

Leitlinienreport zur S3- Leitlinie Magenkarzinom

**„Diagnostik und Therapie der
Adenokarzinome des Magens und
ösophagogastralen Übergangs“**

Version 3.0, Mai 2025

AWMF-Registernummer: 032 - 009OL

Inhaltsverzeichnis

1.	Informationen zum Leitlinienreport.....	4
1.1.	Autoren des Leitlinienreports und Dokumente im Supplement	4
1.2.	Herausgeber	4
1.3.	Federführende Fachgesellschaft(en) der Leitlinie	4
1.4.	Finanzierung der Leitlinie	4
1.5.	Kontakt.....	4
1.6.	Zitierweise des Leitlinienreports	5
1.7.	Dokumente zur Leitlinie	5
1.8.	Allgemeine Informationen zur Leitlinie	5
1.9.	Abkürzungsverzeichnis	6
2.	Fragestellungen für die Aktualisierung der Leitlinien.....	7
2.1.	Initialisierung der Leitlinienaktualisierung für Version 3.0	7
2.2.	Festlegungen der Fragestellungen für Version 3.0.....	7
3.	Methodisches Vorgehen	8
3.1.	Systematische Literaturrecherchen.....	8
3.2.	Leitlinien-Adaptation	8
3.3.	Schema der Evidenzklassifikation	8
3.4.	Formulierung der Empfehlungen und formale Konsensusfindung	12
3.4.1.	Empfehlungsgraduierung	12
3.4.2.	Formulierung und Konsentierung der Empfehlungen	12
4.	Konferenzen der Leitliniengruppe für die Aktualisierung	16
4.1.	Kickoff-Meeting am 31. Januar 2023	16
4.2.	Zusammenfassung der Konsensuskonferenzen am 02. Februar, 19. Februar und 19. März 2024.....	17
5.	Aktualisierung der Qualitätsindikatoren	18

5.1.	Bestandsaufnahme	18
5.2.	Vorbereitung Anwesenheitstreffen (Erstellung einer Primärliste potenzieller Qualitätsindikatoren).....	18
5.3.	Anwesenheitstreffen (Diskussion und primäre Sichtung)	18
5.4.	Bewertung.....	19
5.5.	2. Videokonferenz	21
6.	Reviewverfahren und Verabschiedung	21
7.	Unabhängigkeit und Umgang mit Interessenkonflikten.....	47
8.	Verbreitung und Implementierung	75
9.	Abbildungsverzeichnis	75
10.	Tabellenverzeichnis	95
11.	Literatur	96

1. Informationen zum Leitlinienreport

1.1. Autoren des Leitlinienreports und Dokumente im Supplement

Klug, L., Arem, C., Brunzema, M., Büchner, H., Felgentreff, J., Götz, J., Heumann, K., Huber, Y., Möhler, M., Neulinger, C., M., Unverzagt, S., Wenzel, G., Langer, T.

Tabelle 1 Mitarbeit an der Leitlinie

Art der Tätigkeit	Zeitraum	Name
Statistische Doktoranden	2023 – 2024	Carim Arem, Hans Büchner, Maren Brunzema, Julian Felgentreff, Justus Götz, Katharina Heumann, Charlotte Neulinger

1.2. Herausgeber

Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und Stiftung Deutsche Krebshilfe (DKH).

1.3. Federführende Fachgesellschaft(en) der Leitlinie

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V.



1.4. Finanzierung der Leitlinie

Diese Leitlinie wurde von der Deutschen Krebshilfe im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie gefördert.

1.5. Kontakt

Office Leitlinienprogramm Onkologie
c/o Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin

leitlinienprogramm@krebsgesellschaft.de
www.leitlinienprogramm-onkologie.de

1.6. Zitierweise des Leitlinienreports

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Magenkarzinom, Leitlinienreport, Version 3.0, 2025, AWMF-Registernummer: 032- 009OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/magenkarzinom/> (abgerufen am TT.MM.JJJJ)

1.7. Dokumente zur Leitlinie

Neben der Langversion gibt es folgende ergänzende Dokumente:

- Kurzversion
- Leitlinienreport (dieses Dokument)
- Externe Evidenzberichte bzw. Publikationen
- Englischsprachige Versionen (in Planung)

Alle Dokumente zur Leitlinie sind über die folgenden Seiten zugänglich, die über diese Webseiten abrufbar sind:

- AWMF (<http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>)
- Leitlinienprogramm Onkologie (<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/magenkarzinom/>)
- Guidelines International Network (www.g-i-n.net)
- Beteiligte Fachgesellschaften (z. B. <https://www.dgvs.de/wissen-kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/>)

1.8. Allgemeine Informationen zur Leitlinie

In der Langversion der Leitlinie sind die Adressaten der und diejenigen Ziele aufgeführt, die mit der Erstellung und Implementierung der Leitlinie verfolgt werden. Darüber hinaus enthält die Langversion Angaben zur Gültigkeit, dem geplanten Aktualisierungsverfahren und den Personen und Institutionen, die an der Erstellung der Leitlinien beteiligt waren.

1.9. Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
OL	Onkologisches Leitlinienprogramm

2. Fragestellungen für die Aktualisierung der Leitlinien

2.1. Initialisierung der Leitlinienaktualisierung für Version 3.0

Die Aktualisierung der S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Adenokarzinome des Magens und ösophagogastralen Übergangs“ wurde nach Bewilligung des Aktualisierungsantrags und Freigabe der Projektmittel im Dezember 2022 initialisiert.

Nach der Konzepterstellung durch die Leitlinienkoordinierenden wurde die Leitlinienaktualisierung im AWMF-Leitlinienregister angemeldet. Anschließend wurden die zu beteiligenden Fachgesellschaften durch das Leitliniensekretariat mittels formeller Anschreiben zur Mitarbeit an der Aktualisierung eingeladen und gebeten, Mandatsträger*innen zu benennen.

Am 31. Januar 2023 fand im Rahmen einer Online-Videokonferenz das Kickoff-Treffen zur Leitlinienaktualisierung statt, zudem alle von den Fachgesellschaften benannten Mandatsträger*innen eingeladen waren. Neben methodischen Aspekten zur Leitlinienaktualisierung wurden beim Kickoff-Treffen der von den Koordinierenden identifizierte Aktualisierungsbedarf sowie inhaltlichen Überarbeitungsschwerpunkte besprochen und die Besetzung der Arbeitsgruppen diskutiert und festgelegt. Auch wurde der detaillierte Zeitrahmen definiert, bis wann die einzelnen Überarbeitungsschritte abgeschlossen sein sollte.

Im Anschluss an das Kickoff-Treffen wurden die AG-Leitungen gebeten, gemeinsam mit allen Mitgliedern der AG die Leitlinieninhalte der vorhergehenden Leitlinienversion 2.0 zu prüfen und eine Bearbeitungsstrategie für die bestehenden Empfehlungen (belassen, überarbeiten, löschen) festzulegen.

2.2. Festlegungen der Fragestellungen für Version 3.0

Zeitgleich zur Festlegung der Bearbeitungsstrategie für die bestehenden Empfehlungen aus der vorhergehenden wurden in den Arbeitsgruppen nach dem PICO-Schema Schlüsselfragen zu neu identifizierten Leitlinienthemen entwickelt, die mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche evidenzbasiert beantwortet werden sollten.

Die von den Arbeitsgruppen nach dem PICO-Schema formulierten Schlüsselfragen und festgelegten Bearbeitungsstrategien wurden im Rahmen mehrerer virtueller Treffen (05. April 2023, 12. Juni 2023, 17. Juli 2023), innerhalb der Steuergruppe (Koordinierende + AG-Leitungen + Methodiker Dr. Monika Nothacker (AWMF), Dr. Markus Follmann (OL-Office), Prof. Susanne Unverzagt (Literaturrecherche)) diskutiert und final für die systematische Recherche festgelegt.

Die final festgelegten Schlüsselfragen für die systematische Literaturrecherche in den AG sind in den jeweiligen Evidenzberichten (siehe Supplement) hinterlegt.

3. Methodisches Vorgehen

3.1. Systematische Literaturrecherchen

Die systematische Literaturrecherche sowie methodische Literaturbewertung wurden mit Unterstützung durch die Koordinierenden von mehreren medizinischen Doktoranden der Universität Mainz, Carim Areim, Hans Büchner, Julian Felgentreff, Justus Götz, Katharina Heuman, Andreas Koffmane, Charlotte Neulinger, unter der (An-)Leitung von Frau Professor Unverzagt und den Koordinierenden, Professor Möhler und Dr. Huber, durchgeführt. Die Ergebnisse wurden bei einem erneuten virtuellen Steuergruppentreffen am 04. September 2024 von den Doktoranden vorgestellt und den Arbeitsgruppen in Form von Evidenzberichten zur Neuformulierung der Empfehlungen zur Verfügung gestellt.

Die Arbeitsgruppen hatten bereits im August 2023 begonnen die konsensbasierten Empfehlungen und assoziierten Hintergrundtexte auf Grundlage der vorhergehenden Leitlinienversion und individueller Literaturrecherche durch die Expert*innen in den AG zu überarbeiten.

Weiterführende Details zum exakten Vorgehen und zur Durchführung der systematischen Literaturrecherche für die jeweiligen Schlüsselfragen der AG sind in den Evidenzberichten zusammengefasst (siehe Supplement zur Leitlinie).

3.2. Leitlinien-Adaptation

Zu Beginn der Leitlinienarbeit wurde von den Expert*innen der Leitliniengruppe einige evidenzbasierte Leitlinien benannt, die nach methodischer Bewertung durch Frau Professor Unverzagt im April 2023, für eine Leitlinienadaptation von den AG genutzt werden konnten. Die Bewertungskriterien, die für den Ein- bzw. Ausschluss der als relevant identifizierten Leitlinien zu Grunde gelegt wurden, ist ebenfalls in einem Dokument im Supplement zur Leitlinie zusammengefasst.

3.3. Schema der Evidenzklassifikation

Zur Klassifikation der Stärke der Evidenz (LOE, Level of Evidence) der identifizierten Studien wurde in dieser Leitlinie das in **Tabelle 2** und **Tabelle 3** aufgeführte System des Oxford Centre for Evidence-based Medicine in der Version von 2009 bzw. – bei den modifizierten und neuen, evidenzbasierten Empfehlungen dieser Leitlinie – von 2011 verwendet [1]. Dieses System sieht die Klassifikation der Studien für verschiedene klinische Fragestellungen (Nutzen von Therapie, prognostische Aussagekraft, diagnostische Wertigkeit) vor.

Bei Empfehlungen, welche auf Leitlinien-Adaptationen basieren, wurde die Stärke der Evidenz aus diesen Leitlinien übernommen.

Tabelle 2: Klassifikation der Evidenzstärke nach Oxford Centre for Evidence-based Medicine (Version 2009) [1]

Level	Therapy/ Prevention, Aetiology/Harm	Prognosis	Diagnosis	Differential diagnosis/symptom prevalence study
1a	SR (with homogeneity) of RCTs	SR (with homogeneity) inception cohort studies; CDR validated in different populations	SR (with homogeneity) of Level 1 diagnostic studies; CDR with 1b studies from different clinical centers	SR (with homogeneity) of prospective cohort studies
1b	Individual RCT (with narrow Confidence Interval)	Individual inception cohort study with > 80 % follow-up; CDR validated in a single population	Validating cohort study with good reference standards; or CDR tested within one clinical centre	Prospective cohort study with good follow-up
2a	SR (with homogeneity) of cohort studies	SR (with homogeneity) of either retrospective cohort studies or untreated control groups in RCTs	SR (with homogeneity) of Level >2 diagnostic studies	SR (with homogeneity) of Level 2b and better studies
2b	Individual cohort study (including low quality RCT; e.g., <80 % follow-up)	Retrospective cohort study or follow-up of untreated control patients in an RCT; Derivation of CDR or validated on split-sample only	Exploratory cohort study with good reference standards; CDR after derivation, or validated only on split-sample or databases	Retrospective cohort study, or poor follow-up
2c	“Outcomes” Research; Ecological studies	“Outcomes” Research		Ecological studies
3a	SR (with homogeneity) of case-control studies		SR (with homogeneity) of 3b and better studies	SR (with homogeneity) of 3b and better studies
3b	Individual Case-Control Study		Non-consecutive study; or without consistently applied reference standards	Non-consecutive cohort study; or very limited population
4	Case-series (and poor quality cohort and case-control studies)	Case-series (and poor quality prognostic cohort studies)	Case-control study, poor or non-independent reference standard	Case-series or superseded reference standards
5	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or “first principles”	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or “first principles”	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or “first principles”	Expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or “first principles”

Tabelle 3: Klassifikation der Evidenzstärke nach Oxford Centre for Evidence-based Medicine (Version 2011) [1]

Frage	Level 1*	Level 2*	Level 3*	Level 4*	Level 5
Wie verbreitet ist das Problem?	Lokale und aktuelle Zufallsstichprobe oder Zählung (Vollerhebung)	Systematische Übersichtsarbeit von Erhebungen, die auf die lokalen Umstände übertragen werden können**	Lokale Erhebung, die nicht auf einer Zufallsstichprobe basiert**	Fallserie**	Nicht anwendbar
Ist dieser diagnostische oder kontrollierende Test genau? (Diagnose)	Systematische Übersichtsarbeit von Querschnittstudien mit durchgehend angewandtem Referenzstandard und Verblindung	Einzelne Querschnittstudie mit durchgehend angewandtem Referenzstandard und Verblindung	Nicht konsekutive*** Studie oder Studie ohne angewandten Referenzstandard**	Fall-Kontroll-Studie oder Studie mit ungeeignetem oder nicht unabhängigem Referenzstandard**	Expertenmeinung basierend auf pathophysiologischen Überlegungen
Was würde passieren, wenn wir keine Therapie anwenden würden? (Prognose)	Systematische Übersichtsarbeiten von Kohortenstudien, die Patienten im Anfangsstadium der Erkrankung beobachten (Inception cohort study)	Einzelne Kohortenstudie von Patienten im Anfangsstadium der Erkrankung (Inception cohort study)	Kohortenstudie oder Kontrollarm einer randomisierten Studie*	Fallserie oder Fall-Kontroll-Studie oder eine prognostische Kohortenstudie mit niedriger methodischer Qualität***	Nicht anwendbar
Hilft dieses Vorgehen? (Nutzen der Intervention)	Systematische Übersichtsarbeiten von randomisierten Studien oder N-von-1-Studien ²	Randomisierte Studie oder Beobachtungsstudie mit dramatischen Effekten	Kontrollierte Kohortenstudie/ Follow-up-Studie***	Fallserien oder Fall-Kontroll-Studien oder Studien mit historischen Kontrollen**	Expertenmeinung basierend auf pathophysiologischen Überlegungen
Was sind häufige Nebenwirkungen? (Schaden der Intervention)	Systematische Übersichtsarbeiten von entweder randomisierten Studien oder eingebetteten Fall-Kontroll-Studien ⁴ . Oder N-von-1-Studie mit zur Fragestellung passenden	Randomisierte Studie oder (ausnahmsweise) Beobachtungsstudie mit dramatischen Effekten	Kontrollierte Kohortenstudie/ Follow-up-Studie (Post-Marketing-Überwachung), mit ausreichender Fallzahl, um eine häufige Nebenwirkung zu identifizieren. Sollen Langzeitnebenwirkungen erfasst		

Frage	Level 1*	Level 2*	Level 3*	Level 4*	Level 5
	Patienten oder beobachtende Studie mit dramatischen Effekten		werden, muss das Follow-up ausreichend sein**		
Was sind seltene Nebenwirkungen? (Schaden der Intervention)	Systematischer Überblick über randomisierte Studien oder N-von-1-Studien				
Ist dieser Früh-erkennungs-Test sinnvoll? (Screening)	Systematische Übersichtsarbeit von randomisierten Studien	Randomisierte Studie	Kontrollierte Kohortenstudie/ Follow-up-Studie**		
* Level kann ggf. wegen der Studienqualität, wegen ausgedehnter Konfidenzintervalle (unpräzise Effektschätzer), Inkonsistenzen zwischen Studien, oder weil der absolute Effektwert sehr klein ist, sowie wegen mangelnder Übertragbarkeit (Fragestellung der Studie entspricht nicht der klinischen relevanten Frage) abgewertet werden. Eine Aufwertung des Evidenzlevels ist möglich bei großen oder sehr großen Effekten. ** Grundsätzlich gilt: Ein systematischer Überblick ist immer besser als eine Einzelstudie. ***Konsekutiver Einschluss = Patienten werden fortlaufend rekrutiert. 1 Zur Qualitätsbeurteilung kann u.a. das STROBE-Statement verwendet werden: http://www.strobe-statement.org/index.php?id=strobe-aims. 2 Einzelpatientenstudien, bei denen die Patienten abwechselnd Intervention und Kontrollintervention erhalten. 3 Nachbeobachtungsstudie einer Population aus einem abgeschlossenen RCT. 4 Studie, bei der aus einer laufenden Kohortenstudie Fälle und Kontrollen gezogen werden.					

3.4. Formulierung der Empfehlungen und formale Konsensusfindung

3.4.1. Empfehlungsgraduierung

In der Leitlinie werden zu allen evidenzbasierten Statements und Empfehlungen das Evidenzlevel (Level of Evidence) der zugrundeliegenden Studien sowie bei Empfehlungen zusätzlich die Stärke der Empfehlung (Empfehlungsgrad) ausgewiesen.

Hinsichtlich der Stärke der Empfehlung werden in dieser Leitlinie drei Empfehlungsgrade unterschieden (siehe **Tabelle 4**), die sich auch in der Formulierung der Empfehlungen jeweils widerspiegeln.

Die Empfehlungsgrade drücken den Grad der Sicherheit aus, dass der erwartbare Nutzen der Intervention den möglichen Schaden aufwiegt (Netto-Nutzen) und die erwartbaren positiven Effekte ein für die Patienten relevantes Ausmaß erreichen. Im Fall von Negativempfehlungen (z. B. soll nicht) wird entsprechend der Sicherheit über einen fehlenden Nutzen bzw. möglichen Schaden ausgedrückt.

Tabelle 4: Schema der Empfehlungsgraduierung

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise
A	Starke Empfehlung	soll
B	Empfehlung	sollte
0	Empfehlung offen	kann

3.4.2. Formulierung und Konsentierung der Empfehlungen

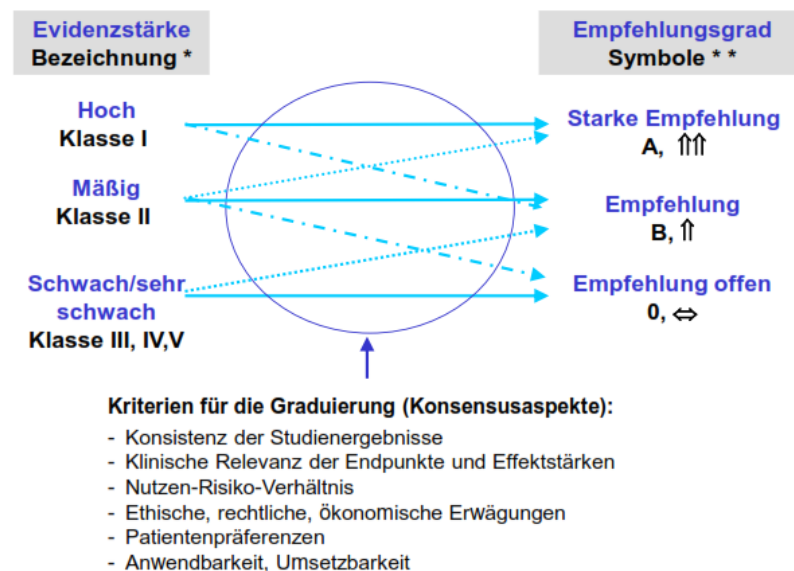
Entsprechend dem AWMF-Regelwerk [2] erfolgt die Vergabe von Empfehlungsgraden durch die Leitlinienautoren im Rahmen formaler Konsensusverfahren.

