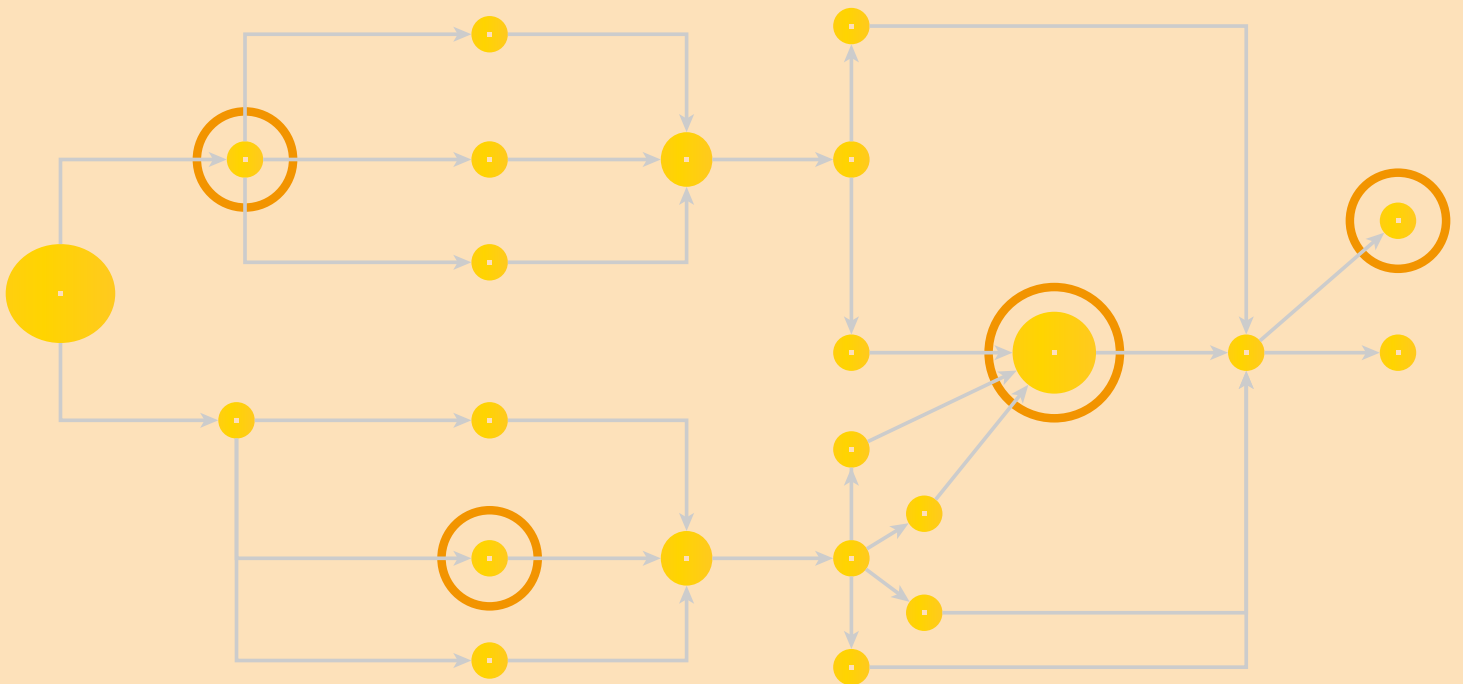


Onkologische Qualitätsindikatoren

Leitlinienbasierte Qualitätsindikatoren im
Leitlinienprogramm Onkologie (OL)

Version 8 – Januar 2026



1	Vorwort	14
2	Änderungen gegenüber Version 7	15
3	Übersicht	16
4	Adulte Weichgewebesarkome	18
	WGT 1: Prätherapeutische Vorstellung im Tumorboard (Erstdiagnose Weichgewebesarkom)	18
	WGT 2: Behandlung im zertifizierten Sarkomzentrum	18
	WGT 3: Vollständiger Befundbericht nach Resektion Weichgewebesarkom	18
	WGT 4: Risikobeurteilung GIST	19
	WGT 5: Mutationsanalyse GIST	20
	WGT 6: Primär histologische Sicherung von Weichgewebesarkomen	20
	WGT 7: R0–Resektion bei Weichgewebesarkom	21
	WGT 8: Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom	21
	WGT 9: Prä- / postoperative Strahlentherapie bei Weichgewebesarkom	21
	WGT 10: Prätherapeutische Vorstellung im Tumorboard (Rezidiv und/oder sekundäre Fernmetastasierung eines Weichgewebesarkoms)	22
	WGT 11: Postoperative Vorstellung im Tumorboard (Lokalrezidiv und R1 –/R2–Resektion eines Weichgewebesarkoms)	22
	WGT 12: Erstlinienchemotherapie bei Weichgewebesarkom	23
	WGT 13: Vollständiger Befundbericht nach Resektion GIST	23
	WGT 14: Postoperative Mortalität bei retroperitonealem Sarkom	23
5	Aktinische Keratose und Plattenepithelkarzinom der Haut	25
	AK/PEK 1: Pathologiebericht	25
6	Analkarzinom	27
	ANAL 1: Prätherapeutische MRT–Untersuchung – Becken	27
	ANAL 2: Pathologische Sicherung von Lymphknoten	27
	ANAL 3: Präoperative Untersuchung – Analkanal	28
	ANAL 4: Prätherapeutisches Tumorboard – Stomaanlage	28
	ANAL 5: Kombinierte Radiochemotherapie Stadium II oder III	28
	ANAL 6: Kombinierte Radiochemotherapie mit Mitomycin und 5–FU	29
	ANAL 7: Kombinierte Radiochemotherapie mit IMRT	29
	ANAL 8: Radiochemotherapie und Biopsie	30
	ANAL 9: Tumorboard bei Residual– oder Rezidivtumor	30

ANAL 10: Resektion bei Lokalrezidiv	30
ANAL 11: Resektion bei Residualtumor	31
ANAL 12: Anzeichnung Stomaposition	31
ANAL 13: Tumorboard bei Stadium IV, M1	31
7 Chronische lymphatische Leukämie (CLL)	33
CLL 1: Untersuchungsverfahren für die Initialdiagnostik der CLL (gestrichen 2024)	33
CLL 2: Bestimmung TP53-Deletions- und TP53-/IGHV-Mutationsstatus vor erster systemischer CLL- Therapie (modifiziert 2024)	33
CLL 3: Keine alleinige Chemotherapie als Erstlinientherapie bei CLL (gestrichen 2024)	34
CLL 4: Einschluss von Pat. mit Rezidiv in klinische Studien (modifiziert 2024)	34
CLL 5: Bcl-2- oder BTK-Inhibitor-basierten Therapie als Erstlinientherapie (neu 2024)	34
8 Diffuses großzelligen B-Zell-Lymphom (DLBCL)	35
DLBCL 1: PET/CT vor Therapiebeginn bei Erstdiagnose (neu 2022)	35
DLBCL 2: R-CHOP bei Erstdiagnose ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention (neu 2022)	35
DLBCL 3: 4 Zyklen CHOP + 6 Gaben Rituximab bei Erstdiagnose ≤ 60 Jahre und sehr günstiger Prognose (neu 2022)	38
DLBCL 4: PET/CT nach Abschluss Erstlinien-Immunchemotherapie (neu 2022)	38
DLBCL 5: Bestrahlung bei PET-positivem Restbefall nach Erstlinien-Immunchemotherapie (neu 2022)	39
DLBCL 6: Histologische Sicherung Rezidiv (neu 2022)	40
DLBCL 7: PET/CT vor Beginn Rezidivtherapie (neu 2022)	40
9 Endometriumkarzinom	41
ENDO 1: Keine LNE bei Endometriumkarzinom c/pT1a, G1/2, cN0, LVSI neg. (modifiziert 2022)	41
ENDO 2: Keine adjuvante Chemotherapie bei Typ I-Endometriumkarzinom im Stadium pT1a/b, G1 oder G2, cN0/pNsn0 p53-wt (modifiziert 2022)	41
ENDO 3: Beratung durch Sozialdienst	41
ENDO 4: Vorstellung in der Tumorkonferenz (modifiziert 2022)	42
ENDO 5: Immunhistochemische Bestimmung von p53 sowie der MMR-Proteine (neu 2022)	42
ENDO 6: POLE-Untersuchung (neu 2022)	43
ENDO 7: Postoperativ alleinige vaginale Brachytherapie (neu 2022)	43
ENDO 8: Perkutane Strahlentherapie mit simultaner Chemotherapie (PORTEC 3-Schema) (neu 2022)	44
ENDO 9: Adjuvante Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel (neu 2022)	44
10 Follikuläres Lymphom	45

FL 1: Diagnosesicherung Follikuläres Lymphom	45
FL 2: Hepatitis- und HIV-Serologie vor Beginn der Therapie bei Follikulärem Lymphom	45
FL 3: Involved-site oder involved-field Bestrahlung bei Follikulärem Lymphom	45
11 Harnblasenkarzinom	47
BlasenCa 1: Inhalt Befundbericht	47
BlasenCa 2: Aussage zu Detrusor-Muskulatur in Befundbericht	47
BlasenCa 3: Beidseitige pelvine Lymphadenektomie bei radikaler Zystektomie	48
BlasenCa 4: Radikale Zystektomie innerhalb von 3 Monaten nach Diagnosestellung	48
BlasenCa 5: Simultane RCT	49
BlasenCa 6: Resektionsbiopsie aus der Harnblase nach RT/RCT	49
BlasenCa 7: Präoperative Anzeichnung Stomaposition	49
BlasenCa 8: Prätherapeutische multidisziplinäre Vorstellung	50
BlasenCa 9: Postoperative multidisziplinäre Vorstellung	50
BlasenCa 10: Beratung durch Sozialdienst	50
BlasenCa 11: Beratung durch Stomatherapeut/in o. PflegeexpertIn Stoma, Kontinenz und Wunde bei Urostoma	51
BlasenCa 12: Risikoklassifikation nach EORTC-Kriterien	51
12 Hepatozelluläres Karzinom und biliäre Karzinome	52
HCC 1: Typisierung nach WHO-Klassifikation (seit 2013; in 2020 ergänzt)	52
HCC 2: Inhalt Befundberichte HCC (seit 2013)	53
HCC 3: Vorstellung Tumorkonferenz (seit 2013, geprüft 2024) (entsprechend Langversion)	53
HCC 4: Vorstellung Tumorkonferenz nach TACE (modifiziert 2020) (entsprechend Langversion)	54
HCC 5: mRECIST-/EASL/LI-RADS-TR-Klassifikation nach TACE (modifiziert 2024) (entsprechend Langversion)	54
HCC 6: Bridging-Therapie (neu 2020) (entsprechend Langversion)	54
HCC 7: Inhalt Befundberichte CCA (neu 2020) (entsprechend Langversion)	55
13 Hodentumoren	56
Hoden 1: Vorstellung Tumorkonferenz	56
Hoden 2: Pathologiebericht	56
Hoden 3: Angebot Kryokonservierung	57
Hoden 4: IGCCCG-Prognosekriterien	58
Hoden 5: Aktive Überwachung (Seminom)	58
Hoden 6: Aktive Überwachung (Nichtseminomatöser Keimzelltumor)	58
Hoden 7: Systemtherapie Stadium IIC/III und gute Prognose	59
Hoden 8: Systemtherapie metastasiertes Seminom und intermediäre Prognosegruppe	59

