



Kennzahlenauswertung 2026

Jahresbericht der zertifizierten Magenkrebszentren

Auditjahr 2025 / Kennzahlenjahr 2024

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 3

 Allgemeine Informationen 3

 Stand des Zertifizierungssystems für Magenkrebszentren 2025 5

 Berücksichtigte Standorte 6

 Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten 7

 Basisdatenauswertung 8

Kennzahlenauswertungen 9

 Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle 9

 Kennzahl Nr. 1b: Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen 10

 Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung 11

 Kennzahl Nr. 3: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv 12

 Kennzahl Nr. 4: Postoperative Fallvorstellung 13

 Kennzahl Nr. 5: Psychoonkologisches Distress-Screening 14

 Kennzahl Nr. 6: Beratung Sozialdienst 15

 Kennzahl Nr. 7: Anteil Studienpat. 16

 Kennzahl Nr. 8: Endoskopische En-bloc Resektionen (LL QI) 19

 Kennzahl Nr. 9: Komplikationen endoskopische En-bloc-Resektion 20

 Kennzahl Nr. 10: R0-Resektionen (Endoskopie) (LL QI) 21

 Kennzahl Nr. 11: Operative Expertise 22

 Kennzahl Nr. 12: Anastomoseninsuffizienz Grad III (LL QI) 23

 Kennzahl Nr. 13: Revisions-OPs 24

 Kennzahl Nr. 14: Postoperative Wundinfektion 25

 Kennzahl Nr. 15: Mortalität postoperativ 26

 Kennzahl Nr. 16: Vollständiger Pathologiebericht (LL QI) 27

 Kennzahl Nr. 17: Ernährungsstatus (LL QI) 28

 Kennzahl Nr. 18: Vitamin B12 Substitution nach Gastrektomie (LL QI) 29

 Kennzahl Nr. 19: Präoperative Chemotherapie bei lokalisierten Magenkarzinomen (ICD-10 C16.1-16.9) (LL QI) 30

 Kennzahl Nr. 20: Präoperative Chemoth. oder Radiochemoth. bei Adenokarzinomen des ösophagogastralen Übergangs cT3 oder cT4, M0 31

 Kennzahl Nr. 21: Bestimmung HER-2-Status vor palliativer Tumorthherapie (LL QI) 32

Impressum 33

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. 10: R0-Resektionen (Endoskopie) (LL QI)
Kennzahl Nr. 11: Operative Expertise
Kennzahl Nr. 12: Anastomosensuffizienz Grad III (LL QI)
Kennzahl Nr. 13: Revisions-OPs
Kennzahl Nr. 14: Postoperative Wundinfektion

Qualitätsindikatoren der Leitlinie (LL QI):

In dem Inhaltsverzeichnis und in den Überschriften sind die Kennzahlen, die den Qualitätsindikatoren der evidenzbasierten Leitlinie entsprechen, besonders ausgewiesen. Die so gekennzeichneten Qualitätsindikatoren beruhen auf starken Empfehlungen der Leitlinien und wurden durch die Leitliniengruppen des Leitlinienprogramms Onkologie abgeleitet. Weiterführende Information:

www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Die Qualitätsindikatoren (QI's) beziehen sich auf die Version 2.0 der S3-LL Diagnostik und Therapie der Adenokarzinome des Magens und ösophagogastralen Übergangs.

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.

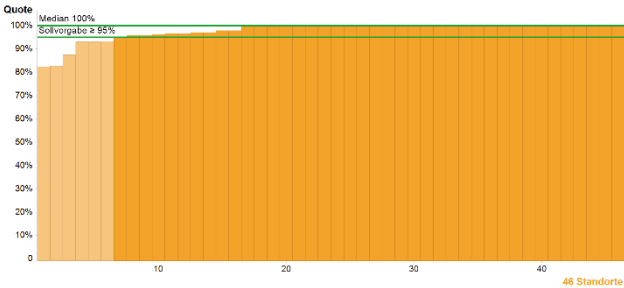
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

Unter **Pat. Gesamt** ist die Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat. angegeben.

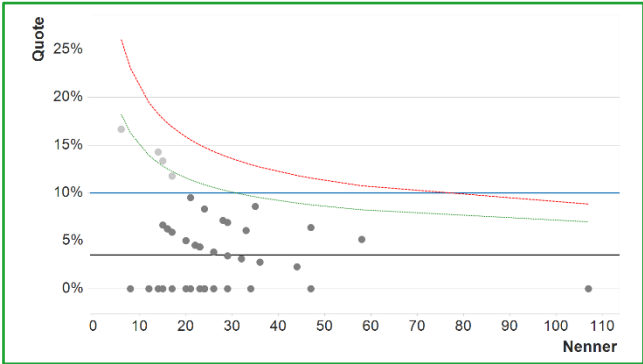
Diagramm:

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.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	39*	15 - 114	2004	1935
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	41*	15 - 117	2107	2020
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,1%	76,1% - 100%	95,1%**	95,8%

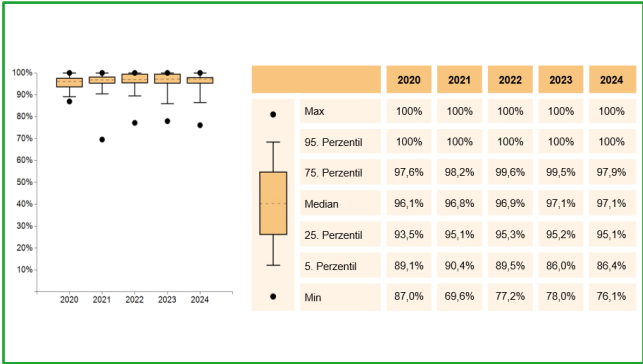


Allgemeine Informationen



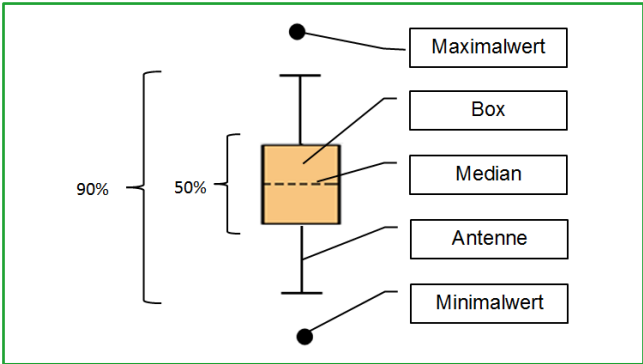
Funnel Plots:

Die Funnel Plots geben bei den Qualitätsindikatoren, die als Quotient dargestellt werden, das Verhältnis von einbezogenen Pat.zahlen und Indikatorergebnis an. Die x-Achse stellt die Grundgesamtheit des Indikators (Zahlenwert des Nenners) dar, die y-Achse das Ergebnis des Indikators für das jeweilige Zentrum. Die Sollvorgabe ist als blaue durchgezogene Linie und der Mittelwert als schwarze durchgezogene Linie dargestellt. Die grün gepunkteten Linien stellen dabei die 95%-Konfidenzintervalle (2 Standardabweichungen des Mittelwerts), die rot gestrichelten Linien die 99,7%-Konfidenzintervalle (3 Standardabweichungen des Mittelwerts) dar.



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 Magenkrebszentren 2025

	31.12.2025	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
Laufende Verfahren	0	3	4	2	3	3
Zertifizierte Zentren	47	45	43	41	41	36
Zertifizierte Standorte	47	45	43	41	42	38

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2025	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	46	43	42	40	40	36
entspricht	97,9%	95,6%	97,7%	97,6%	95,2%	94,7%

Primärfälle gesamt*	2.107	2.020	1.858	1.931	1.881	1.655
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	45,8	46,9	44,2	48,3	47,0	45,9
Primärfälle pro Standort (Median)*	41,0	42,0	41,0	43,5	44,5	43,0

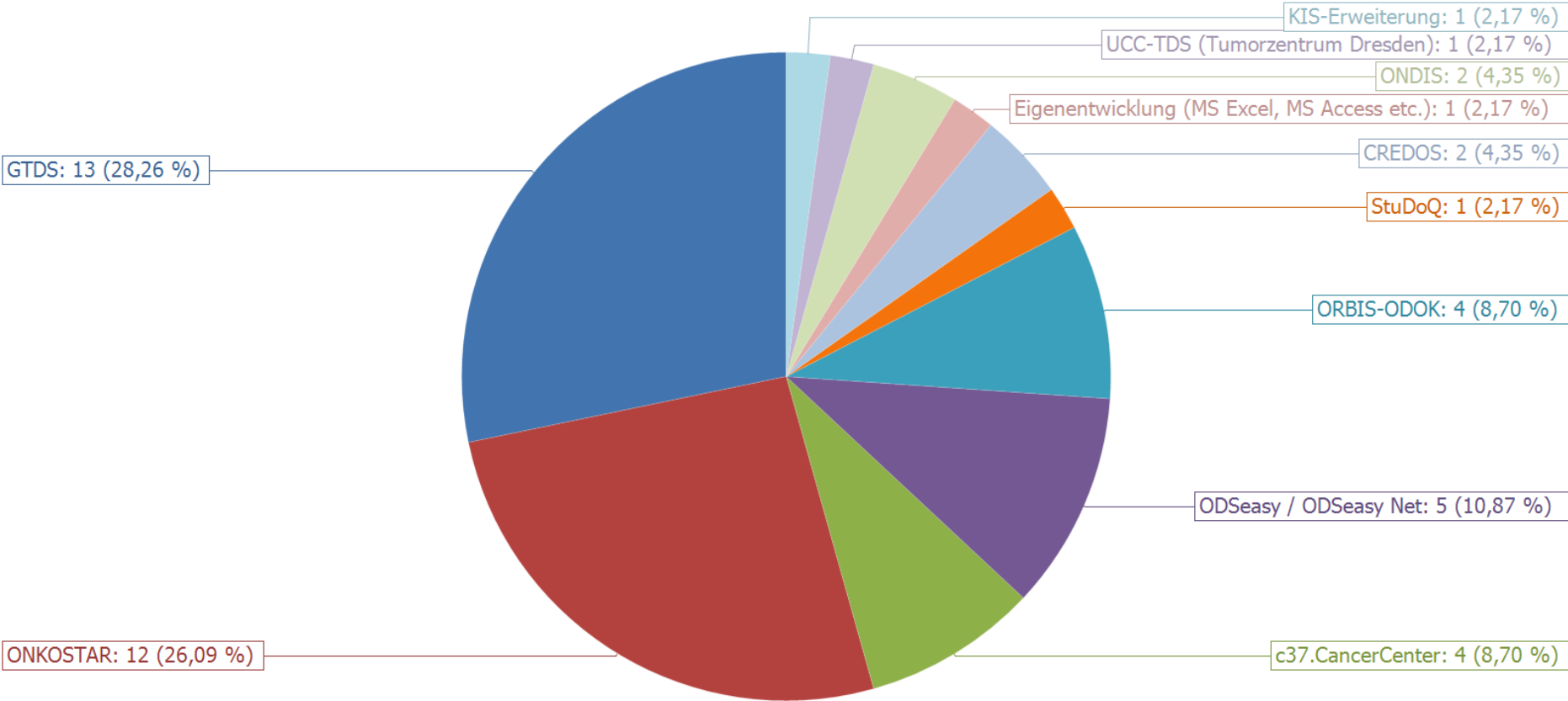
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

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

In dem Jahresbericht sind 46 der 47 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen ist ein Standort, der im Jahr 2025 die Erstzertifizierung durchlaufen hat (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). In allen 47 Standorten wurden insgesamt 2.144 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de aufgeführt.