Grundsätzlich erfolgte eine Anlehnung der evidenzbasierten Empfehlungen hinsichtlich ihres Empfehlungsgrades an die Stärke der verfügbaren Evidenz (siehe Abbildung 1), d.h. ein hoher Evidenzgrad (z. B. Meta-Analysen/systematische Übersichten von RCTs oder mehrere methodisch hochwertige RCTs), d.h. eine hohe Sicherheit bzgl. der Ergebnisse soll in der Regel auch zu einer starken Empfehlung (Empfehlungsgrad A, „soll“) führen.

Zusätzlich wurden weitere Kriterien bei der Wahl des Empfehlungsgrades berücksichtigt. Diese folgenden berücksichtigten Kriterien konnten zu einem Abweichen der Empfehlungsstärke nach oben oder unten führen:

- Konsistenz der Studienergebnisse
- Bsp.: Die Effektschätzer der Studienergebnisse gehen in unterschiedliche Richtungen und zeigen keine einheitliche Tendenz.
- Klinische Relevanz der Endpunkte und Effektstärken
- Bsp.: Es liegen zwar Studien mit Ergebnissen in eine Richtung vor, jedoch wird die Bedeutung der gewählten Endpunkte und/oder Effektstärken als nicht relevant eingeschätzt.
- Nutzen-Risiko-Verhältnis

- Bsp.: Dem nachgewiesenen Nutzen einer Intervention steht ein relevanter Schadensaspekt gegenüber, der gegen eine uneingeschränkte Empfehlung spricht.
- Ethische Verpflichtungen
- Bsp.: Downgrading: Aus ethischen Gründen kann eine Intervention mit nachgewiesenem Nutzen nicht uneingeschränkt angeboten werden.
Upgrading: Starke Empfehlung auf Basis von z.B. Fall-Kontroll-Studien, da aus ethischen Gründen ein RCT nicht durchführbar ist.
- Patientenpräferenzen
- Bsp.: Eine Intervention mit nachgewiesenem Nutzen wird nicht stark empfohlen, da sie von den Patienten als belastend oder nicht praktikabel abgelehnt wird.
- Anwendbarkeit, Umsetzbarkeit in der Versorgung
- Bsp.: Eine Intervention mit nachgewiesenen positiven Effekten kann nicht empfohlen werden, weil sie im regionalen Versorgungssystem aus strukturellen Gründen nicht angeboten werden kann.



*: blau = Evidenzstärke nach GRADE bzgl. des gesamten ‚body of evidence‘, schwarz = Evidenzklassifikation bzgl. Einzelstudien, z. B. nach Oxford;
 **: Empfehlungsgraduierung im Programm für Nationale Versorgungsleitlinien. Die Empfehlungen werden nach Möglichkeit analog formuliert: Starke Empfehlung: „soll“; (abgeschwächte) Empfehlung: „sollte“; Negativ-Empfehlungen werden entweder rein sprachlich ausgedrückt („nicht“ / „kann verzichtet werden“) bei gleichen Symbolen oder sprachlich mit zusätzlich nach unten gerichteten Pfeilen; Offene Empfehlungen drücken eine Handlungsoption in Unsicherheit aus („kann erwogen werden“ / „kann verzichtet werden“).

Quelle: modifiziert AWMF-Regelwerk [2]

Abbildung 1: Schema zur Darstellung der Kriterien-gestützten Entscheidungsprozesse bei der Wahl des Empfehlungsgrades.

Die Formulierungen der Statements und Empfehlungen sowie bei Letzteren deren Empfehlungsstärke erfolgte im Rahmen von strukturierten Konsensuskonferenzen, die durch AWMF-zertifizierte Leitlinienberater moderiert wurden. Im Rahmen dieser Prozesse wurden die Empfehlungen von den stimmberechtigten Mandatsträgern (siehe Kapitel 1.9. der Langfassung) formal abgestimmt. Die Ergebnisse der jeweiligen Abstimmungen (Konsensstärke) sind entsprechend den Kategorien in den Empfehlungen zugeordnet.

Elektronische Vorabstimmung der Empfehlungen: Modifiziertes Delphiverfahren

Zur effektiven Nutzung der Konsensuskonferenzen erfolgte jeweils eine Online-Vorabstimmung aller Empfehlungsvorschläge über das elektronische Leitlinienportal Portal des onkologischen Leitlinien-CMS. Die Funktion des Portals wurde im Rahmen des Kick-Off Treffens zur Festlegung der Schlüsselfragen durch Dr. Follmann und Herr Langer vom Office des onkologischen Leitlinienprogramms (OL-Office) erläutert.

Im Portal konnten die Experten Vorschläge der Arbeitsgruppen für die mindestens stichpunktartig formulierten Hintergrundtexte und die Evidenzgrundlage einsehen und unabhängig voneinander die abzustimmenden Empfehlungen bewerten, kommentieren oder Änderungsvorschläge machen. Empfehlungen, die bei der Vorabstimmung einen starken Konsens (d. h. über 95 % Zustimmung erhielten) und zu denen keine inhaltlich relevanten Kommentare abgegeben wurden, wurden im Rahmen der Konsensuskonferenz als bereits konsentiert präsentiert und die Leitliniengruppe (das Plenum) um informelles Votum gebeten, ob dem zugestimmt werden kann. Bei positivem Votum wurden diese Empfehlungen ohne weitere Diskussion und Abstimmung als konsentiert in die aktualisierte Fassung übernommen.

Konsensuskonferenz

Die definitive Konsentierung der Statements und Empfehlungen erfolgte im Plenum im Rahmen strukturierter Konsensuskonferenzen im NIH-Typ, die in Form von 3 Online-Videokonferenzen am 02. Februar 2023, 19. Februar und 23. März 2023 (drei Online-Videokonferenzen) stattfanden. Eine initial für den 02. Februar 2023 geplante Konsensuskonferenz im Präsenzformat musste aufgrund eines kurzfristig anberaumten Streiks im öffentlichen Personennahverkehr kurzfristig als Online-Videokonferenz veranstaltet werden.

Zu Beginn erfolgte jeweils eine Einführung in die

- Leitlinienmethodik (einschließlich Umgang mit Interessenkonflikten) durch die Moderatoren Dr. Markus Follmann (OL-Office) und Dr. Monika Nothacker, AWMF)
- Evidenzgrundlage durch die externe Methodikerin (Prof. Dr. Susanne Unverzagt)
- Technik (s.u., durch Dipl. Biol. Gregor Wenzel (OL-Office))

Es folgte der formale Konsentierungsprozess unter Berücksichtigung folgender Schritte:

- Vorstellung der Empfehlungsvorschläge vor dem Plenum;
- Gelegenheit zu Rückfragen, zur Klärung der Evidenzgrundlage durch das Plenum;
- Erfassung begründeter Änderungsanträge aus dem Plenum durch die Moderatoren („Round Robin“)
- Vorabstimmung über die Empfehlungen und ihre Graduierung sowie über alle begründeten Änderungsanträge;
- bei fehlendem Konsens Diskussion;
- endgültige Abstimmung.

Für die Abstimmung wurde die Abstimmungsfunktion der für die Videokonferenzen genutzten Software „Zoom“ verwendet, wobei die Teilnehmenden anonym ihre Zustimmung, Ablehnung oder Enthaltung zum jeweils gekennzeichneten Empfehlungsvorschlag ausdrücken konnten.

Nach Beendigung der Abstimmung wurden die Ergebnisse über die „Bildschirm-Teilen“-Funktion dem Plenum präsentiert, sodass diese für jeden Konferenzteilnehmer sichtbar und nachvollziehbar waren. Die Abstimmungsergebnisse wurden von Herrn Wenzel und Herrn Klug in den Abstimmungsmasken protokolliert. Die Konsensstärke ist in den Empfehlungskästen der Leitlinie nach dem Schema in **Tabelle 5** dargestellt.

Tabelle 5: Festlegung der Konsensstärke

Konsensstärke	Prozentuale Zustimmung
Starker Konsens	> 95 % der Stimmberechtigten
Konsens	> 75 – 95 % der Stimmberechtigten
Mehrheitliche Zustimmung	> 50 – 75 % der Stimmberechtigten
Dissens	< 50 % der Stimmberechtigten

4. Konferenzen der Leitliniengruppe für die Aktualisierung

4.1. Kickoff-Meeting am 31. Januar 2023

Nach der Begrüßung der Teilnehmenden wurden die an der Aktualisierung beteiligten Fachgesellschaften und benannten Mandatsträger*innen vorgestellt. Anschließend erfolgte eine kurze Einführung in das Leitlinienprogramm Onkologie für die erstmalig beteiligten Expert*innen durch Dr. Follmann (OL-Office). Danach gab der Leitlinienkoordinator Professor Möhler einen Überblick über den aktuellen Stand der S3-Leitlinie Magenkarzinom und erläuterte den identifizierten Aktualisierungsbedarf sowie die inhaltlichen Überarbeitungsschwerpunkte für die Version 3.0.

Der Umgang mit Interessenkonflikten wurde von Frau Dr. Nothacker (AWMF) vorgestellt, bevor Professor Unverzagt die Grundlagen und den Umfang der budgetierten Evidenzrecherche vor, die Sie gemeinsam mit medizinischen Doktoranden nach der Finalisierung der PICO-Schlüsselfragen durchführen wird.

Nach erfolgreicher Prüfung der Repräsentativität der Leitliniengruppe wurden die Vorschläge der Koordinierenden zur Besetzung der 8 themenspezifischen Arbeitsgruppen (AG) diskutiert und der Zeitplan für die einzelnen Bearbeitungsschritte bis zur finalen Leitlinienpublikation festgelegt.

Alle Mitglieder der Leitliniengruppe legten während des Leitlinienprozesses schriftlich eine digitale Interessenerklärung vor. In einem standardisierten Formular wurde die Dokumentation von sekundären Interessen und der Umgang mit sich aus diesen eventuell ergebenden Interessenkonflikten adressiert, die im AWMF Interessenerklärung online Portal gesammelt und von den Leitlinienkoordinierenden sowie Dr. Nothacker (AWMF) bewertet wurde. Die Ergebnisse sind in der **Tabelle 9** zusammengefasst. Das Interessenkonfliktmanagement wird im Kapitel 7 ausführlich dargestellt.

4.2. Zusammenfassung der Konsensuskonferenzen am 02. Februar, 19. Februar und 19. März 2024

Bereits vor der ersten Konsensuskonferenz fand im Zeitraum vom 20. Dezember 2024 – 14. Januar 2024 über das onkologische Leitlinienportal eine Online-Vorstimmung der überarbeiteten Empfehlungen statt. Empfehlungen, die hier bereits mit starkem Konsens (> 95 %) abgestimmt worden waren und zu denen keine inhaltlichen Kommentare abgegeben wurden, konnten ohne weitere formale Abstimmung als konsentiert verabschiedet werden.

Die erste Konsensuskonferenz fand am 02. Februar 2024 als Online-Videokonferenz statt, nachdem ein geplantes Präsenztreffen in Frankfurt am Main aufgrund eines Streiks im öffentlichen Personennahverkehr kurzfristig abgesagt werden musste. Nach einer kurzen Vorstellung der Teilnehmenden wurde zu Beginn der Konsensuskonferenz festgelegt, welcher der Anwesenden für welche Fachgesellschaft stimmberechtigt war. Stellvertretende Mandatsträger waren nur stimmberechtigt, wenn der Hauptmandatstragende nicht anwesend war. Darüber hinaus wurde von Dr. Nothacker (AWMF) zu Beginn das Interessenkonfliktmanagement (siehe Kapitel 7) erläutert und die bewerteten Interessenerklärungen, die ggf. zu Stimmenthaltungen bzw. Doppelabstimmungen führten, innerhalb der Leitliniengruppe diskutiert.

Anschließend begann die ausführliche Diskussion und Abstimmungsprozess der noch zu konsentierenden Empfehlungen unter der unabhängigen Moderation von Dr. Follmann (OL-Office) und Dr. Nothacker (AWMF). Die Abstimmung erfolgte online über die Software „Vevox“. Die Abstimmungsergebnisse wurden von Herrn Wenzel (OL-Office) und Lars Klug (DGVS-Geschäftsstelle) dokumentiert.

Nachdem in der ersten Konsensuskonferenz aufgrund zeitlicher Limitationen nicht alle Empfehlungen abgestimmt werden mussten, wurden zwei weitere Termine notwendig. Die zweite und dritte Konsensuskonferenz fand am 19. Februar und 19. März 2024 statt und liefen ähnlich zur ersten Konsensuskonferenz ab. Die Moderation übernahm erneut Dr. Nothacker; die Protokollierung der Abstimmungsergebnisse wurde von Herrn Langer (OL-Office) und Herrn Klug (DGVS-Geschäftsstelle) durchgeführt.

Im Anschluss an die Konsensuskonferenzen wurden die Hintergrundtexte von den Arbeitsgruppen finalisiert sowie mit neuer Literatur versehen.

5. Aktualisierung der Qualitätsindikatoren

Im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie werden Qualitätsindikatoren in einem standardisierten Prozess aus den Empfehlungen der Leitlinien abgeleitet. Die detaillierte Beschreibung der Methodik findet sich auf der Homepage des Leitlinienprogramms Onkologie [3].

Die Generierung der neuen Qualitätsindikatoren wurde in folgenden Schritten durchgeführt.

5.1. Bestandsaufnahme

Bei der Suche nach bereits definierten internationalen Qualitätsindikatoren außerhalb des OL-Verfahrens erfolgte eine Einschränkung des Suchzeitraums auf die Zeit vom 08.03.2018 (im Anschluss an das Ende des Suchzeitraums der vorherigen Recherche mit einem Überschneidung von 3 Monaten) bis zum 08.07.2024. Es erfolgte eine Einschränkung auf die Sprachen Deutsch und Englisch.

- Literaturdatenbanken:
PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/advanced>
Cochrane: <https://www.cochranelibrary.com/advanced-search>
- Webseiten internationaler Agenturen im Bereich medizinische Qualitätssicherung/Qualitätsmessung/Qualitätsindikatoren

Recherchestrategie und -vokabular richten sich nach den Möglichkeiten der jeweiligen Recherchequelle. Sie wurden entsprechend modifiziert und sind mit den internationalen Qualitätsindikatoren im Supplement dargelegt.

5.2. Vorbereitung 1. Online-Sitzung (Erstellung einer Primärliste potenzieller Qualitätsindikatoren)

Soweit möglich, wurden im Vorfeld der ersten Online-Sitzung (siehe 5.3) aus den im Update der Leitlinie neu hinzugekommenen bzw. modifizierten starken Empfehlungen (n= 34) potentielle Indikatoren mit Definition von Zähler und Nenner abgeleitet. Zudem wurden die den bestehenden Qualitätsindikatoren zugrunde liegenden Empfehlungen auf Änderungen geprüft. Diese Liste wurde den Mitgliedern der Arbeitsgruppe im Vorfeld des Anwesenheitstreffens zugesandt. Zugleich wurde eine internationale Recherche beauftragt.

5.3. 1. Online-Sitzung (Diskussion und primäre Sichtung)

Die Sitzung der Arbeitsgruppe Qualitätsindikatoren (AG QI), die aus Mitgliedern der Leitliniengruppe und Vertretern der klinischen Krebsregister, des Zertifizierungssystems, der AWMF und des onkologischen Leitlinienprogramms (OL) bestand, fand am 18.11.2024 statt. In dem Treffen wurde den Teilnehmern zunächst der Prozessablauf der Erstellung von Qualitätsindikatoren sowie das Bewertungsinstrument des OL erläutert.

Auf Basis von Informationen aus der klinischen Versorgung und der ggf. im Aktualisierungsverfahren geänderten zugrundeliegenden Empfehlung wurde durch die Arbeitsgruppe entschieden, ob der Qualitätsindikator ggf. modifiziert, bestehen bleiben soll oder nicht.

Ergebnisse der Diskussion und Bewertung der bisherigen Qualitätsindikatoren (2019):

- QI 1: Bei kompletter Remission nach Neoadjuvanz können im pathologischen Befundbericht Angaben u.a. zur Tumorgröße etc. entfallen.
- QI5: Aufnahme der Erfassung auch von Anastomoseninsuffizienzen °II
- QI 7: Anpassung des QIs im Nenner entsprechend der Empfehlung. Diskussion, dass im Zähler lediglich die präoperative Chemotherapie betrachtet wird, nicht aber ob sie postoperativ entsprechend der Empfehlung weitergeführt wurde. Konsens, dass keine Änderung des Zählers erfolgt.
- QI 8: Diskussion, dass im Zähler lediglich die präoperative Chemotherapie oder Radiochemotherapie betrachtet wird, nicht aber die ggf. folgende Immuntherapie bzw. perioperative Chemotherapie. Keine Änderung des Zählers. Änderung des Titels des QIs in „präoperative Chemotherapie“
- QI 9: Einigung auf Änderung der Angabe „postinterventionelle Vorstellung“ in „präoperative Vorstellung“ im Zähler und Einfügen im Nenner „mit neoadjuvanter und operativer Therapie (endoskopisch oder chirurgische Resektion), damit beide Empfehlungen (11.7 und 11.9) in dem QI abgebildet werden.

Darüber hinaus wurde die unter 5.2 generierte Zusammenstellung aus den neuen bzw. modifizierten starken Empfehlungen der Leitlinie diskutiert und entschieden, ob aus der jeweiligen Empfehlung ein potentieller Qualitätsindikator generiert werden könne. Folgende Ausschlusskriterien kamen dabei zur Anwendung:

Tabelle 6: Gründe für einen Ausschluss der Empfehlung aus der Liste der potentiellen Qualitätsindikatoren

Nr.	1	2	3	4
Begründung	Empfehlung ist nicht operationalisierbar (Messbarkeit nicht gegeben)	Fehlender Hinweis auf Verbesserungspotential	Fehlende Verständlichkeit u/o großer Erhebungsaufwand in Verhältnis zu Nutzen	Sonstiges (mit Freitexteingabe in Liste der Empfehlungen)

Auf Basis der starken Empfehlungen der Leitlinie wurden vier potenzielle neue QI identifiziert.

5.4. Bewertung

Die potentiellen Qualitätsindikatoren wurden mit dem Bewertungsinstrument des Leitlinienprogramms Onkologie durch die Mitglieder der AG QI bewertet. Jeweils mit dem unten abgebildeten Bogen erhielten die Bewertenden seitens des Zertifizierungssystems der DKG für den Indikatorvorschlag die Informationen zur Datenverfügbarkeit. Angenommen wird ein Qualitätsindikator, wenn mind. 75 % der Teilnehmer die Kriterien 1, 2, 3 und 5 mit „Ja“ und das Kriterium 4 mit „Nein“ bewertet haben. Die Auswertung dieser Abstimmungen erfolgte durch einen Methodiker, der nicht am Qualitätsindikatoren-Entwicklungsprozess teilgenommen hatte.

Tabelle 7: Bewertungsinstrument des Leitlinienprogramms Onkologie

QI-Nr.	Möglicher Qualitätsindikator		Empfehlung		
1.	Z				
	N				
Information zur Datenverfügbarkeit (Stand 11/2024): [dies wird von den Registern und den Zentren ausgefüllt] Die Erfassung ist seitens der Klinischen Krebsregister über den einheitlichen Onkologischen Basisdatensatz und seiner Module gewährleistet: ja / nein Die Erfassung ist Teil des Zertifizierungssystems der DKG: ja / nein Ggf. welche Ergänzungen wären erforderlich?					
				Nein	Ja
Kriterium: Der Qualitätsindikator erfasst für den Patienten relevante Verbesserungspotentiale.					
Kriterium: Der Indikator ist klar und eindeutig definiert.					
Kriterium: Der Qualitätsindikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den Leistungserbringern beeinflusst werden kann.					
Kriterium: Gibt es Risiken zur Fehlsteuerung durch den Indikator, die nicht korrigierbar sind?					
Kriterium: Die Daten werden beim Leistungsbringer routinemäßig dokumentiert oder eine zusätzliche Erhebung erfordert einen vertretbaren Aufwand					

Zusätzlich bestand die Möglichkeit, zu den im Folgenden genannten Kriterien Kommentare abzugeben:

	Kommentar
Risikoadjustierung Können spezifische Merkmale von Patienten z.B. Alter, Komorbidität oder Schweregrad der Erkrankung die Ausprägung des QI beeinflussen?	
Implementierungsbarrieren Gibt es Implementierungsbarrieren, die es zu beachten gilt?	

