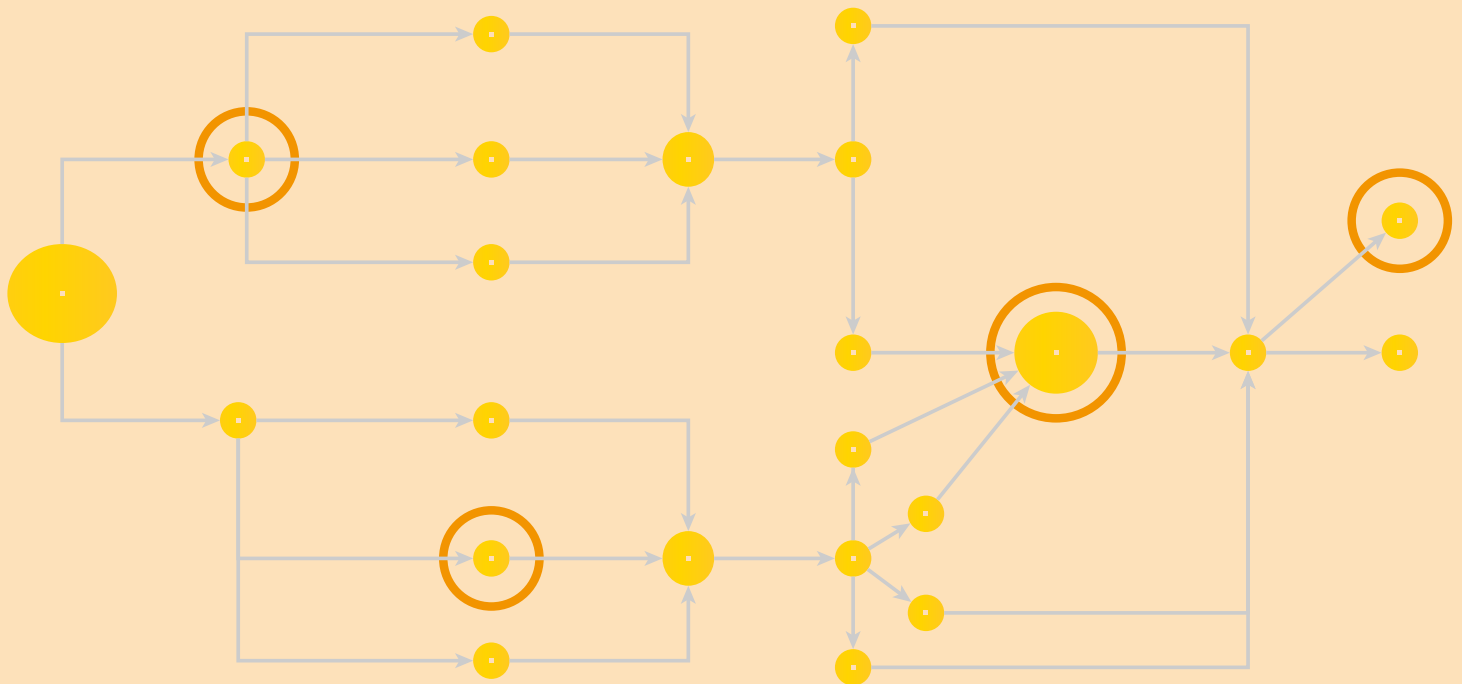


Onkologische Qualitätsindikatoren

Leitlinienbasierte Qualitätsindikatoren im
Leitlinienprogramm Onkologie (OL)

Version 7 - Oktober 2024



1	Vorwort.....	13
2	Änderungen gegenüber Version 6.....	14
3	Übersicht	15
4	Adulte Weichgewebesarkome	17
	WGT 1: Prätherapeutische Vorstellung im Tumorboard (Erstdiagnose Weichgewebesarkom).....	17
	WGT 2: Behandlung im zertifizierten Sarkomzentrum.....	17
	WGT 3: Vollständiger Befundbericht nach Resektion Weichgewebesarkom	17
	WGT 4: Risikobeurteilung GIST	18
	WGT 5: Mutationsanalyse GIST	19
	WGT 6: Primär histologische Sicherung von Weichgewebesarkomen	19
	WGT 7: R0–Resektion bei Weichgewebesarkom	20
	WGT 8: Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom	20
	WGT 9: Prä–/ postoperative Strahlentherapie bei Weichgewebesarkom	20
	WGT 10: Prätherapeutische Vorstellung im Tumorboard (Rezidiv und/oder sekundäre Fernmetastasierung eines Weichgewebesarkoms).....	21
	WGT 11: Postoperative Vorstellung im Tumorboard (Lokalrezidiv und R1–/R2–Resektion eines Weichgewebesarkoms).....	21
	WGT 12: Erstlinienchemotherapie bei Weichgewebesarkom	22
	WGT 13: Vollständiger Befundbericht nach Resektion GIST	22
	WGT 14: Postoperative Mortalität bei retroperitonealem Sarkom	22
5	Aktinische Keratose und Plattenepithelkarzinom der Haut	24
	AK/PEK 1: Pathologiebericht	24
6	Analkarzinom	26
	ANAL 1: Prätherapeutische MRT–Untersuchung – Becken.....	26
	ANAL 2: Pathologische Sicherung von Lymphknoten.....	26
	ANAL 3: Präoperative Untersuchung – Analkanal	27
	ANAL 4: Prätherapeutisches Tumorboard – Stomaanlage	27
	ANAL 5: Kombinierte Radiochemotherapie Stadium II oder III.....	27
	ANAL 6: Kombinierte Radiochemotherapie mit Mitomycin und 5–FU	28
	ANAL 7: Kombinierte Radiochemotherapie mit IMRT.....	28
	ANAL 8: Radiochemotherapie und Biopsie	28
	ANAL 9: Tumorboard bei Residual– oder Rezidivtumor.....	29

ANAL 10: Resektion bei Lokalrezidiv	29
ANAL 11: Resektion bei Residualtumor	29
ANAL 12: Anzeichnung Stomaposition	30
ANAL 13: Tumorboard bei Stadium IV, M1	30
7 Chronisch lymphatische Leukämie (CLL)	31
CLL 1: Untersuchungsverfahren für die Initialdiagnostik der CLL	31
CLL 2: Bestimmung TP53-Deletions- und Mutationsstatus vor erster systemischer CLL-Therapie ...	31
CLL 3: Keine alleinige Chemotherapie als Erstlinientherapie bei CLL	32
CLL 4: Einschluss in klinische Studien	32
8 Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	34
DLBCL 1: PET/CT vor Therapiebeginn bei Erstdiagnose (neu 2022)	34
DLBCL 2: R-CHOP bei Erstdiagnose ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention (neu 2022)	34
DLBCL 3: 4 Zyklen CHOP + 6 Gaben Rituximab bei Erstdiagnose ≤ 60 Jahre und sehr günstiger Prognose (neu 2022)	37
DLBCL 4: PET/CT nach Abschluss Erstlinien-Immunchemotherapie (neu 2022)	37
DLBCL 5: Bestrahlung bei PET-positivem Restbefall nach Erstlinien-Immunchemotherapie (neu 2022) 38	
DLBCL 6: Histologische Sicherung Rezidiv (neu 2022)	39
DLBCL 7: PET/CT vor Beginn Rezidivtherapie (neu 2022)	39
9 Endometriumkarzinom	40
ENDO 1: Keine LNE bei Endometriumkarzinom c/pT1a, G1/2, cN0, LVSI neg. (modifiziert 2022)	40
ENDO 2: Keine adjuvante Chemotherapie bei Typ I-Endometriumkarzinom im Stadium pT1a/b, G1 oder G2, cN0/pNsn0 p53-wt (modifiziert 2022)	40
ENDO 3: Beratung durch Sozialdienst	40
ENDO 4: Vorstellung in der Tumorkonferenz (modifiziert 2022)	41
ENDO 5: Immunhistochemische Bestimmung von p53 sowie der MMR-Proteine (neu 2022)	41
ENDO 6: POLE-Untersuchung (neu 2022)	42
ENDO 7: Postoperativ alleinige vaginale Brachytherapie (neu 2022)	42
ENDO 8: Perkutane Strahlentherapie mit simultaner Chemotherapie (PORTEC 3-Schema) (neu 2022) 43	
ENDO 9: Adjuvante Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel (neu 2022)	43
10 Follikuläres Lymphom	44
FL 1: Diagnosesicherung Follikuläres Lymphom	44
FL 2: Hepatitis- und HIV-Serologie vor Beginn der Therapie bei Follikulärem Lymphom	44

FL 3: Involved-site oder involved-field Bestrahlung bei Follikulärem Lymphom	44
11 Harnblasenkarzinom	46
BlasenCa 1: Inhalt Befundbericht	46
BlasenCa 2: Aussage zu Detrusor-Muskulatur in Befundbericht	46
BlasenCa 3: Beidseitige pelvine Lymphadenektomie bei radikaler Zystektomie	47
BlasenCa 4: Radikale Zystektomie innerhalb von 3 Monaten nach Diagnosestellung	47
BlasenCa 5: Simultane RCT	48
BlasenCa 6: Resektionsbiopsie aus der Harnblase nach RT/RCT	48
BlasenCa 7: Präoperative Anzeichnung Stomaposition	48
BlasenCa 8: Prätherapeutische multidisziplinäre Vorstellung	49
BlasenCa 9: Beratung durch Sozialdienst	49
BlasenCa 10: Beratung durch Stomatherapeut/in o. PflegeexpertIn Stoma, Kontinenz und Wunde bei Urostoma 50	
BlasenCa 11: Risikoklassifikation nach EORTC-Kriterien	50
12 Hepatozelluläres Karzinom und biliäre Karzinome	51
HCC 1: Typisierung nach WHO-Klassifikation (seit 2013; in 2020 ergänzt)	51
HCC 2: Inhalt Befundberichte HCC (seit 2013)	52
HCC 3: entsprechend Langversion – Vorstellung Tumorkonferenz (seit 2013)	52
HCC 4: entsprechend Langversion – Vorstellung Tumorkonferenz nach TACE (modifiziert 2020) ..	53
HCC 5: entsprechend Langversion – mRECIST-/EASL-Klassifikation nach TACE (modifiziert 2020) .	53
HCC 6: entsprechend Langversion – Bridging-Therapie (neu 2020)	53
HCC 7: entsprechend Langversion – Inhalt Befundberichte CCA (neu 2020)	54
13 Hodentumoren	55
Hoden 1: Vorstellung Tumorkonferenz	55
Hoden 2: Pathologiebericht	55
Hoden 3: Angebot Kryokonservierung	56
Hoden 4: IGCCCG-Prognosekriterien	57
Hoden 5: Aktive Überwachung (Seminom)	57
Hoden 6: Aktive Überwachung (Nichtseminomatöser Keimzelltumor)	57
Hoden 7: Systemtherapie Stadium IIC/III und gute Prognose	58
Hoden 8: Systemtherapie metastasiertes Seminom und intermediäre Prognosegruppe	58
Hoden 9: Systemtherapie nichtseminomatöser Keimzelltumor und intermediäre Prognosegruppe ...	58
Hoden 10: Systemtherapie nichtseminomatöser Keimzelltumor und schlechte Prognosegruppe	59
Hoden 11: Residualtumorresektion Lunge und Retroperitoneum	59

14	Hodgkin Lymphom	61
	HL 1: Histologische Diagnostik (seit 2013)	61
	HL 2: Anforderungen an die Diagnostik (seit 2013)	61
	HL 3: PET/CT im Staging (neu 2018)	61
	HL 4: Interim-PET/CT bei fortgeschrittenem Hodgkin Lymphom (neu 2018)	62
	HL 5: BEACOPPeskaliert bei fortgeschrittenem Hodgkin Lymphom (seit 2013).....	62
	HL 6: PET/CT nach Chemotherapie bei fortgeschrittenem Hodgkin Lymphom (neu 2018).....	63
	HL 7: Strahlentherapie bei fortgeschrittenem Hodgkin Lymphom (seit 2013)	63
	HL 8: Diagnosesicherung bei Rezidiv eines NLPHL (neu 2018).....	64
	HL 9: Rezidivtherapie bei Hodgkin Lymphom (seit 2013)	64
15	Kolorektales Karzinom	65
	KRK 1: Erfassung Familienanamnese (neu 2017).....	65
	KRK 2: : Vollständige Befundberichte nach Tumorresektion bei KRK (neu 2017)	65
	KRK 3: : Qualität TME.....	66
	KRK 4: Kombinationschemotherapie bei mKRK (neu 2017)	67
	KRK 5: Angabe Abstand mesorektale Faszie (seit 2013, vormals: KRK 1).....	67
	KRK 6: Qualität TME (seit 2013, vormals: KRK 3)	68
	KRK 7: Vorstellung Tumorkonferenz (seit 2013, vormals: KRK 5)	70
	KRK 8: Adjuvante Chemotherapie (seit 2013, vormals: KRK 6)	70
	KRK 9: Anastomosensuffizienz Rektumkarzinom (seit 2013, vormals: KRK 8).....	71
	KRK 10: Anastomosensuffizienz Kolonkarzinom (seit 2013, vormals: KRK 9)	71
	KRK 11: Anzeichnung Stomaposition (seit 2013, vormals: KRK 10)	72
16	Larynxkarzinom.....	73
	Larynx 1: Befundbericht nach Tumorresektion und Lymphknotenentfernung	73
	Larynx 2: Durchführung Panendoskopie.....	74
	Larynx 3: Prätherapeutische Tumorkonferenz	74
	Larynx 4: Postoperative Radiochemotherapie	75
	Larynx 5: R0-Resektion	75
	Larynx 6: Beratung durch Logopäde/Sprachwissenschaftler	75
17	Lungenkarzinom.....	77
	Lunge 1: Molekularpathologische Untersuchung bei Patienten NSCLC Stadium IV (modifiziert 2022)	77
	Lunge 2: Erstlinientherapie bei Patienten NSCLC Stadium IV mit aktivierender EGFR-Mutation (modifiziert 2022)	77
	Lunge 3: Erstlinientherapie bei Patienten NSCLC Stadium IV, ALK positiv (modifiziert 2022)	78

Lunge 4: Erstlinientherapie mit ROS1-spezifischer TKI-Therapie bei Patienten mit ROS1 positivem NSCLC im Stadium IV (gestrichen 2022)	78
Lunge 5: Prätherapeutische Vorstellung Tumorkonferenz (modifiziert 2022)	78
Lunge 6: Adjuvante Cisplatin-basierte Chemotherapie bei NSCLC Stadium II – IIIA1 /A2 (geprüft 2022)	79
Lunge 7: Kombinierte Radiochemotherapie bei NSCLC Stadium IIIA4/IIIB/IIIC (modifiziert 2022)	80
Lunge 8: Kombinierte Radiochemotherapie bei SCLC in den Tumorstadien T3–4 N0–1 und T1–4N2–3M0 (Limited disease) (modifiziert 2022)	81
Lunge 9: Ganzkörper-FDG-PET/CT zum Staging bei NSCLC Stadium IB–IIIB (neu 2022)	81
Lunge 10: Molekularpathologische Untersuchung bei Patienten NSCLC Stadium IB–IIIA und kurativer Tumorresektion (neu 2022)	82
Lunge 11: Stereotaktische Strahlentherapie bei allgemein oder funktionell inoperablen Patienten NSCLC I/IIA (neu 2022)	82
Lunge 12: Multimodale Therapie bei NSCLC Stadium IIIA3 (neu 2022)	83
Lunge 13: Erhaltungstherapie nach definitiver Radiochemotherapie (neu 2022)	83
Lunge 14: (Chemo)–Immuntherapie NSCLC Stadium IV (modifiziert 2023)	83
Lunge 15: Prophylaktische Schädelbestrahlung bei SCLC T3–4 N0–1 M0 und T1–4 N2–3 M0 (neu 2022)	88
Lunge 16: Chemo–Immuntherapie SCLC Stadium IV (neu 2022)	88

18 Magenkarzinom.....90

Magen 1: Vollständiger Pathologiebericht (neu)	90
Magen 2: Endoskopische en-bloc Resektionen (neu)	91
Magen 3: R0-Resektionen (Endoskopie) (neu)	91
Magen 4: Ernährungsstatus (neu)	92
Magen 5: Anastomoseninsuffizienz Grad III (neu)	92
Magen 6: Vitamin B12 Substitution nach Gastrektomie (seit 2012, in 2019 modifiziert , bisher)	93
Magen 7: Perioperative Chemotherapie bei Magenkarzinomen cT3 und cT4, M0 (seit 2012, in 2019 modifiziert)	94
Magen 8: Perioperative Chemotherapie oder Radiochemotherapie bei Adenokarzinomen des ösophagogastralen Übergangs mit cT3 oder cT4, M0 (seit 2012, in 2019 modifiziert)	94
Magen 9: Vorstellung interdisziplinäre Tumorkonferenz (seit 2012, in 2019 modifiziert)	95
Magen 10: Bestimmung HER-2-Status vor palliativer Tumorthherapie (seit 2012, in 2019 modifiziert, bisher)	95

19 Maligne Ovarialtumoren97

OvCa 1: Operatives Staging (seit 2013)	97
OvCa 2: Angebot zur genetischen Testung (seit 2019)	97

OvCa 3: Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (seit 2013)	98
OvCa 4: Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom durch Gynäkoonkolog*innen (seit 2013).....	98
OvCa 5: Postoperative Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (modifiziert 2021)	98
OvCa 6: Wegen hinreichender Umsetzung in 2021 gestrichen: Keine adjuvante Chemotherapie frühes Ovarialkarzinom	99
OvCa 7: Platinhaltige Chemotherapie frühes Ovarialkarzinom (seit 2013)	99
OvCa 8: First-line-Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (modifiziert 2021)	99
OvCa 9: Kombinationstherapie bei platinsensitivem Rezidiv (ausgesetzt 2021)	100
OvCa 10: Wegen hinreichender Umsetzung in 2021 gestrichen: Keine adjuvante Therapie BOT (seit 2013)	100

20 Malignes Melanom 102

MEL 1: Sicherheitsabstand (1 cm) bei radikaler Exzision (seit 2013)	102
MEL 2: Sicherheitsabstand (2 cm) bei radikaler Exzision (seit 2013)	102
MEL 3: Vorstellung Hauttumorboard (seit 2013, vormalig , 2018 modifiziert).....	102
MEL 4: Wächterlymphknoten-Biopsie (seit 2013)	103
MEL 5: Therapeutische Lymphadenektomie (seit 2016 ausgesetzt, 2018 modifiziert)	103
MEL 6: : Beratung Sozialdienst (neu 2018).....	104
MEL 7: Erstlinientherapie kutanes Melanom Stad. IV (neu 2018)	104
MEL 8: Erhebung Mutationsstatus (KIT, BRAF und NRAS) bei mukosalem Melanom (neu 2018)	105
MEL 9: LDH-Bestimmung (seit 2013).....	105

21 Mammakarzinom 107

MamCa 1: Weiterbehandlung der im Screening detektierten Mammakarzinome in zertifizierten Brustkrebszentren	107
MamCa 2: Prätherapeutische histologische Sicherung (seit 2012, vormalig: MamCa 1)	107
MamCa 3: Intraoperative Präparateradio-/-sonographie (seit 2012, vormalig: MamCa 2)	108
MamCa 4: Axilläre Lymphknotenentfernung bei DCIS (seit 2012, vormalig: MamCa 3).....	108
MamCa 5: Endokrine Therapie als erste Therapieoption beim steroidzeptorpositivem metastasierten Mammakarzinom (seit 2012, vormalig: MamCa 11)	109
MamCa 6: Indikation zur Sentinel-Lymphknotenbiopsie (seit 2012, vormalig: MamCa 4).....	109
MamCa 7: Therapie der axillären Lymphabflussgebiete bei pN1mi (neu 2017)	109
MamCa 8: Durchgeführte Strahlentherapie nach BET (seit 2012, vormalig: MamCa 6)	110
MamCa 9: Endokrine Therapie bei rezeptorpositiven Befund (seit 2012, vormalig: MamCa 7)	110
MamCa 10: Trastuzumab- Therapie bei HER2-positivem Befund (seit 2012, vormalig: MamCa 8)...	111

22 Multiples Myelom..... 112

Myelom 1: Stadieneinteilung mittels R-ISS.....	112
--	-----

23	Mundhöhlenkarzinom	113
	MHK 1: R0-Situation nach kurativer Operation	113
	MHK 2: Bildgebende Verfahren und weitere Diagnostik/ Bildgebende Verfahren und Diagnostik zum Nachweis einer Metastasierung	113
	MHK 3: Bildgebende Verfahren und weitere Diagnostik/ Bildgebende Verfahren und Diagnostik zum Ausschluss synchroner Zweittumoren, Fernmetastasen, unbekannter Primärtumoren (CUP) und Rezidive	113
	MHK 4: Biopsie und Histopathologie	114
	MHK 5: Behandlungsempfehlungen.....	115
	MHK 6: Behandlungsempfehlungen/ Halslymphknotenausräumung	115
	MHK 7: Behandlungsempfehlungen/ Strahlentherapie	115
	MHK 8: Behandlungsempfehlungen/ Strahlentherapie in Kombination mit Chemotherapie	116
	MHK 9: Behandlungsempfehlungen/ Prävention und Behandlung strahlenbedingter Begleiterscheinungen.....	116
	MHK 10: Nachsorge und Rehabilitation/ Psychosoziale Beratung und Betreuung	117
24	Nierenzellkarzinom.....	118
	Niere 1: Biopsie vor ablativer Therapie	118
	Niere 2: Biopsie vor systemischer Therapie.....	118
	Niere 3: Histologischer Typ nach aktueller WHO-Klassifikation	118
	Niere 4: Tumorgrad nach Fuhrman.....	119
	Niere 5: R0-Resektion.....	119
	Niere 6: Nephrektomie bei pT1	120
	Niere 7: Zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonat/Denosumab-Therapie	120
	Niere 8: Zwei-Jahres-Überleben metastasiertes Nierenzellkarzinom	121
	Niere 9: 30-Tage-Mortalität nach Intervention	121
25	Oro- und Hypopharynxkarzinom	123
	OroHypo 1: p16 Immunhistologie	123
	OroHypo 2: Angaben im histopathologischen Befundbericht nach Resektion.....	123
	OroHypo 3: CT/MRT Hals zum Lymphknoten-Staging	124
	OroHypo 4: Thorax-CT zum Ausschluss eines pulmonalen Tumorbefalls.....	125
	OroHypo 5: Bildgebung zum Ausschluss von Lebermetastasen	125
	OroHypo 6: Durchführung Panendoskopie.....	126
	OroHypo 7: Prätherapeutische Tumorkonferenz	126
	OroHypo 8: Cisplatin-basierte Chemotherapie bei primärer Radiochemotherapie.....	127
	OroHypo 9: Primäre Radiochemotherapie	128
	OroHypo 10: Postoperative Radio-/Radiochemotherapie (Hypopharynxkarzinom).....	128

OroHypo 11: Postoperative/-therapeutische Untersuchung der Schluckfunktion	129
OroHypo 12: Beratung durch Sozialdienst	130
OroHypo 13: 30d-Mortalität	130
26 POMGAT.....	132
POMGAT 1: Keine intraabdominelle Drainage nach elektiven onkologischen kolorektalen Resektionen (neu 2023)	132
POMGAT 2: Keine Drainage nach unkomplizierten onkologischen Leberresektionen (neu 2023)	132
POMGAT 3: Keine Magensonde nach Extubation (neu 2023)	133
POMGAT 4: Kein transurethraler Dauerkatheter 24h nach Ende OP (neu 2023).....	133
27 Palliativmedizin	135
PAL 1: Reduktion Atemnot	135
PAL 2: Reduktion Schmerz	135
PAL 3: Opiate und Laxantien	136
PAL 4: Symptomassessment in der Sterbephase	136
PAL 5: Erfassung von Unruhe in der Sterbephase	136
PAL 6: Beenden von tumorspezifischen Maßnahmen in der Sterbephase	137
PAL 7: Mundpflege.....	137
PAL 8: Assessment maligner Wunden	137
PAL 9: Dokumentation von Therapiezielen	138
PAL 10: Symptomerfassung mittels MIDOS oder IPOS	138
PAL 11: Spezialisierte Palliativversorgung	138
28 Pankreaskarzinom	140
PanCa 1: R0-Resektion (seit 2013)	140
PanCa 2: LK- Entfernung (seit 2013, modifiziert 2021).....	140
PanCa 3: Inhalt Pathologieberichte (modifiziert 2021)	140
PanCa 4: Adjuvante Chemotherapie (modifiziert 2021).....	141
PanCa 5: Palliative Chemotherapie (modifiziert 2021).....	141
PanCa 6: Keine primäre Resektion bei metastasiertem Pankreaskarzinom (neu 2021)	141
PanCa 7: Zweitlinientherapie (neu 2021)	142
29 Peniskarzinom	143
Penis 1: Psychosoziales Screening.....	143
Penis 2: Befundbericht nach operativer Resektion.....	143
Penis 3: Befundbericht nach operativer Lymphknotenentfernung	144
Penis 4: Invasive Lymphknotendiagnostik.....	144

Penis 5: Kontrollbiopsie nach topischer medikamentöser Therapie oder Lasertherapie	145
Penis 6: Ipsilaterale pelvine Lymphknotenentfernung	145
Penis 7: Vorstellung Tumorboard	145
Penis 8: Neoadjuvante Chemotherapie	145
30 Prostatakarzinom.....	147
PCa 1: Befundbericht Stanzbiopsie (modifiziert 2021)	147
PCa 2: Befundbericht Lymphknoten (seit 2014)	147
PCa 3: Active Surveillance (seit 2014)	148
PCa 4: Strahlentherapie und hormonablativ Therapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom mit hohem Risiko (modifiziert 2021).....	148
PCa 5: Keine hormonablativ Therapie bei lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom mit radikaler Prostatektomie (modifiziert 2021).....	149
PCa 6: unbesetzt	150
PCa 7: Salvage-Radiotherapie bei rezidiertem Prostatakarzinom (seit 2014, vormals:)	150
PCa 8: Prävention von Kieferosteonekrosen (seit 2014, vormals:).....	150
PCa 9: Postoperative Komplikationen nach Radikaler Prostatektomie (modifiziert 2021).....	151
PCa 10: Komplikationen nach definitiver Strahlentherapie (modifiziert 2021).....	151
PCa 11: Gezielte Biopsie (neu 2021)	152
PCa 12: Fokale Therapie bei lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom (neu 2021)	152
PCa 13: Androgendeprivationstherapie oder Bicalutamid bei hohem Progressionsrisiko (neu 2021).....	153
PCa 14: Aktive Überwachung bei lokalisiertem Prostatakarzinom mit niedrigem Risiko (neu 2021)	153
31 Prävention Zervixkarzinom	154
PrävZxCa 1: Teilnahme Zervixkarzinom-Screening	154
PrävZxCa 2: HPV- und Pap-Abstrich innerhalb des Screenings.....	155
PrävZxCa 3: Erneuter Pap-Test im Screening	155
PrävZxCa 4: Differentialdiagnostischer Test nach abklärungsbedürftigem Screening Ergebnis	156
PrävZxCa 5: Therapie nach auffälligem differentialdiagnostischem Test im Screening	156
PrävZxCa 6: Abklärungskolposkopie bei auffälligem Pap in zert. Dysplasie-Einheit/-Sprechstunde	156
PrävZxCa 7: Präoperative Abklärungskolposkopie vor Exzision	157
PrävZxCa 8: Messerkonisation als Exzisionsverfahren.....	157
PrävZxCa 9: CIN 3 im Schnitttrand nach Exzision.....	158
PrävZxCa 10: HPV-Test und Zytologie nach Therapie einer CIN 3	158
32 Psychoonkologie.....	159
PSO 1: Strukturelle Voraussetzungen psychoonkologischer Versorgungsbereiche:	
Sektorenübergreifende Koordination der psychoonkologischen Versorgung (seit 2014)	159

PSO 2: Strukturelle Voraussetzungen psychoonkologischer Versorgungsbereiche: Selbsthilfe (modifiziert 2022)	159
PSO 3: Diagnostik: Screening, Diagnostische Verfahren (modifiziert 2022).....	160
PSO 4: Diagnostik: Diagnostische Verfahren (seit 2014).....	161
PSO 5: Psychoonkologische Interventionen: Konzepte und allgemeine Grundlagen für die Indikationsstellung psychoonkologischer Behandlung (Gelöscht Version 2).....	162
PSO 6: Psychoonkologische Interventionen: Konzepte und allgemeine Grundlagen für die Indikationsstellung psychoonkologischer Behandlung, psychosoziale Beratung (modifiziert 2022)	162
PSO 7: Patientenzentrierte Kommunikation: Fortbildungsmaßnahmen zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz der Behandler und deren Wirksamkeit (modifiziert 2022)	163
PSO 8: Personelle Ressourcen (neu 2022)	163
PSO 9: Geeignete Räumlichkeiten (neu 2022)	164
33 Supportive Therapie.....	165
Supp 1: Antiemese bei hochemtogener Tumorthherapie.....	165
Supp 2: Zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonaten/ Denosumab	165
Supp 3: Zahnärztliche Untersuchung vor Strahlentherapie bei Kopf-Hals-Tumoren.....	166
34 Zervixkarzinom	168
ZxCa 1: Vorstellung in Tumorkonferenz (geprüft 2021).....	168
ZxCa 2: Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (geprüft 2021)	168
ZxCa 3: Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie (geprüft 2021)	171
ZxCa 4: zytologisches/histologisches Lymphknotenstaging (geprüft 2021)	171
ZxCa 5: Cisplatinhaltige Radiochemotherapie (geprüft 2021).....	172
ZxCa 6: Adjuvante Radio(chemo)therapie (geprüft 2021)	172
ZxCa 7: Histologische Sicherung (geprüft 2021)	173
ZxCa 8: Ausbreitungsdiagnostik beim Lokalrezidiv (geprüft 2021)	173
ZxCa 9: Vollständiger Befundbericht Konisation (neu 2021).....	173
35 Ösophaguskarzinom	175
ÖCa 1: Angaben im Befundbericht bei Biopsien (modifiziert 2023).....	175
ÖCa 2: Angaben im Befundbericht bei lokalen Exzidaten (modifiziert 2023)	176
ÖCa 3: Angaben im Befundbericht nach chirurgischer Resektion (modifiziert 2023)	177
ÖCa 4: Therapieempfehlung aus interdisziplinärer Tumorkonferenz (modifiziert 2023)	178
ÖCa 5: Vollständige endoskopische Resektion einer intraepithelialen Neoplasie oder eines mukosalen Frühkarzinoms im Barrett-Ösophagus (modifiziert 2023).....	179
ÖCa 6: Vollständige chirurgische Resektion (modifiziert 2023)	180

ÖCa 7: Präoperative Radiochemotherapie bei operablen Pat. mit Plattenepithelkarzinom des Ösophagus (modifiziert 2023)	181
ÖCa 8: Perioperative Chemotherapie oder präoperative Radiochemotherapie bei operablen Pat. mit Adenokarzinom des Ösophagus (modifiziert 2023)	181
ÖCa 9: Systemtherapie des metastasierten Adenokarzinoms des Ösophagus (modifiziert 2023) ...	182
ÖCa 10: Anastomoseninsuffizienz nach chirurgischer Resektion (modifiziert 2023)	182
ÖCa 11: 11.1 und 11.2: Mortalität nach Operation	183
ÖCa 12: HER2-/PD-L1-Bestimmung bei metastasiertem Adenokarzinom des Ösophagus (neu 2023) 184	
ÖCa 13: PD-L1-Bestimmung bei metastasiertem Plattenepithelkarzinom (neu 2023)	184
 36 Literaturverzeichnis	186

1 Vorwort

Innerhalb des Leitlinienprogramms Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und Deutschen Krebshilfe (DKH). werden regelhaft zu den aktuellen Leitlinien Qualitätsindikatoren nach einem definierten Prozess abgeleitet. Die Methodik hierfür ist [hier](#) beschrieben.

Dieses Dokument ist eine Gesamtübersicht aller bisher definierten, leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren und wird regelmäßig aktualisiert. Die aktuellen Qualitätsindikatoren zu den Leitlinien im Leitlinienprogramm Onkologie sind in den jeweiligen Leitlinienversionen unter: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/> publiziert.

2 Änderungen gegenüber Version 6

Die Indikatoren zu den folgenden Themen wurden im Dokument ergänzt:

- [Oro- und Hypopharynxkarzinom](#)
- [POMGAT](#)

Für die folgenden Themen wurden im Rahmen von Aktualisierungen Qualitätsindikatoren überarbeitet:

- [Aktinische Keratose und Plattenepithelkarzinom der Haut](#): Version 2.0
- [Endometriumkarzinom](#): Version 3.0
- [Hepatozelluläres Karzinom und biliäre Karzinome](#): Version 5.0
- [Lungenkarzinom](#): Version 3.0
- [Nierenzellkarzinom](#): Version 5.0
- [Pankreaskarzinom](#): Version 3.1
- [Prostatakarzinom](#): Version 7.0
- [Psychoonkologie](#): Version 2.1
- [Ösophaguskarzinom](#): Version 4.0

3 Übersicht

Leitlinienthema	Versionsnummer, Datum	Anzahl
Adulte Weichgewebesarkome	Version 1.1, Juni 2022	14
Aktinische Keratose und Plattenepithelkarzinom der Haut	Version 2.0, Januar 2023	1
Analkarzinom	Version 1.2, Dezember 2020	13
Chronisch lymphatische Leukämie (CLL)	Version 1, Juni 2019	4
Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	Version 1.0, November 2022	7
Endometriumkarzinom	Version 3.0, Juli 2024	9
Follikuläres Lymphom	Version 1, Juni 2020	3
Harnblasenkarzinom	Version 2, April 2020	11
Hepatozelluläres Karzinom und biliäre Karzinome	Version 5.0, September 2024	7
Hodentumoren	Version 1.1, März 2020	11
Hodgkin Lymphom	Version 3.2, Oktober 2022	9
Kolorektales Karzinom	Version 2.1, Februar 2019	11
Larynxkarzinom	Version 1.1, Dezember 2019	6
Lungenkarzinom	Version 3.0, März 2024	16
Magenkarzinom	Version 2, September 2019	10
Maligne Ovarialtumoren	Version 5.1, Juni 2022	10
Malignes Melanom	Version 3.3, November 2019	9
Mammakarzinom	Version 4.4, Juli 2021	10

Leitlinienthema	Versionsnummer, Datum	Anzahl
Multiples Myelom	Version 1.0, Februar 2022	1
Mundhöhlenkarzinom	Version 3.0, März 2021	10
Nierenzellkarzinom	Version 5.0, September 2024	9
Oro- und Hypopharynxkarzinom	Version 1.0, März 2024	13
POMGAT	Version 1.0, Dezember 2023	4
Palliativmedizin	Version 2.2, September 2020	11
Pankreaskarzinom	Version 3.1, Oktober 2024	7
Peniskarzinom	Version 1.0, Oktober 2020	8
Prostatakarzinom	Version 7.0, Juni 2024	14
Prävention Zervixkarzinom	Version 1.1, April 2020	10
Psychoonkologie	Version 2.1, September 2023	9
Supportive Therapie	Version 1.3, Februar 2020	3
Zervixkarzinom	Version 2.2, März 2022	9
Ösophaguskarzinom	Version 4.0, Dezember 2023	13
Summe		282

4 Adulte Weichgewebesarkome

(Version 1.1, Juni 2022)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
WGT 1: Prätherapeutische Vorstellung im Tumorboard (Erstdiagnose Weichgewebesarkom)		
Zähler Patienten des Nenners mit Vorstellung im prätherapeutischen Tumorboard Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Weichgewebesarkom	4.2 Die Planung der Therapie von Sarkomen soll prätherapeutisch im interdisziplinären Tumorboard erfolgen. Es sollen mindestens eine chirurgische Fachdisziplin mit Behandlungsschwerpunkt Weichgewebesarkome, sowie Hämatologie/ Onkologie, Pathologie, Radiologie und Radioonkologie vertreten sein. Lokalisationsspezifische Expertise soll fallabhängig hinzugezogen werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig prätherapeutische Vorstellung von Patienten mit erstdiagnostiziertem Weichgewebesarkom im interdisziplinären Tumorboard
Anmerkung: Teilnehmer Tumorboard: chirurgische Fachdisziplin mit Behandlungsschwerpunkt Weichgewebesarkome, Hämatologie/ Onkologie, Pathologie, Radiologie und Radioonkologie		
WGT 2: Behandlung im zertifizierten Sarkomzentrum		
Zähler Patienten des Nenners mit Betreuung in zertifiziertem Sarkomzentrum Nenner Alle Patienten mit Weichgewebesarkom	4.1 Die Diagnostik und Therapie eines Weichgewebesarkoms soll durch bzw. in Abstimmung mit einem zertifizierten Sarkomzentrum oder assoziierten Kooperationspartner erfolgen.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Behandlung möglichst vieler Patienten mit Weichgewebesarkom in zertifizierten Sarkomzentren
WGT 3: Vollständiger Befundbericht nach Resektion Weichgewebesarkom		
Zähler Patienten des Nenners mit Befundbericht mit Angabe von: Grading nach FNCLCC	4.21 Die Mindestabstände zu relevanten Resektionsrändern	4.21: Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Mindestabstände zu relevanten Resektionsrändern und kritischen Strukturen WHO-Klassifikation Dignitätsgruppe ICD-O Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Weichgewebesarkom und Resektion	und kritischen Strukturen sollen im histopathologischen Befund angegeben werden. Als R0-Status gilt „no tumor on ink“. 4.25 Die histopathologische Subtypisierung soll anhand der jeweils aktuell gültigen WHO-Klassifikation erfolgen. Der Tumor soll in die Dignitätsgruppen benigne, intermediär (lokal aggressiv), intermediär (selten metastasierend) oder maligne eingeordnet werden. Als Zusatzinformation sollte die ICD-O-Codierung (sofern vorhanden) angefügt werden.	4.25: Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständiger Befundbericht nach Resektion eines Weichgewebesarkoms
Anmerkung: Dignitätsgruppen: benigne, intermediär (lokal aggressiv), intermediär (selten metastasierend) oder maligne FNCLCC: siehe in Kapitel 4.1.4.3, Tabelle "FNCLCC Grading System: Definition of Parameters" und Tabelle "FNCLCC Grading System: Tumor Differentiation Score According to Histologic Type"		
WGT 4: Risikobeurteilung GIST		
Zähler Patienten des Nenners mit Risikobeurteilung des GIST Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose lokalisiertes GIST, M0 und Resektion	4.37 Am Resektat des primären, lokalisierten GIST ohne Hinweis für Fernmetastasen (cM0) soll eine Beurteilung des individuellen Rezidivrisikos durchgeführt werden, um die Indikation zur adjuvanten Imatinib-Therapie prüfen zu können.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Beurteilung des Rezidivrisikos nach Resektion eines GIST, M0

