gegenüber dem Vorjahr einen deutlichen Anstieg, mit einem Median von 32,9% (Vorjahr: 30,7%) und einer Gesamtquote von 59% (Vorjahr: 46,1%). Die breite Range von 7,4% bis 375% spiegelt die erheblichen Unterschiede in der Studienaktivität zwischen den Zentren wider. Alle 23 Zentren erfüllten die SV von ≥ 5%.

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

Individueller Jahresbericht - Benchmark

Individueller Jahresbericht - Standortspezifische Kennzahlenauswertung eines Zentrums

Was ist der individuelle Jahresbericht?

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

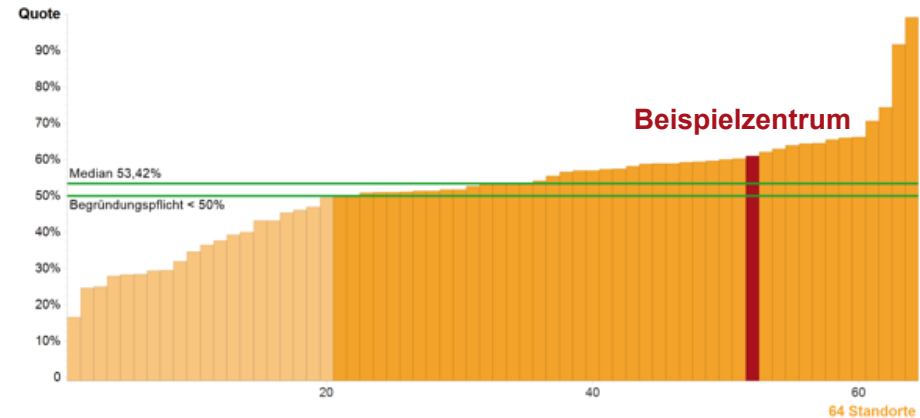
Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf www.onkozert.de unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

Wer kann den individuellen Jahresbericht erhalten?

Voraussetzung für die Erstellung des individuellen Jahresberichtes ist die Veröffentlichung des allgemeinen Jahresberichtes (Bekanntgabe u.a. auf www.onkozert.de) sowie die Abbildung des eigenen Zentrums im allgemeinen Jahresbericht (beispielweise 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* <math>< 50\%</math>	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:

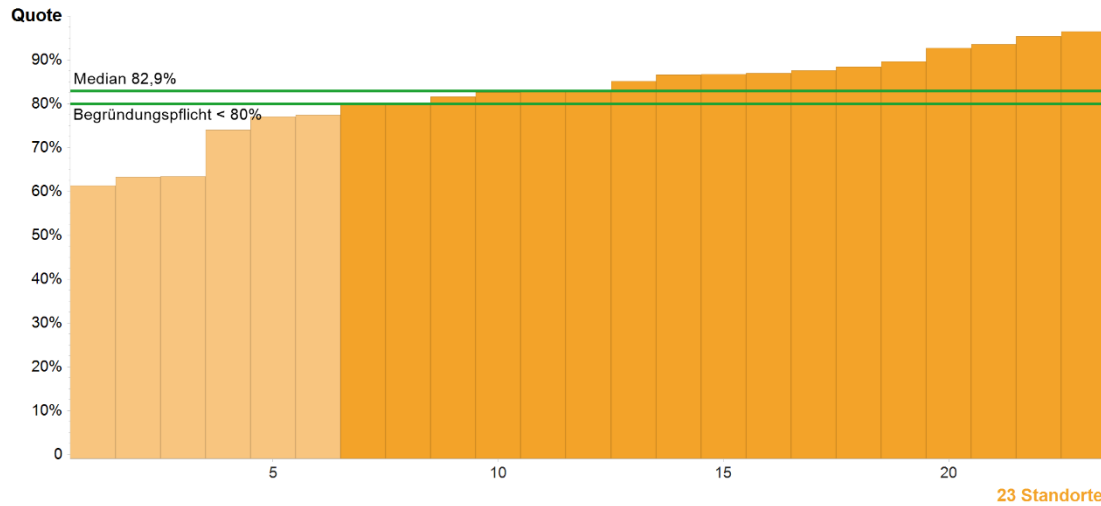
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- 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).

