



Kennzahlenauswertung 2026

Jahresbericht der zertifizierten Speiseröhrenkrebszentren

Auditjahr 2025 / Kennzahlenjahr 2024

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Speiseröhrenkrebszentren 2025	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	12
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle	12
Kennzahl Nr. 1b: Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	13
Kennzahl Nr. 1c: Zentrumsfälle	14
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI)	15
Kennzahl Nr. 3: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv/ metachrone Metastasen (LL QI)	16
Kennzahl Nr. 4: Vorstellung nach Abschluss der neoadjuvanten Chemotherapie/ Radiochemotherapie	17
Kennzahl Nr. 5: Postoperative Fallvorstellung (LL QI)	18
Kennzahl Nr. 6: Psychoonkologisches Distress-Screening	19
Kennzahl Nr. 7: Beratung Sozialdienst	20
Kennzahl Nr. 8: Anteil Studienpat.	21
Kennzahl Nr. 9: Inhalt Pathologiebericht Biopsie (LL QI)	24
Kennzahl Nr. 10: Inhalt Pathologiebericht lokale Exzidate (LL QI)	25
Kennzahl Nr. 11: Inhalt Pathologiebericht OP-Resektat (LL QI)	26
Kennzahl Nr. 12: Operative chirurgische Expertise	27
Kennzahl Nr. 13: Revisions-OPs	28
Kennzahl Nr. 14: Endoskopische R0-Resektion (LL QI)	29
Kennzahl Nr. 15: Chirurgische R0-Resektion (LL QI)	30
Kennzahl Nr. 16: Anastomosensuffizienz (LL QI)	31
Kennzahl Nr. 17a: Mortalität postoperativ – innerhalb von 30 d (LL QI)	32
Kennzahl Nr. 17b: Mortalität postoperativ – innerhalb von 90 d (LL QI)	33
Kennzahl Nr. 18: Präoperative Radiochemotherapie bei cT3/cT4 oder N1-3 Plattenepithelkarzinom (LL QI)	34
Kennzahl Nr. 19: Perioperative Chemotherapie oder präoperative Radiochemotherapie bei Adenokarzinom (LL QI)	35
Kennzahl Nr. 20: First-Line Systemtherapie bei metastasiertem Adenokarzinom (LL QI)	36
Kennzahl Nr. 21: HER2-/PD-L1-Bestimmung bei metastasiertem Adenokarzinom des Ösophagus (LL QI)	37
Kennzahl Nr. 22: PD-L1-Bestimmung bei metastasiertem Plattenepithelkarzinom (LL QI)	38
Impressum	39

Hinweis: Im Sinne einer gendersgerechten Sprache verwenden wir für die Begriffe „Patientinnen“, „Patienten“, „Patient*innen“ die Bezeichnung „Pat.“, die ausdrücklich jede Geschlechtszuschreibung (weiblich, männlich, divers) einschließt.

Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 7: Beratung Sozialdienst	
Kennzahl Nr. 8: Anteil Studienpat.	
Kennzahl Nr. 9: Inhalt Pathologiebericht Biopsie (LL QI)	
Kennzahl Nr. 10: Inhalt Pathologiebericht lokale Exzidate (LL QI) ..	
Kennzahl Nr. 11: Inhalt Pathologiebericht OP-Resektat (LL QI)	
Kennzahl Nr. 12: Operative chirurgische Expertise	
Kennzahl Nr. 13: Revisions-OPs	

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 3.0 der S3-LL Diagnostik und Therapie der Plattenepithelkarzinome und Adenokarzinome des Ösophagus.

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.

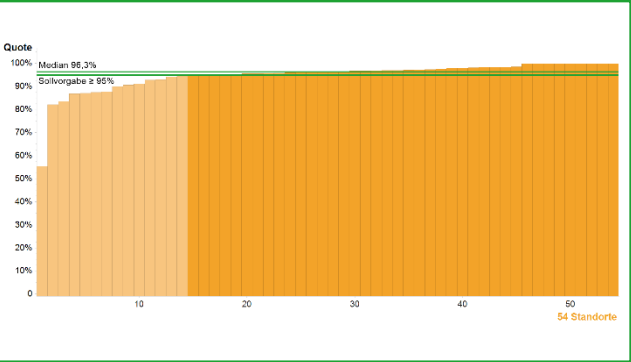
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

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

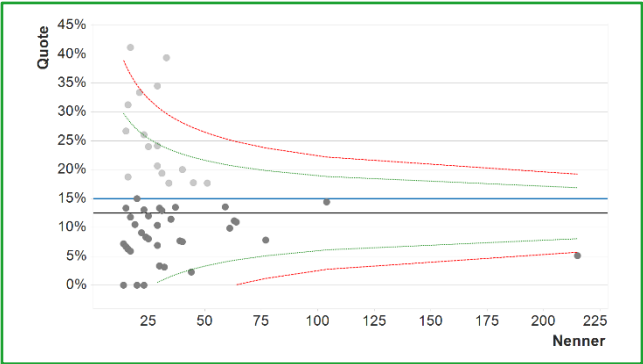
Diagramm:

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	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	12*	2 - 43	684	546
Nenner	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	12*	2 - 44	728	582
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	66,7% - 100%	94%**	93,8%

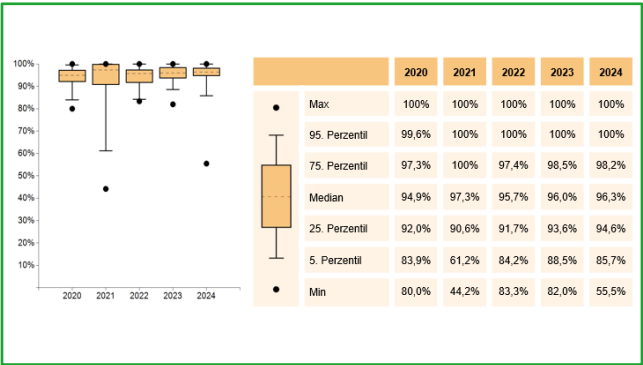


Allgemeine Informationen



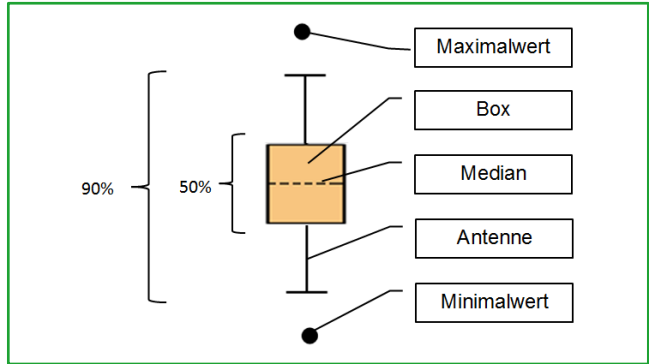
Funnel Plots:

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 Speiseröhrenkrebszentren 2025

	31.12.2025	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021
Laufende Verfahren	3	7	5	4	1
Zertifizierte Zentren	59	49	44	36	32
Zertifizierte Standorte	60	50	45	37	33

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2025	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	54	49	41	33	27
entspricht	90,0%	98,0%	91,1%	89,2%	81,8%
Primärfälle gesamt*	3.527	3.019	2.359	2.027	1.481
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	65,3	61,6	57,5	61,4	54,8
Primärfälle pro Standort (Median)*	53,5	51,0	47,0	52,0	46,0

* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

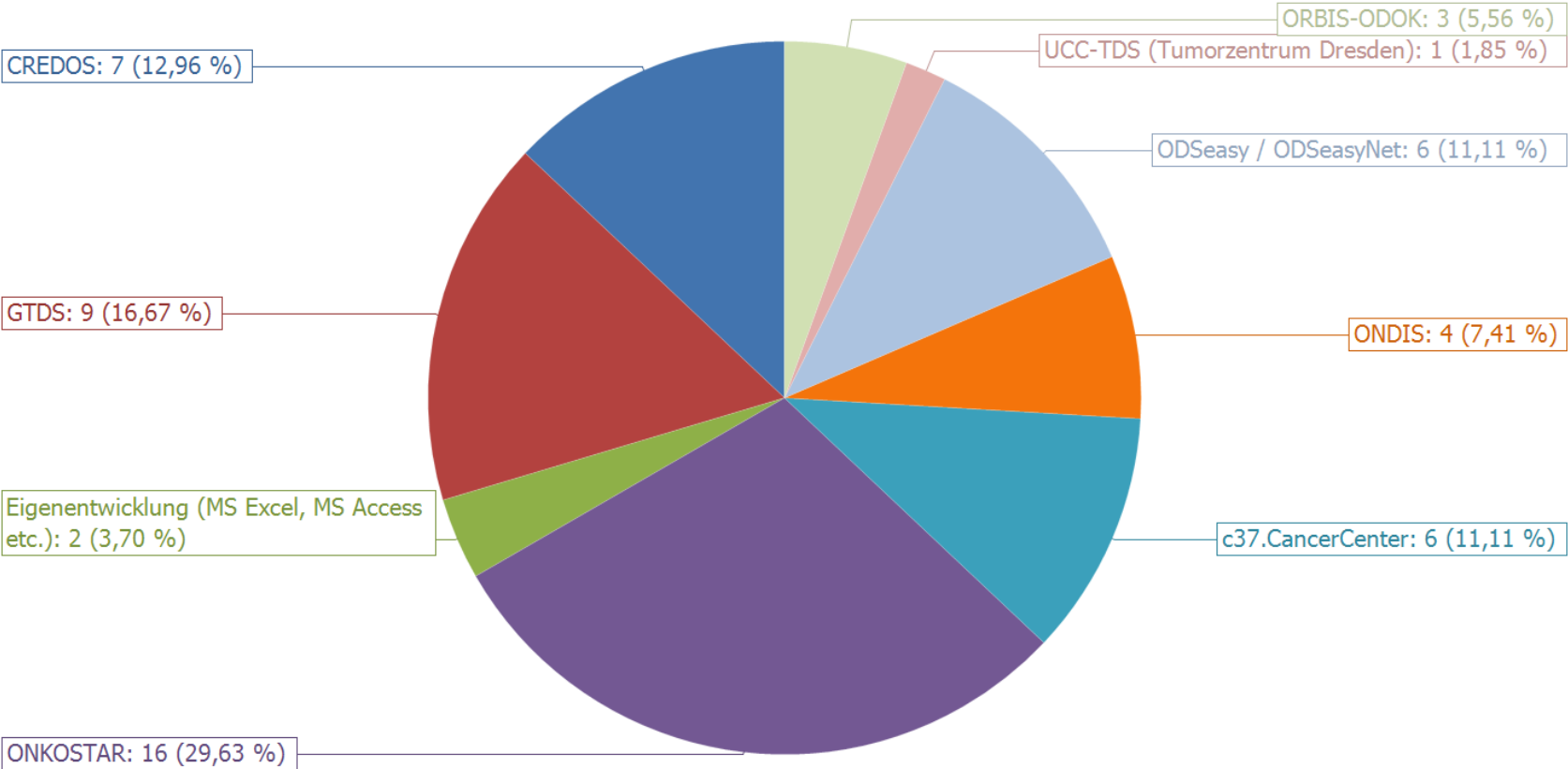
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Speiseröhrenkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 54 der 60 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 5 Standorte, die im Jahr 2025 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend) und zudem wird 1 Standort nicht berücksichtigt, bei dem zum Datenschluss am 31.01.2026 kein freigegebenes Datenblatt vorlag.

In den 60 Standorten wurden insgesamt 3.788 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

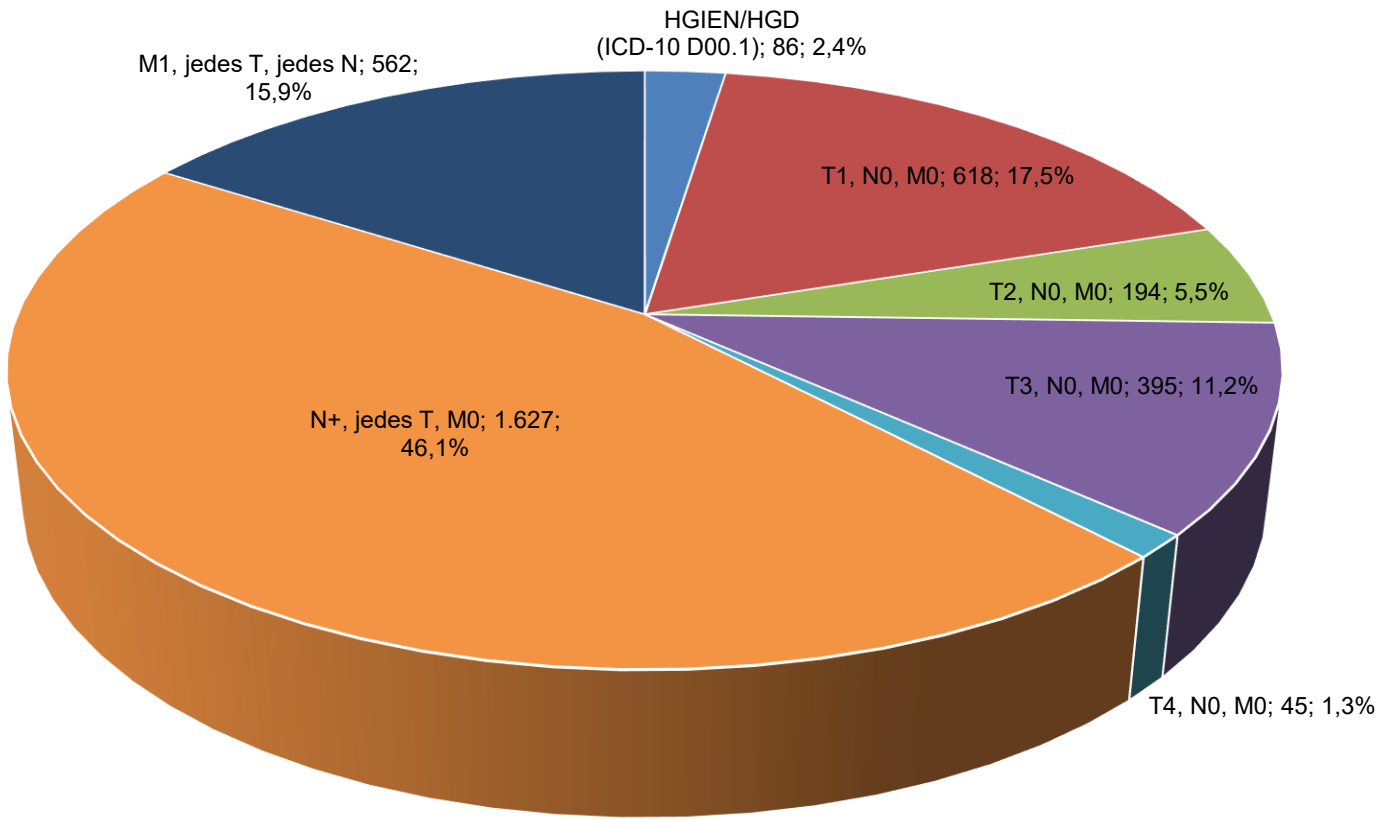
Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2024. Sie stellen für die in 2025 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