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
WGT 5: Mutationsanalyse GIST		
Zähler Patienten des Nenners mit Mutationsanalyse der Gene KIT (Exon 9, 11) und PDGFRA (Exon 18)	4.38 Bei jedem GIST mit intermediärem/hohem Risiko sowie bei jedem metastasierten GIST soll eine Mutationsanalyse zumindest der Gene KIT (Exon 9, 11) und PDGFRA (Exon 18) durchgeführt werden. Wenn in diesen drei Loci keine Mutation zu detektieren ist, sollen weitere hot spot-Regionen molekularpathologisch untersucht oder der Fall an ein Referenz-Labor übersandt werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Mutationsanalyse bei GIST mit intermediärem/hohem Risiko und/oder M1
Anmerkung: Risikoklassifikation GIST: siehe Kapitel 10.1.1.3 der Leitlinie		
WGT 6: Primär histologische Sicherung von Weichgewebesarkomen		
Zähler Patienten des Nenners mit prätherapeutischer histologischer Sicherung	5.1 Bei klinischem Verdacht und/oder bildgebendem Verdacht auf ein Weichgewebesarkom soll dieses primär histologisch gesichert werden. 5.3 Bei klinischem Verdacht und/oder bildgebendem Verdacht auf ein Weichgewebesarkom, das kleiner als 3 cm im Durchmesser und oberflächlich gelegen ist, kann eine primäre R0-Resektion erfolgen.	5.1: Konsensbasierte Empfehlung 5.3: Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig prätherapeutische histologische Sicherung von Weichgewebesarkomen, ausgenommen oberflächliche Weichgewebesarkome $\leq 3\text{cm}$, bei beabsichtigter Therapie

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Anmerkung: Therapie: OP, Radiatio, Chemotherapie, Hyperthermie, Isolierte Extremitätenperfusion		
WGT 7: R0-Resektion bei Weichgewebesarkom		
Zähler Patienten des Nenners mit R0-Resektion Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Weichgewebesarkom und Resektion	5.6 Die Resektion eines primären Weichgewebesarkoms der Extremitäten soll als weite Resektion erfolgen. Ziel ist die R0-Resektion.	⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ Qualitätsziel: Möglichst häufig R0-Resektion primärer Weichgewebesarkome (ausgenommen geplante R1-Resektionen)
WGT 8: Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom		
Zähler Patientinnen des Nenners mit Hysterektomie ohne Morcellement Nenner Alle Patientinnen mit auf den Uterus beschränktem Sarkom (ICD-O T C54, C55 iVm Morphologie-Codes Kapitel 13.1), M0 mit Hysterektomie	5.44 Beim auf den Uterus beschränkten Leiomyosarkom soll die komplette Entfernung des Uterus ohne Morcellement bzw. Uterusverletzung erfolgen. 5.48 Beim auf den Uterus beschränkten high-grade endometrialen Stromasarkom soll die komplette Entfernung des Uterus ohne Morcellement bzw. Uterusverletzung erfolgen.	5.44: Konsensbasierte Empfehlung 5.48: Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom
WGT 9: Prä-/ postoperative Strahlentherapie bei Weichgewebesarkom		
Zähler Patienten des Nenners mit prä- oder postoperativer Strahlentherapie Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Weichgewebesarkom an	5.66 Bei G2 und G3 Weichgewebesarkomen soll eine prä- oder postoperative Strahlentherapie erfolgen.	⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ ; Qualitätsziel: Möglichst häufig prä- oder postoperative Strahlentherapie bei Weichgewebesarkomen der Extremitäten oder des

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Extremitäten oder Körperstamm (ohne kutane Sarkome ICD-O T C44), G2 oder G3, M0 und Resektion		Körperstamms (G2 oder G3, M0)
Anmerkung: ICD-O-Topographie Extremitäten oder Körperstamm: C47.1 - C47.8, C48.0, C49.1 – C49.8		
WGT 10: Prätherapeutische Vorstellung im Tumorboard (Rezidiv und/oder sekundäre Fernmetastasierung eines Weichgewebesarkoms)		
Zähler Patienten des Nenners mit prätherapeutischer Vorstellung im Tumorboard Nenner Alle Patienten mit Lokalrezidiv und/oder neudiagnostizierten sekundären Fernmetastasen eines Weichgewebesarkoms	6.4 Bei Lokalrezidiven von nicht neoadjuvant oder adjuvant vorbehandelten Weichgewebesarkomen soll ein multimodales Therapiekonzept in einem interdisziplinären Sarkomboard festgelegt werden. 7.10 Die Indikation zur lokalen Therapie von Metastasen soll multidisziplinär gestellt werden.	6.4: Konsensbasierte Empfehlung 7.10: Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig prätherapeutische Vorstellung von Rezidiven und/oder sekundärer Fernmetastasierung von Weichgewebesarkomen im interdisziplinären Tumorboard
Anmerkung: Teilnehmer Tumorboard: chirurgische Fachdisziplin mit Behandlungsschwerpunkt Weichgewebesarkome, Hämatologie/ Onkologie, Pathologie, Radiologie und Radioonkologie		
WGT 11: Postoperative Vorstellung im Tumorboard (Lokalrezidiv und R1-/R2-Resektion eines Weichgewebesarkoms)		
Zähler Patienten des Nenners, die postoperativ im Tumorboard vorgestellt wurden Nenner Alle Patienten mit Lokalrezidiv Weichgewebesarkom und R1-/R2-Resektion	6.15 Nach nicht vollständiger Resektion eines isolierten Lokalrezidivs, unabhängig ob leitliniengerecht chemotherapeutisch vorbehandelt oder nicht, soll eine multidisziplinäre	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig postoperative Vorstellung von R1-/R2-resezierten Lokalrezidiven von Weichgewebesarkomen im interdisziplinären Tumorboard

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Therapieentscheidung getroffen werden.	
Anmerkung: Teilnehmer Tumorboard: chirurgische Fachdisziplin mit Behandlungsschwerpunkt Weichgewebesarkome, Hämatologie/ Onkologie, Pathologie, Radiologie und Radioonkologie		
WGT 12: Erstlinienchemotherapie bei Weichgewebesarkom		
Zähler Patienten des Nenners mit Doxorubicin Monotherapie oder Anthrazyklin-haltiger Kombinationstherapie Nenner Alle Patienten mit Weichgewebesarkom und Erstlinienchemotherapie	7.2 Die Wahl der Systemtherapie soll unter Berücksichtigung von Toxizität und Zielsetzung als Doxorubicin-Monotherapie oder Anthrazyklin-haltige Kombinationstherapie erfolgen.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Einsatz einer Doxorubicin-Monotherapie oder einer Anthrazyklin-haltigen Kombinationstherapie bei Erstlinienchemotherapie
WGT 13: Vollständiger Befundbericht nach Resektion GIST		
Zähler Patienten des Nenners mit Befundberichten mit Angabe von: R-Status Primärlokalisierung Zahl der Mitosen pro 5mm ² Tumorrupturn Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose GIST und Resektion	10.11 Bei der Diagnose von GIST am Resektat sollen der R-Status, die Primärlokalisierung, die Tumorgroße (größter Längsdurchmesser), die Zahl der Mitosen pro 5 mm ² und eine Feststellung, ob eine Tumorrupturn vorliegt, im pathologischen Bericht angegeben werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständiger Befundbericht nach Resektion eines GIST
WGT 14: Postoperative Mortalität bei retroperitonealem Sarkom		
Zähler Patienten des Nenners, die innerhalb von 30d postoperativ verstorben sind Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose	Keine Quellen: [1]	Als Ergebnis der Diskussion der internationalen QI definiert die LL als spezifisches Ziel, dass die postoperative Mortalität für die Patienten mit retroperitonealem Sarkom (RPS) erhoben werden soll. Da

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
eines retroperitonealen Sarkoms (RPS) (ICD-10 C48.0 oder C48.8) und Tumorresektion		die Grundlage der bestehende internationale QI ist, wird auch dessen Grundgesamtheit übernommen. Wortlaut der Quelle: <i>QPI 11a - 30 Day Mortality Following Curative Oncological Treatment</i> <i>30-day mortality following curative treatment for extremity and retroperitoneal sarcoma.</i> <i>Numerator: Number of patients with extremity or retroperitoneal sarcoma who receive oncological treatment with curative intent who die within 30 days of treatment.</i> <i>Denominator: All patients with extremity or retroperitoneal sarcoma who receive curative oncological treatment.</i> <i>Exclusions: No exclusions.</i> <i>Quelle: Sarcoma National Managed Clinical Network, N., South East and West of Scotland Cancer Networks Audit Report Sarcoma Quality Performance Indicators. Clinical Audit Data: 01 April 2014 to 31 March 2015. 2016.</i>

5

Aktinische Keratose und Plattenepithelkarzinom der Haut

(Version 2.0, Januar 2023)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
AK/PEK 1: Pathologiebericht		
Zähler Anzahl Patienten mit folgenden Angaben im histologischen Befundbericht: · histologischer Tumortyp, · histologische Tiefenausdehnung (Beschreibung u Messung), · perineurale Ausbreitung, · Gefäßeinbruch, · Differenzierungsgrad und · R-Klassifikation invasiver Tumoranteil Nenner Alle Patienten mit PEK und Exzision	4.19 Der histologische Befund eines Plattenepithelkarzinoms der Haut soll neben der Diagnose zusätzlich Folgendes enthalten: histologischer Tumortyp (bei speziellen Subtypen des Plattenepithelkarzinoms der Haut) Beschreibung der histologischen Tiefenausdehnung in Bezug auf die anatomische Schichtung (insbesondere ab Level V, entsprechend Infiltration der Subkutis) Messung der Tiefenausdehnung ab einer Invasionstiefe von 2 mm (entspricht etwa Durchmesser eines 10x Sichtfelds) im positiven Fall Angabe zum Vorhandensein einer perineuralen Ausbreitung, eines Gefäßeinbruchs oder einer geringen Differenzierung Vollständigkeit der Resektion des invasiven Tumoranteils	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständige Angaben in Pathologieberichten bei Exzision eines PEK.		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Der Zähler ist stets eine Teilmenge des Nenners. Der Qualitätsindikator ist nicht mit dem onkologischen Basisdatensatz der Krebsregister zu dokumentieren (Stand: 10.2018).		

6 Analkarzinom

(Version 1.2, Dezember 2020)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
ANAL 1: Prätherapeutische MRT-Untersuchung - Becken		
Zähler Patienten des Nenners, bei denen prätherapeutisch eine MRT-Untersuchung des Beckens durchgeführt wurde Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Analkarzinom und Therapie	7.2 Zur Bestimmung der Tumorkategorie soll eine MRT-Untersuchung des Beckens erfolgen. Diese sollte eine multiparametrische MRT, anguliert auf den Analkanal, umfassen. 7.4 Zur Detektion lokoregionärer Lymphknotenmetastasen soll eine MRT des Beckens durchgeführt werden. Ergänzend sollte die Durchführung einer PET/CT* erfolgen. Eine CT des Beckens kann durchgeführt werden. *CAVE: Die PET-Untersuchung ist im Rahmen der Diagnostik bei Analkarzinomen nicht Gegenstand des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (Kostenübernahme nicht gesichert).	7.2: Konsensbasierte Empfehlung 7.4: Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig prätherapeutische Durchführung einer MRT-Untersuchung des Beckens bei Erstdiagnose Analkarzinom mit Therapie
ANAL 2: Pathologische Sicherung von Lymphknoten		
Zähler Patienten des Nenners mit pathologischer Sicherung der Lymphknoten Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Analkarzinom, cN+ und	7.5 Bei bildgebendem Verdacht auf eine lokoregionäre Lymphknotenmetastase und geplanter definitiver Radiochemotherapie soll keine histopathologische oder	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Keine pathologische Sicherung der Lymphknoten bei bildgebendem Verdacht auf eine lokoregionäre Lymphknotenmetastase bei

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
definitiver Radiochemotherapie	zytopathologische Sicherung der suspekten Lymphknoten erfolgen.	Erstdiagnose Analkarzinom und definitiver Radiochemotherapie
ANAL 3: Präoperative Untersuchung - Analkanal		
Zähler Patienten des Nenners, bei denen präoperativ eine multiparametrische MRT anguliert auf den Analkanal oder eine anale Endosonographie durchgeführt wurde Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Analkarzinom im Stadium I und Resektion	7.8 Zur Abklärung des Vorliegens von Sphinkterkontakt vor Durchführung einer therapeutischen Exzision bei Analkanalkarzinomen im Stadium I (T1N0M0) bzw. Analrandkarzinomen im Stadium I (T1N0M0) oder IIA (T2N0M0) soll eine multiparametrische MRT anguliert auf den Analkanal oder eine anale Endosonographie durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig präoperative, auf den Analkanal angulierte multiparametrische MRT-Untersuchung oder anale Endosonographie bei Erstdiagnose Analkarzinom im Stadium I mit Resektion
ANAL 4: Prätherapeutisches Tumorboard - Stomaanlage		
Zähler Patienten des Nenners, die im prätherapeutischen Tumorboard besprochen wurden Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Analkarzinom und prätherapeutischer Anlage eines Stomas	8.10 Patient*innen, bei denen eine Stomaanlage vor Therapiebeginn notwendig ist, sollen im interdisziplinären Tumorboard besprochen werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Vorstellung von PatientInnen mit Erstdiagnose Analkarzinom und geplanter Stomaanlage im prätherapeutischen Tumorboard
ANAL 5: Kombinierte Radiochemotherapie Stadium II oder III		
Zähler Patienten des Nenners mit kombinierter Radiochemotherapie Nenner	9.7 Analkarzinome der <u>Stadien II-III</u> sollen mit einer kombinierten	⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ A GRADE Gering (⊕⊕⊕⊕) bis Moderat (⊕⊕⊕⊕)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Alle Patienten mit Erstdiagnose Analkarzinom Stadium II oder III	Radiochemotherapie behandelt werden.	Qualitätsziel: Möglichst häufig kombinierte Radiochemotherapie bei Erstdiagnose Analkarzinom Stadium II oder III
ANAL 6: Kombinierte Radiochemotherapie mit Mitomycin und 5-FU		
Zähler Patienten des Nenners, die ein Chemotherapie-Regime aus Mitomycin und 5-FU erhalten Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Analkarzinom Stadium II oder III und kombinierter Radiochemotherapie	9.10 Im Rahmen der kombinierten Radiochemotherapie sollen Analkarzinome der <u>Stadien II-III</u> mit einem Chemotherapie-Regime aus Mitomycin und 5-FU behandelt werden.	⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ A GRADE Moderat (⊕⊕⊕⊕) bis Hoch (⊕⊕⊕⊕) Qualitätsziel: Möglichst häufig Mitomycin und 5-FU-Regime bei Erstdiagnose Analkarzinom Stadium II oder III mit kombinierter Radiochemotherapie
ANAL 7: Kombinierte Radiochemotherapie mit IMRT		
Zähler Patienten des Nenners, die eine Bestrahlung mittels Intensitäts-modulierter Radiotherapie (IMRT) erhalten haben Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Analkarzinom Stadium II oder III und kombinierter Radiochemotherapie	9.16 Im Rahmen der kombinierten Radiochemotherapie soll die Bestrahlung mittels Intensitäts-modulierter Radiotherapie (IMRT) erfolgen.	⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ A GRADE Sehr gering (⊕⊕⊕⊕) bis Moderat (⊕⊕⊕⊕) Qualitätsziel: Möglichst häufig Intensitäts-modulierte Radiotherapie (IMRT) bei Erstdiagnose Analkarzinom Stadium II oder III mit kombinierter Radiochemotherapie
ANAL 8: Radiochemotherapie und Biopsie		
Zähler Alle Patienten des Nenners mit Biopsie nach Ende Radiochemotherapie	10.3 Bei vollständiger klinischer Response soll keine Biopsie zur histopathologischen	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Keine Biopsie nach Ende Radiochemotherapie bei

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Analkarzinom und Radiochemotherapie und vollständiger klinischer Response	Bestätigung des Ansprechens erfolgen.	Patienten mit Erstdiagnose Analkarzinom und vollständiger klinischer Response
ANAL 9: Tumorboard bei Residual- oder Rezidivtumor		
Zähler Patienten des Nenners mit Vorstellung in der Tumorboard (postoperativ bzw. prätherapeutisch) Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Analkarzinom und R1/R2-Resektion oder Residualtumor nach primärer Radiochemotherapie oder Patienten mit Rezidivtumor eines Analkarzinoms	12.1 Bei Residual- oder Rezidivtumor nach primärer Therapie soll die weitere Behandlungsplanung im Rahmen eines interdisziplinären Tumorboards erfolgen.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Vorstellung im Tumorboard (postoperativ bzw. prätherapeutisch) bei Residual- oder Rezidivtumor nach primärer Therapie bei Erstdiagnose Analkarzinom
ANAL 10: Resektion bei Lokalrezidiv		
Zähler Patienten des Nenners mit kurativ intendierter Resektion Nenner Alle Patienten mit Lokalrezidiv eines Analkarzinoms, M0 und Z. n. primärer Radiochemotherapie	12.2 Bei Residual- oder Rezidivtumor <u>im Bereich des Primarius (anal/perianal) nach primärer Radiochemotherapie</u> ohne Nachweis einer Fernmetastasierung soll in kurativer Intention die chirurgische Resektion durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig kurativ intendierte Resektion bei Lokalrezidiv eines Analkarzinoms, M0 und Z. n. primärer Radiochemotherapie
ANAL 11: Resektion bei Residualtumor		
Zähler Patienten des Nenners mit kurativ intendierter Resektion	12.2 Bei Residual- oder Rezidivtumor <u>im Bereich des Primarius (anal/perianal) nach</u>	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig kurativ intendierte Resektion bei Residualtumor eines

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Patienten mit Residualtumor eines Analkarzinoms, M0 und Z.n. primärer Radiochemotherapie	<u>primärer Radiochemotherapie</u> ohne Nachweis einer Fernmetastasierung soll in kurativer Intention die chirurgische Resektion durchgeführt werden.	Analkarzinoms, M0 und Z. n. primärer Radiochemotherapie
ANAL 12: Anzeichnung Stomaposition		
Zähler Anzahl der Pat. mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition Nenner Alle Patienten mit Analkarzinom, bei denen eine Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde	8.11 Adaptation S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom Die Stomaposition soll präoperativ angezeichnet werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig präoperative Anzeichnung der Stomaposition bei Patienten mit Analkarzinom, bei denen eine Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde
ANAL 13: Tumorboard bei Stadium IV, M1		
Zähler Patienten des Nenners mit prätherapeutischer Vorstellung in der Tumorboard Nenner Alle Patienten mit Analkarzinom Stadium IV, M1 (primär oder sekundär)	13.1 Bei metastasiertem Analkarzinom im Stadium IV (Fernmetastasen) soll die weitere Behandlungsplanung im Rahmen eines interdisziplinären Tumorboards erfolgen.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig prätherapeutische Vorstellung von Patienten mit Analkarzinom Stadium IV, M1 im Tumorboard
Anmerkung: Teilnehmer Tumorboard: Viszeralchirurgie, Strahlentherapie, Onkologie, Pathologie, Radiologie		

7 Chronisch lymphatische Leukämie (CLL)

(Version 1, Juni 2019)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
CLL 1: Untersuchungsverfahren für die Initialdiagnostik der CLL		
Zähler Anzahl Patienten mit Gesamt Leukozytenzahl %-Lymphozyten aus Diff-BB Immunphänotypisierung d. peripheren Blutes Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose einer CLL	3.2 Folgende Untersuchungsverfahren sollen bei der Initialdiagnostik der CLL zur Anwendung kommen: Anamnese, körperliche Untersuchung mit vollständiger Erhebung des peripheren Lymphknotenstatus und Leber- und Milzgrößenabschätzung, maschinelles Blutbild (mindestens Hämoglobin, Leukozytenzahl, Thrombozytenzahl), mikroskopisches Differentialblutbild, Immunphänotypisierung des peripheren Blutes.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Bestimmung der Gesamt-Leukozytenzahl, der %-Lymphozyten aus Diff.-BB und Durchführung der Immunphänotypisierung des peripheren Blutes für die Initialdiagnostik der CLL
CLL 2: Bestimmung TP53-Deletions- und Mutationsstatus vor erster systemischer CLL-Therapie		
Zähler Anzahl Patienten mit Bestimmung des TP53-Deletions- und Mutationsstatus (FISH hinsichtlich del17p und TP53-Mutationsanalyse ≤ 12 Wochen vor Therapiebeginn Nenner Alle Patienten mit Diagnose einer CLL und erster system. Therapie	3.11 Folgende Untersuchungsverfahren sollen bei klinischer Progression oder Rezidiv mit gestellter Therapieindikation sowie vor jedem Therapiebeginn oder einer Therapieänderung zur Anwendung kommen: Anamnese,	Konsensbasierte Empfehlung Starker, Qualitätsziel: Möglichst häufig Bestimmung des TP53-Deletions- und Mutationsstatus (FISH hinsichtlich del17p und TP53-Mutationsanalyse ≤ 12 Wochen vor Beginn der ersten systemischen Therapie)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	körperliche Untersuchung mit vollständiger Erhebung des peripheren Lymphknotenstatus und Leber- und Milzgrößenabschätzung, Bestimmung der Komorbidität und des gesundheitlichen Allgemeinzustandes, maschinelles Blutbild , mikroskopisches Differentialblutbild, klinische Chemie, Virusserologie (CMV, HBV, HCV, HIV, VZV), Bestimmung des TP53-Deletions- und Mutationsstatus (FISH hinsichtlich del(17)(p13) und TP53-Mutationsanalyse), Bestimmung des aktuellen klinischen Stadiums.	
CLL 3: Keine alleinige Chemotherapie als Erstlinientherapie bei CLL		
Zähler Anzahl Patienten mit alleiniger Chemotherapie Nenner Alle Patienten mit CLL und Erstlinientherapie	4.6 Eine Chemoimmuntherapie (unter der Berücksichtigung der Kontraindikationen für Antikörper-Therapien) soll einer alleinigen Chemotherapie vorgezogen werden.	⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ EG A, Evidenzlevel 4 Qualitätsziel: Möglichst selten alleinige Chemotherapie als Erstlinientherapie bei CLL
CLL 4: Einschluss in klinische Studien		
Zähler Anzahl Patienten, die in klinische Studien eingeschlossen sind Nenner	5.1 Allen Patienten soll, sofern verfügbar, die Behandlung im Rahmen klinischer Studien angeboten werden.	Konsensbasierte Empfehlung , Qualitätsziel: Möglichst häufig Einschluss in klinische Studien

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Alle Patienten mit CLL und Therapie	Insbesondere bei Verfügbarkeit neuer Substanzen ist für Patienten mit mehreren Vortherapien oder ungünstigem Risikoprofil die Behandlung im Rahmen einer klinischen Studie sinnvoll.	

8 Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom

(Version 1.0, November 2022)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
DLBCL 1: PET/CT vor Therapiebeginn bei Erstdiagnose (neu 2022)		
Zähler Pat. des Nenners, die eine PET/CT vor Beginn der Therapie erhalten haben.	5.9 Bei kurativem Therapiekonzept soll zur Festlegung des Ausbreitungsstadiums des diffusen großzelligen B-Zell-Lymphoms eine Positronenemissionstomographie/Computertomographie (PET/CT) durchgeführt werden.	⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ , Hohe bis moderate Qualität.
Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines diffus großzelligen B-Zell-Lymphoms und Therapie mit kurativer Therapieintention		
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig PET/CT vor Therapiebeginn bei Erstdiagnose DLBCL und kurativer Therapieintention		
DLBCL 2: R-CHOP bei Erstdiagnose ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention (neu 2022)		
Zähler Pat. des Nenners mit Immunchemotherapie mit R-CHOP (Rituximab, Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Prednison) oder R-CHOP-ähnlichem Protokoll	6.3 Bei allen jungen Patient*innen (≤ 60 Jahre) ohne Einschränkung der Behandlungsfähigkeit soll außerhalb von klinischen Studien in kurativer Intention eine Immunchemotherapie mit R-CHOP (Rituximab, Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Prednison) oder R-CHOP-ähnlichem Protokoll durchgeführt werden.	6.3: ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ 6.24: ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ 7.4: ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ 7.5: ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ 7.43: Konsensbasierte Empfehlung 7.21: Konsensbasierte Empfehlung 7.25: ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ 7.37: ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ 7.41: ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ 7.46: ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ 7.53: ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ 7.54: ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ 7.6: ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ 7.12: Konsensbasierte
Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines	6.24 Analog zu jüngeren Patient*innen soll auch bei Patient*innen im Alter von 61-80 Jahren ohne Einschränkung der Behandlungsfähigkeit eine potentiell kurative Immunchemotherapie nach dem R-CHOP- (Rituximab, Cyclophosphamid,	

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
diffusen großzelligen B-Zell-Lymphoms* (ICD-10 C82.4, C83.3, C83.8, C85.2) ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention	Doxorubicin, Vincristin, Prednison) oder R-CHOP-ähnlichem Schema erfolgen. 7.4 Double Expressor DLBCL stellen eine morphologische Subgruppe von DLBCL, NOS dar und sollen analog DLBCL, NOS behandelt werden. 7.5 DLBCL mit alleiniger <i>MYC</i> Translokation sollen analog DLBCL, NOS behandelt werden. 7.43 Isolierte oder gruppierte Herde bei Patient*innen mit DLBCL vom Bein-Typ sollen analog nodaler DLBCL, NOS therapiert werden. 7.21 Es soll eine Therapie entsprechend des nodalen DLBCL durchgeführt werden. 7.25 Beim primär testikulären DLBCL soll eine Immunchemotherapie analog nodaler DLBCL verabreicht werden. 7.37 Patient*innen mit primärem DLBCL des Knochens sollen eine Immunchemotherapie analog nodaler DLBCL, NOS erhalten. 7.41 Bei primär extranodalen DLBCL der Mamma soll die Therapie analog nodalen DLBCL, NOS erfolgen. 7.46 Patient*innen mit einem follikulären Lymphom Grad 3B sollen analog DLBCL, NOS behandelt werden. 7.53 Patient*innen mit lymphomatoider Granulomatose Grad 3 sollen analog DLBCL, NOS behandelt werden.	Empfehlung 7.31: ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ 7.47: ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ , Hohe bis moderate (DLBCL, NOS) bzw. moderate bis geringe (analog DLBCL, NOS) Qualität.

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	7.54 Patient*innen mit intravaskulären großzelligen B-Zell Lymphom sollen analog DLBCL, NOS behandelt werden. Zusätzlich sollte eine ZNS-Prophylaxe durchgeführt werden. 7.6 Außerhalb von klinischen Studien sollen DLBCL/high-grade B-Zell Lymphome mit <i>MYC</i> Translokation und <i>BCL2</i> und/-oder <i>BCL6</i> Translokation analog DLBCL, NOS behandelt werden. 7.12 Patient*innen mit einem primären mediastinalen B-Zell Lymphom sollen mittels einer R-CHOP-basierten Immunchemotherapie behandelt werden. 7.31 Die Systemtherapie des gastrointestinalen DLBCL ohne indolente Komponente soll analog DLBCL, NOS erfolgen. 7.47 Patient*innen, bei denen bei Erstdiagnose des follikulären Lymphoms gleichzeitig ein diffuses großzelliges B Zell Lymphom diagnostiziert wird (primär transformiertes follikuläres Lymphom bzw. sekundär simultanes DLBCL), sollen analog DLBCL, NOS behandelt werden.	

Anmerkung: Qualitätsziel:

Möglichst häufig R-CHOP oder ähnliches Protokoll bei Erstdiagnose DLBCL ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention

Anmerkung:

R-CHOP-ähnlich = Rituximab; Cyclophosphamid; Doxorubicin, andere Anthrazykline, Mitoxantron; Vincristin, Polatuzumab Vedotin; Prednison, andere Glukokortikosteroide; Etoposid

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
DLBCL 3: 4 Zyklen CHOP + 6 Gaben Rituximab bei Erstdiagnose ≤ 60 Jahre und sehr günstiger Prognose (neu 2022)		
Zähler Pat. des Nenners mit 4 Zyklen CHOP (Cyclophosphamid, Doxorubicin, Vincristin, Prednison) in Kombination mit 6 Gaben Rituximab Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines diffusen großzelligen B-Zell-Lymphoms ≤ 60 Jahre und sehr günstiger Prognose (aalPI=0 ohne Bulk) und systemischer Therapie	6.5 Junge Patient*innen (≤ 60 Jahre) mit sehr günstiger Prognose (aalPI=0 ohne Bulk) sollen mit 4 Zyklen CHOP in Kombination mit 6 Gaben Rituximab behandelt werden.	⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ , Hohe bis moderate Qualität.
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig 4 Zyklen CHOP + 6 Gaben Rituximab bei Erstdiagnose ≤ 60 Jahre und sehr günstiger Prognose		
DLBCL 4: PET/CT nach Abschluss Erstlinien-Immunchemotherapie (neu 2022)		
Zähler Pat. des Nenners, die eine PET/CT-Untersuchung nach Abschluss der Immunchemotherapie erhalten haben Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose	6.11 Bei Patient*innen mit DLBCL soll nach Abschluss der geplanten Immunchemotherapiezyklen eine Remissionskontrolle mittels PET/CT durchgeführt werden. CAVE: Eine Abschluss-PET/CT ist im ambulanten Sektor kein Gegenstand des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (Kostenübernahme nicht gesichert, Stand März 2022).	⊕⊕⊕⊕ , Moderate Qualität.

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
DLBCL und abgeschlossener Erstlinien-Immunchemotherapie		
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig PET/CT nach Abschluss Erstlinien-Immunchemotherapie bei Erstdiagnose		
DLBCL 5: Bestrahlung bei PET-positivem Restbefall nach Erstlinien-Immunchemotherapie (neu 2022)		
Zähler Pat. des Nenners mit Bestrahlung Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose DLBCL* (ICD-10 C82.4, C83.3, C83.8, C85.2) inkl. genetisch definierter Subgruppen (DLBCL/High-grade B-Zell-Lymphom mit Translokation von MYC, BCL2 und/oder BCL6) und abgeschlossener Erstlinien-Immunchemotherapie und PET-positivem Restbefall im Abschluss-Staging	6.14 Patient*innen mit einem PET-positiven Restbefall sollen eine konsolidierende Bestrahlung erhalten. 7.2 Restbefunde im PET/CT sollen analog DLBCL, NOS konsolidierend bestrahlt werden.	6.14: ⊕⊕⊕⊕ 7.2: ⊕⊕⊕⊕ , Geringe (DLBCL, NOS) bzw. sehr geringe (analog DLBCL, NOS) Qualität.
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Bestrahlung bei Erstdiagnose und PET-positivem Restbefall nach Erstlinien-Immunchemotherapie		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
DLBCL 6: Histologische Sicherung Rezidiv (neu 2022)		
Zähler Pat. des Nenners mit histologischer Sicherung des Rezidivs Nenner Alle Pat. mit DLBCL und Rezidiv	8.1 Bei Hinweisen (klinisch, laborchemisch, bildgebend) auf ein Rezidiv soll eine Biopsie mit dem Ziel einer histologischen Sicherung erfolgen. 9.8 Bei Hinweisen (klinisch, laborchemisch, bildgebend) auf ein Rezidiv soll eine Biopsie mit dem Ziel einer histologischen Sicherung erfolgen.	8.1: Konsensbasierte Empfehlung 9.8: Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig histologische Sicherung eines Rezidivs		
DLBCL 7: PET/CT vor Beginn Rezidivtherapie (neu 2022)		
Zähler Pat. des Nenners, die eine PET/CT vor Beginn der Rezidivtherapie erhalten haben Nenner Alle Pat. mit Rezidiv eines diffusen großzelligen B-Zell-Lymphoms und Therapie mit kurativer Therapieintention	8.2 Als Ausgangsbefund vor Rezidivtherapie und zur Stadienbestimmung eines rezidierten oder eines persistierenden DLBCL sowie zur Kontrolle des Ansprechens im Verlauf soll bei potentiell kurativem Therapiekonzept eine PET/CT durchgeführt werden. CAVE: Die PET-Untersuchung ist im ambulanten Sektor kein Gegenstand des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung (Kostenübernahme nicht gesichert, Stand März 2022).	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig PET/CT vor Beginn einer kurativ intendierten Therapie eines Rezidivs		

9 Endometriumkarzinom

(Version 3.0, Juli 2024)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
ENDO 1: Keine LNE bei Endometriumkarzinom c/pT1a, G1/2, cN0, LVSI neg. (modifiziert 2022)		
Zähler Patientinnen des Nenners mit systematischer LNE Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Endometriumkarzinom, c/p T1a, G1/G2, cN0, LVSI neg.	6.5 Beim low risk Typ-I-Endometriumkarzinom pT1a, G1/2, keine bulky nodes, p53-wt ,L1CAM negativ oder nicht bestimmt, soll keine systematische Lymphadenektomie durchgeführt werden.	LoE 1 EG A, Qualitätsziel: Keine systematische Lymphadenektomie bei Endometriumkarzinom c/p T1a, G1/G2, cN0, LVSI neg.
ENDO 2: Keine adjuvante Chemotherapie bei Typ I-Endometriumkarzinom im Stadium pT1a/b, G1 oder G2, cN0/pNsn0 p53-wt (modifiziert 2022)		
Zähler Patientinnen des Nenners mit adjuvanter Chemotherapie Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose eines endometrioiden oder anderen Typ I-Endometriumkarzinoms (ICD-0: 8380/3, 8570/3, 8263/3, 8382/3, 8480/3), pT1a/b G1 cN0/pNsn0 p53-wt o. pT1a/b G2 cN0/pNsn0, p53-wt	8.2 Patientinnen mit primärem Typ-I-Endometriumkarzinom im Stadium pT1a/b G1 und G2 cN0/ pNsn0, p53-wt und L1CAM-neg. oder nicht bestimmt sollen keine adjuvante Chemotherapie erhalten.	Konsensbasierte Empfehlung , Qualitätsziel: Keine adjuvante Chemotherapie bei Typ-I-Endometriumkarzinom pT1a/b G1 cN0/pNsn0 p53-wt o. pT1a/b G2 cN0/pNsn0 p53-wt
ENDO 3: Beratung durch Sozialdienst		
Zähler Anzahl Patientinnen mit Beratung durch den Sozialdienst Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose	11.15 Die medizinisch-onkologische Rehabilitation dient der spezifischen Behandlung von Krankheits- und Therapiefolgestörungen. Alle Patientinnen mit Endometriumkarzinom sollen	11.15: Konsensbasierte Empfehlung 11.15: Konsensbasierte Empfehlung , Qualitätsziel:

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Endometriumkarzinom und Behandlung in der Einrichtung	über die gesetzlichen Möglichkeiten zur Beantragung und Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen informiert und beraten werden. 11.15 Die medizinisch-onkologische Rehabilitation dient der spezifischen Behandlung von Krankheits- und Therapiefolgestörungen. Alle Patientinnen mit Endometriumkarzinom sollen über die gesetzlichen Möglichkeiten zur Beantragung und Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen informiert und beraten werden.	Möglichst häufig Beratungen durch den Sozialdienst
ENDO 4: Vorstellung in der Tumorkonferenz (modifiziert 2022)		
Zähler Patientinnen des Nenners mit Vorstellung in der Tumorkonferenz Nenner Alle Patientinnen mit Endometriumkarzinom	13.2 Alle Patientinnen mit Endometriumkarzinom sollen in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden.	Konsensbasierte Empfehlung , Qualitätsziel: Möglichst häufig Vorstellung der Patientinnen in der Tumorkonferenz
Anmerkung: Teilnehmende Tumorkonferenz: Operateur, Radiologe, Pathologe, Strahlentherapeut, Gynäkologischer Onkologe, Internistischer Onkologe (sofern Systemtherapie von internistischem Onkologen durchgeführt wird)		
ENDO 5: Immunhistochemische Bestimmung von p53 sowie der MMR-Proteine (neu 2022)		
Zähler Patientinnen des Nenners mit	4.40	LoE 4

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
immunhistochemischer Bestimmung von p53 u. der MMR-Proteine Nenner Alle Patientinnen mit histologisch gesicherter Diagnose eines Endometriumkarzinom (inkl. M1)	Bei allen histologisch diagnostizierten primären EC soll eine immunhistochemische Bestimmung von p53 sowie der MMR-Proteine durchgeführt werden.	EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig Bestimmung von p53 sowie der MMR-Proteine
ENDO 6: POLE-Untersuchung (neu 2022)		
Zähler Patientinnen des Nenners mit POLE-Untersuchung Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Endometriumkarzinom >pT1a u./o. G3 u./o. p53-abn u./o. LVSI pos. u./o. MSI/MMR pos. oder Erstdiagnose Typ 2-Endometriumkarzinom (serös, klarzelliges, Karzinosarkom) (ICD-O: 8380/03,8441/3, 8310/3, 8020/3, 8323/3, 9110/3, 8070/3, 8144/3, 9111/3, 8980/3)	4.41 Bei G3 oder bei intermediate, high intermediate und high risk EC soll eine Mutationsanalyse der Exonuclease-Domäne von POLE durchgeführt werden.	LoE 4 EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig POLE-Untersuchung
ENDO 7: Postoperativ alleinige vaginale Brachytherapie (neu 2022)		
Zähler Patientinnen des Nenners mit postoperativer alleiniger vaginaler Brachytherapie Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Endometriumkarzinom Stadium pT1b, G1 oder G2 pNX/0, p53-wt, L1CAM	7.5 Im Stadium pT1b, G1 oder G2 pNX/0 und im Stadium pT1a (mit Myometriumbefall), G3 pNX/0, endometrioides Endometriumkarzinom (Typ I), p53-wt, L1CAM negativ oder nicht bestimmt, keine extensive LVSI soll postoperativ die alleinige	LoE 2 EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig alleinige vaginale Brachytherapie