Hoden 9: Systemtherapie nichtseminomatöser Keimzelltumor und intermediäre Prognosegruppe ...	59
Hoden 10: Systemtherapie nichtseminomatöser Keimzelltumor und schlechte Prognosegruppe	60
Hoden 11: Residualtumorresektion Lunge und Retroperitoneum.....	61
14 Hodgkin Lymphom.....	62
HL 1: Histologische Diagnostik (seit 2013)	62
HL 2: Anforderungen an die Diagnostik (seit 2013)	62
HL 3: PET/CT im Staging (neu 2018)	62
HL 4: Interim-PET/CT bei fortgeschrittenem Hodgkin Lymphom (neu 2018)	63
HL 5: BEACOPPeskaliert bei fortgeschrittenem Hodgkin Lymphom (seit 2013).....	63
HL 6: PET/CT nach Chemotherapie bei fortgeschrittenem Hodgkin Lymphom (neu 2018).....	64
HL 7: Strahlentherapie bei fortgeschrittenem Hodgkin Lymphom (seit 2013)	64
HL 8: Diagnosesicherung bei Rezidiv eines NLPHL (neu 2018).....	65
HL 9: Rezidivtherapie bei Hodgkin Lymphom (seit 2013)	65
15 Kolorektales Karzinom	66
KRK 1: Erfassung Familienanamnese (seit 2017).....	66
KRK 2: Vollständige Befundberichte nach Tumorresektion bei KRK (modifiziert 2025).....	66
KRK 3: Mutationsbestimmung bei mKRK (modifiziert 2025).....	68
KRK 4: Vollständiger Befund des prätherapeutischen MRT (modifiziert 2025).....	69
KRK 5: Qualität TME (seit 2013)	70
KRK 6: Vorstellung Tumorkonferenz (seit 2013)	72
KRK 7: Adjuvante Chemotherapie (seit 2013)	73
KRK 8: Anastomosensuffizienz Rektumkarzinom (seit 2013)	74
KRK 9: Anastomosensuffizienz Kolonkarzinom (seit 2013)	74
KRK 10: Anzeichnung Stomaposition (seit 2013)	75
KRK 11: Keimbahndiagnostik auf Lynch-Syndrom (neu 2025).....	76
KRK 12: unbesetzt	76
KRK 13: Rekonstruktion mit Reservoirbildung bei tiefer anteriorer Rektumresektion (neu 2025)	77
KRK 14: immunhistochemische MMR-Diagnostik (neu 2025)	77
KRK 15: Ernährungsstatus (neu 2025)	78
16 Larynxkarzinom	80
Larynx 1: Befundbericht nach Tumorresektion und Lymphknotenentfernung	80
Larynx 2: Durchführung Panendoskopie.....	81
Larynx 3: Prätherapeutische Tumorkonferenz	81
Larynx 4: Postoperative Radiochemotherapie	82
Larynx 5: R0-Resektion	82

Larynx 6: Beratung durch Logopäde/Sprachwissenschaftler	82
---	----

17 Lungenkarzinom 84

Lunge 1: Molekularpathologische Untersuchung bei Patienten NSCLC Stadium IV (modifiziert 2022)	84
Lunge 2: Erstlinientherapie bei Patienten NSCLC Stadium IV mit aktivierender EGFR-Mutation (modifiziert 2022)	84
Lunge 3: Erstlinientherapie bei Patienten NSCLC Stadium IV, ALK positiv (modifiziert 2022)	85
Lunge 4: Erstlinientherapie mit ROS1-spezifischer TKI-Therapie bei Patienten mit ROS1 positivem NSCLC im Stadium IV (gestrichen 2022)	85
Lunge 5: Prätherapeutische Vorstellung Tumorkonferenz (modifiziert 2022)	85
Lunge 6: Adjuvante Cisplatin-basierte Chemotherapie bei NSCLC Stadium II – IIIA1 /A2 (geprüft 2022)	86
Lunge 7: Kombinierte Radiochemotherapie bei NSCLC Stadium IIIA4/IIIB/IIIC (modifiziert 2022)	87
Lunge 8: Kombinierte Radiochemotherapie bei SCLC in den Tumorstadien T3–4 N0–1 und T1–4N2– 3M0 (Limited disease) (modifiziert 2022)	88
Lunge 9: Ganzkörper-FDG-PET/CT zum Staging bei NSCLC Stadium IB–IIIB (neu 2022)	88
Lunge 10: Molekularpathologische Untersuchung bei Patienten NSCLC Stadium IB–IIIA und kurativer Tumorresektion (neu 2022)	89
Lunge 11: Stereotaktische Strahlentherapie bei allgemein oder funktionell inoperablen Patienten NSCLC I/IIA (neu 2022)	89
Lunge 12: Multimodale Therapie bei NSCLC Stadium IIIA3 (neu 2022)	90
Lunge 13: Erhaltungstherapie nach definitiver Radiochemotherapie (neu 2022)	90
Lunge 14: (Chemo)–Immuntherapie NSCLC Stadium IV (modifiziert 2023)	90
Lunge 15: Prophylaktische Schädelbestrahlung bei SCLC T3–4 N0–1 M0 und T1–4 N2–3 M0 (neu 2022)	94
Lunge 16: Chemo–Immuntherapie SCLC Stadium IV (neu 2022)	95

18 Magenkarzinom 96

Magen 1: Vollständiger Pathologiebericht (modifiziert 2024)	96
Magen 2: Endoskopische en-bloc Resektionen	97
Magen 3: R0-Resektionen (Endoskopie)	97
Magen 4: Ernährungsstatus (modifiziert 2024)	98
Magen 5: Anastomosensuffizienz Grad II/III (modifiziert 2024)	99
Magen 6: Vitamin B12 Substitution nach Gastrektomie	99
Magen 7: Präoperative Chemotherapie bei Magenkarzinomen $\geq$ cT3 u./o. $\geq$ N1, M0 (modifiziert 2024)	100
Magen 8: Präoperative Chemotherapie oder Radiochemotherapie bei Adenokarzinomen des gastroösophagealen Übergangs mit cT3 oder cT4 u/o N+, M0 (modifiziert 2024)	100

Magen 9: Präoperative Vorstellung interdisziplinäre Tumorkonferenz (modifiziert 2024)	101
Magen 10: Bestimmung HER-2-, PD-L1 und MSI-Status vor palliativer Tumorthherapie (modifiziert 2024)	101
Magen 11: H. pylori-Testung bei Magenfrühkarzinomen (neu 2024).....	102
Magen 12: Klinisches Staging nach TNM-Klassifikation (neu 2024).....	102
Magen 13: Postoperative Vorstellung interdisziplinäre Tumorkonferenz (neu 2024).....	103
Magen 14: Histologische Bestimmung des Tumorregressionsgrads (neu 2024).....	103
19 Maligne Ovarialtumoren	105
OvCa 1: Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom (seit 2013).....	105
OvCa 2: Angebot zur genetischen Testung (seit 2019)	105
OvCa 3: Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (seit 2013)	106
OvCa 4: Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom durch Gynäkoonkolog*innen (seit 2013).....	106
OvCa 5: Postoperative Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (modifiziert 2021)	106
OvCa 6: Wegen hinreichender Umsetzung in 2021 gestrichen: Keine adjuvante Chemotherapie frühes Ovarialkarzinom	107
OvCa 7: Platinhaltige Chemotherapie frühes Ovarialkarzinom (seit 2013)	107
OvCa 8: First-line-Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (modifiziert 2021)	107
OvCa 9: Kombinationstherapie bei platin sensitivem Rezidiv (ausgesetzt 2021)	108
OvCa 10: Wegen hinreichender Umsetzung in 2021 gestrichen: Keine adjuvante Therapie BOT (seit 2013)	108
20 Malignes Melanom	109
MEL 1: Sicherheitsabstand (1 cm) bei radikaler Exzision (seit 2013).....	109
MEL 2: Sicherheitsabstand (2 cm) bei radikaler Exzision (seit 2013)	109
MEL 3: Vorstellung Hauttumorboard (seit 2013, vormalig , 2018 modifiziert).....	110
MEL 4: Wächterlymphknoten-Biopsie (seit 2013)	110
MEL 5: Therapeutische Lymphadenektomie (seit 2016 ausgesetzt, 2018 modifiziert).....	110
MEL 6: : Beratung Sozialdienst (neu 2018).....	111
MEL 7: Erstlinientherapie kutanes Melanom Stad. IV (neu 2018).....	112
MEL 8: Erhebung Mutationsstatus (KIT, BRAF und NRAS) bei mukosalem Melanom (neu 2018)	112
MEL 9: LDH-Bestimmung (seit 2013).....	113
21 Mammakarzinom	114
MamCa 1: Weiterbehandlung der im Screening detektierten Mammakarzinome in zertifizierten Brustkrebszentren.....	114
MamCa 2: Prätherapeutische histologische Sicherung (seit 2012, vormalig: MamCa 1)	114
MamCa 3: Intraoperative Präparateradio-/–sonographie (seit 2012, vormalig: MamCa 2)	115