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

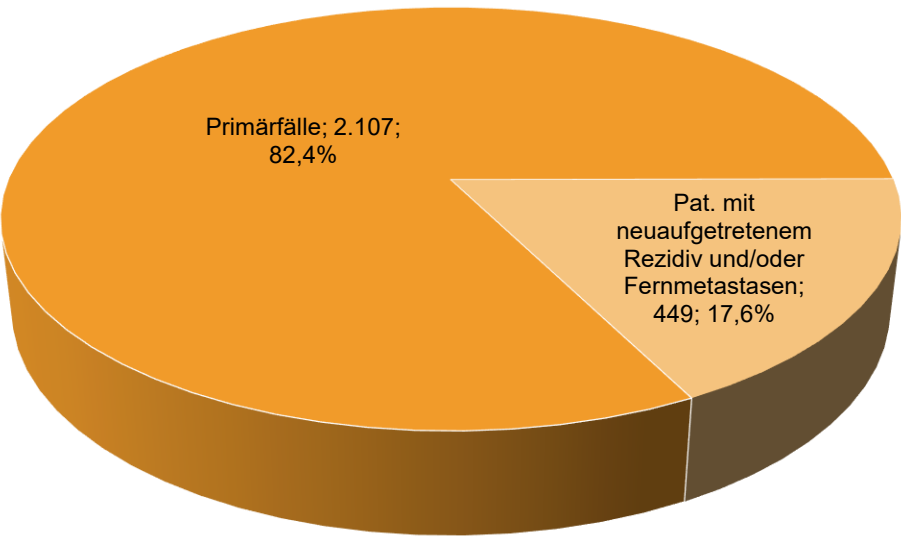
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



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.

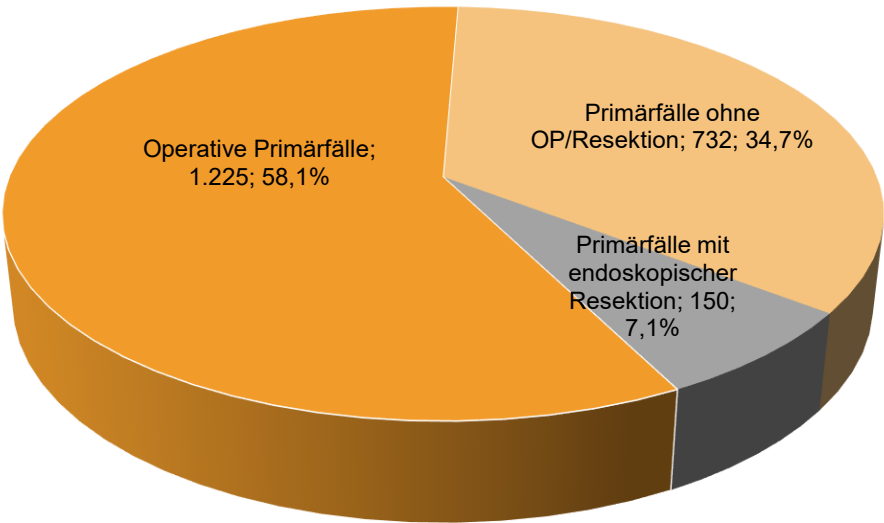
Basisdaten – Verteilung Zentrumsfälle und Primärfälle Magenkrebszentren

Zentrumsfälle



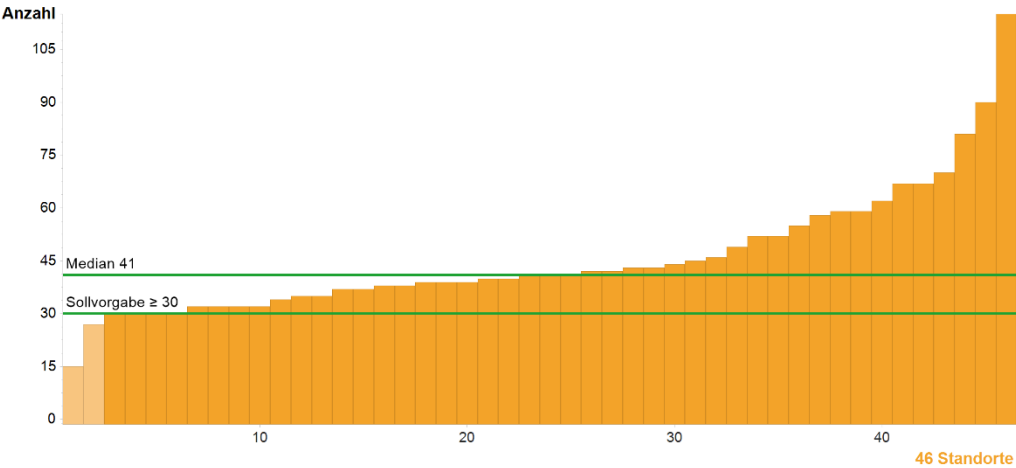
Primärfälle	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	Zentrumsfälle
2.107 (82,4%)	449 (17,6%)	2.556 (100%)

Primärfälle

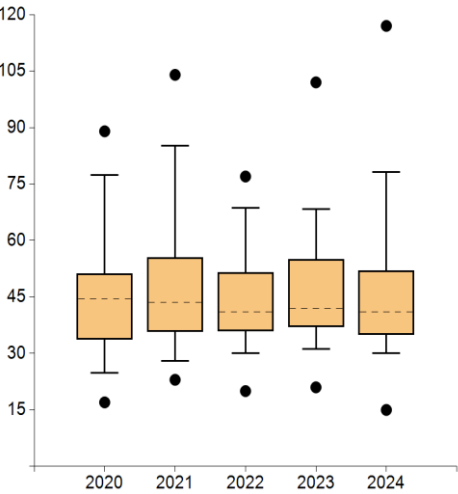


Operative Primärfälle	Primärfälle mit endoskopischer Resektion	Primärfälle ohne OP/ Resektion	Primärfälle gesamt
1.225 (58,1%)	150 (7,1%)	732 (34,7%)	2.107 (100%)

1a. Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	41	15 - 117	2107	2020
	Sollvorgabe ≥ 30				

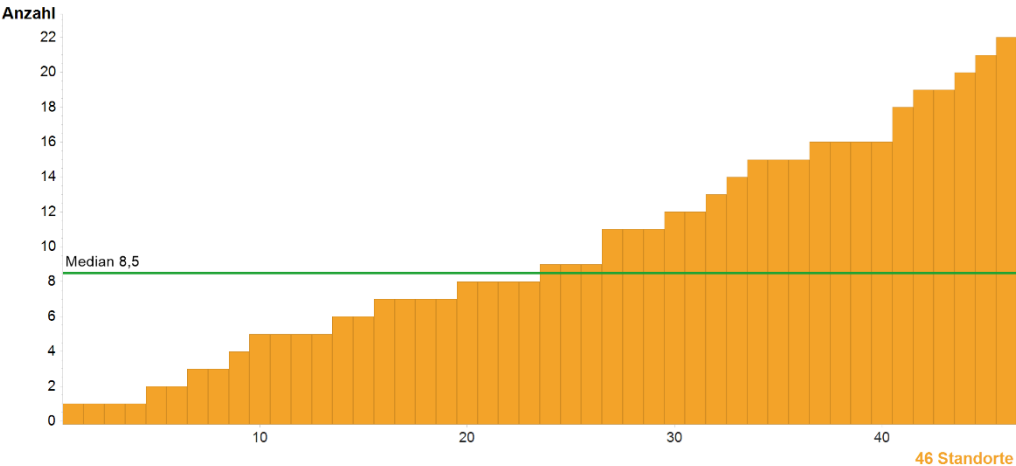


		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	89	104	77	102	117
	95. Perzentil	77,5	85,1	68,7	68,4	78,3
	75. Perzentil	51,3	55,5	51,5	55	52
	Median	44,5	43,5	41	42	41
	25. Perzentil	33,8	35,8	36	37	35
	5. Perzentil	24,9	28	30	31,1	30
	Min	17	23	20	21	15

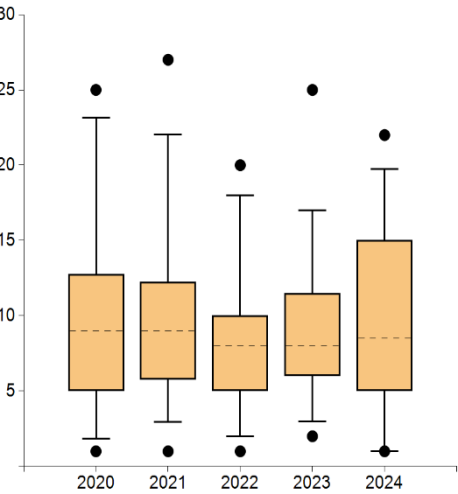
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
46	100%	43	100%	44	95,7%	42	97,7%

Anmerkungen:
Die Zahl der Magenkrebszentren ist gegenüber dem Vorjahr um 3 angestiegen (Vorjahr: 43). Die erfassten Primärfälle (PF) belaufen sich auf insgesamt 2.107 und liegen damit 4,3 % über dem Vorjahreswert (2.020). Der Median zeigt über die Jahre eine leichte Undulation u. beträgt 2024, wie bereits 2022, 41. 2 Zentren haben d. Sollvorgabe (SV) von ≥ 30 PF unterschritten. Hiervon befand sich 1 im Überwachungsaudit (ÜA) u. hat im aktuellen Kalenderjahr bereits einen Anstieg der Primärfälle nachgewiesen. Das zweite Zentrum erhielt im Wiederholaudit (WA) ein Zertifikat mit verkürzter Gültigkeit. In beiden Fällen wurden Hinweise ausgesprochen.

1b. Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen



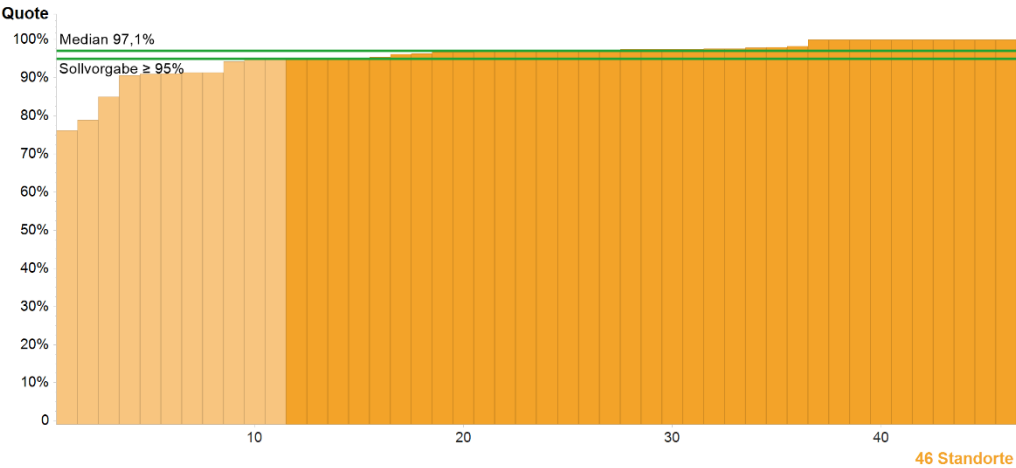
	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	8,5	1 - 22	449	400
	Keine Sollvorgabe				



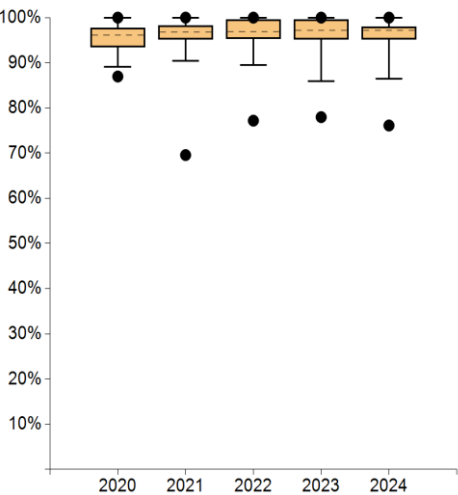
		2020	2021	2022	2023	2024	Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
							2024	2023	2024	2023	2024	2023
	Max	25	27	20	25	22	46	100%	43	100%	----	----
	95. Perzentil	23,2	22,1	18	17	19,8						
	75. Perzentil	12,8	12,3	10	11,5	15						
	Median	9	9	8	8	8,5						
	25. Perzentil	5	5,8	5	6	5						
	5. Perzentil	1,9	3	2	3	1						
	Min	1	1	1	2	1						

Anmerkungen:
Die Gesamtzahl der Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen ist gegenüber dem Vorjahr um 12,3% gestiegen (449 vs. 400). Der Median hält sich auf dem Niveau der Vorjahre.

2. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	39*	15 - 114	2004	1935
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	41*	15 - 117	2107	2020
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,1%	76,1% - 100%	95,1%**	95,8%



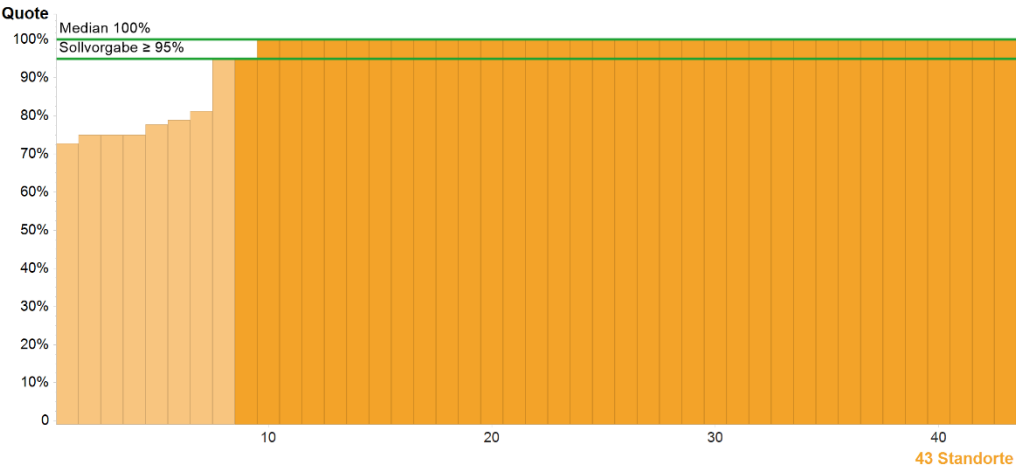
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	97,6%	98,2%	99,6%	99,5%	97,9%
	Median	96,1%	96,8%	96,9%	97,1%	97,1%
	25. Perzentil	93,5%	95,1%	95,3%	95,2%	95,1%
	5. Perzentil	89,1%	90,4%	89,5%	86,0%	86,4%
●	Min	87,0%	69,6%	77,2%	78,0%	76,1%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
46	100%	43	100%	35	76,1%	35	81,4%

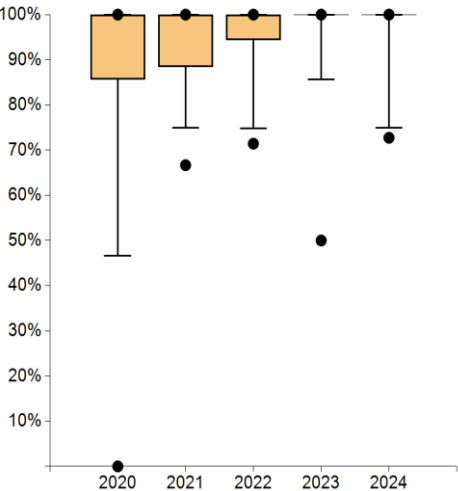
Anmerkungen:
Die Quote der prätherapeutischen Fallvorstellung zeigt sich mit einem Median von 97,1% ggü. dem Vorjahr konstant. 11 von 46 Zentren die SV von ≥ 95% unterschritten (Vorjahr: 8 von 43). Als häufigster Grund wurde in 34 Fällen eine endoskopische Abtragung von HGIEN/ Polypen ohne vorherige Vorstellung im Tumorboard dokumentiert, gefolgt von 17 Fällen mit Zuweisung nach externer Neoadjuvanz. Weitere Gründe waren Versäumnisse sowie Notfallsituationen. Die Bedeutung der prätherapeutischen Tumorkonferenz wurde im Rahmen der Audits erneut hervorgehoben. Die Zentren reagierten mit Schulungen der Mitarbeiter, Optimierung der Dokumentation und Erstellung von SOPs. Es wurden 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.

3. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	7*	1 - 20	367	318
Nenner	Pat. mit Rezidiv	8*	1 - 22	392	327
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	100%	72,7% - 100%	93,6%**	97,2%



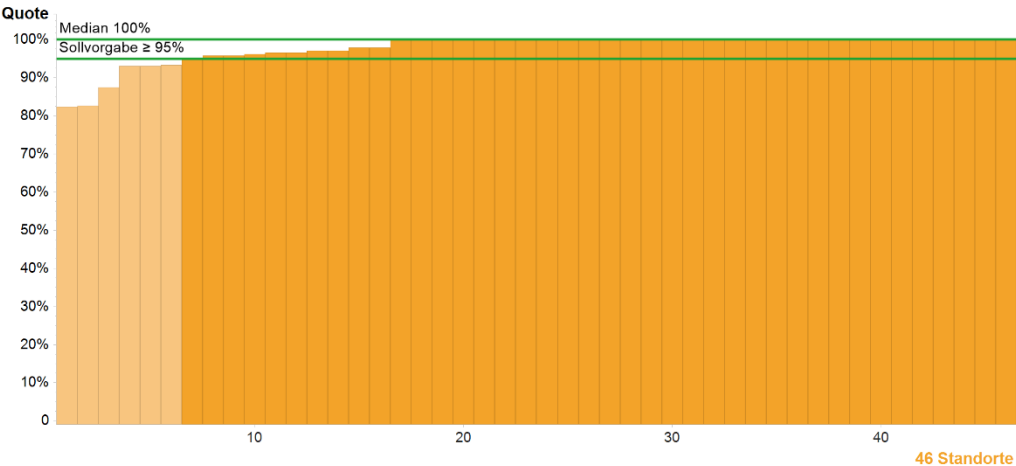
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	Median	100%	100%	100%	100%	100%
	25. Perzentil	85,7%	88,4%	94,4%	100%	100%
	5. Perzentil	46,7%	75,0%	74,8%	85,7%	75,0%
●	Min	0,0%	66,7%	71,4%	50,0%	72,7%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
43	93,5%	41	95,3%	35	81,4%	35	85,4%

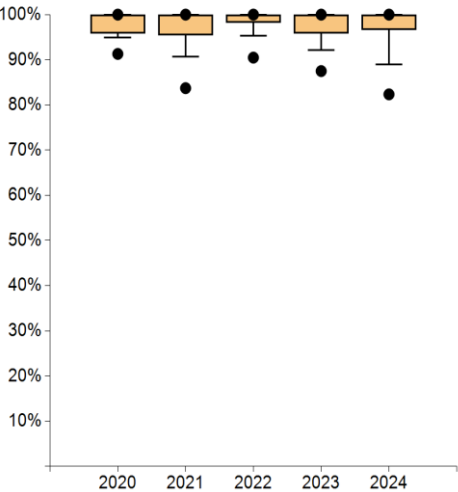
Anmerkungen:
Die prätherapeutische Fallvorstellung bei Rezidivpat. weist weiter eine Durchdringung von 100% bis in die 25. Perzentile auf, die Gesamtquote liegt bei 93,6% (Vorjahr: 97,2%). 8 von 43 Zentren haben die SV von $\geq 95\%$ unterschritten (Vorjahr: 6/41). Als Gründe wurden Versäumnisse (6x), BSC (5x), frühzeitiger Tod (4x), direkte endoskopische Abtragung ohne vorherige Vorstellung (6x), externes Tumorboard (3x) u. dringliche Therapieeinleitung (3x) angegeben. 3 Zentren erhielten Hinweise. Als Maßnahmen wurden Schulungen, die Erstellung von SOPs sowie Qualitätszirkel genannt. Es ist zu betonen, dass auch der Entschluss zur BSC in der Tumorkonferenz diskutiert werden soll.

* 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. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	23*	7 - 107	1199	1144
Nenner	Operative Primärfälle	24*	7 - 107	1225	1171
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	82,4% - 100%	97,9%**	97,7%



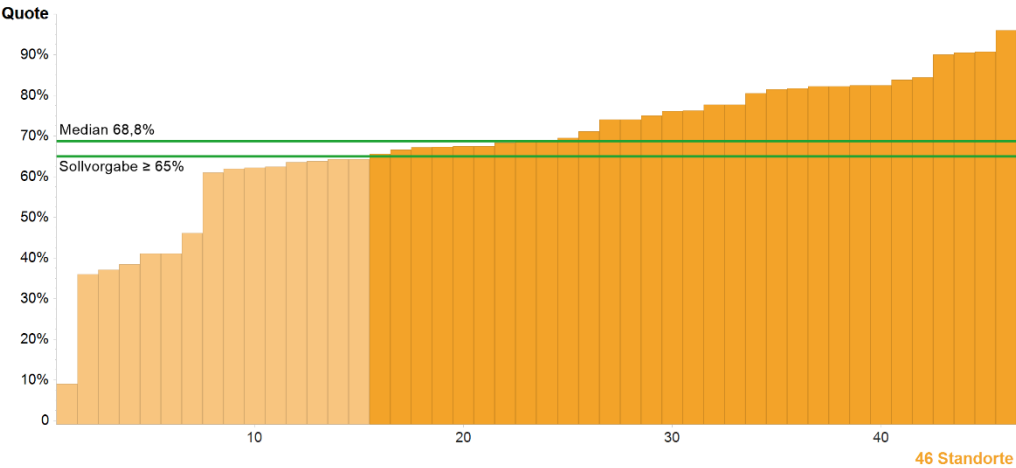
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	Median	100%	100%	100%	100%	100%
	25. Perzentil	95,8%	95,5%	98,2%	95,8%	96,7%
	5. Perzentil	94,9%	90,6%	95,3%	92,2%	88,9%
●	Min	91,3%	83,7%	90,5%	87,5%	82,4%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
46	100%	43	100%	40	87%	38	88,4%

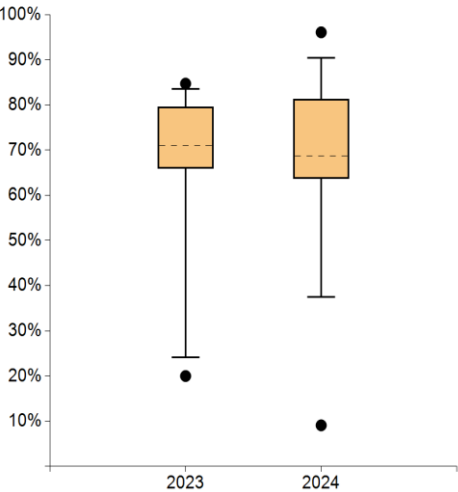
Anmerkungen:
Die Quote der postoperativen Fallvorstellung ist mit einer Gesamtquote von 97,9% und einem Median von 100% weiterhin konstant hoch. 6 von 46 Zentren haben die SV unterschritten (Vorjahr: 5/43). Ursächlich war in 11 Fällen das postoperative Versterben d. Pat., daneben wurden Schnittstellenproblematik (2x), heimatnahe Verlegung (1x) u. Vorstellung in externem Tumorboard (1x) angegeben. Es wurden 2 Hinweise ausgesprochen u. unterstrichen, dass auch bei Verlegung eine Vorstellung erfolgen soll und dass interne Absprachen zwischen zwei Abteilungen eine strukturierte Tumorkonferenzvorstellung nicht ersetzen.