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
negativ, ohne extensive LVSI mit OP	vaginale Brachytherapie durchgeführt werden.	
ENDO 8: Perkutane Strahlentherapie mit simultaner Chemotherapie (PORTEC 3-Schema) (neu 2022)		
Zähler Patientinnen des Nenners mit simultaner Chemotherapie (PORTEC 3-Schema) Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose endometrioides (Morphologie-Code: 8380/3) Endometriumkarzinom pT1b o. pT2, p53-abn, POLE-wt u. perkutaner Strahlentherapie	7.13 Bei Patientinnen mit endometrioidem Endometriumkarzinom (Typ1) im Stadium pT1b und pT2 p53-abn, POLE-wt soll eine perkutane Strahlentherapie in Kombination mit einer Chemotherapie (PORTEC 3-Schema) erfolgen.	LoE 3 EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig simultane Chemotherapie (PORTEC 3-Schema)
ENDO 9: Adjuvante Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel (neu 2022)		
Zähler Patientinnen des Nenners mit Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel Nenner Patientinnen mit Erstdiagnose Endometriumkarzinom und adjuvanter Chemotherapie	8.11 Eine adjuvante Chemotherapie beim Endometriumkarzinom soll mit Carboplatin AUC 5 oder AUC 6 und Paclitaxel 175 mg pro Quadratmeter durchgeführt werden. Nach einer perkutanen Strahlentherapie sollte Carboplatin AUC 5 dosiert werden.	LoE 2 EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig adjuvante Chemotherapie mit Carboplatin u. Paclitaxel

10 Follikuläres Lymphom

(Version 1, Juni 2020)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
FL 1: Diagnosesicherung Follikuläres Lymphom		
Zähler Anzahl Patienten mit Gewebebiopsie* * Gewebebiopsie = Gewebe oder Knochenmark Nenner Alle Patienten mit der Erstdiagnose Follikuläres Lymphom (C82)	Keine	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Gewebebiopsie bei Patienten mit der Erstdiagnose eines Follikulären Lymphoms		
FL 2: Hepatitis- und HIV-Serologie vor Beginn der Therapie bei Follikulärem Lymphom		
Zähler Anzahl Patienten mit Hepatitis B, C und HIV Serologie vor systemischer Therapie Nenner Alle Patienten mit der Erstdiagnose Follikuläres Lymphom (C82) und systemischer Therapie	4.11 Vor Einleitung einer systemischen Therapie <i>soll</i> eine Hepatitis B, C und HIV Serologie durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Hepatitis- und HIV-Serologie vor Beginn der systemischen Therapie		
FL 3: Involved-site oder involved-field Bestrahlung bei Follikulärem Lymphom		
Zähler Anzahl Patienten mit involved-site oder involved-field Bestrahlung	6.5	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Patienten mit Follikulärem Lymphom (C82) und Bestrahlung als Erstlinientherapie	Die Bestrahlung soll einer involved-site Bestrahlung entsprechen.	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig involved-site oder involved-field Bestrahlung bei Erstlinientherapie Bestrahlung		

11 Harnblasenkarzinom

(Version 2, April 2020)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
BlasenCa 1: Inhalt Befundbericht		
Zähler Pat. mit Befundbericht mit Angabe von: - Lokalisation - Zahl der nachgewiesenen/befallenen Lk - Kapselüberschreitendes Wachstum (j/n) - max. Metastasengröße (mm, eindimensional) Nenner N: Alle Pat. mit Erstdiag-nose Blasenkarzinom pN+	4.16 Im Befund sollen die Lokalisation (klinische Angabe), die Zahl der insgesamt histologisch nachgewiesenen Lymphknoten, die Zahl der befallenen Lymphknoten, die maximale Metastasengröße und Kapsel-überschreitendes Wachstum genannt werden.	Konsensbasierte Empfehlung , A
Qualitätsziel: Anmerkung: Möglichst häufig Befundbericht mit vollständiger Angabe der Parameter: Lokalisation, Zahl nachgewiesene/befallene Lk, Kapselüberschreitendes u. max. Metastasengröße		
BlasenCa 2: Aussage zu Detrusor-Muskulatur in Befundbericht		
Zähler Pat. mit Befundbericht der Pathologie mit der Aussage, ob Detrusor-Muskulatur enthalten ist	6.15 Ist keine Zystektomie geplant, soll eine Nachresektion bei Patienten mit nicht-muskelinvasivem Urothelkarzinom der Harnblase mit folgender Konstellation durchgeführt werden: bei Tumoren, bei denen die primäre TUR inkomplett war wenn in der initialen TUR kein Muskel im histopathologischen	LoE 1-

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Präparat nachweisbar war, außer pTa Low Grade bei pT1-Tumoren bei allen high-grade Tumoren, mit Ausnahme der Patienten mit primärem Carcinoma in situ (pTis)	
Qualitätsziel: Anmerkung: Möglichst häufig Aussage im Befundbericht, ob Detrusor-Muskulatur enthalten ist		
BlasenCa 3: Beidseitige pelvine Lymphadenektomie bei radikaler Zystektomie		
Zähler Pat. mit beidseitiger pelviner Lymphadenektomie Nenner Alle Pat. mit Harnblasenkarzinom und radikaler Zystektomie	7.22 Bei einem invasiven Harnblasenkarzinom soll im Rahmen der radikalen Zystektomie zeitgleich eine beidseitige pelvine Lymphadenektomie erfolgen.	LoE 2-
Qualitätsziel: Anmerkung: Möglichst häufig beidseitige pelvine Lymphadenektomie bei radikaler Zystektomie		
BlasenCa 4: Radikale Zystektomie innerhalb von 3 Monaten nach Diagnosestellung		
Zähler Pat. mit radikaler Zystektomie innerhalb von 3Mo nach Diagnosestellung Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Blasenkarzinoms $\geq$ pT2 und radikaler Zystektomie ohne neoadjuvante Chemotherapie	7.39 Bei Patienten mit einem muskelinvasiven Harnblasenkarzinom, die keine neoadjuvante Therapie erhalten, soll eine radikale Zystektomie möglichst innerhalb von 3 Monaten nach Diagnosestellung erfolgen.	LoE 2-

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig radikale Zystektomie innerhalb von 3Mo nach Diagnosestellung ohne neoadjuvante Chemotherapie		
BlasenCa 5: Simultane RCT		
Zähler Pat. mit simultaner RCT Nenner Alle Pat. mit Blasenkarzinoms $\geq$ cT2 und kurativ intendierter Radiotherapie	7.45 Im Rahmen eines blasenerhaltenden Vorgehens in kurativer Intention soll eine simultane Radiochemotherapie durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig simultane RCT bei kurativ intendierter Radiotherapie		
BlasenCa 6: Resektionsbiopsie aus der Harnblase nach RT/RCT		
Zähler Pat. mit Resektionsbiopsie aus der Harnblase nach RT/RCT Nenner Alle Pat. mit Blasenkarzinom und abgeschlossener RT/RCT	7.48 Im Rahmen der Beurteilung des Ansprechens soll eine erneute Zystoskopie mit Probenentnahme aus dem ehemaligen Resektionsgrund erfolgen.	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Resektionsbiopsie aus der Harnblase nach RT/RCT		
BlasenCa 7: Präoperative Anzeichnung Stomaposition		
Zähler Pat. mit präoperativer Anzeichnung Stomaposition Nenner Alle Pat. mit Blasenkarzinom, bei denen eine OP mit Stomaanlage durchgeführt wurde.	8.4 Eine mögliche Stomaposition soll präoperativ angezeichnet werden. Die Urostomie sollte prominent angelegt werden, wenn dies technisch möglich ist.	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig präoperative Anzeichnung der Stomaposition		
BlasenCa 8: Prätherapeutische multidisziplinäre Vorstellung		
Zähler Pat. mit prätherapeutischer multidisziplinärer Vorstellung Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Harnblasen-Ca $\geq$ cT2	9.5 Bei Patienten mit organüberschreitendem, muskelinvasiven Harnblasenkarzinom ($\geq$ pT3) und/oder pN+ soll eine multidisziplinäre Abstimmung zur weiteren Therapieplanung erfolgen.	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig prätherapeutische multidisziplinäre Vorstellung		
BlasenCa 9: Beratung durch Sozialdienst		
Zähler Pat. mit Beratung durch Sozialdienst Nenner Alle Pat. mit Harnblasenkarzinom und Zystektomie	10.1 Nach Zystektomie und Harnableitung soll den Patienten eine Anschlussheilbehandlung (AHB) angeboten werden. Die Rehabilitation sollte stationär und fachurologisch, bei entsprechender Komorbidität der Patienten multidisziplinär und mit Hilfe multimodaler Therapiekonzepte erfolgen.	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Beratung durch den Sozialdienst nach Zystektomie		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
BlasenCa 10: Beratung durch Stomatherapeut/in o. PflegeexpertIn Stoma, Kontinenz und Wunde bei Urostoma		
Zähler Pat. mit Beratung durch Stomatherapeut/in o. PflegeexpertIn Stoma, Kontinenz und Wunde Nenner Alle Pat. mit Harnblasen-Ca und Urostoma	10.7 Nach Anlage eines Urostomas soll eine Schulung zur selbständigen Versorgung des Stomas erfolgen. Auch nach Anlage anderer Harnableitungen ist das Ziel die selbständige Versorgung durch den Patienten. Dazu sollen Schulungen durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Beratung durch Stomatherapeut/in o. PflegeexpertIn Stoma, Kontinenz und Wunde bei Urostoma		
BlasenCa 11: Risikoklassifikation nach EORTC-Kriterien		
Zähler Pat. mit Angabe Risikoklassifikation nach EORTC-Kriterien Nenner Alle Pat. mit NMIBC und TUR	11.1 Nach Diagnose eines nicht-muskelinvasiven Blasenkarzinoms soll eine Risikoklassifikation des Tumors (low, intermediate, high risk) entsprechend dem Rezidiv- und Progressions-Risiko nach den EORTC-Kriterien durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Angabe der Risikoklassifikation nach EORTC-Kriterien		

12 Hepatozelluläres Karzinom und biliäre Karzinome

(Version 5.0, September 2024)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
HCC 1: Typisierung nach WHO-Klassifikation (seit 2013; in 2020 ergänzt)		
Zähler Patienten des Nenners mit Typisierung nach aktueller WHO-Klassifikation Nenner N1: Alle Patienten mit histologisch gesichertem HCC N2: Alle Patienten mit histologisch gesichertem CCA	3.17 Die Typisierung des HCCs soll sich nach der aktuellen WHO-Klassifikation richten. Hierbei sollten zum einen Sonderformen (z.B. fibrolamelläres HCC und mischdifferenzierte Tumoren (kombiniertes HCC/iCCA)) und wenn möglich auch das frühe HCC vom progredienten HCC und prämaligen Läsionen unterschieden werden. Es sollte eine sichere Unterscheidung von Sonderformen des intrahepatischen Cholangiokarzinoms, Lebermetastasen und auch benignen Lebertumoren erfolgen. 4.9 Die Typisierung der Karzinome der Gallenwege und der Gallenblase soll nach der anatomischen Lokalisation (intrahepatisch, perihilär, distale Gallenwege, Gallenblase) und gemäß der histologischen Differenzierung nach der aktuellen WHO-Klassifikation erfolgen. Bei intrahepatischen Cholangiokarzinomen sollte eine Unterscheidung von	3.17: Konsensbasierte Empfehlung 4.9: Konsensbasierte Empfehlung () () () () Qualitätsziel: Möglichst häufig Typisierung nach WHO

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	‚small duct‘ und ‚large duct‘ Typ erfolgen. Quellen: [2]	
HCC 2: Inhalt Befundberichte HCC (seit 2013)		
Zähler Patienten des Nenners mit Befundberichten mit Angabe zu: · Staging (nach TNM-Klassifikation) · Typing (nach WHO-Klassifikation) · Grading · Resektionsrand · Status der Umgebungsleber Nenner Alle Patienten mit HCC und Leberresektion oder Leberexplantation	3.18 Die Bearbeitung und Befundung eines Resektats oder Explantats soll die Ausdehnung des Tumors (Staging) gemäß der aktuellen TNM-Klassifikation, seinen Typ (Typing) und Differenzierungsgrad (Grading) und den Status des Resektatrandes (R-Klassifikation) sowie den Status der nichttumorösen Leber ermitteln.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständige Befundberichte
HCC 3: entsprechend Langversion - Vorstellung Tumorkonferenz (seit 2013)		
Zähler Patienten des Nenners mit prätherapeutischer Vorstellung in der Tumorkonferenz Nenner Alle Patienten mit HCC	3.31 Patienten mit einem Hepatozellulären Karzinom sollen vor einer Behandlung und bei Änderung der Therapiestrategie in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig prätherapeutische Vorstellung in der Tumorkonferenz
Teilnehmer TK: Gastroenterologe, Pathologe, interventioneller Radiologe, Viszeralchirurg Videokonferenzen sind möglich		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
HCC 4: entsprechend Langversion - Vorstellung Tumorkonferenz nach TACE (modifiziert 2020)		
Zähler Patienten des Nenners mit Vorstellung in der Tumorkonferenz nach zwei Behandlungszyklen Nenner Alle Patienten mit HCC und TACE	3.59 Die Indikation zur Fortführung der TACE soll nach zwei Behandlungszyklen im Tumorboard überprüft werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Vorstellung in der Tumorkonferenz nach TACE
HCC 5: entsprechend Langversion - mRECIST-/EASL-Klassifikation nach TACE (modifiziert 2020)		
Zähler Patienten des Nenners mit Beurteilung der Remission mittels mRECIST- oder EASL-Klassifikation Nenner Alle Patienten mit HCC und TACE	3.65 Die Remissionsbeurteilung nach Ablation / TACE / TARE soll nach standardisierten Kriterien erfolgen (mRECIST, EASL oder LI-RADS-TR).	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Verwendung der mRECIST- oder EASL-Klassifikation nach TACE
HCC 6: entsprechend Langversion - Bridging-Therapie (neu 2020)		
Zähler Patienten des Nenners, die eine Bridging-Therapie erhalten haben Nenner Alle Patienten mit HCC (BCLC A), Child A auf der Transplantationswarteliste	3.38 Patienten mit HCC (BCLC A) innerhalb der Mailand-Kriterien sollen eine Bridging-Therapie erhalten, sofern es die Leberfunktion zulässt.	LoE 1 A, Qualitätsziel: Möglichst häufig Bridging-Therapie bei Patienten mit HCC (BCLC A) innerhalb der Mailand-Kriterien
Bridging: Lokalablation, Resektion, oder transarterielle Verfahren (TACE, TARE) BCLC A: ECOG (PS): 0-2 Child-Pugh A bis C		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Singulärer Tumor > 2cm oder frühe multifokale Erkrankung mit bis zu 3 Tumoren < 3cm		
HCC 7: entsprechend Langversion - Inhalt Befundberichte CCA (neu 2020)		
Zähler Patienten des Nenners, bei denen ein histopathologischer Befundbericht mit folgenden Angaben vorliegt: · Staging (TNM-Klassifikation) · Typing (WHO-Klassifikation) · Grading · Resektionsrand (R-Klassifikation) · Bei intrahepatischen Cholangiokarzinomen (C22.1): Status der nicht-tumorösen Leber Nenner Alle Patienten mit CCA und Resektion oder Explantation	4.10 Die Bearbeitung und Befundung eines Resektats soll die Ausdehnung des Tumors (Staging) gemäß der aktuellen TNM-Klassifikation, seinen Typ (Typing) und Differenzierungsgrad (Grading) und den Status des Resektatrandes (R-Klassifikation) sowie bei intrahepatischen Cholangiokarzinomen den Status der nichttumorösen Leber ermitteln. Bei Präparaten mit prämaligen Läsionen soll durch genaue Aufarbeitung ein möglicher Übergang in ein invasives Karzinom abgeklärt werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständige Befundberichte

13 Hodentumoren

(Version 1.1, März 2020)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Hoden 1: Vorstellung Tumorkonferenz		
Zähler Anzahl Patienten, die nach Chemotherapie in einer interdisziplinären Tumorkonferenz* vorgestellt werden *Teilnehmer Tumorkonferenz: Urologie, Pathologie, Radiologie, Hämatonkologie, Strahlentherapie, bei Bedarf: Viszeralchirurgie Nenner Alle Patienten mit Keimzelltumor (ICD-10 C62), die nach Chemotherapie einen Residualtumor aufweisen.	3.2 Patienten mit KZT mit postchemotherapeutischen Residualtumoren sollen nur nach vorheriger multidisziplinärer Abstimmung an Zentren mit ausgewiesener Erfahrung und den Voraussetzungen für multidisziplinäre chirurgische Eingriffe eine RTR erhalten.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Therapieempfehlung einer interdisziplinären Tumorkonferenz bei Patienten mit Residualtumor nach Chemotherapie
Hoden 2: Pathologiebericht		
Zähler Anzahl Patienten mit sämtlichen der folgenden Angaben im pathohistologischen Befundbericht: - Seite - Hodengröße - max. Tumorgröße (in 3 Dimensionen) - makroskopische Merkmale des Nebenhodens, Samenstranges und der Tunica vaginalis - Tumor im Absetzungsrand (ja/nein) - histologischer Typ mit Spezifizierung individueller	6.17 Der pathohistologische Befundbericht des Hodenpräparates soll folgende Aussagen beinhalten: Angabe von Seite, Größe des Hodens, maximale Tumorgröße (in 3 Dimensionen), makroskopische Merkmale des Nebenhodens, Samenstranges und der Tunica vaginalis,	Konsensbasierte Empfehlung EG A, a Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständige pathohistologische Befundberichte.

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Komponenten und prozentualer Bestimmung gemäß WHO 2016 - peritumorale venöse und/oder lymphatische Invasion (ja/nein) - Invasion der Tunica albuginea (ja/nein) - Invasion der Tunica vaginalis (ja/nein) - Invasion der Rete testis (ja/nein) - Invasion des Weichgewebe des Hilus, des Nebenhodens oder des Samenstranges (ja/nein) - Germ cell neoplasia in situ im nicht-tumorösen Parenchym (ja/nein) - pT Kategorie gemäß der TNM Klassifikation von 2017 Nenner Alle Patienten mit der Erstdiagnose Keimzelltumor (ICD-10 C62) und Ablatio Testis	Tumor im Absetzungsrand (ja/nein), histologischer Typ mit Spezifizierung individueller Komponenten und prozentualer Bestimmung gemäß WHO 2016, peritumorale venöse und/oder lymphatische Invasion (ja/nein), Invasion der Tunica albuginea (ja/nein), Tunica vaginalis (ja/nein), Rete testis (ja/nein), Weichgewebe des Hilus, des Nebenhodens oder des Samenstranges (ja/nein), Germ cell neoplasia in situ im nicht-tumorösen Parenchym (ja/nein), pT Kategorie gemäß der TNM Klassifikation von 2017.	
Hoden 3: Angebot Kryokonservierung		
Zähler Anzahl Patienten, denen prätherapeutisch eine Kryokonservierung von Spermatozoen angeboten wurde Nenner Alle Patienten mit der Erstdiagnose Keimzelltumor (ICD-10 C62) und Therapie (Operation, Radio- oder Chemotherapie)	6.19 Bei Verdacht auf einen KZT soll vor Therapiebeginn dem Patienten (vor Ablatio testis, spätestens vor einer Chemo- oder Strahlentherapie) eine Kryokonservierung von Spermatozoen angeboten werden.	LoE 5 EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig prätherapeutisches Angebot zur Kryokonservierung von Spermatozoen.

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Hoden 4: IGCCCG-Prognosekriterien		
Zähler Anzahl Patienten mit Einteilung nach den Prognosekriterien der IGCCCG Nenner Alle Patienten mit metastasiertem Keimzelltumor (ICD-10 C62, ab Stadium II)	7.6 Die Einteilung der metastasierten KZT soll nach den Prognosekriterien der IGCCCG erfolgen.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Einteilung nach den IGCCCG-Prognosekriterien bei Patienten mit metastasiertem Keimzelltumor.
Anmerkung: - IGCCCG 1997		
Hoden 5: Aktive Überwachung (Seminom)		
Zähler Anzahl Patienten mit aktiver Überwachung Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Seminom (ICD-O-M 9061/3) im Stadium I (pT1-4, N0, M0)	8.12 Patienten mit Seminom im cSI sollen mit der Überwachungsstrategie nachbeobachtet und im Falle eines Rezidivs stadiengerecht therapiert werden.	⊕⊕⊕⊕ EG A, b Qualitätsziel: Möglichst häufig aktive Überwachung zur Nachbeobachtung bei Seminompatienten im Stadium I.
Hoden 6: Aktive Überwachung (Nichtseminomatöser Keimzelltumor)		
Zähler Anzahl Patienten mit aktiver Überwachung Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose nichtseminomatöser Keimzelltumor* im Stadium IA (pT1, N0, M0, S0)	8.15 In der Niedrigrisiko-Situation soll die Überwachung favorisiert werden.	LoE 2b EG A, b Qualitätsziel: Möglichst häufig aktive Überwachung zur Nachbeobachtung bei nichtseminomatösem Keimzelltumor im Stadium IA.
Anmerkung: - *ICD-O-Morphologie (3. Ausgabe, 1.Revision): Nichtseminomatöser KZT: 9070/3, 9071/3, 9100/3, 9104/1, 9105/3, 9085/3, 9080/1, 9063/3, 8240/3, 9085/3, 9071/3, 8650/1, 8650/3, 8640/1, 8640/3, 8642/1, 8643/1, 8620/1, 8622/1, 8600/0, 8592/1, 8591/1, 9073/1		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Hoden 7: Systemtherapie Stadium IIC/III und gute Prognose		
Zähler Anzahl Patienten mit 3 Zyklen PEB (Cisplatin, Bleomycin, Etoposid) über 5 Tage Nenner Alle Patienten mit Keimzelltumor (ICD-10 C62) im Stadium IIC oder III der guten Prognosegruppe gemäß IGCCCG	8.30 Patienten mit metastasiertem KZT im Stadium IIC/III der guten Prognosegruppe gemäß IGCCCG sollen eine Polychemotherapie mit drei Zyklen PEB mit Applikation von Cisplatin und Etoposid über fünf Tage erhalten.	LoE 1b EG A, b Qualitätsziel: Möglichst häufig Systemtherapie mit 3 Zyklen PEB über 5 Tage bei Patienten im Stadium IIC/III der guten Prognosegruppe.
Anmerkung: - Kontraindikationen für Bleomycin sind zu beachten. Für diese Patienten gelten die Empfehlung 9.34 und 9.38.- IGCCG 1997		
Hoden 8: Systemtherapie metastasiertes Seminom und intermediäre Prognosegruppe		
Zähler Anzahl Patienten mit vier Zyklen PEB (Cisplatin, Bleomycin, Etoposid) Nenner Alle Patienten mit metastasiertem Seminom (ICD-O-M 9061/3; ab Stad II-IIIC) mit intermediärer Prognose gemäß IGCCCG	8.35 Patienten mit einem metastasierten Seminom und intermediärer Prognose sollen vier Zyklen PEB Chemotherapie erhalten.	LoE 1b EG A, b Qualitätsziel: Möglichst häufig Systemtherapie mit vier Zyklen PEB bei metastasiertem Seminom und intermediärer Prognosegruppe
Anmerkung: - Kontraindikationen für Bleomycin sind zu beachten. Für diese Patienten gilt die Empfehlung 9.36.- IGCCCG 1997		
Hoden 9: Systemtherapie nichtseminomatöser Keimzelltumor und intermediäre Prognosegruppe		
Zähler Anzahl Patienten mit vier Zyklen PEB (Cisplatin, Bleomycin, Etoposid)	8.39 Patienten mit einem metastasierten nichtseminomatösen KZT und intermediärer Prognose sollen	LoE 1b EG A, b Qualitätsziel:

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Patienten mit metastasiertem nichtseminomatösem Keimzelltumor* (ab Stad II-IIIC) mit intermediärer Prognose gemäß IGCCCG	vier Zyklen PEB Chemotherapie erhalten.	Möglichst häufig Systemtherapie mit vier Zyklen PEB bei nichtseminomatösem Keimzelltumor und intermediärer Prognosegruppe.
Anmerkung: - Kontraindikationen für Bleomycin sind zu beachten. Für diese Patienten gilt die Empfehlung 9.40. - *ICD-O-Morphologie (3. Ausgabe, 1.Revision): Nichtseminomatöser KZT: 9070/3, 9071/3, 9100/3, 9104/1, 9105/3, 9080/3, 9084/3, 9085/3, 9080/1, 9063/3, 9084/0, 8240/3, 9085/3, 9071/3, 8650/1, 8650/3, 8640/1, 8640/3, 8642/1, 8643/1, 8620/1, 8622/1, 8600/0, 8592/1, 8591/1, 9073/1 - IGCCG 1997		
Hoden 10: Systemtherapie nichtseminomatöser Keimzelltumor und schlechte Prognosegruppe		
Zähler Anzahl Patienten mit vier Zyklen PEB (Cisplatin, Bleomycin, Etoposid) Nenner Alle Patienten mit metastasiertem nichtseminomatösem Keimzelltumor* (ab Stad II-IIIC) mit schlechter Prognose gemäß IGCCCG	8.41 Patienten mit einem metastasierten nichtseminomatösen KZT und schlechter Prognose sollen vier Zyklen PEB Chemotherapie erhalten.	LoE 1b EG A, b Qualitätsziel: Möglichst häufig Systemtherapie mit vier Zyklen PEB bei nichtseminomatösem Keimzelltumor und schlechter Prognosegruppe.
Anmerkung: - Kontraindikationen für Bleomycin sind zu beachten. Für diese Patienten gilt die Empfehlung 9.42.- *ICD-O-Morphologie (3. Ausgabe, 1.Revision): Nichtseminomatöser KZT: 9070/3, 9071/3, 9100/3, 9104/1, 9105/3, 9080/3, 9084/3, 9085/3, 9080/1, 9063/3, 9084/0, 8240/3, 9085/3, 9071/3, 8650/1, 8650/3, 8640/1, 8640/3, 8642/1, 8643/1, 8620/1, 8622/1, 8600/0, 8592/1, 8591/1, 9073/1 - IGCCG 1997		
Hoden 11: Residualtumorresektion Lunge und Retroperitoneum		
Zähler Anzahl Patienten mit Resektion des Residualtumors	8.71 Nach Abschluss der primären Chemotherapie und dem	LoE 2b EG A, b

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Patienten mit nichtseminomatösem KZT* und abgeschlossener Chemotherapie mit S 0 (Messzeitpunkt ca. 6 Wo nach Ende Chemotherapie) u Residualtumor >1cm im Retroperitoneum und/oder der Lunge (axialen CT Durchmesser)	Erreichen einer Markernormalisierung bei Patienten mit einem nichtseminomatösen KZT sollen Residualtumoren > 1cm im Retroperitoneum und der Lunge reseziert werden. Der Umgang mit Residuen anderer Lokalisationen soll individuell entschieden werden.	Qualitätsziel: Möglichst häufig adäquate Resektion von Residualtumoren nichtseminomatöser Keimzelltumore nach Chemotherapie und Normalisierung der Serummarker.
Anmerkung: - *ICD-O-Morphologie (3. Ausgabe, 1.Revision): Nichtseminomatöser KZT: 9070/3, 9071/3, 9100/3, 9104/1, 9105/3, 9080/3, 9084/3, 9085/3, 9080/1, 9063/3, 9084/0, 8240/3, 9085/3, 9071/3, 8650/1, 8650/3, 8640/1, 8640/3, 8642/1, 8643/1, 8620/1, 8622/1, 8600/0, 8592/1, 8591/1, 9073/1		

14 Hodgkin Lymphom

(Version 3.2, Oktober 2022)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
HL 1: Histologische Diagnostik (seit 2013)		
Zähler Anzahl Patienten mit Biopsie u/o Exzision LK Nenner Alle Patienten mit histologischer Erstdiagnose eines Hodgkin Lymphoms	3.3 Die histologische Diagnose soll an der Biopsie eines ganzen Lymphknotens oder eines anderen primär befallenen Organs gestellt werden.	Konsensbasierte Empfehlung , Starker Qualitätsziel: Möglichst häufig Biopsie u/o Exzision eines Lymphknoten (LK) zur histologischen Diagnosestellung bei Erstdiagnose Hodgkin Lymphom
HL 2: Anforderungen an die Diagnostik (seit 2013)		
Zähler Anzahl Patienten, die die Diagnostik BSG, CT (mit Kontrastmittel) des Halses, Thorax und Abdomen, Röntgen-Thorax und Knochenmarkbiopsie erhalten haben Nenner Alle Patienten mit gesicherter Erstdiagnose eines Hodgkin Lymphoms	3.7 Die initialen Diagnostik-Untersuchungen sollen Anamnese, körperliche Untersuchung, Labor, bildgebende Verfahren (CT (mit Kontrastmittel) des Halses, Thorax und Abdomen, Röntgen-Thorax, Sonografie und PET/CT (siehe)) umfassen.	Konsensbasierte Empfehlung , Qualitätsziel: Möglichst häufig Durchführung der genannten Diagnostik-Untersuchungen bei Patienten mit Erstdiagnose Hodgkin Lymphom
Anmerkung: Der Zähler ist ggw. nicht mit dem aktualisierten einheitlichen onkologischen Basisdatensatz (= BDS) der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V. (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) (Stand: 12.02.2014) abzubilden		
HL 3: PET/CT im Staging (neu 2018)		
Zähler Anzahl Pat. mit PET/CT während Staging	3.14 Die PET/CT soll im Rahmen des initialen Stagings zur	⊕⊕⊕⊕

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Hodgkin Lymphom	Stadienbestimmung durchgeführt werden.	Qualitätsziel: Möglichst häufig Durchführung PET/CT im Rahmen des Stagings
Anmerkung: Der Zähler ist ggw. nicht mit dem aktualisierten einheitlichen onkologischen Basisdatensatz (= BDS) (Stand: 12.02.2014) abzubilden		
HL 4: Interim-PET/CT bei fortgeschrittenem Hodgkin Lymphom (neu 2018)		
Zähler Anzahl Patienten mit Interim-PET/CT Nenner Alle Patienten mit Hodgkin-Lymphom Stadium III A o. B o Stadium IV A o. B u BEA-COPP-Chemotherapie	7.4 Mit Hilfe der PET/CT während einer laufenden Chemotherapie (Interim-PET/CT) <i>soll</i> das individuelle Ansprechen auf die Therapie frühzeitig erfasst werden. Im Rahmen von Studien (GHSG HD18) wurde gezeigt, dass das FDG-PET/CT nach 2 Zyklen Chemotherapie mit BEACOPP eine Selektion der Patienten erlaubt, bei denen eine weitere Reduktion der Chemotherapie möglich ist (siehe auch 7.1.3).	LoE keine Daten, ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ Qualitätsziel: Möglichst häufig Interim-PET/CT bei fortgeschrittenem Hodgkin Lymphom und BEA-COPP-Chemotherapie
Anmerkung: Der Zähler ist ggw. nicht mit dem aktualisierten einheitlichen onkologischen Basisdatensatz (= BDS) (Stand: 12.02.2014) abzubilden		
HL 5: BEACOPPeskaliert bei fortgeschrittenem Hodgkin Lymphom (seit 2013)		
Zähler Anzahl der Patienten mit BEACOPPeskaliert Nenner Alle erwachsenen Patienten bis zu 60 Jahren mit Erstdiagnose Hodgkin Lymphom im Stadium III A o. B oder Stadium IV A o. B	7.2 Erwachsene Patienten bis zu 60 Jahren mit fortgeschrittenem HL <i>sollen</i> mit BEACOPPeskaliert behandelt werden. 7.3 Die Anzahl der Zyklen richtet sich nach dem Ergebnis des	7.2: LoE keine Daten, ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ 7.3: LoE keine Daten, ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ Qualitätsziel: Möglichst häufig Behandlung mit BEACOP-Peskaliert bei fortgeschrittenem Hodgkin Lymphom

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Interim-Stagings mittels PET/CT* nach 2 Zyklen. PET/CT-negative Patienten sollen 2 weitere Zyklen BEACOPPeskaliert, PET/CT-positive Patienten sollen , wie bisher, 4 weitere Zyklen erhalten.	
HL 6: PET/CT nach Chemotherapie bei fortgeschrittenem Hodgkin Lymphom (neu 2018)		
Zähler Anzahl Patienten mit PET/CT nach BEACOPPeskaliert Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Hodgkin Lymphom Stadium III A o. B oder Stadium IV A o. B u BEACOPPeskaliert	7.5 Mit Hilfe der PET/CT nach Therapie soll das individuelle Ansprechen auf die Chemotherapie beurteilt werden.	⊕⊕⊕⊕ Qualitätsziel: Möglichst häufig PET/CT nach BEACOPP-Chemotherapie bei Patienten mit fortgeschrittenem Hodgkin Lymphom
Anmerkung: Der Zähler ist ggw. nicht mit dem aktualisierten einheitlichen onkologischen Basisdatensatz (= BDS) (Stand: 12.02.2014) abzubilden.		
HL 7: Strahlentherapie bei fortgeschrittenem Hodgkin Lymphom (seit 2013)		
Zähler Anzahl Patienten mit lokaler Strahlentherapie (30 Gy) Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Hodgkin Lymphom im Stadium III A o. B oder Stadium IV A o. B, nach BEACOPPeskaliert und mit PET positivem Resttumor	7.8 Patienten, die auf die Chemotherapie angesprochen haben, aber PET/CT-positives Restgewebe zeigen, sollen eine lokale Strahlentherapie erhalten. 7.9 Patienten in fortgeschrittenen Stadien, die eine vorausgegangene Polychemotherapie erhalten haben und bei denen eine Indikation für eine additive Strahlentherapie besteht,	7.8: LoE keine Daten, ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ 7.9: ⊕⊕⊕⊕ Qualitätsziel: Möglichst häufig lokale Strahlentherapie (30 Gy) bei Patienten mit fortgeschrittenem Hodgkin Lymphom

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	sollen mit einer Dosis von 30 Gy bestrahlt werden.	
Anmerkung: Positiver Resttumor = nicht „no change“ im BDS		
HL 8: Diagnosesicherung bei Rezidiv eines NLPHL (neu 2018)		
Zähler Anzahl Patienten mit LK-Biopsie zur Diagnosesicherung Nenner Alle Patienten mit Rezidiv eines NLPHL	8.18 Bei Patienten mit einem NLPHL, bei denen der Verdacht auf ein Rezidiv besteht, soll eine erneute Diagnosesicherung mittels Lymphknotenbiopsie erfolgen, da das Risiko für eine Transformation des NLPHL in ein aggressives Non-Hodgkin Lymphom besteht.	Konsensbasierte Empfehlung , Starker Qualitätsziel: Möglichst häufig LK-Biopsie zur Diagnosesicherung bei Patienten mit Rezidiv eines NLPHL
HL 9: Rezidivtherapie bei Hodgkin Lymphom (seit 2013)		
Zähler Anzahl von Patienten mit autologer Stammzelltransplantation Nenner Alle Patienten bis 60 Jahre mit 1. Rezidiv oder Progress eines Hodgkin Lymphoms	9.7 Patienten bis 60 Jahre ohne schwere Begleiterkrankungen sollen bei Rezidiv oder Progress eines Hodgkin Lymphoms eine Hochdosismotherapie mit autologer Stammzelltransplantation erhalten.	LoE keine Daten, ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ Qualitätsziel: Möglichst häufig autologe Stammzelltransplantation bei Patienten bis 60 Jahre mit 1. Rezidiv oder Progress eines Hodgkin Lymphoms

15 Kolorektales Karzinom

(Version 2.1, Februar 2019)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
KRK 1: Erfassung Familienanamnese (neu 2017)		
Zähler Anzahl Patienten mit ausgefülltem Patientenfragebogen Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose eines KRK	Keine	Begründung dieses QI: Die Analyse der international bereits verwendeten QI (hier v.a. ASCO) hat gezeigt, dass international QI für die Erfassung der Familienanamnese beschrieben sind. Die Leitliniengruppe hält den Bereich für relevant, so dass sie ohne begleitende starke in der Leitlinie einen QI definiert.
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Ausfüllen des Patientenfragebogens für die Erfassung der Familienanamnes. Patientenfragebogen: https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html?file=files/dkg/deutsche-krebsgesellschaft/content/pdf/Zertifizierung/Erhebungs-%20und%20KennzahlenboegenPatientenFragebogen%20familiaerer%20Darmkrebs%20%2803032017%29.pdf		
KRK 2: : Vollständige Befundberichte nach Tumorresektion bei KRK (neu 2017)		
Zähler Anzahl Patienten mit Befundbericht mit Angabe von: · Tumortyp nach WHO-Klassifikation · Tumorinvasionstiefe (pT-Klassifikation) · Status der regionären Lymphknoten (pN-Klassifikation) · Anzahl der untersuchten Lymphknoten	7.58 Folgende Angaben durch den Pathologen sind erforderlich: - Tumortyp nach WHO-Klassifikation - Tumorinvasionstiefe (pT-Klassifikation)	LoE 1b, LoE 2a EG A