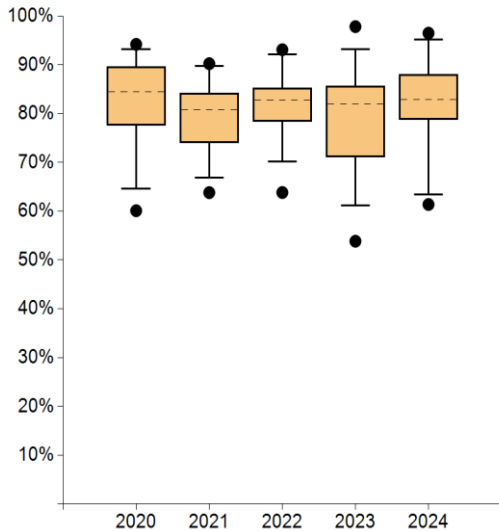
Alle anderen Organkrebszentren / Module

- 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 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.

7. R0-Resektion (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit R0 nach Tumorresektion	61*	23 - 168	1580	1370
Nenner	Operative Primärfälle WGT (ohne GIST) und operative Primärfälle Knochentumoren	71*	27 - 265	2000	1798
Quote	Begründungspflicht*** <80%	82,9%	61,4% - 96,5%	79%**	76,2%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	94,2%	90,2%	93,1%	97,8%	96,5%
95. Perzentil	93,2%	89,8%	92,2%	93,2%	95,2%
75. Perzentil	89,7%	84,2%	85,3%	85,7%	88,0%
Median	84,4%	80,7%	82,7%	81,9%	82,9%
25. Perzentil	77,6%	74,0%	78,4%	71,1%	78,8%
5. Perzentil	64,7%	66,8%	70,2%	61,1%	63,4%
Min	60,1%	63,8%	63,8%	53,9%	61,4%

Standorte mit auswertbaren Daten	Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
	2024	2023
2024	23	100%
2023	21	100%
2024	17	73,9%
2023	14	66,7%

Anmerkungen:

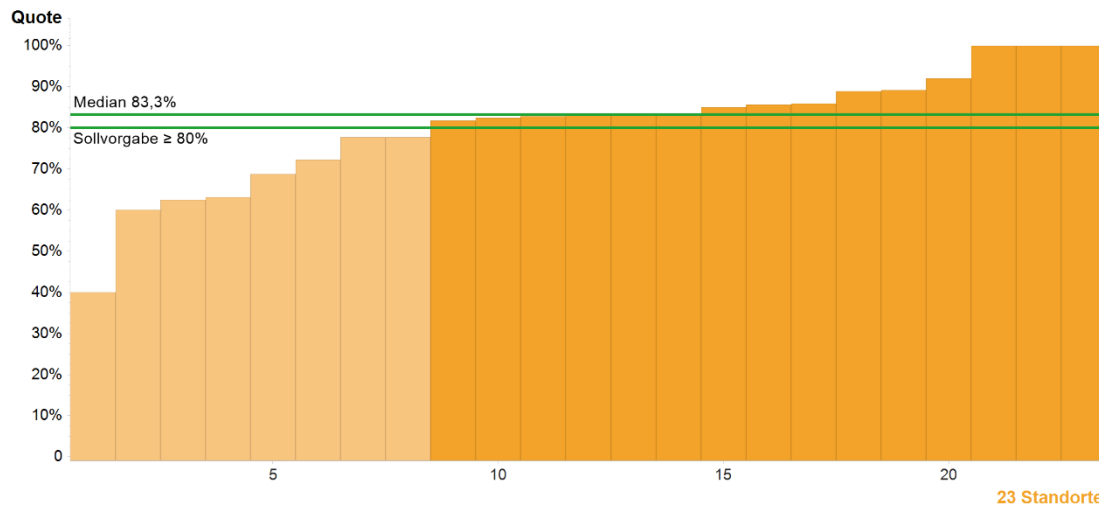
Die R0-Rate entwickelt sich gegenüber dem Vorjahr positiv, mit einem Anstieg sowohl im Median (82,9% vs. 81,9%) als auch in der Gesamtquote (79,0% vs. 76,2%). 6 Zentren fielen unter die Begründungspflicht (Vorjahr: 7). Die häufigsten Begründungen waren leitliniengerecht geplante marginale Resektionen bei bestimmten Histologien (u. a. ALT, TGCT/PVNS, Riesenzelltumoren 95x), fortgeschrittene oder komplexe Tumorsituationen (multiviszeral, multifokal, retroperitoneal, infiltrativ; 42x) sowie Verzicht bei erwartbaren funktionellen Einschränkungen (20x). Seltener wurden palliative Resektionen (6x), Pat.ablehnungen einer Nachresektion (2x), externe Voroperationen (2x) sowie Zufallsbefunde (2x) genannt. Die Angaben wurden im Audit nachvollziehbar begründet.