5.1. 2. Online-Sitzung

Nach der schriftlichen Bewertung erfolgte am 17.12.2024 eine 2. moderierte Online-Sitzung, in der die Ergebnisse der Bewertung diskutiert wurden. Auf Basis der Bewertungen und der Diskussion wurde das finale Set von 14 Qualitätsindikatoren konsentiert.

Außerdem wurden die Ergebnisse der internationalen QI-Recherche vorgestellt (siehe Kapitel 9.1. Aus dieser ergaben sich keine weiteren Qualitätsindikatoren.

Die Primärliste der potentiellen Qualitätsindikatoren inklusive der Ausschlussgründe, die o.g. Zusammenstellung der internationalen Qualitätsindikatoren und die Ergebnisse der schriftlichen Bewertung sind auf Anfrage im Leitliniensekretariat oder Office des Leitlinienprogramms Onkologie erhältlich.

6. Reviewverfahren und Verabschiedung

Langversion und Leitlinienreport zur Version 3.0 der Leitlinie wurden zunächst durch das OL-Office und das AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement (AWMF-IMWi) einem Review in Hinblick auf die Erfüllung der methodischen Anforderungen an eine S3-Leitlinie im Leitlinienprogramm Onkologie unterzogen.

Vor der Publikation der Version 3.0 wurde die Leitlinie im Rahmen einer Konsultationsphase vom (20.12.2024 bis zum 23.01.2025) im AWMF-Leitlinienregister sowie auf den Webseiten des Onkologischen Leitlinienprogramms und der zugänglich gemacht, sodass diese durch die (Fach)Öffentlichkeit kommentiert werden konnte. Zeitgleich fand die Prüfung und Verabschiedung der Leitlinie durch die Vorstände der 29 beteiligten Fachgesellschaften/Institutionen statt. Nach dem Ende der Konsultationsfassung erhielten die beteiligten Organisationen, die Möglichkeit, die im Rahmen der Konsultation vorgenommen Änderungen zu prüfen und ggf. Ihre Zustimmung zu revidieren.

Insgesamt gingen 13 Stellungnahmen zur Konsultationsfassung ein. Hierbei flossen auch Kommentare von Mitgliedern der Leitliniengruppe ein. Diese wurden anschließend durch die Leitlinienkoordination und die entsprechenden Arbeitsgruppen hinsichtlich ihrer Relevanz für die Leitlinie geprüft.

In Tabelle 8 sind die inhaltlichen Anmerkungen zur Konsultationsfassung dargelegt. Es wurde zudem dokumentiert, wie die Leitliniengruppe mit den Kommentaren umgegangen ist. Einige Themen sowie Änderungs- und Verbesserungsvorschläge werden in der kommenden Aktualisierung auf Version 4 adressiert. Ausschließlich redaktionelle Hinweise sind in dieser Aufstellung nicht berücksichtigt.

Die Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (GRVS) sowie die Arbeitsgemeinschaften Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege der DKG (KOK), Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pharmazie (OPH) und die Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie (AGSMO) haben an dieser Leitlinienfassung mitgearbeitet. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung lag die formale Zustimmung der beiden Fachgesellschaften aufgrund einer fehlenden Rückmeldung nicht vor.

Die beteiligten Fachgesellschaften wurden nach Abschluss der Konsultationsphase über die Änderungen (Anm. d. Red.: keine Änderungen an Empfehlungen) an der Leitlinie informiert.

Allen Kommentierenden möchten wir an dieser Stelle für ihr Engagement sehr herzlich danken.

Tabelle 8: Inhaltliche Kommentare zur Konsultationsfassung der aktualisierten Leitlinien (Version 3.0)

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
<u>Kommentar:</u> Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin e.V. (DEGAM)					
1	4/S. 56	Empfehlung 4.15: Eine Testung auf H. pylori kann asymptomatischen Patienten ab dem Alter von 50 Jahren in einem allgemeinen Vorsorgegespräch, zum Beispiel im Rahmen der kolorektalen Karzinomvorsorge, angeboten werden.		Aber es steht dort Expertenkonsens. Eine Testung auf H. pylori kann asymptomatischen Patienten ab dem Alter von 50 Jahren in einem allgemeinen Vorsorgegespräch, zum Beispiel im Rahmen der kolorektalen Karzinomvorsorge, angeboten werden Es ist eine kann Empfehlung ohne Level of Evidence und formalen Grade of recommendation	Für die Empfehlung, die aus der S2k-Leitlinie Helicobacter-pylori und gastroduodenale Ulkuserkrankung übernommen wurde, wurde keine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Die Empfehlung ist als Expertenkonsens (EK) gekennzeichnet, als „kann“-Empfehlung formuliert und wurde mit einem Abstimmungsergebnis von 100 % (= starker Konsens) konsentiert. Methodische Mängel sind für uns nicht ersichtlich.
<u>Kommentare:</u> Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin e.V. (DEGUM) / Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie e.V. (ARO)					

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
1	11.4/S. 127		An dieser Stelle könnte noch geschärft werden, dass es keine Daten zum Magenkarzinom aber ausreichend gute Daten zur Detektion anderer Lebermetastasen gibt, beispielsweise kolorektale Karzinommetastasen oder allgemeine CEUS-Studien zur Metastasendetektion. Ein entsprechender Hinweis findet sich auf S. 75 zur bildgebenden Primärdiagnostik.		Änderungsvorschlag angenommen, Hintergrundtext ergänzt, Verweis auf Kapitel 7.2 Bildgebende Diagnostik eingefügt.
<u>Kommentare:</u> Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. (DGHO) / Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (AIO)					
1	12.1/S. 142		Ergänzungen zu Hintergrund von Empfehlung 12.7: Zwei randomisierte Phase III Studien konnten zeigen, dass bei Tumoren, die eine Claudin 18.2 Überexpression aufweisen die Hinzunahme des Claudin 18.2 Antikörpers Zolbetuximab zu einer Oxaliplatin/ Fluoropyrimidin	Shitara K et al., Zolbetuximab plus mFOLFOX6 in patients with CLDN18.2-positive, HER2-negative, untreated, locally advanced unresectable or metastatic gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (SPOTLIGHT): a multicentre, randomised, double-blind, phase 3 trial.	Änderungsvorschlag angenommen, Hintergrundtext ergänzt Empfehlungs-Prüfung und ggf. Anpassung in v4.0 Literatur Shitara et al., 2023 und Shah et al., 2023 eingefügt

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
			basierten Therapie das Überleben verbessern kann. In der gepoolten Analyse der Spotlight- und Glow Studie mit 1072 Patienten konnte das mediane Überleben von 13,7 auf 16,4 Monate verlängert werden (HR 0,77; 95%CI 0,67-0,89) (Kang et al., 2024; Shitara et al., 2024; Shah et al., 2024;). Daher ist eine Bestimmung von Claudin 18.2 mittels Immunhistochemie vor Beginn einer Erstlinientherapie als prädikativer Marker für einen Nutzen von Zolbetuximab ebenfalls zu rechtfertigen. Empfehlungen diesbezüglich werden in dem nächsten Update der Leitlinien diskutiert.	Lancet. 2023 May 20;401(10389):1655-1668. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00620-7. Epub 2023 Apr 15. Erratum in: Lancet. 2023 Jul 22;402(10398):290. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01481-2. Erratum in: Lancet. 2024 Jan 6;403(10421):30. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02762-9. PMID: 37068504. Shah MA et al., Zolbetuximab plus CAPOX in CLDN18.2-positive gastric or gastroesophageal junction adenocarcinoma: the randomized, phase 3 GLOW trial. Nat Med. 2023 Aug;29(8):2133-2141. doi: 10.1038/s41591-023-02465-7. Epub 2023 Jul 31. PMID: 37524953; PMCID: 37524953. Y. K. Kang et al., 1438P First-line (1L) zolbetuximab + chemotherapy in patients (pts) with claudin 18.2 (CLDN18.2) +, HER2-, locally advanced (LA)	Kang et al., 2024 lag zum Zeitpunkt der Aktualisierung noch nicht vor und wird erst bei der nächsten Aktualisierung aufgeführt.

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
				unresectable or metastatic gastric or gastroesophageal junction (mG/GEJ) adenocarcinoma: A pooled final analysis of SPOTLIGHT + GLOW, Annals of Oncology 2024 Vol. 35 Pages S895 DOI: 10.1016/j.annonc.2024.08.1504, PMC10427418.	
2	12.3/S. 152		Empfehlung 12.15 muss vor die Überschrift 12.3 Vorgehen bei metastasierten Karzinomen mit HER 2 Überexpression/-Amplifikation.	Die Empfehlung 12.15 bezieht sich auf HER 2 negative Tumore, steht aber hier unter der großen Überschrift HER2 positiv	Änderungsvorschlag angenommen, Empfehlung vor Überschrift 12.3 verschoben
3	12.3/S. 153	Der Rationale 305 Studie konnte auch Tislelizumab im Vergleich zu Placebo zusätzlich zu einer Chemotherapie das Gesamtüberleben signifikant verlängern. Auch hier war der Effekt deutlicher bei einer erhöhten PD-L1 Expression.	Ergänzung von Literatur im Hintergrundtext von Empfehlung 12.15 einfügen: Qiu MZ et al., RATIONALE-305 Investigators. Tislelizumab plus chemotherapy versus placebo plus chemotherapy as first line treatment for advanced gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma: RATIONALE-305 randomised, double blind, phase 3 trial. BMJ. 2024 May 28;385:e078876. doi:		Änderungsvorschlag angenommen, Literatur eingefügt

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
			10.1136/bmj-2023-078876. PMID: 38806195.		
4	12.3/S. 153		Ergänzung zu Hintergrundtext von Empfehlung 12.15: In der Spotlight- und der Glo-Studie haben die Hinzunahme von dem Claudin 18.2 Antikörper Zolbetuximab im randomisierten Phase III Setting zu einer Oxaliplatin/Fluoropyrimidin-Therapie untersucht. Es zeigte sich in beiden Studien ein signifikanter Überlebensvorteil, so dass auch Zolbetuximab bei Claudin Überexprimierenden Tumoren (Immunhistiochemisch mindestens 75 % der Tumorzellen positiv), eine Option darstellt (Shitara et al., 2024; Shah et al., 2024). Eine Empfehlung wird im Leitlinien-Update erfolgen.	Shitara K et al., Zolbetuximab plus mFOLFOX6 in patients with CLDN18.2-positive, HER2-negative, untreated, locally advanced unresectable or metastatic gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (SPOTLIGHT): a multicentre, randomised, double-blind, phase 3 trial. Lancet. 2023 May 20;401(10389):1655-1668. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00620-7. Epub 2023 Apr 15. Erratum in: Lancet. 2023 Jul 22;402(10398):290. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01481-2. Erratum in: Lancet. 2024 Jan 6;403(10421):30. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02762-9. PMID: 37068504. Shah MA et al., Zolbetuximab plus CAPOX in CLDN18.2-positive gastric or	Änderungsvorschlag angenommen, Hintergrundtext leicht modifiziert ergänzt, Literatur Shitara et al., 2023 und Shah et al., 2023 eingefügt

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
				gastroesophageal junction adenocarcinoma: the randomized, phase 3 GLOW trial. Nat Med. 2023 Aug;29(8):2133-2141. doi: 10.1038/s41591-023-02465-7. Epub 2023 Jul 31. PMID: 37524953; PMCID: PMC10427418.	
5	13.3/S. 165		Ergänzung zu Hintergrundtext von Empfehlung 13.18: Die Ergebnisse der Renaissance-Studie der AIO wurden erstmals auf dem ESMO 2024 vorgestellt, sind jedoch aktuell noch nicht voll publiziert (Al-Batran et al., ESMO 2024). 274 Patienten mit einem oligometastasierten Adenokarzinom des Magens oder ösophagogastralen Übergangs (definiert als retroperitoneale Lymphknotenmetastasen +/- Befall maximal eines weiteren Organs) erhielten 4 Zyklen FLOT. 174 Patienten, die darauf mindestens eine stabile Erkrankung erreichten, wurden		Änderungsvorschlag angenommen, Hintergrundtext ergänzt Empfehlungs-Prüfung und ggf. Anpassung in v4.0

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
			randomisiert zwischen Fortsetzung der Therapie mit FLOT versus Operation und postoperative Fortsetzung der Therapie mit FLOT bis maximal 12 Zyklen. Im Gesamtüberleben zeigte sich kein Vorteil für eine Operation ($p=0,86$). In Subgruppenanalysen schienen Patienten mit ausschließlich retroperitonealen Lymphknoten ($n=37$) möglicherweise einen Vorteil durch eine Op zu haben, wohingegen Patienten mit Peritonealkarzinose ($n=41$) eher einen Nachteil durch eine OP zu haben schienen. Die Ergebnisse der Renaissance Studie legen nahe, dass die Indikation für eine Operation bei Oligometastasierung sehr kritisch zu stellen ist und nur in sehr ausgewählten Fällen mit guter Tumorbiologie (Remission nach Chemotherapie) und der		

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
			Sicherstellung einer kompletten Resektion aller Tumormanifestationen überhaupt in Erwägung gezogen werden darf.		
Kommentare: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) / Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin (APM)					
1	16/S. 194	Überschrift Kapitel 16 „Psychoonkologie“	Gern möchten wir anregen, die Palliativversorgung entsprechend der Handreichung „Querschnittsleitlinien und ihre Verknüpfung zu den Organleitlinien“ des Leitlinienprogramms Onkologie (siehe Anhang) als eigenständiges Hauptkapitel (mit den dazugehörigen thematischen Unterkapiteln) zu formulieren und nicht wie bisher als Unterkapitel von Kapitel „16 Psychoonkologie“. Änderung der Überschrift in 16 „Palliativmedizin und Psychoonkologie“	Herr Wedding war seitens der DGP beteiligt und hat die AG Supportiv- und Palliativversorgung zusammen mit Herrn Klein geleitet. Viele Empfehlungen der S3-Leitlinie Palliativmedizin sind in das Kapitel 156 eingeflossen, das zu unserem Erstaunen nun lediglich die Überschrift „Psychoonkologie“ trägt. Es wäre wichtig und auch inhaltlich zwingend, die Kapitelüberschrift auf 16 „Palliativmedizin und Psychoonkologie“ zu ändern. Wie das Leitlinienprogramm Onkologie streben auch wir eine Harmonisierung der verschiedenen Leitlinien an und empfinden dies als wesentlichen und sinnvollen Schritt. Darüber hinaus werden die anderen	Änderungsvorschlag angenommen, Anpassung der Überschrift in 16 „Palliativmedizin und Psychoonkologie“ Eine vollständige Trennung beider Kapitel wird in v4.0 diskutiert

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
				Querschnittsbereiche, wie bspw. Ernährung, komplementäre Verfahren, Nachsorge etc. ebenfalls in separaten Hauptkapiteln behandelt. Für uns scheint die Verortung der Palliativversorgung unter „Psychoonkologie“ nicht schlüssig.	
Kommentare: Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ)					
1	2.1.1/S. 23	<u>Einführung Kapitel 2:</u> Das Magenkarzinom nimmt in Deutschland bei Männern den fünften (Inzidenz 27,7/100.000 Einwohner/Jahr) und bei Frauen den sechsten Platz (Inzidenz 19,6/100.000 Einwohner/Jahr) in der Rangliste der Krebserkrankungen ein.	Das Magenkarzinom nimmt in Deutschland bei beiden Geschlechtern den 10. Platz in der Inzidenz aller Krebserkrankungen ein.	Wenn man die aktuelleren Daten von 2019/2020 heranzieht, dann ist die Inzidenz bei beiden Geschlechtern auf Rang 10. Die Mortalität ist aber vergleichsweise hoch (Rang 7 bei Frauen, Rang 6 bei Männern). Entsprechender Link auf „Krebs in Deutschland 2019/2020: Krebs - Krebs in Deutschland	Änderungsvorschlag angenommen. Textpassage angepasst.

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
2	2.1.1/S. 23	<u>Einführung Kapitel 2:</u> Das Erkrankungsrisiko steigt bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter. Männer erkranken im Mittel mit 72 Jahren, Frauen mit 75 Jahren an Magenkrebs. Etwa 1% aller Todesfälle in Deutschland sind auf Magenkrebs zurückzuführen.	Das Erkrankungsrisiko steigt bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter. Männer erkranken im Mittel mit 71 Jahren, Frauen mit 75 Jahren an Magenkrebs. Etwa 3% aller Todesfälle in Deutschland sind auf Magenkrebs zurückzuführen.	Krebs in Deutschland 2019/2020, Tabelle 3.01. RKI – Krebs in Deutschland – 2019/2020 Die Todesfälle sind hier errechnet: 8.353 Sterbefälle (3.321 + 5.032) sind 3,6 % von den Gesamtsterbefällen (104.949 + 125.274)	Änderungsvorschlag angenommen. Textpassage angepasst.
<u>Kommentare:</u> Fachöffentlichkeit, Firma Astellas Pharma GmbH					
1	12.1/S. 139 ff.	<u>Hintergrundtext zu Empfehlung 12.7:</u> Vor dem Einsatz einer palliativen medikamentösen Tumorthherapie sollen der HER2-Status und der PD-L1 Status (CPS) und der MSI-Status als positive prädiktive Faktoren für eine Therapie mit Trastuzumab oder PD-	Ergänzung: Bestimmung CLDN18.2-Tumorstatus und Therapie mit Zolbetuximab	Mit Zolbetuximab steht eine weitere palliative medikamentöse Tumorthherapie zur Verfügung: Die Sicherheit und Wirksamkeit von Zolbetuximab in Kombination mit Chemotherapie wurde in zwei doppelblinden, randomisierten, multizentrischen Phase-3-Studien beurteilt, an denen insgesamt 1 072 Patienten teilnahmen, deren Tumore	Änderungsvorschlag angenommen, Hintergrundtext ergänzt Empfehlungs-Prüfung und ggf. Anpassung in v4.0 Literatur Shitara et al., 2023 und Shah et al., 2023 eingefügt

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
		1 Inhibitoren bestimmt werden.(...)		CLDN18.2-positiv, HER2-negativ waren, mit lokal fortgeschrittenem inoperablem oder metastasiertem Adenokarzinom des Magens oder GEJ. Die CLDN18.2-Positivität ist definiert als Anteil von $\geq 75\%$ der Krebszellen mit moderater bis starker membranöser CLDN18-immunhistochemischer Färbung. Zugelassen von der Europäischen Kommission seit September 2024, auf dem deutschen Markt verfügbar seit November 2024. Literaturangaben: Shitara K et al. Zolbetuximab in Gastric or Gastroesophageal Junction Adenocarcinoma. N Engl J Med 2024;391(12):1159-1162. Shitara K et al. Zolbetuximab in Gastric or Gastroesophageal Junction Adenocarcinoma. N Engl J Med 2024;391(12):1159-1162. Supplement.	