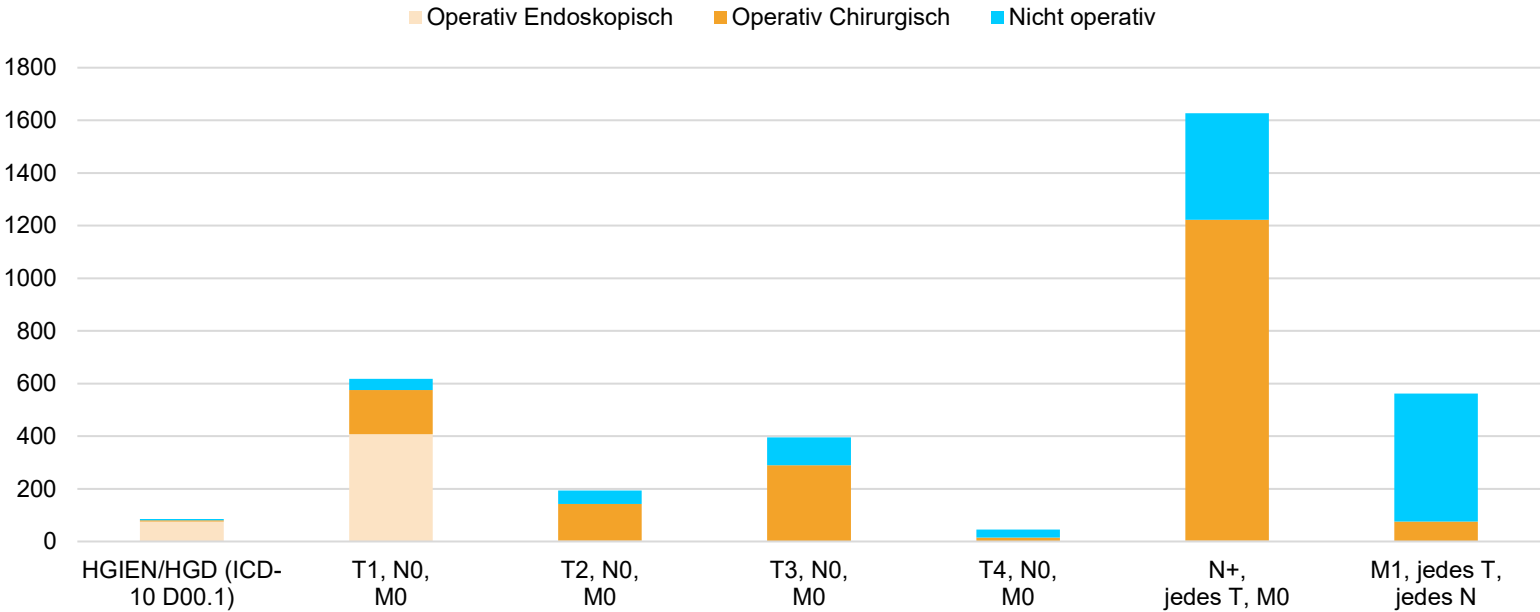
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

Basisdaten – Primärfälle Speiseröhre



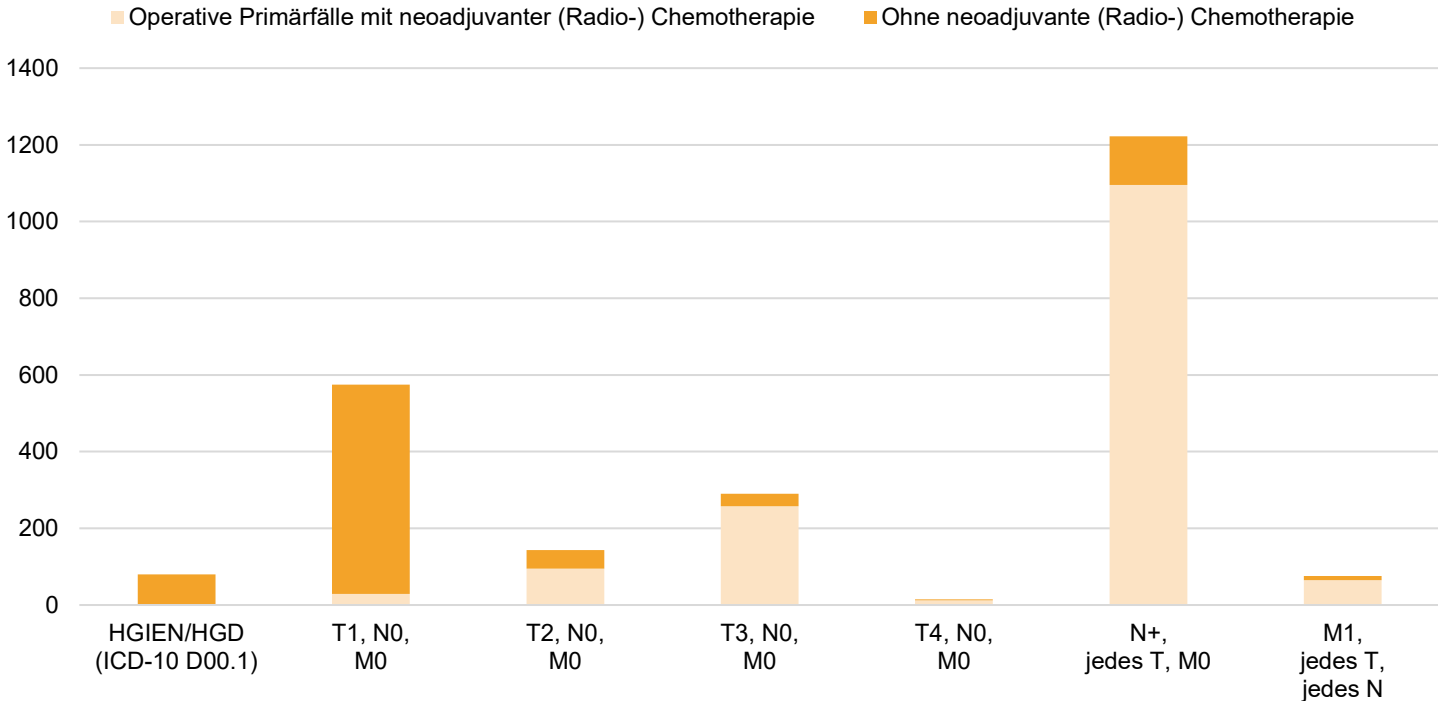
	HGIEN/HGD (ICD-10 D00.1)	T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	M1, jedes T, jedes N	Gesamt
Primärfälle	86 (2,4%)	618 (17,5%)	194 (5,5%)	395 (11,2%)	45 (1,3%)	1.627 (46,1%)	562 (15,9%)	3.527 (100%)

Basisdaten – Operative Primärfälle und nicht operative Primärfälle Speiseröhre



	HGIEN/HGD (ICD-10 D00.1)	T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	M1, jedes T, jedes N	Gesamt
Operativ Endoskopisch	76 (15,5%)	408 (83,1%)	3 (0,6%)	1 (0,2%)	0 (0,0%)	3 (0,6%)	0 (0,0%)	491 (100%)
Operativ Chirurgisch	4 (0,2%)	167 (8,7%)	140 (7,3%)	289 (15,1%)	15 (0,8%)	1.219 (63,8%)	76 (4,0%)	1.910 (100%)
davon elektiv	4 (0,2%)	166 (8,7%)	139 (7,3%)	286 (15,0%)	15 (0,8%)	1.217 (63,7%)	73 (3,8%)	1.900 (99,5%)
davon Notfall	0 (0,0%)	1 (0,1%)	1 (0,1%)	3 (0,2%)	0 (0,0%)	2 (0,1%)	3 (0,2%)	10 (0,5%)
Nicht operativ	6 (0,5%)	43 (3,8%)	51 (4,5%)	105 (9,3%)	30 (2,7%)	405 (36,0%)	486 (43,2%)	1.126 (100%)
Primärfälle Gesamt	86	618	194	395	45	1.627	562	3.527

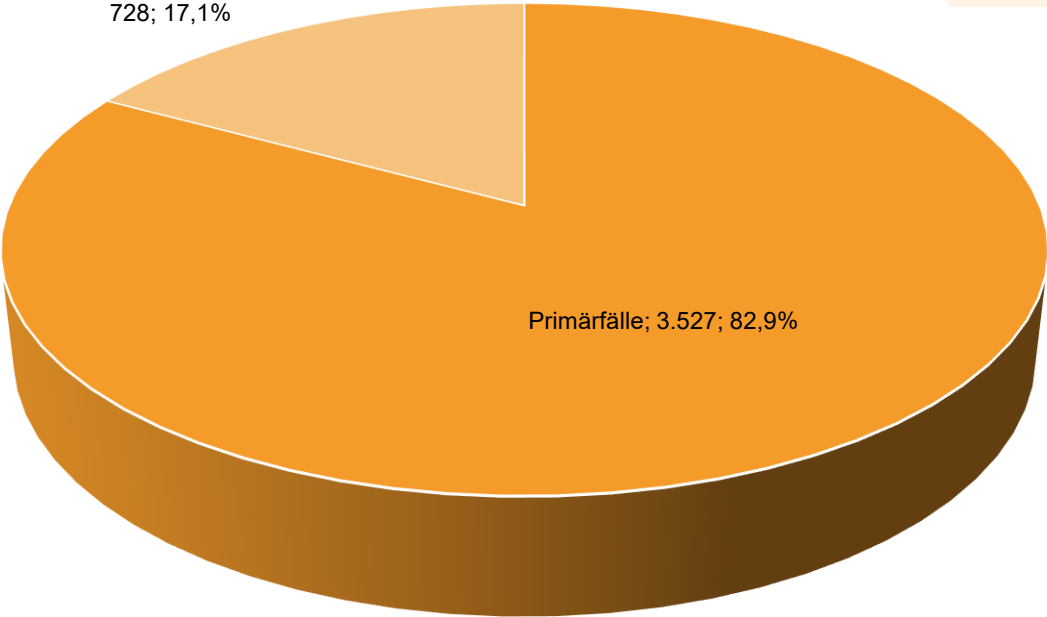
Basisdaten – Operative Primärfälle mit und ohne neoadjuvante Chemotherapie Speiseröhre



	HGIEN/HGD (ICD-10 D00.1)	T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	M1, jedes T, jedes N	Gesamt
Operative Primärfälle (chirurgisch und endoskopisch) mit neoadjuvanter (Radio-) Chemotherapie	2 (0,1%)	29 (1,9%)	95 (6,1%)	258 (16,6%)	12 (0,8%)	1.095 (70,4%)	65 (4,2%)	1.556 (100%)
Ohne neoadjuvante (Radio-) Chemotherapie	78 (9,2%)	546 (64,6%)	48 (5,7%)	32 (3,8%)	3 (0,4%)	127 (15,0%)	11 (1,3%)	845 (100%)
Gesamt	80	575	143	290	15	1.222	76	2.401

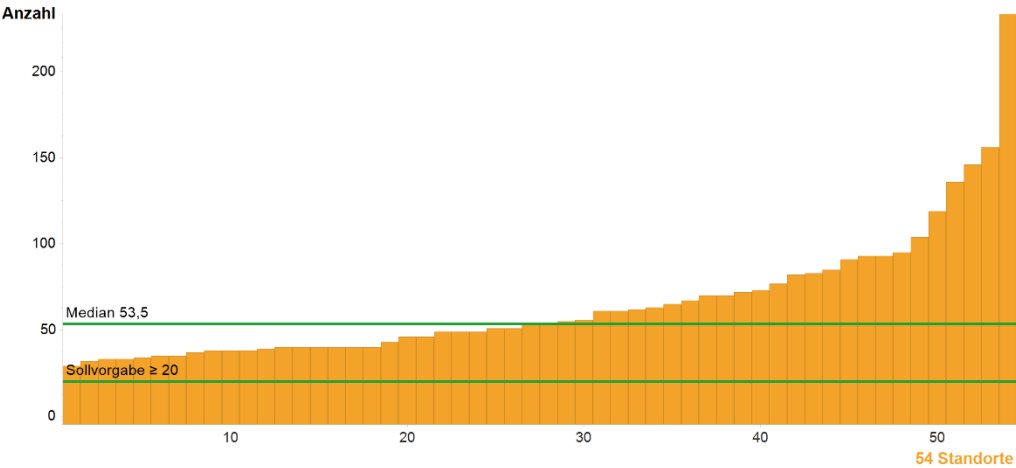
Basisdaten – Zentrumsfälle Speiseröhre

Pat. mit neuauftretenem Rezidiv
und/ oder Fernmetastasen;
728; 17,1%

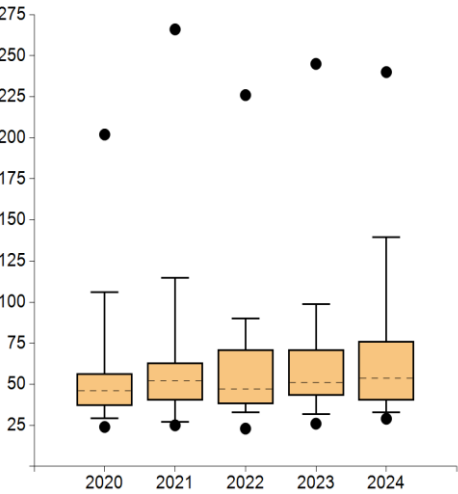


Primärfälle	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	Zentrumsfälle
3.527 (82,9%)	728 (17,1%)	4.255 (100%)

1a. Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	53,5	29 - 240	3527	3019
	Sollvorgabe ≥ 20				

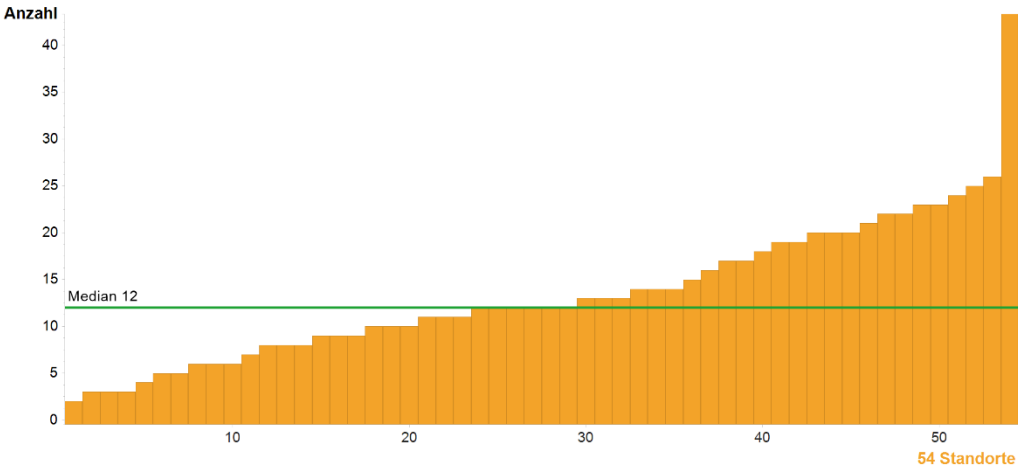


		2020	2021	2022	2023	2024
Max		202	266	226	245	240
95. Perzentil		106,1	114,6	90	98,8	139,5
75. Perzentil		56,5	63	71	71	76
Median		46	52	47	51	53,5
25. Perzentil		37	40	38	43	40
5. Perzentil		29,3	27,2	33	31,8	33
Min		24	25	23	26	29

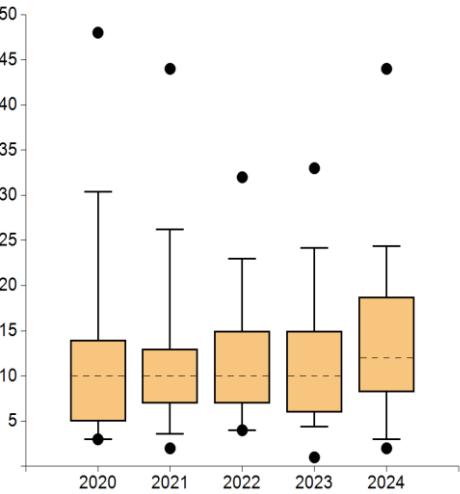
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
54	100%	49	100%	54	100%	49	100%

Anmerkungen:
Die Zahl der Zentren ist gegenüber dem Vorjahr von 49 auf 54 (+10,2%), die Zahl der Primärfälle von 3.019 auf 3.527 (+16,8%) angestiegen. Der Median liegt bei 53,5 (Vorjahr: 51), die Fallzahlen verteilen sich über eine Range von 29 bis 240 Primärfälle pro Zentrum. Über die meisten Perzentile zeigt sich gegenüber dem Vorjahr ein leichter Anstieg. Alle 54 Zentren haben die Sollvorgabe (SV) von ≥ 20 Primärfälle erfüllt.