* 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. Psychoonkologisches Distress-Screening



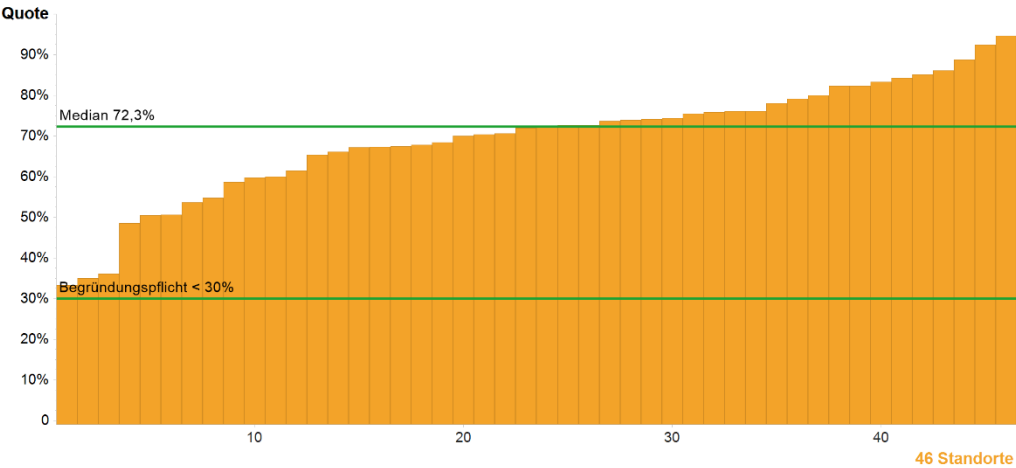
	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	36*	11 - 98	1728	960
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	52*	27 - 121	2556	1430
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	68,8%	9,1% - 96,1%	67,6%**	67,1%



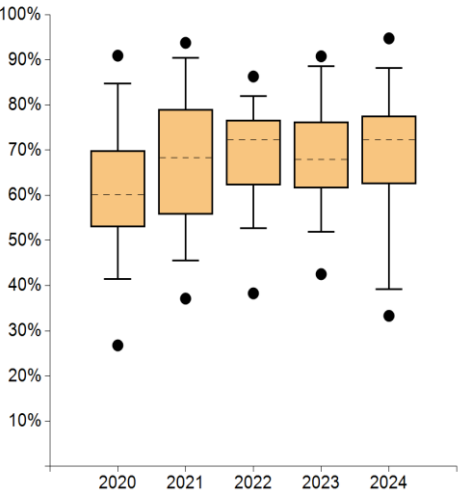
		2020	2021	2022	2023	2024	Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
	Max	----	----	----	84,7%	96,1%	2024	2023	2024	2023
	95. Perzentil	----	----	----	83,5%	90,4%	46	100%	31	67,4%
	75. Perzentil	----	----	----	79,6%	81,3%	26	60,5%	21	80,8%
	Median	----	----	----	70,9%	68,8%				
	25. Perzentil	----	----	----	66,0%	63,7%				
	5. Perzentil	----	----	----	24,2%	37,5%				
	Min	----	----	----	20,0%	9,1%				
Anmerkungen: Im zweiten Erhebungsjahr mit verpflichtender Erfassung liegen nun von allen 46 Zentren auswertbare Daten vor (Vorjahr: 26). Median (68,8%) und Gesamtquote (67,6%) bewegen sich etwa auf dem Vorjahresniveau (70,9% bzw. 67,1%). 15 von 46 Zentren haben die SV unterschritten (Vorjahr: 5/26). Als wesentliche Ursache wurden nach wie vor sich in der Etablierung befindliche Screening-Prozesse angegeben.										

* 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.

6. 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	35,5*	13 - 80	1738	1640
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	52*	27 - 121	2556	2420
Quote	Begründungspflicht*** <30%	72,3%	33,3% - 94,7%	68%**	67,8%



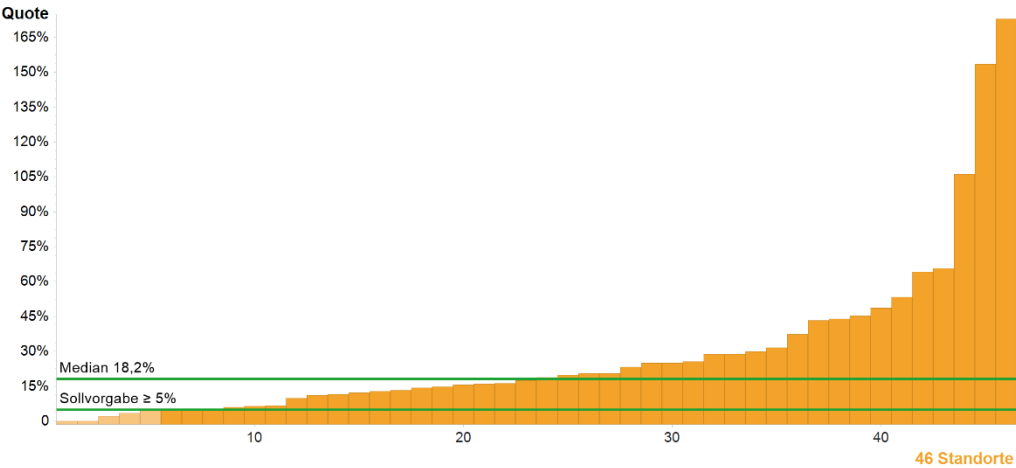
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	90,9%	93,8%	86,3%	90,8%	94,7%
	95. Perzentil	84,7%	90,4%	82,0%	88,6%	88,2%
	75. Perzentil	70,0%	79,1%	76,6%	76,2%	77,6%
	Median	60,1%	68,4%	72,3%	67,9%	72,3%
	25. Perzentil	53,0%	55,8%	62,3%	61,6%	62,5%
	5. Perzentil	41,4%	45,6%	52,7%	51,9%	39,2%
●	Min	26,8%	37,1%	38,3%	42,6%	33,3%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
2024		2023		2024		2023	
46	100%	43	100%	46	100%	43	100%

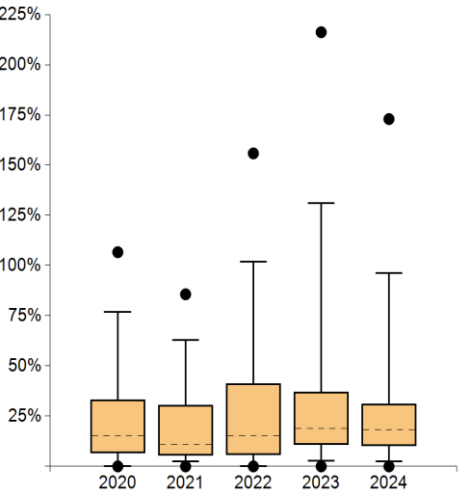
Anmerkungen:
Die Beratungsquote durch den Sozialdienst zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr weitgehend konstant. Bei steigendem Median (72,3% vs. 67,9%) bleibt die Gesamtquote nahezu unverändert (68% vs. 67,8%). Alle 46 Zentren lagen innerhalb der Plausibilitätsgrenzen.

* 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.

7. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	8*	0 - 64	563	646
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	41*	15 - 117	2107	2020
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	18,2%	0% - 173%	26,7%**	32%



		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	106,7%	85,7%	155,9%	216,2%	173,0%
	95. Perzentil	77,0%	62,9%	102,1%	131,2%	96,1%
	75. Perzentil	33,2%	30,5%	41,1%	36,9%	31,2%
	Median	15,2%	10,9%	15,2%	18,8%	18,2%
	25. Perzentil	6,7%	5,5%	5,6%	10,8%	10,3%
	5. Perzentil	0,0%	2,6%	0,1%	2,8%	2,6%
Min		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
46	100%	43	100%	41	89,1%	40	93%

Anmerkungen:
Der Anteil der Studienpat. bewegt sich mit einem Median von 18,2% (Vorjahr: 18,8%) gegenüber dem Vorjahr auf vergleichbarem Niveau. Die Gesamtquote ist von 32% auf 26,7% zurückgegangen; im Boxplot zeigt sich, dass die Verteilung insgesamt wieder dem Niveau der Vorjahre entspricht, nachdem 2023 einzelne Zentren besonders hohe Raten aufwiesen. 5 von 46 Zentren unterschritten die SV von ≥ 5% (Vorjahr: 3 von 43). Als Begründung wurden wie im Vorjahr überwiegend fehlende geeignete Studien sowie mangelnde Studieneignung der Pat. angegeben. 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.

Individueller Jahresbericht - Benchmark

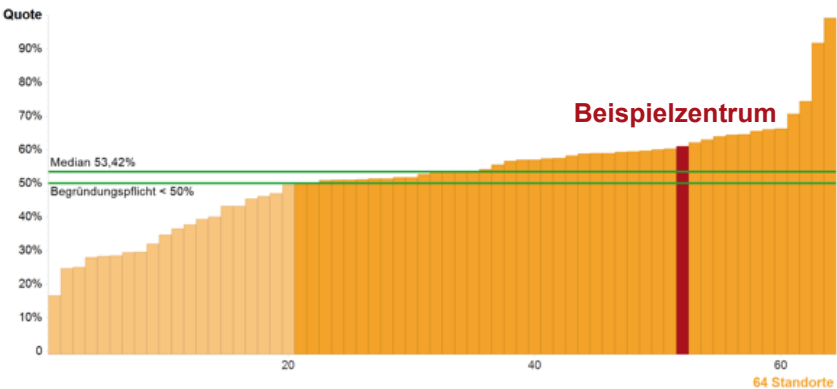
Individueller Jahresbericht - Standortspezifische Kennzahlenauswertung eines Zentrums

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 (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* <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:

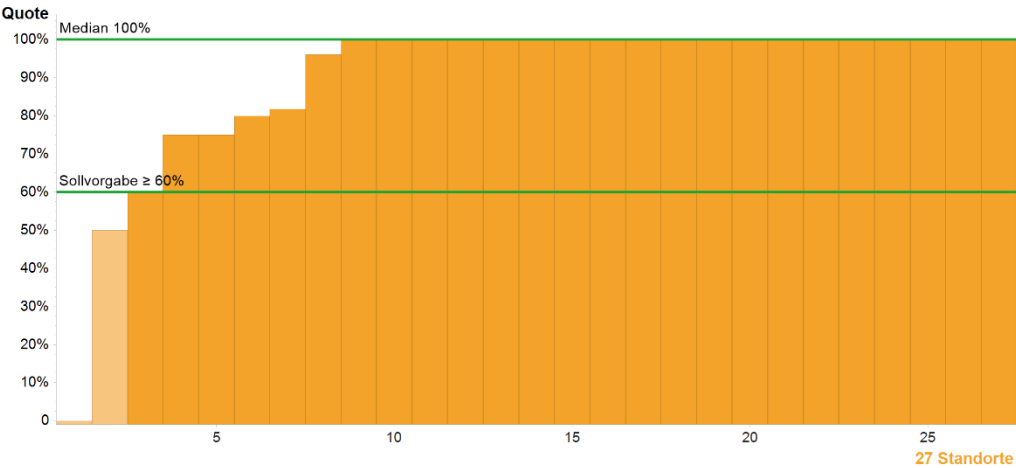
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- 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).

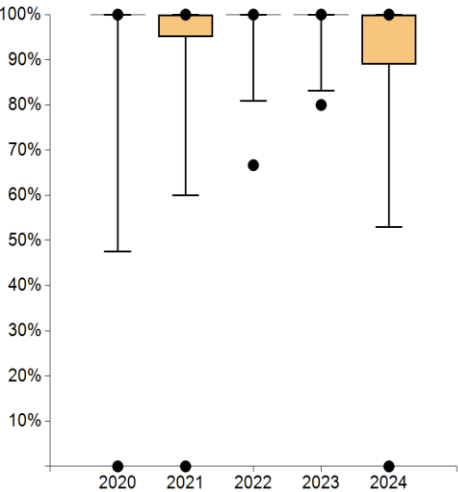
Alle anderen Organkrebszentren / Module

- 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 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.