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
				Shitara K et al. Zolbetuximab plus mFOLFOX6 in patients with CLDN18.2-positive, HER2-negative, untreated, locally advanced unresectable or metastatic gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (SPOTLIGHT): a multicentre, randomised, double-blind, phase 3 trial. Lancet 2023;401(10389):1655-1668. Shah MA et al. Zolbetuximab plus CAPOX in CLDN18.2-positive gastric or gastroesophageal junction adenocarcinoma: the randomized phase 3 GLOW trial. Nat Med 2023;29(8):2133-2141.	
2	12.4/S.152 ff.	<u>Hintergrundtext zu Empfehlung 12.15:</u> Zur Behandlung von Patienten mit HER 2 negativen und PD-L1 positiven Tumoren (definiert als CPS $\geq$ 1) sollte zu einer Fluoropyrimidin-	Ergänzung: Zolbetuximab bei CLDN18.2 Positivität	Mit Zolbetuximab steht eine weitere palliative medikamentöse Tumorthherapie zur Verfügung: Die Sicherheit und Wirksamkeit von Zolbetuximab in Kombination mit Chemotherapie wurde in zwei doppelblinden, randomisierten,	Änderungsvorschlag angenommen, Hintergrundtext ergänzt Empfehlungs-Prüfung und ggf. Anpassung in v4.0 Literatur Shitara et al., 2024, Shitara et al. und Shah et al., 2023 eingefügt

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
		/Platin-basierten Chemotherapie ein PD-1-Inhibitor hinzugefügt werden. Der Nutzen hängt von der Höhe des PD-L1-/CPS-Status ab.(...)		multizentrischen Phase-3-Studien beurteilt, an denen insgesamt 1 072 Patienten teilnahmen, deren Tumore CLDN18.2-positiv, HER2-negativ waren, mit lokal fortgeschrittenem inoperablem oder metastasiertem Adenokarzinom des Magens oder GEJ. Die CLDN18.2-Positivität ist definiert als Anteil von $\geq 75\%$ der Krebszellen mit moderater bis starker membranöser CLDN18-immunhistochemischer Färbung. Zugelassen von der Europäischen Kommission seit September 2024, auf dem deutschen Markt verfügbar seit November 2024. Literaturangaben: Shitara K et al. Zolbetuximab in Gastric or Gastroesophageal Junction Adenocarcinoma. N Engl J Med 2024;391(12):1159-1162.	

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
				Shitara K et al. Zolbetuximab in Gastric or Gastroesophageal Junction Adenocarcinoma. N Engl J Med 2024;391(12):1159-1162. Supplement. Shitara K et al. Zolbetuximab plus mFOLFOX6 in patients with CLDN18.2-positive, HER2-negative, untreated, locally advanced unresectable or metastatic gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (SPOTLIGHT): a multicentre, randomised, double-blind, phase 3 trial. Lancet 2023;401(10389):1655-1668. Shah MA et al. Zolbetuximab plus CAPOX in CLDN18.2-positive gastric or gastroesophageal junction adenocarcinoma: the randomized phase 3 GLOW trial. Nat Med 2023;29(8):2133-2141.	
Kommentare: Fachöffentlichkeit, Firma BeiGene Germany GmbH					

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
1	12.1/S. 139 ff	<u>Hintergrundtext zu Empfehlung 12.7:</u> Hintergrund zum PD-L1 Status	Beim TAP (Tumor Area Positivity)-Score handelt es sich um einen Flächenwert. Es wird die Fläche der PD-L1 positiven Zellen in beliebiger Intensität (Tumorzellen und tumorassoziierte Immunzellen) bezogen auf das gesamte Tumoreal und mit 100 % multipliziert.	Es fehlt ergänzend zum TC, IC und CPS der TAP-Score. In der RATIONALE-305-Studie wurde die PD-L1 Färbung vor dem Einsatz von Tislelizumab mit Hilfe des TAP (Tumor Area Positivity)-Scores bestimmt. Diese Auswertemethode für die PD-L1 Färbung ist aktuell noch nicht in den Leitlinien erwähnt und sollte daher, gemeinsam mit dem PD-1 Antikörper Tislelizumab hier erwähnt werden. Literatur: Fachinformation Tevimbra, Stand November 2024 Qiu MZ et al. Tislelizumab plus chemotherapy versus placebo plus chemotherapy as first line treatment for advanced gastric or gastroesophageal junction adenocarcinoma: RATIONALE-305 randomised, double blind, phase 3 trial. BMJ 2024; 385: e078876 + Suppl. Liu C et al. Tumor Area Positivity (TAP) score of programmed	Änderungsvorschlag angenommen, Hintergrundtext ergänzt Empfehlungs-Prüfung und ggf. Anpassung in v4.0 Literatur Qiu MZ et al., 2024, Liu C et al. 2023 eingefügt

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
				death-ligand 1 (PD-L1): a novel visual estimation method for combined tumor cell and immune cell scoring. Diagnostic Pathology. 2023; 18: 48.	
2	12.3/S. 153	<u>Hintergrundtext zu Empfehlung 12.15:</u> Der Rationale 305 Studie konnte auch Tislelizumab im Vergleich zu Placebo zusätzlich zu einer Chemotherapie das Gesamtüberleben signifikant verlängern. Auch hier war der Effekt deutlicher bei einer erhöhten PD-L1 Expression.	Die RATIONALE-305-Studie zeigte, dass Tislelizumab in Kombination mit Chemotherapie (Oxaliplatin plus Capecitabin oder Cisplatin und 5-Fluorouracil) das Gesamtüberleben und das progressionsfreie Überleben bei Patienten mit fortgeschrittenem Magen- oder gastroösophagealem Übergangskarzinom signifikant verbesserte. Besonders bei Patienten mit einem PD-L1 TAP-Score von $\geq 5\%$ war der Überlebensvorteil ausgeprägt. Das Sicherheitsprofil von Tislelizumab war handhabbar und vergleichbar mit dem der Placebo-Gruppe. Gesamtüberleben:	Diese zusätzliche Therapieoption sollte sich auch in den Leitlinien für Patienten mit PD-L1 positivem, HER2-negativem Adenokarzinom des Magens und des gastro-ösophagealen Übergangs widerspiegeln. Literatur: Fachinformation Tevimbra, Stand November 2024 Qiu MZ et al. Tislelizumab plus chemotherapy versus placebo plus chemotherapy as first line treatment for advanced gastric or gastrooesophageal junction adenocarcinoma: RATIONALE-305 randomised, double blind, phase 3 trial. BMJ 2024; 385: e078876 + Suppl.	Änderungsvorschlag angenommen, Hintergrundtext ergänzt Empfehlungs-Prüfung und ggf. Anpassung in v4.0 Literatur Qiu MZ et al., 2024 eingefügt

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
			Patienten mit PD-L1 TAP-Score $\geq 5\%$: Das mediane OS betrug 17,2 Monate in der Tislelizumab-Gruppe gegenüber 12,6 Monaten in der Placebo-Gruppe (HR 0,74 [0,59-0,94]; $p=0,006$). Alle randomisierten Patienten: Das mediane OS betrug 15,0 Monate in der Tislelizumab-Gruppe gegenüber 12,9 Monaten in der Placebo-Gruppe (HR 0,80 [0,70-0,92]; $p=0,001$). Progressionsfreies Überleben: Patienten mit PD-L1 TAP-Score $\geq 5\%$: Das mediane PFS betrug 7,2 Monate in der Tislelizumab-Gruppe gegenüber 5,9 Monaten in der Placebo-Gruppe (Hazard Ratio 0,67 [0,55-0,83]; $p<0,001$). Alle randomisierten Patienten: Das mediane PFS betrug 6,9 Monate in der Tislelizumab-Gruppe gegenüber 6,2 Monaten in der Placebo-		

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
			Gruppe (Hazard Ratio 0,78 [0,67-0,90]). Basierend auf der RATIONALE-305-Studie ist der PD-1 Inhibitor Tislelizumab in Kombination mit platin- und fluoropyrimidinbasierter Chemotherapie zugelassen zur Erstlinienbehandlung des lokal fortgeschrittenen, nicht resezierbaren oder metastasierten HER2-negativen Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (G/GEJ) bei erwachsenen Patienten, deren Tumore eine PD-L1-Expression mit einem TAP-Score (Tumour Area Positivity) von $\geq 5\%$ aufweisen.		
Kommentare: Fachöffentlichkeit					
1	4/S. 45	4 Vorsorge und Screening	Aus der Perspektive des niedergelassenen Gastroenterologen würde ich mir noch einen Abschnitt über die "Früherkennung" wünschen.	Immer wieder kommen Patienten, bei denen z. B. ein Elternteil an einem Magenkarzinom erkrankt war und fragen, ob ich nicht eine	Überschrift in Vorsorge, Früherkennung und Screening umbenannt Über eine Negativ-Empfehlung sowie einen eigenen Abschnitt zum

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
				Magenspiegelung durchführen könne. Falls zum jetzigen Zeitpunkt für eine derartige Anregung noch Platz sein sollte, würde ich mich sehr freuen, ein entsprechendes Statement in der Leitlinie wiederzufinden. Nach meiner Kenntnis existieren keine evidenzbasierten Empfehlungen für ein "Screening" bei familiär aufgetretenem Magenkarzinom. Ein Negativ-Statement in der Leitlinie wäre in dieser Situation hilfreich, um nicht immer wieder diese meines Erachtens überflüssigen "Beruhigungsuntersuchungen" durchführen zu müssen.	Thema Früherkennung wird in v4.0 diskutiert.
2	3/S. 41	<u>Hintergrundtext zu Empfehlung 3.6:</u> Bei drei Familien mit einem HDGC fand sich eine Keimbahnmutation in	Bei 2 % aller Familien mit Erfüllung der klinischen HDGC-Kriterien findet sich eine pathogene Keimbahnvariante im CTNNA1-Gen.	Die Angabe mit drei Familien ist irreführend und nicht mehr aktuell. Lobo S, Benusiglio PR, Coulet F, Boussemart L, Golmard L, Spier I, Hüneburg R, Aretz S, Colas C, Oliveira C. Cancer	Änderungsvorschlag angenommen, Hintergrundtext angepasst, Literatur Lobo et al., 2021

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
		CTNNA1, das für α -E-Catenin kodiert.		predisposition and germline CTNNA1 variants. Eur J Med Genet 2021;64:104316, 2021	
3	3/S. 41	<u>Hintergrundtext zu Empfehlung 3.6:</u> Weiterhin können Magenkarzinome bei anderen hereditären Tumorleiden in einer erhöhten Frequenz auftreten, wie z. B. der familiären adenomatösen Polyposis (APC) [100], dem Lynch-Syndrom (hMLH1, hMLH2) [101], dem Cowden-Syndrom (PTEN) [102], der juvenilen Polyposis [103], dem Li-Fraumeni-Syndrom (TP53) [104], der MUTYH-assoziierten adenomatösen Polyposis (MUTYH) [105] und dem Peutz-Jeghers-Syndrom (STK11) [106].	Ein erhöhtes Lebenszeitrisiko für die Entwicklung eines Magenkarzinoms besteht auch beim Lynch-Syndrom (MLH1, MSH2 und MSH6), familiärer adenomatöser Polyposis (APC), der juvenilen Polyposis, dem Li-Fraumeni-Syndrom (TP53), der MUTYH-assoziierten Polyposis sowie dem Peutz-Jeghers-Syndrom (STK11).	Hier werden in diesem Abschnitt alte Zitatstellen benutzt. Anbei neue Stellen: FAP → PMID 38722804 Lynch-Syndrom → PMID 23091106; dazu wird auch bei den drei Genen (MLH1, MSH2 und MSH6) in der Neufassung der S3-Leitlinie KRK ein Screening empfohlen Bei PTEN zeigt sich kein erhöhtes Magenkarzinom-Risiko, somit sollte dies gestrichen werden (PMID 36171661)	Änderungsvorschlag abgelehnt, Literatur mit G Zaffaroni et al., 2024, Carneiro et al., 2022, Zeng et al., 2022 aktualisiert, alte Literaturstellen gestrichen

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
4	3/S. 43	<u>Hintergrundtext zu Empfehlung 3.8:</u> Genetische Tests auf CDH1-Mutationen werden für Familien empfohlen, die folgende aktualisierte Kriterien erfüllen.	Genetische Tests auf CDH1/CTNNA1-Mutationen werden für ...	Da in 2 % dieser Fälle auch eine CTNNA1-Mutation ursächlich sein sollte, sollte dies entsprechend adressiert sein	Änderungsvorschlag abgelehnt, der Hintergrundtext entspricht den aktualisierten Empfehlungen des IGCLC und sollte aus Sicht der Autoren nicht geändert werden
5	4/S. 46	<u>Hintergrundtext zu Empfehlungen 4.1 – 4.3:</u> Die Penetranz der pathogenen Varianten bei Mitgliedern von HDGC-Familien weist ein Lebenszeitrisiko für die Entwicklung eines Magenkarzinoms von 56 – 70 % auf	Die Penetranz pathogener Varianten bei Mitgliedern von HDGC-Familien wird mit einem Lebenszeitrisiko von 7 – 10 % für die Entwicklung eines Magenkarzinoms angegeben, wobei dieses Risiko bei Vorliegen einer positiven Familienanamnese auf bis zu 38 % ansteigen kann.	PMID 38873722 Hier wurden alte Daten zitiert, aus denen letztlich eine Übertherapie erfolgt. Hier muss eine Anpassung erfolgen.	Änderungsvorschlag abgelehnt, Anpassung erfolgt ggf. in v4.0
6	4/S. 48	<u>Hintergrundtext zu Empfehlungen 4.5 – 4.8:</u> Grundsätzlich ist der Nutzen einer gastrokopischen Vorsorge/Screening hinsichtlich der Detektion früher Läsion und einer	Der Nutzen der gastrokopischen Vorsorge und des Screenings für die Früherkennung von Läsionen sowie die Reduktion der Mortalität bei Trägern von CDH1-Mutationen und Angehörigen mit HDGC-ähnlichem Risiko bleibt	PMID 36990610; 36509094 Zwei hochrangige Publikationen zeigen, dass das Management/Surveillance endoskopisch erfolgen kann. Selbst bei dem Nachweis von pT1a-Karzinomen erfolgt eine weitere endoskopische Überwachung ohne Nachteil für	Änderungsvorschlag in Teilen angenommen, Hintergrundtext angepasst, aber die zitierten Studien weisen lediglich den Nutzen des Nachweise nach, aber nicht den Bezug zur Mortalität. Ein

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
		Reduzierung der Mortalität bei CDH1-Mutationsträgern und Familienmitgliedern von HDGC-like nicht belegt.	umstritten, jedoch zeigen aktuelle Studien, dass endoskopische Überwachung in bestimmten Fällen eine akzeptable Alternative zur prophylaktischen totalen Gastrektomie darstellen kann, insbesondere wenn diese abgelehnt wird.	den Patienten. Die kommenden IGCLC-Empfehlungen werden dies entsprechend auch adressieren, wo wir auch beteiligt sind.	Textpassus wurde ergänzt, um die Studien in der Leitlinie auszuweisen. Literatur Aisf et al., 2023, Lee et al., 2023 eingefügt
7	4/S. 49	<u>Empfehlung 4.9:</u> Bei gesicherten Trägern einer pathogenen CDH1-Mutation soll eine prophylaktische Gastrektomie ab dem 20. Lebensjahr angeboten werden.	Trägern einer pathogenen CDH1-Mutation sollte ab dem 20. Lebensjahr eine prophylaktische Gastrektomie oder alternativ eine regelmäßige endoskopische Überwachung angeboten werden, abhängig von individueller Präferenz und Risikoabwägung. Bei dem Nachweis von pT1a-Magenfrühkarzinomen in einer ungezielten Biopsie ist eine weitere endoskopische Überwachung auch möglich.	Siehe oben Dazu kommt auch das deutlich niedrigere Lebenszeitrisiko im Vergleich zu älteren Publikationen.	Änderungsvorschlag abgelehnt, Empfehlung in der Leitlinie Magenkarzinom v3.0 konsentiert, Empfehlungsänderung ohne erneute Abstimmung nicht möglich Empfehlungs-Prüfung und ggf. Anpassung in v4.0
8	4/S. 51	<u>Empfehlung 4.10:</u> Bei Lynch-Syndrom-Patienten und Risikopersonen für	Bei Anlageträgern für ein Lynch-Syndrom (MLH1, MSH2, MSH6) sollte ab dem 30. Lebensjahr zusätzlich alle 1 –	Diese Formulierung wird in der S3-Leitlinie KRK stehen.	Änderungsvorschlag abgelehnt, Empfehlung in der Leitlinie Magenkarzinom v3.0 konsentiert,

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
		Lynch-Syndrom sollte ab dem 35. Lebensjahr zusätzlich zur Koloskopie regelmäßig eine ÖGD durchgeführt werden.	4 Jahre eine ÖGD empfohlen werden. Bei Anlageträgern mit einer pathogenen Variante in PMS2 kann die Untersuchung angeboten werden.	Ansonsten haben wir konkurrierende Empfehlungen.	Empfehlungsänderung ohne erneute Abstimmung nicht möglich, Empfehlung in der Leitlinie Kolorektales Karzinom v3.0 zudem noch nicht veröffentlicht Empfehlungs-Prüfung und ggf. Anpassung in v4.0
9	11.1/S. 119	<u>Empfehlung 11.3:</u> Beim nicht-fernmetastasierten Adenokarzinom des gastroösophagealen Übergangs der Kategorien cT3 und resektablen cT4 Tumoren soll eine neoadjuvante Radiochemotherapie gefolgt von adjuvanter Immuntherapie bei Nachweis vitaler Tumorzellen im Resektat oder eine perioperative Chemotherapie durchgeführt werden	Beim nicht-fernmetastasierten Adenokarzinom des gastroösophagealen Übergangs der Kategorien cT3 und resektablen cT4 Tumoren soll eine perioperative Chemotherapie durchgeführt werden. Alternativ kann eine neoadjuvante Radiochemotherapie gefolgt von adjuvanter Immuntherapie bei Nachweis vitaler Tumorzellen im Resektat durchgeführt werden.	Aufgrund der Daten der ESOPEC Studie sollte die perioperative Chemotherapie als erste Option in dem Statement genannt werden. ESOPEC muss hier stärker gewichtet werden als NeoAegis, da in letzterer vor allem das unterlegene MAGIC Regime verwendet wurde, sodass der perioperativen Chemotherapie gegenüber der neoadjuvanten Radiochemotherapie in den meisten Fällen der Vorzug gegeben werden sollte. Aufgrund der fehlenden adjuvanten Immuntherapie in der ESOPEC Studie kann die neoadjuvante	Änderungsvorschlag abgelehnt, Empfehlung in der Leitlinie Magenkarzinom v3.0 konsentiert, Empfehlungsänderung ohne erneute Abstimmung nicht möglich Empfehlungs-Prüfung und ggf. Anpassung in v4.0

Nr.	Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
				Radiochemotherapie mit adjuvanter Immuntherapie weiterhin als Therapieoption bestehen, sollte aufgrund der ESOPEC Daten aber an zweiter Stelle, als Alternative und nicht als erste Wahl genannt werden.	
10	12.1/S 139	<u>Empfehlung 12.7:</u> Vor dem Einsatz einer palliativen medikamentösen Tumorthherapie sollen der HER-2-Status und der PD-L1 Status (CPS) und der MSI-Status als positive prädiktive Faktoren für eine Therapie mit Trastuzumab oder PD-1 Inhibitoren bestimmt werden.	Vor dem Einsatz einer palliativen medikamentösen Tumorthherapie sollen der HER-2-Status, der PD-L1 Status (CPS) und der MSI-Status, und der Claudin18.2 Status als positive prädiktive Faktoren für eine Therapie mit Trastuzumab, PD-1 Inhibitoren oder Zolbetuximab bestimmt werden.	Zolbetuximab / Claudin18.2 sollte nach nun erfolgter Zulassung in die Leitlinie aufgenommen werden (SPOTLIGHT-, GLOW-Studie)	Änderungsvorschlag abgelehnt, Empfehlungsänderung ohne erneute Abstimmung nicht möglich, aber Hintergrundtext ergänzt Empfehlungs-Prüfung und ggf. Anpassung in v4.0 Literatur Shitara et al., 2023 und Shah et al., 2023 eingefügt

7. Unabhängigkeit und Umgang mit Interessenkonflikten

Die Aktualisierung der Leitlinie erfolgte in redaktioneller Unabhängigkeit von der finanzierenden Organisation, der Deutschen Krebshilfe (DKH). Die Mittel der DKH wurden für Personalkosten, Büromaterial, Literaturbeschaffung und die Konsensuskonferenzen eingesetzt.