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



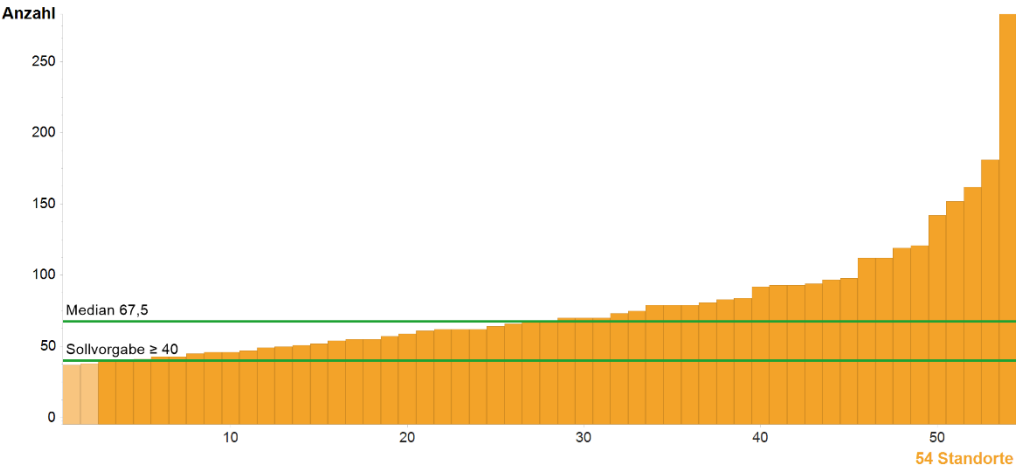
	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	12	2 - 44	728	582
	Keine Sollvorgabe				



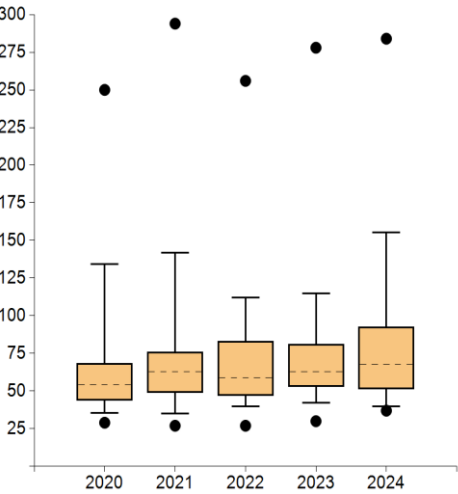
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	48	44	32	33	44
	95. Perzentil	30,4	26,2	23	24,2	24,4
	75. Perzentil	14	13	15	15	18,8
	Median	10	10	10	10	12
	25. Perzentil	5	7	7	6	8,3
	5. Perzentil	3	3,6	4	4,4	3
	Min	3	2	4	1	2

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
54	100%	49	100%	----	----	----	----
Anmerkungen: Die Gesamtzahl der Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen ist gegenüber dem Vorjahr auf 728 (Vorjahr: 582, +25,1%) gestiegen. Der Median ist dabei von 10 auf 12 angestiegen.							

1c. Zentrumsfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Zentrumsfälle	67,5	37 - 284	4255	3601
	Sollvorgabe ≥ 40				

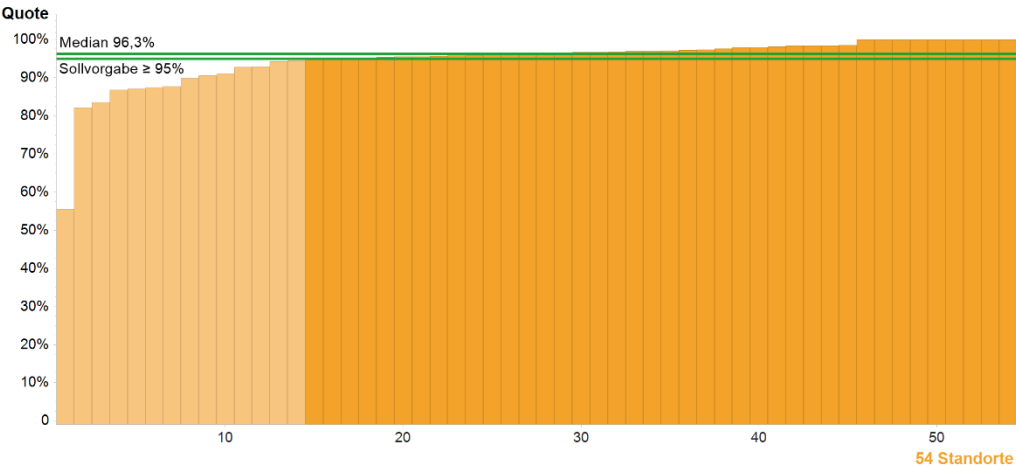


		2020	2021	2022	2023	2024
Max		250	294	256	278	284
95. Perzentil		134,4	141,8	112	114,8	155,5
75. Perzentil		68,5	76	83	81	92,8
Median		54	63	59	63	67,5
25. Perzentil		44	49	47	53	51,3
5. Perzentil		35,5	35,2	40	42,2	40
Min		29	27	27	30	37

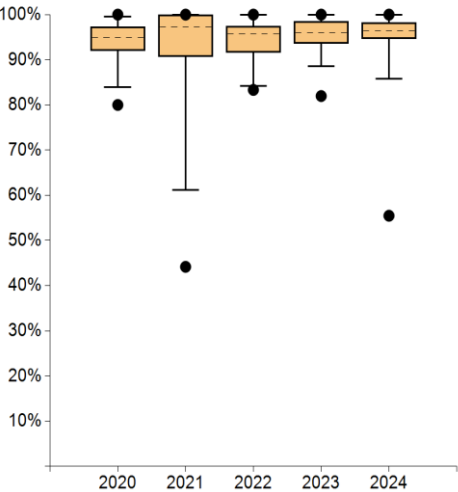
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
54	100%	49	100%	52	96,3%	47	95,9%

Anmerkungen:
Die Gesamtzahl der Zentrumsfälle ist gegenüber dem Vorjahr auf 4.255 (Vorjahr: 3.601, +18,2%) gestiegen, der Median hat dabei von 63 auf 67,5 zugenommen. Wie im Vorjahr haben 2 Zentren die Sollvorgabe unterschritten, wobei sich bei beiden ein Anstieg der Fallzahlen im laufenden Kennzahlenjahr bereits abzeichnet.

2. Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die prätherapeutisch und nach abgeschlossenem Staging in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	51*	29 - 210	3283	2856
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	53,5*	29 - 240	3527	3019
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,3%	55,5% - 100%	93,1%**	94,6%



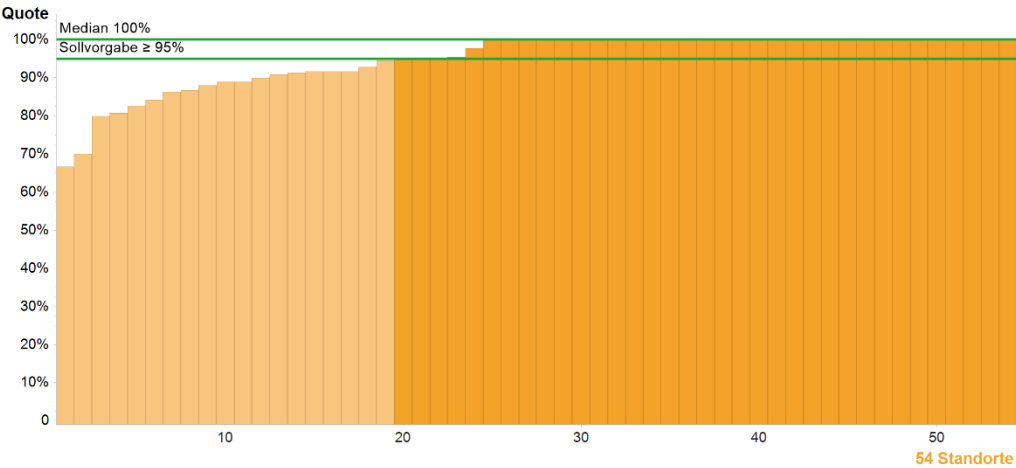
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	99,6%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	97,3%	100%	97,4%	98,5%	98,2%
	Median	94,9%	97,3%	95,7%	96,0%	96,3%
	25. Perzentil	92,0%	90,6%	91,7%	93,6%	94,6%
	5. Perzentil	83,9%	61,2%	84,2%	88,5%	85,7%
●	Min	80,0%	44,2%	83,3%	82,0%	55,5%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
54	100%	49	100%	40	74,1%	31	63,3%

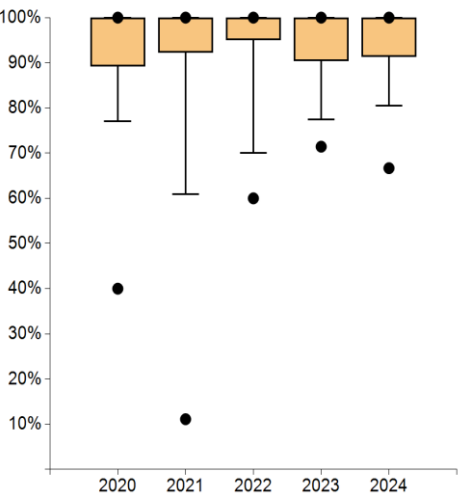
Anmerkungen:
Die Quote der prätherapeut. Fallvorstellung zeigt über die Jahre einen konstanten Verlauf mit geringfügigen Schwankungen (Median 96,3%, Vorjahr: 96,0%, Gesamtquote 93,1%, Vorjahr: 94,6%). 14 Zentren haben die Sollvorgabe unterschritten (Vorjahr: 18). Als häufigste Gründe wurde in 101 Fällen eine endoskopische Abtragung ohne vorherige Tumorkonferenzvorstellung dokumentiert, gefolgt von 48 Fällen mit externer Neoadjuvantanz ohne Tumorkonferenz. Weitere genannte Gründe waren Versäumnisse (4x), dringliche Therapieeinleitung (4x) sowie Ablehnung durch den Pat. (2x). Es wurden 4 Hinweise ausgesprochen. Als Maßnahme erfolgten interdisziplinäre Rücksprachen und Qualitätszirkel.

* 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/ metachrone Metastasen (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	12*	2 - 43	684	546
Nenner	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	12*	2 - 44	728	582
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	100%	66,7% - 100%	94%**	93,8%



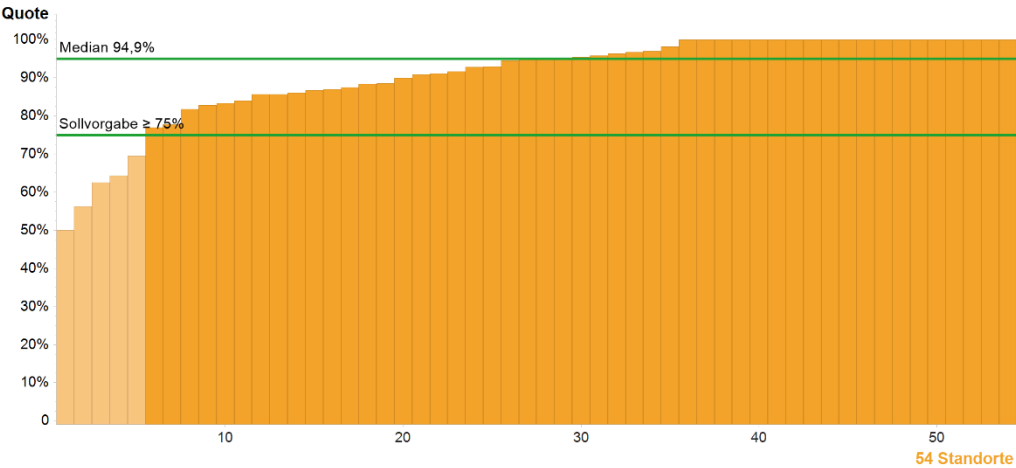
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	89,2%	92,3%	95,0%	90,5%	91,4%
5. Perzentil	77,1%	60,9%	70,0%	77,5%	80,5%
Min	40,0%	11,1%	60,0%	71,4%	66,7%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
54	100%	49	100%	35	64,8%	33	67,3%

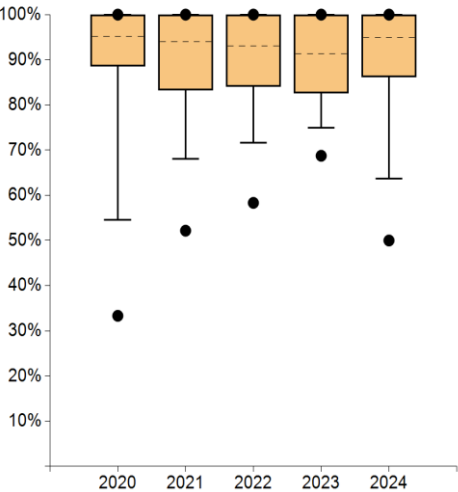
Anmerkungen:
Die prätherapeutische Fallvorstellung bei Rezidiv und metachronen Metastasen zeigt sich mit einem Median von 100% und einer Gesamtquote von 94% (Vorjahr: 93,8%) gegenüber dem Vorjahr konstant. 19 Zentren haben die Sollvorgabe von $\geq 95\%$ unterschritten (Vorjahr: 16). Als Gründe wurden Versäumnisse (19x), extern begonnene Therapie ohne Vorstellung (7x), Progress unter laufender Therapie (4x), Versterben vor Vorstellung (5x), endoskopische Resektion (2x) sowie initial nicht malignitätsverdächtige Befunde mit erst postoperativ gesicherter Diagnose (2x) angegeben. Es wurden 3 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.