MamCa 4: Axilläre Lymphknotenentfernung bei DCIS (seit 2012, vormals: MamCa 3).....	115
MamCa 5: Endokrine Therapie als erste Therapieoption beim steroidzeptorpositivem metastasierten Mammakarzinom (seit 2012, vormals: MamCa 11).....	116
MamCa 6: Indikation zur Sentinel-Lymphknotenbiopsie (seit 2012, vormals: MamCa 4).....	116
MamCa 7: Therapie der axillären Lymphabflussgebiete bei pN1mi (unbesetzt 2025, vormals MamCa 5)	117
MamCa 8: Durchgeführte Strahlentherapie nach BET (seit 2012, vormals: MamCa 6)	117
MamCa 9: Endokrine Therapie bei rezeptorpositiven Befund (seit 2012, vormals: MamCa 7)	117
MamCa 10: Trastuzumab-basierte Therapie über ein Jahr bei HER2-positivem Befund (modifiziert 2025, vormals: MamCa 8)	117
MamCa 11: R0-Resektion bei invasivem Mammakarzinom (neu 2025)	118
MamCa 12: Immunhistochemischer Befund des Östrogen- u. Progesteronrezeptorstatus (neu 2025)	119
MamCa 13: Immunhistochemischer Score des HER2-Status (neu 2025)	119
MamCa 14: Bestrahlung der regionalen Lymphabflussgebiete bei ≥ 4 befallenen axillären Lymphknoten (neu 2025)	120
MamCa 15: Trastuzumab-Emtansin bei nicht erreichter Komplettremission (neu 2025)	120
MamCa 16: Erfassung der möglichen erblichen Belastung mittels Checkliste (neu 2025)	121
MamCa 17: Prätherapeutische Tumorkonferenz (neu 2025)	121
MamCa 18: Postoperative Tumorkonferenz (neu 2025).....	122
22 Multiples Myelom	123
Myelom 1: Stadieneinteilung mittels R-ISS.....	123
23 Mundhöhlenkarzinom	124
MHK 1: R0-Situation nach kurativer Operation	124
MHK 2: Bildgebende Verfahren und weitere Diagnostik/ Bildgebende Verfahren und Diagnostik zum Nachweis einer Metastasierung	124
MHK 3: Bildgebende Verfahren und weitere Diagnostik/ Bildgebende Verfahren und Diagnostik zum Ausschluss synchroner Zweittumoren, Fernmetastasen, unbekannter Primärtumoren (CUP) und Rezidive.....	124
MHK 4: Biopsie und Histopathologie	125
MHK 5: Behandlungsempfehlungen.....	126
MHK 6: Behandlungsempfehlungen/ Halslymphknotenausräumung	126
MHK 7: Behandlungsempfehlungen/ Strahlentherapie	126
MHK 8: Behandlungsempfehlungen/ Strahlentherapie in Kombination mit Chemotherapie	127
MHK 9: Behandlungsempfehlungen/ Prävention und Behandlung strahlenbedingter Begleiterscheinungen.....	127

MHK 10: Nachsorge und Rehabilitation/ Psychosoziale Beratung und Betreuung	128
24 Nierenzellkarzinom.....	129
Niere 1: Biopsie vor ablativer Therapie	129
Niere 2: Biopsie vor systemischer Therapie.....	129
Niere 3: Histologischer Typ nach aktueller WHO-Klassifikation	129
Niere 4: Tumorgrad nach Fuhrman.....	130
Niere 5: R0-Resektion.....	131
Niere 6: Nephrektomie bei pT1	131
Niere 7: Zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonat/Denosumab-Therapie	131
Niere 8: Zwei-Jahres-Überleben metastasiertes Nierenzellkarzinom	132
Niere 9: 30-Tage-Mortalität nach Intervention	133
25 Oro- und Hypopharynxkarzinom.....	134
OroHypo 1: p16 Immunhistologie	134
OroHypo 2: Angaben im histopathologischen Befundbericht nach Resektion.....	134
OroHypo 3: CT/MRT Hals zum Lymphknoten-Staging	135
OroHypo 4: Thorax-CT zum Ausschluss eines pulmonalen Tumorbefalls.....	136
OroHypo 5: Bildgebung zum Ausschluss von Lebermetastasen	136
OroHypo 6: Durchführung Panendoskopie	137
OroHypo 7: Prätherapeutische Tumorkonferenz	137
OroHypo 8: Cisplatin-basierte Chemotherapie bei primärer Radiochemotherapie.....	138
OroHypo 9: Primäre Radiochemotherapie	139
OroHypo 10: Postoperative Radio-/Radiochemotherapie (Hypopharynxkarzinom).....	139
OroHypo 11: Postoperative/-therapeutische Untersuchung der Schluckfunktion	140
OroHypo 12: Beratung durch Sozialdienst	141
OroHypo 13: 30d-Mortalität	141
26 Palliativmedizin.....	143
PAL 1: Reduktion Atemnot	143
PAL 2: Reduktion Schmerz	143
PAL 3: Opiate und Laxantien	144
PAL 4: Symptomassessments in der Sterbephase	144
PAL 5: Erfassung von Unruhe in der Sterbephase	144
PAL 6: Beenden von tumorspezifischen Maßnahmen in der Sterbephase	145
PAL 7: Mundpflege.....	145
PAL 8: Assessment maligner Wunden	145
PAL 9: Dokumentation von Therapiezielen	146

PAL 10: Symptomerfassung mittels MIDOS oder IPOS	146
PAL 11: Spezialisierte Palliativversorgung	146
27 Pankreaskarzinom.....	148
PanCa 1: R0-Resektion (seit 2013)	148
PanCa 2: LK- Entfernung (seit 2013, modifiziert 2021)	148
PanCa 3: Inhalt Pathologieberichte (modifiziert 2021)	148
PanCa 4: Adjuvante Chemotherapie (modifiziert 2021)	149
PanCa 5: Palliative Chemotherapie (modifiziert 2021)	149
PanCa 6: Keine primäre Resektion bei metastasiertem Pankreaskarzinom (neu 2021)	150
PanCa 7: Zweitlinientherapie (neu 2021)	150
28 Peniskarzinom	151
Penis 1: Psychosoziales Screening	151
Penis 2: Befundbericht nach operativer Resektion	151
Penis 3: Befundbericht nach operativer Lymphknotenentfernung	152
Penis 4: Invasive Lymphknotendiagnostik	152
Penis 5: Kontrollbiopsie nach topischer medikamentöser Therapie oder Lasertherapie	153
Penis 6: Ipsilaterale pelvine Lymphknotenentfernung	153
Penis 7: Vorstellung Tumorboard	153
Penis 8: Neoadjuvante Chemotherapie	153
29 Perioperatives Management bei gastrointestinalen Tumoren (POMGAT)	155
POMGAT 1: Keine intraabdominelle Drainage nach elektiven onkologischen kolorektalen Resektionen (neu 2023)	155
POMGAT 2: Keine Drainage nach unkomplizierten onkologischen Leberresektionen (neu 2023)	155
POMGAT 3: Keine Magensonde nach Extubation (neu 2023)	156
POMGAT 4: Kein transurethraler Dauerkatheter 24h nach Ende OP (neu 2023)	156
30 Prostatakarzinom.....	158
PCa 1: Befundbericht Stanzbiopsie (modifiziert 2025)	158
PCa 2: unbesetzt	159
PCa 3: unbesetzt	159
PCa 4: Strahlentherapie und hormonablativ Therapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom mit hohem Risiko (modifiziert 2021)	159
PCa 5: unbesetzt	160

PCa 6: unbesetzt	160
PCa 7: Salvage-Radiotherapie bei rezidiertem Prostatakarzinom (seit 2014)	161
PCa 8: Prävention von Kieferosteonekrosen (seit 2014)	161
PCa 9: Postoperative Komplikationen nach Radikaler Prostatektomie (modifiziert 2025)	161
PCa 10: Komplikationen nach definitiver Strahlentherapie (modifiziert 2021)	162
PCa 11: Gezielte Biopsie (neu 2021)	162
PCa 12: unbesetzt	163
PCa 13: Androgendeprivationstherapie oder Bicalutamid bei hohem Progressionsrisiko (neu 2021)	163
PCa 14: Aktive Überwachung bei lokalisiertem Prostatakarzinom mit niedrigem Risiko (modifiziert 2025)	163
PCa 15: BRCA 1/2-Analyse bei progredientem, metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom nach ARPI-Therapie (modifiziert 2025)	164

31 Prävention Zervixkarzinom 165

PrävZxCa 1: Teilnahme Zervixkarzinom-Screening	165
PrävZxCa 2: HPV- und Pap-Abstrich innerhalb des Screenings	166
PrävZxCa 3: Erneuter Pap-Test im Screening	166
PrävZxCa 4: Differentialdiagnostischer Test nach abklärungsbedürftigem Screening Ergebnis	167
PrävZxCa 5: Therapie nach auffälligem differentialdiagnostischem Test im Screening	167
PrävZxCa 6: Abklärungskolposkopie bei auffälligem Pap in zert. Dysplasie-Einheit/-Sprechstunde	167
PrävZxCa 7: Präoperative Abklärungskolposkopie vor Exzision	168
PrävZxCa 8: Messerkonisation als Exzisionsverfahren	168
PrävZxCa 9: CIN 3 im Schnittrand nach Exzision	169
PrävZxCa 10: HPV-Test und Zytologie nach Therapie einer CIN 3	169

32 Psychoonkologie 170

PSO 1: Strukturelle Voraussetzungen psychoonkologischer Versorgungsbereiche: Sektorenübergreifende Koordination der psychoonkologischen Versorgung (seit 2014)	170
PSO 2: Strukturelle Voraussetzungen psychoonkologischer Versorgungsbereiche: Selbsthilfe (modifiziert 2022)	170
PSO 3: Diagnostik: Screening, Diagnostische Verfahren (modifiziert 2022)	171
PSO 4: Diagnostik: Diagnostische Verfahren (seit 2014)	172
PSO 5: Psychoonkologische Interventionen: Konzepte und allgemeine Grundlagen für die Indikationsstellung psychoonkologischer Behandlung (Gelöscht Version 2)	173
PSO 6: Psychoonkologische Interventionen: Konzepte und allgemeine Grundlagen für die Indikationsstellung psychoonkologischer Behandlung, psychosoziale Beratung (modifiziert 2022)	173