8. Endoskopische En-bloc Resektionen (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit En-bloc Resektion	2*	0 - 24	85	54
Nenner	Primärfälle mit endoskopischer Resektion	2*	1 - 25	95	57
Quote	Sollvorgabe ≥ 60%	100%	0% - 100%	89,5%**	94,7%



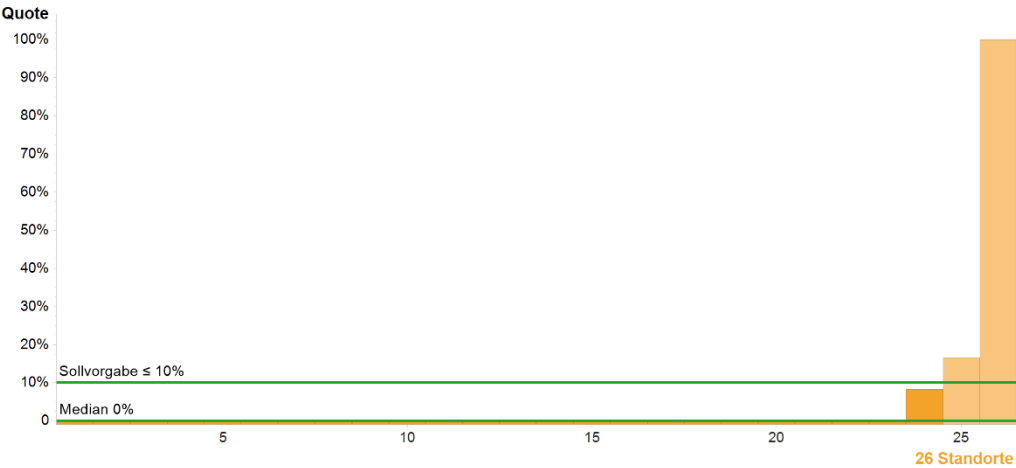
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	Median	100%	100%	100%	100%	100%
	25. Perzentil	100%	95,0%	100%	100%	88,9%
	5. Perzentil	47,5%	60,0%	80,8%	83,2%	53,0%
	Min	0,0%	0,0%	66,7%	80,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
27	58,7%	20	46,5%	25	92,6%	20	100%

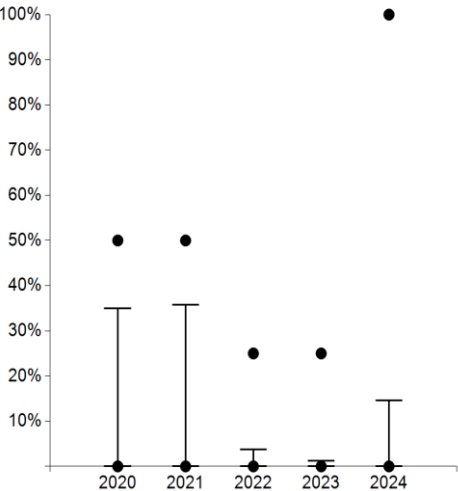
Anmerkungen:
Die Erfüllung dieses LL QI liegt weiterhin auf hohem Niveau, der Median beträgt 100%. Auch in diesem Jahr ist auf die insgesamt geringe Fallzahl hinzuweisen (95 Pat. gesamt, Range 1-25). In 19 (von 46) Zentren sind keine endoskopischen Resektionen durchgeführt worden. 2 von 27 Zentren haben die SV von ≥ 60% unterschritten (Vorjahr: 0 von 20); beide Unterschreitungen waren jeweils auf einen einzelnen Fall zurückzuführen und konnten in der Einzelfallanalyse durch die FE 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. Komplikationen endoskopische En-bloc-Resektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Komplikationen (Blutung, Perforation)	0*	0 - 2	4	1
Nenner	Primärfälle mit endoskopischer En-bloc-Resektion	2*	1 - 24	85	54
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	0%	0% - 100%	4,7%**	1,9%



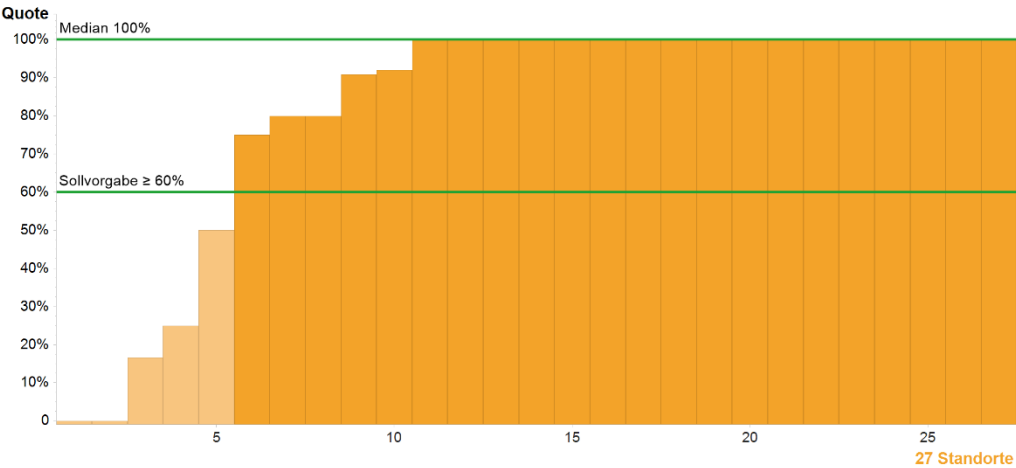
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	50,0%	50,0%	25,0%	25,0%	100%
95. Perzentil	35,0%	35,8%	3,8%	1,3%	14,6%
75. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Median	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
25. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
26	56,5%	20	46,5%	24	92,3%	19	95%

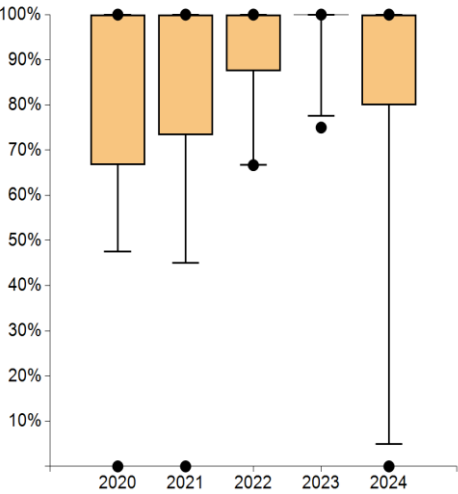
Anmerkungen:
Die Komplikationsrate nach endoskopischer En-bloc-Resektion liegt bis einschließlich des 75. Perzentils bei 0%. Insgesamt kam es bei 4 Pat. zu Komplikationen (Vorjahr: 1), was sich in einem Anstieg der Gesamtquote auf 4,7% widerspiegelt (Vorjahr 1,9%). 2 Zentren haben die SV überschritten, jeweils bedingt durch einen Einzelfall mit Blutung u. geringer Fallzahl im Nenner. Im Audit ließ sich kein systematischer Fehler identifizieren.

* 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. R0-Resektionen (Endoskopie) (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit R0 nach abgeschlossener endoskopischer Therapie	1*	0 - 23	78	52
Nenner	Primärfälle mit endoskopischer Resektion	2*	1 - 25	95	57
Quote	Sollvorgabe ≥ 60%	100%	0% - 100%	82,1%**	91,2%



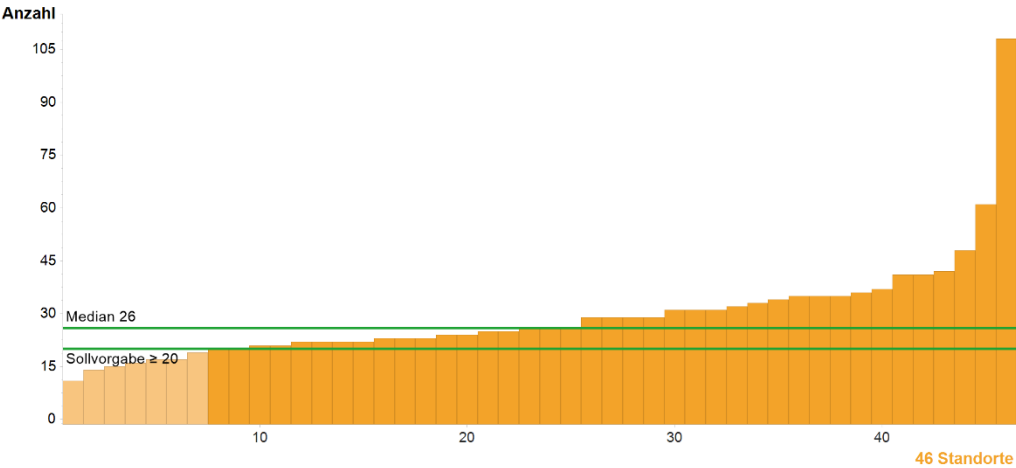
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	Median	100%	100%	100%	100%	100%
	25. Perzentil	66,7%	73,3%	87,5%	100%	80,0%
	5. Perzentil	47,5%	45,0%	66,7%	77,6%	5,0%
●	Min	0,0%	0,0%	66,7%	75,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
27	58,7%	20	46,5%	22	81,5%	20	100%

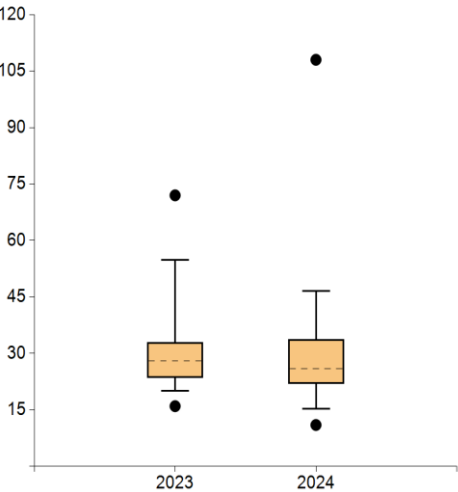
Anmerkungen:
Die R0-Rate nach endoskopischer Resektion weist mit einem Median von 100% weiterhin ein hohes Niveau auf. Die Gesamtquote ist aber von 91,2% auf 82,1% zurückgegangen; 5 von 27 Zentren haben die SV von ≥ 60% unterschritten (Vorjahr: 0 von 20), jeweils bedingt durch einen einzelnen Fall und insgesamt geringer Fallzahl im Nenner. Die Begründungen waren heterogen und sehr individuell, darunter limitierte Resektion bei erhöhtem Alter, technische Probleme sowie RX mit eingeschränkter Beurteilbarkeit nach mehrfacher endoskopischer Resektion, und ließen sich im Audit allesamt 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.

11. Operative Expertise



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Expertise (entsprechend Angabe Basisdaten)	26	11 - 108	1351	1329
	Sollvorgabe ≥ 20				

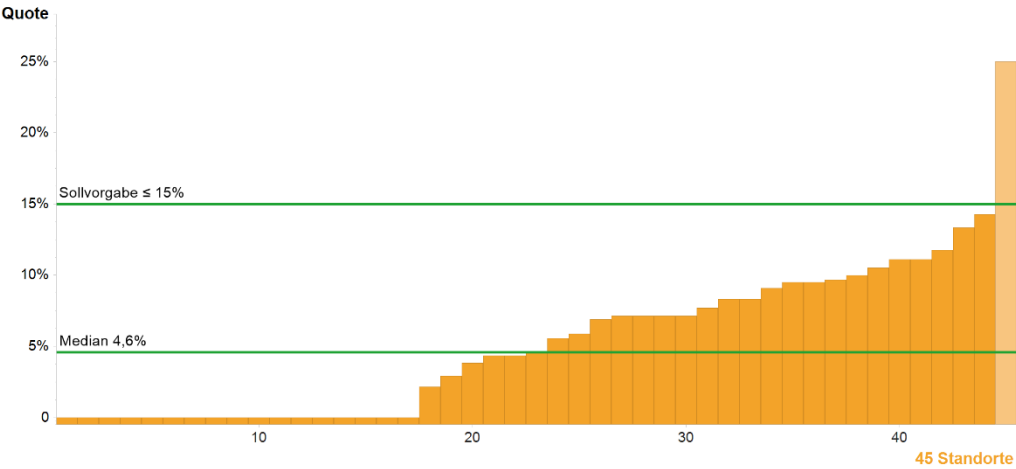


		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	----	----	----	72	108
	95. Perzentil	----	----	----	54,8	46,5
	75. Perzentil	----	----	----	33	33,8
	Median	----	----	----	28	26
	25. Perzentil	----	----	----	23,5	22
	5. Perzentil	----	----	----	20	15,3
	Min	----	----	----	16	11

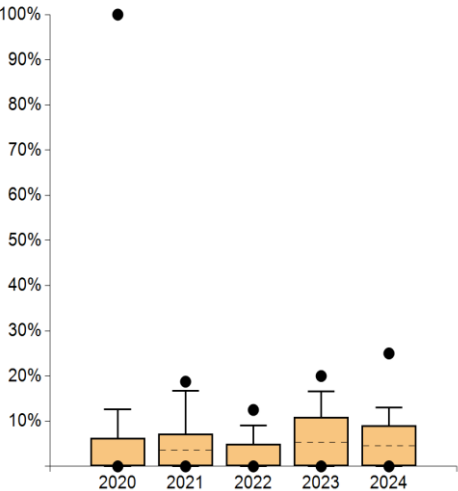
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
46	100%	43	100%	39	84,8%	41	95,3%

Anmerkungen:
Im zweiten Erfassungsjahr nach Umstellung des Zählzeitpunkts auf das OP-Datum sind 1.351 Fälle operativer Expertise erfasst (Vorjahr: 1.329), der Median liegt bei 26 (Vorjahr: 28). 7 von 46 Zentren haben die SV von ≥ 20 unterschritten (Vorjahr: 2 von 43). Als Ursachen wurden Fallzahlverschiebungen durch Erstzertifizierung eines Speiseröhrenzentrums sowie Chefarztwechsel angegeben. 2 Zentren befanden sich im ÜA ohne unmittelbare Konsequenz auf das Zertifikat. Von den 5 Zentren im WA erhielten 3 Zentren ein Zertifikat mit verkürzter Gültigkeit; bei den weiteren 2 Zentren wurden Abweichungen ausgesprochen.