4. Vorstellung nach Abschluss der neoadjuvanten Chemotherapie/ Radiochemotherapie



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der posttherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	20*	5 - 171	1472	1302
Nenner	Primärfälle mit Ösophaguskarzinom und abgeschlossener neoadjuvanter (Radio-)Chemotherapie	23*	8 - 184	1607	1437
Quote	Sollvorgabe ≥ 75%	94,9%	50% - 100%	91,6%**	90,6%



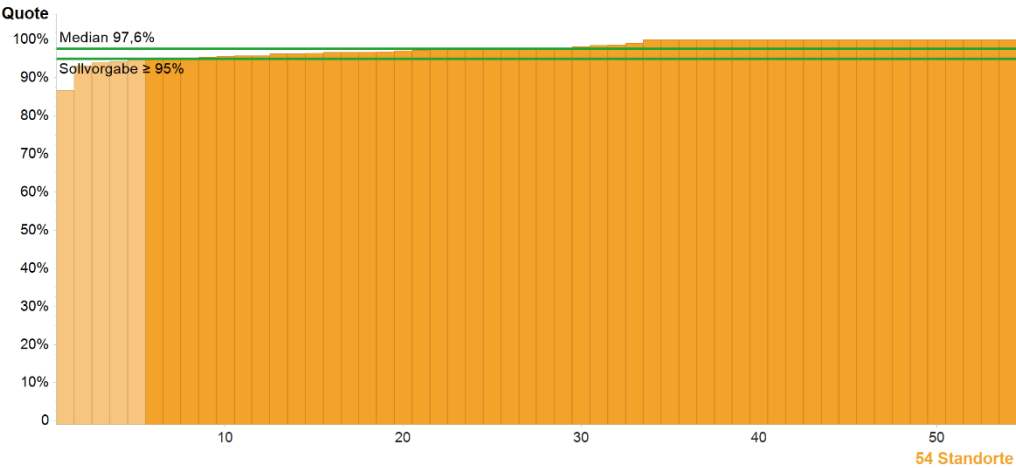
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	95,2%	93,9%	93,1%	91,3%	94,9%
25. Perzentil	88,6%	83,3%	84,0%	82,6%	86,2%
5. Perzentil	54,5%	68,0%	71,6%	75,0%	63,7%
Min	33,3%	52,2%	58,3%	68,8%	50,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
54	100%	49	100%	49	90,7%	48	98%

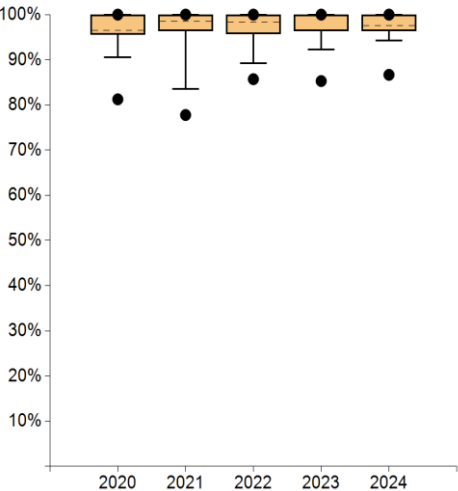
Anmerkungen:
Die Quote der Vorstellung nach Abschluss der neoadjuvanten (Radio-)Chemotherapie zeigt gegenüber dem Vorjahr einen Anstieg, mit einem Median von 94,9% (Vorjahr: 91,3%) und einer Gesamtquote von 91,6% (Vorjahr: 90,6%). 5 Zentren haben die Sollvorgabe von ≥ 75% unterschritten (Vorjahr: 1), wobei in allen Fällen Versäumnisse oder unklare Zuständigkeiten ursächlich waren. Es wurden 2 Hinweise ausgesprochen. Als Maßnahmen wurden Qualitätszirkel und die Erstellung von SOPs benannt.

* 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. Postoperative Fallvorstellung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	34*	13 - 218	2347	2022
Nenner	Operative Primärfälle (endoskopisch und chirurgisch)	35*	14 - 223	2401	2066
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,6%	86,7% - 100%	97,8%**	97,9%



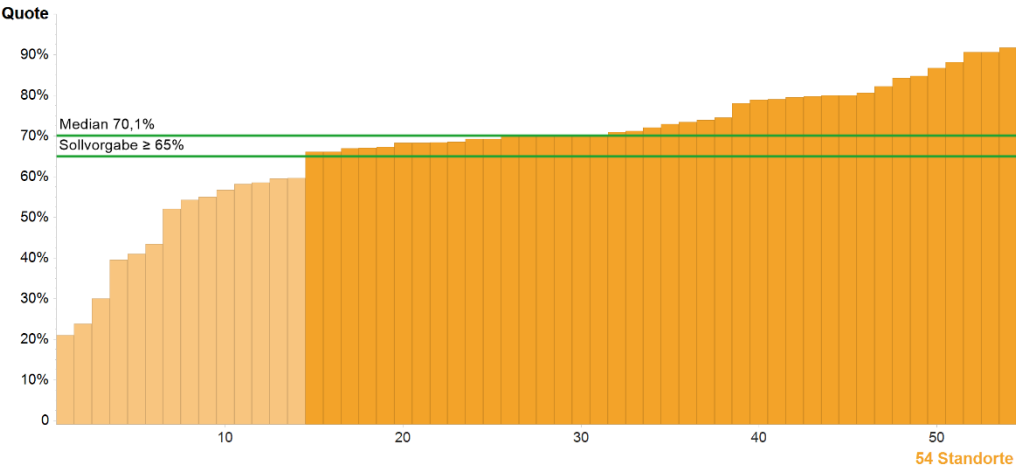
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	Median	96,6%	98,5%	98,3%	100%	97,6%
	25. Perzentil	95,6%	96,4%	95,7%	96,4%	96,4%
	5. Perzentil	90,6%	83,5%	89,3%	92,3%	94,2%
●	Min	81,3%	77,8%	85,7%	85,3%	86,7%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
54	100%	49	100%	49	90,7%	45	91,8%

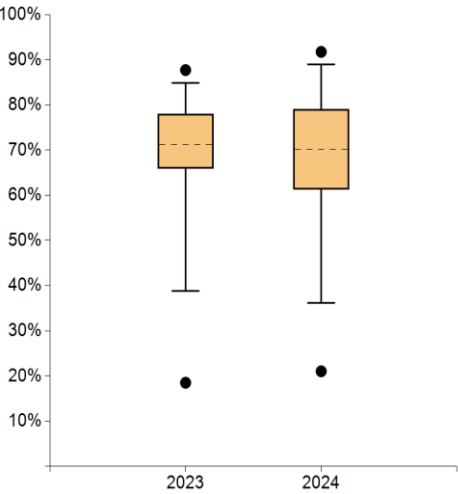
Anmerkungen:
Die postoperative Fallvorstellung zeigt sich mit einem Median von 97,6% (Vorjahr: 100%) und einer Gesamtquote von 97,8% (Vorjahr: 97,9%) gegenüber dem Vorjahr weitgehend stabil. 5 Zentren haben die Sollvorgabe von ≥ 95% (Vorjahr: 4), wobei Versäumnisse (6x) und postoperatives Versterben (3x) als Gründe angegeben wurden. 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.

6. Psychoonkologisches Distress-Screening



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	43,5*	15 - 199	2881	1524
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	67,5*	37 - 284	4255	2201
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	70,1%	21,1% - 91,8%	67,7%**	69,2%



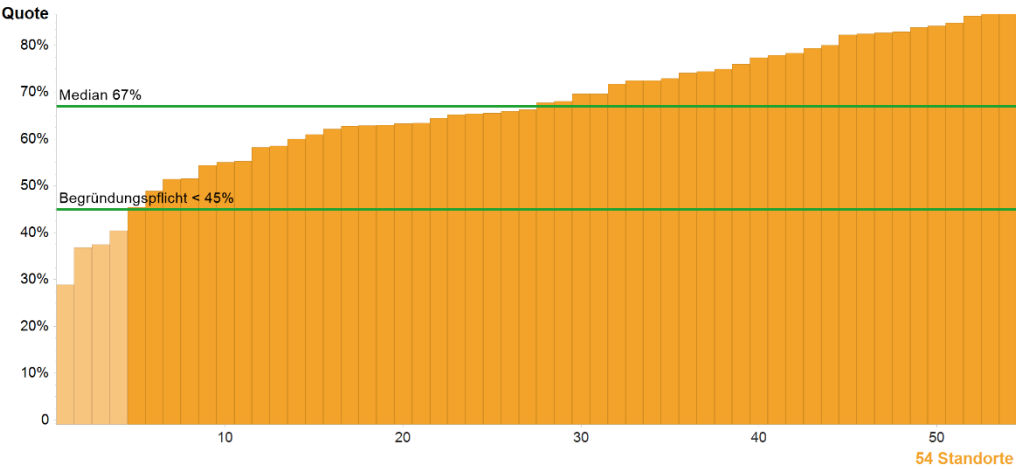
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	----	----	----	87,7%	91,8%
95. Perzentil	----	----	----	84,9%	89,0%
75. Perzentil	----	----	----	78,0%	79,1%
Median	----	----	----	71,3%	70,1%
25. Perzentil	----	----	----	65,9%	61,3%
5. Perzentil	----	----	----	38,8%	36,2%
Min	----	----	----	18,5%	21,1%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
54	100%	28	57,1%	40	74,1%	22	78,6%

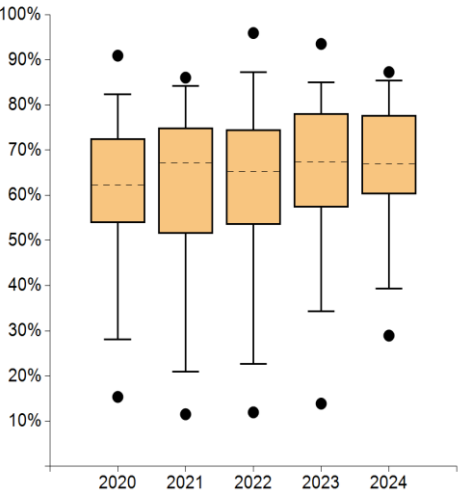
Anmerkungen:
Da die Kennzahl erstmals verpflichtend erhoben wurde, liegen im zweiten Erhebungsjahr nun von allen 54 Zentren auswertbare Daten vor (Vorjahr: 28). Median (70,1% vs. 71,3%) und Gesamtquote (67,7% vs. 69,2%) bewegen sich auf dem Vorjahresniveau. 14 von 54 Zentren haben die SV von ≥ 65% (Vorjahr: 6/28) unterschritten. Als Gründe wurden Dokumentations- u. Digitalisierungsprobleme (6x), kurze Liegezeiten o. ambulante bzw. endoskopische Behandlung (4x), ein noch nicht flächendeckend etablierter Screeningprozess (3x) u. Pat.wunsch nach endoskopischer Abtragung (1x) angegeben. Es wurden 5 Hinweise ausgesprochen, davon 1 kritischer Hinweis.

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

7. 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	44,5*	24 - 198	2801	2357
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	67,5*	37 - 284	4255	3601
Quote	Begründungspflicht*** <45%	67%	29% - 87,3%	65,8%**	65,5%



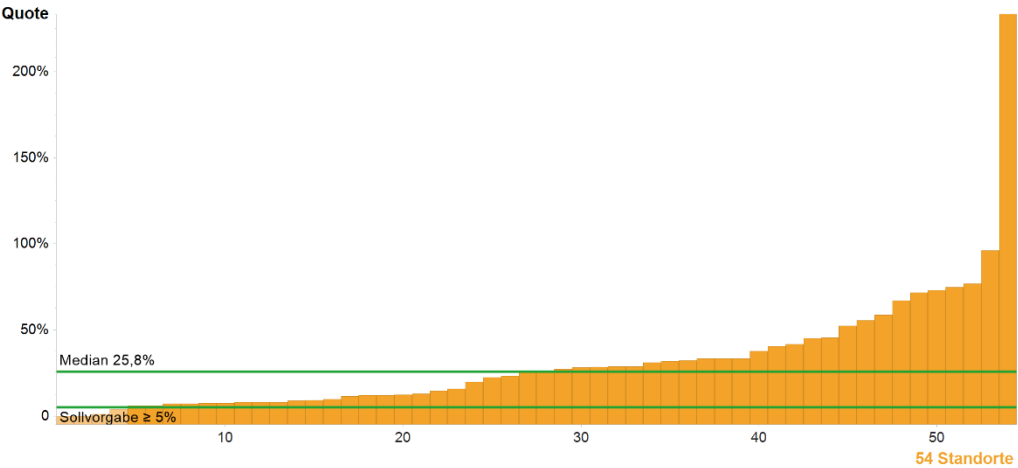
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	90,9%	86,1%	95,9%	93,5%	87,3%
	95. Perzentil	82,3%	84,2%	87,3%	85,0%	85,3%
	75. Perzentil	72,6%	75,0%	74,6%	78,1%	77,8%
	Median	62,2%	67,1%	65,2%	67,4%	67,0%
	25. Perzentil	53,9%	51,5%	53,5%	57,4%	60,3%
	5. Perzentil	28,1%	20,9%	22,6%	34,3%	39,4%
	Min	15,4%	11,5%	12,0%	13,9%	29,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
2024		2023		2024		2023	
54	100%	49	100%	50	92,6%	42	85,7%

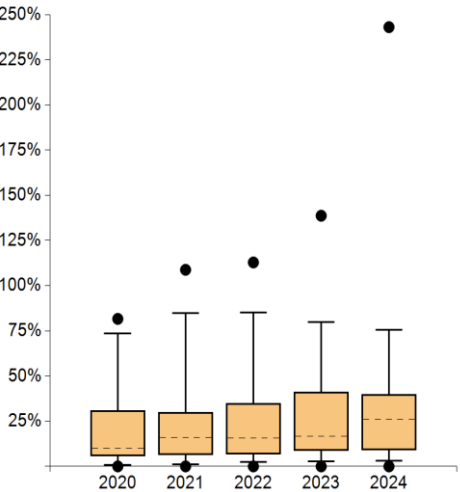
Anmerkungen:
Median (67% vs. 67,4%) und Gesamtquote (65,8% vs. 65,5%) der Sozialdienstberatungsquote sind im Vorjahresvergleich unverändert. 4 Zentren (Vorjahr: 7) haben die Plausibilitätsgrenze unterschritten und sind begründungspflichtig: Als Gründe wurden kurze Liegezeiten (2x), Versäumnis (1x) sowie Ablehnung durch den Pat. (1x) 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.
*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

8. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	11*	0 - 175	1211	891
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	53,5*	29 - 240	3527	3019
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	25,8%	0% - 243,1%	34,3%**	29,5%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	81,6%	108,8%	112,9%	138,7%	243,1%
95. Perzentil	73,5%	84,7%	85,2%	79,8%	75,7%
75. Perzentil	30,9%	30,0%	35,0%	41,0%	40,0%
Median	10,1%	16,1%	15,8%	16,7%	25,8%
25. Perzentil	5,8%	6,3%	6,8%	8,8%	9,1%
5. Perzentil	0,8%	1,0%	2,5%	2,6%	3,1%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
54	100%	49	100%	50	92,6%	44	89,8%

Anmerkungen:
Der Anteil der Studienpat. zeigt gegenüber dem Vorjahr einen deutlichen Anstieg, mit einem Median von 25,8% (Vorjahr: 16,7%) und einer Gesamtquote von 34,3% (Vorjahr: 29,5%). Die breite Range von 0% bis 243,1% spiegelt die erheblichen Unterschiede in der Studienaktivität zwischen den Zentren wider. 4 Zentren haben die SV von ≥ 5% (Vorjahr: 5) unterschritten, wobei alle auffälligen Zentren das Fehlen geeigneter Studien als Begründung angegeben haben. Als Maßnahmen wurden u.a. die Initiierung eigener Studien benannt. Es wurden 1 Abweichung und 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

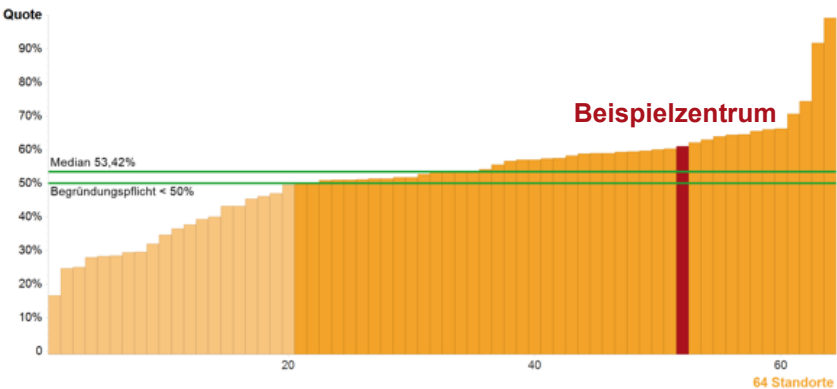
Individueller Jahresbericht - Standortspezifische Kennzahlenauswertung eines Zentrums

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 (beispielsweise sind Zentren mit Erstzertifizierung im Auditjahr nicht abgebildet). Bei mehrstandortigen Zentren wird jeder Standort in einem eigenständigen individuellen Jahresbericht abgebildet. Für Onkologische Zentren ist aktuell nur der allgemeine Jahresbericht verfügbar.



Beispielzentrum (roter Balken) im Vergleich zu den anderen zertifizierten Zentren

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

Individuelle Entwicklung des Beispielzentrums im Zeitverlauf

Auszug aus einem individuellen Jahresbericht
(Kennzahl Beratung Sozialdienst)

Individueller Jahresbericht - Benchmark

Wie kann man den individuellen Jahresbericht erhalten?

Der individuelle Jahresbericht wird elektronisch als PowerPoint-Datei auf der Plattform [Data-WhiteBox](#) zum Download bereitgestellt.

Der Zugang zu einem individuellen Jahresbericht unterscheidet sich je nach Zertifizierungssystem:

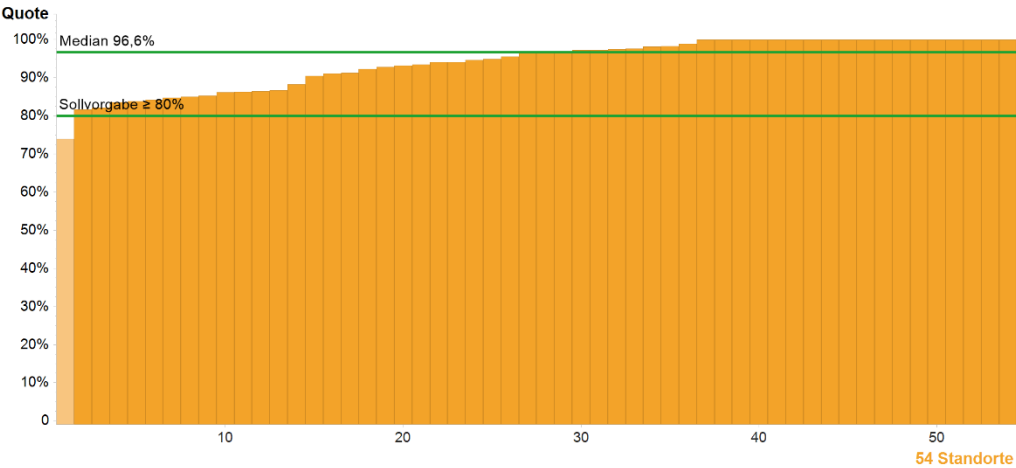
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- Auf Beschluss der jeweiligen Zertifizierungskommission wird der individuelle Jahresbericht für alle Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren bereitgestellt.
- Die Zentren (Zentrumsleitung und Zentrumskoordination) werden per E-Mail durch OnkoZert über die Verfügbarkeit des jeweiligen individuellen Jahresberichtes informiert.
- Die Zugangsdaten zum Abruf des individuellen Jahresberichtes liegen der Zentrumsleitung und Zentrumskoordination vor (einmalige Zusendung der Zugangsdaten).

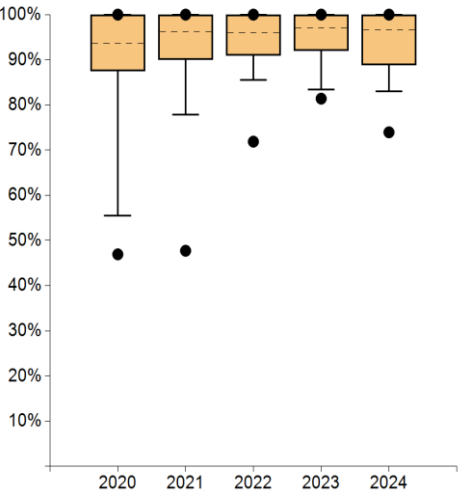
Alle anderen Organkrebszentren / Module

- Die Zentren (Zentrumsleitung und Zentrumskoordination) werden per E-Mail durch OnkoZert über die grundsätzliche Verfügbarkeit der individuellen Jahresberichte informiert. Ab diesem Zeitpunkt kann ein individueller Jahresbericht optional kostenpflichtig bestellt werden.
- Das „Bestellformular Individueller Jahresbericht“ ist auf www.onkozert.de 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.

9. Inhalt Pathologiebericht Biopsie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit vollständigem Befundbericht	40*	6 - 235	2726	2384
Nenner	Primärfälle mit Biopsie	42*	6 - 235	2912	2500
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	96,6%	74% - 100%	93,6%**	95,4%



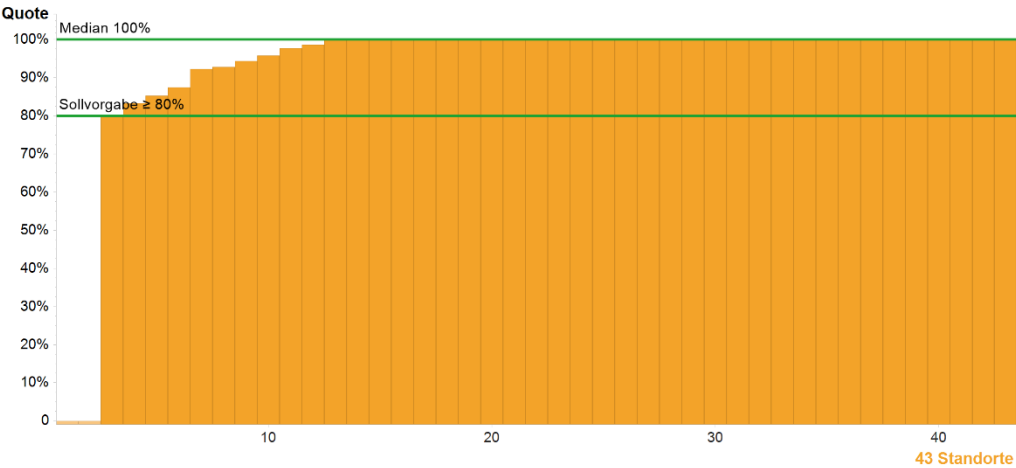
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	Median	93,6%	96,2%	96,0%	97,0%	96,6%
	25. Perzentil	87,5%	90,0%	90,9%	91,9%	88,8%
	5. Perzentil	55,5%	77,8%	85,5%	83,4%	83,0%
	Min	46,9%	47,7%	71,9%	81,4%	74,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
54	100%	49	100%	53	98,2%	49	100%

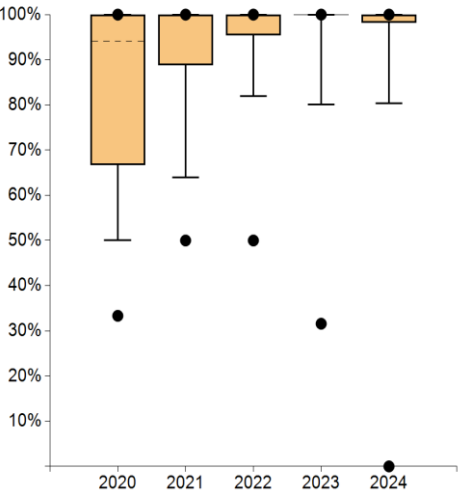
Anmerkungen:
Der Inhalt des Pathologieberichts bei Biopsie weist über alle Perzentile hinweg eine konstant hohe Umsetzungsrate auf, mit einem Median von 96,6% (Vorjahr: 97,0%) und einer Gesamtquote von 93,6% (Vorjahr: 95,4%). 1 Zentrum hat die SV von ≥ 80% unterschritten (Vorjahr: 0), wobei externe Befunde als Ursache angegeben wurden.

* 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. Inhalt Pathologiebericht lokale Exzidate (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundbericht mit Angabe • Art der neoplastischen Läsion • WHO-Klassifikation • Grading • Lymphgefäß- u/o Veneninvasion • Tiefe (Invasionstiefe) • von zirkulärem und basalem Resektionsrand	5*	0 - 73	470	341
Nenner	Operative Primärfälle mit endoskopischer OP	6*	1 - 74	491	369
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	100%	0% - 100%	95,7%**	92,4%

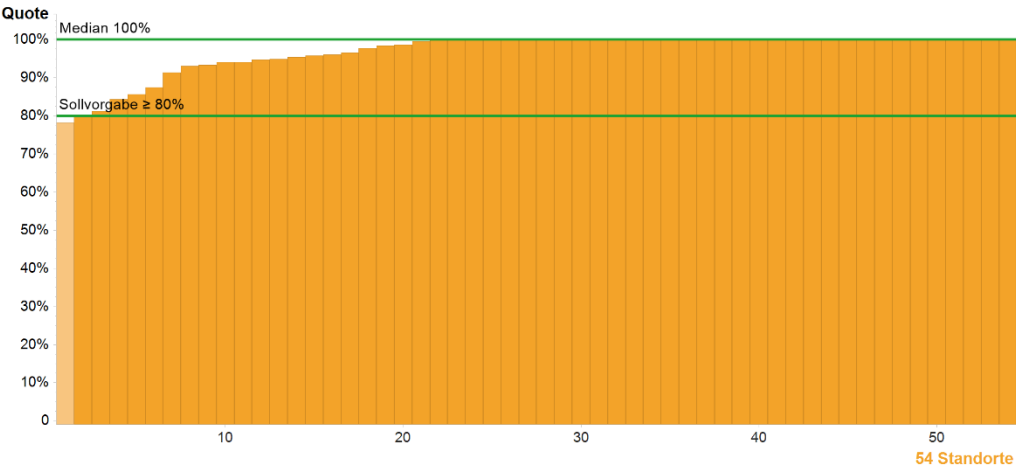


		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	Median	94,1%	100%	100%	100%	100%
	25. Perzentil	66,7%	88,9%	95,5%	100%	98,2%
	5. Perzentil	50,0%	64,0%	82,0%	80,1%	80,3%
●	Min	33,3%	50,0%	50,0%	31,6%	0,0%

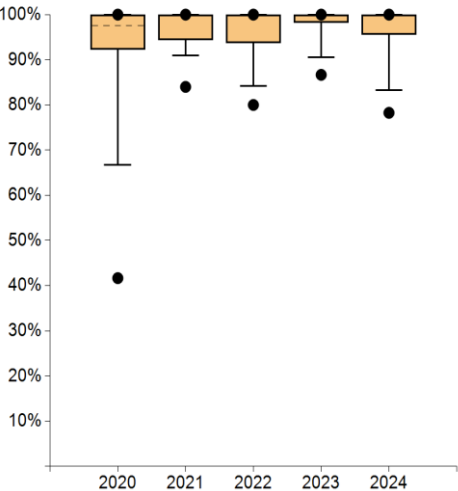
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
43	79,6%	42	85,7%	41	95,4%	41	97,6%
Anmerkungen: Die Vollständigkeit des Pathologieberichts lokaler Exzidate wird mit einem Median von 100% und einer Gesamtquote von 95,7% (Vorjahr: 92,4%) weiterhin gut umgesetzt. 2 Zentren haben die Sollvorgabe von ≥ 80% unterschritten (Vorjahr: 1). Als Gründe wurden fehlender Tumornachweis im Resektat sowie fraktionierte Gewebeentnahme 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.