PSO 7: Patientenzentrierte Kommunikation: Fortbildungsmaßnahmen zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz der Behandler und deren Wirksamkeit (modifiziert 2022)	174
PSO 8: Personelle Ressourcen (neu 2022)	174
PSO 9: Geeignete Räumlichkeiten (neu 2022)	175
33 Schilddrüsenkarzinom	176
Thyr 1: Verhältnis von tumorbefallenen zu untersuchten Lymphknoten	176
Thyr 2: Keine histologische Sicherung eines anaplastischen Schilddrüsenkarzinoms (ATC) oder intrathyreoidalen Lymphoms durch Feinnadelbiopsie	176
Thyr 3: Angabe von TNM-Klassifikation, histologischem Typ und extranodalem Tumorwachstum in histopathologischem Befundbericht	177
Thyr 4: Intraoperatives Neuromonitoring	177
Thyr 5: Interdisziplinäre Empfehlung zur Radioiodtherapie im Tumorboard	178
Thyr 6: Postoperativer Calcitonin-/CEA-Spiegel und molekulargenetische Analyse RET-Protoonkogen bei medullärem Schilddrüsenkarzinom	178
Thyr 7: Molekularpathologische Untersuchung RET-Gen bei sporadisch medullärem Schilddrüsenkarzinom	179
34 Speicheldrüsentumoren	180
Sal 1: Intraoperatives Neuromonitoring bei Operationen an der Gl. parotidea	180
Sal 2: Interdisziplinäre Tumorkonferenz	180
Sal 3: Psychoonkologisches Distress-Screening	180
Sal 4: R0 Resektion bei Karzinomen der Gl. parotidea	181
Sal 5: Submandibulektomie und Neck Dissection bei Karzinomen der Gl. submandibularis	181
Sal 6: Ipsilaterale modifiziert radikale zervikale Lymphknotendisektion bei $\geq$ cN1	181
Sal 7: Ipsilaterale zervikale Lymphadenektomie bei Tumoren der Gl. parotidea	182
Sal 8: Postoperative Strahlentherapie	182
Sal 9: Applizierte Gesamtdosis bei definitiver Strahlentherapie	183
Sal 10: Zahnärztliche Untersuchung vor Radio- oder Radiochemotherapie	184
35 Supportive Therapie	185
Supp 1: Antiemese bei hochemtogener Tumorthherapie	185
Supp 2: Zahnärztliche Untersuchung vor Bisphosphonaten/ Denosumab	185
Supp 3: Zahnärztliche Untersuchung vor Strahlentherapie bei Kopf-Hals-Tumoren	186
36 Zervixkarzinom	188
ZxCa 1: Vorstellung in Tumorkonferenz (geprüft 2021)	188

ZxCa 2: Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (geprüft 2021).....	188
ZxCa 3: Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie (geprüft 2021)	191
ZxCa 4: zytologisches/histologisches Lymphknotenstaging (geprüft 2021)	191
ZxCa 5: Cisplatinhaltige Radiochemotherapie (geprüft 2021).....	192
ZxCa 6: Adjuvante Radio(chemo)therapie (geprüft 2021)	192
ZxCa 7: Histologische Sicherung (geprüft 2021).....	193
ZxCa 8: Ausbreitungsdiagnostik beim Lokalrezidiv (geprüft 2021)	193
ZxCa 9: Vollständiger Befundbericht Konisation (neu 2021).....	193
37 Ösophaguskarzinom	195
ÖCa 1: Angaben im Befundbericht bei Biopsien (modifiziert 2023)	195
ÖCa 2: Angaben im Befundbericht bei lokalen Exzidaten (modifiziert 2023)	196
ÖCa 3: Angaben im Befundbericht nach chirurgischer Resektion (modifiziert 2023).....	197
ÖCa 4: Therapieempfehlung aus interdisziplinärer Tumorkonferenz (modifiziert 2023)	198
ÖCa 5: Vollständige endoskopische Resektion einer intraepithelialen Neoplasie oder eines mukosalen Frühkarzinoms im Barrett-Ösophagus (modifiziert 2023)	199
ÖCa 6: Vollständige chirurgische Resektion (modifiziert 2023)	200
ÖCa 7: Präoperative Radiochemotherapie bei operablen Pat. mit Plattenepithelkarzinom des Ösophagus (modifiziert 2023).....	200
ÖCa 8: Perioperative Chemotherapie oder präoperative Radiochemotherapie bei operablen Pat. mit Adenokarzinom des Ösophagus (modifiziert 2023)	201
ÖCa 9: Systemtherapie des metastasierten Adenokarzinoms des Ösophagus (modifiziert 2023) ...	201
ÖCa 10: Anastomosensuffizienz nach chirurgischer Resektion (modifiziert 2023).....	202
ÖCa 11: 11.1 und 11.2: Mortalität nach Operation	203
ÖCa 12: HER2-/PD-L1-Bestimmung bei metastasiertem Adenokarzinom des Ösophagus (neu 2023)	204
ÖCa 13: PD-L1-Bestimmung bei metastasiertem Plattenepithelkarzinom (neu 2023)	204
38 Literaturverzeichnis	205

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 7

Die Indikatoren zu den folgenden Themen wurden im Dokument ergänzt:

- [Schilddrüsenkarzinom](#) - Version 1.0, Juli 2025
- [Speicheldrüsentumoren](#) - Version 1.0, August 2025

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

- [Chronische lymphatische Leukämie \(CLL\)](#), Version 2.0, Januar 2025
- [Harnblasenkarzinom](#), Version 3.0, April 2025
- [Kolorektales Karzinom](#), Version 3.0, September 2025
- [Lungenkarzinom](#), Version 4.0, April 2025
- [Magenkarzinom](#), Version 3.1, Oktober 2025
- [Mammakarzinom](#), Version 5.2, 12.05.2025
- [Prostatakarzinom](#), Version 8.1, September 2025
- [Supportive Therapie](#), Version 2.0, Mai 2025

3 Übersicht

Leitlinienthema	Versionsnummer, Datum	Anzahl
Adulte Weichgewebesarkome	Version 1.1, 14.06.2022	14
Aktinische Keratose und Plattenepithelkarzinom der Haut	Version 2.0, 12.01.2023	1
Analkarzinom	Version 1.2, 17.12.2020	13
Chronische lymphatische Leukämie (CLL)	Version 2.0, 24.01.2025	5
Diffuses großzelligen B-Zell-Lymphom (DLBCL)	Version 1.0, 01.11.2022	7
Endometriumkarzinom	Version 3.0, 08.07.2024	9
Follikuläres Lymphom	Version 1, 22.06.2020	3
Harnblasenkarzinom	Version 3.0, 07.04.2025	12
Hepatozelluläres Karzinom und biliäre Karzinome	Version 5.2, 25.06.2025	7
Hodentumoren	Version 1.1, 04.03.2020	11
Hodgkin Lymphom	Version 3.2, 23.10.2022	9
Kolorektales Karzinom	Version 3.0, 26.09.2025	15
Larynxkarzinom	Version 1.1, 19.12.2019	6
Lungenkarzinom	Version 4.0, 14.04.2025	16
Magenkarzinom	Version 3.1, 30.10.2025	14
Maligne Ovarialtumoren	Version 6.0, 23.10.2024	10
Malignes Melanom	Version 3.3, 14.11.2019	9
Mammakarzinom	Version 5.2, 12.05.2025	18

Leitlinienthema	Versionsnummer, Datum	Anzahl
Multiples Myelom	Version 1.0, 18.02.2022	1
Mundhöhlenkarzinom	Version 3.0, 26.03.2021	10
Nierenzellkarzinom	Version 5.0, 26.09.2024	9
Oro- und Hypopharynxkarzinom	Version 1.0, 11.03.2024	13
Palliativmedizin	Version 2.2, 22.09.2020	11
Pankreaskarzinom	Version 3.1, 10.10.2024	7
Peniskarzinom	Version 1.0, 14.10.2020	8
Perioperatives Management bei gastrointestinalen Tumoren (POMGAT)	Version 1.0, 05.12.2023	4
Prostatakarzinom	Version 8.1, 01.09.2025	15
Prävention Zervixkarzinom	Version 1.1, 01.04.2020	10
Psychoonkologie	Version 2.1, 01.09.2023	9
Schilddrüsenkarzinom	Version 1.0, 16.07.2025	7
Speicheldrüsentumoren	Version 1.0, 01.08.2025	10
Supportive Therapie	Version 2.0, 16.05.2025	3
Zervixkarzinom	Version 2.2, 29.03.2022	9
Ösophaguskarzinom	Version 4.0, 18.12.2023	13
Summe		318

4 Adulte Weichgewebesarkome

(Version 1.1, 14.06.2022)

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.	GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊖ 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.	GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊖ ; Qualitätsziel: Möglichst häufig prä- oder postoperative Strahlentherapie bei Weichgewebesarkomen der

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Extremitäten oder Körperstamm (ohne kutane Sarkome ICD-O T C44), G2 oder G3, M0 und Resektion		Extremitäten oder des 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, 12.01.2023)

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, 17.12.2020)

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,	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

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
cN+ und definitiver Radiochemotherapie	zytopathologische Sicherung der suspekten Lymphknoten erfolgen.	Lymphknotenmetastase bei 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	9.7 Analkarzinome der <u>Stadien II-III</u> sollen mit einer kombinierten	GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊖ A GRADE Gering (⊕⊕⊖⊖) bis Moderat