Wir danken allen Mandatsträgern und Experten für die ausschließlich ehrenamtliche Mitarbeit an der Aktualisierung der S3-Leitlinie. Alle Mitglieder der Leitliniengruppe legten während des Leitlinienprozesses eine schriftliche Erklärung zu eventuell bestehenden Interessenkonflikten (COI) vor.

Die offengelegten Interessenkonflikte sind **Tabelle 9** aufgeführt.

Die Erklärungen von Interessen wurde mit dem geltenden AWMF-Formblatt zu Beginn des Projektes digital von den Mitgliedern im AWMF Interessenerklärung online Portal erfasst. Unmittelbar vor der 1. Konsensuskonferenz wurden die Mitglieder der Leitliniengruppe erneut gebeten, Ihre Interessenerklärung zu aktualisieren. Die Offenlegung der Interessenerklärung war für die Teilnahme an der Konsensuskonferenz bzw. die Wahrnehmung des Stimmrechts obligat.

Die Interessenerklärungen wurden von den Leitlinien-Koordinierenden und von Frau Dr. Nothacker (AWMF) gesichtet und gemäß den AWMF-Kriterien als gering, moderat oder hoch bezüglich der einzelnen Empfehlungen kategorisiert. Der Vorschlag zum Interessenkonflikt-Management wurde zu Beginn der Konsensuskonferenz mit allen beteiligten Expert*innen diskutiert, konsentiert und umgesetzt.

Die Interessenerklärungen der Leitlinien-Koordinierenden, Professor Möhler und Dr. Huber, sowie von Frau Dr. Nothacker (AWMF) wurden ebenfalls durch dieses Dreier-Gremium bewertet und erfolgte jeweils unabhängig voneinander.

Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit und bezahlte Autoren-/oder Co-Autorenschaft wurden als geringe Interessenkonflikte gewertet und hatten keine Konsequenzen in Bezug auf die Abstimmungen zur Folge.

Als moderat wurden nachfolgende Interessenkonflikte eingestuft:

- Berater- bzw. Gutachtertätigkeit oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z. B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung
- Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)
- Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien: finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung vonseiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung

Als Interessenkonflikt wurde jeweils finanzielle Beziehungen zu den Herstellern gewertet. Für diese Aktualisierung wurden im Bereich der medikamentösen Therapie (Immuntherapien – z. B. Astrazeneca, Bristol Myers Squibb, etc.) und den operativen Verfahren Abstimmungen mit Stimmenthaltungen von Personen mit moderaten Interessenkonflikten bzw. Doppelabstimmung (mit und ohne COI) durchgeführt. Bei unterschiedlichen Ergebnissen der Doppelabstimmung wurden für die Angabe der

Konsensstärke (siehe Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.) immer die Ergebnisse der Abstimmung ohne COI zu Grunde gelegt.

Bei keinem der Expert*innen wurden hohe Interessenkonflikte durch Eigentümer*innen-Interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz) festgestellt, die zu einem Ausschluss aus der Leitliniengruppe geführt hätten.

Die Beeinflussung durch Interessenkonflikte wurde auch dadurch reduziert, dass für die Recherche, Auswahl und Bewertung der Literatur bei brisanten Themen externe, unabhängige Experten beauftragt wurden. Die formale Konsensbildung, sowie die Erstellung der interdisziplinären Arbeitsgruppen waren weitere Maßnahmen, um eine kommerzielle Einflussnahme zu vermeiden.

Wir möchten darauf hinweisen, dass die Recherche, Auswahl, Auswertung und Bewertung der Literatur durch externe MethodikerInnen erfolgten, die sämtlich keine finanziellen Verbindungen zu Unternehmen der Gesundheitswirtschaft hatten. Die formale Konsensbildung mit externer, unabhängiger Moderation, die interdisziplinäre Erstellung der Leitlinie und die öffentliche Begutachtung der Leitlinie bilden weitere Aspekte zur Reduktion von Verzerrungen und unangemessener Einflussnahme.

Detaillierte Informationen entnehmen Sie bitte **Tabelle 9**, in der die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung dargestellt sind sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der LL-Gruppe beschlossen und im Rahmen der Konsensuskonferenz umgesetzt wurden, eingesehen werden können.

Tabelle 9: Tabellarische Zusammenfassung zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten nach AWMF Formblatt 2018

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Professor Dr. med. Ahmadzadehf ar, Hojjat	Nein	Novartis/AAA Bayer	Novartis/AAA Bayer IPSEN	SIRTex	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin, EANM, ENETS, WARMTH,, Wissenschaftliche Tätigkeit: Radioligandentherapie bei Prostatakarzinom PRRT bei NET, Klinische Tätigkeit: Diagnostik und Therapie bei Prostatakarzinom, NET, Schilddrüsenkarzinom	Industriergeführte Ad-Board-Tätigkeit, Vorträge mit Bezug zum Magenkarzinom? COI: moderat: Stimmenthaltung Industriengeführte Adboard - Tätigkeit, Vorträge ohne Bezug zum Magenkarzinom COI: keine: keine
Professor Dr. med. Andus, Tilo	Nein	Alexion, Bayer, Takeda	BMS	Dr. Falk Pharma	Nein	Nein	Mitglied: DGVS und AIO, Wissenschaftliche Tätigkeit: Mitarbeit an Leitlinien der DGVS, Klinische Tätigkeit: Gastroenterologische Onkologie	Industriefinanzierte Advisory-Board-Tätigkeit, Alexion"seltene Erkrankungen", Bayer, Takeda, keine oder moderate COI COI: moderat: Stimmenthaltung bzw. Doppelabstimmung
Arem, Carem	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
Dr. Arends, Jann	Danone, Baxter, Helsinn	Nein	Baxter, Berg-Apotheke, Fresenius Kabi, Nestle, Danone, B. Braun Melsungen	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGEM-Vertreter in DKG-S3-Leitlinie "Supportivtherapie", Wissenschaftliche Tätigkeit: Mangelernährung bei Tumorkachexie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Ernährungsmedizin in der	pall. parenterale Versorgung COI: gering: Sichtbarkeit seines Votums bei parenteraler Versorgung

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Onkologie, Jährlicher multiprofessioneller Fortbildungskurs in Freiburg	
Professor Dr. med. Arnold, Dirk	Pierre Fabre Pharma, Seagen Pharma, Gilead	Astra Zeneca, Bristol Meyer Squibb, Boston Scientific, Merck Sharp Dome, Servier, Terumo, Janssen Cilag	Amgen, Astra Zeneca, Boehringer Ingelheim, Bristol Myer Squibb, Boston Scientific, Merck Serono, Roche, Sanofi Genzyme, Servier, Eisai, Glaxo Smith Kline, Merck, Sharp and Dome, Pierre Fabre Pharma, Seagen, onkowissen, Viatris	Astra Zeneca, Roche, Onkopedia (DGHO)	Oncolytics	Nein	Mitglied: ESMO: Guideline Committee Chair 2017-2019 Executive Board bis 2018 Council since 2019 Chair Compliance Committee since 2017 , Mitglied: EORTC: AG, Gastrointestinale Tumoren, Chair TF Rectal/Anal Cancer, Mitglied: IRCI: International Rare Cancer Initiative: Co-Chair Mets. Anal Cancer Group, Wissenschaftliche Tätigkeit: Gastrointestinale Tumoren, multimodale Therapie, Guidelines, Klinische Tätigkeit: Organisation eines Tumornetzwerks / klinisches Krebszentrum Klinische Onkologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: European School of Oncology: Ausbildungszentrum ESMO Scholarship Zentrum	Zahlreiche industriefinanzierte Vortragstätigkeit und Advisoryboardtätigkeit, Phase I Studie zu Immuntherapie Fokus Medikamentöse Therapie des Magenkarzinoms, inkl. Immuntherapie COI: moderat: Stimmenthaltung bzw. Doppelabstimmung
PD Dr. med. Bornschein,	Mayoly-Spindler,	Nein	DGVS Digital: Intensivkurs	Nein	Cancer Research UK, Medical Research	Nein	Mitglied: DGVS, Mitglied: DGIM, Mitglied: BSG (British Society of	Industriefinanziert Gutachtertätigkeit für

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Jan	Karger Publishing Group		Gastroenterologie		Council UK		Gastroenterology), Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Council Member EAGEN	Mayoly-Spindler zu Helicobacter-Pylori-Teststrategien/Screening COI: moderat: Stimmenthaltung bzw. Doppelabstimmung
PD Dr. med. Bostel, Tilman	-	-	-	-	-	-	Mitglied: Mitglied der S3-Leitlinienkommission Ösophaguskarzinom (für die DEGRO), Wissenschaftliche Tätigkeit: Obere gastrointestinale Tumore, palliative Strahlentherapie, Klinische Tätigkeit: Gastrointestinale und urogenitale Tumore, Mammakarzinom, HNO- und Lungentumore, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: -, Persönliche Beziehung: -	COI: keine: keine
Brunzema, Maren Franziska	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Budach, Wilfried	Nein	Merck, BMS	Merck, BMS, Jörg Eickeler Veranstaltung, medpublico, MSD	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DEGRO Mem 2020-2021 Past President 2021 ongoing: Chair breast cancer working party, Mitglied: ESTRO member, Mitglied: ASTRO member, Mitglied: ASCO member, Mitglied: BVDST member,	Vortragstätigkeit mit thematischem Bezug ohne direkte Industriefinanzierung COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Wissenschaftliche Tätigkeit: breast cancer, head and neck cancer, sarcoma, Klinische Tätigkeit: radiation oncology breast cancer, head and neck cancer, prostate cancer, lung cancer, neurooncology	
Dr. med. Böbel, Markus	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DEGAM, Klinische Tätigkeit: hausärztliche Versorgung	COI: keine: keine
Büchner, Hans	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Klinische Tätigkeit: Angestellt als Gesundheits- und Krankenpfleger an der Universitätsmedizin Mainz auf einer kardiologischen Intensiv- und IMC-Station (605 2A)	COI: keine: keine
PD Dr. med. Caspari, Reiner	nein	nein	nein	nein	DKFZ	nein	Mitglied: AGORS (Vorstand/Mandatsträger) GRVS (Vorstand) Frauenselbsthilfe Krebs (Beirat) , Wissenschaftliche Tätigkeit: Erblicher Darmkrebs Ernährungstherapie, Klinische Tätigkeit: Onkologische Rehabilitation, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Dr. Conrad,	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Johanna							für Epidemiologie	
PD Dr. med. Daum, Severin	Daiichi Sankyo Deutschland GmbH	Bristol Myers Squibb	MSD Sharp Dohme GmbH	Forum für medizinische Fortbildung - FomF GmbH	Falk GmbH	Dt. Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Nein	Mitglied: Mitglied bei Berufsverbänden (national DGVS, AIO) und europäisch (ESMO, EORTC), Wissenschaftliche Tätigkeit: wiss. Interesse/ Beruf: Prädiktion Chemotherapieansprechen u.a. Ösophagus- und Magenkarzinom, Klinische Tätigkeit: Gastroenterologie, hier GI-Onkologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: wiederholt Veranstalter von Fortbildungsveranstaltungen zu GI-Tumoren (hierunter auch Ösophagus- und Magenkarzinom)	Industriefinanziert Advisoryboard-Tätigkeit (BMS; Daiichi-Sankyo) und Vortragstätigkeit mit Bezug zur medikamentösen Therapie des Magenkarzinoms COI: moderat: Stimmenthaltung bzw. Doppelabstimmung
Eisinger, Jara Sophie	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
Felgentreff, Julian	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. med., MBA Dietrich, Christoph Frank	Nein	Nein	Falk, Siemens, Mindray, Bracco, Sonoscape, Bracco, Janssens, AbbVie, GE	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Schatzmeister (Treasurer) der World Federation for Ultrasound in Medicine and Biology (WFUMB), Mitglied: Mitglied der DEGUM, SGUM, DGE-BV, SGG, Mitglied: Gutachten IQWiG, Mitglied: Mandatsträger der DEGUM und/oder der DGE-BV	Diagnostik mit Ultraschall COI: gering: Sichtbarkeit der Voten bei Sonographie

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							für verschiedene Leitlinien (Chronische lymphatische Leukämie (CLL), Morbus Hodgkin, diffuse großzellige B-Zell-Lymphom (DLBCL), Follikuläres Lymphom (FCL), chronische Pankreatitis, Duktales Adenokarzinom) , Mitglied: Co-Editor in Chief Endoscopic Ultrasound. Sektion Ultraschall Zeitschrift für Gastroenterologie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Endoskopie, Ultraschall, endoskopischer Ultraschall, AI, Klinische Tätigkeit: Innere Medizin	
Dr. Follmann, Markus	Reviewer diverser Journals Gutachter für den G-BA bis 12.2022	nein	Vorträge zur Leitlinienmethodik AWMF	nein	nein	nein	Mitglied: Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, GRADE, Guidelines International Network, Wissenschaftliche Tätigkeit: Methodik EbM und Leitlinien, LL-basierte Qualitätsindikatoren; QS Zyklus in der Onkologie, Klinische Tätigkeit: keine klinische Tätigkeit, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Referent bei Leitlinienmethodik WS des OL und AWMF Leitlinienberaterseminaren, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Professor Dr.	Onkowissen	BMS GmbH Advisory	ETHICON	Die	Nein	Nein	Mitglied: DGAV, CAOGI,	Industriefinanzierte

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
med. Gockel, Ines		Board, Roche - Foundation one	Johnson Johnson, FALK Foundation, MERCK, Pharmacosmos, FALK Foundation, Niedergelassene Onkologen (NIO) in Sachsen, Sächsische Krebsgesellschaft	Chirurgie, Deutsches Ärzteblatt, best practice oncology			Selbsthilfegruppe Achalasie, KEKS, Stiftung Lebensblicke, Wissenschaftliche Tätigkeit: onkologische Viszeralchirurgie, Prähabilitation / Präkonditionierung, intraoperatives Imaging, molekulargenetische Analysen bei gastrointestinalen Erkrankungen, Klinische Tätigkeit: onkologische Viszeralchirurgie, minimal-invasive und robotische Chirurgie, Klinische Tätigkeit: Initiatorin des Barrett Charity-Dinners (www.barrett-charitydinner.de), Spendenaufkommen jährlich zwischen 150.000-200.000 Euro, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: FALK Summer School, Lernklinik Leipzig, ICCAS (Innovation Center Computer Assisted Surgery) Leipzig, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Persönliche Beziehung: keine	Advisoryboards (Roche/BMS)-medikamentöse Therapie des Magenkarzinoms, Industriefinanzierte Vortragstätigkeit Ethicon/Falk COI: moderat: Stimmhaltung bzw. Doppelabstimmung
PD Dr. med. Gonzalez-Carmona, Maria	Nein	BMS, MSD, Lilly, Roche, Amgen, Servier, AZ, Eisai	Lilly, BMS, Roche, Eisai, AZ	Nein	AZ, Servier, BMS, MSD, Eisai, Incyte, Roche, BeiGene	Nein	Mitglied: Mitglied: national DGVS, DKG, AIO, international: ESMO und EASL	Tätigkeit in zahlreichen industriefinanzierten Advisory-Boards für die Systemtherapie des Magenkarzinoms. Zahlreiche industriefinanzierte Vorträge im Bereich Systemtherapie des Magenkarzinoms,

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags-/oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen-interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
								industriefinanzierte Forschung in diesem Bereich. Aufgrund der Kombination/des Ausmaßes mind. moderate Interessenkonflikte. COI: moderat: Stimmenthaltung bzw. Doppelabstimmung
Professor Dr. med. Grenacher, Lars	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Röntgengesellschaft AG Abdominale Bildgebung AG Onkologische Bildgebung, Wissenschaftliche Tätigkeit: Abdominale Bildgebung, Klinische Tätigkeit: Onkologische Bildgebung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Dt. Röntgengesellschaft Mitorganisation Dt. Röntgenkongress, Programmkomitee Abdominale Bildgebung	COI: keine: keine
Professor Dr. med. Grimminger, Peter	Advisory Board Astra Zeneca, Intuitive, Medtronic	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Industriefinanziertes Advisory Board mit potentiell thematischem Bezug COI: moderat: Stimmenthaltung bzw. Doppelabstimmung

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Götz, Justus	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Joachim, Meyer	keine	keine	keine	Nein	keine	keine	Mitglied: BDC DGCH European Chapter IGCA, Wissenschaftliche Tätigkeit: berufspolitische Themen, Klinische Tätigkeit: keine klinische Tätigkeit, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	COI: keine: keine
Heumann, Katharina	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
PD. Dr. Huber, Yvonne	Nein	Nein	GILEAD, DIAPLAN	Nein	Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: NAFLD, Wissenschaftliche Tätigkeit: GI-Onkologie, Klinische Tätigkeit: Endoskopie, GI-Onkologie	industrielle bezahlte Vortragstätigkeit, kein thematischer Bezug COI: keine: keine
Prof. Dr. med. Höcht, Stefan	keine	keine	keine	keine	keine	keine	Mitglied: 1.) Dt. Gesellschaft für Radioonkologie DEGRO 2.) Arbeitsgemeinschaft Radiol.Onkologie ARO der DKG 3.) Berufsverband der Deutschen Strahlentherapeuten BVDST, Wissenschaftliche Tätigkeit: 1.) Leitlinienkoordinator, Vorstandsmitglied, Schatzmeister 2.) Leitlinienkoordinator, Vorstandsmitglied	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							3.) Leitlinienkoordinator, Vorstandsmitglied wiss. Tätigkeit derzeit V.a. Radioonkologe Prostata-Ca, NSCLC	
Professor Dr. med. Jakobs, Ralf	BMS, GdEKK, IQTIG	Boston Scientific	Boston Scientific, Falk Foundation, Astra Zeneca	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Beirat der DGVS Vorstand der GARPS Beirat der SPIG Mitgliedschaften: DGVS, DGE-BV, DKG, AIO, ESDO, SPIG, GARPS, DDG, DEGUM, Wissenschaftliche Tätigkeit: GI-Onkologie, Endoskopie, Klinische Tätigkeit: Interventionelle Endoskopie, Gastrointestinale Onkologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: EndoAkademie, LUKS Expert Group	Industriefinanzierte Vorträge und einmaliges Adboard-Honorar In Bezug auf Nivolumab/ggf. weitere medikamentöse Therapie und endoskopische Verfahren COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion
Professor Dr. med. Jenssen, Christian	Nein	GE HealthCare	FALK Foundation	Ecomed/Storck-Verlag	Mindray	Nein	Mitglied: European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology, EFSUMB; President 2021 - 2023, zuvor President elect und Honorary Treasurer; Leitlinienautor und Mitglied von Leitliniensteuerungsgruppen (Point of Care Ultrasound; Multiparametric Ultrasound; Contrast-enhanced Ultrasound), Mitglied: Deutsche Gesellschaft	Industriefinanziertes AdvisoryBoard/Forschungsvorhaben CEUS (Sachmittel Ultraschallgeräte) COI: moderat: Stimmenthaltung bzw. Doppelabstimmung