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
- Grading - Abstand von den Resektionsrändern (beim Rektumkarzinom auch circumferentiell) - R-Klassifikation Nenner Alle Pat. mit KRK und operativer Resektion	Status der regionäre Lymphknoten (pN-Klassifikation) Anzahl der untersuchten Lymphknoten Mindestanzahl der zu untersuchenden Lymphknoten: 12 Grading Abstand von den Restriktionsrändern (beim Rektumkarzinom auch circumferentiell) R-Klassifikation	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständige Befundberichte nach Tumorresektion bei KRK		
KRK 3: : Qualität TME		
Zähler Anzahl aller Patienten mit guter oder moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten oder Grad 2: Intramesorektale Einrisse) der TME Nenner Alle Patienten mit radikal operiertem Rektumkarzinom	7.65 Der zirkumferentielle Sicherheitsabstand ist negativ, wenn er 1 mm oder mehr beträgt (R0 "wide"). Ein positiver zirkumferentieller Sicherheitsabstand liegt vor, wenn der zirkumferentielle Sicherheitsabstand weniger als 1 mm beträgt (R0 "close") oder Tumorgewebe direkt an ihn heranreicht (R1). Der gemessene Abstand soll in Zahlen dokumentiert werden.	Konsensbasierte Empfehlung EG A,
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Mutationsbestimmung vor Erstlinientherapie bei mKRK.		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
KRK 4: Kombinationschemotherapie bei mKRK (neu 2017)		
Zähler Anzahl Pat. mit Kombinationschemotherapie Nenner Alle Patienten mit mKRK, ECOG 0-1 und systemischer Erstlinientherapie	9.25 In der Erstlinienchemotherapie sollen bei gutem Allgemeinzustand und hoher Motivation in erster Linie Fluoropyrimidinbasierte Kombinationsregime mit infusionaler Verabreichung von 5-Fluorouracil, wie FOLFIRI, FOLFOX oder FOLFOXIRI oder mit dem oralen Fluoropyrimidin Capecitabin (vorwiegend mit Oxaliplatin, CAPOX) eingesetzt werden.	LoE 1a GCP,
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Kombinationschemotherapie bei Erstlinientherapie von Patienten mit mKRK, ECOG 0-1		
KRK 5: Angabe Abstand mesorektale Faszie (seit 2013, vormals: KRK 1)		
Zähler Alle Patienten mit Angabe des Abstands zur mesorektalen Faszie im Befundbericht Nenner Alle Patienten mit Rektumkarzinom und MRT oder Dünnschicht-CT des Beckens	7.1 Alle Patienten mit KRK sollen nach Abschluss der Primärtherapie (z.B. Operation, Chemotherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden. Bereits prätherapeutisch sollen Patienten in folgenden Konstellationen vorgestellt werden: jedes Rektumkarzinom jedes Kolonkarzinom im Stadium IV metachrone Fernmetastasen	7.1: Konsensbasierte Empfehlung 7.17: Konsensbasierte Empfehlung ()

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Lokalrezidive vor jeder lokal ablativen Maßnahme, z.B. RFA/LITT/SIRT 7.17 Die Befundbeschreibung soll eine Aussage über den Abstand zur mesorektalen Faszie beinhalten.	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Angabe des Abstandes der mesorektalen Faszie, wenn ein MRT/CT bei Rektumkarzinom durchgeführt wurde.		
KRK 6: Qualität TME (seit 2013, vormals: KRK 3)		
Zähler Anzahl aller Patienten mit guter oder moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten oder Grad 2: Intramesorektale Einrisse) der TME Nenner Alle Patienten mit radikal operiertem Rektumkarzinom	8.4 Bei Patienten mit einem R0 resezierten Kolonkarzinom im Stadium III soll eine adjuvante Chemotherapie durchgeführt werden. 7.66 Da die Qualität eines Operationsresektates unter Berücksichtigung der oben genannten Kategorien Rückschlüsse auf die Prognose bezüglich der Entwicklung eines Lokalrezidives zulässt, soll diese obligat im patho-histologischen Befund-bericht wie folgend beschrieben werden: Die Qualität des Präparates wird beurteilt an der Integrität der mesorektalen Faszie im Falle der Resektion mit 3 Kategorien:	8.4: LoE 1a 7.66: Konsensbasierte Empfehlung ()

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Grad1 (gut): Mesorektale Faszie erhalten Grad 2 (moderat): Intramesorektale Einrisse Grad 3 (schlecht): Erreichen der Muscularis propria oder Tumor Im Falle einer Rektumexstirpation sind bei einer vollständigen Resektion der Levatormuskulatur Präparateinrisse und ein tumorpositiver zirkumferentieller Sicherheitsabstand seltener. m patho-histologischen Befundbericht ist deshalb die Beschreibung bezüglich der Radikalität im Bereich der Levatormuskulatur obligat. Hierzu sollen folgende Kategorien Verwendung finden: Grad 1 (gut): Levatormuskulatur mitreseziert, keine Eröffnung des Darmes oder des Tumors Grad 2 (moderat): Muscularis propria erhalten, keine Eröffnung des Darmes oder des Tumors Grad 3 (schlecht): Teile der Muscularis propria fehlen oder Eröffnung des Darmes oder des Tumors Diese Bewertungen sind vom Pathologen vorzunehmen.	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig gute bzw moderate Qualität der TME bei Rektumkarzinom		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
KRK 7: Vorstellung Tumorkonferenz (seit 2013, vormals: KRK 5)		
Zähler Anzahl der Patienten, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden Nenner Alle Patienten mit Rektumkarzinom und alle Pat. mit Kolonkarzinom Stad. IV	7.1 Alle Patienten mit KRK sollen nach Abschluss der Primärtherapie (z.B. Operation, Chemotherapie) in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden. Bereits prätherapeutisch sollen Patienten in folgenden Konstellationen vorgestellt werden: jedes Rektumkarzinom jedes Kolonkarzinom im Stadium IV metachrone Fernmetastasen Lokalrezidive vor jeder lokal ablativen Maßnahme, z.B. RFA/LITT/SIRT	Konsensbasierte Empfehlung ()
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Vorstellung der Pat. mit RektumCa und der Pat. mit KolonCa Stad. IV in der prätherapeutischen Tumorkonferenz		
KRK 8: Adjuvante Chemotherapie (seit 2013, vormals: KRK 6)		
Zähler Anzahl der Patienten, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben. Nenner Alle Patienten mit Kolonkarzinom im UICC Stadium III, bei denen eine R0-Resektion des Primärtumors erfolgte.	8.4 Bei Patienten mit einem R0 resezierten Kolonkarzinom im Stadium III soll eine adjuvante Chemotherapie durchgeführt werden.	LoE 1a Qualitätsziel: Adäquate Durchführung der adjuvanten Chemotherapie nach R0-Resektion KolonCa Stad. III

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Anmerkung: Qualitätsziel: Adäquate Durchführung der adjuvanten Chemotherapie nach R0-Resektion KolonCa Stad. III		
KRK 9: Anastomoseninsuffizienz Rektumkarzinom (seit 2013, vormals: KRK 8)		
Zähler Anzahl der Patienten mit Anastomoseninsuffizienz Grad B (mit Antibiotikagabe o. interventioneller Drainage o.transanaler Lavage/Drainage) oder C ((Re-)Laparotomie) nach elektiven Eingriffen Nenner Alle Patienten mit Rektumkarzinom, bei denen in einer elektiven primären Tumorsektion eine Anastomose angelegt wurde.	Keine	Keine Evidenzgrundlage, die einer starken zugeordnet ist, da dieser Indikator nicht aus einer solchen abgeleitet wurde. Begründung dieses QI: Anmerkung: Die Leitlinienkommission hat beschlossen, dass nicht nur Strukturqualitätsziele, sondern auch Ergebnisqualitätsziele berücksichtigt werden sollen. Daraus ergibt sich die Aufnahme dieses Indikators auch ohne konsenterte starke in der Leitlinie.
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst selten Anastomosen-insuffizienzen Grad B oder C nach Anastomosenanlage bei operiertem Rektumkarzinom.		
KRK 10: Anastomoseninsuffizienz Kolonkarzinom (seit 2013, vormals: KRK 9)		
Zähler Re-Interventionsbedürftige Anastomoseninsuffizienzen Kolon nach elektiven Eingriffen Nenner Alle Patienten mit Kolonkarzinom, bei denen in einer elektiven Tumorsektion eine Anastomose angelegt wurde.	Keine	Keine Evidenzgrundlage, die einer starken zugeordnet ist, da dieser Indikator nicht aus einer solchen abgeleitet wurde. Begründung dieses QI: Anmerkung: Die Leitlinienkommission hat beschlossen, dass nicht nur Strukturqualitätsziele, sondern auch Ergebnisqualitätsziele berücksichtigt werden sollen. Daraus ergibt sich die Aufnahme dieses Indikators

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
		auch ohne konsenterte starke in der Leitlinie.
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst selten re-interventions-bedürftige Anastomosen-insuffizienzen G nach Anastomosenanlage bei operiertem Kolonkarzinom		
KRK 11: Anzeichnung Stomaposition (seit 2013, vormals: KRK 10)		
Zähler Anzahl der Pat. mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition Nenner Alle Pat. mit Rektum-karzinom, bei denen eine Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde	7.42 Die Stomaposition soll präoperativ angezeichnet werden.	Konsensbasierte Empfehlung ()
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichste häufig präoperative Anzeichnung der Stomaposition		

16 Larynxkarzinom

(Version 1.1, Dezember 2019)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Larynx 1: Befundbericht nach Tumorresektion und Lymphknotenentfernung		
Zähler Zähler: Anzahl Patienten mit Befundberichten mit Angabe von: · Tumorlokalisierung (ICD-O-3 Topographie) und -größe (in mm), · histologischer Tumortyp (WHO-Klassifikation), · lokale Tumorausdehnung u infiltrierte Strukturen (cT/pT), · Lymphknotenmetastasen (cN/pN) nach Level und Seite getrennt: · Anzahl der untersuchten LK, · Anzahl der befallenen LK, · größter Durchmesser der Lymphknotenmetastasen · kapselüberschreitendes Tumorwachstum · Lymph-/Veneninvasion und perineurale Invasion (L, V, Pn), · Vorhandensein einer in situ Komponente (cTis/pTis, mit mm-Größe), · Differenzierung des Tumors entsprechend dem etablierten Graduierungsschema (G1-4) · Abstand zu den lateralen und basalen Resektaträndern für alle relevanten Absetzungsråder sowie für die invasive und die in situ-Komponente (Angabe: ja/nein) Nenner Alle Patienten mit Larynxkarzinom und	4.4 Folgende Parameter sollen angegeben werden: - Tumorlokalisierung und -größe, - histologischer Tumortyp nach aktueller WHO-Klassifikation, - lokale Tumorausdehnung, infiltrierte Strukturen, - Lymphknotenmetastasen nach Level und Seite getrennt: - Anzahl der untersuchten LK, - Anzahl der befallenen LK, - größter Durchmesser der Lymphknotenmetastasen, - kapselüberschreitendes Tumorwachstum - Lymphgefäß-/Veneninvasion und perineurale Invasion, - Vorhandensein einer in situ Komponente (mit Größe), - Differenzierung des Tumors entsprechend dem etablierten Graduierungsschema - Abstand zu den lateralen und basalen Resektaträndern für alle relevanten Absetzungsråder sowie für die invasive und die in situ-Komponente.	Konsensbasierte Empfehlung Starker,

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Tumorresektion und Lymphknotenentfernung		
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständige Befundberichte nach Tumorresektion und Lymphknotenentfernung		
Larynx 2: Durchführung Panendoskopie		
Zähler Anzahl Patienten mit Panendoskopie Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Larynxkarzinom	6.7 Die Panendoskopie soll bei Patienten mit Larynxkarzinom durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung ,
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Durchführung der Panendoskopie bei Erstdiagnose Larynxkarzinom		
Larynx 3: Prätherapeutische Tumorkonferenz		
Zähler Zähler: Anzahl Patienten, die prätherapeutisch in der TK besprochen wurden Nenner Alle Patienten mit Larynxkarzinom	7.1 Die Behandlung des Larynxkarzinoms soll interdisziplinär nach Abstimmung jedes individuellen Falls innerhalb von Tumorboards unter Beteiligung der Fachdisziplinen Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Strahlentherapie, medizinische Onkologie, Pathologie und Radiologie durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung Starker, Qualitätsziel: Möglichst häufig Vorstellung der Patienten in der prätherapeutischen Tumorkonferenz
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Vorstellung der Patienten in der prätherapeutischen Tumorkonferenz		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Larynx 4: Postoperative Radiochemotherapie		
Zähler Anzahl Patienten mit postoperativer Radiochemotherapie Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Larynxkarzinom und Resektion mit · Resektionsrändern <5mm oder · R1 oder · extrakapsulärem LK-Wachstum (pN3b)	7.38 Eine postoperative Radiochemotherapie soll: bei R1 oder Resektionsrand <5mm im Bereich der Mukosa in den nicht vom Knorpel umgebenen Tumoranteilen oder bei extrakapsulärem Tumorwachstum an den Lymphknoten erfolgen.	Konsensbasierte Empfehlung EG A, b
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig postoperative Radiochemotherapie bei Resektionsrand <5mm oder R1 oder pN3b		
Larynx 5: R0-Resektion		
Zähler Anzahl Patienten mit finalem Op-Ergebnis R0 Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Larynxkarzinom und Resektion	7.54 Ziel der chirurgischen Maßnahme soll eine R0-Resektion sein. Falls eine R0-Resektion nicht möglich erscheint, soll keine primärchirurgische Therapie erfolgen. Bei R1 soll eine Nachresektion angestrebt werden.	Konsensbasierte Empfehlung ,
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig R0 als finales Resektionsergebnis nach Resektion		
Larynx 6: Beratung durch Logopäde/Sprachwissenschaftler		
Zähler Anzahl Pat. mit Beratung durch Logopäden/ Sprechwissenschaftler	7.69 Schon vor Beginn der Tumor-Therapie soll die spätere	Konsensbasierte Empfehlung Starker, Qualitätsziel: Möglichst häufig Beratung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Larynxkarzinom und Therapie	Stimmfunktion bedacht werden. Die Patienten sollten über die verschiedenen Reha-Möglichkeiten unter Einbeziehung von Logopäden und Patientenbetreuern der Selbsthilfegruppen informiert werden.	durch Logopäden/ Sprechwissenschaftler vor Therapie
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Beratung durch Logopäden/ Sprechwissenschaftler vor Therapie		

17 Lungenkarzinom

(Version 3.0, März 2024)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Lunge 1: Molekularpathologische Untersuchung bei Patienten NSCLC Stadium IV (modifiziert 2022)		
Zähler Pat. im Nenner mit Untersuchung von mind. EGFR-Mutationen in den Exonen 18-21 und BRAF V600-Mutationen und ALK-Fusionen und ROS1-Fusionen und RET-Fusionen und NTRK1-3 Fusionen Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose NSCLC Stadium IV	6.58 Anhand des zur Verfügung stehenden Tumorgewebes / der Tumorzellen von allen NSCLC im Stadium IV sollen molekularpathologische Untersuchungen hinsichtlich aller therapeutisch relevanten molekularen Veränderungen (nach gegenwärtigem Stand vor Erstlinientherapie als Mindestanforderung EGFR-Mutationen in den Exonen 18-21, BRAF V600 Mutationen, ALK-Fusionen, ROS1-Fusionen, RET-Fusionen und NTRK1-3-Fusionen) eingeleitet werden.	Konsensbasierte Empfehlung)
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Untersuchung von mind. EGFR-Mutationen in den Exonen 18-21 und BRAF V600-Mutationen und ALK-Fusionen und ROS1-Fusionen und RET-Fusionen und NTRK1-3 Fusionen bei Patienten mit Erstdiagnose NSCLC Stadium IV		
Lunge 2: Erstlinientherapie bei Patienten NSCLC Stadium IV mit aktivierender EGFR-Mutation (modifiziert 2022)		
Zähler Patienten im Nenner mit Beginn einer Erstlinientherapie mit EGFR-TKI Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose eines NSCLC Stadium IV, typischer aktivierender EGFR-	8.107 Bei NSCLC Stadium IV und Vorliegen einer typischen aktivierenden EGFR-Mutation (del 19, L858R) soll Patienten mit ECOG 0-2 in der Erstlinientherapie ein EGFR-TKI angeboten werden.	LoE 1a EG A, a

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Mutation (del 19, L858R) und ECOG 0-2		
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Erstlinien-therapie mit EGFR-TKI bei aktivierender EGFR Mutation im NSCLC Stadium IV mit ECOG 0-2		
Lunge 3: Erstlinientherapie bei Patienten NSCLC Stadium IV, ALK positiv (modifiziert 2022)		
Zähler Patienten im Nenner mit Beginn ZNS-wirksamer ALK-spezifischer TKI-Therapie Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose NSCLC Stadium IV, ALK pos.	8.121 Patienten mit NSCLC im Stadium IV mit einer ALK-Translokation soll in der Erstlinientherapie die Therapie mit einem zugelassenen ZNS-wirksamen ALK-Inhibitor (bevorzugt Alectinib, Brigatinib oder Lorlatinib) angeboten werden.	LoE 1b EG A, b
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig ALK-spezi-fische, ZNS-wirksame TKI-Therapie als Erstlinien-therapie bei ALK-pos. NSCLC Stadium IV		
Lunge 4: Erstlinientherapie mit ROS1-spezifischer TKI-Therapie bei Patienten mit ROS1 positivem NSCLC im Stadium IV (gestrichen 2022)		
Zähler Nenner	Keine	Rationale für die Streichung: Das kleine Patientenkollektiv (kleiner Nenner) macht eine valide Auswertung nicht möglich.
Lunge 5: Prätherapeutische Vorstellung Tumorkonferenz (modifiziert 2022)		
Zähler Patienten im Nenner, die prätherapeutisch in der interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden Nenner	17.1 Jeder neu diagnostizierte Patient mit Lungenkarzinom soll in einem Thorax-Onkologischen Tumorboard vorgestellt werden.	Konsensbasierte Empfehlung (), Starker

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Alle Patienten mit Erstdiagnose Lungenkarzinom		
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig prätherapeutische Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz. Teilnehmende der Tumorkonferenz: Onkologie, Pneumologie, Strahlentherapie, Thoraxchirurgie, Radiologie und Nuklearmedizin und lokalisationsbezogene Fachdisziplinen (z.B. Neurochirurgie, Viszeralchirurgie)		
Lunge 6: Adjuvante Cisplatin-basierte Chemotherapie bei NSCLC Stadium II – IIIA1/A2 (geprüft 2022)		
Zähler Patienten im Nenner mit einer adjuvanten Chemotherapie mit Cisplatin-basierter Kombination Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose NSCLC Stadium II bzw. IIIA1/A2, ECOG 0/1, R0-Resektion und Lymphknotendissektion	8.25 Nach R0-Resektion und systematischer Lymphknotendissektion soll Patienten mit NSCLC im Stadium II in gutem Allgemeinzustand (ECOG 0/1) eine adjuvante Chemotherapie angeboten werden, wenn keine neoadjuvante Therapie durchgeführt wurde. 8.27 In der adjuvanten Chemotherapie soll bei Patienten mit NSCLC im Stadium II in gutem Allgemeinzustand (ECOG 0/1) die Gabe einer cisplatinhaltigen Kombination über 4 Zyklen erfolgen. 8.44 Beim NSCLC im Stadium III mit inzidentellem N2-Status (IIIA1 bzw. IIIA2) soll nach kompletter Resektion (R0) und systematischer Lymphknotendissektion, bei fehlender Kontraindikation, eine adjuvante Kombinationschemotherapie	8.25: LoE 1a 8.27: LoE 1a 8.44: LoE 1a 8.45: LoE 1b : EG A, a, Starker : EG A, LoE 1a, Starker Konsens

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	erfolgen. Die Chemotherapie soll nach Abschluss der Wundheilung innerhalb von 60 Tagen nach Resektion erfolgen. 8.45 Die adjuvante Chemotherapie beim NSCLC im Stadium IIIA1 und IIIA2 soll bei fehlender Kontraindikation als eine cisplatinhaltige Kombination über 4 Zyklen erfolgen. Nur bei Kontraindikation gegen Cisplatin soll der Einsatz von Carboplatin erwogen werden.	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig adjuvante Cisplatin-basierte Chemo-therapie bei NSCLC Stadium II bzw. IIIA1/A2 mit ECOG 0/1		
Lunge 7: Kombinierte Radiochemotherapie bei NSCLC Stadium IIIA4/IIIB/IIIC (modifiziert 2022)		
Zähler Patienten im Nenner mit Radiochemotherapie Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose NSCLC Stadium IIIA4, IIIB oder IIIC und ECOG 0/1	8.60 Patienten mit NSCLC im Stadium IIIA4 / IIIB und IIIC sollen in der Regel- wenn Allgemeinzustand und Tumorausdehnung dies zulassen – eine Kombination aus Strahlentherapie und Chemotherapie erhalten. Die Chemotherapie soll bei definitiver Radiochemotherapie simultan und nur bei medizinischer Kontraindikation allein sequentiell durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung (,)
Anmerkung: Qualitätsziel:		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Möglichst häufig Radiochemotherapie bei NSCLC Stadium IIIA4, IIIB oder IIIC und ECOG 0/1		
Lunge 8: Kombinierte Radiochemotherapie bei SCLC in den Tumorstadien T3-4 N0-1 und T1-4N2-3M0 (Limited disease) (modifiziert 2022)		
Zähler Pat. im Nenner mit simultaner Radiochemotherapie (Cisplatin / Etoposid) Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose SCLC in den Tumorstadien T3-4 N0-1 und T1-4N2-3M0 (Limited disease)	9.15 Die Applikation der Strahlentherapie beim SCLC in den Tumorstadien T3-4 N0-1 und T1-4N2-3M0 (Limited disease) soll simultan zur Chemotherapie mit Cisplatin und Etoposid erfolgen.	LoE 1b EG A, b, Starker
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig simultane Radiochemotherapie bei SCLC Stadium IIB-IIIC, ECOG 0/1		
Lunge 9: Ganzkörper-FDG-PET/CT zum Staging bei NSCLC Stadium IB-IIIB (neu 2022)		
Zähler Patienten des Nenners mit Ganzkörper-FDG-PET/CT zum Staging Nenner Alle Patienten mit NSCLC klin. Stadium IB-IIIB	6.6 Bei vermutetem oder nachgewiesenem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom und bestehender Therapieoption im klinischen Stadium IB-IIIB und im oligometastasierten Stadium IV soll zum Staging eine Ganzkörper-FDG-PET/CT erfolgen. Falls aus medizinischen Gründen (z. B. diabetischer Stoffwechsellaage) eine FDG-PET-Untersuchung nicht durchgeführt werden kann, ist eine Untersuchung auf extrathorakale Metastasen entweder mittels Ganzkörper-MRT oder Knochenszintigrafie plus CT Abdomen oder	LoE 2a EG A, a, Starker

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Knochenszintigrafie plus Sonografie Abdomen indiziert.	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Ganzkörper-FDG-PET/CT zum Staging bei NSCLC im Stadium IB-IIIb		
Lunge 10: Molekularpathologische Untersuchung bei Patienten NSCLC Stadium IB-IIIa und kurativer Tumorresektion (neu 2022)		
Zähler Patienten des Nenners mit Testung auf EGFR-Mutationen in den Exonen 19 und 21 Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose NSCLC IB-IIIa u. kurativer Tumorresektion (anatomische Lungenresektion [OPS-Code 5-323 – 5-328] und R0-Resektion)	6.60 Eine Testung auf EGFR-Mutationen in den Exonen 19 und 21 soll anhand des zur Verfügung stehenden Tumorgewebes nach Tumorresektion auch bei NSCLC in frühen Tumorstadien (IB – IIIa) vorgenommen werden.	Konsensbasierte Empfehlung ,
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig molekularpathologische Untersuchung auf EGFR-Mutationen bei NSCLC im Stadium IB-IIIa und kurativer Tumorresektion		
Lunge 11: Stereotaktische Strahlentherapie bei allgemein oder funktionell inoperablen Patienten NSCLC I/IIa (neu 2022)		
Zähler Patienten des Nenners mit stereotaktischer Strahlentherapie Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose NSCLC Stad I/IIa mit Tumorkonferenz-Empfehlung gegen eine Resektion	8.11 Bei allgemein oder funktionell inoperablen Patienten mit einem NSCLC Stadium I und IIa soll eine stereotaktische Strahlentherapie angeboten werden.	LoE 1b EG A, b, Starker
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig stereotaktische Strahlentherapie bei allgemein oder funktionell inoperablen Patienten mit NSCLC Stadium I/IIa		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Lunge 12: Multimodale Therapie bei NSCLC Stadium IIIA3 (neu 2022)		
Zähler Patienten des Nenners mit multimodaler Therapie (definitive Radiochemotherapie oder neoadjuvante Therapie + OP) Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose NSCLC Stad IIIA3 ECOG 0-1	8.52 Patienten mit NSCLC im Stadium IIIA3 und technischer und funktioneller Operabilität sollen multimodal behandelt werden. Derzeitige multimodale Optionen sind die definitive Radiochemotherapie +/- Durvalumab und die Operation nach neoadjuvanter Therapie.	LoE 1a EG A, a,
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig multimodale Therapie bei NSCLC Stadium IIIA3, ECOG 0-1		
Lunge 13: Erhaltungstherapie nach definitiver Radiochemotherapie (neu 2022)		
Zähler Patienten des Nenners mit begonnener Durvalumab-Therapie Nenner Alle Patienten nach definitiver Radiochemotherapie ohne Progress und mit PD-L1-Expression von $\geq 1\%$ auf Tumorzellen	8.66 Patienten mit NSCLC Stadium III nach definitiver Radiochemotherapie ohne Progress soll bei PD-L1 Expression von $\geq 1\%$ auf Tumorzellen eine Konsolidierung mit dem PD-L1 Antikörper Durvalumab über 1 Jahr angeboten werden.	LoE 1b EG A, b,
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Erhaltungstherapie mit PD-L1 Antikörper Durvalumab nach definitiver Radiochemotherapie ohne Progress und PD-L1-Expression $\geq 1\%$ auf Tumorzellen		
Lunge 14: (Chemo)-Immuntherapie NSCLC Stadium IV (modifiziert 2023)		
Zähler Patienten des Nenners mit (Chemo)-Immuntherapie Nenner	8.72 Bei Patienten im Stadium IV mit Plattenepithelkarzinom und PD-L1 Expression $< 50\%$ sowie einem guten	8.72: LoE 1b 8.96: LoE 1 8.95: LoE 1a 8.78: LoE 1b 8.77: LoE 1b

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Alle Patienten mit Erstdiagnose NSCLC Stadium IV und ECOG 0-1	Allgemeinzustand (ECOG 0-1) soll eine Chemo-Immuntherapie angeboten werden, z.B. eine platinbasierte Kombinationschemotherapie mit Taxan kombiniert mit Pembrolizumab oder eine Therapie mit platinbasierter Chemotherapie und Nivolumab/Ipilimumab. 8.96 Bei NSCLC-Patienten mit Nicht-Plattenepithelkarzinom im Stadium IV, welche keine therapierbaren Mutationen (z. B. EGFR, EML4-ALK, ROS1) aufweisen, und welche in Gewebeproben eine PD-L1-Expression von $\geq 50\%$ der Tumorzellen oder $>10\%$ auf Immunzellen aufweisen, soll eine Monotherapie mit Atezolizumab ($\geq 50\%$ der Tumorzellen oder 10% der tumorinfiltrierenden Lymphozyten) oder Cemiplimab ($\geq 50\%$ der Tumorzellen) oder Pembrolizumab ($\geq 50\%$ der Tumorzellen) als Erstlinientherapie angeboten werden, sofern nicht patienten- oder tumorbezogene Gründe für eine Kombinationsbehandlung sprechen. 8.95 Bei NSCLC-Patienten mit nicht-plattenepithelialer Histologie im UICC Stadium IV sowie ECOG 0-1, welche keine	EG A, b, Starker

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	therapierbaren Mutationen und keine Kontraindikation gegenüber Checkpoint-Inhibitoren aufweisen, soll, unabhängig vom PD-L1 Status, in der Erstlinientherapie eine Chemo-Immuntherapie angeboten werden. Cisplatin/Carboplatin + Pemetrexed + Pembrolizumab, alle 3 Wochen über 4 Zyklen, gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit Pemetrexed und Pembrolizumab Carboplatin + Paclitaxel + Bevacizumab + Atezolizumab, alle 3 Wochen über 4-6 Zyklen, gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit Bevacizumab und Atezolizumab Carboplatin + nab-Paclitaxel + Atezolizumab alle 3 Wochen über 4 Zyklen, gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit Atezolizumab platinbasierte Chemotherapie + Nivolumab + Ipilimumab über 2 Zyklen, gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit Nivolumab +Ipilimumab über 2 Jahre platinbasierte Chemotherapie + Durvalumab + Tremelimumab, alle 3 Wochen über 4 Zyklen, gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit Durvalumab alle 4 Wochen und einer 5. Dosis Tremelimumab; zusammen mit der 6. Dosis Durvalumab. (In der Zulassungsstudie konnte	

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	zudem Pemetrexed in der Erhaltung alle 4 Wochen fortgesetzt werden, wenn es als Kombinationspartner zu Platin in den ersten vier Zyklen eingesetzt wurde. platinbasierte Chemotherapie + Cemiplimab (bei PD-L1 Status $\geq 1\%$), alle 3 Wochen über 4 Zyklen, gefolgt von Cemiplimab alle 3 Wochen. (In der Zulassungsstudie konnte zudem Pemetrexed in der Erhaltung alle 3 Wochen fortgesetzt werden, wenn es als Kombinationspartner zu Platin in den ersten vier Zyklen eingesetzt wurde). 8.78 Bei NSCLC-Patienten im Stadium IV mit Plattenepithelkarzinom, welche keine therapierbaren Mutationen (z. B. EGFR, EML4-ALK, ROS1) aufweisen, und welche in Gewebeproben eine PD-L1-Expression von $\geq 50\%$ der Tumorzellen oder $>10\%$ auf Immunzellen aufweisen, soll eine Monotherapie mit Atezolizumab ($\geq 50\%$ der Tumorzellen oder 10% der tumorinfiltrierenden Lymphozyten), Cemiplimab ($\geq 50\%$ der Tumorzellen) oder Pembrolizumab ($\geq 50\%$ der Tumorzellen) als Erstlinientherapie angeboten werden, sofern nicht patienten- oder tumorbezogene Gründe für	

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	eine Kombinationsbehandlung sprechen. 8.77 Bei NSCLC-Patienten mit Plattenepithelkarzinom im UICC Stadium IV sowie ECOG 0-1, welche keine therapierbaren Mutationen und keine Kontraindikation gegenüber Checkpoint-Inhibitoren aufweisen, soll, unabhängig vom PD-L1 Status, in der Erstlinientherapie eine Chemo-Immuntherapie angeboten werden: Carboplatin + Paclitaxel oder NabPaclitaxel + Pembrolizumab, alle 3 Wochen über 4 Zyklen, gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit Pembrolizumab platinbasierte Chemotherapie + Nivolumab + Ipilimumab über 2 Zyklen, gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit Nivolumab + Ipilimumab über 2 Jahre. platinbasierte Chemotherapie + Durvalumab + Tremelimumab, alle 3 Wochen über 4 Zyklen, gefolgt von einer Erhaltungstherapie mit Durvalumab alle 4 Wochen und einer 5. Dosis Tremelimumab; zusammen mit der 6. Dosis Durvalumab platinbasierte Chemotherapie + Cemiplimab (bei PD-L1 Status $\geq 1\%$), alle 3 Wochen über 4 Zyklen, gefolgt von Cemiplimab alle 3 Wochen	

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig (Chemo-) Immuntherapie bei NSCLC Stadium IV und ECOG 0-1		
Lunge 15: Prophylaktische Schädelbestrahlung bei SCLC T3-4 N0-1 M0 und T1-4 N2-3 M0 (neu 2022)		
Zähler Patienten des Nenners mit prophylaktischer Schädelbestrahlung nach Ende Chemo-Strahlentherapie Nenner Alle Patienten mit SCLC in den Tumorstadien T3-4 N0-1 M0 und T1-4 N2-3 M0 (Limited disease) und Remission nach Chemo-Strahlentherapie	9.17 Bei allen Patienten mit SCLC Stadium III mit Remission nach Abschluss der Chemo-Strahlentherapie soll eine prophylaktische Schädelbestrahlung angeboten werden. Bevorzugt soll eine GHD bis 25 Gy in Einzeldosen von 2,5 Gy oder 30 Gy in Einzeldosen von 2 Gy täglich eingesetzt werden.	LoE 1a EG A, a,
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig prophylaktische Schädelbestrahlung bei SCLC T3-4 N0-1 M0 und T1-4 N2-3 M0 und Remission nach Chemo-Strahlentherapie		
Lunge 16: Chemo-Immuntherapie SCLC Stadium IV (neu 2022)		
Zähler Patienten des Nenners mit Kombination mit PD-L1-Antikörper-Therapie (Atezolizumab oder Durvalumab) Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose SCLC Stad. IV und Chemotherapie (Platin/Etoposid)	9.18 Patienten mit fernmetastasiertem kleinzelligen Lungenkarzinom soll, sofern keine Kontraindikationen bestehen, primär eine Chemo-Immuntherapie mit Platin/Etoposid und einem PD-L1-Antikörper (Atezolizumab oder Durvalumab) angeboten werden.	LoE 1b EG A, b, Starker
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig, Chemo-Immuntherapie mit Platin/Etoposid und einem PD-L1-Antikörper (Atezolizumab o. Durvalumab) bei SCLC Stadium IV		

18 Magenkarzinom

(Version 2, September 2019)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Magen 1: Vollständiger Pathologiebericht (neu)		
Zähler Anzahl Patienten mit mindestens folgenden Angaben im pathohistologischen Befundbericht: - Art des entfernten Materials, - Tumorlokalisation (makroskopisch / mikroskopisch), - minimalen Entfernung des Tumors zu den Resektionsrändern, - Größe des Tumors, - mikroskopischer Tumortyp (nach aktueller WHO-Klassifikation), - Grading* (aktuelle WHO-Klassifikation), - TNM-Klassifikation (unter Angabe der untersuchten und befallenen Lymphknoten), - R-Klassifikation. * ggf entfallend nach neoadj Therapie Nenner Alle Patienten mit Karzinom des Magens oder des ösophagogastralen Übergangs (ICD-10 C16.0¹, C16.1-16.9) und operativer Resektion ¹Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome	8.2 Die pathologisch-anatomische Begutachtung soll vollständig und in standardisierter Form vorgenommen werden (siehe Angaben im Hintergrundtext).	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständige pathohistologische Befundberichte nach operativer Resektion eines Karzinoms des Magens oder des ösophagogastralen Übergangs.

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
klassifiziert, auch dann, wenn der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist.		
Magen 2: Endoskopische en-bloc Resektionen (neu)		
Zähler Anzahl Patienten mit en-bloc Resektion Nenner Alle Patienten mit Karzinom des Magens oder des ösophagogastralen Übergangs (ICD-10 C16.0 ¹ , C16.1-16.9) und endoskopischer Resektion ¹ Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist.	9.1 Intraepitheliale Neoplasien (sogenannte Dysplasien) jeglicher Größe sowie Magenfrühkarzinome, die alle vier folgenden Kriterien erfüllen, sollen endoskopisch en-bloc reseziert werden: <u>1.</u> <1. 2cm Durchmesser 2. nicht ulceriert 3. Mukosakarzinom 4. intestinaler Typ bzw. histologischer Differenzierungsgrad gut oder mäßig (G1/G2) 9.3 Die endoskopische Resektion von Magenfrühkarzinomen soll als komplette en-bloc Resektion erfolgen, die eine vollständige histologische Beurteilung der lateralen und basalen Ränder erlaubt.	9.1: LoE 3b 9.3: Konsensbasierte Empfehlung : b; : Qualitätsziel: Möglichst häufig en-bloc Resektionen bei endoskopischer Resektion von Karzinomen des Magens oder des ösophagogastralen Übergangs.
Magen 3: R0-Resektionen (Endoskopie) (neu)		
Zähler Anzahl Patienten mit R0-Resektion nach abgeschlossener endoskopischer Therapie Nenner Alle Patienten mit Karzinom des Magens oder des ösophagogastralen Übergangs	9.1 Intraepitheliale Neoplasien (sogenannte Dysplasien) jeglicher Größe sowie Magenfrühkarzinome, die alle vier folgenden Kriterien erfüllen, sollen endoskopisch en-bloc reseziert werden:	9.1: LoE 3b 9.3: Konsensbasierte Empfehlung : b; : Qualitätsziel: Möglichst häufig R0-Situationen nach endoskopischer Resektion

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
(ICD-10 C16.0 ¹ , C16.1-16.9) und endoskopischer Resektion ¹ Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist.	1. <1. 2cm Durchmesser 2. nicht ulceriert 3. Mukosakarzinom 4. intestinaler Typ bzw. histologischer Differenzierungsgrad gut oder mäßig (G1/G2) 9.3 Die endoskopische Resektion von Magenfrühkarzinomen soll als komplette en-bloc Resektion erfolgen, die eine vollständige histologische Beurteilung der lateralen und basalen Ränder erlaubt.	eines Magenkarzinoms oder Karzinoms des ösophagogastralen Übergangs.
Magen 4: Ernährungsstatus (neu)		
Zähler Anzahl Patienten mit Feststellung des Ernährungsstatus nach Nutritional Risk Score und Body Mass Index Nenner Alle Patienten mit Karzinom des Magens oder des ösophagogastralen Übergangs (ICD-10 C16.0 ¹ , C16.1-16.9) ¹ Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist.	14.2 Der Ernährungsstatus soll bei allen Tumorpatienten, beginnend mit der Diagnosestellung, bei jeder stationären Aufnahme und ambulantem Patientenkontakt beurteilt werden, um Interventionen frühzeitig einleiten zu können.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Erhebung des Ernährungsstatus bei Patienten mit Karzinom des Magens oder des ösophagogastralen Übergangs.
Magen 5: Anastomoseninsuffizienz Grad III (neu)		
Zähler Anzahl Patienten mit	Keine	Qualitätsziel:

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Anastomoseninsuffizienz Grad III Nenner Nenner: Alle Patienten mit Karzinom des Magens oder des ösophagogastralen Übergangs (ICD-10 C16.0¹, C16.1-16.9) und Resektion mit Rekonstruktion mittels Anastomose ¹Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist.		Möglichst selten Anastomoseninsuffizienzen Grad III nach Resektion mit Rekonstruktion mittels Anastomose bei Patienten mit Karzinom des Magens oder des ösophagogastralen Übergangs Spezifisches Ziel der Leitlinie: - Erfassung Anastomoseninsuffizienz Grad III (Localized defect requiring surgical therapy) nach Gastrektomie.
Anmerkung: Einteilung der Anastomoseninsuffizienz in I-III. I= locally defect, no change in therapy, only medicaments or diet modification II: Localized defect requiring intervention, but no surgery, e.g. IR drain, stent or bedside opening III: Localized defect requiring surgical therapy (nach: Low, D.E., et al., International Consensus on Standardization of Data Collection for Complications Associated With Esophagectomy: Esophagectomy Complications Consensus Group (ECCG). Ann Surg, 2015 Aug;262(2):286-94)		
Magen 6: Vitamin B12 Substitution nach Gastrektomie (seit 2012, in 2019 modifiziert , bisher)		
Zähler Anzahl Patienten mit dokumentierter Empfehlung zu Vitamin B12-Substitution (z.B.1000µg alle 3 Mo) im Arztbrief Nenner Alle Patienten mit Karzinom des Magens oder des ösophagogastralen Übergangs	15.3 Nach einer Gastrektomie soll eine regelmäßige parenterale Vitamin B12-Substitution lebenslang durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig und Durchführung von Vitamin B12 Substitution nach Gastrektomie bei Patienten mit Karzinom des Magens oder des ösophagogastralen Übergangs

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
(ICD-10 C16.0 ¹ , C16.1-16.9) nach Gastrektomie ¹ Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist.		
Magen 7: Perioperative Chemotherapie bei Magenkarzinomen cT3 und cT4, M0 (seit 2012, in 2019 modifiziert)		
Zähler Anzahl Patienten mit präoperativer Chemotherapie Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Magenkarzinom (ICD-10 16.1-16.9) cT3 oder cT4, M0 und Resektion	Keine	a, EG A Qualitätsziel: Möglichst häufig präoperative Chemotherapie bei lokalisierten Magenkarzinomen cT3 oder cT4, M0 mit Resektion.
Magen 8: Perioperative Chemotherapie oder Radiochemotherapie bei Adenokarzinomen des ösophagogastralen Übergangs mit cT3 oder cT4, M0 (seit 2012, in 2019 modifiziert)		
Zähler Anzahl Patienten mit präoperativer Chemotherapie oder Radiochemotherapie Nenner Alle Patienten mit Adenokarzinom des ösophagogastralen Übergangs (ICD-10 16.0 ¹) cT3 oder cT4, M0 und Resektion ¹ Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn	Keine	a, EG A Qualitätsziel: Möglichst häufig perioperative Chemotherapie oder Radiochemotherapie bei Adenokarzinomen des ösophagogastralen Übergangs cT3 oder cT4, M0 und Resektion.