12. Anastomoseninsuffizienz Grad III (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Anastomoseninsuffizienz Grad III	1*	0 - 4	43	41
Nenner	Operative Primärfälle (ICD-10 C16.0, C16.1-16.9) mit Rekonstruktion mittels Anastomose	15*	6 - 54	829	777
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	4,6%	0% - 25%	5,2%**	5,3%



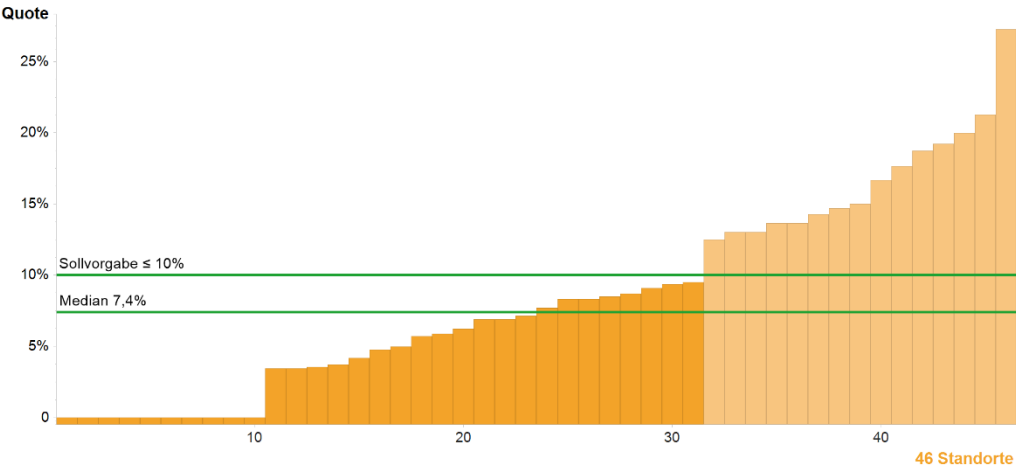
		2020	2021	2022	2023	2024
Max		100%	18,8%	12,5%	20,0%	25,0%
95. Perzentil		12,6%	16,7%	9,1%	16,6%	13,0%
75. Perzentil		6,3%	7,2%	4,9%	10,8%	9,1%
Median		0,0%	3,6%	0,0%	5,3%	4,6%
25. Perzentil		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5. Perzentil		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Min		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
45	97,8%	42	97,7%	44	97,8%	39	92,9%

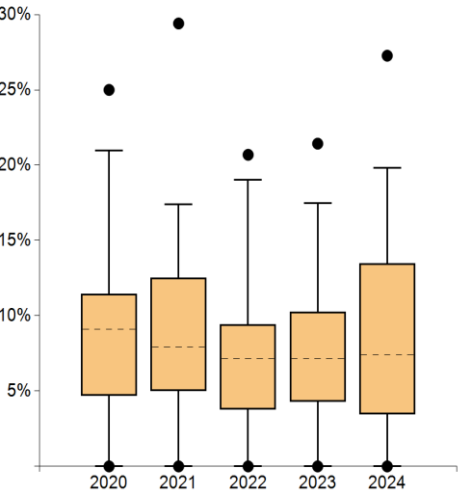
Anmerkungen:
Die Rate an Anastomoseninsuffizienzen Grad III zeigt sich gegenüber dem Vorjahr weitgehend stabil. 1 von 45 Zentren (Vorjahr: 3 von 42) hat die SV von ≤ 15% überschritten. Als Maßnahme wurde die Anastomosentechnik im Zentrum umgestellt. Ab dem Auditjahr 2026 werden mit dieser Kennzahl auch Insuffizienzen Grad II erfasst 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.

13. Revisions-OPs



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Revisions-OPs infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30d nach elektiver OP	2*	0 - 10	100	91
Nenner	Elektive Operative Primärfälle	23*	6 - 107	1197	1150
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	7,4%	0% - 27,3%	8,4%**	7,9%



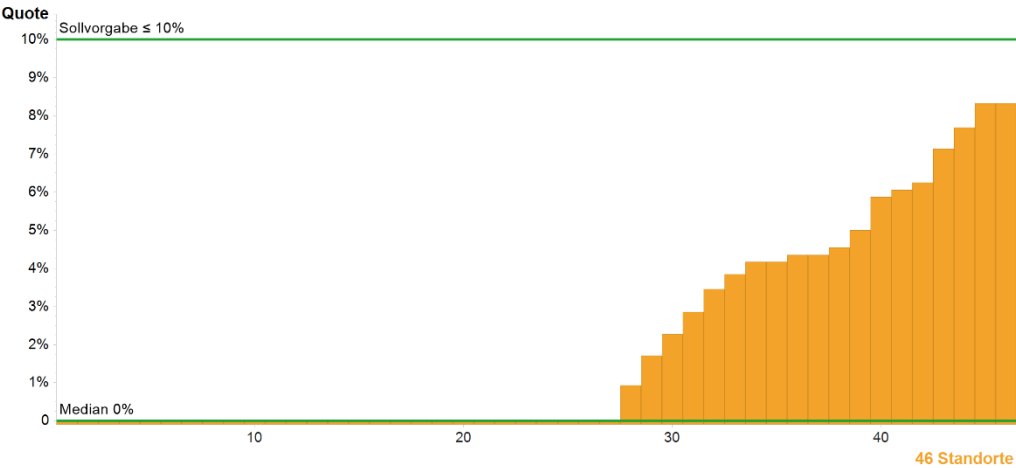
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	25,0%	29,4%	20,7%	21,4%	27,3%
95. Perzentil	21,0%	17,4%	19,0%	17,5%	19,8%
75. Perzentil	11,5%	12,5%	9,4%	10,3%	13,5%
Median	9,1%	7,9%	7,1%	7,1%	7,4%
25. Perzentil	4,7%	5,0%	3,8%	4,3%	3,5%
5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
46	100%	43	100%	31	67,4%	32	74,4%

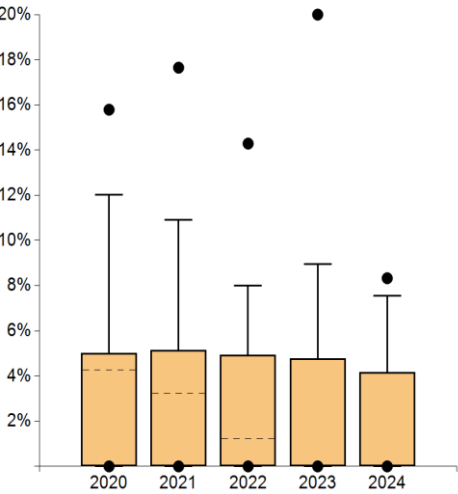
Anmerkungen:
Die Revisionsrate zeigt über die Jahre einen undulierenden Verlauf u. liegt im aktuellen KeZa-Jahr mit einem Median von 7,4% (Vorjahr: 7,1%) u. einer Gesamtquote von 8,4% (Vorjahr: 7,9%) etwas über d. Vorjahresniveau. 15 Zentren haben die SV überschritten (Vorjahr: 11). Als Ursachen wurden Anastomosensuffizienzen (AI, 20x), V.a. mesenteriale Ischämie (8x), Ileus (6x), Nachblutungen (6x), Pleuraempyem nach konservativ/ interventionell behandelter AI (4x), Fasiendehiszenzen (4x), Perforationen (3x), Fisteln (3x) u. Abszesse (2x) angegeben. Die Zentren reagierten mit MM-Konferenzen u. Einführung von ICG-Perfusionsmessungen. 2 Zentren erhielten Hinweise.

* 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. Postoperative Wundinfektion



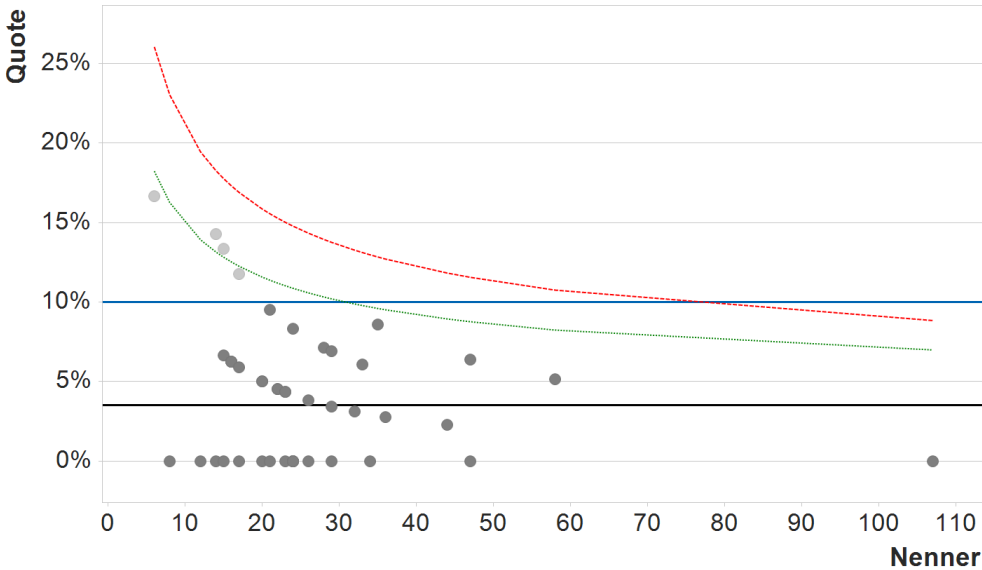
	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit postoperativen Wundinfektionen innerhalb von 30d nach elektiver OP mit Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	0*	0 - 2	24	30
Nenner	Elektive Operative Primärfälle	23*	6 - 107	1197	1150
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	0%	0% - 8,3%	2%**	2,6%



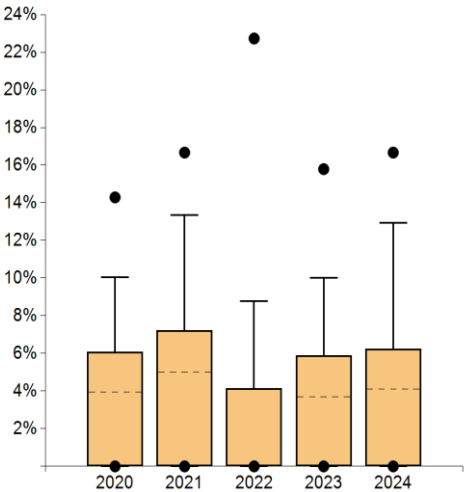
		2020	2021	2022	2023	2024	Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
	Max	15,8%	17,7%	14,3%	20,0%	8,3%	2024	2023	2024	2023
	95. Perzentil	12,0%	10,9%	8,0%	9,0%	7,6%	46	100%	43	100%
	75. Perzentil	5,0%	5,1%	4,9%	4,8%	4,2%	46	100%	46	100%
	Median	4,3%	3,2%	1,2%	0,0%	0,0%	46	100%	41	95,3%
	25. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				
	5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				
	Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%				
Anmerkungen: Die Rate postoperativer Wundinfektionen zeigt gegenüber dem Vorjahr eine weiter rückläufige Tendenz mit einer Gesamtquote von 2% (vs. 2,6%) und einem Median von 0%. Im aktuellen Kennzahlenjahr haben alle 46 Zentren die SV von ≤ 10% erfüllt (Vorjahr: 41 von 43). 27 von 46 Zentren haben keine einzige Wundinfektion im Betrachtungszeitraum angegeben.										