11. Inhalt Pathologiebericht OP-Resektat (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundbericht mit Angabe • Größe der neoplastischen Läsion • Art der neoplastischen Läsion • WHO-Klassifikation • Grading • pT, pN, Ratio LK, L, V, R-Status (TNM)	28,5*	12 - 214	1862	1677
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer OP (elektiv und Notfall)	29*	14 - 215	1910	1697
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	100%	78,3% - 100%	97,5%**	98,8%



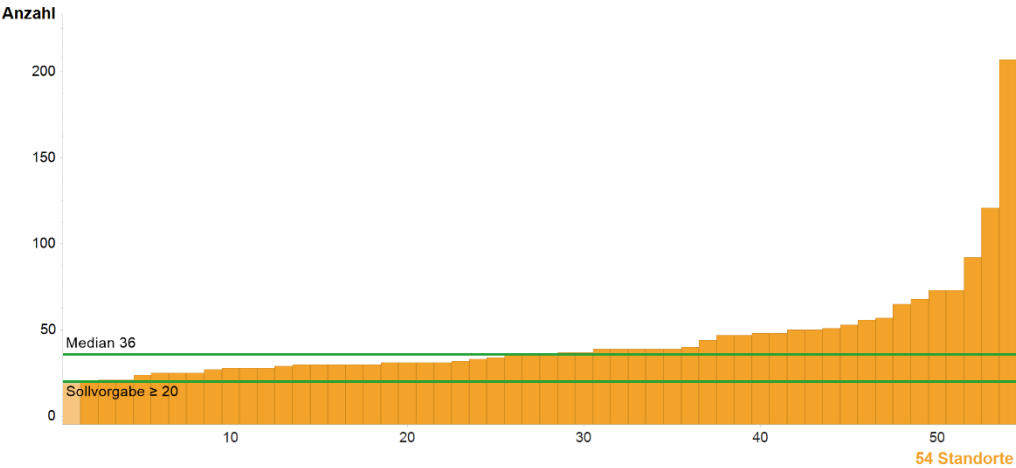
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	Median	97,5%	100%	100%	100%	100%
	25. Perzentil	92,3%	94,4%	93,8%	98,2%	95,6%
	5. Perzentil	66,7%	90,9%	84,2%	90,5%	83,3%
●	Min	41,7%	84,0%	80,0%	86,7%	78,3%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
54	100%	49	100%	53	98,2%	49	100%

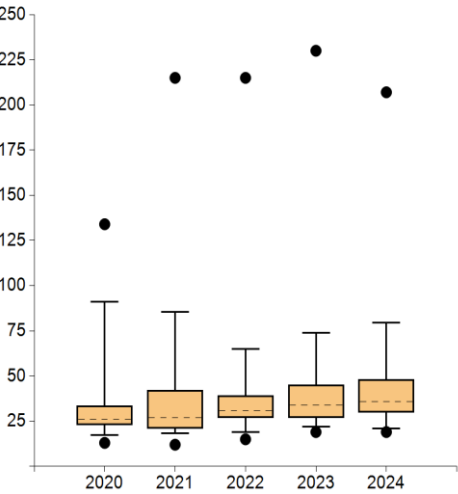
Anmerkungen:
Die Vollständigkeit des Pathologieberichts des OP-Resektats wird mit einem Median von 100% und einer Gesamtquote von 97,5% (Vorjahr: 98,8%) weiterhin auf hohem Niveau umgesetzt. 1 Zentrum hat die Sollvorgabe von ≥ 80% unterschritten (Vorjahr: 0), wobei auch hier als Grund ein fehlender Tumornachweis nach Vorbehandlung 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.

12. Operative chirurgische Expertise



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative chirurgische Expertise	36	19 - 207	2360	2034
	Sollvorgabe ≥ 20				

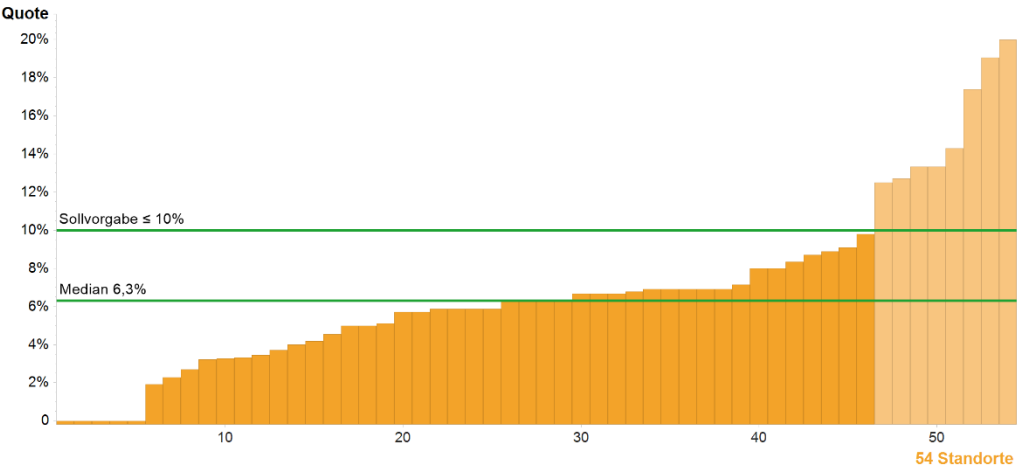


		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	134	215	215	230	207
	95. Perzentil	91,1	85,6	65	73,8	79,7
	75. Perzentil	33,5	42	39	45	48
	Median	26	27	31	34	36
	25. Perzentil	23	21	27	27	30
	5. Perzentil	17,3	18,2	19	22	21
	Min	13	12	15	19	19

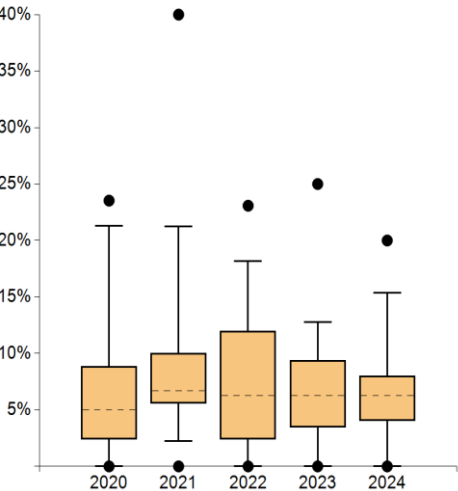
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
54	100%	49	100%	53	98,2%	48	98%

Anmerkungen:
Die Gesamtzahl der operativen Eingriffe (chirurgische Expertise) ist gegenüber dem Vorjahr auf 2.360 (Vorjahr: 2.034, +16,1%) gestiegen, der Median nimmt dabei von 34 auf 36 zu. 1 Zentrum im Überwachungsaudit hat die Sollvorgabe von ≥ 20 (Vorjahr: 1) mit einem Fall unterschritten, konnte aber im laufenden Jahr bereits einen deutlichen Anstieg der Fallzahlen verzeichnen. 46 von 54 Zentren haben die G-BA-Mindestmenge von 26 Eingriffen erfüllt.

13. Revisions-OPs



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30d nach OP	2*	0 - 11	124	112
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	29*	14 - 215	1900	1685
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	6,3%	0% - 20%	6,5%**	6,6%

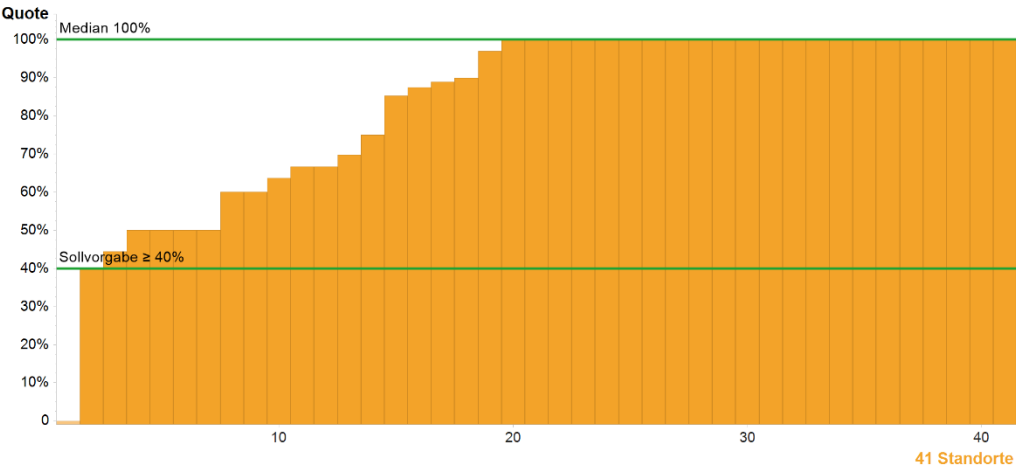


		2020	2021	2022	2023	2024	Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
							2024	2023	2024	2023	2024	2023
	Max	23,5%	40,0%	23,1%	25,0%	20,0%	54	100%	49	100%	46	85,2%
	95. Perzentil	21,3%	21,3%	18,2%	12,8%	15,4%					41	83,7%
	75. Perzentil	8,9%	10,0%	12,0%	9,4%	8,0%						
	Median	5,0%	6,7%	6,3%	6,3%	6,3%						
	25. Perzentil	2,4%	5,6%	2,4%	3,5%	4,0%						
	5. Perzentil	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%						
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%						
	Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%						

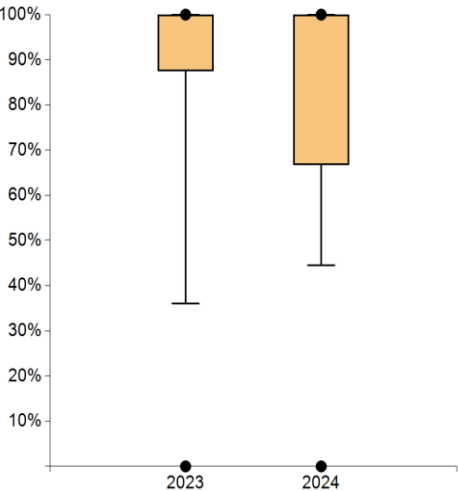
Anmerkungen:
Median (6,3%) und Gesamtquote (6,5% vs. 6,6%) der Revisionsrate zeigen gegenüber dem Vorjahr keine Veränderung. Wie im Vorjahr haben 8 Zentren die Sollvorgabe von ≤ 10. Unter den heterogenen Begründungen wurden am häufigsten Ischämien der Anastomose (9x), Multimorbidität oder hohes Komplikationsrisiko (8x), Anastomosensuffizienz/ Fistel (4x) sowie Lernkurveneffekte in der Robotik (4x) angegeben. Die Fälle wurden in Einzelfallanalysen diskutiert und teilweise Umstellungen von chirurgischen Techniken abgeleitet.

* 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. Endoskopische R0-Resektion (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit endoskopischer R0-Resektion (nach Abschluss operative Therapie)	3*	0 - 66	316	175
Nenner	Operative Primärfälle mit HGIEN/HGD oder mukosalem Karzinom und endoskopischer Resektion (OPS: 5-422.2*, 5-422.5**)	4*	1 - 66	370	201
Quote	Sollvorgabe ≥ 40%	100%	0% - 100%	85,4%**	87,1%



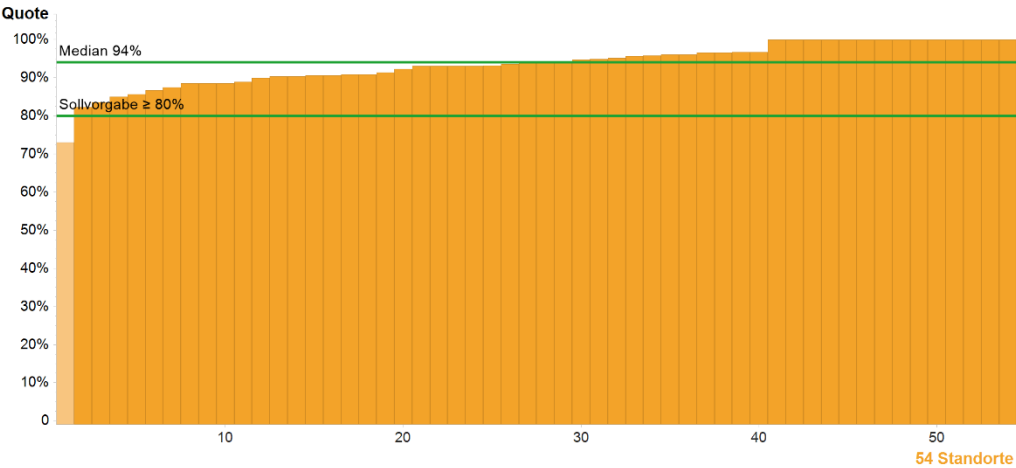
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	----	----	----	100%	100%
	95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
	75. Perzentil	----	----	----	100%	100%
	Median	----	----	----	100%	100%
	25. Perzentil	----	----	----	87,5%	66,7%
	5. Perzentil	----	----	----	36,0%	44,4%
●	Min	----	----	----	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
41	75,9%	39	79,6%	40	97,6%	37	94,9%

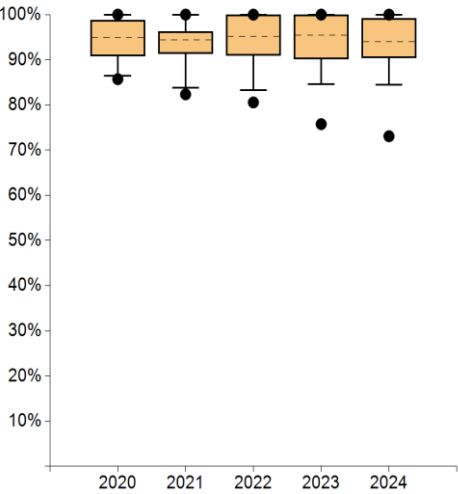
Anmerkungen:
Die endoskopische R0-Resektionsrate weist mit einem Median von 100% weiterhin eine konstant hohe Rate auf. Die Gesamtquote liegt, bei einer deutlich gestiegenen Fallzahl im Nenner (370 vs. 201), bei 85,4% (Vorjahr: 87,1%). 1 Zentrum hat die Sollvorgabe von ≥ 40% unterschritten (Vorjahr: 2). Als Ursache wurde eine RX-Situation bei fraktionierter Abtragung 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. Chirurgische R0-Resektion (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit chirurgischer R0-Resektion	27*	13 - 202	1774	1598
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer OP (elektiv und Notfall)	29*	14 - 215	1910	1697
Quote	Sollvorgabe $\geq 80\%$	94%	73,1% - 100%	92,9%**	94,2%



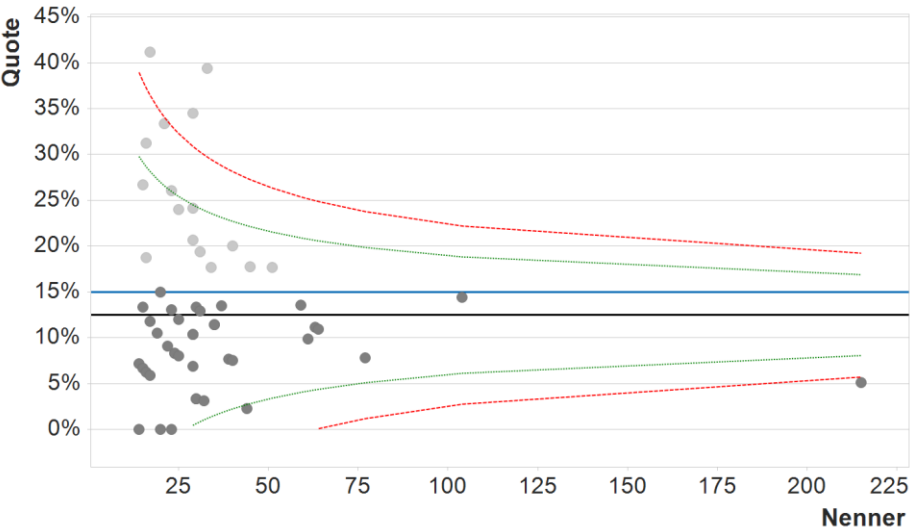
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	98,8%	96,3%	100%	100%	99,2%
	Median	95,0%	94,4%	95,2%	95,5%	94,0%
	25. Perzentil	90,8%	91,3%	90,9%	90,2%	90,4%
	5. Perzentil	86,5%	83,8%	83,3%	84,6%	84,5%
	Min	85,7%	82,4%	80,6%	75,8%	73,1%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
54	100%	49	100%	53	98,2%	48	98%