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							für Endoskopie und Bildgebende Verfahren, DGE-BV; Beiratsmitglied und Mandatsträger für Leitlinie "Qualitätsanforderungen an die gastrointestinale Endoskopie", Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin, DEGUM, Mandatsträger für Leitlinie Gallensteinleiden, Wissenschaftliche Tätigkeit: Ultraschalldiagnostik, kontrastverstärkter Ultraschall, Endoskopischer Ultraschall, interventioneller Ultraschall, gastrointestinale Endoskopie, Klinische Tätigkeit: Ultraschalldiagnostik, kontrastverstärkter Ultraschall, Endoskopischer Ultraschall, gastrointestinale Endoskopie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Ultraschallkurse und Kurse endoskopischer Ultraschall national und international (u.a. UEG Week, DGE-BV, DEGUM, EFSUMB)	
Kade, Barbara	nein	nein	Nein	Nein	nein	nein	Mitglied: nein, Wissenschaftliche Tätigkeit: nein, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Professor Dr. med. Kanzler, Stephan	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGVS/ Mitglied, Wissenschaftliche Tätigkeit: DKG/Mitglied, Klinische Tätigkeit: AIO/ Mitglied, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: GFGB/ Mitglied	COI: keine: keine
Dr. Klein, Michael	Nein	Nein	Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DAEM (Dt. Akademie Ernährungsmedizin)	COI: keine: keine
Dipl.-Troph. Klug, Lars	keine	keine	keine	keine	keine	keine	Mitglied: keine, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine, Klinische Tätigkeit: keine, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	Keine
Professor Dr. med. Knabbe, Cornelius	keine	keine	keine	keine	keine	keine	Mitglied: keine, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine, Klinische Tätigkeit: keine, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	COI: keine: keine
Koffmane, Andreas	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Pilotstudie im Fachbereich Osteopathie mit der übergeordneten Themenbezeichnung: Kann die CV-4-Technik einen effektiven Beitrag zur Verbesserung von Migräne-Symptomen leisten?, Klinische	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Tätigkeit: Klinisch praktische Studie am Patienten im Rahmen des o.g. osteopathischen Pilotprojekts: Kann die CV-4-Technik einen effektiven Beitrag zur Verbesserung von Migräne-Symptomen leisten? , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Vortrag ausgewählter Themen (z.B. Funktionalität und Beteiligung der Wirbelsäule an akuten und chronischen Schmerzsyndromen) im Rahmen interner und externer Fortbildungen für Arbeitskollegen in Physiotherapiepraxen sowie für Patienten an Informationsabenden.	
Kreckel, Hannelore	Nein	Nein	Deutsche Gesellschaft für Onkologische Pharmazie (DGOP)	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
Professor Dr. Krug, Utz	Sander Stiftung	JazzPharma, Johnsson Johnsson	Celgene / BMS	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Arbeitsgemeinschaft der Hämatologen und Onkologen im Krankenhaus (ADHOK), Vorstandsmitglied, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, ordentliches Mitglied. Im Jahr	Industriefinanzierte Advisory Boards zu AML, kein unmittelbarer Themenbezug COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							2019 Teilnahme an wissenschaftlichen Beiratssitzungen, Mitglied: AML-Studiengruppen "AMLCG" sowie "SAL", Arbeitsgruppenleiter der gemeinsamen Arbeitsgruppe "Registerstudien", Mitglied: Deutsche Krebshilfe. Ausschußmitglied Fachausschuß Versorgungsforschung, Wissenschaftliche Tätigkeit: Genetische und epigenetische Prognosefaktoren sowie Behandlungsoptimierung der akuten myeloischen Leukämie, Klinische Tätigkeit: Behandlung von stationären und ambulanten Patienten aus dem gesamten Spektrum der Hämatologie und internistischen Onkologie, inkl. Blasen-Ca., sowie von Palliativpatienten auf der Palliativstation der Medizinischen Klinik 3	
Dr. med. Körber, Jürgen	keine	keine	keine	Nein	keine	keine	Mitglied: Dt. Krebsgesellschaft DGIM DGVS DGHO, Wissenschaftliche Tätigkeit: LARS Ernährung Rehabilitation, Klinische Tätigkeit: Rehabilitation onkolog. Patienten, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	keinen COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dipl.Soz.Wiss. Langer, Thomas	Nein	Nein	AWMF	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Netzwerk evidenzbasierte Medizin (EbM-Netzwerk)	COI: keine: keine
Professor Dr. Lorenzen, Sylvie	Astellas	MSD	BMS	Lilly	Nein	Nein	Nein	industriefinanzierte Advisoryboard/Gutachtertätigkeit Astellas/MSD unklarer direkter Bezug Magenkarzinom - medikamentöse Therapie COI: moderat: Stimmenthaltung bzw. Doppelabstimmung
Dr. Mahlberg, Rolf	nein	AMGEN, ASTRA ZENECA, Beigene, Novartis	ONCOCEPTIDS	Nein	Beteiligung an unterschiedlichen Studien. Keine Phase I oder II	nein	Mitglied: ESMO, EHA, DGHO, AIO, ASCO, ASH, AGORS, AGIHO, SPIG, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine, Versorgungsmedizin, Klinische Tätigkeit: Tumoren des oberen GI- Traktes Hämatologie Mammakarzinom, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Dozent am Medizincampus Trier Organisation regionaler Fortbildungsveranstaltungen 2020- 2021 President des SPIG-Kongresses, Persönliche Beziehung: nein	Verschiedene industriefinanzierte Advisory-Board-Tätigkeiten zu medikamentöser Therapie von malignen Tumoren, kein direkter thematischer Bezug zu Magenkarzinom COI: keine: keine
Mathies, Viktoria	Nein	Nein	DKG AG PRIO, Stiftung	Deutsche Gesellschaft	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Krebsgesellschaft, AG PRIO	COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Perspektiven für Menschen in Koop. mit Hautkrebs- Netzwerk Deutschland , Ortenau Klinikum Offenburg- Kehl	für Ernährung e.V.			(Sprecherin des AK Ernährung), Mitglied: Mitglied der Zertifizierungskommission von OnkoZert für das Viszeralonkologische Zentrum und das Darmkrebszentrum., Wissenschaftliche Tätigkeit: Mangelernährung bei onkologischen Patient:innen; Leitliniensekretariat S3 Leitlinie "Ernährung und Ernährungsmedizin in der Onkologie", Klinische Tätigkeit: Ernährungsberatung onkologischer Patienten	
Professor Dr. med. Messmann, Helmut	Lumendi, Boston Scientific, Erbe, Olympus, Covidien, Takeda	Ambu, Covidien	Falk Foundation, Olympus, Covidien, Norgine, endoscopy campus, Ipsen, Servier Deutschland, Medflix	Nein	Olympus (ESD- Register, Satisfai	Nein	Nein	industriefinanzierte Advisoryboardtätigkeiten im Bereich Endoskopie COI: moderat: Stimmhaltung bzw. Doppelabstimmung
Professor Dr. med. Möhler, Markus	Lilly, BMS, MSD, Amgen, Merck Serono, Pfizer FALK- Foundation,	Nein	Falk, Nordic, Amgen, Roche, mci, Lilly, MSD, Merck Serono BMS, ESMO,	siehe PubMed	DKH, CI3-Cluster, BMBF, EKF Amgen, BMS, Taiho, MSD, AIO, EORTC, HORIZON EU, BMBF	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: GI Onkologie, Klinische Tätigkeit: GI Onkologie und EUS, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Post ASCO, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Post ESMO	Industriefinanzierte Advisory-Board-Tätigkeiten und Vortragstätigkeiten mit thematischem Bezug. Da nicht näher spezifiziert Geringe und moderate

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
	ESMO, EORTC, ASCO, Taiho, Beigene, DKG, BMBF, DFG Horizon EU		EORTC, ASCO, Taiho, Beigene, AIO					Interessenkonflikte für medikamentöse Therapie des Magenkarzinoms COI: moderat: Stimmenthaltung bzw. Doppelabstimmung
Prof. Dr. Mönig, Stefan	MSD Merck	MSD	MSD	BMS	BMS	Astellra	Nein	Industriefinanzierte Adboardtätigkeit MSD; Vorträge/Webinare/Forschung MSD; Astellas; BMS, COI: moderat: Stimmenthaltung bzw. Doppelabstimmung
Neulinger, Charlotte	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
Professor Dr. Dr. Nicolay, Nils	Nein	Novocure	Merck, Sunpharma	Nein	Novocure	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für biologische Strahlenforschung, Mitglied: European Society for Radiation Oncology, Wissenschaftliche Tätigkeit: Kopf-Hals-Karzinome Strahlentherapie Strahlenbiologie, Klinische Tätigkeit: Kopf-Hals-Karzinome Strahlentherapie Strahlenbiologie	Forschungsvorhaben/Adboard Novocure Therapie TTFIELDS - vermutlich nicht in Leitlinie adressiert? COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. Nothacker, Monika	keine bezahlten Tätigkeiten	- Versorgungsforschungsprojekt INDiQ (Messung von Indikationsqualität aus Routinedaten - Vergütung wie angegeben - Steuergruppe Nationaler Krebsplan keine Vergütung, IQTIG	Berlin School of Public Health	Nein	Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), Netzwerk Universitätsmedizin, BMG, Netzwerk UNiversitätsmedizin 2.0, G-BA Innovationsfonds	nein	Mitglied: - Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (Mitglied) - Deutsche Krebsgesellschaft (Mitglied bis 12/2020) - Guidelines International Network/GRADE Working Group (Mitglied), Wissenschaftliche Tätigkeit: Leitlinien und Leitlinienmethodik. Priorisierung von Leitlinienempfehlungen (Gemeinsam Klug Entscheiden), Qualitätsindikatoren, themenbezogene Reviews, Klinische Tätigkeit: keine klinische Tätigkeit, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leitlinienseminare für Leitlinienentwickler/-berater im Rahmen des Curriculums für Leitlinienberater der AWMF 1-3/Jahr, Persönliche Beziehung: nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Nöthlings, Ute	Nein	Nein	Nein	Nein	BMBF, Land NRW, DFG, BMBF, DFG, Alpro Foundation	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Ernährung	Industriefinanzierte Studie, kein thematischer Bezug COI: keine: keine
Professor Dr. med. Ott, Katja	Nein	Nein	Falk Foundation, Falk Foundation	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGAV CAOGI ACO AG Gender, Mitglied: Krebsgesellschaft, Mitglied: DGVS	Vortragstätigkeit FALK Foundation ohne thematischen Bezug COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Gendermedizin, Wissenschaftliche Tätigkeit: Responseprädiktion und Reponseevaluation(molekular/PET /Klinisch) Ösophagus/Magenkarzinom Chirurgische Onkologie Magen/Ösophaguskarzinom Gendermedizin , Klinische Tätigkeit: Onkologische Chirurgie	
Paradies, Kerstin	Nein	astraZeneca	Astra Zeneca	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied in der DKG e.V. Mitglied/ Vorstandssprecher KOK	Industriefinanziertes Adboard Astra Zeneca nicht zum Thema Magenkarzinom COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion bzw. Doppelabstimmung
Professor Dr. med. Quante, Michael	TheraMe!	Servier, Lilly, MSD, BMS,	Nein	Nein	DFG, NCI, HIH, Sander,	Nein	Mitglied: DGVS, AGA, Wissenschaftliche Tätigkeit: Scientific Research group leader at Uniklinikum Freiburg	Mehrere industriefinanzierte Adboard-Tätigkeiten im Bereich medikamentöse Therapie des Magenkarzinoms COI: moderat: Stimmenthaltung bzw. Doppelabstimmung
Professor Dr. med. Röcken, Christoph	Bristol-Myers Squibb	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Pathologie e.V., Wissenschaftliche Tätigkeit: BV Pathologie e.V.	ADBord und Vortragstätigkeit BMS Immuncheckpointinhibitoren - medikamentöse Therapie MAgenkarzinom

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
								COI: moderat: Stimmenthaltung bzw. Doppelabstimmung
Professor Dr. med. Schmidt, Thomas	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: AdP - Arbeitskreis der Pankreatektomierten Wissenschaftlicher Beirat	COI: keine: keine
Prof. Dr. Schreyer, Andreas	Nein	Nein	Bayer Vital GmbH, Siemens healthineers	Nein	Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Abdominelle Radiologie, Onkologie	industriefinanziert Vortragstätigkeit ohne direkten Bezug zum MAgenkarzinom COI: keine: keine
PD Dr. med. Schulz, Christian	Koordinator helicobacter Leitlinie s2k	arbeitsgruppenleiter maastricht/ Konsensus VI	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. med. Tannapfel, Andrea	fachpath. Stellungnahmen für Sozialgerichte u. Berufsgenossenschaften	nein	Falk, Merck, Amgen, Pfizer, MedUpdate	nein	Roche, Pfizer, Amgen	nein	Mitglied: DGVS, DGAV, DGE-BV, DGP, Wissenschaftliche Tätigkeit: Tumorpathologie, Umweltpathologie, Klinische Tätigkeit: nein, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	Vortragstätigkeiten industriefinanziert, Forschungsvorhaben Roche, Amgen, Pfizer unklarer thematischer Bezug COI: moderat: Stimmenthaltung bzw. Doppelabstimmung
PD Dr. med. Thuss-Patience, Peter	Nein	Novartis, Lilly, MSD, BMS, AstraZeneca, Daiichi, Merck, Astellas	MSD, AstraZeneca	Nein	Merck /Pfizer	Nein	Mitglied: ASCO, DGK, AIO, ESMO, DGHO, Wissenschaftliche Tätigkeit: upper GI Oncology, Klinische Tätigkeit: upper GI	zahlreiche industriefinanzierte Advisoryboardtätigkeiten - medikamentöse Therapie des

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							oncology	Magenkarzinoms COI: moderat: Stimmenthaltung bzw. Doppelabstimmung
apl. Prof. Dr. nat. Unverzagt, Susanne	MHH Hannover, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM), Universitätsklinikum Erlangen Psychosomatische und Psychotherapeutische	Klinik für Pneumologie Medizinische Hochschule Hannover (MHH), UNIVERSITÄTSMEDIZIN der Johannes Gutenberg-Universität Mainz III. Medizinische Klinik und Poliklinik	Universität Leipzig, AWMF	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für evidenzbasierte Medizin, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin, European General Practice Research Network, Wissenschaftliche Tätigkeit: Systematische Übersichten zu verschiedenen Fachbereichen der Allgemeinmedizin, Kardiologie und Onkologie	Zahlreiche Honorare für Evidenzberichte für medizinische Fachgesellschaften im Rahmen von Leitlinienerstellungen COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
	Abteilung, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V., Martha-Maria Krankenhaus Halle- Dölau gGmbH, Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie e.V., Universität Dresden, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, Deutsche Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V., Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe							

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
	e.V., DontBePatient Intelligence GmbH Brienner Straße7 80333 München							
Dr. med. Utzig, Martin	Nein	Nein	Institut für Qualität in der Onkologie (IGO) GmbH	Nein	Nein	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft, Entwicklung von Qualitätsindikatoren von S3-Leitlinien	Erstellung der Qualitätsindikatoren COI: keine: Keine, als beteiligter Methodiker nicht Abstimmungsberechtigt bei Vorabstimmung und Konsensuskonferenzen
Professor Dr. med. Venerito, Marino	Nein	BAYER VITAL GmbH, Nordic, BMS, Daiichi sankyo, AstraZeneca, MSD, BMS, Esteve, Nordic, Eisai, Servier, Ipsen	BAYER VITAL GmbH, Lilly, Daiichi sankyo, AstraZeneca, MSD, Servier, Merck Serono, Sirtex	Astrazeneca, Esteve, Ipsen	Nein	Nein	Nein	Zahlreiche industriefinanzierte Advisoryboards - medikamentöse Therapie des Magenkarzinoms COI: moderat: Stimmenthaltung bzw. Doppelabstimmung
apl. Prof. Dr. med. Wedding, Ulrich	Berlin Chemie, Onkowissen	MEDAC	K und L Kongress Update GmbH, Kyowa Kirin, MEDAC, Streamed-Up, BMS, Solution	Elsevier-Verlag, Springer Heidelberg	Innofond, Netzwerk Universitätsmedizin	GSK Aktien 300 Stück, Bayer AG 100 Stück	Mitglied: Landesärztekammer Thüringen Mitglied des Vorstands, Mitglied: AIO Sprecher der AG Geriatriische Onkologie, Mitglied: Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin der Deutschen Krebsgesellschaft -	GSK und Bayer Aktien - kein unmittelbarer thematischer Bezug zu Magenkarzinom COI: keine: keine Industriefinanzierte Advisoryboardtätigkeit nicht

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Akademie				Stellvertretender Sprecher, Mitglied: Vorsitzender des Vorstands der Hospiz und Palliativ-Stiftung Jena, Wissenschaftliche Tätigkeit: Geriatriische Onkologie , Wissenschaftliche Tätigkeit: Palliativmedizin, Klinische Tätigkeit: Palliativmedizin, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Vorsitzender der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen	mit unmittelbarem Bezug zum Magenkarzinom (Medac?) Vorträge von BMS finanziert COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion
Prof. Weimann, Arved	Nein	Nein	Fresenius Kabi Deutschland , B. Braun , Falk Foundation , Hochschule Anhalt , Abbott, Baxter, Memomed, Deutsche Akademie für Ernährungsmedizin e.V.	Nein	Mucos , B. Braun , SECA	Nein	Mitglied: DGCH, DGAV, DGEM, DEGUM, DIVI, DKG European Society for Clinical Nutrition and Meatbolism (ESPEN), American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN), Mitglied: Arbeitsgruppenleiter: Leitlinie Perioperative Ernährung Mandatsträger für die Leitlinien Ösophaguskarzinom, Frailty, Klinische Ernährung Onkologie, Pankreas Komplementärmedizin, POMGAT, , Mitglied: Sächsische Landesärztekammer (SLAEK): Mitglied der Lebendspendekommission, Ärztliche Ausbildung , Mitglied: BÄK - AG Verfahrensgrundsätze	Industriefinanzierte Vortragstätigkeiten zu Ernährungsmedizinischen Aspekten COI: gering: Limitierung von Leitungsfunktion

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							und Ethik der STÄKO Organtransplantation , Wissenschaftliche Tätigkeit: Perioperative Ernährung - Konditionierung von viszeralchirurgischen Hochrisikopatienten , Klinische Tätigkeit: Visceralchirurgie / Perioperative Ernährung - Konditionierung von viszeralchirurgischen Hochrisikopatienten , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Fortbildungsveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. in Leipzig/Machern	
Wenzel, Gregor	Nein	Nein	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
PD Dr. med. Wirz, Stefan	Obstipation, AtraZeneca; KyowaKirin; Viatris; Sandoz	Obstipation, AtraZeneca; KyowasKirin; Viatris; sandoz	Grünenthal, KyowaKirin, Viatris, Besins Health Care	Nein	keine	keine	Mitglied: Deutsche Schmerzgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin	COI: keine: keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Bund Deutscher Anästhesisten Sertürner Gesellschaft , Wissenschaftliche Tätigkeit: Obstipation, Opioide, Tumorschmerz, Chronifizierung von Schmerzen, Kopf- Gesichtsschmerz, Akutschmerz, Cannabinoide, Klinische Tätigkeit: Schmerzmedizin Palliativmedizin Anästhesiologie Intensivmedizin , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Arbeitskreis Tumorschmerz zeitweise Programmkommission Deutscher Schmerztage Anästhesietag der GFO, Persönliche Beziehung: nein	
von Grundherr, Julia	Nein	Nein	Vorträge/Seminare für Freiraum Seminare, DGE, PRIO der DKG. Erhalt des Nutricia Förderpreis 2020	Nein	GBA Innovationfond, Hamburger Krebsgesellschaft e.V., Allergosan Institut	Nein	Mitglied: Mitglied des VDD, Sprecherin der AG Ernährung der PRIO der DKG, Mitarbeit in dem AK Ernährung, Stoffwechsel und Bewegung der DGHO, Wissenschaftliche Tätigkeit: Cancer Survivorship/AYAs, Geruchs- und Geschmackseinschränkungen	COI: keine: keine

8. Verbreitung und Implementierung

- a. Verfügbarmachung einer Patientenleitlinie
- b. Erstellung der Qualitätsindikatoren
- c. Publikation der Leitliniendokumente auf den Internetseiten der AWMF, Leitlinienprogramm-Onkologie und DGVS
- d. Publikation der aktualisierten Leitlinieninhalte in Fachzeitschriften
- e. Bundesweite Fortbildungsveranstaltungen
- f. Vorstellung auf Fachkongressen

9. Anlagen

9.1. Recherche nach Internationalen Qualitätsindikatoren

9.1.1. Rechercheauftrag

Die Recherche wurde vom Bereich Infoplattform (Steffi Derenz) zwischen dem 08.07.2024 und 22.07.2024 durchgeführt.