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist.		
Magen 9: Vorstellung interdisziplinäre Tumorkonferenz (seit 2012, in 2019 modifiziert)		
Zähler Anzahl Patienten mit postinterventioneller Vorstellung in der Tumorkonferenz Nenner Alle Patienten mit Karzinom des Magens oder des ösophagogastralen Übergangs (ICD-10 C16.0¹, C16.1-16.9) mit operativer Therapie (endoskopische oder chirurgische Resektion) ¹Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist.	11.9 Bei Nachweis eines Tumorprogresses soll die Entscheidung über die weitere Therapie interdisziplinär erfolgen. 11.12 Nach präoperativer Chemotherapie und anschließender Operation soll über die postoperative Chemotherapie interdisziplinär entschieden werden. In diese Entscheidung sollen Regressionsgrad, klinisches Ansprechen, Verträglichkeit der Chemotherapie und Allgemeinzustand einfließen.	11.9: Konsensbasierte Empfehlung 11.12: Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig postinterventionelle Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz von Patienten mit Karzinom des Magens oder des ösophagogastralen Übergangs mit operativer Therapie (endoskopische oder chirurgische Resektion)
Magen 10: Bestimmung HER-2-Status vor palliativer Tumorthherapie (seit 2012, in 2019 modifiziert, bisher)		
Zähler Anzahl Patienten mit Bestimmung des HER-2-Status Nenner Alle Patienten mit Karzinom des Magens oder des ösophagogastralen Übergangs (ICD-10 C16.0¹, C16.1-16.9) mit palliativer medikamentöser Tumorthherapie ¹Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden	12.6 Vor dem Einsatz einer palliativen medikamentösen Tumorthherapie soll der HER-2-Status als positiver prädiktiver Faktor für eine Therapie mit Trastuzumab bestimmt werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Bestimmung des HER-2-Status vor palliativer medikamentöser Tumorthherapie bei Patienten mit Karzinom des Magens oder des ösophagogastralen Übergangs.

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist.		

19 Maligne Ovarialtumoren

(Version 5.1, Juni 2022)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
OvCa 1: Operatives Staging (seit 2013)		
Zähler Anzahl Patientinnen mit operativem Staging mit: · Laparotomie · Peritonealzytologie · Peritonealbiopsien · Adnexexstirpation beidseits · Hysterektomie, ggf. extraperitoneales Vorgehen · Omentektomie mind. infrakolisch · bds. pelvine u. paraaortale Lymphonodektomie Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Ovarialkarzinom FIGO I-IIIa	7.3 Ein optimales Staging soll folgende Operationsschritte umfassen: - Längsschnittlaparotomie, - Inspektion und Palpation der gesamten Abdominalhöhle, - Peritonealzytologie, - Biopsien aus allen auffälligen Stellen, - Peritonealbiopsien aus unauffälligen Regionen, - Adnexexstirpation beidseits, - Hysterektomie, ggf. extraperitoneales Vorgehen, - Omentektomie mind. infrakolisch, - Appendektomie (bei muzinösem/unklarem Tumortyp), - bds. pelvine und paraaortale Lymphonodektomie.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig operatives Staging bei Ovarialkarzinom FIGO I - IIIa
OvCa 2: Angebot zur genetischen Testung (seit 2019)		
Zähler Anzahl Patientinnen mit Angebot zur genetischen Testung Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Ovarialkarzinom	5.1 Patientinnen mit der Diagnose eines Ovarialkarzinoms sollen über das Risiko einer hereditären Erkrankung aufgeklärt und eine genetische Testung angeboten werden.	LoE 2+ EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig Angebot zur genetischen Testung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
OvCa 3: Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (seit 2013)		
Zähler Anzahl Patientinnen mit makroskopisch vollständiger Resektion Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Ovarialkarzinom $\geq$ FIGO IIB und operativer Tumorentfernung ohne vorherige Chemotherapie	7.8 Das Ziel der Primäroperation bei einem fortgeschrittenen Ovarialkarzinom soll eine makroskopisch vollständige Resektion sein.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig makroskopisch vollständige Resektion
OvCa 4: Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom durch Gynäkoonkolog*innen (seit 2013)		
Zähler Anzahl Patientinnen., deren definitive operative Therapie durch einen Gynäkoonkolog*innen durchgeführt wurde Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose eines Ovarialkarzinoms FIGO $\geq$ IIB nach Abschluss der operativen Therapie	7.11 Im Falle einer unerwarteten Diagnose eines fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms soll eine histologische Sicherung und Beschreibung der Ausbreitung erfolgen. Die definitive Behandlung soll dann durch einen Gynäkoonkologen in einer geeigneten Einrichtung erfolgen.	LoE 4 EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig operative Therapie durch Gynäkoonkolog*innen
OvCa 5: Postoperative Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (modifiziert 2021)		
Zähler Anzahl Patientinnen mit postoperativer Chemotherapie Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose eines	7.13 Als Therapiefolge soll die Primäroperation gefolgt von einer Chemotherapie durchgeführt werden.	LoE 1+ EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig postoperative Chemotherapie bei fortgeschrittenem

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Ovarialkarzinoms $\geq$ FIGO II und Chemotherapie		Ovarialkarzinom und Chemotherapie
OvCa 6: Wegen hinreichender Umsetzung in 2021 gestrichen: Keine adjuvante Chemotherapie frühes Ovarialkarzinom		
Zähler Anzahl Pat. mit adjuvanter Chemotherapie Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Ovarialkarzinoms FIGO IA, G 1 und komplettem operativem Staging	8.1 Bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Stadium IA Grad 1 nach komplettem operativem Staging soll keine adjuvante Chemotherapie durchgeführt werden.	LoE 1+ EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig keine adjuvante Chemotherapie bei FIGO IA, G1 und komplettem operativem Staging
OvCa 7: Platinhaltige Chemotherapie frühes Ovarialkarzinom (seit 2013)		
Zähler Anzahl Patientinnen mit einer platinhaltigen Chemotherapie Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose OC FIGO IC o. IA/B mit Grad 3	8.2 Patientinnen mit Ovarialkarzinom im Stadium IC oder IA/B und Grad 3 sollen eine platinhaltige Chemotherapie über 6 Zyklen erhalten.	LoE 1+ EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig platinhaltige Chemotherapie bei Erstdiagnose Ovarialkarzinom FIGO IC o. IA/B mit Grad 3
OvCa 8: First-line-Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (modifiziert 2021)		
Zähler Patientinnen des Nenners mit Firstline-Chemotherapie Carboplatin u. Paclitaxel Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Ovarialkarzinom $\geq$ FIGO II	8.5 Die First-line-Chemotherapie für Patientinnen mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom (II–IV) soll aus Carboplatin AUC 5 und Paclitaxel 175 mg/m ² über 3 h i.v. für insgesamt 6 Zyklen alle 3 Wochen bestehen.	LoE 1++ EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig First-Line Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel bei Erstdiagnose Ovarialkarzinom $\geq$ FIGO II

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Anmerkung: Patientinnen bei denen zusätzlich weitere Substanzen (z.B. im Rahmen von Studien) verabreicht werden, können für den Zähler gezählt werden.		
OvCa 9: Kombinationstherapie bei platin sensitivem Rezidiv (ausgesetzt 2021)		
Zähler Patientinnen des Nenners mit platinhaltiger Kombinationstherapie Nenner Alle Patientinnen mit platin sensitivem Rezidiv eines Ovarialkarzinom und Rezidivchemotherapie, außerhalb von klinischen Studien	9.6 Patientinnen mit platin sensitivem Ovarialkarzinomrezidiv sollen, wenn eine Indikation zur Chemotherapie besteht, eine platinhaltige Kombinationstherapie erhalten. Folgende Kombinationen können in Betracht gezogen werden*: Carboplatin/Gemcitabin Carboplatin/Gemcitabin/Bevacizumab** Carboplatin/Paclitaxel Carboplatin/Paclitaxel/Bevacizumab** Carboplatin/pegyliertes liposomales Doxorubicin * Reihenfolge alphabetisch **bei Patientinnen mit erstem Rezidiv und ohne vorherige VEGF gerichtete Therapie	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig platinhaltige Kombinationstherapie bei platin sensitivem Rezidiv und Rezidivchemotherapie, außerhalb von klinischen Studien
Anmerkung: Ausgesetzt bis zum Update der Leitlinienempfehlung und zur Umsetzung der Kriterien für platingeeignetes bzw. nicht-platingeeignetes Rezidiv		
OvCa 10: Wegen hinreichender Umsetzung in 2021 gestrichen: Keine adjuvante Therapie BOT (seit 2013)		
Zähler Anzahl Pat. mit adjuvanter Therapie Nenner Alle Pat. mit	12.7 Patientinnen mit Borderlinetumoren sollen keine adjuvante Therapie erhalten.	LoE 1+ EG A, Qualitätsziel: Keine adjuvante Therapie bei Borderlinetumor

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Erstdiagnose eines Borderlinetumors		

20 Malignes Melanom

(Version 3.3, November 2019)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
MEL 1: Sicherheitsabstand (1 cm) bei radikaler Exzision (seit 2013)		
Zähler Patienten mit radikaler Exzision mit Sicherheitsabstand 1 cm Nenner Patienten mit einem primären, kutanen Melanom und kurativer radikaler Exzision bei einer Tumordicke ≤ 2 mm	4.8 Für das maligne Melanom soll unter kurativer Intention eine radikale Exzision mit den Sicherheitsabständen zum Tumorrand (siehe Tabelle im Hintergrundtext) erfolgen, um lokale Rezidive des Tumors zu vermeiden.	LoE 1a
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Sicherheitsabstand 1cm bei kurativer radikaler Exzision eines Melanoms mit Tumordicke ≤ 2 mm.		
MEL 2: Sicherheitsabstand (2 cm) bei radikaler Exzision (seit 2013)		
Zähler Patienten mit radikaler Exzision mit Sicherheitsabstand 2 cm Nenner Patienten mit einem primären, kutanen Melanom und kurativer radikaler Exzision bei einer Tumordicke > 2 mm	4.8 Für das maligne Melanom soll unter kurativer Intention eine radikale Exzision mit den Sicherheitsabständen zum Tumorrand (siehe Tabelle im Hintergrundtext) erfolgen, um lokale Rezidive des Tumors zu vermeiden.	LoE 1a
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Sicherheitsabstand 2cm bei kurativer radikaler Exzision eines Melanoms mit Tumordicke > 2 mm		
MEL 3: Vorstellung Hauttumorboard (seit 2013, vormals , 2018 modifiziert)		
Zähler Patienten, die in dem	12.1	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
interdisziplinären Hauttumorboard vorgestellt werden Nenner Pat. mit mukosalem Melanom oder kutanem Melanom Stadium IV	Patienten mit metastasiertem Melanom (ab Stadium III) sollen zur Abstimmung der weiteren Diagnostik und Therapie in einem interdisziplinären Hauttumorboard vorgestellt werden. Die Möglichkeit des Einschlusses in klinische Studien sollte in jedem Fall geprüft werden.	()
Qualitätsziel: Möglichst häufig Vorstellung von Patienten mit mukosalem Melanom oder kutanem Melanom Stadium IV in		
MEL 4: Wächterlymphknoten-Biopsie (seit 2013)		
Zähler Patienten, bei denen die WLKB durchgeführt wird Nenner Patienten mit einem primären, kutanen Melanom $\geq$ pT2a und ohne Hinweis auf lokoregionale oder Fernmetastasierung	4.36 Zur Stadienzuordnung soll die Wächterlymphknoten-Biopsie ab einer Tumordicke von 1,0 mm und ohne Hinweis auf lokoregionale oder Fernmetastasierung durchgeführt werden.	LoE 1a
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Wächterlymphknoten-Biopsie bei primären, kutanen Melanom $\geq$ pT2a und ohne Hinweis auf lokoregionale oder Fernmetastasierung		
MEL 5: Therapeutische Lymphadenektomie (seit 2016 ausgesetzt, 2018 modifiziert)		
Zähler Patienten mit therapeutischer LAD bei jedem pT und c/pN1b oder c/pN2b oder c/pN3b und M0 Nenner Patienten mit malignem Melanom mit jedem pT und	6.19 Die therapeutische LAD soll beim Nachweis einer lymphogenen Metastasierung (zytologische oder histologische Sicherung, Lymphknoten-Sonographie, CT, PET/CT) ohne Hinweis auf	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
c/pN1b oder c/pN2b oder c/pN3b und M0	Fernmetastasen durchgeführt werden.	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig therapeutische LAD bei klinischem Nachweis einer lymphogenen Metastasierung und fehlendem Hinweis auf Fernmetastasen		
MEL 6: : Beratung Sozialdienst (neu 2018)		
Zähler Anzahl der Patienten, die sozialarbeiterisch beraten wurden Nenner Alle Patienten mit kutanem Melanom	9.1 Patienten mit malignem Melanom sollen über den Rechtsanspruch auf eine Rehabilitationsmaßnahme informiert werden. Das Antragsverfahren sollte bei Patienten mit beeinträchtigter Krankheitsverarbeitung (gilt dann auch für in situ-Melanome), Funktions- oder Teilhabestörungen bereits im Rahmen der Primärversorgung initiiert werden. Weitere Voraussetzungen sind das Vorliegen von Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose.	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Beratung durch den Sozialdienst bei Patienten mit malignem Melanom.		
MEL 7: Erstlinientherapie kutanes Melanom Stad. IV (neu 2018)		
Zähler Anzahl Patienten mit BRAF-Inhibitor + MEK-Inhibitor-Therapie oder Anti-PD-1-basierter Erstlinientherapie Nenner Alle Patienten mit kutanem Melanom Stadium IV mit	7.18 Bei BRAF-V600-Mutation soll eine Therapie mit einem BRAF-Inhibitor in Kombination mit einem MEK-Inhibitor oder Checkpoint-Inhibitor-Therapie (PD-1 Monotherapie oder PD-	LoE 1b

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
begonnener, systemischer Erstlinientherapie	1+CTLA-4 Antikörpertherapie) durchgeführt werden. Aktuell liegen keine Daten zur besten sequentiellen Therapie von BRAF/MEK-Inhibitoren und Checkpoint-Inhibitoren vor.	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig BRAF-Inhibitor + MEK-Inhibitor-Therapie oder Anti-PD-1-basierte Erstlinientherapie bei kutanem Melanom Stadium IV		
MEL 8: Erhebung Mutationsstatus (KIT, BRAF und NRAS) bei mukosalem Melanom (neu 2018)		
Zähler Anzahl Patienten mit Erhebung Mutationsstatus für KIT, BRAF und NRAS Nenner Alle Patienten mit mukosalem Melanom cT4 und/oder N+	6.33 Eine adjuvante Extremitätenperfusion mit Melphalan soll in der adjuvanten Therapie des Melanoms nicht verabreicht werden. 10.4 Bei lokaler Inoperabilität bzw. ab dem Stadium der Lymphknotenmetastasierung soll der Mutationsstatus von mukosalen Melanomen für KIT, BRAF und NRAS erhoben werden.	6.33: LoE 1b 10.4: Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Erhebung des Mutationsstatus für KIT, BRAF und NRAS bei mukosalem Melanom cT4 und/oder N+		
MEL 9: LDH-Bestimmung (seit 2013)		
Zähler Patienten mit LDH-Bestimmung Nenner Patienten mit malignem Melanom bei Eintritt Stadium IV	7.14 LDH soll als Teil der aktuellen AJCC-Klassifikation bei Patienten mit Verdacht auf bzw. Nachweis von	LoE 1b

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Fernmetastasen bestimmt werden.	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig LDH-Bestimmung bei Patienten mit malignem Melanom bei Eintritt Stadium IV		

21 Mammakarzinom

(Version 4.4, Juli 2021)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
MamCa 1: Weiterbehandlung der im Screening detektierten Mammakarzinome in zertifizierten Brustkrebszentren		
Zähler Anzahl der Patientinnen, die eine Behandlung in einem zertifizierten Brustkrebszentrum (DKG/DGS, NRW) erhalten Nenner Alle im Screening entdeckten Pat. mit histologisch gesichertem inv MaCa u/o DCIS	3.13 Zur Sicherung einer bestmöglichen Behandlung soll die weiterführende Therapie von im Screening detektiertem Mammakarzinom in zertifizierten Brustzentren erfolgen. Die kontinuierliche Qualitätssicherung soll durch Kommunikation und Datenerfassung zwischen Screeningzentrum und zertifiziertem Brustzentrum gesichert werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Weiterbehandlung der im Screening detektierten Mammakarzinome u/o DCIS in einem zertifizierten Brustkrebszentrum
Anmerkung: Der QI kann mit Daten der Kooperationsgemeinschaft Mammographie ausgewertet werden.		
MamCa 2: Prätherapeutische histologische Sicherung (seit 2012, vormals: MamCa 1)		
Zähler Pat. mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Nenner Pat. mit Ersteingriff und Histologie „invasives Mammakarzinom oder DCIS“ als Primärerkrankung	4.14 Die histologische Abklärung von Befunden soll durch Stanzbiopsie, Vakuumbiopsie und in zu begründenden Ausnahmefällen durch offene Exzisionsbiopsie erfolgen.	LoE 3a LOE 3a, Qualitätsziel: Möglichst viele Pat. mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Ersteingriff und Primärerkrankung invasives Mammakarzinom und/oder DCIS

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
MamCa 3: Intraoperative Präparateradio-/sonographie (seit 2012, vormals: MamCa 2)		
Zähler Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen oder intraoperativer Präparatsonographie Nenner Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammographie oder Sonographie	4.25 Die prä- oder intraoperative Markierung soll insbesondere bei nicht tastbaren Veränderungen mit der Methode erfolgen, mit der der Befund eindeutig darstellbar ist. Der Nachweis einer adäquaten Resektion ist intraoperativ durch Präparateradiographie oder Präparatesonographie zu erbringen. Sollte eine MR-gesteuerte Markierung durchgeführt worden sein, so soll im Fall eines histologisch unspezifischen benignen Befundes eine MR-Kontrolle innerhalb von 6 Monaten durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig intraoperative Präparatsonographie o. -radiographie nach präoperativer Markierung
MamCa 4: Axilläre Lymphknotenentfernung bei DCIS (seit 2012, vormals: MamCa 3)		
Zähler Pat. mit axillärer Lymphknotenentnahme (primäre Axilladisektion oder SNB) Nenner Pat. mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und brusterhaltender Therapie	4.32 Eine Axilladisektion soll beim DCIS nicht durchgeführt werden. Eine Sentinel-Node-Biopsie soll nur durchgeführt werden, wenn eine sekundäre Sentinel-Node-Biopsie aus technischen Gründen nicht möglich ist, z. B. bei Ablatio mammae.	LoE 1b LOE 1b, Qualitätsziel: Möglichst wenige Pat. mit primärer Axilladisektion oder Sentinel-Node-Biopsie (SNB) bei DCIS mit brusterhaltender Therapie
Anmerkung: Qualitätsziel <5%		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
MamCa 5: Endokrine Therapie als erste Therapieoption beim steroidrezeptorpositivem metastasierten Mammakarzinom (seit 2012, vormals: MamCa 11)		
Zähler Pat., die eine endokrin basierte Therapie im metastasierten Stadium als First-line-Therapie erhalten haben Nenner Alle Pat. mit steroidrezeptorpositivem und HER2-negativem Mammakarzinom und Erstdiagnose einer Metastasierung	5.26 Die endokrine Therapie +/- zielgerichteter Therapie ist die Therapie der Wahl bei positivem Hormonrezeptorstatus und negativem HER2-Status. Die endokrine Therapie ist nicht indiziert bei Patientinnen, bei denen die Notwendigkeit des Erreichens einer schnellen Remission zur Abwendung von ausgeprägten Symptomen des betroffenen Organs besteht.	LoE 1b LOE 1b, Qualitätsziel: Möglichst häufig Durchführung einer endokrin basierten Therapie als First-Line-Therapie bei Pat mit Mammakarzinom, positivem Hormonrezeptorstatus, negativem HER2-Status und Erstdiagnose einer Metastasierung.
MamCa 6: Indikation zur Sentinel-Lymphknotenbiopsie (seit 2012, vormals: MamCa 4)		
Zähler Pat. mit alleiniger Sentinel-Node-Biopsie Nenner Pat. mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom und negativem pN-Staging und ohne präoperative tumorspezifische Therapie	4.50 Das axilläre Staging soll Bestandteil der operativen Therapie des invasiven Mammakarzinoms sein. 4.51 Dies soll mit Hilfe der Sentinellymphknoten-Entfernung (SLNB) bei palpatorisch und sonographisch unauffälligem Lymphknotenstatus erfolgen.	4.50: Konsensbasierte Empfehlung 4.51: LoE 1a Qualitätsziel: Möglichst viele Pat. mit Sentinel-Node-Biopsie bei Lymphknoten-negativem (pN0) invasivem Mammakarzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie
Anmerkung: Der Qualitätsindikator soll getrennt nach weiblichen und männlichen Patienten berechnet werden (siehe Einleitung)		
MamCa 7: Therapie der axillären Lymphabflussgebiete bei pN1mi (neu 2017)		
Zähler Anzahl Pat. mit Therapie (= Axilladisektion o. Radiatio) der axillären	4.55 Bei ausschließlicher Mikrometastasierung soll auf eine gezielte Therapie der	LoE 1b b, Qualitätsziel:

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Lymphabflussgebiete Nenner Alle Pat. mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom, pN1 mi	Lymphabflussgebiete (Operation, Radiotherapie) verzichtet werden.	Möglichst selten Therapie der axillären Lymphabflussgebiete bei Mikrometastasierung
Anmerkung: Qualitätsziel <5%		
MamCa 8: Durchgeführte Strahlentherapie nach BET (seit 2012, vormals: MamCa 6)		
Zähler Pat. mit invasivem Karzinom und BET, die eine Radiatio der Brust erhalten haben Nenner Pat. mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom und BET	4.86 Nach brusterhaltender Operation wegen eines invasiven Karzinoms soll eine Bestrahlung der betroffenen Brust durchgeführt werden. Bei Patientinnen mit eindeutig begrenzter Lebenserwartung (<10 Jahre) und einem kleinen (pT1), nodal-negativen (pN0), Hormon-rezeptorpositiven HER2-negativen Tumor mit endokriner adjuvanter Therapie, freie Schnittränder vorausgesetzt, kann unter Inkaufnahme eines erhöhten Lokalrezidivrisikos nach individueller Beratung auf die Strahlentherapie verzichtet werden. <i>Hinweis für alle Empfehlungen: Alle Einzelpositionen sind „oder“-Verknüpfungen. „Und“- Verknüpfungen sind mit einem „und“ dargestellt.</i>	LoE 1a LOE 1a, Qualitätsziel: Adäquate Rate an Bestrahlungen nach BET bei Pat. mit Ersterkrankung invasives Mammakarzinom.
MamCa 9: Endokrine Therapie bei rezeptorpositiven Befund (seit 2012, vormals: MamCa 7)		
Zähler Pat., die eine adjuvante endokrine Therapie erhalten	4.108	LoE 1a LOE 1a,

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
haben. Nenner Steroidrezeptorpositive Pat. mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom.	Patientinnen mit östrogen- und/oder progesteronrezeptor-positiven (*) invasiven Tumoren sollen eine endokrine Therapie erhalten. * ($\geq 10\%$ progesteronrezeptor-positiv Tumorzellkerne)	Qualitätsziel: Möglichst häufig Durchführung einer endokrinen Therapie bei rezeptorpositiven Pat. mit Ersterkrankung invasives Mammakarzinom
MamCa 10: Trastuzumab- Therapie bei HER2-positivem Befund (seit 2012, vormals: MamCa 8)		
Zähler Alle Pat., die eine (neo-) adjuvante Trastuzumab-Therapie über 1 Jahr erhalten haben Nenner Alle HER2-positiven (immunhistochemisch Score 3+ und/oder ISH-positiv) Pat. mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom $\geq$ pT1c	4.132 Patientinnen mit HER2-überexprimierenden Tumoren mit einem Durchmesser ≥ 1 cm (immunhistochemisch Score 3+ und/oder ISH-positiv) sollen eine (neo-)adjuvante Behandlung mit Anthrazyklin gefolgt von einem Taxan in Kombination mit Trastuzumab erhalten. Trastuzumab soll über eine Gesamtdauer von einem Jahr verabreicht werden.	LoE 1b LOE 1b, Qualitätsziel: Möglichst häufig Trastuzumab-Therapie über 1 Jahr bei HER2-positiven Pat. mit Ersterkrankung invasives Mammakarzinom $\geq$ pT1c

22 Multiples Myelom

(Version 1.0, Februar 2022)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Myelom 1: Stadieneinteilung mittels R-ISS		
Zähler Patienten des Nenners mit Stadieneinteilung mit revised International Staging System (R-ISS)	6.4 Zur prognostisch aussagekräftigen Stadieneinteilung soll das International Staging System (ISS) der International Myeloma Working Group (IMWG) verwendet werden. Wenn genetische Befunde verfügbar sind (Verweis auf Empfehlung 7.21), soll das revised ISS (R-ISS) verwendet werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst viele Patienten mit Multiplem Myelom mit Stadieneinteilung mit revised International Staging System (R-ISS)
Nenner Alle Patienten mit Multiplem Myelom		

23 Mundhöhlenkarzinom

(Version 3.0, März 2021)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
MHK 1: R0-Situation nach kurativer Operation		
Zähler Anzahl Patienten mit R0 als Ergebnis der operativen Therapie Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Mundhöhlenkarzinom und Resektion mit kurativer Intention	5.2 Zum Ausschluss synchroner Zweitumore soll im Rahmen der Primärdiagnostik des Mundhöhlenkarzinoms eine Hals-Nasen-Ohrenärztliche Untersuchung, ggf. eine Endoskopie durchgeführt werden.	Konsensbasiertes Statement Qualitätsziel: Möglichst häufig R0-Status nach Abschluss der kurativ intendierten operativen Therapie
MHK 2: Bildgebende Verfahren und weitere Diagnostik/ Bildgebende Verfahren und Diagnostik zum Nachweis einer Metastasierung		
Zähler Anzahl Patienten mit Untersuchung der Region von der Schädelbasis bis zur oberen Thoraxapertur mit CT oder MRT zur Feststellung der N-Kategorie Nenner Alle Patienten mit Mundhöhlenkarzinom	6.10 Zur Feststellung der N-Kategorie soll die gesamte Region von der Schädelbasis bis zur oberen Thoraxapertur mit der CT oder MRT untersucht werden. Quellen: [3] , [4] , [5] , [6] , [7] , [8] , [9]	LoE 2+ Qualitätsziel: Möglichst häufig Bildgebung zum Ausschluss einer Metastasierung bei Patienten mit fortgeschrittenem Mundhöhlenkarzinom
MHK 3: Bildgebende Verfahren und weitere Diagnostik/ Bildgebende Verfahren und Diagnostik zum Ausschluss synchroner Zweitumoren, Fernmetastasen, unbekannter Primärtumoren (CUP) und Rezidive		
Zähler Anzahl Patienten mit Thorax CT zum Ausschluss pulmonalen Tumorbefalls (Filia, Zweitkarzinom) Nenner Alle Patienten mit	6.13 Bei Patienten mit fortgeschrittenem Mundhöhlenkarzinom (Stadium III, IV) soll zum Ausschluss eines pulmonalen Tumorbefalls (Filia,	LoE 3

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Mundhöhlenkarzinom Stadium III + IV	Zweitkarzinom) ein Thorax-CT durchgeführt werden. Quellen: [10] , [11] , [12] , [13]	
MHK 4: Biopsie und Histopathologie		
Zähler Anzahl Patienten, bei denen der histopathologische Befund wie folgt dokumentiert ist: Tumorklassifikation, makroskopische Tumorgroße, histologischer Tumortyp nach WHO, histologischer Tumorgrad, Invasionstiefe, Lymphgefäß-invasion, Blutgefäßinvasion und perineurale Invasion, lokal infiltrierte Strukturen, Klassifikation pT, Angaben befallenen Bezirken und infiltrierte Strukturen, R-Status Nenner Alle Patienten mit Mundhöhlenkarzinom und Operation	7.4 Der histopathologische Befund soll in Kommunikation mit dem Kliniker die genaue Lokalisation einer ggf. vorliegenden R+-Situation beschreiben. Das Tumorpräparat soll mit klarer Bezeichnung der anatomischen Topographie an den Pathologen geschickt werden. Hierzu kann eine Faden- oder Farbmarkierung erfolgen. Der histopathologische Befund soll umfassen: Tumorklassifikation, makroskopische Tumorgroße, histologischer Tumortyp nach WHO, histologischer Tumorgrad, Invasionstiefe, Lymphgefäßinvasion, Blutgefäßinvasion und perineurale Invasion, lokal infiltrierte Strukturen, Klassifikation pT, Angaben zu befallenen Bezirken und infiltrierte Strukturen, R-Status. Quellen: [14] , [15] , [16] , [17] , [18] , [19] , [20] , [21] , [22] , [23] , [24] , [25] , [26] , [27] , [28] , [29] , [30] , [31]	LoE 2++

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
MHK 5: Behandlungsempfehlungen		
Zähler Anzahl Patienten mit interdisziplinärer Behandlung nach Abstimmung in Tumorboards unter Beteiligung der Fachdisziplinen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Strahlentherapie, Onkologie, Pathologie und Radiologie Nenner Alle Patienten mit Mundhöhlenkarzinom	8.1 Die Behandlung des Mundhöhlenkarzinoms soll interdisziplinär nach Abstimmung jedes individuellen Falls innerhalb von Tumorboards unter Beteiligung der Fachdisziplinen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Strahlentherapie, Onkologie, Pathologie und Radiologie durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung ,
Anmerkung: Interdisziplinäre Behandlung wurde als sehr wichtig erachtet. Eine höchstmögliche Indikatoreausprägung wird angestrebt		
MHK 6: Behandlungsempfehlungen/ Halslymphknotenausräumung		
Zähler Anzahl Patienten mit elektiver Neck Dissection Nenner Alle Patienten mit Mundhöhlenkarzinom und cNO jeglicher T-Kategorie	8.11 Bei Patienten mit klinisch unauffälligem Lymphknotenstatus (cN0) soll unabhängig von der T-Kategorie eine elektive Neck Dissection durchgeführt werden. Quellen: [32] , [33] , [34] , [35] , [36] , [37] , [38] , [39] , [40] , [41] , [42]	LoE 3
MHK 7: Behandlungsempfehlungen/ Strahlentherapie		
Zähler Anzahl Patienten ohne Unterbrechung der Strahlentherapie	8.27 Eine Unterbrechung der Strahlentherapie führt zu einer Verschlechterung der	LoE 2+

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Patienten mit Mundhöhlenkarzinom und Strahlentherapie	Tumorkontrolle und soll vermieden werden. Quellen: [43] , [44] , [45]	
Anmerkung: Definition „Unterbrechung“: Eine Unterbrechung liegt vor, wenn sich dadurch der empfohlene Zeitraum bis zum Abschluss von 11 Wochen verzögert		
MHK 8: Behandlungsempfehlungen/ Strahlentherapie in Kombination mit Chemotherapie		
Zähler Anzahl Patienten mit postoperativer Radio- oder Radiochemotherapie Nenner Alle Patienten mit T3/T4-Kategorie, knappen oder positiven Resektionsrändern, perineuraler oder Gefäßinvasion oder LK+	8.35 Eine postoperative Radio- oder Radiochemotherapie soll bei fortgeschrittener T-Kategorie (T3/T4), knappen oder positiven Resektionsrändern, perineuraler Invasion, Gefäßinvasion und/oder Lymphknotenbefall erfolgen. Quellen: [46] , [47] , [48] , [49] , [50] , [51] , [52] , [53]	LoE 1++ ,
Anmerkung: Definition „knapper“ Sicherheitsabstand: 1-3 mm		
MHK 9: Behandlungsempfehlungen/ Prävention und Behandlung strahlenbedingter Begleiterscheinungen		
Zähler Anzahl Patienten mit zahnärztlicher Untersuchung vor Beginn der Radio- oder Radiochemotherapie Nenner Alle Patienten mit Mundhöhlenkarzinom und Radio- oder Radiochemotherapie	8.42 Patienten sollen vor der Durchführung einer Radio/ Radiochemotherapie im Bereich der Mundhöhle zur Vermeidung einer Osteoradionekrose eine zahnärztliche Untersuchung und ggf. eine konservierende und/oder chirurgische Zahnsanierung erhalten.	Konsensbasierte Empfehlung ,

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
MHK 10: Nachsorge und Rehabilitation/ Psychosoziale Beratung und Betreuung		
Zähler Anzahl Patienten mit dokumentiertem Angebot einer psychosozialen Betreuung durch einen Sozialarbeiter Nenner Alle Patienten mit Mundhöhlenkarzinom	9.8 Patienten mit einem Mundhöhlenkarzinom soll eine psychosoziale Betreuung durch Sozialarbeiter angeboten werden.	Konsensbasierte Empfehlung ,
Anmerkung: Durch den Sozialarbeiter soll das Vorhandensein des Angebotes an den Patienten kommuniziert werden.		

24 Nierenzellkarzinom

(Version 5.0, September 2024)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Niere 1: Biopsie vor ablativer Therapie		
Zähler Anzahl Patienten mit Diagnosesicherung durch Stanzzyylinderbiopsie vor ablativer Therapie (RFA o. Kryoablation) Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose eines Nierenzell-Ca und ablativer Therapie (RFA o. Kryoablation)	4.4 Eine Biopsie soll vor ablativer Therapie durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung
Qualitätsziel: Möglichst häufig Diagnosesicherung mit Stanzbiopsie vor ablativer Therapie.		
Niere 2: Biopsie vor systemischer Therapie		
Zähler Anzahl Patienten mit Histologie vor systemischer Therapie Nenner Alle Patienten mit Nierenzell-Ca und systemischer Therapie	4.6 Wenn bislang keine histopathologische Sicherung eines Nierenzellkarzinoms und des Subtyps vorliegt, soll eine Biopsie aus dem Primarius oder einer Metastase vor systemischer Therapie erfolgen.	Konsensbasierte Empfehlung
Qualitätsziel: Möglichst häufig Diagnosesicherung mit Histologie vor systemischer Therapie		
Niere 3: Histologischer Typ nach aktueller WHO-Klassifikation		
Zähler Anzahl Pat. mit Befundberichten mit:	4.9 Der histologische Typ des Nierenzellkarzinoms soll nach	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Klassifikation nach WHO u. Vancouver-Klassifikation u. Staging nach TNM Nenner Alle Pat. mit Nierenzell-Ca und Histologie	der aktuellen WHO-Klassifikation bestimmt werden.	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Befundberichte mit den aufgeführten Angaben. Anmerkungen: Vancouver-Klassifikation: G. Kristiansen, B. Delahunt, J.R. Srigley et al. Vancouver-Klassifikation von Nierentumoren. Empfehlungen der Konsenskonferenz der Internationalen Gesellschaft für Urothologie (ISUP) 2012. Pathologe 2014. DOI 10.1007/s00292-014-2030-z WHO-Klassifikation: 2004 TNM 7. Auflage		
Niere 4: Tumorgrad nach Fuhrman		
Zähler Anzahl Patienten mit Angabe des Tumorgrads nach Fuhrman im histologischen Befund Nenner Alle Patienten mit klarzelligen oder papillären Nierenzell-Ca.	4.10 Die aktuellen Empfehlungen der TNM-Klassifikation sollen angewendet werden. Der Tumorgrad soll bei klarzelligen und papillären Nierenzellkarzinomen nach WHO-ISUP-Grading angegeben werden. Zusätzlich sollte der prozentuale Anteil von Tumornekrosen angegeben werden. Quellen: [54]	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Angabe des Tumorgrads nach Fuhrman bei klarzelligen oder papillären Nierenzell-Ca. Anmerkungen: WHO-ISUP-Grading		
Niere 5: R0-Resektion		
Zähler Anzahl Pat. mit R0-Resektion	6.13	LoE 3

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Nierenzell-Ca und operativer Resektion	Bei der Nierentumorentfernung soll eine R0-Resektion erfolgen.	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig R0-Resektion. EG A, LoE 3		
Niere 6: Nephrektomie bei pT1		
Zähler Anzahl Patienten mit Nephrektomie Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose eines Nierenzell-Ca pT1	6.2 Lokal begrenzte Tumoren in der klinischen Kategorie T1 sollen nierenerhaltend operiert werden. Quellen: [55] , [56]	LoE 3
Anmerkung: Qualitätsziel: niedrig Möglichst selten Nephrektomie bei pT1. EG A, LoE 3		
Niere 7: Zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonat/Denosumab-Therapie		
Zähler Anzahl Pat. mit zahnärztlicher Untersuchung vor Beginn der Therapie Nenner Alle Patienten mit NierenzellCa und Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	13.3 Zur Prävention von Kieferosteonekrosen soll eine zahnärztliche Untersuchung und evtl. zahnärztliche Sanierung sowie eine Unterweisung in Mundhygiene vor Beginn der medikamentösen Therapie mit Bisphosphonaten oder Denosumab erfolgen. Quellen: [57] , [58] , [59]	LoE 3
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig zahnärztliche Untersuchung vor Beginn der Therapie mit Bisphosphonat- oder Denosumab EG A, LoE 3+		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Niere 8: Zwei-Jahres-Überleben metastasiertes Nierenzellkarzinom		
Zähler Anzahl lebende Patienten im Jahr vor Erfassungsjahr Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose eines metastasierten Nierenzell-Ca 3 Jahre vor Erfassungsjahr	Keine	
Anmerkung: Qualitätsziel: $\geq 50\%$ Anmerkungen: Quelle: NHS (UK) http://www.londoncancer.org/media/61502/quality-performance-indicators-010813.pdf (Stand 29.06.2015) Referenz Empfehlung: 2 Year Survival Metastatic Kidney Cancer Z: Number of patients with metastatic cancer at diagnosis for whom at least 2 years have elapsed since diagnosis who are alive 2 years after diagnosis N: Number of patients with metastatic cancer at diagnosis for whom at least 2 years have elapsed since diagnosis		
Niere 9: 30-Tage-Mortalität nach Intervention		
Zähler Anzahl Patienten, die innerhalb von 30 Tagen postinterventionell verstorben sind Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose eines Nierenzell-Ca mit Nieren(teil)resektion oder ablativer Therapie (RFA, Kryotherapie) als Ersttherapie	Keine	
Anmerkung: Qualitätsziel: $< 5\%$ Anmerkungen: Quelle: Scottish Cancer Taskforce. Renal Cancer Clinical Quality Performance Indicators. Published: January 2012. Updated: December 2014 (v2.1) Published by: Healthcare Improvement http://www.healthcareimprovementscotland.org/his/idoc.ashx?docid=211c7043-6d86-4417-acee-		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
3296e0bfb7bd&version=-1 (Stand: 29.06.2015) Referenz Empfehlung: 30 Day Mortality After Surgery or Ablation Ausschlüsse: Emergency surgery (nephrectomy). Please Note: This QPI will be reported by treatment type as opposed to a single figure for all treatment options covered by the indicator (i.e. RFA, cryotherapy, SACT or surgery) Z: Number of patients who undergo minimally invasive or operative treatment as first treatment who die within 30 days N: All patients who undergo minimally invasive (RFA, cryotherapy, SACT) or operative treatment as first treatment for RCC. Zielvorgaben: < 5% (This target reflects the fact that death from any cause, rather than death from renal cancer is being measured by this indicator.)		