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

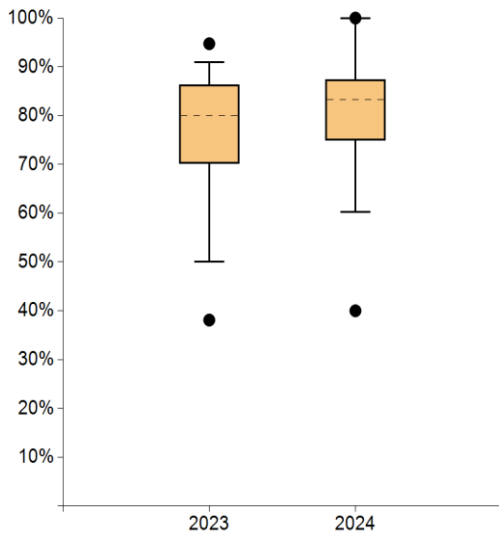
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

8. Prä- oder postoperative Strahlentherapie bei operierten hoch malignen WGT



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die eine Bestrahlung erhalten haben	14*	2 - 67	411	365
Nenner	Operative Primärfälle muskuloskeletale WGT Stadium II-III B	18*	5 - 78	503	477
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	83,3%	40% - 100%	81,7%**	76,5%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	----	----	----	94,7%	100%
95. Perzentil	----	----	----	90,9%	100%
75. Perzentil	----	----	----	86,4%	87,4%
Median	----	----	----	80,0%	83,3%
25. Perzentil	----	----	----	70,2%	75,0%
5. Perzentil	----	----	----	50,0%	60,3%
Min	----	----	----	38,1%	40,0%

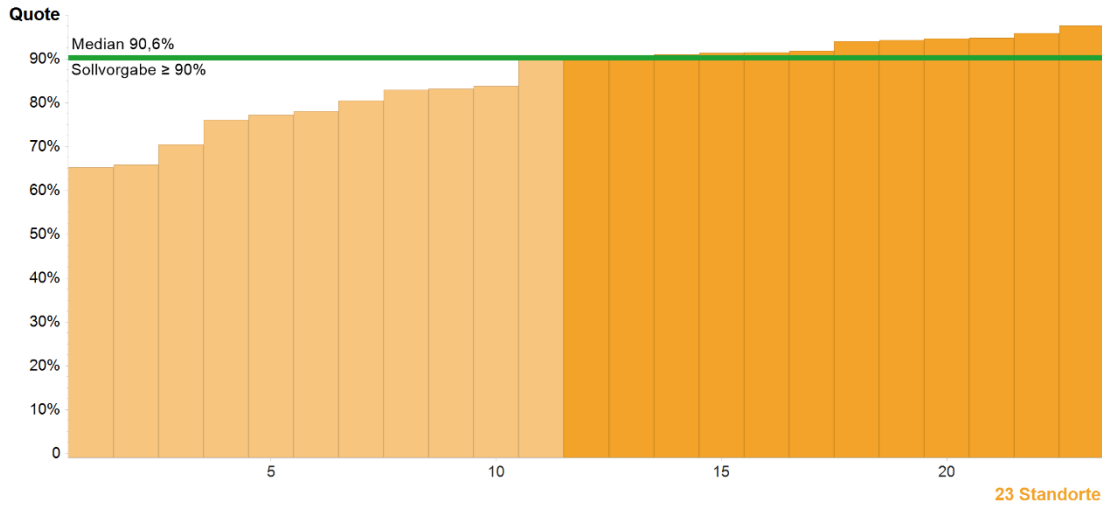
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
23	100%	21	100%	15	65,2%	11	52,4%