Als Recherchevokabular wurden folgende Begriffe verwendet:

Population:

Erwachsene Patienten mit Adenokarzinom des Magens und ösophagogastralen Übergangs in allen Versorgungssettings (ambulant/stationär).

gastric, stomach, esophagogastric, oesophagogastric, gastroesophageal, gastrooesophageal, esophago-gastric, oesophago-gastric, gastro-esophageal, gastro-oesophageal

AND (cancer* OR carcinoma* OR tumor* OR tumour* OR neoplas* OR malign* OR adenocarcinoma*)

Intervention:

MesSH: Quality Indicators, Health Care

Freitext: "quality indicator" OR "quality indicators" OR "performance indicator" OR "performance indicators" OR "quality measure" OR "quality measures" OR "indicator of quality" OR "indicators of quality" OR "performance measure" OR "performance measures"

Es wurde eine Updaterecherche erstellt. Die letzte Suche fand am 08.06.2018 statt. Bei der aktuellen Suche erfolgte deshalb eine Einschränkung des Suchzeitraums vom: 08.03.2018 bis 08.07.2024 (mit einem Überschneidung von drei Monaten).

Sprachrestriktionen: englisch, deutsch

Weitere Einschränkungen bezüglich spezifischer Subgruppen innerhalb der Zielpopulation erfolgten nicht.

Die Suche wurde in folgenden Quellen durchgeführt:

- Literaturdatenbank:
PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/advanced>

- Webseiten internationaler Agenturen im Bereich medizinische Qualitätssicherung/Qualitätsmessung/Qualitätsindikatoren

Recherchestrategie und -vokabular (der Population) richten sich nach Möglichkeit an der Leitlinie aus. Die Strategie wurde modifiziert und um Begriffe des ösophagogastralen Übergang erweitert. Im Punkt 2 ist die Recherchestrategie dokumentiert.

9.1.2. Recherchestrategien

9.1.2.1. Bibliographische Datenbank

9.1.2.1.1. PubMed

Recherche erfolgte am: 08.07.2024

#	Searches	Treffer
1	"stomach neoplasms"[mh]	114.420
2	gastric[tiab] OR stomach[tiab] OR esophagogastric[tiab] OR oesophagogastric[tiab] OR gastroesophageal[tiab] OR gastrooesophageal[tiab] OR esophago-gastric[tiab] OR oesophago-gastric[tiab] OR gastro-esophageal[tiab] OR gastro-oesophageal[tiab]	414.721
3	cancer*[tiab] OR carcinoma*[tiab] OR tumor*[tiab] OR tumour*[tiab] OR neoplas*[tiab] OR malign*[tiab] OR adenocarcinoma*[tiab]	4.248.433
4	#2 AND #3	170.772
5	#1 OR #4	190.504
6	quality indicators, health care[mh]	25.493
7	"quality indicator"[tiab] OR "quality indicators"[tiab] OR "performance indicator"[tiab] OR "performance indicators"[tiab] OR "quality measure"[tiab] OR "quality measures"[tiab] OR "indicator of quality"[tiab] OR "indicators of quality"[tiab] OR "performance measure"[tiab] OR "performance measures"	36.402
8	#6 OR #7	55.536
9	#5 AND #8	201
10	#9 Filters: English, German, from 2018/3/8 - 2024/7/8	106

9.1.2.2. Internationale Qualitätsindikatorenprojekte/-programme

Recherche erfolgte am: 12.07.2024

Institution	Quelle	Treff er QIs
ISD (Scotland Health Indicators)	https://archive.healthcareimprovementscotland.scot/www.healthcareimprovementscotland.org/OG-Cancer-QPIs-v5-0de05.pdf?docid=80750ea2-593e-45d4-964b-30f26645cd74&version=-1 https://www.publichealthscotland.scot/media/18518/2023_03_21_upper-gi_qpi_phs-summary.pdf	12
NHS (National Health Services)	Indicators for Quality Improvement https://digital.nhs.uk/data-and-information/clinical-indicators https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/index/All/Cancer	0
NQF (National Quality Forum)	Performance Measures http://www.qualityforum.org/QPS http://www.qualityforum.org/Home.aspx	0
KCE (Belgian Health Care Knowledge Centre)	https://kce.fgov.be/en/all-reports	0

9.1.3. Rechercheergebnisse

9.1.3.1. Bibliographische Datenbank

9.1.3.1.1. PubMed

Ausschlussgründe:

A1: kein passender QI (kein QI /QI anderer Entität/ unspezifischer QI/ QI ohne Ergebnisse) 98

A2: Publikationsart (z.B.: Letter, Editorial, nur Abstract) 5

A3: Doppelpublikation 0

A4: Volltext nicht verfügbar 0

Treffer nach Volltextsichtung: **3 Referenzen/ 31 QIs** (Anzahl der Treffer nach Titel- und Abstractsichtung: 10)

Wang et al. 2023 [1]

Indikator	Starke Empfehlung der S3-LL
QI 1: Lymphadenectomy ≥ 15 nodes Denominator: Curative intent operations	Nein. Vgl. Empfehlung 8.3 (EK, starker Konsens): Die Anzahl untersuchter und die Anzahl befallener regionärer Lymphknoten ist anzugeben. Vgl. Empfehlung 10.9 (EG A, LoE 1b, starker Konsens): Die Entfernung der regionären Lymphknoten von Kompartiment I und II (D2-Lymphadenektomie) soll bei der operativen Behandlung in kurativer Intention erfolgen. Vgl. Empfehlung 10.10 (EK, starker Konsens): Bei der D2-Lymphadenektomie ohne Splenektomie/ Pankreaslinksresektion <i>sollten mindestens 25 regionäre</i> Lymphknoten entfernt und histopathologisch untersucht werden. Vgl. Evidenzbasiertes Statement 10.11 (LoE 2a, starker Konsens): Für die Klassifikation von pN0 ist die Entfernung und histologische Untersuchung von <i>mindestens 16 regionären Lymphknoten</i> erforderlich.
QI 2: Resection of adjacent organs Denominator: Operative management	nein
QI 3: Roux en Y reconstruction Denominator: Curative intent operations	ja. Vgl. Empfehlung 10.7 (EK, starker Konsens): Es gibt keinen allgemein anerkannten Standard zur Rekonstruktion nach Gastrektomie oder subtotal distaler Magenresektion. Weltweit wird die ausgeschaltete ROUX-Schlinge bevorzugt verwendet. Alternativ kann mit dem Ziel der Verbesserung des nutritiven und funktionellen Outcomes nach Gastrektomie eine Rekonstruktion mit Pouchbildung erfolgen.
QI 4: Surgeon subspecialty trained Denominator: Operative management	Nein. Keine starke Empfehlung in der LL. Vgl. Zertifizierungssystem; Anforderung Magenoperateur: Facharzt für Viszeralchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Viszeralchirurgie (ab MWbO 2003, Stand 25.06.2010). Gleichwertig

Indikator	Starke Empfehlung der S3-LL
	anerkannt sind der Facharzt für Viszeralchirurgie nach älterer MWbO bzw. der Schwerpunkt Viszeralchirurgie nach älterer MWbO. Nicht anerkannt ist der Facharzt für Allgemeinchirurgie oder Facharzt für Viszeralchirurgie ohne Zusatzweiterbildung nach MWbO Stand 2010 oder später.
QI 5: Laparoscopic gastric resection for T1 disease Denominator: Patients with T1 disease	Nein. Vgl. Empfehlung 9.1. (EG A, LoE 3b)/9.2 (EG 0, LoE 2b, Konsens) → endoskopische Resektion, bzw. ggf. mit operativer Nachresektion (9.2) ohne Spezifikation des OP Verfahrens. OP-Verfahren → Vgl. Empfehlung 10.2 (EG 0, LoE 1a, Konsens): Bei Magenkarzinomen kann eine <i>minimalinvasive</i> subtotale distale Resektion oder Gastrektomie durchgeführt werden und ist einer offenen Resektion onkologisch gleichwertig, wobei bei lokal fortgeschrittenen Tumoren vor allem auch nach Vorbehandlung immer eine offene Operationsmethode zur Anwendung kommen kann.
QI 6: Neoadjuvant chemotherapy Denominator: Curative intent operations	Ja. Vgl. Empfehlung 11.1 (EG 0, LoE 1b, starker Konsens): Bei lokalisierten Adenokarzinomen des Magens oder gastroösophagealen Übergangs mit Kategorie cT2 N0 kann eine perioperative Chemotherapie durchgeführt werden. Vgl. Empfehlung 11.2 (EG A, LoE 1a, starker Konsens): Bei lokalisierten Magenkarzinom der Kategorien ≥ cT3 Tumoren und/oder N+ soll eine perioperative Chemotherapie durchgeführt, d.h. präoperativ begonnen und postoperativ fortgesetzt werden. Vgl. Empfehlung 11.3 (EG A, LoE 1a, starker Konsens) Beim nicht-fermetastasierten Adenokarzinom des gastroösophagealen Übergangs der Kategorien cT3 und resektablen cT4 Tumoren soll eine neoadjuvante

Indikator	Starke Empfehlung der S3-LL
	Radiochemotherapie gefolgt von adjuvanter Immuntherapie bei Nachweis vitaler Tumorzellen im Resektat oder eine perioperative Chemotherapie durchgeführt werden. Vgl. QI 7 und QI 8 CAVE: Diskrepanz zwischen altem QI und Empfehlung 11.2/11.3
QI 7: Adjuvant chemotherapy Denominator: Curative intent operations	Ja Vgl. Empfehlung 11.9 (EK, Konsens): Nach präoperativer Chemotherapie und anschließender Operation sollte die postoperative Chemotherapie fortgesetzt werden. Vgl. Empfehlung 11.10. (EK, starker Konsens): In diese Entscheidung sollen klinisches Ansprechen, Verträglichkeit der Chemotherapie, Allgemeinzustand und Regressionsgrad einfließen. Vgl. Empfehlung 11.12 (EK, starker Konsens): Eine adjuvante Therapie mit zielgerichteten Substanzen alleine oder in Kombination mit Chemotherapie soll außerhalb von Studien nicht durchgeführt werden. Vgl. Empf. 11.2/11.3 und QI7/8
QI 8: Preoperative staging CT Denominator: Operative management	Ja. Vgl. Empfehlung 7.2 (EK, starker Konsens): Eine Fernmetastasierung soll mittels Sonographie, CT-Thorax und CT-Abdomen inklusive Becken ausgeschlossen werden. Vgl. Empfehlung 7.4 (EG A, LoE 2b, starker Konsens): Bei Patienten mit kurativem Therapieansatz soll die CT mit i.v.-Kontrastmittel und Distension des Magens mit oralem Kontrastmittel oder Wasser durchgeführt werden. Vgl. Empfehlung 7.5 (EG B, LoE 2a, starker Konsens): Die MRT sollte

Indikator	Starke Empfehlung der S3-LL
	Patienten vorbehalten sein, bei denen keine CT durchgeführt werden kann.
QI 9: Preoperative staging CT documentation of para-aortic lymph node involvement Denominator: Operative management	Nein. Keine Empfehlung in der LL zu CT Dokumentation von LK bzw. paraaortalen LK
QI 10: Preoperative tumour markers Denominator: Operative management	Ja Vgl. Evidenzbasiertes Statement (LoE 2a, starker Konsens): Es gibt keine Evidenz für einen Nutzen der Bestimmung von Tumormarkern.(Kapitel: prognostische und prädiktive Parameter/Staging)
QI 11: Preoperative pathological diagnosis Denominator: Operative management	Ja, bisher kein QI. Vgl. Empfehlung 6.4 (EG A, LoE 4, starker Konsens): Es sollen Biopsien aus allen suspekten Läsionen genommen werden, um eine sichere Diagnostik von malignen Veränderungen im Ösophagus und im Magen zu gewährleisten.
QI 12: Cytology of peritoneal lavage positive for malignant cells Denominator: Patients undergoing peritoneal lavage	Nein. Vgl. Empfehlung 7.8 (EG B, LoE 1a, starker Konsens): Die Staging-Laparoskopie verbessert die Therapieentscheidungen beim lokal fortgeschrittenen Magenkarzinom (Insbesondere cT3, cT4) und sollte vor Beginn der neoadjuvanten Therapie durchgeführt werden.
QI 13: Documentation of informed consent Denominator: Operative management	Nein. Vgl. Konsensbasiertes Statement 16.4 (EK, starker Konsens): Die maßgeblichen Kriterien bei der Entscheidung über Beginn, Fortsetzung oder Beendigung einer medizinischen Maßnahme sind die medizinische Indikation und die Einwilligung des Patienten. Vgl. Empfehlung 16.6 (EK, starker Konsens): Im Behandlungsverlauf soll regelmäßig geprüft werden, ob die medizinische Indikation und die Einwilligung des Patienten mit einer nicht-heilbaren Magenkrebserkrankung für die einzelnen medizinischen Maßnahmen

Indikator	Starke Empfehlung der S3-LL
	noch bestehen, und ggf. eine Anpassung des Therapieplans oder eine Therapiezieländerung erfolgen.
QI 14: Documentation of thromboembolic prophylaxis Denominator: Operative management	Nein. Vgl. 3.2.2, S3 LL Prophylaxe der venösen Thrombembolie, keine Empfehlung in der LL Magenkarzinom
QI 15: Documentation of post-operative dietary guidance Denominator: Operative management	nein. →Prä- bzw. perioperative Ernährungstherapie vgl. Kapitel 14.2 LL Vgl. Empfehlung: 14.1(EK, starker Konsens): Der Ernährungsstatus soll bei allen Tumorpatienten, beginnend mit der Diagnosestellung, bei jeder stationären Aufnahme und ambulantem Patientenkontakt beurteilt werden. Im Falle eines auffälligen Ergebnisses soll der Ernährungsstatus genauer erfasst werden (Assessment), um Interventionen frühzeitig einleiten zu können. Vgl. Empfehlung 14.3 (EK, starker Konsens): Patienten sollen eine Ernährungstherapie erhalten, wenn der Ernährungszustand so weit kompromittiert ist, dass ein hohes Risiko für Komplikationen besteht oder eine geplante onkologische Therapie deshalb nicht durchgeführt werden kann. Vgl. Empfehlung 14.6 (EK, starker Konsens): Zur Begleitung während einer multimodalen Therapie und zur Vorbereitung auf die funktionellen Auswirkungen einer Ösophagektomie oder Gastrektomie soll bereits präoperativ eine Ernährungsfachkraft hinzugezogen einbezogen werden. Vgl. Empfehlung 14.8 (EG B, LoE 1a, starker Konsens): Mangelernährte Patienten mit hohem ernährungsmedizinischem Risiko sollten für eine Dauer von 10 – 14 Tagen präoperativ eine gezielte Ernährungstherapie erhalten, auch wenn

Indikator	Starke Empfehlung der S3-LL
	dafür die Operation verschoben werden muss. →Postoperativ: Empfehlung 14.12 (EK, starker Konsens): Postoperativ sollten vor allem im ersten Jahr mehrfach Verlaufskontrollen des Ernährungsstatus (ggf. mit Wiederholung der Ernährungsberatung) zur Frage der Indikation für eine Supplementierung der Ernährung erfolgen. Vgl. Zertifizierungsdokumente Datenblatt Magenkarzinom, KeZa 17, Ernährungsstatus mit NRS und BMI
QI 16: Documentation of patient's understanding of medical findings Denominator: All patients in study	Vgl. Zertifizierungsdokumente (EB): dokumentierte Aufklärung und Entlassgespräche. Keine Empfehlung in der LL, Übernahme aus der S3 LL Psychoonkologie, dort EK 4.5 HG Text (alt) (S 183): Befragungen von Krebspatienten ergeben übereinstimmend Defizite hinsichtlich ihrer Bedürfnisse nach Information; sie zählen zu den wichtigsten und häufigsten ‚unmet needs‘ von Krebspatienten aller Diagnosen und Krankheitsstadien [1000], [1001]. Studien belegen günstige Auswirkungen angemessener Aufklärung und Informationsvermittlung hinsichtlich Krankheitsverarbeitung, besserem psychischen Befinden und höherer Lebensqualität [1002], [1003], [1004], [1005].
QI 17: Pre-treatment endoscopy documentation Denominator: All available reports	Nein. Vgl. ggf. Empfehlung 6.2 (EG A, LoE 1a, starker Konsens): Zur Primärdiagnostik des Adenokarzinoms des Magens oder gastroösophagealen Übergangs soll die hochauflösende Videoendoskopie eingesetzt werden. Und Empfehlung 6.4 (EG A, LoE4, starker Konsens): Es sollen Biopsien aus allen

Indikator	Starke Empfehlung der S3-LL
	suspekten Läsionen genommen werden, um eine sichere Diagnostik von malignen Veränderungen im Ösophagus und im Magen zu gewährleisten. Und 6.5 (EG B, LoE 2, Konsens): Kommt therapeutisch eine endoskopische Resektion in Betracht, sollten zur Detektion einer Helicobacter-Infektion und präneoplastischer Konditionen Biopsien aus endoskopisch nicht vom Tumor befallener Magenschleimhaut entnommen werden. Und 6.6. (EK, starker Konsens): Dysplasien/Intraepitheliale Neoplasien des Magens und gastroösophagealen Übergangs sollen nach WHO in Low-Grade und High-Grade unterschieden werden Und ggf. 6.8(EG A, LoE 1b)/6.9 (EK, starker Konsens)
QI 18: Surgical findings documentation pertaining to reconstruction method and lymphadenectomy extent Denominator: Curative intent operations	Es gibt keine Empfehlung hinsichtlich der Dokumentation des operativen Befundes. Ggf. Histologiebefund → Empfehlung 8.3 (EK, starker Konsens) Vgl. 10.7 (EK, starker Konsens): Es gibt keinen allgemein anerkannten Standard zur Rekonstruktion nach Gastrektomie oder subtotal distaler Magenresektion. Weltweit wird die ausgeschaltete ROUX-Schlinge bevorzugt verwendet. Alternativ kann mit dem Ziel der Verbesserung des nutritiven und funktionellen Outcomes nach Gastrektomie eine Rekonstruktion mit Pouchbildung erfolgen. 10.9 (EG A, LoE 1b): Die Entfernung der regionären Lymphknoten von Kompartiment I und II (D2-Lymphadenektomie) soll bei der operativen Behandlung in kurativer Intention erfolgen. 10.10. (EK, starker Konsens): Bei der D2-Lymphadenektomie ohne Splenektomie/Pankreaslinksresektion sollten mindestens 25 regionäre Lymphknoten entfernt und histopathologisch untersucht werden.