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Analkarzinom Stadium II oder III	Radiochemotherapie behandelt werden.	(⊕⊕⊕○) Qualitätsziel: Möglichst häufig kombinierte Radiochemotherapie bei Erstdiagnose Analkarzinom Stadium II oder II
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.	GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕○ 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.	GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕○ A GRADE Sehr gering (⊕○○○) bis Moderat (⊕⊕⊕○) Qualitätsziel: Möglichst häufig Intensitäts-modulierte Radiotherapie (IMRT) bei Erstdiagnose Analkarzinom Stadium II oder III mit kombinierter

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
		Radiochemotherapie
ANAL 8: Radiochemotherapie und Biopsie		
Zähler Alle Patienten des Nenners mit Biopsie nach Ende Radiochemotherapie Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Analkarzinom und Radiochemotherapie und vollständiger klinischer Response	10.3 Bei vollständiger klinischer Response sollkeine Biopsie zur histopathologischen Bestätigung des Ansprechens erfolgen.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Keine Biopsie nach Ende Radiochemotherapie bei 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	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	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig kurativ intendierte Resektion bei Lokalrezidiv eines Analkarzinoms, M0 und Z. n. primärer

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Analkarzinoms, M0 und Z. n. primärer Radiochemotherapie	chirurgische Resektion durchgeführt werden.	Radiochemotherapie
ANAL 11: Resektion bei Residualtumor		
Zähler Patienten des Nenners mit kurativ intendierter Resektion Nenner Alle Patienten mit Residualtumor 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 Residualtumor eines 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:		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Teilnehmer Tumorboard: Viszeralchirurgie, Strahlentherapie, Onkologie, Pathologie, Radiologie		

7

Chronische lymphatische Leukämie
(CLL)

(Version 2.0, 24.01.2025)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
CLL 1: Untersuchungsverfahren für die Initialdiagnostik der CLL (gestrichen 2024)		
Zähler	Keine	Rationale für Streichung: Missverhältnis von Erhebungsaufwand und Nutzen/Verbesserungspotential.
Nenner		
CLL 2: Bestimmung TP53-Deletions- und TP53-/IGHV-Mutationsstatus vor erster systemischer CLL-Therapie (modifiziert 2024)		
Zähler Pat. des Nenners mit: - Bestimmung des TP53-Deletions- und Mutationsstatus (FISH hinsichtlich del17p und TP53-Mutationsanalyse ≤ 12 Wochen vor Therapiebeginn) und - Erhebung des IGHV-Mutationsstatus Nenner Alle Pat. mit Diagnose einer CLL und erster systemischer Therapie	3.12 Folgende Untersuchungsverfahren <i>sollen</i> vor Einleitung einer neuen Therapielinie zur Anwendung kommen: Bestimmung des TP53-Deletions- und Mutationsstatus (FISH hinsichtlich del(17)(p13) und TP53-Mutationsanalyse) Erhebung des IGHV-Mutationsstatus (sofern noch nicht bekannt)	GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis LoE keine Daten sgrad: A Level of Evidence/GRADE-Bewertung: ⊕⊕⊕⊕ (overall survival) (IGHV-Status, FISH zur Bestimmung der del(17p)) ⊕⊕⊕⊕ (Progression-free survival) (IGHV-Status, FISH zur Bestimmung der del(17p)) keine Daten: QoL, safety Qualitätsziel: Möglichst häufig Bestimmung des TP53-Deletions- und Mutationsstatus (FISH hinsichtlich del17p und TP53-Mutationsanalyse ≤ 12 Wochen vor Beginn der ersten systemischen Therapie) und Erhebung des IGHV-Mutationsstatus

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
CLL 3: Keine alleinige Chemotherapie als Erstlinientherapie bei CLL (gestrichen 2024)		
Zähler Nenner	Keine	Rationale für Streichung: Wegfall der zugrunde liegenden starken Empfehlung.
CLL 4: Einschluss von Pat. mit Rezidiv in klinische Studien (modifiziert 2024)		
Zähler Pat. des Nenners, die in eine klinische Studie eingeschlossen sind Nenner Alle Pat. mit CLL und Rezidiv und Therapie	5.2 Patient*innen mit einem Rezidiv soll , sofern eine passende klinische Studie verfügbar ist, die Therapie im Rahmen einer klinischen Studie angeboten werden.	Konsensbasierte Empfehlung , Qualitätsziel: Möglichst häufig Einschluss von Pat. mit einem Rezidiv in klinische Studien
CLL 5: Bcl-2- oder BTK-Inhibitor-basierten Therapie als Erstlinientherapie (neu 2024)		
Zähler Pat. des Nenners mit einer Bcl-2- oder BTK-Inhibitor-basierten Therapie Nenner Alle Pat. mit CLL und Erstlinientherapie	4.3 Patient*innen mit CLL sollen in der Erstlinienbehandlung mit einer BCL2- oder BTK-Inhibitor-basierten Therapie behandelt werden.	GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊖ sgrad: A Level of Evidence/GRADE-Bewertung: ⊕⊕⊕⊕ overall survival ⊕⊕⊕⊕ Progression-free survival) ⊕⊕⊕⊕ QoL ⊕⊕⊕⊕ safety Qualitätsziel: möglichst häufig Bcl-2- oder BTK-Inhibitor-basierte Therapie in der Erstlinie

8 Diffuses großzelligen B-Zell-Lymphom (DLBCL)

(Version 1.0, 01.11.2022)

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. Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines diffus großzelligen B-Zell-Lymphoms und Therapie mit kurativer Therapieintention	5.9 Bei kurativem Therapiekonzept soll zur Festlegung des Ausbreitungsstadiums des diffusen großzelligen B-Zell-Lymphoms eine Positronenemissionstomographie/Computertomographie (PET/CT) durchgeführt werden.	GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊖ , Hohe bis moderate Qualität.
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 Nenner	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. 6.24 Analog zu jüngeren Patient*innen soll auch bei Patient*innen im Alter von 61-80 Jahren ohne Einschränkung der Behandlungsfähigkeit eine	6.3: GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊖ 6.24: GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊖ 7.4: GRADE: ⊕⊕⊕⊖ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊖ 7.5: GRADE: ⊕⊕⊕⊖ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊖ 7.43: Konsensbasierte Empfehlung 7.21: Konsensbasierte Empfehlung 7.25: GRADE: ⊕⊕⊕⊖

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Alle Pat. mit Erstdiagnose eines diffusen großzelligen B-Zell-Lymphoms* (ICD-10 C82.4, C83.3, C83.8, C85.2) ≤ 80 Jahre und kurativer Therapieintention	potentiell kurative Immunchemotherapie nach dem R-CHOP- (Rituximab, Cyclophosphamid, 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	bis GRADE: ⊕⊕⊕⊕ 7.37: GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊕ 7.41: GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊕ 7.46: GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊕ 7.53: GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊕ 7.54: GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊕ 7.6: GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊕ 7.12: Konsensbasierte Empfehlung 7.31: GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊕ 7.47: GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊕ , Hohe bis moderate (DLBCL, NOS) bzw. moderate bis geringe (analog DLBCL, NOS) Qualität.

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Patient*innen mit lymphomatoider Granulomatose Grad 3 sollen analog DLBCL, NOS behandelt werden. 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.	GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊖ , 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).	GRADE: ⊕⊕⊕⊖ , 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: GRADE: ⊕⊕⊕⊕ 7.2: GRADE: ⊕⊕⊕⊕ , 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, 08.07.2024)

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-O: 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: Möglichst häufig Beratungen

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.	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	14.2 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, 22.06.2020)

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 3.0, 07.04.2025)

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	Keine	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig prätherapeutische multidisziplinäre Vorstellung		
BlasenCa 9: Postoperative multidisziplinäre Vorstellung		
Zähler Patienten mit postoperativer multidisziplinärer Vorstellung Nenner Alle Pat. mit Harnblasenkarzinom $\geq$ pT3 u/o pN+	9.5 Patienten mit einem lokalisierten muskelinvasiven Harnblasenkarzinom (T2-T4a N0 M0), die für eine cisplatin-basierte Chemotherapie geeignet sind, soll eine neoadjuvante cisplatin-basierte Kombinationstherapie angeboten werden.	LoE 1+ Bei Patienten mit organüberschreitendem, muskelinvasiven Harnblasenkarzinom ($\geq$ pT3) und/oder pN+ soll eine multidisziplinäre Abstimmung zur weiteren Therapieplanung erfolgen.
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig postoperative multidisziplinäre Vorstellung		
BlasenCa 10: Beratung durch Sozialdienst		
Zähler Pat. mit Beratung durch Sozialdienst Nenner Alle Pat. mit	11.1 Nach Zystektomie soll den Patienten eine Rehabilitation angeboten werden.	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Harnblasenkarzinom und Zystektomie		
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Beratung durch den Sozialdienst nach Zystektomie		
BlasenCa 11: 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	11.7 Nach Anlage eines Urostomas oder anderer Harnableitungen sollen Schulungen mit dem Ziel der selbständigen Versorgung erfolgen.	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Beratung durch Stomatherapeut/in o. PflegeexpertIn Stoma, Kontinenz und Wunde bei Urostoma		
BlasenCa 12: Risikoklassifikation nach EORTC-Kriterien		
Zähler Pat. mit Angabe Risikoklassifikation nach EORTC-Kriterien Nenner Alle Pat. mit NMIBC und TUR	12.1 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 5.2, 25.06.2025)

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: Vorstellung Tumorkonferenz (seit 2013, geprüft 2024) (entsprechend Langversion)		
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: Vorstellung Tumorkonferenz nach TACE (modifiziert 2020) (entsprechend Langversion)		
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: mRECIST-/EASL/LI-RADS-TR-Klassifikation nach TACE (modifiziert 2024) (entsprechend Langversion)		
Zähler Patienten des Nenners mit Beurteilung der Remission mittels mRECIST-, EASL- oder LI-RADS-TR-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-, EASL- oder LI-RADS-TR-Klassifikation nach TACE
HCC 6: Bridging-Therapie (neu 2020) (entsprechend Langversion)		
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: Inhalt Befundberichte CCA (neu 2020) (entsprechend Langversion)		
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, 04.03.2020)

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. Tumorgöße (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 Tumorgöße (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.	GRADE: ⊕⊕⊕⊕ 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. - IGCCCG 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,	8.39 Patienten mit einem metastasierten	LoE 1b EG A, b