* 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. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die postoperativ nach elektiven Eingriffen innerhalb von 30d verstorben sind	1*	0 - 3	42	45
Nenner	Elektive Operative Primärfälle	23*	6 - 107	1197	1150
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	4,1%	0% - 16,7%	3,5%**	3,9%



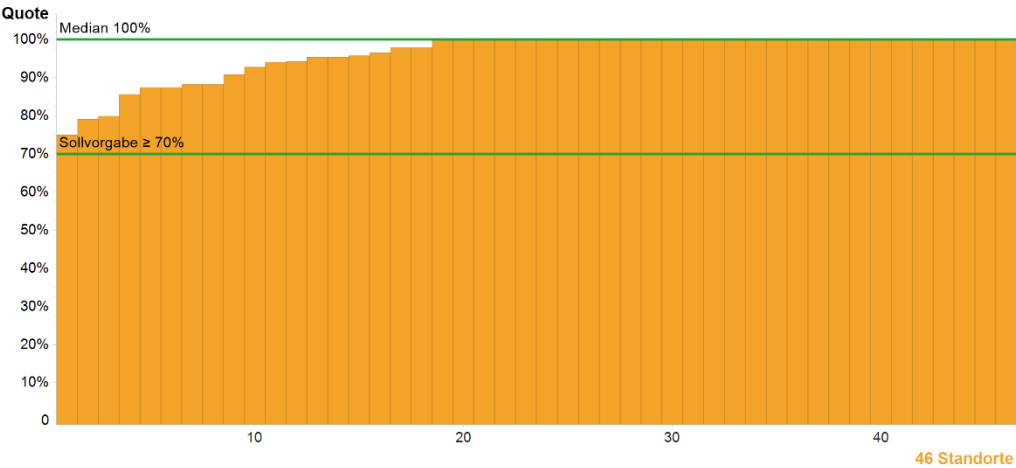
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	14,3%	16,7%	22,7%	15,8%	16,7%
	95. Perzentil	10,0%	13,4%	8,8%	10,0%	12,9%
	75. Perzentil	6,1%	7,2%	4,1%	5,9%	6,3%
	Median	4,0%	5,0%	0,0%	3,7%	4,1%
	25. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
46	100%	43	100%	42	91,3%	41	95,3%

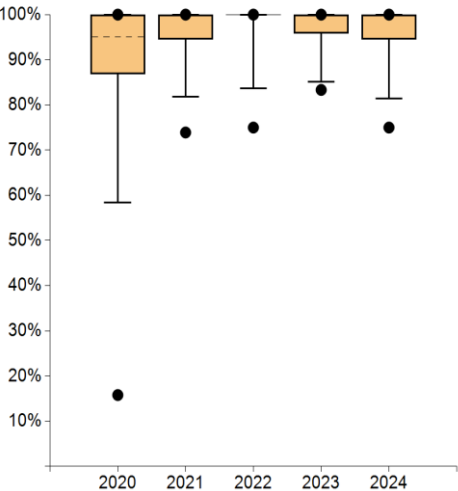
Anmerkungen:
Die postoperative Mortalität zeigt über die Jahre einen schwankenden Verlauf. Die Gesamtquote ist gegenüber dem Vorjahr leicht rückläufig (3,5% vs. 3,9%), während der Median geringfügig angestiegen ist (4,1% vs. 3,7%). 18 Zentren haben keinen Todesfall verzeichnet. 4 Zentren haben eine Rate > 10% (Vorjahr: 2). Als Todesursachen wurden Multiorganversagen (2x), kardio-vaskuläre Ereignisse (2x), Ischämie/ Nekrose (1x), Sepsis/ ARDS (1x) sowie Perforation/ Blutung (1x) angegeben. Die Fälle wurden in MM-Konferenzen aufgearbeitet und ließen sich im Audit 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.

16. Vollständiger Pathologiebericht (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit vollständigem Befundbericht	15*	7 - 58	874	817
Nenner	Operative Primärfälle	16*	7 - 58	910	846
Quote	Sollvorgabe ≥ 70%	100%	75% - 100%	96%**	96,6%



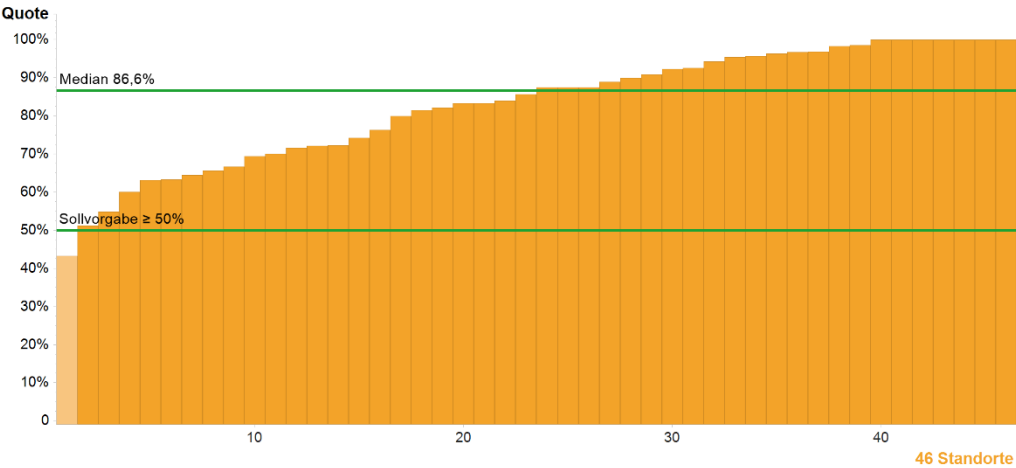
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	Median	95,0%	100%	100%	100%	100%
	25. Perzentil	86,9%	94,5%	100%	95,8%	94,6%
	5. Perzentil	58,5%	81,8%	83,7%	85,1%	81,4%
●	Min	15,8%	73,9%	75,0%	83,3%	75,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
46	100%	43	100%	46	100%	43	100%

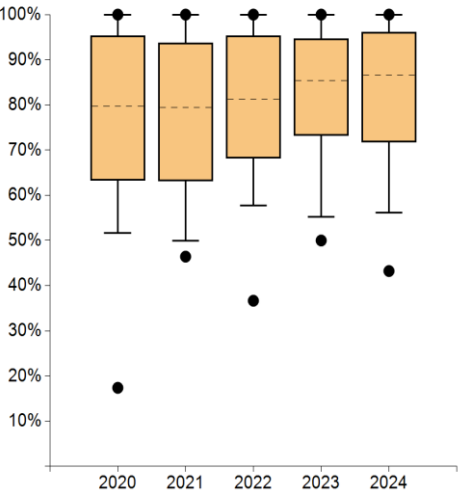
Anmerkungen:
Die Erfüllungsquote dieses LL QI zeigt sich mit einer Gesamtquote von 96% (Vorjahr: 96,6%) und einem Median von 100% weiterhin konstant. Wie im Vorjahr haben alle Zentren die SV von ≥ 70% erfüllt.

* 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. Ernährungsstatus (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Feststellung des Ernährungsstatus nach Nutritional Risk Score und Body Mass Index	23,5*	8 - 67	1287	1211
Nenner	Primärfälle	30,5*	12 - 81	1562	1445
Quote	Sollvorgabe ≥ 50%	86,6%	43,2% - 100%	82,4%**	83,8%



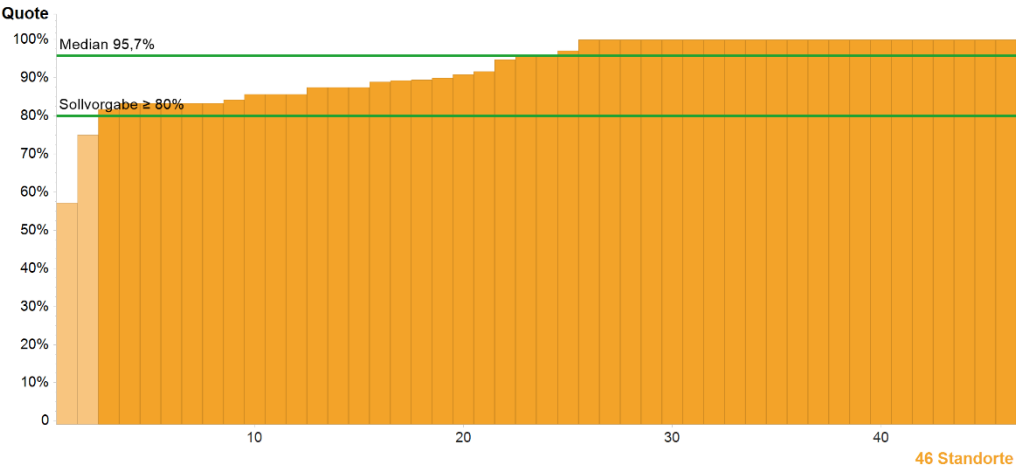
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	95,4%	93,8%	95,3%	94,7%	96,1%
	Median	79,7%	79,5%	81,3%	85,4%	86,6%
	25. Perzentil	63,3%	63,1%	68,2%	73,2%	71,7%
	5. Perzentil	51,7%	49,9%	57,7%	55,2%	56,1%
●	Min	17,4%	46,4%	36,7%	50,0%	43,2%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
46	100%	43	100%	45	97,8%	43	100%

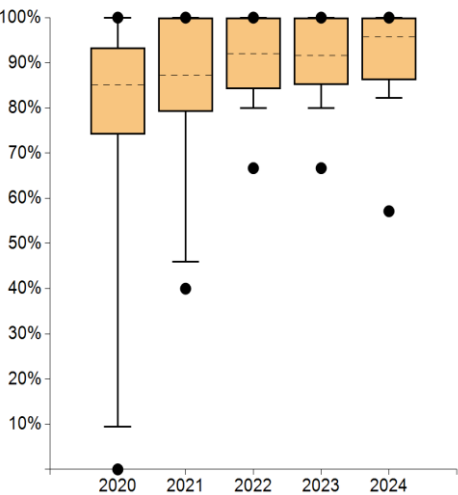
Anmerkungen:
Die Erfassung des Ernährungsstatus wird weiterhin verlässlich umgesetzt. Median (86,6% vs. 85,4%) und Gesamtquote (82,4% vs. 83,8%) bewegen sich etwa auf dem Vorjahresniveau. 1 Zentrum hat bei nicht etabliertem Erfassungsprozess die SV unterschritten. Im laufenden Kennzahlenjahr konnte dies aber nachweislich optimiert 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.