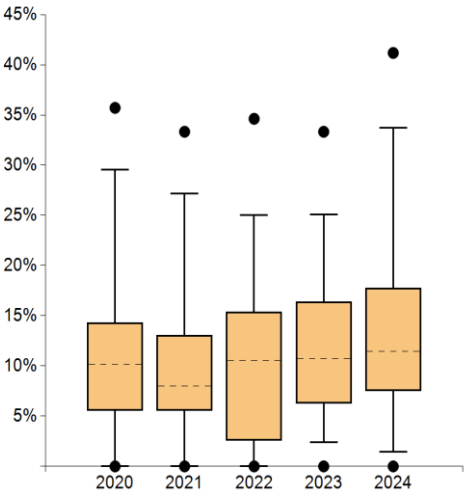
Anmerkungen:
Die chirurgische R0-Resektionsrate zeigt über die Jahre einen leicht undulierenden Verlauf (range 94,0% bis 95,5%) und weist aktuell einen Median von 94% (Vorjahr: 95,5%) und eine Gesamtquote von 92,9% (Vorjahr: 94,2%) auf. 1 Zentrum (mit unauffälliger R0-Resektionsrate in den beiden Vorjahren) hat die Sollvorgabe von $\geq 80\%$ unterschritten (Vorjahr: 1), wobei als Ursache langstreckig infiltrierende oder zirkumferentiell wachsende Karzinome angegeben wurden, bei denen eine R0-Resektion nicht erreichbar war. Die Fälle 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. Anastomoseninsuffizienz (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Re-Intervention aufgrund einer Anastomoseninsuffizienz	3,5*	0 - 15	237	186
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	29*	14 - 215	1900	1685
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	11,4%	0% - 41,2%	12,5%**	11%



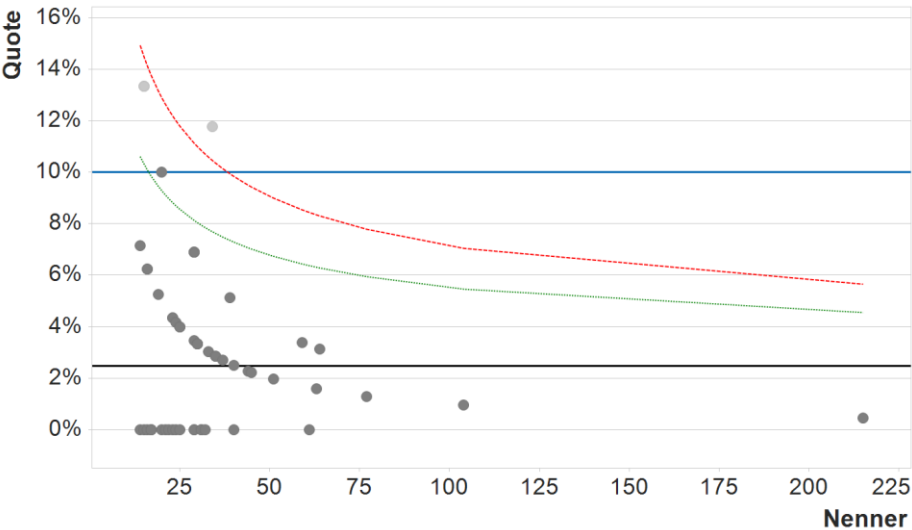
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	35,7%	33,3%	34,6%	33,3%	41,2%
	95. Perzentil	29,6%	27,2%	25,0%	25,1%	33,7%
	75. Perzentil	14,3%	13,0%	15,4%	16,4%	17,8%
	Median	10,1%	8,0%	10,5%	10,7%	11,4%
	25. Perzentil	5,6%	5,6%	2,6%	6,3%	7,6%
	5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	1,5%
	Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
54	100%	49	100%	38	70,4%	33	67,3%

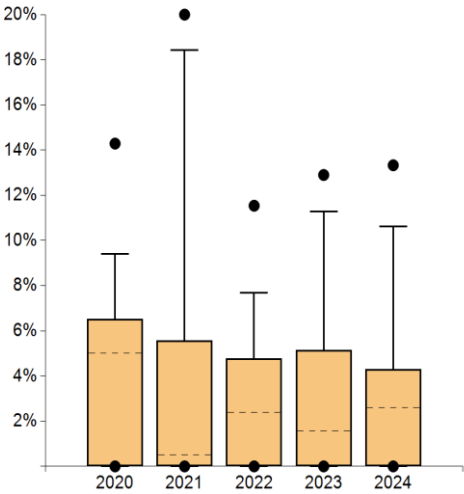
Anmerkungen:
Die Anastomoseninsuffizienzrate zeigt gegenüber dem Vorjahr einen leichten Anstieg, mit einem Median von 11,4% (Vorjahr: 10,7%) u. einer Gesamtquote von 12,5% (Vorjahr: 11%). 16 Zentren haben die SV von ≤ 15% überschritten (Vorjahr 16). Die Ursachen waren in den meisten Fällen multifaktoriell; am häufigsten wurden neoadjuvante Vorbehandlung als Risikofaktor, Multi-/Komorbidität u. Lernkurveneffekte bei Umstellung der OP-Technik angegeben. Als Maßnahmen wurden M&M-Konferenzen, Peer-Review-Verfahren, ICG-Perfusionskontrolle u Anpassung d. Nahttechnik/ Staplerwechsel benannt. Es wurden 4 (kritische) 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.

17a. Mortalität postoperativ - innerhalb von 30d (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die postoperativ innerhalb von 30d verstorben sind	1*	0 - 4	47	47
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	29*	14 - 215	1900	1685
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	2,6%	0% - 13,3%	2,5%**	2,8%



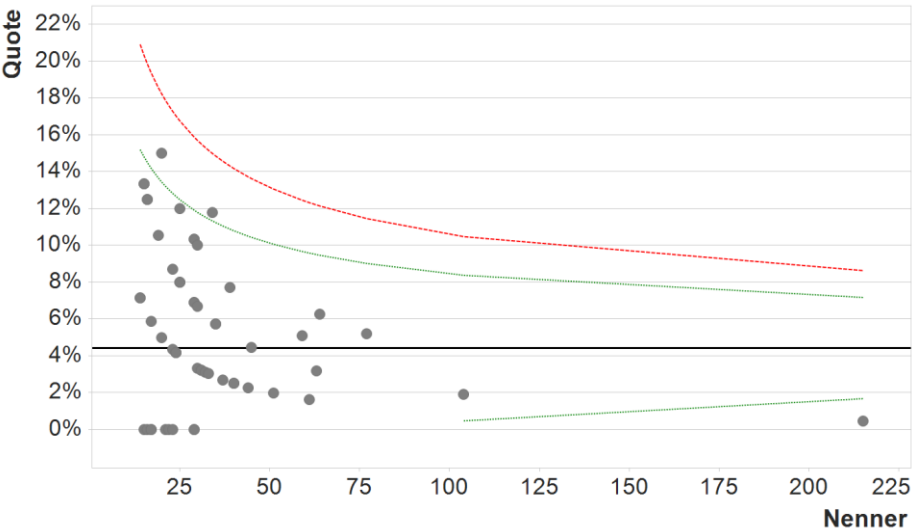
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	14,3%	20,0%	11,5%	12,9%	13,3%
	95. Perzentil	9,4%	18,4%	7,7%	11,3%	10,6%
	75. Perzentil	6,5%	5,6%	4,8%	5,1%	4,3%
	Median	5,0%	0,5%	2,4%	1,6%	2,6%
	25. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
54	100%	49	100%	51	94,4%	46	93,9%

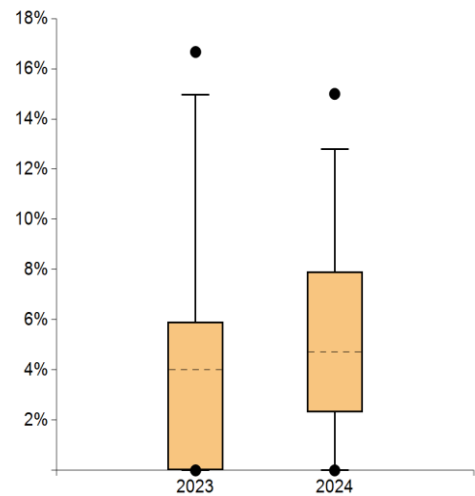
Anmerkungen:
Die 30-Tage-Mortalität nach elektiver Ösophagusresektion zeigt einen schwankenden Verlauf. Die Gesamtquote (2,5% vs. 2,8%) bewegt sich auf dem Vorjahresniveau, während der Median leicht angestiegen ist (2,6% vs. 1,6%). Wie im Vorjahr haben 3 Zentren die Sollvorgabe von ≤ 10% überschritten. Als Todesursachen wurden von diesen Zentren v.a. pulmonale Komplikationen (3x) sowie die Folgen einer Anastomosensinsuffizienz (4x) angegeben. Die Fälle wurden im Audit diskutiert. Die FE sprachen keine Abweichungen aus.

* 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.

17b. Mortalität postoperativ - innerhalb von 90d (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die postoperativ innerhalb von 90d verstorben sind	1*	0 - 4	84	65
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	29*	14 - 215	1900	1527
Quote	Keine Sollvorgabe	4,7%	0% - 15%	4,4%**	4,3%



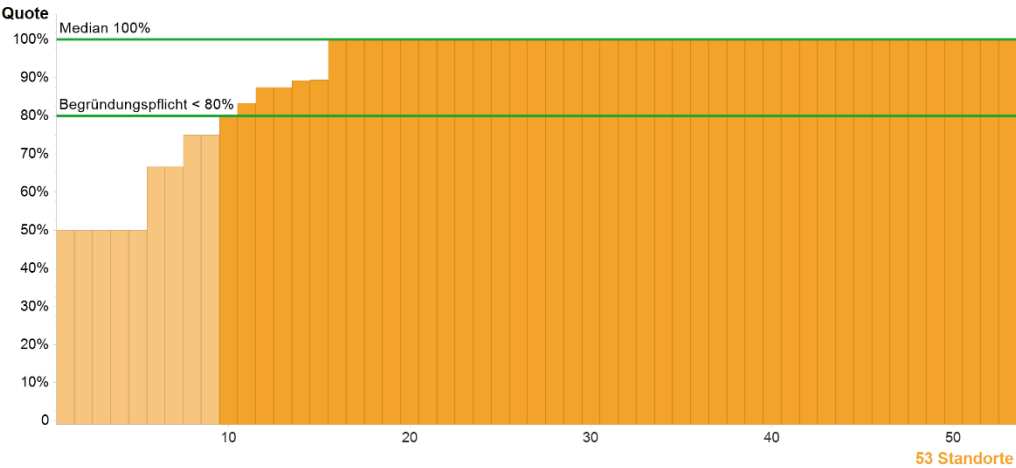
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	----	----	----	16,7%	15,0%
	95. Perzentil	----	----	----	15,0%	12,8%
	75. Perzentil	----	----	----	5,9%	7,9%
	Median	----	----	----	4,0%	4,7%
	25. Perzentil	----	----	----	0,0%	2,3%
	5. Perzentil	----	----	----	0,0%	0,0%
	Min	----	----	----	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
54	100%	43	87,8%	----	----	----	----

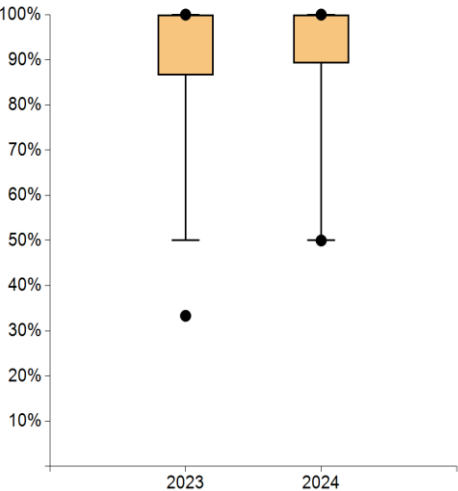
Anmerkungen:
Im zweiten Erfassungsjahr dieser Kennzahl liegen nun von allen 54 Zentren auswertbare Daten vor (Vorjahr: 43). Der Median ist gegenüber dem Vorjahr leicht angestiegen (4,7% vs. 4,0%), die Gesamtquote verändert sich kaum (4,4% vs. 4,3%) bei einer Range von 0-15%. Für den QI ist keine SV hinterlegt.