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Bleomycin, Etoposid) Nenner Alle Patienten mit metastasiertem nichtseminomatösem Keimzelltumor* (ab Stad II-IIIC) mit intermediärer Prognose gemäß IGCCCG	nichtseminomatösen KZT und intermediärer Prognose sollen vier Zyklen PEB Chemotherapie erhalten.	Qualitätsziel: 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		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Hoden 11: Residualtumorresektion Lunge und Retroperitoneum		
Zähler Anzahl Patienten mit Resektion des Residualtumors 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)	8.71 Nach Abschluss der primären Chemotherapie und dem 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.	LoE 2b EG A, b 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, 23.10.2022)

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	GRADE: ⊕⊕⊕⊖

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) soll 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).	GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊖ bis 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 sollen mit BEACOPPeskaliert behandelt werden. 7.3 Die Anzahl der Zyklen richtet sich nach dem Ergebnis des	7.2: GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊖ bis LoE keine Daten 7.3: GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊖ bis LoE keine Daten Qualitätsziel: Möglichst häufig Behandlung mit BEACOP-Peskaliert bei

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.	fortgeschrittenem Hodgkin Lymphom
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.	GRADE: ⊕⊕⊕⊖ 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: GRADE: ⊕⊕⊕⊖ bis GRADE: ⊕⊖⊖⊖ bis LoE keine Daten 7.9: GRADE: ⊕⊕⊕⊖ 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.	GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis 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 3.0, 26.09.2025)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
KRK 1: Erfassung Familienanamnese (seit 2017)		
Zähler Anzahl Patienten mit ausgefülltem Patientenfragebogen	5.1 Bei jedem Patienten mit Darmkrebs soll die Eigen- und Familienanamnese bezüglich onkologischer Erkrankungen erhoben werden.	Konsensbasierte Empfehlung 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.
Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose eines KRK		
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Ausfüllen des Patientenfragebogens für die Erfassung der Familienanamnese.		
Meldeanlass: Diagnosemeldung		
Anmerkung: Patientenfragebogen: https://www.krebsgesellschaft.de/unsere-themen/zertifizierung/erhebungsboegen-und-dokumente?file=files/content/unsere-themen/zertifizierung/erhebungsboegen-und-dokumente/darmkrebszentren/aktuell/patientenfragebogen_genetik_dz-b2_190322_ausfuellbar.pdf		
KRK 2: Vollständige Befundberichte nach Tumorresektion bei KRK (modifiziert 2025)		
Zähler Pat. des Nenners mit Befundbericht mit Angabe von: o Tumortyp nach WHO-Klassifikation o Tumorinvasionstiefe (pT-Klassifikation) o Tumorgroße*	8.2 Folgende Angaben sollen durch den Pathologen am Resektat erhoben werden: Tumortyp nach WHO-Klassifikation	Konsensbasierte Empfehlung ,

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
- o Lokalisation des Tumors - o Status der regionären Lymphknoten (pN-Klassifikation)* - o Anzahl der untersuchten Lymphknoten inkl. Verhältnis von untersuchten zu befallenen Lymphknoten* - o Graduierung nach WHO-Klassifikation* - o Nachweis von Lymph- oder Blutgefäßeinbrüchen (L- und V-Kategorie)* - o Nachweis einer Perineuralscheideninfiltration (Pn-Kategorie)* - o Abstand von den Resektionsrändern (beim Rektumkarzinom auch circumferentiell)* - o R-Klassifikation* - o Regressionsgrad (nur bei Rektumkarzinom nach neoadjuvanter Therapie) * entfallend bei kompletter Remission nach neoadjuvanter Therapie Nenner Alle Pat. mit KRK	- Tumorinvasionstiefe (pT-Klassifikation) - Tumorgröße - Lokalisation des Tumors - Status der regionäre Lymphknoten (pN-Klassifikation) - Anzahl der untersuchten Lymphknoten inkl. Verhältnis von untersuchten zu befallenen Lymphknoten - Mindestanzahl der zu untersuchenden Lymphknoten: 12 - Graduierung nach WHO-Klassifikation - Nachweis von Lymph- oder Blutgefäßeinbrüchen (L- und V-Kategorie) - Nachweis einer Perineuralscheideninfiltration (Pn-Kategorie) - Abstand von den Resektionsrändern (beim Rektumkarzinom auch circumferentiell) - R-Klassifikation - Regressionsgrad (beim Rektumkarzinom bei Z. n. neo-	

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
und operativer Resektion	adjuvanter Therapie) Mikrosatelliten-Status (wenn noch nicht an der Biopsie erfolgt) Mutationsstatus relevanter Gene (vor Einleitung einer systemischen Therapie RAS- und BRAF-Status, ggf. Her2/neu und NTRK) Budding-Status Bei pT1-Karzinomen Angabe eines Risiko-Scores für das Vorhandensein von Lymphknoten-Metastasen (siehe Empfehlung im) Angabe der Qualität des TME-Präparats Vorhandensein einer Perforation	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständige Befundberichte nach Tumorresektion bei KRK Meldeanlass: Pathologiemeldung		
KRK 3: Mutationsbestimmung bei mKRK (modifiziert 2025)		
Zähler Pat. des Nenners mit Bestimmung RAS- (= KRAS u NRAS-Mutationen)	8.8 Die Bestimmung von RAS- und BRAF-Mutationen soll noch vor Einleitung	LoE 1 EG A,

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
sowie BRAF-Mutation mit Angabe des exakten Mutationstyps im Befund vor Beginn der medikamentösen Systemtherapie Nenner Alle Pat. mit metastasiertem kolorektalem Karzinom (mKRK) und Erstlinientherapie	der medikamentösen Systemtherapie in der metastasierten Situation erfolgen. Bei Nachweis einer Mutation soll im Befund der exakte Mutationstyp angegeben werden. <i>Siehe Supplement v3.0_Evidenzbericht und Appendix, Evidenztable "AG 6 Empfehlung 9.4"</i>	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig mit Angabe des exakten Mutationstyps im Befund Mutationsbestimmung vor Erstlinientherapie bei mKRK. Meldeanlass: Therapiemeldung		
KRK 4: Vollständiger Befund des prätherapeutischen MRT (modifiziert 2025)		
Zähler Pat. des Nenners mit MRT-Befund mit Angabe von 1. Tumorgroße /Infiltration (cT-Kategorie) 2. lokalen Lymphknoten (cN-Kategorie) 3. Beteiligung Mesorektale Faszie (MRF) 4. Auffälligkeit lateral pelvine Lymphknoten	7.6 Folgende Charakteristika sollen im MRT-Befund enthalten sein: Tumorgroße/Infiltration (cT-Kategorie) lokalen Lymphknoten (cN-Kategorie) Mesorektale Faszie (MRF) involviert?	Konsensbasierte Empfehlung „

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
5. Infiltration extramuraler Gefäße (EMVI) Nenner Alle Pat. mit Rektumkarzinom und prätherapeutischem MRT	lateral pelvine Lymphknoten auffällig? Infiltration extramuraler Gefäße (EMVI)	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständiger Befundbericht des prätherapeutischen MRT Meldeanlass: Verlaufsmeldung		
KRK 5: Qualität TME (seit 2013)		
Zähler Pat. des Nenners mit guter oder moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten oder Grad 2: Intramesorektale Einrisse) der TME Nenner Alle Pat. mit radikal operiertem Rektumkarzinom	8.4 Da die Qualität eines Operationsresektat es 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	Konsensbasierte Empfehlung ,

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Integrität der mesorektalen Faszie im Falle der Resektion mit 3 Kategorien: 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. Im 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	

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	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 Meldeanlass: Pathologiemeldung		
KRK 6: Vorstellung Tumorkonferenz (seit 2013)		
Zähler Pat. des Nenners, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden Nenner Alle Pat. mit Rektumkarzinom und alle Pat. mit	7.1 Alle Patienten mit KRK sollen in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden. Zusätzlich prätherapeutisch sollen Patienten in folgenden Konstellationen vorgestellt werden:	Konsensbasierte Empfehlung ,

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Kolonkarzinom Stad. IV	jedes Rektumkarzinom jedes Kolonkarzinom im Stadium IV metachrone Fernmetastasen Lokalrezidive vor jeder Metastasen- gerichteten Therapie	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Vorstellung der Pat. mit RektumCa und der Pat. mit KolonCa Stad. IV in der prätherapeutischen Tumorkonferenz Meldeanlass: Therapiemeldung		
KRK 7: Adjuvante Chemotherapie (seit 2013)		
Zähler Pat. des Nenners, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben Nenner Alle Pat. mit Kolonkarzinom im UICC Stadium III, bei denen eine R0- Resektion des Primärtumors erfolgte	9.3 Bei Patienten mit einem R0 resezierten Kolonkarzinom im Stadium III sollte eine adjuvante Chemotherapie durchgeführt werden.	LoE 1a EG B, a
Anmerkung: Die AG QI hält den QI 8 weiterhin für relevant, sodass er – trotz Herabstufung der Empfehlung auf „sollte“ – bestehen bleibt. Qualitätsziel:		