Indikator	Starke Empfehlung der S3-LL
	10.11 (evidenzbasiertes Statement, LoE 2a, starker Konsens): Für die Klassifikation von pN0 ist die Entfernung und histologische Untersuchung von mindestens 16 regionären Lymphknoten erforderlich.
QI 19: Surgical findings documentation all others Denominator: Operative management	Keine Empfehlung dazu.
QI 20: Post-operative surveillance for 3 years annually Denominator: Patients who remain alive 3 years post-operatively	nein Vgl. Empfehlung 15.1 (EK, starker Konsens): Patienten nach kurativer Therapie eines Karzinoms des Magens oder gastroösophagealen Übergangs soll eine strukturierte ganzheitliche Nachsorge angeboten werden. Vgl. konsensbasiertes Statement 15.2 (EK, starker Konsens): Die strukturierte Nachsorge sollte in den ersten zwei Jahren zumindest halbjährlich und danach bis zum 5. Jahr jährlich stattfinden. Empfehlung 15.3 (EK, starker Konsens): Die Nachsorge sollte klinische Kontrollen, Kontrollen des Ernährungsstatus und Schnittbildgebung, bei Symptomatik endoskopische Untersuchungen einschließen. Eine sozialmedizinische Anbindung soll angeboten werden.
QI 21: Endoscopic resection documentation Denominator: Patient who underwent procedure only	nein Aber zur Indikation und Durchführung schon: Vgl. Empfehlung 9.1 (EG A, LoE 3b, starker Konsens), 9.2 (EG 0, LoE 2b, Konsens), 9.3 (EK, starker Konsens), 9.4 (EK, Starker Konsens), 9.5 (EK, starker Konsens)
QI 22: Pathological findings documentation Denominator: All available pathology reports	Ja. Vgl. Empf. 8.1 (EK, starker Konsens): Die Stadieneinteilung und histologische Klassifikation der Karzinome des gastroösophagealen Übergangs und des Magens soll nach der jeweils aktuellen TNM-Klassifikation der UICC und nach der aktuellen WHO-Klassifikation erfolgen.

Indikator	Starke Empfehlung der S3-LL
	8.2 Empf. (EK, starker Konsens): Die pathologisch-anatomische Begutachtung soll vollständig und in standardisierter Form vorgenommen werden (siehe Angaben im Hintergrundtext). 8.3 Statement (EK, starker Konsens): Die Anzahl untersuchter und die Anzahl befallener regionärer Lymphknoten ist anzugeben.
QI 23: Margin negative resection Denominator: Curative intent operations	Ja. Siehe auch QI 1 LL. 8.2 Empf. (EK, starker Konsens): Die pathologisch-anatomische Begutachtung soll vollständig und in standardisierter Form vorgenommen werden (siehe Angaben im Hintergrundtext).
QI 24: Intraoperative blood transfusion Denominator: Operative management	Nein. Keine Empfehlung in der LL.
QI 25: Intraoperative complications Denominator: Operative management	Keine Empfehlung in der LL. Vgl. Zertifizierungsdokumente Datenblatt: Magen, KeZa 15 Mortalität
QI 26: Post-operative complications Denominator: Operative management	Keine Empfehlung in der LL. Vgl. Zertifizierungsdokumente Datenblatt: KeZa 14 postoperative Wundinfektionen, KeZa 12 Anastomoseninsuffizienz *III
QI 27: Return to the operating room Denominator: Operative management	Keine Empfehlung in der LL. Vgl. Zertifizierungsdokumente Datenblatt: KeZa 13 Revisionsoperationen
QI 28: Post-operative mortality Denominator: Operative management	Vgl. Zertifizierungsdokumente Datenblatt: KeZa 15 Mortalität
QI 29: Hospital patient volume Denominator: All patients in study	Keine Empfehlung in der LL. Vgl. Zertifizierungsdokumente, Basisdaten Magen

Watanabe et al. [2]

QI 1: intraoperative frozen section analysis of resection margin in gastric cancer surgery	Nein. Empfehlung Vgl. 10.4 (EG A, LoE 2b, Konsens): Analog der ESMO Guidelines sollte für Magenkarzinome Stadium IB-II bei expansivem Wachstum (u.a. intestinaler Typ nach Lauren) ein Sicherheitsabstand von 3 cm, bei infiltrativem Wachstum (diffuser Typ nach Lauren/ poorly cohesive) ein Sicherheitsabstand von 5 cm nach oral eingehalten werden. Ist dies nicht möglich, sollte ein Schnellschnitt des gesamten Absetzungsrandes erfolgen.

Xin et al. [3]

Indikator	Starke Empfehlung der S3-LL
QI 1: Complete resection rate of Endoscopic submucosal dissection for gastrointestinal early cancer	Vgl. QI 3: R0 Resektion (Endoskopie), basierend auf Empfehlung 9.1 (EG A, LoE 3b, starker Konsens) und 9.3 (EK, starker Konsens)

9.1.3.2. Internationale Qualitätsindikatoren

Recherchedatum: 12.07.2024
Treffer: 1 (12 QIs)

9.1.3.2.1. Healthcare Improvement Scotland (HIS) u. Public Health Scotland (PHS) [4] und [5]

Indikator	Starke Empfehlung der S3-LL
QPI 1: Endoscopy <u>Numerator:</u> Number of patients with oesophageal or gastric cancer who undergo endoscopy who have a histological diagnosis made within 6 weeks of initial endoscopy and biopsy <u>Denominator:</u> All patients with oesophageal or gastric cancer who undergo endoscopy.	nein nein. Keine Empfehlung hinsichtlich des zeitlichen Abstands histologischer Befund und Biopsie.

Indikator	Starke Empfehlung der S3-LL
QPI 3: Multi-Disciplinary Team (MDT) Meeting <u>Numerator:</u> Number of patients with oesophageal or gastric cancer discussed at the MDT before definitive treatment. <u>Denominator:</u> All patients with oesophageal or gastric cancer <u>Exclusions:</u> Patients who died before first treatment.	Vgl. Zertifizierungsdokumente KeZa 2, Datenblatt, prätherapeutische Tumorkonferenz HG Text neu S 87: Nach erfolgter endoskopischer Resektion sollen die Patienten nochmals in einem interdisziplinären Tumorboard besprochen werden. Empfehlung 10.13 (EK, starker Konsens): Nach R1-Resektion beim Adenokarzinom des Magens und des gastroösophagealen Übergangs soll die Indikation für eine kurative Nachresektion überprüft werden. Falls dies nicht möglich ist, kann eine postoperative Radiochemotherapie nach Konsens in der interdisziplinären Tumorkonferenz durchgeführt werden. HG S 11.7: Die Wahl des neoadjuvanten Therapieverfahrens sollte daher in interdisziplinärer Abstimmung unter Würdigung der onkologischen Situation, des Alters und der Komorbiditäten erfolgen. Empfehlung 11.6 (EK, starker Konsens): Im Falle eines lokalen Tumorprogresses unter neoadjuvanter Therapie soll die Entscheidung über die weitere Therapie – insbesondere eine frühzeitige Operation – interdisziplinär getroffen werden
QPI 4: Staging and Treatment Intent Specification (i): <u>Numerator:</u> Number of patients with oesophageal or gastric cancer who have TNM stage recorded at MDT meeting prior to treatment. <u>Denominator:</u> All patients with oesophageal or gastric cancer who are discussed at MDT prior to treatment. Specification (ii): <u>Numerator:</u> Number of patients with oesophageal or gastric cancer who have treatment intent recorded at MDT meeting prior to treatment. <u>Denominator:</u> All patients with oesophageal or gastric cancer who are discussed at MDT prior to treatment.	Nein. Keine Empfehlung, dass die TNM oder die Intention in der Tumorkonferenz dokumentiert werden muss. Vgl. ggf. Empfehlung 7.1 (EK, starker Konsens): Das klinische Staging der Karzinome des gastroösophagealen Übergangs und des Magens soll auf der Grundlage der endoskopischen und bildgebenden Diagnostik nach der jeweils aktuellen klinischen TNM-Klassifikation der UICC erfolgen. Vgl. ggf. Empfehlung 8.1 (EK, starker Konsens): Die Stadieneinteilung und histologische Klassifikation der Karzinome des gastroösophagealen Übergangs und des Magens soll nach der jeweils aktuellen

Indikator	Starke Empfehlung der S3-LL
	TNM-Klassifikation der UICC und nach der aktuellen WHO-Klassifikation erfolgen. Vgl. ggf. Empfehlung 10.5 (EK, starker Konsens): Das Resektionsausmaß wird bestimmt durch Tumorlokalisierung, TNM-Kategorien und histologischen Typ (intestinaler versus diffuser Typ nach Laurén-Klassifikation).
QPI 5: Nutritional Assessment Specification (i): <u>Numerator:</u> Number of patients with oesophageal or gastric cancer who undergo nutritional screening with the MUST before first treatment. <u>Denominator:</u> All patients with oesophageal or gastric cancer. Specification (ii): <u>Numerator:</u> Number of patients with oesophageal or gastric cancer at high risk of malnutrition (MUST score of 2 or more) who are assessed by a dietitian. <u>Denominator:</u> All patients with oesophageal or gastric cancer at high risk of malnutrition (MUST score of 2 or more).	Ja. Vgl. Zertifizierungsdokumente Datenblatt Magenkarzinom, KeZa 17, Ernährungsstatus mit NRS und BMI Vgl. Empfehlung: 14.1(EK, starker Konsens): Der Ernährungsstatus soll bei allen Tumorkranken, beginnend mit der Diagnosestellung, bei jeder stationären Aufnahme und ambulantem Patientenkontakt beurteilt werden. Im Falle eines auffälligen Ergebnisses soll der Ernährungsstatus genauer erfasst werden (Assessment), um Interventionen frühzeitig einleiten zu können. Vgl. Empfehlung 14.3 (EK, starker Konsens): Patienten sollen eine Ernährungstherapie erhalten, wenn der Ernährungszustand so weit kompromittiert ist, dass ein hohes Risiko für Komplikationen besteht oder eine geplante onkologische Therapie deshalb nicht durchgeführt werden kann. Vgl. Empfehlung 14.6 (EK, starker Konsens): Zur Begleitung während einer multimodalen Therapie und zur Vorbereitung auf die funktionellen Auswirkungen einer Ösophagektomie oder Gastrektomie soll bereits präoperativ eine Ernährungsfachkraft hinzugezogen einbezogen werden. Vgl. Empfehlung 14.8 (EG B, LoE 1a, starker Konsens): Mangelernährte Patienten mit hohem ernährungsmedizinischem Risiko sollten für eine Dauer von 10 – 14 Tagen präoperativ eine gezielte Ernährungstherapie erhalten, auch wenn

Indikator	Starke Empfehlung der S3-LL
	dafür die Operation verschoben werden muss.
QPI 6: Appropriate Selection of Surgical Patients <u>Numerator:</u> Number of patients with oesophageal or gastric cancer who receive neo-adjuvant chemotherapy or chemoradiotherapy who then undergo surgical resection. <u>Denominator:</u> All patients with oesophageal or gastric cancer who receive neo-adjuvant chemotherapy or chemoradiotherapy.	Ja Vgl. Empfehlung 11.1 (EG 0, LoE 1b, starker Konsens): Bei lokalisierten Adenokarzinomen des Magens oder gastroösophagealen Übergangs mit Kategorie cT2 N0 kann eine perioperative Chemotherapie durchgeführt werden. Vgl. Empf. 11.2 (EG A, LoE 1a, starker Konsens): Bei lokalisierten Magenkarzinom der Kategorien $\geq$ cT3 Tumoren und/oder N+ soll eine perioperative Chemotherapie durchgeführt, d.h. präoperativ begonnen und postoperativ fortgesetzt werden. Vgl. Empfehlung 11.3 (EG A, LoE 1a,1a, starker Konsens): Beim nicht-fermetastasierten Adenokarzinom des gastroösophagealen Übergangs der Kategorien cT3 und resektablen cT4 Tumoren soll eine neoadjuvante Radiochemotherapie gefolgt von adjuvanter Immuntherapie bei Nachweis vitaler Tumorzellen im Resektat oder eine perioperative Chemotherapie durchgeführt werden. Vgl. auch QI 7 (perioperative Chemotherapie bei cT3 und cT4, M0) und 8 (perioperative Chemotherapie oder RCT bei cT3 und cT4, M0)
QPI 7: 30/90 Day Mortality Following Surgery <u>Numerator:</u> Number of patients with oesophageal or gastric cancer who undergo surgical resection who die within 30/90 days of treatment. <u>Denominator:</u> All patients with oesophageal or gastric cancer who undergo surgical resection.	Vgl. Zertifizierungsdokumente Datenblatt: KeZa 15 Mortalität
QPI 8: Lymph Node Yield <u>Numerator:</u> Number of patients with oesophageal or gastric cancer who undergo surgical resection where ≥ 15 lymph nodes are resected and pathologically examined.	Vgl. Empfehlung 8.3 (EK, starker Konsens) Vgl. Empfehlung 10.9 (EG A, LoE 1b, starker Konsens)

Indikator	Starke Empfehlung der S3-LL
<u>Denominator:</u> All patients with oesophageal or gastric cancer who undergo surgical resection.	Vgl. Empfehlung 10.10 (EK, starker Konsens) Vgl. Evidenzbasiertes Statement 10.11 (LoE 2a, starker Konsens)
QPI 9: Length of Hospital Stay Following Surgery <u>Numerator:</u> Number of patients undergoing surgical resection for oesophageal or gastric cancer who are discharged within 14 days of surgical procedure. <u>Denominator:</u> All patients undergoing surgical resection for oesophageal or gastric cancer	Nein
QPI 10: Resection Margins Specification (ii): <u>Numerator:</u> Number of patients with oesophageal or gastric cancer who undergo surgical resection in which longitudinal surgical margin is clear of tumor. <u>Denominator:</u> All patients with oesophageal or gastric cancer who undergo surgical resection.	Ja. Vgl. evidenzbasiertes Statement 10.3 (LoE 2a, starker Konsens): Ziel der kurativen Chirurgie des Magenkarzinoms ist die vollständige Entfernung des Tumors und der regionären Lymphknoten mit histologisch bestätigt tumorfreien proximalen, distalen und zirkumferentiellen Resektionsrändern (R0).
QPI 11: Curative Treatment Rates <u>Numerator:</u> Number of patients with oesophageal or gastric cancer who undergo curative treatment. <u>Denominator:</u> All patients with oesophageal or gastric cancer.	Nein.
QPI 13: HER2 Status for Decision Making <u>Numerator:</u> Number of patients with oesophageal or gastric adenocarcinoma undergoing first line palliative chemotherapy as their initial treatment for whom the HER2 status is reported prior to commencing treatment. <u>Denominator:</u> All patients with oesophageal or gastric adenocarcinoma undergoing first line palliative chemotherapy as their initial treatment.	Ja Vgl. Empfehlung 12.7 (EK, starker Konsens): Vor dem Einsatz einer palliativen medikamentösen Tumorthherapie sollen der HER-2-Status und der PD-L1 Status (CPS) und der MSI-Status als positive prädiktive Faktoren für eine Therapie mit Trastuzumab oder PD-1 Inhibitoren bestimmt werden. Vgl. Empfehlung 12.13 (EG A, LoE 1b, starker Konsens): Bei HER2-überexprimierenden Tumoren soll eine Platin-/Fluoropyrimidin-basierte Erstlinienchemotherapie um Trastuzumab ergänzt werden.

Indikator	Starke Empfehlung der S3-LL
	Empfehlung 12.14 (EK, starker Konsens): Bei HER2-überexprimierenden und PDL-1 überexprimierenden Tumoren (CPS ≥ 1) sollte eine Platin-/Fluoropyrimidin-basierte Erstlinienchemotherapie zusätzlich zu Trastuzumab um Pembrolizumab ergänzt werden. Empfehlung 12.16 (EG A, LoE 1a, starker Konsens): Patienten in gutem Allgemeinzustand soll eine Zweitlinien-Chemotherapie angeboten werden. Das zu wählende Behandlungsschema soll sich nach der jeweiligen Vortherapie sowie nach dem HER 2 Status und dem Mikrosatellitenstatus richten.
QPI 15: PD-L1 Status for Decision Making Specification (i): <u>Numerator:</u> Number of patients with oesophageal or gastric adenocarcinoma undergoing first line palliative chemotherapy as their initial treatment for whom the PD-L1 status is reported prior to commencing treatment. <u>Denominator:</u> All patients with oesophageal or gastric adenocarcinoma undergoing first line palliative chemotherapy as their initial treatment.	Ja. Vgl. Empfehlung 12.7 (EK, starker Konsens): Vor dem Einsatz einer palliativen medikamentösen Tumorthherapie sollen der HER-2-Status und der PD-L1 Status (CPS) und der MSI-Status als positive prädiktive Faktoren für eine Therapie mit Trastuzumab oder PD-1 Inhibitoren bestimmt werden. Empfehlung 12.14 (EK, starker Konsens): Bei HER2-überexprimierenden und PDL-1 überexprimierenden Tumoren (CPS ≥ 1) sollte eine Platin-/Fluoropyrimidin-basierte Erstlinienchemotherapie zusätzlich zu Trastuzumab um Pembrolizumab ergänzt werden. Empfehlung 12.15 (EK, starker Konsens): Zur Behandlung von Patienten mit HER 2 negativen und PD-L1 positiven Tumoren (definiert als CPS ≥ 1) sollte zu einer Fluoropyrimidin-/Platin-basierten Chemotherapie ein PD-1 -Inhibitor hinzugefügt werden. Der Nutzen hängt von der Höhe des PD-L1-/CPS-Status ab.

9.2. Literaturverzeichnis zur Recherche

1. Wang, Y., et al., *Quality performance indicator compliance for the treatment of gastric adenocarcinoma*. ANZ J Surg, 2023. 93(5): p. 1294-1299.
2. Watanabe, A., et al., *Intraoperative frozen section analysis of margin status as a quality indicator in gastric cancer surgery*. J Surg Oncol, 2023. 127(1): p. 66-72.
3. Xin, L., et al., *Utilization and quality assessment of digestive endoscopy in China: results from 5-year consecutive nationwide surveys*. Chin Med J (Engl), 2022. 135(16): p. 2003-2010.
4. Healthcare Improvement Scotland (HIS). *Oesophago-Gastric Cancer. Clinical Quality Performance Indicators. Version 5.0.* 2023 [visited:12.07.2024]; Available from: <https://archive.healthcareimprovementscotland.scot/www.healthcareimprovementscotland.org/OG-Cancer-QPIs-v5-0de05.pdf>.
5. Public Health Scotland (PHS). *Upper GI. Cancer Quality Performance Indicators. Patients diagnosed from January 2019 to December 2021.* 2023 [visited: 12.07.2024]; Available from: https://www.publichealthscotland.scot/media/18518/2023_03_21_upper-gi_qpi_phs-summary.pdf.

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schema zur Darstellung der Kriteriengestützten Entscheidungsprozesse bei der Wahl des Empfehlungsgrades.....	13
---	----

11. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Mitarbeit an der Leitlinie	4
Tabelle 2: Klassifikation der Evidenzstärke nach Oxford Centre for Evidence-based Medicine (Version 2009).....	9
Tabelle 3: Klassifikation der Evidenzstärke nach Oxford Centre for Evidence-based Medicine (Version 2011).....	10
Tabelle 4: Schema der Empfehlungsgraduierung	12
Tabelle 5: Festlegung der Konsensstärke	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Tabelle 6: Gründe für einen Ausschluss der Empfehlung aus der Liste der potentiellen Qualitätsindikatoren.....	19
Tabelle 7: Bewertungsinstrument des Leitlinienprogramms Onkologie.....	19
Tabelle 8: Inhaltliche Kommentare zur Konsultationsfassung der aktualisierten Leitlinien (Version 3.0)	23
Tabelle 9: Tabellarische Zusammenfassung zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten nach AWMF Formblatt 2018.....	49

12. Literatur

- [1] <https://www.cebm.net/2016/05/ocebmllevels-of-evidence/>.
- [2] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Ständige Kommission, L. AWMF-Regelwerk "Leitlinien". 1. Auflage 2012 [cited 09.12.2013; Available from: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/awmf-regelwerk.html>].
- [3] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) e.V., Stiftung Deutsche Krebshilfe (DKH), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) e.V.). Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren. Methodenpapier für das Leitlinienprogramm Onkologie, Version 3.0. 2021; Available from: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/magenkarzinom>.