25 Oro- und Hypopharynxkarzinom

(Version 1.0, März 2024)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
OroHypo 1: p16 Immunhistologie		
Zähler Pat. des Nenners mit p16 Immunhistologie Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Oropharynxkarzinoms	4.5 Zur TNM-relevanten Einschätzung der HPV-16-Assoziation einer HPV-Infektion soll die p16 Immunhistologie durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung (,)
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig immunhistologische Untersuchung bei Pat. mit Oropharynxkarzinom ICD-Codes Oropharynx: ICD-10 C01, C02.4, C02.8, C02.9,C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09, C10, C14.0, C14.2, C14.8.		
OroHypo 2: Angaben im histopathologischen Befundbericht nach Resektion		
Zähler Pat. des Nenners mit sämtlichen der folgenden Angaben im histopathologischen Befundbericht: · Tumorlokalisierung u. -größe · pTN-Status · histologischer Tumortyp nach aktueller WHO-Klassifikation · lokale Tumorausdehnung, infiltrierte Strukturen · LK-Metastasen nach Level und Seite getrennt: - Anzahl der untersuchten LK - Anzahl der befallenen	6.4 Folgende Parameter sollen in dem histopathologischen Befundbericht angegeben werden Tumorlokalisierung und -größe pTN-Status histologischer Tumortyp nach aktueller WHO-Klassifikation lokale Tumorausdehnung, infiltrierte Strukturen Anzahl der untersuchten LKs Anzahl der befallenen LKs größter Durchmesser der Lymphknotenmetastasen	Konsensbasierte Empfehlung (,)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
LK · größter Durchmesser der LK-Metastasen · kapselüberschreitendes Tumorwachstum (ECS, ENE) · Lymphgefäß-/ Veneninvasion u. perineurale Invasion · Vorhandensein einer in situ Komponente (mit Größe) · Differenzierung des Tumors entsprechend dem etablierten Graduierungsschema · Abstand zu den lateralen und basalen Resektaträndern für alle relevanten Absetzungsråder sowie für die invasive und die in situ-Komponente in mm. · R-Klassifikation · nur Oropharynx: Angabe des p16-Expressionsstatus (positiv, negativ). Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Oro-/Hypopharynxkarzinoms und Resektion	kapselüberschreitendes Tumorwachstum (ECS, ENE) Lymphgefäß-/Veneninvasion und perineurale Invasion Vorhandensein einer in situ Komponente (mit Größe) Differenzierung des Tumors entsprechend dem etablierten Graduierungsschema Abstand zu den lateralen und basalen Resektaträndern für alle relevanten Absetzungsråder sowie für die invasive und die in situ-Komponente in mm. R-Klassifikation Nur Oropharynx: Angabe des p16-Expressionsstatus (positiv, negativ). Für einen positiven Nachweis sollten mindestens 70% der Tumorzellen eine heterogene, nukleäre sowie zytoplasmatische Färbung bei einer moderaten bis starken Intensität aufweisen.	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständiger Befundbericht nach Resektion		
OroHypo 3: CT/MRT Hals zum Lymphknoten-Staging		
Zähler Pat. des Nenners mit Staging-CT oder MRT des Halses (Schädelbasis bis obere Thoraxapertur) Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose	7.7 Zur Feststellung der N-Kategorie soll die gesamte Region von der Schädelbasis bis zur oberen Thoraxapertur mit der CT oder MRT untersucht werden.	LoE 2+ Evidenzbasierte (EG A,)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
eines Oro-/Hypopharynxkarzinoms		
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Lymphknoten-Staging des Halses mittels CT/MRT		
OroHypo 4: Thorax-CT zum Ausschluss eines pulmonalen Tumorbefalls		
Zähler Pat. des Nenners mit Thorax-CT zum Ausschluss eines pulmonalen Tumorbefalls (Filia, Zweitkarzinom) Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Oro-/Hypopharynxkarzinoms	7.10 Bei Patienten mit gesichertem Oro- und Hypopharynxkarzinom soll zum Ausschluss eines pulmonalen Tumorbefalls (Filia, Zweitkarzinom) ein Thorax-CT durchgeführt werden.	LoE 3 Evidenzbasierte (EG A,)
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Thorax-CT zum Ausschluss eines pulmonalen Tumorbefalls		
OroHypo 5: Bildgebung zum Ausschluss von Lebermetastasen		
Zähler Pat. des Nenners mit Bildgebung zum Ausschluss von Lebermetastasen Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Oro-/Hypopharynxkarzinoms	7.11 Im Rahmen der Primärdiagnostik soll zum Ausschluss von Lebermetastasen eine Bildgebung durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung (,)
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Bildgebung zum Ausschluss von Lebermetastasen		
Definition Bildgebung: Sonographie, CT (auch als Thorax-CT mit Oberbauch), MRT u. PET in Kombination mit KM-unterstützter Schnittbildgebung		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
OroHypo 6: Durchführung Panendoskopie		
Zähler Pat. des Nenners mit Panendoskopie Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Oro-/Hypopharynxkarzinoms	7.17 Die Panendoskopie soll im Rahmen der Primärdiagnostik bei Oro- und Hypopharynxkarzinomen durchgeführt werden. Sie ist zentraler Bestandteil der primären Diagnostik zur genaueren Ausdehnung des Primärtumors und zur Detektion von Zweitkarzinomen.	Konsensbasierte Empfehlung (,)
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Durchführung der Panendoskopie bei Primärdiagnostik		
OroHypo 7: Prätherapeutische Tumorkonferenz		
Zähler Pat. des Nenners mit prätherapeutischer Vorstellung in der Tumorkonferenz Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Oro-/Hypopharynxkarzinoms	8.1 Die Behandlung des Oro- und Hypopharynxkarzinoms soll interdisziplinär nach Abstimmung jedes individuellen Falls innerhalb von Tumorboards unter Beteiligung der Fachdisziplinen Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Radioonkologie, Onkologie, Pathologie und Radiologie durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung (,)
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig prätherapeutische Vorstellung der Pat. in der Tumorkonferenz		
Teilnehmende Tumorkonferenz: HNO, MKG, Radioonkologie, Onkologie, Pathologie und Radiologie		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
OroHypo 8: Cisplatin-basierte Chemotherapie bei primärer Radiochemotherapie		
Zähler Pat. des Nenners mit Cisplatin-basierter Chemotherapie Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose · Oropharynxkarzinom im Stadium I/II oder III oder · HPV/p16 negativem Oropharynxkarzinom im Stadium IV-A/IV-B oder · Hypopharynxkarzinom im Stadium III/IV-A/IV-B und primärer simultaner Radiochemotherapie	8.14 Beim HPV/p16-positiven und -negativen Oropharynxkarzinom soll im Falle einer primären Radiochemotherapie die simultane Chemotherapie Cisplatin-basiert sein. Bei Patienten, die z. B. aufgrund einer eingeschränkten Nierenfunktion nicht Cisplatin erhalten können, können als simultane Systemtherapie Carboplatin + 5-FU, Mitomycin C + 5-FU, ein Taxan oder Cetuximab (HPV/p16+) eingesetzt werden. 8.35 Beim HPV/p16- positiven Oropharynxkarzinom soll im Falle einer primären Radiochemotherapie die simultane Chemotherapie Cisplatin-basiert sein. 8.36 Beim HPV/p16- negativen Oropharynxkarzinom soll im Falle einer primären Radiochemotherapie die simultane Chemotherapie Cisplatin-basiert sein. 8.71 Beim Hypopharynxkarzinom im Stadium III-IVb soll im Falle einer primären Radiochemotherapie die simultane Chemotherapie Cisplatin-basiert sein.	8.14: Konsensbasierte Empfehlung 8.35: ⊕⊕⊕⊕ 8.36: Konsensbasierte Empfehlung 8.71: LoE 1a : (,) : Evidenzbasierte (EG A, LoE ⊕⊕⊕⊕) : (,) : Evidenzbasierte (a)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Anmerkung: Qualitätsziel: Adäquate Rate an Cisplatin-basierter Chemotherapie bei primärer Radiochemotherapie		
OroHypo 9: Primäre Radiochemotherapie		
Zähler Pat. des Nenners mit primärer Radiochemotherapie Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose · Oropharynxkarzinom im Stadium III oder · HPV/p16 negativem Oropharynxkarzinom im Stadium IV-A/IV-B oder · Hypopharynxkarzinom im Stadium III/IV-A/IV-B ≤ 70 Jahre ohne Resektion	8.31 Bei Patienten mit HPV/p16- positiven und -negativen Oropharynxkarzinomen, die nicht mit einer Operation behandelt werden, soll, besonders in der Altersgruppe bis 70 Jahren, eine primäre Radiochemotherapie einer alleinigen Strahlentherapie vorgezogen werden. 8.33 Die primär konservative Therapie bei Patienten mit HPV/p16- positiven Stadium III und -negativen Stadium III-IVb Oropharynxkarzinomen (UICC 8. Ausgabe), soll als Radiochemotherapie erfolgen. 8.69 Die primär nicht operative Therapie bei Patienten mit Stadium III-IVb Hypopharynxkarzinom (UICC 8. Ausgabe) soll als Radiochemotherapie erfolgen.	8.31: LoE 1a 8.33: ⊕⊕⊕⊕ 8.69: Konsensbasierte Empfehlung : Evidenzbasierte (EG A, a) : Evidenzbasierte (EG A, LoE ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕) : (,)
Anmerkung: Qualitätsziel: Adäquate Rate an kombinierter Radiochemotherapie bei Pat. ohne primäre Resektion		
OroHypo 10: Postoperative Radio-/Radiochemotherapie (Hypopharynxkarzinom)		
Zähler Pat. des Nenners mit postoperativer Radio- oder	8.78	Konsensbasierte Empfehlung :

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Radiochemotherapie Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose Hypopharynxkarzinom und operativer Therapie und · pT3/pT4 und/oder · pN2/pN3 und/oder · R1-Resektion/R0<5mm und/oder · L1 und/oder · Pn1 und/oder · extrakapsulärem Tumorwachstum	Eine postoperative Radio- oder Radiochemotherapie soll bei Hypopharynxkarzinomen bei pT3-Karzinomen und pT4-Karzinomen pN2-pN3 bei Karzinomen mit knappen oder positiven Resektionsrändern (R0 < 5mm; R1), perineuraler Invasion, Gefäßinvasion (Lymphgefäßinvasion und/oder Veneninvasion) bei einem befallenen Lymphknoten mit extrakapsulärem Tumorwachstum erfolgen.	(,)
Anmerkung: Qualitätsziel: Adäquate Rate an postoperativer Radio- oder Radiochemotherapie ICD-Codes Hypopharynx: ICD-10 C12, C13		
OroHypo 11: Postoperative/-therapeutische Untersuchung der Schluckfunktion		
Zähler Pat. des Nenners mit postoperativer bzw. posttherapeutischer Untersuchung der Schluckfunktion Nenner Alle Pat. mit Oro-/Hypopharynxkarzinom	10.3 Bei einer präoperativ bestehenden Schluckstörung sollte die Dysphagiediagnostik und ggf. das Schlucktraining schon präoperativ bzw. prätherapeutisch erfolgen. So früh wie möglich soll postoperativ bzw. posttherapeutisch die Schluckfunktion untersucht werden. Ziel ist die rasche orale Nahrungsaufnahme und bei Bedarf ein Schlucktraining, in Abhängigkeit vom Heilungsverlauf und den	Konsensbasierte Empfehlung (,)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	eingesetzten Therapieverfahren.	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig postoperative bzw. posttherapeutische Untersuchung der Schluckfunktion		
OroHypo 12: Beratung durch Sozialdienst		
Zähler Pat. des Nenners mit Beratung durch Sozialdienst Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Oro-/Hypopharynxkarzinoms und Pat. mit neu aufgetretenem (Lokal-)Rezidiv u./o. Fernmetastasen	10.9 Patienten mit Oro-/Hypopharynxkarzinom sollen darüber informiert werden, dass sie sozialrechtlichen Anspruch auf Anschlussheilbehandlung (AHB) und im weiteren Verlauf auf Medizinische Rehabilitation haben. Die AHB und Rehabilitation soll ärztlicherseits empfohlen werden.	Konsensbasierte Empfehlung (,)
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Beratung durch Sozialdienst		
OroHypo 13: 30d-Mortalität		
Zähler a) Pat. des Nenners, die innerhalb von 30 Tagen postoperativ verstorben sind b) Pat. des Nenners, die innerhalb von 30 Tagen nach Abschluss der Radiochemotherapie verstorben sind Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Oro-/Hypopharynxkarzinoms und a) Operation	Keine	Ergebnisindikator basierend auf einem QI aus Schottland: 30 day mortality after curative treatment for head and neck cancer (QPI 11) Numerator: Number of patients with head and neck cancer who undergo curative treatment who die within 30 days of treatment Denominator: All patients with head and neck cancer who undergo curative treatment

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
b) primärer Radiochemotherapie in kurativer Intention		This indicator will be reported separately as 30 day mortality by treatment modality, i.e., surgery, radical radiotherapy, chemoradiotherapy etc. as opposed to one single figure. Scottish Cancer Taskforce Head and Neck Cancer QPI v (Nov. 2021)
Anmerkung: Qualitätsziel: a) Möglichst niedrige Rate an postoperativ verstorbenen Pat. b) Möglichst niedrige Rate an posttherapeutisch verstorbenen Pat. mit primärer Radiochemotherapie		

26 POMGAT

(Version 1.0, Dezember 2023)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
POMGAT 1: Keine intraabdominelle Drainage nach elektiven onkologischen kolorektalen Resektionen (neu 2023)		
Zähler Pat. des Nenners mit intraabdomineller Drainage Nenner Alle Pat. mit Kolonkarzinom (C18) oder Rektumkarzinom (C20) und elektiver Resektion	6.10 Bei elektiven kolorektalen Resektionen soll keine intraabdominelle Drainage eingelegt werden.	⊕⊕⊕⊖
Anmerkung: Qualitätsziel Möglichst wenige intraabdominelle Drainagen nach elektiver kolorektaler Resektion: Qualitätsziel 0%		
POMGAT 2: Keine Drainage nach unkomplizierten onkologischen Leberresektionen (neu 2023)		
Zähler Pat. des Nenners mit Einlage einer Drainage Nenner Alle Pat. mit gastrointestinalem Tumor und unkomplizierter Leberresektion	6.8 Bei unkomplizierten Leberresektionen soll keine prophylaktische Drainage eingelegt werden.	⊕⊖⊖⊖, ⊕⊕⊖⊖, ⊕⊕⊕⊖
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst wenige Drainagen nach unkomplizierten onkologischen Leberresektionen Anmerkung: Qualitätsziel 0% Unkomplizierte Leberresektion = Leberresektion ohne biliäre oder vaskuläre Rekonstruktion		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
POMGAT 3: Keine Magensonde nach Extubation (neu 2023)		
Zähler Pat. des Nenners ohne Magensonde nach Extubation Nenner Alle Pat. mit · Gastrektomie oder Magenteilresektion oder · elektiver Leberresektion oder · elektiver kolorektaler Operation	7.3 Nach Gastrektomie oder Magenteilresektion soll eine intraoperativ eingelegte Magensonde vor Narkoseausleitung gezogen werden. 7.5 Bei elektiven Leberresektionen soll eine intraoperativ eingelegte Magensonde vor Narkoseausleitung gezogen werden. 7.6 Bei elektiven kolorektalen Eingriffen soll eine nasogastrale Sonde vor Narkoseausleitung gezogen werden.	7.3: ⊕⊕⊕⊕ 7.5: ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕, ⊕⊕⊕⊕ 7.6: Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst viele Pat. ohne Magensonde nach Extubation		
POMGAT 4: Kein transurethraler Dauerkatheter 24h nach Ende OP (neu 2023)		
Zähler Pat. des Nenners ohne transurethralen Dauerkatheter 24h nach Ende der OP des Nenners Nenner Alle Pat. mit onkologischen Kolonresektion	7.7 Der transurethrale Dauerkatheter soll bei kolorektalen Resektionen innerhalb der ersten 24 Stunden entfernt werden. Bei Risikofaktoren für einen Harnverhalt (männliches Geschlecht, tiefe anteriore Rektumresektion, Rektumexstirpation) kann eine verlängerte Ableitung bis zum	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	3. postoperativen Tag erfolgen.	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst viele Pat. ohne transurethalen Dauerkatheter 24h nach Ende der OP		

27 Palliativmedizin

(Version 2.2, September 2020)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
PAL 1: Reduktion Atemnot		
Zähler Anzahl Patienten mit Reduktion der Atemnot innerhalb von 48 h Nenner Alle Patienten mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV) mit mittlerer/starker Atemnot	8.3 Die wiederholte Beurteilung der Atemnot vor, während und nach einer symptomatischen Therapie <i>soll</i> Bestandteil der Erfassung sein.	Konsensbasierte Empfehlung Screeninginstrumente (offene Liste validierter Instrumente): • Modifizierter Borg • Visuelle Analogskala • Numeric Rating Scale • MIDOS, IPOS • (HOPE/Nationales Palliativregister)
Anmerkung: Mit den Screeninginstrumenten IPOS oder MIDOS sind die QI 1, 2, 3, (4) und 10 zu erfassen. Ausschließlich für den QI 8 muss ein anderes Screeninginstrument verwendet werden. Im Nenner der QI sind explizit die Patienten der APV und SPV adressiert, um zu verdeutlichen, dass die QIs für beide Bereiche umgesetzt werden sollen (siehe auch Punkt 4 des Abschnitts „Weitere Ergebnisse der AG QI“)		
PAL 2: Reduktion Schmerz		
Zähler Anzahl Patienten mit Reduktion des Schmerzes innerhalb von 48 h Nenner Alle Patienten mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV) mit mittlerem/starkem Schmerz	9.1 Schmerzanamnese und schmerzbezogene klinische Untersuchung <i>sollen</i> Bestandteil jeder Schmerzdiagnostik sein.	Konsensbasierte Empfehlung Screeninginstrumente (offene Liste validierter Instrumente): • McGill Pain Questionnaire • Verbal Rating Scale • Numeric Rating Scale • MIDOS, IPOS • (HOPE/Nationales Palliativregister) • bei Verdacht auf neuro- pathischen Schmerz auch: painDETECT od. DN4

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
PAL 3: Opiate und Laxantien		
Zähler Anzahl Patienten ohne Therapie mit osmotisch wirksamen und/oder stimulierenden Laxantien Nenner Alle Patienten mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV) mit Opiatmedikation	13.6 In der medikamentösen Mono- oder Kombinationstherapie zur Behandlung einer Obstipation bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> osmotisch wirksame und/oder stimulierende Laxantien eingesetzt werden. 9.25 Laxantien zur Behandlung oder Vorbeugung von opioidbedingter Obstipation <i>sollen</i> routinemäßig verordnet werden.	13.6: LoE 1- 9.25: LoE 1+ , LoE: 1+ EAPC/Caraceni et al. 2012; Candy et al. 2011 (SysRev) , LoE: 1- Bader et al. 2012 (SysRev) Qualitätsziel: niedrig
PAL 4: Symptomassessment in der Sterbephase		
Zähler Anzahl Patienten mit Symptomassessment mit Hilfe eines validierten Screeninginstruments in den letzten 72 h vor Versterben Nenner Alle verstorbenen Patienten (APV und SPV)	19.25 In der Sterbephase auftretende Angst <i>soll</i> regelmäßig evaluiert werden. Hierbei <i>soll</i> neben verbalen Äußerungen auf klinische Hinweise, wie z. B. Unruhe, Schwitzen, Mimik oder Abwehrreaktionen geachtet werden.	Konsensbasierte Empfehlung Screeninginstrumente (offene Liste validierter Instrumente: • IPOS • MIDOS • (HOPE/Nationales Palliativregister)
PAL 5: Erfassung von Unruhe in der Sterbephase		
Zähler Anzahl Patienten mit Evaluation von Unruhe in den letzten 72 h vor Versterben Nenner Alle verstorbenen Patienten (APV und SPV)	19.26 Bei Unruhe in der Sterbephase <i>sollen</i> die im Vordergrund stehenden auslösenden Ursachen bestimmt werden, z. B. Schmerz, Obstipation, Harnverhalt, Atemnot, Angst und/oder ein Delir.	Konsensbasierte Empfehlung Screeninginstrumente: Wird künftig über IPOS und MIDOS zu erfassen sein

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
PAL 6: Beenden von tumorspezifischen Maßnahmen in der Sterbephase		
Zähler Anzahl Patienten mit tumorspezifischen Maßnahmen (system. Th, Radioth.) innerhalb von 14 Tagen vor Versterben Nenner Alle verstorbenen Patienten (APV und SPV)	19.32 Tumorspezifische Medikamente und Maßnahmen <i>sollen</i> in der Sterbephase beendet werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: niedrig
PAL 7: Mundpflege		
Zähler Anzahl Patienten mit Mundpflege Nenner Alle Patienten mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV) und Mundtrockenheit (ICD-10-GM R 68.2)	14.11 Zur Linderung der Mundtrockenheit bei Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung und MIO <i>soll</i> Mundpflege inkl. Lippenbefeuchtung regelmäßig und mehrmals täglich angeboten und durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Mundpflege bei Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung
PAL 8: Assessment maligner Wunden		
Zähler Anzahl Patienten mit Assessment des exulzierenden Tumors mittels spezifischem Assessmentinstrument laut Leitlinie Nenner Alle Patienten mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV) und exulzierendem Tumor	15.2 Das Assessment der malignen Wunde mit kompletter Analyse der Wundsituation <i>soll</i> schriftlich anhand strukturierter Wunddokumentationsbögen zu Beginn der Versorgung und zum weiteren Monitoring regelmäßig im Verlauf erfolgen.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Assessment maligner Wunden bei Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung und exulzierendem Tumor Spezifische Assessmentinstrumente: · HOPE · FKB-20 · FLQA-wk

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
		Wound-QoL Schmerzerfassung bei Patienten mit chronischen Wunden
PAL 9: Dokumentation von Therapiezielen		
Zähler Anzahl Patienten mit dokumentierten Therapiezielen zum Zeitpunkt der Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ Nenner Alle Patienten mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV)	7.7 Therapieziele in der Behandlung von Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> regelmäßig überprüft und der geänderten Krankheits- und Behandlungssituation bzw. den geänderten Wünschen, Werte und Zielen des Patienten angepasst werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Dokumentation der Therapieziele bei Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung
PAL 10: Symptomerfassung mittels MIDOS oder IPOS		
Zähler Anzahl Patienten mit Symptomerfassung mittels MIDOS oder IPOS Nenner Alle Patienten mit Diagnose „nicht heilbare Krebserkrankung“ (APV und SPV)	5.5 Bei einer nicht heilbaren Krebserkrankung <i>sollen</i> die physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse sowie die Belastungen und Informationsbedürfnisse der Patienten und Angehörigen wiederholt und bei einer Änderung der klinischen Situation erfasst werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Symptomerfassung mittels MIDOS/IPOS bei Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung
PAL 11: Spezialisierte Palliativversorgung		
Zähler Anzahl Patienten, die eine spezialisierte Palliativversorgung (stationär: Palliativstation, Palliativdienst, palliativmedizinische Tagesklinik, stationäres	Keine Quellen: [60]	Qualitätsziel: Auswertung der Versorgungssituation von Krebspatienten bezüglich spezialisierter Palliativversorgung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Hospiz; ambulant: SAPV, spezialisierte Palliativambulanz) erhalten haben Nenner Alle an einer Tumorerkrankung verstorbenen Patienten		
Anmerkung: Internationale Recherche nach Qualitätsindikatoren: QI: Specialized palliative care Numerator: number of people who died with cancer who received specialized palliative care (hospital palliative unit OR palliative daycare centre OR multidisciplinary home care) in the last 2 years prior to death Denominator: number of people who died with cancer		

28 Pankreaskarzinom

(Version 3.1, Oktober 2024)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
PanCa 1: R0-Resektion (seit 2013)		
Zähler Patienten des Nenners mit R0-Resektion Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose eines Pankreaskarzinoms und Resektion	6.7 Ziel der Resektion beim Pankreaskarzinom soll die Resektion im Gesunden sein (R0).	LoE 1a a) Qualitätsziel Möglichst hohe Rate an lokalen R0-Resektionen b) Evidenzgrundlage a-
PanCa 2: LK- Entfernung (seit 2013, modifiziert 2021)		
Zähler Patienten des Nenners mit Entfernung von mind. 12 LK Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose eines Pankreaskarzinoms (ohne NEC/NET) und operativer Resektion	6.29 Bei Resektion eines Pankreaskarzinoms sollen mindestens 12 regionäre Lymphknoten entfernt werden.	Konsensbasierte Empfehlung a) Qualitätsziel Mind. 12 regionäre LK im OP-Präparat b) Evidenzgrundlage
Anmerkung: Operative Resektion: Pankreaskopfresektion, Linksresektion, Pankreatektomie		
PanCa 3: Inhalt Pathologieberichte (modifiziert 2021)		
Zähler Patienten des Nenners mit Befundberichten mit Angabe von: · pT, pN, M · Tumorgrading · Verhältnis von befallenen zu entfernten LK Nenner Alle Patienten mit	6.30 Bei der Resektion eines Pankreaskarzinoms soll das Verhältnis von befallenen zu insgesamt entfernten Lymphknoten im pathologisch-histologischen Befundbericht angegeben werden. 6.36	6.30: LoE 2b 6.36: LoE 2b a) Qualitätsziel Möglichst häufig vollständige Pathologieberichte b) Evidenzgrundlage b

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Pankreaskarzinom und Tumorresektion	Die Angabe der pT-, pN- und M-Kategorie sowie das Tumorgrading sollen im Pathologiebefund angegeben werden.	
PanCa 4: Adjuvante Chemotherapie (modifiziert 2021)		
Zähler Patienten des Nenners mit adjuvanter Chemotherapie Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose eines Pankreaskarzinoms UICC Stad. I-III (ohne NET/NEC) und R0-Resektion	7.1 Nach R0-Resektion eines Pankreaskarzinoms im UICC-Stadium I-III soll eine adjuvante Chemotherapie durchgeführt werden.	LoE 1b a) Qualitätsziel Möglichst häufig adjuvante Chemotherapie b) Evidenzgrundlage b
PanCa 5: Palliative Chemotherapie (modifiziert 2021)		
Zähler Patienten des Nenners mit palliativer Chemotherapie Nenner Alle Patienten · mit Erstdiagnose Pankreaskarzinom (ohne NET/NEC), ECOG 0-2, M0 und M1, ohne Tumorresektion und · mit Pankreaskarzinom (ohne NET/NEC), ECOG 0-2, mit sekundärer Metastasierung (M1) ohne Metastasenresektion	8.1 Beim metastasierten bzw. lokal fortgeschrittenen Pankreaskarzinom soll bei einem ECOG Performance Status von 0 bis 2 zur Verbesserung der Lebensqualität, des klinischen Benefits und der Überlebenszeit eine palliative Chemotherapie angeboten werden.	LoE 5 a) Qualitätsziel Möglichst häufig palliative Chemotherapie bei metastasiertem bzw. lokal fortgeschrittenem Pankreaskarzinom ECOG 0-2 b) Evidenzgrundlage
PanCa 6: Keine primäre Resektion bei metastasiertem Pankreaskarzinom (neu 2021)		
Zähler Patienten des Nenners mit primärer Resektion des Tumors Nenner	6.16 Die primäre Resektion des Tumors soll bei nachgewiesenen Fernmetastasen eines duktales	LoE 3 a) Qualitätsziel Keine primäre Tumorresektion bei duktalem Pankreaskarzinom mit

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Alle Patienten mit Erstdiagnose duktales Pankreaskarzinom (ohne NET/NEC) mit Fernmetastasen (= Organmetastasen, Peritonealkarzinose, als Fernmetastasen (M1) geltende Lymphknotenmetastasen)	Pankreaskarzinoms (Organmetastasen, Peritonealkarzinose, als Fernmetastasen geltende Lymphknotenmetastasen) nicht durchgeführt werden.	nachgewiesenen Fernmetastasen b) Evidenzgrundlage und 4
PanCa 7: Zweitlinientherapie (neu 2021)		
Zähler Patienten des Nenners mit Zweitlinientherapie Nenner Alle Patienten mit Pankreaskarzinom (ohne NET/NEC), ECOG 0-2 und Progress unter palliativer Erstlinientherapie	8.25 Bei Progress unter einer Erstlinientherapie soll bei einem ECOG ≤ 2 eine Zweitlinientherapie angeboten werden.	LoE 5 a) Qualitätsziel Möglichst häufig Zweitlinientherapie bei Progress unter Erstlinientherapie und ECOG ≤ 2 b) Evidenzgrundlage

29 Peniskarzinom

(Version 1.0, Oktober 2020)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Penis 1: Psychosoziales Screening		
Zähler Anzahl Patienten mit Screening auf psychosoziale Belastung Nenner Alle Patienten mit Peniskarzinom	3.7 Alle Patienten sollen ein Screening auf psychosoziale Belastungen erhalten. Ein psychoonkologisches Screening sollte frühestmöglich in angemessenen Abständen, wenn klinisch indiziert oder bei Veränderung des Erkrankungsstatus eines Patienten (z. B. Wiederauftreten oder Fortschreiten der Erkrankung) wiederholt im Krankheitsverlauf durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Screenings auf psychosoziale Belastung bei Peniskarzinom-Patienten
Anmerkung: Validierte Screening-Instrumente nach S3-Leitlinie Psychoonkologie		
Penis 2: Befundbericht nach operativer Resektion		
Zähler Anzahl Patienten mit folgenden Angaben im pathologischen Befundbericht: - Histologischer Subtyp nach WHO-Klassifikation - Grading - anatomische Lokalisation - TNM-Klassifikation - perineurale Invasion - Infiltrationstiefe - Lymphgefäßinvasion - venöse Gefäßinvasion - Vorhandensein von	4.6 Zusätzlich zum histologischen Tumortyp und Grading des Peniskarzinoms soll der pathologische Befundbericht zum Primärtumor Aussagen zu folgenden prognostischen Faktoren enthalten: - anatomische Lokalisation, - perineurale Invasion, - Infiltrationstiefe, - Lymphgefäßinvasion,	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel:

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Vorläuferläsionen (ja/nein) - Vorhandensein von entzündlichen Begleiterkrankungen (ja/nein) - Assoziation mit HPV-Infektionen (ja/nein) Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Peniskarzinom (ICD-10: C60) und operativer Resektion	venöse Gefäßinvasion, Wachstumsmuster an der Invasionsfront.	
Penis 3: Befundbericht nach operativer Lymphknotenentfernung		
Zähler Anzahl Patienten mit folgenden Angaben im pathologischen Befundbericht: - Zahl der Lymphknoten (entnommen/befallen) - Maximale Metastasengröße - Kapselüberschreitendes Wachstum (ja/nein) Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Peniskarzinom (ICD-10: C60) und operativer Lymphknotenentfernung	4.7 Der pathologische Befundbericht der Lymphknoten soll die Zahl und Lokalisation der präparierten Lymphknoten, die Zahl der befallenen Lymphknoten und die maximale Metastasengröße enthalten sowie Aussagen darüber, ob die Metastase auf den Lymphknoten beschränkt bleibt oder die Lymphknotenkapsel überschreitet.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständiger pathologischer Befundbericht nach operativer Lymphknotenentfernung bei der Erstdiagnose Peniskarzinom
Penis 4: Invasive Lymphknotendiagnostik		
Zähler Anzahl Patienten mit invasiver LK-Diagnostik (modifizierter inguinaler Lymphadenektomie oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie) Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Peniskarzinom $\geq$ pT1b, cN0	6.5 Bei Peniskarzinomen ab Kategorie pT1b sollen klinisch unauffällige, nicht tastbare inguinale Lymphknoten invasiv untersucht werden. Dies kann durch die modifizierte inguinale Lymphadenektomie oder durch die dynamische Sentinel-Lymphknoten-Biopsie erfolgen.	LoE 3 EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig invasive Lymphknotendiagnostik bei der Erstdiagnose Peniskarzinom ab Stadium pT1b und cN0

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Penis 5: Kontrollbiopsie nach topischer medikamentöser Therapie oder Lasertherapie		
Zähler Anzahl Patienten mit Kontrollbiopsie Nenner Alle Patienten mit der Erstdiagnose Peniskarzinom und topischer medikamentöser Therapie (5-FU, Imiquimod) oder Lasertherapie	7.9 Nach topischer medikamentöser Therapie oder Lasertherapie soll postinterventionell eine Kontrollbiopsie zur Verifikation der lokalen Tumorkontrolle und eine regelmäßige langfristige Nachsorge erfolgen.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Kontrollbiopsien nach topischer medikamentöser Therapie oder Lasertherapie bei der Erstdiagnose Peniskarzinom
Penis 6: Ipsilaterale pelvine Lymphknotenentfernung		
Zähler Anzahl Patienten mit ipsilateraler pelviner Lymphknotenentfernung Nenner Alle Patienten mit der Erstdiagnose Peniskarzinom (ICD-10: C60), pN3	7.36 Die pelvine Lymphknotenentfernung (iliakale Lymphknotengruppe) soll ipsilateral bei Patienten mit zwei oder mehr befallenen inguinalen Lymphknoten oder bei kapselüberschreitenden Lymphknotenmetastasen erfolgen.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig ipsilaterale pelvine Lymphknotenentfernung bei der Erstdiagnose Peniskarzinom mit pN3
Penis 7: Vorstellung Tumorboard		
Zähler Anzahl Patienten mit Vorstellung im Tumorboard Nenner Alle Patienten mit metastasiertem Peniskarzinom, M1	7.43 Patienten mit metastasiertem Peniskarzinom und/oder der Notwendigkeit multimodaler Therapie sollen in einem interdisziplinären Tumorboard besprochen werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Vorstellung der Patienten mit metastasiertem Peniskarzinom, M1 im Tumorboard
Penis 8: Neoadjuvante Chemotherapie		
Zähler Anzahl Patienten mit neoadjuvanter Chemotherapie	7.44 Bei Peniskarzinom-Patienten mit fixierten inguinalen Lymphknoten mit gutem	LoE 3 EG A, Qualitätsziel:

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Peniskarzinom cN3 (fixierte Leisten-LK) und ECOG < 2	Allgemeinzustand (ECOG < 2) soll eine neoadjuvante Chemotherapie erfolgen.	Möglichst häufig neoadjuvante Chemotherapie bei Erstdiagnose Peniskarzinom mit cN3 (fixierte Leisten-LK) und ECOG < 2

30 Prostatakarzinom

(Version 7.0, Juni 2024)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
PCa 1: Befundbericht Stanzbiopsie (modifiziert 2021)		
Zähler Patienten des Nenners mit Befundbericht mit Angabe von: - Lokalisation und Anzahl Karzinom-positiver Gewebeproben im Verhältnis zu den entnommenen Stanzen. - Semiquantitative Abschätzung der Tumorausdehnung (in Prozent und/oder mm) - Gleason-Score gemäß ISUP 2014 und WHO 2016 - Angabe des Gesamt-Gleason-Scores gemäß ISUP 2014 und WHO 2016 Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Prostatakarzinom und Stanzbiopsie	5.46 Bei positivem Karzinomnachweis sollen folgende Informationen vom Pathologen an den Einsendenden übermittelt werden: Anzahl und Lokalisation Karzinom-positiver Gewebeproben. Quantitative Abschätzung der Tumorausdehnung (in mm). Gleason-Score gemäß aktueller ISUP/WHO-Klassifikation wenn beurteilbar, sollen Perineuralscheideninfiltration (Pn1), eine Kapselinfiltration, ein kapselüberschreitendes Wachstum und eine Samenblaseninfiltration angegeben werden bei gezielten Biopsien mit mehreren Stanzen aus einem bildgebenden Herd werden diese im Gleason-Score zusammengefasst bei systematischen Biopsien werden pro Stanze die Tumorausdehnung und der Gleason-Score bestimmt.	Konsensbasierte Empfehlung EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständige Befundbericht nach Stanzbiopsie
PCa 2: Befundbericht Lymphknoten (seit 2014)		
Zähler Anzahl Patienten mit	5.52	Konsensbasierte Empfehlung EG A,