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

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Anastomoseninsuffizienzen. Nenner Alle Patienten mit Kolonkarzinom, bei denen in einer elektiven Tumorsektion eine Anastomose angelegt wurde.		nicht nur Strukturqualitätsziele, sondern auch Ergebnisqualitätsziele berücksichtigt werden sollen. Daraus ergibt sich die Aufnahme dieses Indikators auch ohne konsentierter starke in der Leitlinie.
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst selten re-interventions-bedürftige Anastomoseninsuffizienzen Grad B oder C nach Anastomosenanlage bei operiertem Kolonkarzinom Meldeanlass: Verlaufsmeldung		
KRK 10: Anzeichnung Stomaposition (seit 2013)		
Zähler Pat. des Nenners mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition Nenner Alle Pat. mit Rektumkarzinom, bei denen eine Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde	7.22 Die Stomaposition soll präoperativ, wenn möglich, im Sitzen, Stehen und im Liegen angezeichnet werden. Im Falle eines Notfalleingriffes soll das Stoma präoperativ zumindest im Liegen und wenn möglich im Sitzen eingezeichnet werden.	Konsensbasierte Empfehlung ,
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig präoperative Anzeichnung der Stomaposition		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Meldeanlass: Operationsmeldung		
KRK 11: Keimbahndiagnostik auf Lynch-Syndrom (neu 2025)		
Zähler Pat. des Nenners mit Angebot einer genetischen Keimbahndiagnostik auf ein Lynch-Syndrom Nenner Pat. mit MSI/dMMR-KRK ohne Hinweise auf sporadische Genese (bei MLH1-Ausfall: keine MLH1-Promoter-Methylierung und keine BRAF-p.Val600Glu-Mutation)	5.4 Allen Patienten mit MSI/dMMR-KRK ohne Hinweise für eine sporadische Tumorerkrankung (bei MLH1-Ausfall: keine MLH1-Promoter-Methylierung, keine BRAF-Mutation p.Val600Glu) soll eine genetische Keimbahndiagnostik auf ein Lynch-Syndrom angeboten werden.	LoE 2b EG A, b
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufiges Angebot einer genetischen Keimbahn-Diagnostik zur Abklärung eines Lynch-Syndroms.		
Meldeanlass: Therapiemeldung		
KRK 12: unbesetzt		
Zähler Nenner	Keine	

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
KRK 13: Rekonstruktion mit Reservoirbildung bei tiefer anteriorer Rektumresektion (neu 2025)		
Zähler Pat. des Nenners mit Rekonstruktion mit Reservoirbildung (Colon-J-Pouch oder Seit-zu-End-Anastomose) Nenner Alle Pat. mit Rektumkarzinom und tiefer anteriorer Rektumresektion mit Rekonstruktion	7.14 Bei der Rekonstruktion nach tiefer anteriorer Resektion soll wegen besserer funktioneller Ergebnisse eine Reservoirbildung (Colon-J-Pouch oder die Seit-zu-End-Anastomose) erfolgen.	LoE 1a EG A, a
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufige Rekonstruktion mit Reservoirbildung (Colon-J-Pouch oder Seit-zu-End-Anastomose) nach tiefer anteriorer Resektion Meldeanlass: Operationsmeldung		
KRK 14: immunhistochemische MMR-Diagnostik (neu 2025)		
Zähler Pat. des Nenners mit Feststellung des Ernährungsstatus nach Nutritional Risk Score und Body Mass Index bei Diagnosestellung Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines	8.6 Alle KRK sollen bei der Erstdiagnose auf das Vorliegen einer Mismatch-Reparatur-Defizienz (dMMR) bzw. einer Mikrosatelliten-Instabilität (MSI) untersucht werden. Dafür soll eine qualitätsgesicherte Immunhistochemie zum Nachweis der	Konsensbasierte Empfehlung ,

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
kolorektalen Karzinoms	Mismatch-Reparatur-Genprodukte MLH1, MSH2, MSH6 und PMS2 durchgeführt werden. Bei unklarer oder unplausibler Immunhistochemie sollte zur Absicherung des Befundes eine molekulare MSI-Analyse angeschlossen werden. Bei metastasierter Erkrankung kann die Bestimmung sowohl in einer Biopsie des Primärtumors als auch der Metastasen erfolgen.	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufige strukturierte Erfassung des Ernährungsstatus zur frühzeitigen Identifikation von Mangelernährung bei Diagnosestellung Meldeanlass: Diagnose		
KRK 15: Ernährungsstatus (neu 2025)		
Zähler Pat. des Nenners mit Feststellung des Ernährungsstatus nach Nutritional Risk Score und Body Mass Index	12.6 Ab Diagnose einer Tumorerkrankung soll die regelmäßige Erfassung von Nahrungsaufnahme	EG A, Anmerkung: Leitlinienadaptation ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer https://www.clinicalnutritionjournal.com/acti-on/showPdf?pii=S0261-5614%2821%2900079-0

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
bei Diagnosestellung Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines kolorektalen Karzinoms	Gewichtsveränderu ng und BMI – unter Nutzung etablierter Verfahren (e.g. NRS 2002, MUST) – erfolgen. Leitlinienadaptation ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufige strukturierte Erfassung des Ernährungsstatus zur frühzeitigen Identifikation		

16 Larynxkarzinom

(Version 1.1, 19.12.2019)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Larynx 1: Befundbericht nach Tumorresektion und Lymphknotenentfernung		
Zähler Zähler: Anzahl Patienten mit Befundberichten mit Angabe von: · Tumorlokalisation (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: - Tumorlokalisation 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 4.0, 14.04.2025)

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	6.61 Anhand des zur Verfügung stehenden Tumorgewebes / der Tumorzellen von allen NSCLC im Stadium IV sollen molekularpathologische Untersuchungen hinsichtlich aller therapeutisch relevanten molekularen Veränderungen (nach derzeitigem Stand vor Erstlinientherapie als Mindestanforderung EGFR-Mutationen in den Exonen 18-21, BRAF V600 Mutationen, ALK-Fusionen, ROS1-Fusionen, RET-Fusionen, NTRK 1-3-Fusionen, KRAS-Mutationen (insbesondere KRAS-G12C-Mutation), MET-Exon 14-Skipping-Mutationen, NRG1-Fusionen und HER2 (ERBB 2)-Mutationen in den Exonen 8, 18, 19, 20 und 21) 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	8.112 Bei NSCLC Stadium IV und Vorliegen einer typischen aktivierenden EGFR-Mutation (del 19, L858R) soll Patienten mit ECOG	LoE 1a EG A, a

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose eines NSCLC Stadium IV, typischer aktivierender EGFR-Mutation (del 19, L858R) und ECOG 0-2	0-2 in der Erstlinientherapie ein EGFR-TKI angeboten werden.	
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.	8.126 Patienten mit NSCLC im Stadium IV mit einer ALK-Translokation soll in der Erstlinientherapie die Therapie mit einem zugelassenen ZNS-wirksamen ALK-Inhibitor angeboten werden, unter Berücksichtigung der Nebenwirkungen bevorzugt Lorlatinib, alternativ Alectinib oder Brigatinib.	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	17.1	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Lungenkarzinom	Jeder neu diagnostizierte Patient mit Lungenkarzinom soll in einem Thorax-Onkologischen Tumorboard vorgestellt werden.	(), Starker
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 Lymphknotendisektion	8.25 Nach R0-Resektion und systematischer Lymphknotendisektion 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. 8.47 Beim NSCLC im Stadium III mit inzidentellem N2-Status (IIIA1 bzw. IIIA2) soll nach kompletter Resektion (R0) und systematischer Lymphknotendisektion, bei	8.25: LoE 1a 8.27: LoE 1a 8.47: LoE 1a 8.48: LoE 1b : EG A, a, Starker : EG A, a, Starker : EG A, LoE 1a, Starker Konsens : EG A, LoE 1b, Starker Konsens

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	fehlender Kontraindikation, eine adjuvante Kombinationschemotherapie erfolgen. Die Chemotherapie soll nach Abschluss der Wundheilung innerhalb von 60 Tagen nach Resektion erfolgen. 8.48 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	8.65 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: Möglichst häufig Radiochemotherapie bei NSCLC Stadium IIIA4, IIIB oder IIIC und ECOG 0/1		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
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 Knochenszintigrafie plus Sonografie Abdomen indiziert.	LoE 2a EG A, a, Starker
Anmerkung: Qualitätsziel:		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
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)	Keine	,
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 Stadium 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	8.57 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	8.71 Patienten mit NSCLC Stadium III nach definitiver Radiochemotherapie ohne Progress, die keine typische aktivierende EGFR-Mutation (del 19, L858R) aufweisen, 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-Expresson $\geq 1\%$ auf Tumorzellen		
Lunge 14: (Chemo)-Immuntherapie NSCLC Stadium IV (modifiziert 2023)		
Zähler Patienten des Nenners mit (Chemo)-Immuntherapie	8.72 Bei Patienten im Stadium IV mit Plattenepithelkarzinom und PD-L1	8.72: LoE 1b 8.100: LoE 1 8.99: LoE 1a

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose NSCLC Stadium IV und ECOG 0-1	Expression < 50% sowie einem guten 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. 8.100 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. 8.99 Bei NSCLC-Patienten mit nicht-plattenepithelialer Histologie im UICC Stadium IV sowie ECOG 0-1, welche keine therapierbaren Mutationen und keine Kontraindikation gegenüber Checkpoint-Inhibitoren aufweisen,	8.84: LoE 1b 8.83: LoE 1b EG A, b, Starker

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	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 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	

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	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). 8.84 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 eine Kombinationsbehandlung sprechen. 8.83 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:	

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	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	
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	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,
Nenner Alle Patienten mit SCLC in den Tumorstadien T3-4 N0-1 M0 und T1-4 N2-3 M0 (Limited disease) und		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Remission nach Chemo-Strahlentherapie		
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)	9.19 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 3.1, 30.10.2025)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Magen 1: Vollständiger Pathologiebericht (modifiziert 2024)		
Zähler Pat. des Nenners mit mindestens folgenden Angaben im pathohistologischen Befundbericht: · Art des entfernten Materials, · Tumorlokalisation (makroskopisch / mikroskopisch), · minimalen Entfernung des Tumors u./o Tumorbett zu den Resektionsrändern, · Größe des Tumors*, · mikroskopischer Tumortyp (nach aktueller WHO-Klassifikation)*, · Grading* (aktuelle WHO-Klassifikation), · TNM-Klassifikation (unter Angabe der untersuchten u. befallenen Lymphknoten), · R-Klassifikation. * entfallend bei kompletter Remission nach neoadjuvanter Therapie Nenner Alle Pat. mit Karzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (ICD-10 C16.0¹, C16.1-16.9) und operativer Resektion ¹Tumoren, deren Zentrum > 2	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 gastroösophagealen Übergangs.