18. Vitamin B12 Substitution nach Gastrektomie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit dokumentierter Empfehlung zu Vitamin B12-Substitution (z.B. 1000µg alle 3 Mo) im Arztbrief	9*	1 - 46	555	495
Nenner	Operative Primärfälle (ICD-10 C16.0, C16.1-16.9) nach Gastrektomie	10,5*	1 - 48	602	548
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	95,7%	57,1% - 100%	92,2%**	90,3%



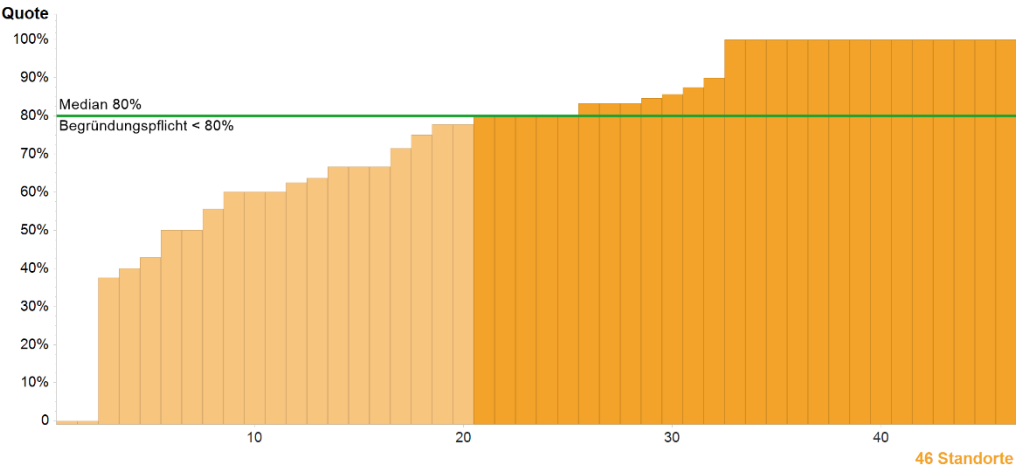
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	93,3%	100%	100%	100%	100%
	Median	85,2%	87,3%	92,0%	91,7%	95,7%
	25. Perzentil	74,1%	79,2%	84,2%	85,2%	86,2%
	5. Perzentil	9,5%	46,0%	80,0%	80,0%	82,2%
	Min	0,0%	40,0%	66,7%	66,7%	57,1%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
46	100%	43	100%	44	95,7%	41	95,3%

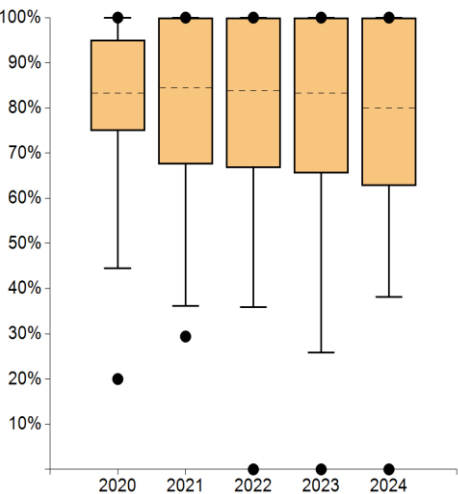
Anmerkungen:
Die Umsetzung der Vitamin-B12-Substitution nach Gastrektomie entwickelt sich, mit einem Median von 95,7% (Vorjahr: 91,7%) und einer Gesamtquote von 92,2% (Vorjahr: 90,3%), gegenüber dem Vorjahr weiter positiv. Wie im Vorjahr haben 2 Zentren die SV unterschritten, wobei in beiden Fällen eine unzureichende Dokumentation ursächlich war und als Maßnahme die Umstellung des Dokumentationsprozesses angegeben wurde.

* 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.

19. Präoperative Chemotherapie bei lokalisierten Magenkarzinomen (ICD-10 C16.1-16.9) (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit präoperativer Chemotherapie	5*	0 - 16	237	240
Nenner	Operative Primärfälle ICD-10 C16.1-16.9, cT3 oder cT4, M0	6*	1 - 16	300	303
Quote	Begründungspflicht*** <80%	80%	0% - 100%	79%**	79,2%



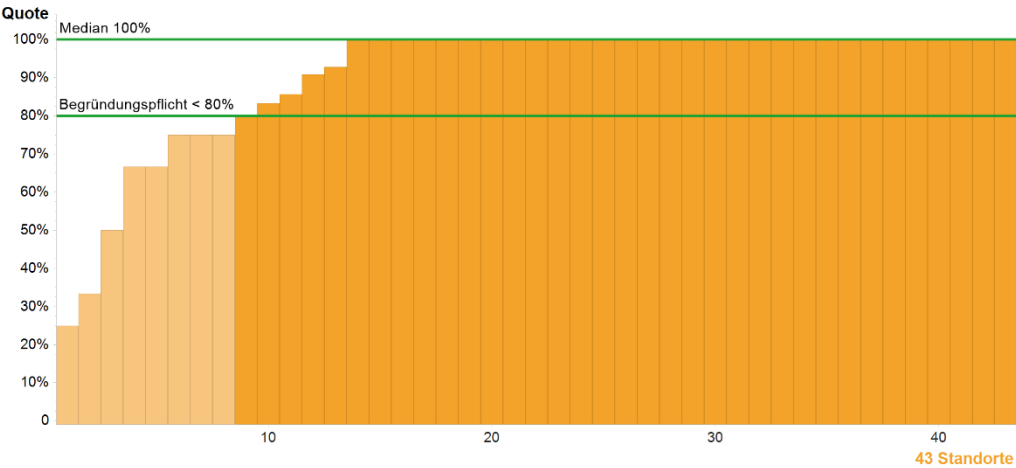
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	95,0%	100%	100%	100%	100%
Median	83,3%	84,5%	83,8%	83,3%	80,0%
25. Perzentil	75,0%	67,5%	66,7%	65,5%	62,8%
5. Perzentil	44,4%	36,2%	35,9%	25,8%	38,1%
Min	20,0%	29,4%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
2024		2023		2024		2023	
46	100%	43	100%	26	56,5%	26	60,5%

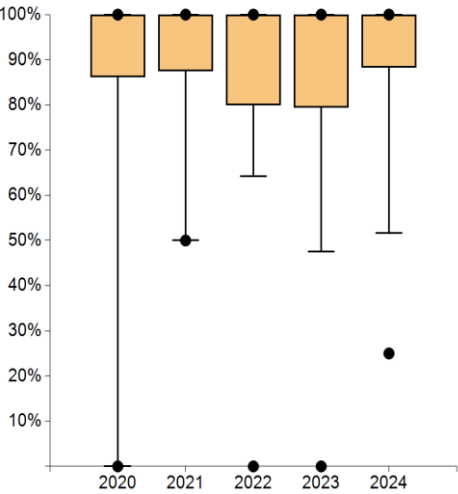
Anmerkungen:
Die Ergebnisse dieses LL QI zeigen gegenüber dem Vorjahr keine wesentlichen Veränderungen (Median 80%, Vorjahr: 83,3%, Gesamtquote 79%, Vorjahr: 79,2%). 20 Zentren sind begründungspflichtig (Vorjahr: 17). Als Gründe wurden Komorbidität/ reduzierter AZ (16x), Stenose/ Passagehindernis (12x), Notfallsituation (7x), Pat.wunsch (5x), sowie individuelle Faktoren (5x) angegeben. Alle Begründungen wurden im Audit nachvollziehbar dargelegt und plausibilisiert.

* 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.

20. Präoperative Chemotherapie oder Radiochemotherapie bei Adenokarzinomen des ösophagogastralen Übergangs cT3 oder cT4, M0 (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit präoperativer Chemotherapie oder Radiochemotherapie	3*	1 - 14	176	155
Nenner	Operative Primärfälle mit Adenokarzinom des ösophagogastralen Übergangs (ICD-10 C16.0) cT3 oder cT4, M0	3*	1 - 14	192	172
Quote	Begründungspflicht*** <80%	100%	25% - 100%	91,7%**	90,1%



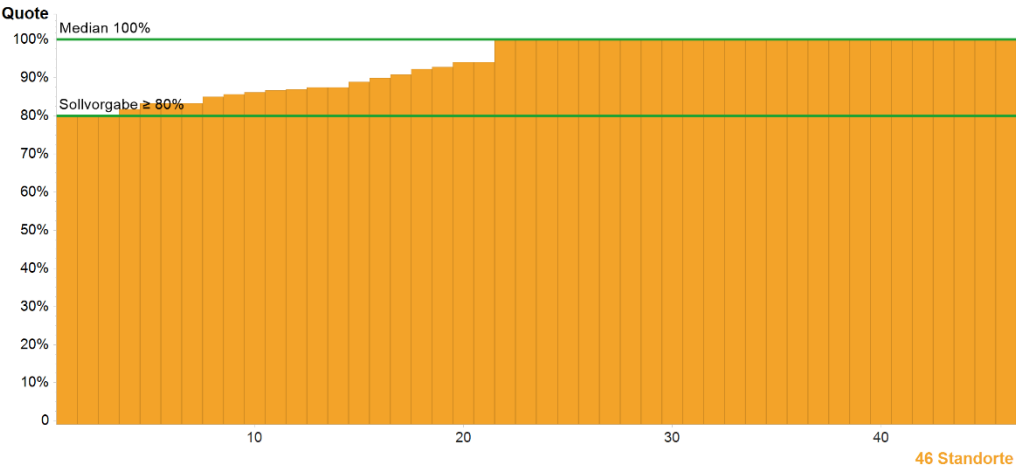
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	Median	100%	100%	100%	100%	100%
	25. Perzentil	86,2%	87,5%	80,0%	79,5%	88,3%
	5. Perzentil	0,0%	50,0%	64,2%	47,5%	51,7%
●	Min	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	25,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
2024		2023		2024		2023	
43	93,5%	40	93%	35	81,4%	30	75%

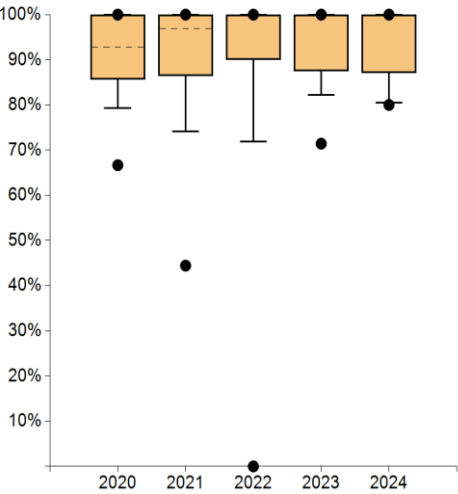
Anmerkungen:
Die Gesamtquote zeigt gegenüber dem Vorjahr einen leichten Anstieg, bei gleichbleibendem Median von 100%. 8 Zentren sind begründungspflichtig (Vorjahr: 10). Als Ursachen wurden Komorbidität/ reduzierter AZ (3x), Notfallsituation (3x), Pat.wunsch (3x) sowie fehlende onkologische Indikation (1x) angegeben. Alle Begründungen wurden im Audit nachvollziehbar dargelegt und plausibilisiert.

* 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.

21. Bestimmung HER-2-Status vor palliativer Tumorthherapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Bestimmung des HER-2-Status vor palliativer medikamentöser Tumorthherapie	6*	2 - 25	385	333
Nenner	Pat. (ICD-10 C16.0, C16.1-16.9) mit palliativer medikamentöser Tumorthherapie	6,5*	2 - 29	417	364
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	100%	80% - 100%	92,3%**	91,5%



		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	92,9%	96,9%	100%	100%	100%
	25. Perzentil	85,7%	86,4%	90,0%	87,5%	87,1%
	5. Perzentil	79,3%	74,1%	71,9%	82,3%	80,5%
	Min	66,7%	44,4%	0,0%	71,4%	80,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
46	100%	43	100%	46	100%	42	97,7%

Anmerkungen:
Die Bestimmung des HER-2-Status vor palliativer Tumorthherapie zeigt, mit einem Median von 100% und einer Gesamtquote von 92,3% (Vorjahr: 91,5%), einen leichten Anstieg gegenüber dem Vorjahr. Alle 46 Zentren haben die SV von ≥ 80% erfüllt (Vorjahr: 1 Zentrum mit Unterschreitung der SV).

* 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 Viszeralonkologische Zentren / Magenkrebszentren
Michael Quante, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Christoph Reißfelder, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Manije Sabet-Rashedi, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Carolin Barth, OnkoZert
Andreea Baltes, OnkoZert
Florina Dudu, OnkoZert

Impressum

Herausgeber und inhaltlich verantwortlich:
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
Tel: +49 (030) 322 93 29 0
Vereinsregister Amtsgericht Charlottenburg,
Vereinsregister-Nr.: VR 27661 B
V.i.S.d.P.: Dr. Johannes Bruns

in Zusammenarbeit mit:
OnkoZert, Neu-Ulm
www.onkozert.de

Version e-A1-de; Stand 29.06.2026

ISBN: 978-3-912231-18-2