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Befundbe-richten mit Angabe von: - pN-Kategorie - Zahl befallener LK im Ver-hältnis zu entfernten LK Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Prostatakarzinom und Lympha-denektomie	Es sollen zur Bestimmung der Lymphknoten-kategorie alle Lymphknoten makroskopisch präpariert und dann eingebettet, untersucht und gezählt werden. Die Lymphknoten sollen getrennt nach den angegebenen Regionen beurteilt werden. Nach histologischer Untersuchung soll die pN-Kategorie (pN0 oder pN1) festgelegt werden. Die Gesamtzahl und die Zahl der befallenen Lymphknoten sowie der Durchmesser der größten Metastase sollen angegeben werden.	Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständige Befundberichte nach Lymphadenektomie
PCa 3: Active Surveillance (seit 2014)		
Zähler Anzahl Patienten mit - PSA-Wert ≤ 10 ng/ml und - Gleason-Score ≤ 6 und - cT1 oder cT2a und - Tumor in ≤ 2 Stanzen bei Entnahme von 10-12 Stanzen und - ≤ 50 % Tumor pro Stanze vor Beginn der AS Nenner Alle Patienten mit der Erstdiagnose Prostatakarzinom und Active Surveillance	6.8 Patienten mit folgenden Parametern sollen keine Aktive Überwachung erhalten: PSA-Werte ≥ 15 ng/ml ISUP Gruppe 2 mit ungünstigem Risikoprofil* oder ISUP Gruppe 3 bis 5 (Gleason-Score $\geq 7b$) Lokal fortgeschrittenes Tumorstadium ($\geq$ cT3 und/oder cN+) *cribriformes oder intraduktales Wachstum, Anteil Gleason-Muster 4 über 10 %.	Konsensbasierte Empfehlung EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig Vorliegen der aufgeführten Parameter bei Beginn AS
PCa 4: Strahlentherapie und hormonablativ Therapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom mit hohem Risiko (modifiziert 2021)		
Zähler Patienten des Nenners mit zusätzlicher neo-/adjuvanter	6.73 a) Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom	LoE 1+, LoE 4 EG A,

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
hormonablativer Therapie Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose eines Prostatakarzinoms T1-2 N0 M0 mit hohem Risiko und perkutaner Strahlentherapie	des hohen Risikoprofils sollen zusätzlich zur perkutanen Strahlentherapie eine adjuvante hormonablative Therapie erhalten. Diese kann bis zu 6 Monate vor der Strahlentherapie beginnen. b) Die hormonablative Therapie soll mindestens 24 Monate, besser 36 Monate dauern. c) Bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom des hohen Risikoprofils soll die Entscheidung über die Dauer der hormonablativen Therapie individuell insbesondere in Abhängigkeit von Komorbidität und Verträglichkeit getroffen werden.	Qualitätsziel: Möglichst häufig adjuvante hormonablative Therapie bei lokalbegrenztem Prostatakarzinom mit hohem Risiko und perkutaner Strahlentherapie
Anmerkung: Anmerkungen: Hohes Risiko: PSA > 20 ng/ml oder Gleason-Score = 8 oder cT-Kategorie 2c; perkutane Strahlentherapie= definitive Strahlentherapie		
PCa 5: Keine hormonablative Therapie bei lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom mit radikaler Prostatektomie (modifiziert 2021)		
Zähler Patienten des Nenners mit adjuvanter hormonablativer Therapie Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Prostatakarzinom pT3-4 N0 M0 und RPE	6.70 a) Bei Patienten mit klinisch lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom ist ein prognostischer Vorteil einer neoadjuvanten hormonablativen Therapie nicht belegt. b) Nach radikaler Prostatektomie soll bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom ohne Lymphknotenmetastasen (PSA	LoE 1+ EG A, Qualitätsziel: Keine adjuvante hormonablative Therapie bei lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom und radikaler Prostatektomie (RPE)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	im Nullbereich) keine adjuvante hormonablativ Therapie durchgeführt werden.	
PCa 6: unbesetzt		
Zähler	Keine	
Nenner		
PCa 7: Salvage-Radiotherapie bei rezidiertem Prostatakarzinom (seit 2014, vormals:)		
Zähler Anzahl Patienten mit Beginn der SRT und bei PSA<0,5ng/ml Nenner Alle Patienten Z.n. RPE und PSA-Rezidiv und SRT	7.13 a. Die Salvage-Strahlentherapie soll möglichst frühzeitig beginnen (PSA vor SRT <0,5 ng/ml). b. Bei initialem Stadium pN0 und frühzeitigem Bestrahlungsbeginn sollten die Lymphabflusswege nicht mitbestrahlt werden.	LoE 2++, LoE 3 EG A, 3 Qualitätsziel: Möglichst häufig Beginn der SRT bei PSA <0,5ng/ml
PCa 8: Prävention von Kieferosteonekrosen (seit 2014, vormals:)		
Zähler Anzahl Patienten mit zahnärztlicher Untersuchung vor Beginn der Therapie Nenner Alle Patienten mit Prostatakarzinom und Bisphosphonat o. Denosumab-Therapie	7.65 Zur Prävention von Kieferosteonekrosen soll vor der Gabe von Bisphosphonaten oder Denosumab eine zahnärztliche Untersuchung und ggf. erforderliche zahnärztliche Sanierung sowie eine Unterweisung und Motivation des Patienten zu überdurchschnittlicher Mundhygiene stattfinden.	LoE 3 EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig zahnärztliche Untersuchung vor Beginn der Bisphosphonat o. Denosumab-Therapie

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
PCa 9: Postoperative Komplikationen nach Radikaler Prostatektomie (modifiziert 2021)		
Zähler Patienten des Nenners mit Komplikation Clavien-Dindo Grade III oder IV innerhalb der ersten 30d nach RPE Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Prostatakarzinom pT1-2 N0 M0 und RPE	Keine Quellen: [61]	In Anlehnung an einen entsprechenden ICHOM-Indikator. Entspricht dem Ziel der Leitlinie: Erfassung der postoperativen Komplikationen Qualitätsziel: Möglichst selten Clavien-Dindo Grade III oder IV nach RPE bei lokalisiertem Prostatakarzinom
Anmerkung: Klassifikationen: Grad III Komplikationen, bei denen eine chirurgische, endoskopische oder radiologische Intervention notwendig ist Grad IIIa wie zuvor jedoch ohne Vollnarkose Grad IIIb wie zuvor jedoch mit Vollnarkose Grad IV Lebensbedrohliche Komplikation, die eine intensivmedizinische Behandlung verlangen Grad IVa Versagen eines Organs Grad IVb Versagen mehrerer Organe		
PCa 10: Komplikationen nach definitiver Strahlentherapie (modifiziert 2021)		
Zähler Patienten des Nenners mit Komplikation CTCAE Grade III oder IV innerhalb der ersten 12 Monate nach Ende der Strahlentherapie Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Prostatakarzinom und definitiver Strahlentherapie	Keine Quellen: [62]	In Anlehnung an einen entsprechenden ICHOM-Indikator. Entspricht dem Ziel der Leitlinie: Erfassung der Komplikationen nach definitiver Strahlentherapie. Qualitätsziel: Möglichst selten CTCAE Grade III oder IV nach definitiver Strahlentherapie
Anmerkung:		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Quelle für Klassifikation: National Institutes of Health (NIH) and National Cancer Institute (NCI), Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE). Version 4.03. 2010. [cited: 2021-07-03]. https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/ctc.htm#ctc_40		
PCa 11: Gezielte Biopsie (neu 2021)		
Zähler Alle Männer im Nenner mit gezielter Biopsie (laut Pathologiebefund) der suspekten Herde Nenner Alle Männer mit PI-RADS 4 oder 5 im mpMRT und Biopsie	5.14 a. Die in der mpMRT beschriebenen Karzinom-suspekten Herde sollen gezielt biopsiert werden. (Empfehlungsgrad: A) b. Zusätzlich zur mpMRT-gezielten Biopsie sollte im Rahmen der Erstbiopsie eine systematische Biopsie erfolgen. (Empfehlungsgrad: B)	LoE 2++ EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig gezielte Biopsie bei Männern mit PI-RADS 4 oder 5 im mpMRT
Anmerkung: Gezielte Biopsie = Angabe pro Stanze; Angabe durch Biopsie durchführenden Behandelnden u/o Angabe im Pathologiebericht		
PCa 12: Fokale Therapie bei lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom (neu 2021)		
Zähler Patienten des Nenners, die eine fokale Therapie erhalten haben Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose eines lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinoms	6.60 Patienten mit lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom sollen keine fokale Therapie – egal mit welcher Technologie - erhalten.	LoE 3 EG A, Qualitätsziel: Keine fokale Therapie bei lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom
Anmerkung: Fokale Therapie: vaskuläre gezielte photodynamische Therapie (VTP), HIFU, Kryotherapie, irreversible Elektroporation, RFA, fokale stereotaktische Bestrahlung (SBRT)		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
PCa 13: Androgendeprivationstherapie oder Bicalutamid bei hohem Progressionsrisiko (neu 2021)		
Zähler Patienten des Nenners mit zusätzlicher Androgendeprivationstherapie (ADT) oder Bicalutamid Nenner Alle Patienten mit PSA-Rezidiv und Salvage-Strahlentherapie und PSA vor SRT >0,7ng/ml	7.10 Patienten mit hohem Progressionsrisiko (PSA vor SRT >0,7 ng/ml) soll zusätzlich zur perkutanen Salvage-Strahlentherapie (SRT) eine Androgendeprivationstherapie (ADT) oder Bicalutamid angeboten werden. Quellen: [63]	LoE 1- EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig Androgendeprivationstherapie (ADT) oder Bicalutamid zusätzlich zur Salvage-Strahlentherapie bei hohem Progressionsrisiko
PCa 14: Aktive Überwachung bei lokalisiertem Prostatakarzinom mit niedrigem Risiko (neu 2021)		
Zähler Patienten des Nenners mit Aktiver Überwachung Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose lokalisiertes Prostatakarzinom und niedrigem Risiko	6.8 Patienten mit folgenden Parametern sollen keine Aktive Überwachung erhalten: PSA-Werte ≥ 15 ng/ml ISUP Gruppe 2 mit ungünstigem Risikoprofil* oder ISUP Gruppe 3 bis 5 (Gleason-Score $\geq 7b$) Lokal fortgeschrittenes Tumorstadium ($\geq cT3$ und/oder cN+) *cribriformes oder intraduktales Wachstum, Anteil Gleason-Muster 4 über 10 %.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: QI soll zur Erfassung des status quo genutzt werden.
Anmerkung: Niedriges Risiko: PSA ≤ 10 ng/ml und Gleason-Score 6 und cT-Kategorie 1c, 2a		

31 Prävention Zervixkarzinom

(Version 1.1, April 2020)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
PrävZxCa 1: Teilnahme Zervixkarzinom-Screening		
Zähler Frauen, die am Screening teilgenommen haben Nenner Alle Frauen, die eine Einladung für das Zervixkarzinom-Screening erhalten haben	10.5 Bei Befunden der Gruppe IIID1~LSIL im organisierten zytologischen Screening sollte eine Abklärung mittels HR-HPV-Test in 6 Monaten erfolgen. Ist dieser HR-HPV-Test positiv, sollte eine kolposkopische Abklärung innerhalb von 3 Monaten erfolgen. Bei HPV-Negativität sollte eine zytologische und HPV-Kontrolle nach 12 Monaten durchgeführt werden. 10.6 Bei Befunden der Gruppe IIID1~LSIL im organisierten zytologischen Screening kann eine Abklärung mittels p16/Ki-67-Testung in 6 Monaten erfolgen. Ist dieser p16/Ki-67-Nachweis positiv, sollte eine kolposkopische Abklärung innerhalb von 3 Monaten erfolgen. Bei p16/Ki-67-Negativität sollte eine zytologische und HPV-Kontrolle nach 12 Monaten durchgeführt werden. 10.7 a)Bei Befunden der Gruppe III-p, III-x*, III-e* oder III-g im organisierten zytologischen Screening kann eine Abklärung mittels HR-HPV-Test oder p16/Ki-67-Immunzytochemie innerhalb von 3 Monaten	10.5: ⊕⊕⊕⊖ 10.6: ⊕⊕⊕⊖ 10.7: Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Teilnahme am Zervixkarzinom-Screening

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	erfolgen. Ist dieser HR-HPV-Test oder der p16/Ki-67-Nachweis positiv, sollte eine kolposkopische Abklärung innerhalb von 3 Monaten erfolgen. Bei Negativität der Abklärungstests sollte eine zytologische und HPV-Kontrolle nach 12 Monaten durchgeführt werden. b) Bei Befunden der Gruppe III-x*, III-e* und III-g sollte eine endometriumsspezifische Abklärung zum Ausschluss einer endometrialen Neoplasie erfolgen (Vaginal-sonografie, Hysteroskopie, fraktionierte Abrasio etc.).	
PrävZxCa 2: HPV- und Pap-Abstrich innerhalb des Screenings		
Zähler Frauen mit HPV- und Pap-Abstrich innerhalb des organisierten Screenings Nenner Alle Frauen mit HPV- und/oder Pap-Abstrichen	Keine	Qualitätsziel: Möglichst häufig HPV- und Pap-Abstrich innerhalb des Screenings
PrävZxCa 3: Erneuter Pap-Test im Screening		
Zähler Frauen, mit einem erneuten Pap-Test innerhalb von 36 Monaten nach erster Testung Nenner Alle Frauen, die am Zervixkarzinom-Screening teilgenommen haben und	Keine	Qualitätsziel: Möglichst häufig erneuter Pap-Test innerhalb von 36 Monaten nach unauffälligem Pap-Test im Screening

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
einen unauffälligen Pap-Test hatten		
PrävZxCa 4: Differentialdiagnostischer Test nach abklärungsbedürftigem Screening Ergebnis		
Zähler Frauen mit nachfolgendem differentialdiagnostischem Test (HPV, Zytologie, Kolposkopie, p16/Ki67) Nenner Alle Frauen mit abklärungsbedürftigem Ergebnis des Zervixkarzinom-Screenings	Keine	Qualitätsziel: Möglichst häufig differentialdiagnostischer Test nach abklärungsbedürftigem Ergebnis des Zervixkarzinom-Screenings
Anmerkung: Abklärungsbedürftiges Ergebnis=Pap IIID2, IVa-p, IVa-g, IVb-p, IVb-g, V-p, V-g, V-e und V-x		
PrävZxCa 5: Therapie nach auffälligem differentialdiagnostischem Test im Screening		
Zähler Frauen mit Therapie innerhalb von 6 Monaten nach auffälligem Testergebnis Nenner Frauen mit auffälligem differentialdiagnostischem Test im Screening und damit Indikation zur Therapie	Keine	Qualitätsziel: Möglichst häufig Therapie innerhalb von 6 Monaten nach auffälligem differentialdiagnostischem Test im Screening
PrävZxCa 6: Abklärungskolposkopie bei auffälligem Pap in zert. Dysplasie-Einheit/-Sprechstunde		
Zähler Pat. mit Abklärungskolposkopie wegen mit Pap IIID2, IVa-p, IVa-g, IVb-p, IVb-g, V-p, V-g, V-e und V-x in DKG/DGGG/AGO/AG-CPC/EFC zertifizierten Dysplasiesprechstunde /	10.8 Bei Befunden der Gruppen IIID2, IVa-p, IVa-g, IVb-p, IVb-g, V-p, V-g, V-e und V-x im organisierten zytologischen Screening soll eine	10.8: Konsensbasierte Empfehlung 11.4: Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Abklärungskolposkopie bei

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Dysplasieeinheit Nenner Alle Pat. mit Pap IIID2, IVa-p, IVa-g, IVb-p, IVb-g, V-p, V-g, V-e und V-x	kolposkopische Abklärung erfolgen. 11.4 Die Kolposkopie soll als Abklärungskolposkopie in einer gemäß den Anforderungen der DKG/DGGG/AGO/AG-CPC/EFC zertifizierten Dysplasiesprechstunde / Dysplasieeinheit erfolgen.	Pap IIID2, IVa-p, IVa-g, IVb-p, IVb-g, V-p, V-g, V-e und V-x in zertifizierter Dysplasiesprechstunde / Dysplasieeinheit 10.8 und : GCP
PrävZxCa 7: Präoperative Abklärungskolposkopie vor Exzision		
Zähler Pat. mit einer Exzision, bei denen eine Abklärungskolposkopie präoperativ durchgeführt wurde Nenner Alle Pat., bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde	Keine	Qualitätsziel: Möglichst häufig präoperative Abklärungskolposkopie vor Exzision
Anmerkung: Die Vertreter der AG QI sehen für die Durchführung der Abklärungskolposkopie nicht nur im Bereich des Screenings, sondern auch im Bereich der Therapie ein Verbesserungspotential im klinischen Alltag.		
PrävZxCa 8: Messerkonisation als Exzisionsverfahren		
Zähler Pat. mit Exzision mittels Messerkonisation Nenner Alle Pat. bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde	14.1 Schlingenexzision und Laserexzision sollen die Methoden der Wahl für die Behandlung der squamösen und glandulären zervikalen intraepithelialen Neoplasie sein.	⊕⊕⊕⊕ Qualitätsziel: <10% Möglichst selten Messerkonisation als Exzisionsverfahren A, ⊕⊕⊕⊕

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
PrävZxCa 9: CIN 3 im Schnittrand nach Exzision		
Zähler Anzahl Pat. mit CIN 3 im Schnittrand Nenner Alle Pat. mit Exzision und histolog. Befund CIN 3	14.13 Die R0-Resektion der CIN 3 soll angestrebt werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: selten Möglichst selten CIN 3 im Schnittrand nach Exzision A, ⊕⊖⊖⊖
PrävZxCa 10: HPV-Test und Zytologie nach Therapie einer CIN 3		
Zähler Pat. mit HPV-Test und Zytologie innerhalb von 12 Mo nach Therapie Nenner Alle Pat. 12 Monaten nach Therapie (Exzision o. Ablation) einer Ersterkrankung mit CIN 3	16.1 In der Nachbetreuung nach Therapie einer CIN/ ACIS soll eine kombinierte Untersuchung mit HPV-Test und Zytologie durchgeführt werden.	⊕⊕⊕⊖ Qualitätsziel: Möglichst häufig HPV-Test und Zytologie innerhalb von 12 Monaten nach Therapie einer CIN 3 A, ⊕⊕⊕⊖

32 Psychoonkologie

(Version 2.1, September 2023)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
PSO 1: Strukturelle Voraussetzungen psychoonkologischer Versorgungsbereiche: Sektorenübergreifende Koordination der psychoonkologischen Versorgung (seit 2014)		
Zähler Patient*innen des Nenners, die Informationen über psychoonkologische Unterstützungsangebote erhalten Nenner Alle Krebspatient*innen mit Erstdiagnose, Rezidiv oder erster Fernmetastase	4.10 Eine patient*innenorientierte Information über psychoonkologische Unterstützungsangebote soll frühzeitig und krankheitsbegleitend sichergestellt werden.	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Ergänzende Anmerkungen: Definition „Psychoonkologisches Unterstützungsangebot“: psychosoziale Beratung, psychotherapeutische Einzel- oder Gruppenintervention, psychoedukative Intervention, Paarintervention, Entspannungsverfahren, die durch die entsprechend qualifizierte Person durchgeführt werden. Das Ziel des Indikators: Die Einrichtung soll dem Patienten konkrete Ansprechpartner als Beispielreferenz benennen. Dadurch soll die einrichtungsinterne- und -übergreifende Netzwerkbildung gefordert werden.		
PSO 2: Strukturelle Voraussetzungen psychoonkologischer Versorgungsbereiche: Selbsthilfe (modifiziert 2022)		
Zähler Patient*innen des Nenners, die Informationen über Unterstützungsangebote der Krebs-Selbsthilfe erhalten haben Nenner Alle Krebspatient*innen mit Erstdiagnose, Rezidiv oder erster Fernmetastase	4.7 Krebspatient*innen und ihre Angehörigen sollen über qualifizierte Unterstützungsangebote der Krebs-Selbsthilfe (Gespräche mit Gleichbetroffenen, Hilfestellungen zum Umgang mit Erkrankung, Therapien und Therapiefolgen im Alltag) in jeder Phase des	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Versorgungsprozesses informiert werden.	
Anmerkung: Ergänzende Anmerkung: Die Information kann per Flyer vermittelt werden, der Flyer sollte persönlich übergeben werden. Die betreffende Einrichtung gibt in dem Flyer konkret an, wo welches Angebot zu finden ist und nennt Ansprechpartner*innen.		
PSO 3: Diagnostik: Screening, Diagnostische Verfahren (modifiziert 2022)		
Zähler Patient*innen des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden* Nenner Primärfallpatient*innen + Patient*innen mit neu aufgetretenem (Lokal-) Rezidiv und/oder Fernmetastasen	7.4 Zur Erfassung der psychosozialen Belastung sollen validierte und standardisierte Screeninginstrumente eingesetzt werden. Als Screeninginstrumente sollen das Distress-Thermometer (DT), die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), der Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK), das Depressionsmodul des Patient Health Questionnaire (PHQ-9) oder die Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) eingesetzt werden. 7.2 Alle Krebspatient*innen sollen ein Screening auf psychosoziale Belastungen erhalten. 7.3 Ein psychoonkologisches Screening sollte frühestmöglich in angemessenen Abständen, wenn klinisch indiziert oder bei Veränderung des Erkrankungsstatus eines*einer	7.4: LoE 1b 7.2: Konsensbasierte Empfehlung 7.3: Konsensbasierte Empfehlung Literatur zu validierten Screeninginstrumenten mit einem definierten Cut-off: siehe Kapitel .1.

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Patient*in (z. B. Wiederauftreten oder Fortschreiten der Erkrankung) wiederholt im Krankheitsverlauf durchgeführt werden.	

Anmerkung:

Distress-Screening beinhaltet die Durchführung eines validen Distressinstruments (analog zur BestPractice [1] oder S3 Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten:

Distress-Thermometer (DT),

die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS),

der Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK),

das Depressionsmodul des Patient Health Questionnaire (PHQ-9) oder

die Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7))

PSO 4: Diagnostik: Diagnostische Verfahren (seit 2014)

Zähler	7.6	Konsensbasierte Empfehlung
Patient*innen des Nenners mit einem diagnostischen Gespräch zur Abklärung psychosozialer Belastungen und psychischer Komorbidität	Bei positivem Screening und/oder subjektivem Unterstützungsbedarf soll ein diagnostisches Gespräch zur Abklärung psychosozialer Belastungen, psychischer Komorbidität sowie dem Unterstützungs- und Behandlungsbedarf angeboten werden.	
Nenner Alle Krebspatient*innen mit Erstdiagnose, Rezidiv oder erster Fernmetastase und mit positivem Screening auf psychosoziale Belastungen		

Anmerkung:

Definition „Diagnostisches Gespräch“: Das diagnostische Gespräch beinhaltet die Identifikation von psychosozialen Belastungen, psychischen Störungen und weiteren Problemlagen mit dem Ziel der Beschreibung vorliegender Probleme und Störungen sowie deren Veränderung. Darüber hinaus erfolgt die Abklärung, ob diese Problemlagen subsyndromal sind oder die Kriterien für eine psychische Störung erfüllen. Die Abklärung und Zuordnung der vorliegenden Probleme und Störungen erfolgt entsprechend eines Klassifikationssystems (ICD-10 oder DSM IV), wobei bei der Diagnostik einer klinisch relevanten komorbiden Störung die Abgrenzung gegenüber somatischen Beschwerden oder einer angemessenen psychischen Reaktion auf die Tumorerkrankung sowie die

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
zutreffende Berücksichtigung von biologisch-organischen Folgen der Krebserkrankung bzw. Behandlung zu berücksichtigen sind.		
Akteur*innen: Fachkräfte der Psychoonkologie		
PSO 5: Psychoonkologische Interventionen: Konzepte und allgemeine Grundlagen für die Indikationsstellung psychoonkologischer Behandlung (Gelöscht Version 2)		
Zähler	Keine	
Nenner		
PSO 6: Psychoonkologische Interventionen: Konzepte und allgemeine Grundlagen für die Indikationsstellung psychoonkologischer Behandlung, psychosoziale Beratung (modifiziert 2022)		
Zähler Patient*innen des Nenners mit Angebot einer psychosozialen Beratung mit psychologischer und sozialer Schwerpunktsetzung	8.27 Psychosoziale Beratung mit psychologischer und sozialer Schwerpunktsetzung soll Krebspatient*innen und ihren Angehörigen in allen Phasen der Erkrankung bedarfsgerecht und möglichst frühzeitig angeboten werden. 8.2 Patient*innen mit keiner oder geringer Belastung (festgestellt über Screening und durch weiterführende Diagnostik) sollen eine patient*innenorientierte Information und eine psychosoziale Beratung angeboten oder vermittelt werden.	8.27: Konsensbasierte Empfehlung 8.2: Konsensbasierte Empfehlung
Nenner Krebspatient*innen mit Erstdiagnose, Rezidiv oder erster Fernmetastase		
Anmerkung: Ergänzende Anmerkung: Eine psychosoziale Beratung soll durch Sozialarbeiter*innen/ Sozialpädagog*innen und Fachkräfte der Psychoonkologie persönlich angeboten werden (Vgl. QI 2: das persönliche Übergeben eines Flyers).		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Akteur*innen: Sozialarbeiter*innen/ Sozialpädagog*innen und Fachkräfte der Psychoonkologie		
PSO 7: Patientenzentrierte Kommunikation: Fortbildungsmaßnahmen zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz der Behandler und deren Wirksamkeit (modifiziert 2022)		
Zähler Alle Ärzt*innen und Pflegefachpersonen mit qualitätsgesichertem Training kommunikativer Fertigkeiten zur Verbesserung ihrer kommunikativen Kompetenz Nenner Alle in der Onkologie tätigen Ärzt*innen und Pflegefachpersonen	11.12 Ärzt*innen und andere in der Onkologie tätigen Berufsgruppen sollten an einem qualitätsgesicherten Training kommunikativer Fertigkeiten zur Verbesserung ihrer kommunikativen Kompetenz teilnehmen.	Konsensbasierte Empfehlung Literatur: Barth und Lannen (2011)
Anmerkung: Ergänzende Anmerkung: Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Vermittlung spezifischer Gesprächskompetenzen: Postgradual; Anzahl von Unterrichtseinheiten muss nachgewiesen werden (z. B. Teilnehmendenbescheinigung). Das Training sollte mindestens einen Umfang von 3 Tagen (24 Stunden) haben. Begründung der Abweichung des QI von der Empfehlung der Leitlinie: In Übereinstimmung mit der Priorisierung von Maßnahmen des Nationalen Krebsplans wird auf Ärzt*innen und Pflegefachpersonen fokussiert, da diese beiden Berufsgruppen als prioritär in der Patient*innenversorgung angesehen werden. Bei den psychotherapeutisch arbeitenden Behandelnden kann davon ausgegangen werden, dass in ihren jeweiligen Grundausbildungen Skills zu Kommunikation und Gesprächsführung vermittelt wurden.		
PSO 8: Personelle Ressourcen (neu 2022)		
Zähler Kumulierte Vollzeitstellenäquivalente Psychoonkologie des Zentrums/der nicht-zertifizierten Klinik Nenner Alle Krebspatient*innen mit Ausnahme von Prostata- oder Melanompatient*innen mit Erstdiagnose, lokoregionärem	12.2 In zertifizierten Zentren sowie in nicht-zertifizierten Kliniken soll für alle onkologischen Diagnosen mit Ausnahme von Prostata- oder Melanompatient*innen für 300 Fälle pro Jahr eine psychoonkologische Vollzeitkraft zur Verfügung gestellt werden.	Konsensbasierte Empfehlung Sollvorgabe: ≥ 0.0033

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Rezidiv oder sekundärer Fernmetastasierung im Zentrum/in der nicht-zertifizierten Klinik		
Anmerkung: Anmerkung: Nenner muss organspezifisch angepasst werden pro Entität. Prostata- u. Melanompat. sollen auch versorgt werden, dabei gilt nicht die Vorgabe von einer psychoonkologischen Vollzeitkraft für 300 Fälle pro Jahr.		
PSO 9: Geeignete Räumlichkeiten (neu 2022)		
Zähler Anzahl geeigneter Räume, welche für psychoonkologische Gespräche zur Verfügung stehen Nenner Vollzeitstellenäquivalente Psychoonkologie = Krebspatient*innen mit Ausnahme von Prostata- oder Melanompatient*innen mit Erstdiagnose, lokoregionärem Rezidiv oder sekundärer Fernmetastasierung * 0.0033 im Zentrum / in der nicht zertifizierten Klinik	12.2 In zertifizierten Zentren sowie in nicht-zertifizierten Kliniken soll für alle onkologischen Diagnosen mit Ausnahme von Prostata- oder Melanompatient*innen für 300 Fälle pro Jahr eine psychoonkologische Vollzeitkraft zur Verfügung gestellt werden. 12.5 Im Hinblick auf die Ausstattung sollen geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden, die eine ungestörte und vertrauliche psychoonkologische Beratung und Behandlung ermöglichen.	12.2: Konsensbasierte Empfehlung 12.5: Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Anmerkung: Geeignete Räume = Ungestörte Beratung, Mobiliar, vertrauliche und angenehme Atmosphäre		

33 Supportive Therapie

(Version 1.3, Februar 2020)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Supp 1: Antiemese bei hochemetogener Tumorthherapie		
Zähler Patienten mit Gabe von 5-HT3-RA und NK1-Rezeptorantagonist und Dexamethason vor der 1. medikamentösen Tumorthherapiegabe Nenner Alle Patienten mit abgeschlossener medikamentöser hochemetogener Tumorthherapie	5.6 Akute Phase: Empfehlungsgrad: 0 Level of Evidence: 5 Bei einer medikamentösen Tumorthherapie mit einem Emesisrisiko 10-30 % kann die antiemetische Prophylaxe entfallen oder mit Dexamethason, 5-HT3-RA oder Metoclopramid erfolgen. Verzögerte Phase: Empfehlungsgrad: A Level of Evidence: 5 Bei einer Tumorthherapie mit einem Emesisrisiko 10-30 % soll keine primäre antiemetische Prophylaxe an den Tagen 2-3 erfolgen.	Konsensbasierte Empfehlung sgrad: A Level of Evidence: 1a
Qualitätsziel: Möglichst häufig Gabe von 5-HT3-RA u NK1- Rezeptorantagonist u Dexamethason vor der 1. medikamentösen Tumorthherapiegabe Anmerkungen: Hoch emetogene Tumorthherapie: Anthracyclin / Cyclophosphamid-Kombination; Carmustin, Cisplatin, Cyclophosphamid ≥ 1500 mg/m ² , Dacarbazin, Mechlorethamin, Streptozotocin, Hexamethylmelamin, Procarbazin		
Supp 2: Zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonaten/ Denosumab		
Zähler Zähler: Anzahl Patienten mit zahnärztlicher Untersuchung	10.23 Zur Prävention von Kieferosteonekrosen sollen vor	LoE 1b EG A, LoE LA

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
vor Beginn der Bisphosphonat oder Denosumab-Therapie Nenner Nenner: Alle Patienten mit malignem Tm (= Mamma, Prostata, Lungenkarzinom) und Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	der Gabe von Bisphosphonaten oder Denosumab eine zahnärztliche Untersuchung und die ggf. erforderliche zahnärztliche Sanierung sowie eine Unterweisung und Motivation des Patienten zu überdurchschnittlicher (sorgfältig und regelmäßig) Mundhygiene stattfinden, sowie im Verlauf regelmäßige risikoadaptierte zahnärztliche Untersuchungen erfolgen.	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig zahnärztliche Untersuchung vor Beginn der Bisphosphonat oder Denosumab-Therapie Anmerkungen: Die zahnärztliche Untersuchung beinhaltet auch die ggf. notwendige Zahnsanierung.		
Supp 3: Zahnärztliche Untersuchung vor Strahlentherapie bei Kopf-Hals-Tumoren		
Zähler Zähler: Patienten mit zahnärztlicher Untersuchung vor Beginn der Therapie Nenner Nenner: Alle Patienten mit KHT-Tm und kurativ intendierter Strahlentherapie	12.52 Zur Prophylaxe der Osteoradionekrose im Kopf-Hals-Bereich sollen folgende Maßnahmen beachtet werden: vor Strahlentherapie: · Zahnsanierung unter besonderen Kautelen nach Strahlentherapie: · Zahnsanierung unter besonderen Kautelen, · kaufunktionelle Rehabilitation mit maximaler Schleimhautschonung und Beachtung besonderer	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Maßnahmen bei zahnärztlichen/Mund- Kiefer-chirurgischen Eingriffen · Prä-/peri- und poststrahlentherapeutisch sehr gute Mundhygiene	
Qualitätsziel: Möglichst häufig zahnärztlicher Untersuchung vor Beginn der Therapie Anmerkung: Anmerkungen: · Die zahnärztliche Untersuchung beinhaltet die ggf. notwendige Zahnsanierung · Kopf-Hals-Tumore: Alle Tumore im Kopf-Hals-Bereich		

34 Zervixkarzinom

(Version 2.2, März 2022)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
ZxCa 1: Vorstellung in Tumorkonferenz (geprüft 2021)		
Zähler Anzahl Patientinnen mit Vorstellung in der Tumorkonferenz Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose, Rezidiv oder neu aufgetretener Fernmetastasierung eines Zervixkarzinoms	24.2 Alle Patientinnen mit Zervixkarzinom sollen in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Vorstellung der Patientinnen in der Tumorkonferenz
Anmerkung: Teilnehmer der Tumorkonferenz sind Gynäkolog:innen, Patholog:innen, Radiolog:innen, Radioonkolog:innen		
ZxCa 2: Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (geprüft 2021)		
Zähler Anzahl Patientinnen mit Befundberichten mit Angaben zu: · histologischer Typ nach WHO · Grading · Nachweis/Fehlen von Lymph- oder Veneneinbrüchen (L- und V- Status) · Nachweis/Fehlen von Perineuralscheideninfiltraten (Pn-Status) · Staging (pTNM und FIGO) bei konisierten Patientinnen unter Berücksichtigung des Konisationsbefundes · Invasionstiefe und Ausdehnung in mm bei pT1a1 und pT1a2	7.1 Die Tumortypisierung des Zervixkarzinoms soll nach der aktuell gültigen Auflage der WHO-Klassifikation erfolgen. 7.3 Die Stadieneinteilung des Zervixkarzinoms soll nach der aktuellen Auflage der TNM-Klassifikation erfolgen. 7.4 Der Diagnose eines mikroinvasiven Zervixkarzinoms soll die Definition der jeweils aktuellen Auflage der WHO- und TNM-Klassifikation zugrunde gelegt werden.	7.1: Konsensbasierte Empfehlung 7.3: Konsensbasierte Empfehlung 7.4: Konsensbasierte Empfehlung 7.10: Konsensbasierte Empfehlung 7.11: Konsensbasierte Empfehlung 7.12: Konsensbasierte Empfehlung 7.15: Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständige Befundberichte bei Erstdiagnose Zervixkarzinom und Tumorresektion

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
· Invasionstiefe in Relation zur Zervixwanddicke (metrisch oder Prozentangabe) bei radikaler Hysterektomie · dreidimensionale Tumorgöße in cm (ab pT1b1) · minimaler Abstand zu den Resektionsrändern (bei pT1b-Tumoren endozervikales Stroma) · R-Klassifikation (UICC) Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Zervixkarzinom und Tumorresektion	7.10 Die morphologische Aufarbeitung soll so erfolgen, dass alle therapeutisch und prognostisch relevanten Parameter erhoben werden können. Der Befunderstellung soll die jeweils gültige WHO-Klassifikation zur Tumortypisierung und die aktuelle TNM-Klassifikation zur Stadieneinteilung sowie die R-Klassifikation (UICC) zugrunde gelegt werden. 7.11 Der Befundbericht zur Trachelektomie soll folgende Angaben beinhalten: histologischer Typ nach WHO, Grading, Nachweis/Fehlen von Lymph- oder Veneneinbrüchen (L- und V- Status), Nachweis/Fehlen von Perineuralscheideninfiltraten (Pn-Status), Staging (TNM), Invasionstiefe und Ausdehnung in mm bei pT1a1 und pT1a2, dreidimensionale Tumorgöße in cm (ab pT1b1), minimaler Abstand zu den Resektionsrändern (bei pT1b-Tumoren endozervikales Stroma), R-Klassifikation (UICC). 7.12	

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Die morphologische Aufarbeitung soll so erfolgen, dass alle therapeutisch und prognostisch relevanten Parameter erhoben werden können. Der Befunderstellung soll die jeweils gültige WHO-Klassifikation zur Tumortypisierung und die aktuelle TNM-Klassifikation zur Stadieneinteilung sowie die R-Klassifikation (UICC) zugrunde gelegt werden. 7.15 Der Befundbericht zur radikalen Hysterektomie soll folgende Angaben beinhalten: histologischer Typ nach WHO, Grading, Nachweis/Fehlen von Lymph- oder Veneneinbrüchen (L- und V- Status), Nachweis/Fehlen von Perineuralscheideninfiltraten (Pn-Status), Staging (TNM), bei konisierten Patientinnen unter Berücksichtigung des Konisationsbefundes, Invasionstiefe und Ausdehnung in mm bei pT1a1 und pT1a2, Invasionstiefe in Relation zur Zervixwanddicke (metrisch oder Prozentangabe) dreidimensionale Tumorgroße in cm (ab pT1b1), minimaler Abstand zu den Resektionsrändern (bei pT1b-Tumoren endozervikales	