Anmerkungen:

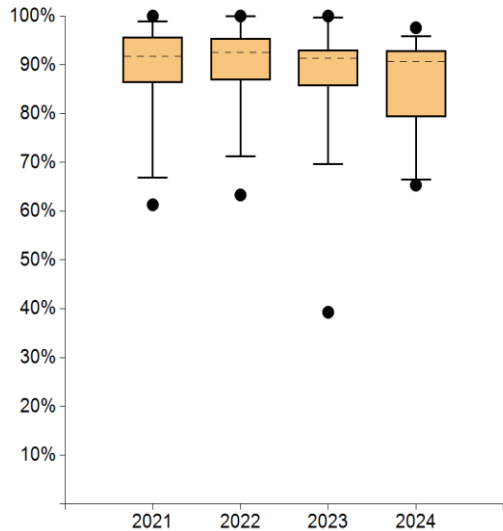
Die Quote der prä- oder postoperativen Strahlentherapie zeigt gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg, mit einem Median von 83,3% (Vorjahr: 80,0%) und einer Gesamtquote von 81,7% (Vorjahr: 76,5%). 8 Zentren unterschritten die Sollvorgabe von ≥ 80% (Vorjahr: 10). Als Gründe wurden fehlende Indikation oder leitliniengerechter Verzicht (15x), Pat.faktoren (Ablehnung/ Incompliance/ Alter/ AZ; 13x), Amputation oder ablatives Verfahren (7x) und Tumorboardentscheidung zugunsten von Nachsorge (6x) genannt. Weitere Begründungen waren Versterben, Lokalrezidiv und fehlende Strahlenreserve. Alle Fälle konnten in den Audits durch die Fachexperten plausibilisiert werden.

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

9. Prätherapeutische histologische Sicherung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit prätherapeutischer histologischer Sicherung (Stanzbiopsie oder CT-gesteuerte Biopsie oder Inzisionsbiopsie)	84*	24 - 325	2249	2056
Nenner	Primärfälle WGT ohne GIST und Primärfälle Knochentumore	99*	34 - 333	2582	2309
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	90,6%	65,4% - 97,6%	87,1%**	89%



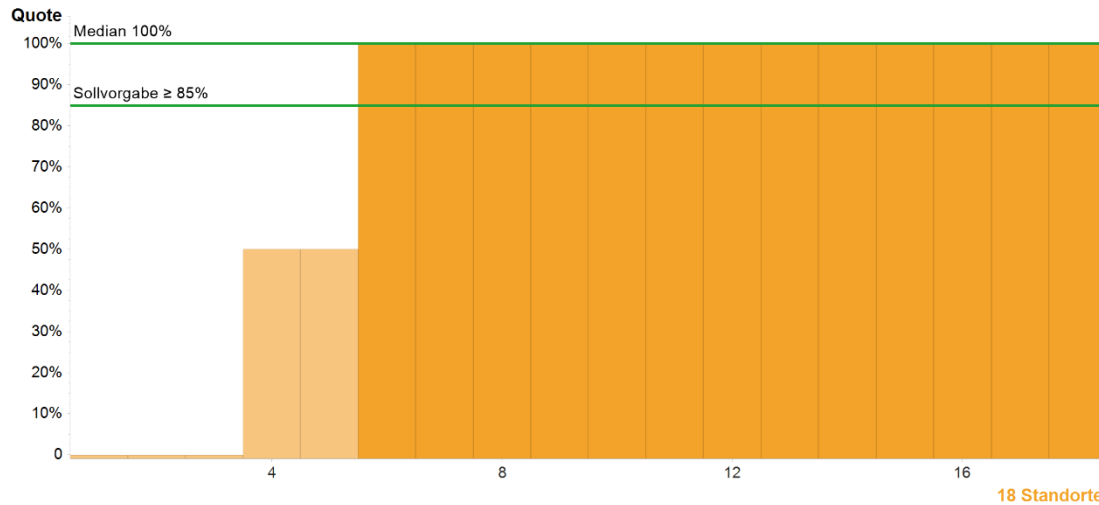
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	----	100%	100%	100%	97,6%
95. Perzentil	----	98,9%	100%	99,7%	95,8%
75. Perzentil	----	95,7%	95,5%	93,0%	93,0%
Median	----	91,8%	92,6%	91,3%	90,6%
25. Perzentil	----	86,4%	86,9%	85,7%	79,3%
5. Perzentil	----	66,9%	71,2%	69,6%	66,4%
Min	----	61,3%	63,3%	39,3%	65,4%

	Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt					
	2024	2023	2024		2023			
	23	100%	21	100%	12	52,2%	14	66,7%

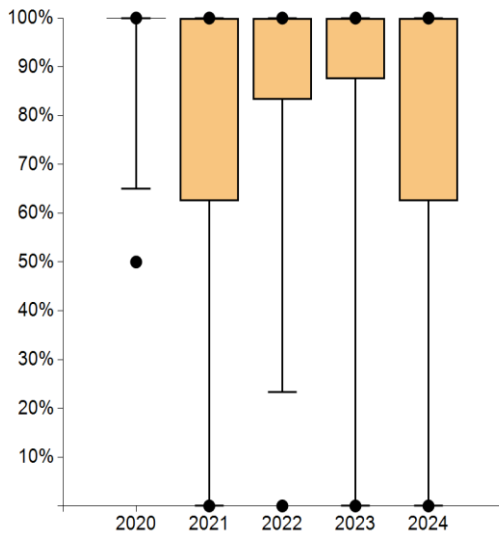
Anmerkungen:
Mit einem Median von 90,6% (Vorjahr: 91,3%) u. einer Gesamtquote von 87,1% (Vorjahr: 89%) ist die Rate d. prätherapeut. histolog. Sicherung ggü. dem Vorjahr leicht rückläufig. 11 Zentren unterschritten die SV von $\geq 90\%$ (Vorjahr: 7). Die häufigsten Gründe für d. Verzicht auf eine prätherapeut. histolog. Sicherung waren Tumorentitäten mit primärer Resektionsindikation (z. B. PVNS/TGCT, ALT, ACT, Enchondrom, Lipom o. Riesenzelltumor; 72x), Zufallsbefunde (58x), Exzisionsbiopsien o. bereits bekannte Histologie nach Vor-OP (42x). Seltener wurden techn., anatomische o. Pat.-bezogene Gründe (13x) u. nicht aussagekräftige/ versäumte Biopsien (12x) angegeben. Es wurde 2 Hinweise, davon 1 kritischer Hinweis u. bei wiederholter Unterschreitung 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.

10. Risikogerechte adjuvante Therapie GIST



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, bei denen eine risikogerechte adjuvante Therapie mit Imatinib eingeleitet wurde	1*	0 - 5	29	22
Nenner	Operative Primärfälle GIST mit hohem Risiko	2*	1 - 5	35	29
Quote	Sollvorgabe ≥ 85%	100%	0% - 100%	82,9%**	75,9%



	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%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	62,5%	83,3%	87,5%	62,5%
5. Perzentil	65,0%	0,0%	23,3%	0,0%	0,0%
Min	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

	Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt					
	2024	2023	2024		2023			
	18	78,3%	14	66,7%	13	72,2%	10	71,4%

Anmerkungen:

Die risikogerechte adjuvante Therapie bei GIST mit hohem Risiko weist mit einem Median von 100% und einer Gesamtquote von 82,9% (Vorjahr: 75,9%) eine positive Entwicklung auf. Bei 5 der 18 Zentren lagen im aktuellen Kennzahlenjahr keine Fälle in der Grundgesamtheit vor. Aufgrund der insgesamt sehr geringen Fallzahlen im Nenner führten in 5 Zentren bereits einzelne Fälle zur Unterschreitung der Sollvorgabe (Vorjahr: 4). Die Gründe für die nicht eingeleitete Imatinib-Therapie waren eine fehlende Indikation (Wildtyp-GIST; 3x), eine noch ausstehende Therapieentscheidung bzw. Abstimmung mit anderen Disziplinen bei Zweitumor (2x) sowie Pat.ablehnung (1x). Alle Fälle ließen sich in den Audits plausibilisieren.

* 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 Sarkomzentren
Peter Hohenberger, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Lars Lindner, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Manije Sabet-Rashedi, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Christian Odenwald, OnkoZert
Nico Mayatepek, 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 23.06.2026

ISBN: 978-3-912231-14-4