* 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. Präoperative Radiochemotherapie bei cT3/cT4 oder N1-3 Plattenepithelkarzinom (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit präoperativer Radiochemotherapie	4*	1 - 25	262	216
Nenner	Operative Primärfälle mit cT3/cT4 oder N1-3 Plattenepithelkarzinom des Ösophagus und chirurgischer OP	4*	1 - 28	283	234
Quote	Begründungspflicht*** <80%	100%	50% - 100%	92,6%**	92,3%



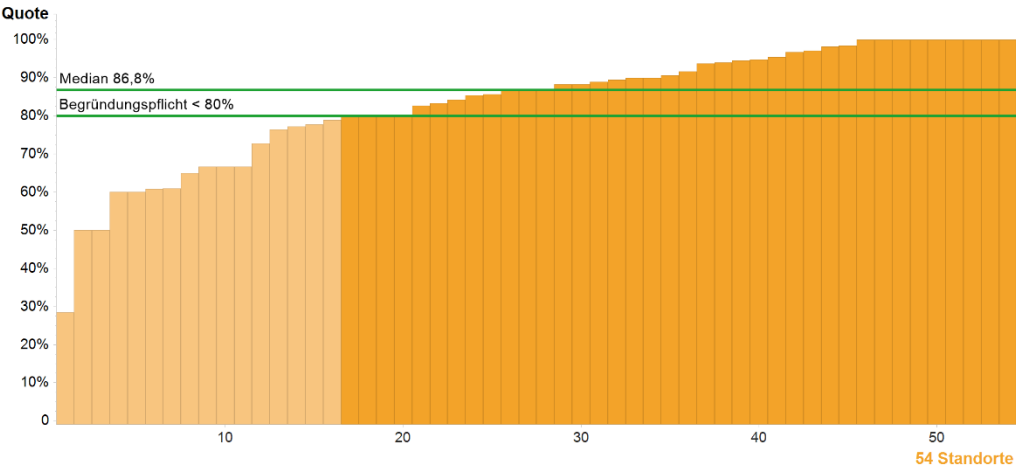
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	----	----	----	100%	100%
	95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
	75. Perzentil	----	----	----	100%	100%
	Median	----	----	----	100%	100%
	25. Perzentil	----	----	----	86,6%	89,3%
	5. Perzentil	----	----	----	50,0%	50,0%
	Min	----	----	----	33,3%	50,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
2024		2023		2024		2023	
53	98,2%	47	95,9%	44	83%	39	83%

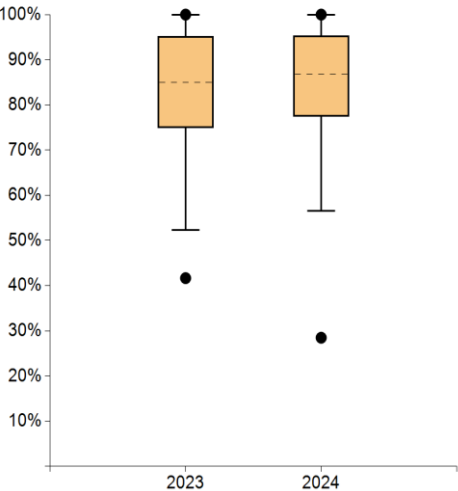
Anmerkungen:
Die Gesamtquote der präoperativen Radiochemotherapie bei cT3/cT4 oder N1-3 Plattenepithelkarzinom zeigt sich mit 92,6% (Vorjahr: 92,3%) und einem Median von 100% gegenüber dem Vorjahr unverändert. 9 Zentren haben Raten < 80% aufgewiesen. Aufgrund der insgesamt geringen Fallzahlen im Nenner führten bereits einzelne nicht vorbehandelte Fälle zur Begründungspflicht. Als Gründe wurden Komorbiditäten mit Verzicht auf RCT (2x), Ablehnung durch den Pat. (2x) sowie pat.individuelle Faktoren (5x) angegeben. Alle Begründungen wurden im Audit nachvollziehbar dargelegt.

* 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.

19. Perioperative Chemotherapie oder präoperative Radiochemotherapie bei Adenokarzinom (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit prä- und postoperativer Chemotherapie oder präoperativer Radiochemotherapie	14,5*	1 - 63	953	862
Nenner	Operative Primärfälle mit cT3/cT4 oder N1-3 Adenokarzinom des Ösophagus und chirurgischer OP	17,5*	2 - 158	1214	1078
Quote	Begründungspflicht*** <80%	86,8%	28,5% - 100%	78,5%**	80%

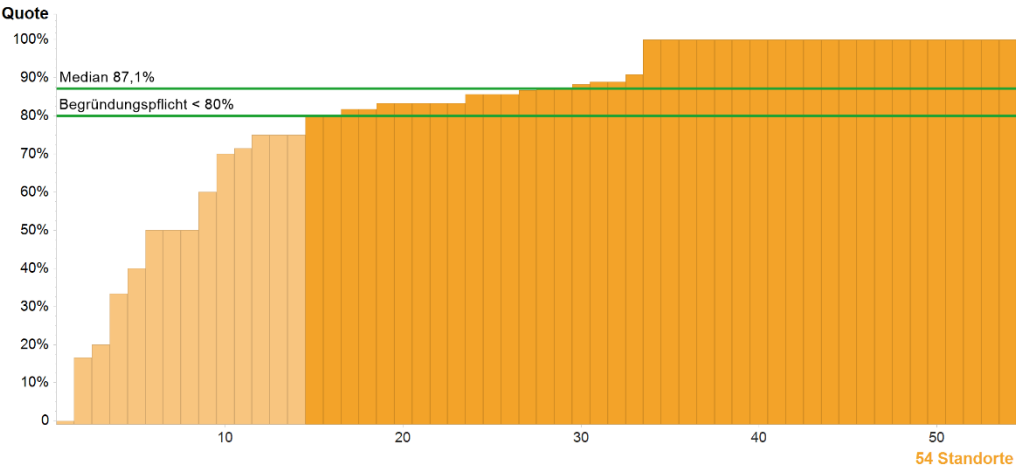


		2020	2021	2022	2023	2024	Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
							2024		2023		2024	
							2024	2023	2024	2023	2024	2023
	Max	----	----	----	100%	100%	54	100%	49	100%	38	70,4%
	95. Perzentil	----	----	----	100%	100%					35	71,4%
	75. Perzentil	----	----	----	95,2%	95,3%						
	Median	----	----	----	85,0%	86,8%						
	25. Perzentil	----	----	----	75,0%	77,4%						
	5. Perzentil	----	----	----	52,3%	56,5%						
	Min	----	----	----	41,7%	28,5%						

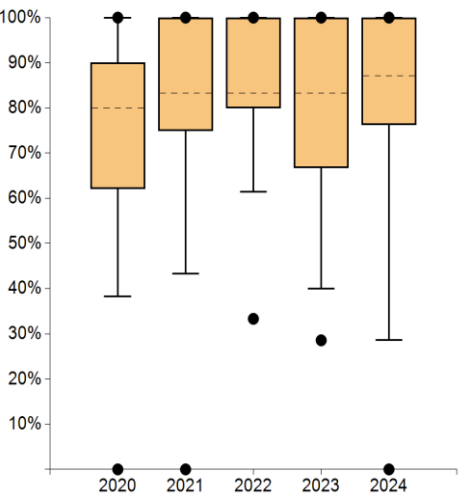
Anmerkungen:
Dieser LL QI zeigt mit einem Median von 86,8% (Vorjahr: 85,0%) und einer Gesamtquote von 78,5% (Vorjahr: 80%), ggü. dem Vorjahr stabile Ergebnisse. 16 Zentren sind unter die Begründungspflicht gefallen (Vorjahr: 14). Als häufigste Gründe wurden fehlende Informationen bei heimatnaher Durchführung (149x), red. AZ/ Komorbidität (25x), Pat.-Ablehnung (14x), Versterben (13x), eingeschränkte Compliance (12x), geplante noch nicht erfolgte Adjuvant (6x), Empfehlung zur Nachsorge (3x) sowie Immuntherapie (2x) angegeben. Die FE wiesen darauf hin, dass auch bei extern durchgeführter Therapie die entsprechenden Informationen eingeholt und dokumentiert werden müssen. Es wurden 2 Hinweise und 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 in den Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.
*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

20. First-Line Systemtherapie bei metastasiertem Adenokarzinom (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Systemtherapie (Erstlinie)	5,5*	0 - 20	325	233
Nenner	Primärfälle mit metastasiertem Adenokarzinom des Ösophagus	6*	2 - 22	390	303
Quote	Begründungspflicht*** <80%	87,1%	0% - 100%	83,3%**	76,9%



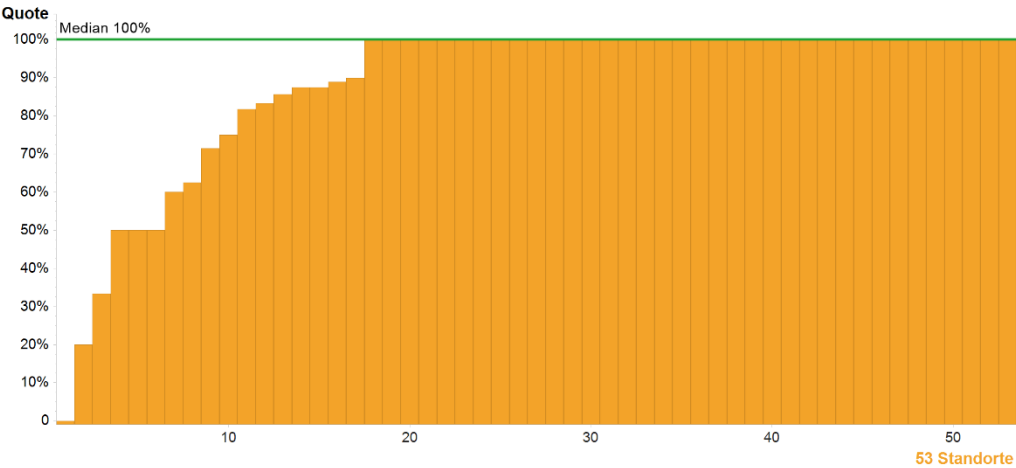
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	90,0%	100%	100%	100%	100%
	Median	80,0%	83,3%	83,3%	83,3%	87,1%
	25. Perzentil	62,2%	75,0%	80,0%	66,7%	76,3%
	5. Perzentil	38,3%	43,3%	61,5%	40,0%	28,7%
	Min	0,0%	0,0%	33,3%	28,6%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
2024		2023		2024		2023	
54	100%	49	100%	40	74,1%	31	63,3%

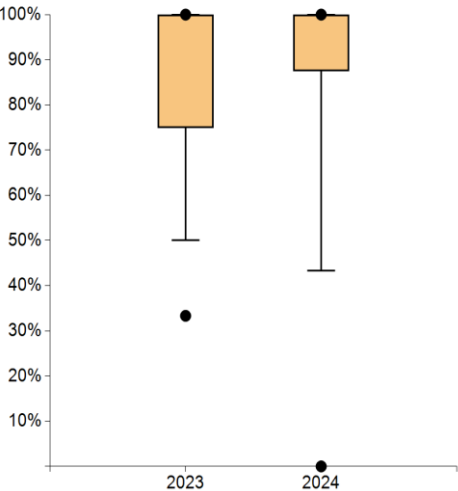
Anmerkungen:
Die Quote der First-Line Systemtherapie bei metastasiertem Adenokarzinom zeigt gegenüber dem Vorjahr einen deutlichen Anstieg, mit einem Median von 87,1% (Vorjahr: 83,3%) und einer Gesamtquote von 83,3% (Vorjahr: 76,9%). 14 Zentren wurden begründungspflichtig (Vorjahr: 18). Als Gründe wurden Entscheidung zu best-supportive-care (12x), Versterben vor Therapiebeginn (10x), reduzierter AZ (7x), Pat.ablehnung (3x) sowie externe Weiterbehandlung (4x) angegeben. Alle Begründungen wurden im Audit nachvollziehbar dargelegt.

* 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 in den Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.
*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

21. HER2-/PD-L1-Bestimmung bei metastasiertem Adenokarzinom des Ösophagus (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Testung HER2 und PD-L1 CPS vor Einleitung der Systemtherapie	5*	0 - 18	250	115
Nenner	Primärfälle mit Adenokarzinom des Ösophagus (C15, C16.0) und M1 und palliativer Systemtherapie	5*	1 - 20	287	138
Quote	Keine Sollvorgabe	100%	0% - 100%	87,1%**	83,3%



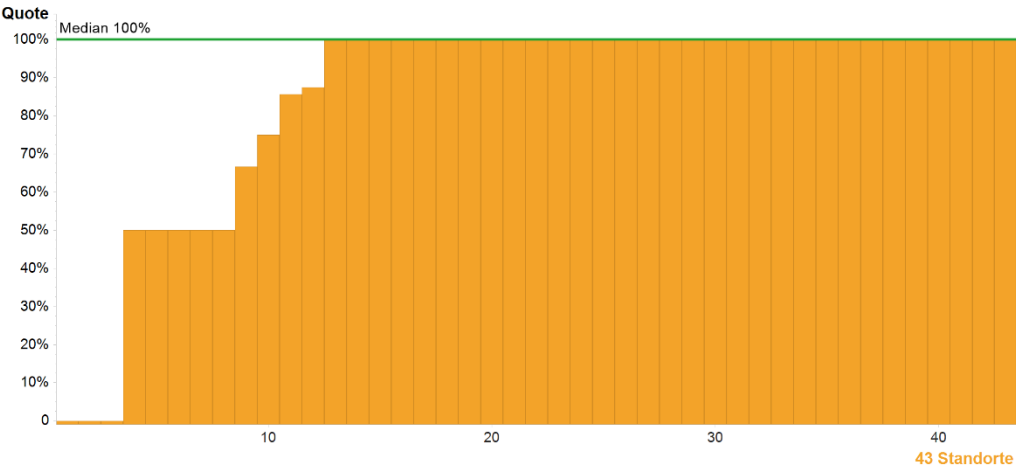
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	----	----	----	100%	100%
	95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
	75. Perzentil	----	----	----	100%	100%
	Median	----	----	----	100%	100%
	25. Perzentil	----	----	----	75,0%	87,5%
	5. Perzentil	----	----	----	50,0%	43,3%
●	Min	----	----	----	33,3%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
53	98,2%	31	63,3%	----	----	----	----

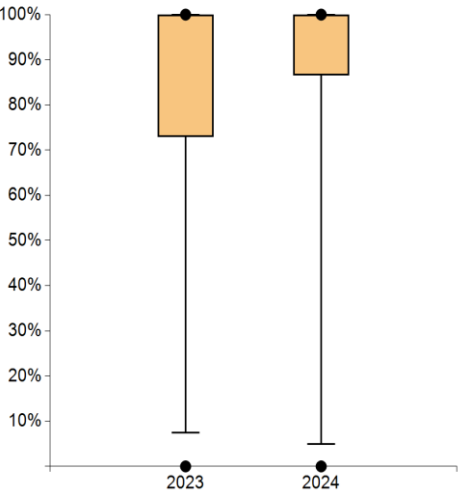
Anmerkungen:
Im zweiten Erfassungsjahr liegen nun von 53 Zentren auswertbare Daten vor (1 Zentrum hatte keinen Fall im Nenner vorliegen). Der Median liegt weiterhin bei 100%, die Gesamtquote ist gegenüber dem Vorjahr von 83,3% auf 87,1% angestiegen. In der Mehrzahl der Zentren (36 von 53 Zentren) erfolgte die Bestimmung regelhaft.

* 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.

22. PD-L1-Bestimmung bei metastasiertem Plattenepithelkarzinom (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Testung PD-L1 CPS und PD-L1 TPS vor Einleitung der Systemtherapie	1*	0 - 10	102	55
Nenner	Primärfälle mit Plattenepithelkarzinom des Ösophagus (C15) und M1 und palliativer Systemtherapie	2*	1 - 10	118	63
Quote	Keine Sollvorgabe	100%	0% - 100%	86,4%**	87,3%



		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	----	----	----	100%	100%
	95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
	75. Perzentil	----	----	----	100%	100%
	Median	----	----	----	100%	100%
	25. Perzentil	----	----	----	72,9%	86,6%
	5. Perzentil	----	----	----	7,5%	5,0%
●	Min	----	----	----	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
43	79,6%	24	49%	----	----	----	----

Anmerkungen:
Im zweiten Erfassungsjahr liegen nun von 43 Zentren auswertbare Daten vor (11 Zentren ohne Fall in der Grundgesamtheit). Der Median liegt weiterhin bei 100%, und 31 Zentren erreichten eine Testungsrate von 100%. Die Gesamtquote bewegt sich mit 86,4% etwa auf dem Vorjahresniveau (87,3%).

* 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/ Speiseröhrenkrebszentren
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: 978-3-912231-16-8