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Stroma, pT2a-Tumoren Vagina, pT2b Parametrium), R-Klassifikation (UICC).	
ZxCa 3: Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie (geprüft 2021)		
Zähler Anzahl Patientinnen mit Befundbericht mit Angabe zu: · Zahl befallener LK im Verhältnis zu entfernten LK · Zuordnung zur Entnahmelokalisation (pelvin/paraaortal) · Angabe der größten Ausdehnung der größten LK-metastase in mm/cm · Angabe des Fehlens/Nachweises eines Kapseldurchbruches der LK-metastase. · Nachweis von isolierten Tumorzellen oder von Mikrometastasen Nenner Alle Patientinnen mit Zervixkarzinom und Lymphonodektomie	7.17 Bei Lymphonodektomiepräparaten im Rahmen der operativen Therapie beim Zervixkarzinom sollen alle entfernten Lymphknoten histologisch untersucht werden. 7.19 Der Nachweis von isolierten Tumorzellen bzw. von Mikrometastasen soll im histologischen Befundbericht erwähnt werden und in die TNM-Klassifikation einfließen. 7.20 Der Befundbericht zu den Lymphknoten soll folgende Angaben beinhalten: Angabe der Zahl der befallenen Lymphknoten im Verhältnis zur Zahl der entfernten Lymphknoten in Zuordnung zur Entnahmelokalisation (pelvin/para-aortal)	7.17: Konsensbasierte Empfehlung 7.19: Konsensbasierte Empfehlung 7.20: Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständige Befundberichte bei mit Zervixkarzinom und Lymphonodektomie
ZxCa 4: zytologisches/histologisches Lymphknotenstaging (geprüft 2021)		
Zähler Anzahl Patientinnen mit zytologischem/histologischem LK-staging Nenner Alle Patientinnen mit	8.2 Die Therapie soll in Abhängigkeit des histologischen Tumorstadiums erfolgen, verifiziert mittels	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig zytologisch/histologisches LK-staging bei Zervixkarzinom FIGO Stadium >= IA2 - IVA

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Zervixkarzinom FIGO Stadium ≥ IA2 – IVA	Operativem Staging oder interventioneller Diagnostik.	
Anmerkung: Zytologisches/ Histologisches LK-Staging = für Diagnostik; keine Lymphonodektomie.		
ZxCa 5: Cisplatinhaltige Radiochemotherapie (geprüft 2021)		
Zähler Anzahl Patientinnen mit cisplatinhaltiger Radiochemotherapie Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Zervixkarzinom und primärer Radiochemotherapie	10.4 Bei der Patientin mit Zervixkarzinom soll bei Indikationsstellung zu einer primären Radiotherapie ab Stadium IB2 diese in Kombination mit einer cisplatinbasierten Chemotherapie erfolgen.	LoE 1++ EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig cisplatinhaltige Radiochemotherapie bei Patientinnen mit Erstdiagnose Zervixkarzinom und primärer Radiochemotherapie
ZxCa 6: Adjuvante Radio(chemo)therapie (geprüft 2021)		
Zähler Anzahl Patientinnen mit adjuvanter Radio(chemo)therapie Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Zervixkarzinom und radikaler Hysterektomie	Keine	Abgeleitet von einer Zielstellung der Leitlinie: Erhebung des Status quo der medizinischen Versorgung, insbesondere Bezugnehmend auf den Qualitätsindikator 6 zur adjuvanten Radio(chemo)therapie, da keine Daten existieren, wie viele Patientinnen stadiengerecht adjuvant mit einer kombinierten cisplatinhaltigen Radio(chemo)-therapie behandelt werden. Qualitätsziel: • aktuell: Erfassung des status quo; • langfristig: Reduktion der adjuvanten Therapie zugunsten

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
		einer alleinigen primären Operation oder einer alleinigen Radio(chemo)-therapie im Risikokollektiv (unimodale Therapie)
ZxCa 7: Histologische Sicherung (geprüft 2021)		
Zähler Anzahl Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Sicherung Nenner Alle Patientinnen mit Zervixkarzinom und Therapie eines Lokalrezidivs	16.4 Die routinemäßige Kontrolle von Tumormarkern zur Diagnose von Rezidiven soll nicht durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig prätherapeutische histologische Sicherung bei Patientinnen mit Zervixkarzinom und Therapie eines Lokalrezidivs
ZxCa 8: Ausbreitungsdiagnostik beim Lokalrezidiv (geprüft 2021)		
Zähler Alle Patientinnen mit bildgebender Diagnostik (CT-Thorax u. Abdomen u. Skalenus-Ultraschall) zum Ausschluss von Fernmetastasen Nenner Alle Patientinnen mit Lokalrezidiv eines Zervixkarzinoms	17.1 Bei Auftreten eines Lokalrezidivs soll zur Therapieplanung eine entsprechende bildgebende Diagnostik zum Ausschluss von Fernmetastasen erfolgen.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig bildgebende Diagnostik bei Patientinnen mit Lokalrezidiv eines Zervixkarzinoms
ZxCa 9: Vollständiger Befundbericht Konisation (neu 2021)		
Zähler Alle Patientinnen des Nenners mit Befundberichten mit Angaben zu: · Art der Läsion (CIN, AIS, SMILE) · Lokalisation (endo-, ektozervikal)	7.8 Im histologischen Befundbericht vermerkt sein sollen die Art der Läsion (CIN, AIS und dessen Variante in Form der stratifizierten-muzinproduzierenden-Läsion	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständiger Befundbericht bei Patientinnen mit Konisation

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
· Ausdehnung · bei Invasion mit Angabe Größenausdehnung, Lymph-, Blutgefäß- sowie Perineuralscheideninvasion · Grading · Status Resektionsränder (R-Status) Nenner Alle Patientinnen mit HSIL (CIN II/III), AIS, SMILE u/o Zervixkarzinom, die eine Konisation erhalten haben	SMILE)), deren Lokalisation (endo-, ektozervikal) und deren Ausdehnung sowie das Vorhandensein eines invasiven Tumors. Beim Nachweis einer Invasion soll zusätzlich die Angabe der Größenausdehnung erfolgen und zur Lymph-, Blutgefäß- sowie Perineuralscheideninvasion sowie zum Grading Stellung bezogen werden. Zum Status der Resektionsränder soll Stellung genommen werden.	
Anmerkung: Der Indikator ist durch Dysplasieeinheiten/-sprechstunden und Gynäkologische Krebszentren zu erheben		

35 Ösophaguskarzinom

(Version 4.0, Dezember 2023)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
ÖCa 1: Angaben im Befundbericht bei Biopsien (modifiziert 2023)		
Zähler Pat. des Nenners mit Befundberichten mit Angaben zu: Art der neoplastischen Läsion (Low Grade Dysplasie/Low Grade Intraepitheliale Neoplasie, High Grade Dysplasie/High Grade Intraepitheliale Neoplasie, invasives Karzinom; bei HGD/HGIEN: Tis Klassifikation nach UICC), histologischer Typ nach WHO, bei invasiven Adenokarzinomen: Grading nach aktueller WHO-Klassifikation, Bei Biopsie aus dem distalen Ösophagus (C 15.5) Angabe, ob mit becherzellhaltiger Barrettmukosa Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose Neoplasie des Ösophagus (D00.1, C15, C16.0) und Biopsie	6.20 Der histopathologische Befund am Biopsiematerial soll die folgenden Angaben enthalten: Art der neoplastischen Läsion (LGD/LGIEN, HGD/HGIEN, Karzinom), insbesondere ob ein invasives Karzinom vorliegt (bei HGD/HGIEN: Klassifikation am Biopsat als Tis nach UICC) Histologischer Typ nach WHO (insbesondere Unterscheidung Plattenepithel- versus Adenokarzinom) Bei invasiven Adenokarzinomen: Differenzierungsgrad (Grading) nach aktueller WHO-Klassifikation Bei Läsionen im distalen Ösophagus: Ist eine Becherzell-haltige Barrett-Mukosa vorhanden?	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständige Pathologieberichte bei Biopsien (Vorschlag der Erfassung für 1 Jahr in DKG-zertifizierten viszeralonkologischen Zentren, danach Prüfung der weiteren Erfordernis) Anmerkung: „becherzellhaltige Barrettmukosa“ wird im ADT-Datensatz nicht erfasst.		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
ÖCa 2: Angaben im Befundbericht bei lokalen Exzidaten (modifiziert 2023)		
Zähler Pat. des Nenners mit Befundberichten mit Angaben zu Art der neoplastischen Läsion, histologischer Typ nach WHO, Grading, Lymphgefäß- und/oder Veneninvasion, Invasionstiefe, Angabe von zirkulärem und basalem Resektionsrand Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose einer Neoplasie des Ösophagus (D00.1, C15, C16.0) und endoskopischer Resektion	6.22 Der histopathologische Befund an lokalen Exzidaten (endoskopische Resektion; ER) soll folgende Angaben enthalten: Größe der neoplastischen Läsion (wenn möglich in 3 Dimensionen) Art der neoplastischen Läsion (LGD/LGIEN, HGD/HGIEN, Karzinom) – insbesondere, ob ein invasives Karzinom vorliegt (bei HGD/HGIEN: Klassifikation am Resektat als pTis nach UICC) Bei Karzinomnachweis: Histologischer Typ nach WHO (insbesondere Unterscheidung Plattenepithel- versus Adenokarzinom, andere seltene Typen) Bei invasiven Adenokarzinomen: Differenzierungsgrad (Grading) nach aktueller WHO-Klassifikation Maximale Tiefe der Infiltration: pT1a (m1, m2, m3, m4)/pT1b (sm1, sm2, sm3) plus Infiltrationstiefe in µm (oder höhere pT-Kategorie) Lymphgefäß- und/oder Veneninvasion (L0 vs. L1, V0 vs. V1) Zusammenfassende Einschätzung des LK-Metastasierungsrisikos: Low risk vs. High risk-	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Resektionsränder bzgl. der Neoplasie (bei ER in toto zirkulärer und basaler Resektionsrand bei „piecemeal“-ER basaler Resektionsrand, da hier der zirkuläre Resektionsrand in der Regel histopathologisch als RX gewertet werden muss)	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständige Pathologieberichte bei Exzidaten Für die Erhebung dieses Indikators sollen Datenfelder für die Angabe des zirkulären und basalen Resektionsrandes und der Invasionstiefe in das spezifische Modul des allgemeinen Basisdatensatzes der ADT aufgenommen werden. Die Größe in drei Dimensionen und die zusammenfassende Einschätzung des LK-Metastasierungsrisikos sind nicht dokumentierbar.		
ÖCa 3: Angaben im Befundbericht nach chirurgischer Resektion (modifiziert 2023)		
Zähler Pat. des Nenners mit Befundberichten mit Angaben zu Größe der neoplastischen Läsion, Art der Läsion, histologischer Typ nach WHO, Grading, pT, pN, Ratio LK, L, V, R-Status (TNM) Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose einer Neoplasie des Ösophagus (D00.1, C15, C16.0) und chirurgischer Resektion	6.23 Der histopathologische Befund an Operationsresektaten soll folgende Angaben enthalten: Größe der neoplastischen Läsion (wenn möglich in 3 Dimensionen) Lokalisation des Tumorzentrums in Beziehung zum ösophagogastralen Übergang (ÖGÜ) und Angabe, ob der Tumor den ÖGÜ kreuzt (wenn möglich) Art der neoplastischen Läsion (LGD/LGIEN, HGD/HGIEN, Karzinom) – insbesondere, ob ein Karzinom vorliegt (bei HGD/HGIEN: Klassifikation als pTis nach UICC) Bei Karzinomnachweis: Histologischer Typ nach aktueller WHO-Klassifikation (insbesondere Unterscheidung	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Plattenepithel- versus Adenokarzinom, andere seltene Typen) Differenzierungsgrad (Grading) Maximale Tiefe der Infiltration (pT) Lymphgefäß- und/oder Veneninvasion (L0 vs. L1, V0 vs. V1) Resektionsränder: oral, aboral und zirkumferenziell: R0 vs. R1 Status der regionären Lymphknoten nach aktueller UICC-Klassifikation (pN) und Ratio aus Zahl der befallenen und untersuchten Lymphknoten (.../...Lymphknoten)	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständige Pathologieberichte bei Resektaten Die Lokalisation des Tumorzentrums in Beziehung zur ÖGJ (Ösophagogastraler Junktion) und Angabe, ob der Tumor die ÖGJ kreuzt, ist nicht dokumentierbar.		
ÖCa 4: Therapieempfehlung aus interdisziplinärer Tumorkonferenz (modifiziert 2023)		
Zähler Pat. des Nenners mit Therapieempfehlung aus interdisziplinärer Tumorkonferenz (bei Nennergruppe 1 und 3: vor Therapie) Nenner 1. Alle Pat. mit Erstdiagnose einer Neoplasie des Ösophagus (D.00.1, C.15, C16.0) und abgeschlossenem Staging	8.1 Therapieempfehlungen sollen in einer interdisziplinären Tumorkonferenz getroffen werden. Als Grundlage für die Therapieempfehlung sollen Staging-Informationen, die Patienten-Komorbiditäten, der Ernährungsstatus und die Patientenpräferenz berücksichtigt werden.	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
2. Alle Pat. mit Erstdiagnose einer Neoplasie des Ösophagus (D00.1, C15, C16.0) und abgeschlossener Operation (endoskopisch oder chirurgisch) 3. Alle Pat. mit einer Neoplasie des Ösophagus (D00.1, C15, C16.0) und Rezidiv und/oder sek. Fernmetastasierung		
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig prätherapeutische Vorstellung aller Primärfälle Ösophaguskarzinom Möglichst häufig postoperative Vorstellung aller Primärfälle Möglichst häufig prätherapeutische Vorstellung aller Pat. mit Rezidiv / metachroner Metastasierung Es wurde nur der erste Teil der Empfehlung für operationalisierbar eingeschätzt. Die Leitlinienautoren sprachen sich für eine Festlegung der Teilnehmer der Tumorkonferenz durch die Zertifizierungskommission der DKG für viszeralonkologische Zentren aus. Erfasst werden soll der Primärfall.		
ÖCa 5: Vollständige endoskopische Resektion einer intraepithelialen Neoplasie oder eines mukosalen Frühkarzinoms im Barrett-Ösophagus (modifiziert 2023)		
Zähler Pat. des Nenners mit R0 Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose einer HGIEN/HGD oder eines mukosalen Karzinoms (pT1sm1; <500 µm Tiefeninvasion, L0, V0, G1/2, < 20 mm, keine Ulceration) und endoskopischer Resektion	8.2 a. Bei Nachweis einer hochgradigen intraepithelialen Neoplasie oder eines mukosalen Karzinoms (L0, V0, keine Ulcerationen, Grading G1/G2) im Barrett-Ösophagus soll eine endoskopische Resektion durchgeführt werden, da hierdurch neben der Therapie auch ein Staging der Läsion mit der Frage der Tiefeninfiltration erfolgt. b.	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Daher ist eine endoskopisch komplette Resektion mit kurativer Intention anzustreben. c. Bei Patienten mit oberflächlicher Submukosainfiltration eines Adenokarzinoms und ohne Risikokriterien (pT1sm1; <500 µm Tiefeninvasion, L0, V0, G1/2, < 20 mm, keine Ulceration) kann die endoskopische Resektion eine ausreichende Alternative zur Operation sein. d. Nach erfolgreicher Resektion von Neoplasien im Barrett-Ösophagus soll die nicht neoplastische Barrett-Mukosa thermisch abladiert werden, um die Rate an metachronen Neoplasien zu senken.	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst hohe Rate an endoskopischen R0-Resektionen Nur die Teile a+b der Empfehlung wurden umgesetzt. „keine Ulcerationen“ nicht in Dokumentationssystemen abgebildet.		
ÖCa 6: Vollständige chirurgische Resektion (modifiziert 2023)		
Zähler Pat. des Nenners mit R0 Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose einer Neoplasie des Ösophagus (D.00.1, C.15, C16.0) und chirurgischer Resektion	8.9 Das Ziel der chirurgischen Resektion beim Plattenepithelkarzinom und Adenokarzinom ist die vollständige Entfernung des Tumors (oral, aboral und in der Zirkumferenz) und der regionären Lymphknoten.	Konsensbasiertes Statement

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst hohe Rate an chirurgischen R0-Resektionen		
ÖCa 7: Präoperative Radiochemotherapie bei operablen Pat. mit Plattenepithelkarzinom des Ösophagus (modifiziert 2023)		
Zähler Pat. des Nenners mit präoperativer Radiochemotherapie Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose Plattenepithelkarzinom des Ösophagus (C15) cT3/cT4 oder cN1-3 und chirurgischer Resektion	8.28 Beim operablen Patienten mit einem lokal fortgeschrittenem Plattenepithelkarzinom des Ösophagus (Kategorie cT3/T4 resektabel oder Kategorie cN1-3) soll eine präoperative Radiochemotherapie mit anschließender kompletter Resektion durchgeführt werden. Vgl. auch Empfehlung 8.33 „Indikation zur definitiven Radiochemotherapie“	LoE 1a
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst hohe Rate an präoperativer Radiochemotherapie bei Primärfällen mit cT3/cT4 oder cN1-3 Plattenepithelkarzinom des Ösophagus Nur der erste Teil der Empfehlung wurde umgesetzt. Cave: Da die Referenzempfehlung für den QI geändert wurde, ist der QI bis zur Aktualisierung der Qualitätsindikatoren ausgesetzt.		
ÖCa 8: Perioperative Chemotherapie oder präoperative Radiochemotherapie bei operablen Pat. mit Adenokarzinom des Ösophagus (modifiziert 2023)		
Zähler Pat. des Nenners mit perioperativer Chemotherapie oder präoperativer Radiochemotherapie Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Adenokarzinoms des Ösophagus (C15, C.16.0) und	8.25 Beim operablen Patienten mit einem lokal fortgeschrittenen Adenokarzinom des Ösophagus oder des ösophagogastralen Übergangs (Kategorie cT3/T4 resektabel oder Kategorie cN1-3) soll eine perioperative Chemotherapie oder eine präoperative	LoE 1a Evidenzgrad 1a

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
cT3/cT4 oder cN1-3 und chirurgischer Resektion	Radiochemotherapie durchgeführt werden.	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst hohe Rate an perioperativer Chemotherapie oder präoperativer Radiochemotherapie bei Primärfällen mit cT3/cT4 oder cN1-3 Adenokarzinom des Ösophagus Cave: Da die Referenzempfehlung für den QI geändert wurde, ist der QI bis zur Aktualisierung der Qualitätsindikatoren ausgesetzt.		
ÖCa 9: Systemtherapie des metastasierten Adenokarzinoms des Ösophagus (modifiziert 2023)		
Zähler Pat. des Nenners mit Systemtherapie (Erstlinie) Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines metastasierten Adenokarzinoms des Ösophagus (C15, C16.0, M1)	9.2 Patienten mit einem metastasierten oder lokal fortgeschrittenen, nicht kurativ behandelbaren Adenokarzinom des Ösophagus und des ösophagogastralen Übergangs soll eine Systemtherapie angeboten werden. Therapieziel ist die Verlängerung der Überlebenszeit und der Erhalt der Lebensqualität.	LoE 1a Evidenzgrad 1a
Anmerkung: Qualitätsziel: Adäquate Rate systemischer First-Line Chemotherapie-Gabe bei metastasiertem Adenokarzinom des Ösophagus		
ÖCa 10: Anastomoseninsuffizienz nach chirurgischer Resektion (modifiziert 2023)		
Zähler Pat. des Nenners mit Anastomoseninsuffizienz, die endoskopisch, interventionell oder operativ behandelt wurden Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose einer Neoplasie des Ösophagus	Keine Quellen: [64]	Ergebnisindikator basierend auf einem entsprechenden QI aus Belgien: „OC9: Proportion of patients experiencing anastomotic leakage after oesophagectomy“ Einteilung der Anastomoseninsuffizienz in I-III.

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
(D.00.1, C.15, C16.0) und elektiver chirurgischer Resektion		I=locally defect, no change in therapy, only medicaments or diet modification II: Localized defect requiring intervention, but no surgery, e.g. IR drain, stent or bedside opening III: Localized defect requiring surgical therapy -soll erfasst werden Definition as in Low et al, International Consensus on Standardization of Data Collection for Complications Associated With Esophagectomy: Esophagectomy Complications Consensus Group (ECCG)., 2015
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst niedrige Rate an Re-Interventionen aufgrund einer Anastomoseninsuffizienz nach elektiven Eingriffen am Ösophagus Ergebnisindikator basierend auf einem entsprechenden QI aus Belgien: „OC9: Proportion of patients experiencing anastomotic leakage after oesophagectomy” Vorschlag Prof. Hölscher : Einteilung der Anastomoseninsuffizienz in I-III. I= locally defect, no change in therapy, only medicaments or diet modification II: Localized defect requiring intervention, but no surgery, e.g. IR drain, stent or bedside opening III: Localized defect requiring surgical therapy –Soll erfasst werden		
ÖCa 11: 11.1 und 11.2: Mortalität nach Operation		
Zähler Zähler 11.1: Anzahl postoperativ verstorbene Patienten nach 30 Tagen Zähler 11.2 Anzahl postoperativ	Keine Quellen: [65], [66], [67]	Geht als Vorschlag auf folgende Publikationen zurück: Mortality Rate: 90 days better than 30 days to measure (Walters, D.M., et al. 2014; Talsma, A.K., et al. 2014)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
verstorbene Patienten nach 90 Tagen Nenner Nenner 11. 1+11.2: Alle Patienten mit Neoplasie des Ösophagus (D.00.1, C.15x, C16x) und Operation (chirurgische Resektion OPS 5.422.0, alle 5.423, 5.424, 5.425, 5.426)		
Anmerkung: Ergebnisindikator basierend auf einem entsprechenden QI aus Belgien: OC6: Oesophageal resection mortality rate within 30 days (Vlayen Joan, et al. 2013)		
ÖCa 12: HER2-/PD-L1-Bestimmung bei metastasiertem Adenokarzinom des Ösophagus (neu 2023)		
Zähler Pat. des Nenners mit Testung HER2 und PD-L1 CPS vor Einleitung der Systemtherapie Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Adenokarzinoms des Ösophagus (C15, C16.0) und M1 und palliativer Systemtherapie	9.3 Vor Einleitung einer palliativen Systemtherapie soll der HER2-Status als prädiktiver Faktor für eine Therapie mit Trastuzumab und der PD-L1 CPS als prädiktiver Faktor für eine Therapie mit einem Immun-Checkpoint-Inhibitor bestimmt werden.	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Testung HER2 und PD-L1 CPS bei metastasiertem Adenokarzinom des Ösophagus und palliativer Systemtherapie		
ÖCa 13: PD-L1-Bestimmung bei metastasiertem Plattenepithelkarzinom (neu 2023)		
Zähler Pat des Nenners mit Testung PD-L1 CPS und PD-L1 TPS vor Einleitung der Systemtherapie Nenner	9.7 Vor Einleitung einer palliativen Systemtherapie soll der PD-L1 CPS und der PD-L1 TPS als prädiktiver Faktor für eine Therapie mit einem Immun-	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Alle Pat. mit Erstdiagnose Plattenepithelkarzinom des Ösophagus (C15) und M1 und palliativer Systemtherapie	Checkpoint-Inhibitor bestimmt werden.	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Testung PD-L1 CPS und PD-L1 TPS bei metastasiertem Plattenepithelkarzinom des Ösophagus und palliativer Systemtherapie		

36 Literaturverzeichnis

1. Sarcoma National Managed Clinical Network. South East and West of Scotland Cancer Networks Audit Report Sarcoma Quality Performance Indicators Clinical Audit Data: 01 April 2014 to 31 March 2015. 2016; URL: https://www.ssn.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/04/Final_Published_National_Sarcoma_QPI_Audit_Report_v1_0_160516.pdf
2. Terminology of nodular hepatocellular lesions. Hepatology. 1995;22:983-93. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0270913995903240?via%3Dihub>
3. Dammann F, Horger M, Mueller-Berg M, Schlemmer H, Claussen CD, Hoffman J, et al. Rational diagnosis of squamous cell carcinoma of the head and neck region: comparative evaluation of CT, MRI, and 18FDG PET[Erratum appears in AJR Am J Roentgenol 2005 Jun;184(6):1968]. AJR. 2005;184:1326-31
4. Fielding D, Agnew J, Wright D, Hodge R. Autofluorescence improves pretreatment mucosal assessment in head and neck cancer patients. Otolaryngology - Head & Neck Surgery. 2010;142:S20-6
5. Ng S, Yen T, Chang JT, Chan S, Ko S, Wang H, et al. Prospective study of [18F]fluorodeoxyglucose positron emission tomography and computed tomography and magnetic resonance imaging in oral cavity squamous cell carcinoma with palpably negative neck. Journal of Clinical Oncology. 2006;24:4371-6
6. Ng S, Yen T, Liao C, Chang JT, Chan S, Ko S, et al. 18F-FDG PET and CT/MRI in oral cavity squamous cell carcinoma: a prospective study of 124 patients with histologic correlation. Journal of Nuclear Medicine. 2005;46:1136-43
7. Sumi M, Kimura Y, Sumi T, Nakamura T. Diagnostic performance of MRI relative to CT for metastatic nodes of head and neck squamous cell carcinomas. Journal of Magnetic Resonance Imaging. 2007;26:1626-33
8. van den Brekel MW, Castelijns JA, Stel HV, Golding RP, Meyer CJ, Snow GB. Modern imaging techniques and ultrasound-guided aspiration cytology for the assessment of neck node metastases: a prospective comparative study. Eur Arch Otorhinolaryngol. 1993;250:11-7
9. Wiener E, Pautke C, Link TM, Neff A, Kolk A. Comparison of 16-slice MSCT and MRI in the assessment of squamous cell carcinoma of the oral cavity. European Journal of Radiology. 2006;58:113-8
10. Andrie J, Scharfetter VH, Schwentner I, Deibl M, Sprinzl GM. Initial staging examinations for head and neck squamous cell carcinoma: are they appropriate?. J Laryngol Otol. 2009;123:885-8
11. Arunachalam PS, Putnam G, Jennings P, Messersmith R, Robson AK. Role of computerized tomography (CT) scan of the chest in patients with newly diagnosed head and neck cancers. Clin Otolaryngol Allied Sci. 2002;27:409-411
12. Ghosh SK, Roland NJ, Kumar A, Tandon S, Lancaster JL, Jackson SR, et al. Detection of synchronous lung tumors in patients presenting with squamous cell carcinoma of the head and neck. Head & Neck. 2009;31:1563-70

13. Loh KS, Brown DH, Baker JT, Gilbert RW, Gullane PJ, Irish JC. A rational approach to pulmonary screening in newly diagnosed head and neck cancer. *Head & Neck*. 2005;27:990-4
14. Royal College of Pathologists Standards and Datasets for Reporting Cancers: Datasets for histopathology reports on head and neck carcinomas and salivary neoplasms 2nd Edition London: The Royal College of Pathologists; 2005 [cited 11 August 2006] Available from url: <http://www.rcpath.org/resources/pdf/HeadNeckDatasetJun05pdf>
15. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editors Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours Lyon: IARC Press; 2005 (WHO Classification of Tumours)
16. Ang KK, Berkey BA, Tu X, Zhang H, Katz R, Hammond EH, et al. Impact of epidermal growth factor receptor expression on survival and pattern of relapse in patients with advanced head and neck carcinoma. *Cancer Res*. 2002;62:7350-7356
17. Bailey JS, Blanchaert RH, Ord RA. Management of oral squamous cell carcinoma treated with inadequate excisional biopsy. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001;59:1007-1010
18. Carinci F, Pelucchi S, Farina A, De Franciscis G, Calearo C. Extension as a prognostic factor in oropharyngeal cancer: largest mucosal dimension compared with number of (sub)sites involved. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1998;36:440-445
19. Coatesworth AP, MacLennan K. Squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract: the prevalence of microscopic extracapsular spread and soft tissue deposits in the clinically N0 neck. *Head Neck*. 2002;24:258-261
20. DiNardo LJ, Lin J, Karageorge LS, Powers CN. Accuracy, utility, and cost of frozen section margins in head and neck cancer surgery. *Laryngoscope*. 2000;110:1773-6
21. Fortin A, Couture C, Doucet R, Albert M, Allard J, Tetu B. Does histologic grade have a role in the management of head and neck cancers?. *J Clin Oncol*. 2001;19:4107-4116
22. Hirvikoski P, Kumpulainen E, Virtaniemi J, Pirinen R, Salmi L, Halonen P, et al. Enhanced apoptosis correlates with poor survival in patients with laryngeal cancer but not with cell proliferation, bcl-2 or p53 expression. *Eur J Cancer*. 1999;35:231-237
23. McMahon J, O'Brien CJ, Pathak I, Hamill R, McNeil E, Hammersley N, et al. Influence of condition of surgical margins on local recurrence and disease-specific survival in oral and oropharyngeal cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2003;41:224-31
24. Nishimaki T, Kanda T, Nakagawa S, Kosugi S, Tanabe T, Hatakeyama K. Outcomes and prognostic factors after surgical resection of hypopharyngeal and cervical esophageal carcinomas. *Int Surg*. 2002;87:38-44
25. O'Brien CJ, Lauer CS, Fredricks S, Clifford AR, McNeil EB, Bagia JS, et al. Tumor thickness influences prognosis of T1 and T2 oral cavity cancer--but what thickness?. *Head Neck*. 2003;25:937-45
26. Ribeiro NFF, Godden DRP, Wilson GE, Butterworth DM, Woodward RTM. Do frozen sections help achieve adequate surgical margins in the resection of oral carcinoma?. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2003;32:152-158
27. Slootweg PJ, Hordijk GJ, Schade Y, van Es RJJ, Koole R. Treatment failure and margin status in head and neck cancer A critical view on the potential value of molecular pathology. *Oral Oncol*. 2002;38:500-503
28. Spiro RH, Guillaumondegui O, Paulino AF, Huvos AG. Pattern of invasion and margin assessment in patients with oral tongue cancer. *Head Neck*. 1999;21:408-413

29. Weijers M, Snow GB, Bezemer PD, van der Wal JE, van der Waal I. The clinical relevance of epithelial dysplasia in the surgical margins of tongue and floor of mouth squamous cell carcinoma: an analysis of 37 patients. *J Oral Pathol Med.* 2002;31:11-15
30. Wong RJ, Keel SB, Glynn RJ, Varvares MA. Histological pattern of mandibular invasion by oral squamous cell carcinoma. *Laryngoscope.* 2000;110:65-72
31. Yamazaki H, Inoue T, Teshima T, Tanaka E, Koizumi M, Kagawa K, et al. Tongue cancer treated with brachytherapy: is thickness of tongue cancer a prognostic factor for regional control?. *Anticancer Res.* 1998;18:1261-5
32. D'Cruz AK, Siddachari RC, Walvekar RR, Pantvaidya GH, Chaukar DA, Deshpande MS, et al. Elective neck dissection for the management of the N0 neck in early cancer of the oral tongue: need for a randomized controlled trial. *Head & Neck.* 2009;31:618-24
33. Dias FL, Kligerman J, Matos de Sa G, Arcuri RA, Freitas EQ, Farias T, et al. Elective neck dissection versus observation in stage I squamous cell carcinomas of the tongue and floor of the mouth. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001;125:23-29
34. Fakih AR, Rao RS, Borges AM, Patel AR. Elective versus therapeutic neck dissection in early carcinoma of the oral tongue. *Am J Surg.* 1989;158:309-313
35. Grandi C, Mingardo M, Guzzo M, Licitra L, Podrecca S, Molinari R. Salvage surgery of cervical recurrences after neck dissection or radiotherapy. *Head Neck.* 1993;15:292-295
36. Ho CM, Lam KH, Wei WI, Lau WF. Treatment of neck nodes in oral cancer. *Surg Oncol.* 1992;1:73-78
37. Huang S, Kang C, Lin C, Fan K, Yen T, Wang H, et al. Neck treatment of patients with early stage oral tongue cancer: comparison between observation, supraomohyoid dissection, and extended dissection. *Cancer.* 2008;112:1066-75
38. Lydiatt DD, Robbins KT, Byers RM, Wolf PF. Treatment of stage I and II oral tongue cancer. *Head Neck.* 1993;15:308-312
39. McGuirt WF, Johnson JT, Myers EN, Rothfield R, Wagner R. Floor of mouth carcinoma The management of the clinically negative neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995;121:278-282
40. van den Brekel MW, Castelijns JA, Snow GB. Diagnostic evaluation of the neck. *Otolaryngol Clin North Am.* 1998;31:601-20
41. Vandenbrouck C, Sancho-Garnier H, Chassagne D, Saravane D, Cachin Y, Micheau C. Elective versus therapeutic radical neck dissection in epidermoid carcinoma of the oral cavity: results of a randomized clinical trial. *Cancer.* 1980;46:386-390
42. Wolfensberger M, Zbaeren P, Dulguerov P, Muller W, Arnoux A, Schmid S. Surgical treatment of early oral carcinoma-results of a prospective controlled multicenter study. *Head Neck.* 2001;23:525-530
43. Board of the Faculty of Clinical Oncology Guidelines for the Management of the Unscheduled Interruption or Prolongation of a Radical Course of Radiotherapy 2nd Edition London: The Royal College of Radiologists; 2002 [cited 11 August 2006] Available from url: <http://www.rcracuk/docs/oncology/pdf/gapspdf>
44. Duncan W, MacDougall RH, Kerr GR, Downing D. Adverse effect of treatment gaps in the outcome of radiotherapy for laryngeal cancer. *Radiother Oncol.* 1996;41:203-7

45. Robertson C, Robertson AG, Hendry JH, Roberts SA, Slevin NJ, Duncan WB, et al. Similar decreases in local tumor control are calculated for treatment protraction and for interruptions in the radiotherapy of carcinoma of the larynx in four centers. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1998;40:319-29
46. Bartelink H, Breur K, Hart G, Annyas B, van Slooten E, Snow G. The value of postoperative radiotherapy as an adjuvant to radical neck dissection. *Cancer*. 1983;52:1008-1013
47. Bernier J, Domenge C, Ozsahin M, Matuszewska K, Lefebvre JL, Greiner RH, et al. Postoperative irradiation with or without concomitant chemotherapy for locally advanced head and neck cancer. *N Engl J Med*. 2004;350:1945-52
48. Byers RM. Modified neck dissection A study of 967 cases from 1970 to 1980. *Am J Surg*. 1985;150:414-21
49. Cooper JS, Pajak TF, Forastiere AA, Jacobs J, Campbell BH, Saxman SB, et al. Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high-risk squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med*. 2004;350:1937-44
50. Jesse RH, Fletcher GH. Treatment of the neck in patients with squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer*. 1977;39:868-872
51. Lundahl RE, Foote RL, Bonner JA, Suman VJ, Lewis JE, Kasperbauer JL, et al. Combined neck dissection and postoperative radiation therapy in the management of the high-risk neck: a matched-pair analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1998;40:529-534
52. Peters LJ, Goepfert H, Ang KK, Byers RM, Maor MH, Guillaumondegui O, et al. Evaluation of the dose for postoperative radiation therapy of head and neck cancer: first report of a prospective randomized trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1993;26:3-11
53. Vikram B, Strong EW, Shah JP, Spiro R. Failure in the neck following multimodality treatment for advanced head and neck cancer. *Head Neck Surg*. 1984;6:724-9
54. Delahunt B, Cheville JC, Martignoni G, Humphrey PA, Magi-Galluzzi C, McKenney J, et al. The International Society of Urological Pathology (ISUP) grading system for renal cell carcinoma and other prognostic parameters. *Am J Surg Pathol*. 2013;37:1490-504. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24025520/>
55. MacLennan S, Imamura M, Lapitan MC, Omar MI, Lam TB, Hilvano-Cabungcal AM, et al. Systematic review of oncological outcomes following surgical management of localised renal cancer. *Eur Urol*. 2012;61:972-93. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22405593/>
56. MacLennan S, Imamura M, Lapitan MC, Omar MI, Lam TB, Hilvano-Cabungcal AM, et al. Systematic review of perioperative and quality-of-life outcomes following surgical management of localised renal cancer. *Eur Urol*. 2012;62:1097-117. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22841673>
57. V. AGO. Diagnostik und Therapie primaerer und metastasierter Mammakarzinome Osteonkologie und Knochengesundheit. Diagnostik und Therapie primaerer und metastasierter Mammakarzinome. Osteonkologie und Knochengesundheit. 2013
58. Yuen KK, Shelley M, Sze WM, Wilt T, Mason MD. Bisphosphonates for advanced prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;CD006250. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17054286>
59. Groetz K, Piesold J, Al-Nawas B. AWMF Leitlinie Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrose (BP-ONJ) und andere Medikamenten-assoziierte Kiefernekrosen. 2012; URL:

- https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/za/007-0911_S3_Bisphosphonat-assoziierte_Kiefernekrose_2012-04.pdf
60. De Schreye R, Smets T, Annemans L, Deliëns L, Gielen B, De Gendt C, et al. Applying Quality Indicators For Administrative Databases To Evaluate End-Of-Life Care For Cancer Patients In Belgium. *Health Aff (Millwood)*. 2017;36:1234-1243. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28679810>
61. Dindo D, Demartines N, Clavien P. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*. 2004;240:205-213. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15273542/>
62. National Institutes of Health (NIH), National Cancer Institute (NCI). Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 4.03. 2010; URL: https://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03/CTCAE_4.03_2010-06-14_QuickReference_5x7.pdf
63. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im G. Apalutamid (Prostatakarzinom) Addendum zum Auftrag A20-20 Version: 10. IQWiG-Berichte. 2020; URL: G:\ÄZQ-Berlin\7000 IVS\Citavi\Prostata_2020\PCa2020Attachments\30459.pdf
64. Low DE, Alderson D, Ceconello I, Chang AC, Darling GE, D'Journo XB, et al. International Consensus on Standardization of Data Collection for Complications Associated With Esophagectomy: Esophagectomy Complications Consensus Group (ECCG). *Ann Surg*. 2015;262:286-94. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25607756>
65. Vlayen Joan, De Gendt Cindy, Stordeur Sabine, Schillemans Viki, Camberlin Cécile, Vrijens France, et al. Quality indicators for the management of upper gastrointestinal cancer. 2013; URL: <https://kce.fgov.be/publication/report/quality-indicators-for-the-management-of-upper-gastrointestinal-cancer#.VRpuXeHbw20>
66. Walters DM, McMurry TL, Isbell JM, Stukenborg GJ, Kozower BD. Understanding mortality as a quality indicator after esophagectomy. *Ann Thorac Surg*. 2014;98:506-11; discussion 511-2. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24841544/>
67. Talsma AK, Lingsma HF, Steyerberg EW, Wijnhoven BP, Van Lanschot JJ. The 30-day versus in-hospital and 90-day mortality after esophagectomy as indicators for quality of care. *Ann Surg*. 2014;260:267-73. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25350650/>