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
cm vom gastroösophagealen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der gastroösophageale Übergang einbezogen ist.		
Magen 2: Endoskopische en-bloc Resektionen		
Zähler Pat. des Nenners mit en-bloc Resektion Nenner Alle Pat. mit Karzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (ICD-10 C16.0¹, C16.1-16.9) und endoskopischer Resektion ¹Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom gastroösophagealen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der gastroösophageale 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: a) 2 cm Durchmesser b) nicht ulceriert c) Mukosakarzinom d) intestinaler Typ bzw. histologischer Differenzierungsgrad gut oder mäßig (G1/G2) 9.3 Die endoskopische Resektion (ER) 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 Evidenzbasierte (EG A, b) (,) Qualitätsziel: Möglichst häufig en-bloc Resektionen bei endoskopischer Resektion von Karzinomen des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs.
Magen 3: R0-Resektionen (Endoskopie)		
Zähler Pat. des Nenners mit R0-Resektion nach abgeschlossener endoskopischer Therapie	9.1 Intraepitheliale Neoplasien (sogenannte Dysplasien) jeglicher Größe sowie Magenfrühkarzinome, die alle	9.1: LoE 3b 9.3: Konsensbasierte Empfehlung Evidenzbasierte (EG A, b)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Pat. mit Karzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (ICD-10 C16.0¹, C16.1-16.9) und endoskopischer Resektion ¹Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom gastroösophagealen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der gastroösophageale Übergang einbezogen ist.	vier folgenden Kriterien erfüllen, sollen endoskopisch en-bloc reseziert werden: a) 2 cm Durchmesser b) nicht ulceriert c) Mukosakarzinom d) intestinaler Typ bzw. histologischer Differenzierungsgrad gut oder mäßig (G1/G2) 9.3 Die endoskopische Resektion (ER) von Magenfrühkarzinomen soll als komplette en-bloc Resektion erfolgen, die eine vollständige histologische Beurteilung der lateralen und basalen Ränder erlaubt.	(,) Qualitätsziel: Möglichst häufig en-bloc Resektionen bei endoskopischer Resektion von Karzinomen des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs.
Magen 4: Ernährungsstatus (modifiziert 2024)		
Zähler Pat. des Nenners mit Feststellung des Ernährungsstatus nach Nutritional Risk Score und Body Mass Index bei Diagnosestellung Nenner Alle Pat. mit Karzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (ICD-10 C16.0¹, C16.1-16.9) ¹Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom gastroösophagealen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn	14.1 Der Ernährungsstatus soll bei allen Tumorpatienten, beginnend mit der Diagnosestellung, bei jeder stationären Aufnahme und jedem ambulanten Patientenkontakt mit einem Screening beurteilt werden. Im Falle eines auffälligen Ergebnisses soll der Ernährungsstatus genauer erfasst werden (Assessment), um Interventionen frühzeitig einleiten zu können.	Konsensbasierte Empfehlung (,) Qualitätsziel: Möglichst häufig Erhebung des Ernährungsstatus bei Patienten mit Karzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
der gastroösophageale Übergang einbezogen ist.		
Magen 5: Anastomoseninsuffizienz Grad II/III (modifiziert 2024)		
Zähler Pat. des Nenners mit Anastomoseninsuffizienz Grad II/ III Nenner Alle Pat. mit Karzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (ICD-10 C16.0 ¹ , C16.1-16.9) und Resektion mit Rekonstruktion mittels Anastomose ¹ Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom gastroösophagealen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der gastroösophageale Übergang einbezogen ist.	Keine	Qualitätsziel: Möglichst selten Anastomoseninsuffizienzen Grad II/III nach Resektion mit Rekonstruktion mittels Anastomose bei Pat. mit Karzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs
Anmerkung: Einteilung der Anastomosen-insuffizienz: 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		
Zähler Pat. des Nenners mit dokumentierter Empfehlung zu Vitamin B12-Substitution	15.4 Nach einer Gastrektomie soll eine regelmäßige Vitamin B12-Substitution lebenslang	Konsensbasierte Empfehlung (,)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
(z.B. 1000µg alle 3 Mo) im Arztbrief Nenner Alle Pat. mit Karzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (ICD-10 C16.0¹, C16.1-16.9) nach Gastrektomie ¹Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom gastroösophagealen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der gastroösophageale Übergang einbezogen ist.	durchgeführt werden. Diese kann parenteral oder oral erfolgen.	Qualitätsziel: Möglichst häufig und Durchführung von Vitamin B12 Substitution nach Gastrektomie bei Patienten mit Karzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs
Magen 7: Präoperative Chemotherapie bei Magenkarzinomen $\geq$cT3 u./o. $\geq$N1, M0 (modifiziert 2024)		
Zähler Pat. des Nenners mit präoperativer Chemotherapie Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose Magenkarzinom (ICD-10 16.1-16.9) $\geq$cT3 und/oder $\geq$N1 und M0 und Resektion	11.2 Bei lokalisierten Magenkarzinom der Kategorien $\geq$ cT3 Tumoren und/oder N+ soll eine perioperative Chemotherapie durchgeführt, d.h. präoperativ begonnen und postoperativ fortgesetzt werden.	LoE 1a Evidenzbasierte (EG A, a) Qualitätsziel: Möglichst häufig präoperative Chemotherapie bei lokalisierten Magenkarzinomen $\geq$cT3 und/oder $\geq$N1, M0 mit Resektion.
Magen 8: Präoperative Chemotherapie oder Radiochemotherapie bei Adenokarzinomen des gastroösophagealen Übergangs mit cT3 oder cT4 u/o N+, M0 (modifiziert 2024)		
Zähler Pat. des Nenners mit präoperativer Chemotherapie oder Radiochemotherapie Nenner Alle Pat. mit Adenokarzinom	11.3 Beim nicht-fernmastasierten Adenokarzinom des gastroösophagealen Übergangs der Kategorien cT3 und resektablen cT4 und/oder N+ Tumoren soll eine	LoE 2 Evidenzbasierte (EG A,) Qualitätsziel: Möglichst häufig präoperative Chemotherapie oder Radiochemotherapie bei

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
des gastroösophagealen Übergangs (ICD-10 16.0¹) cT3 oder cT4, M0 und Resektion ¹Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom gastroösophagealen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der gastroösophageale Übergang einbezogen ist.	neoadjuvante Radiochemotherapie gefolgt von adjuvanter Immuntherapie bei Nachweis vitaler Tumorzellen im Resektat oder eine perioperative Chemotherapie durchgeführt werden. Siehe Supplement, Evidenzbericht AG 4_Neoadjuvante Radio- und Perioperative Chemotherapie bei GEJ-Patienten, Tabelle 5	Adenokarzinomen des gastroösophagealen Übergangs cT3 oder cT4, M0 und Resektion.
Magen 9: Präoperative Vorstellung interdisziplinäre Tumorkonferenz (modifiziert 2024)		
Zähler Pat. des Nenners mit präoperativer Vorstellung in der Tumorkonferenz Nenner Alle Pat. mit Karzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (ICD-10 C16.0¹, C16.1-16.9) mit neoadjuvanter und operativer Therapie (chirurgische Resektion) ¹Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom gastroösophagealen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der gastroösophageale Übergang einbezogen ist.	11.7 Im Falle eines lokalen Tumorprogresses unter neoadjuvanter Therapie soll die Entscheidung über die weitere Therapie – insbesondere eine frühzeitige Operation – interdisziplinär getroffen werden.	Konsensbasierte Empfehlung Evidenzbasierte (,) Qualitätsziel: Möglichst häufig präoperative Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz von Patienten mit Karzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs
Magen 10: Bestimmung HER-2-, PD-L1 und MSI-Status vor palliativer Tumorthherapie (modifiziert 2024)		
Zähler Pat. des Nenners mit Bestimmung des HER-2-Status und PD-L1-Status und MSI-	12.7 Vor dem Einsatz einer palliativen medikamentösen	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Status Nenner Alle Pat. mit Karzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (ICD-10 C16.0¹, C16.1-16.9) mit palliativer medikamentöser Tumorthherapie ¹Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom gastroösophagealen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der gastroösophageale Übergang einbezogen ist.	Tumorthherapie sollen der HER-2-Status und der PD-L1 Status (CPS) und der MSI-Status als positive prädiktive Faktoren für eine Therapie mit Trastuzumab oder PD-1 Inhibitoren bestimmt werden.	(,) Qualitätsziel: Möglichst häufig Bestimmung des HER-2- und PD-L1-Status (CPS) und des MSI-Status vor palliativer medikamentöser Tumorthherapie bei Patienten mit Karzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs
Magen 11: H. pylori-Testung bei Magenfrühkarzinomen (neu 2024)		
Zähler Pat. des Nenners mit H. pylori-Testung Nenner Pat. mit endoskopischer Resektion von Magenfrühkarzinomen oder operativer Magenteilresektion	4.16 Vor oder nach endoskopischer Resektion von Magenfrühkarzinomen und Adenomen oder operativen Magenteilresektionen soll eine Testung auf das Vorliegen einer <i>Helicobacter pylori</i>-Infektion erfolgen. Bei positivem Testergebnis soll eine Eradikationstherapie mit nachfolgender Erfolgskontrolle durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung (,) Qualitätsziel: Möglichst hoher Anteil der Pat. mit <i>Helicobacter pylori</i>-Testung vor oder nach endoskopischer Resektion von Magenfrühkarzinomen oder operativen Magenteilresektionen
Magen 12: Klinisches Staging nach TNM-Klassifikation (neu 2024)		
Zähler Pat. des Nenners mit klinischem Staging nach der aktuellen TNM-Klassifikation (cTNM) Nenner Pat. mit Karzinom des	7.1 Das klinische Staging der Karzinome des gastroösophagealen Übergangs und des Magens soll auf der Grundlage der endoskopischen und	Konsensbasierte Empfehlung (,) Qualitätsziel: Möglichst hoher Anteil der Pat. mit Karzinom des gastroösophagealen Übergangs oder des Magens

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
gastroösophagealen Übergangs oder des Magens (ICD-10 C16.0 ¹ , C16.1-16.9) ¹ Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom gastroösophagealen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der gastroösophageale Übergang einbezogen ist.	bildgebenden Diagnostik nach der jeweils aktuellen klinischen TNM-Klassifikation der UICC erfolgen.	mit klinischem Staging nach der aktuellen klinischen TNM-Klassifikation
Magen 13: Postoperative Vorstellung interdisziplinäre Tumorkonferenz (neu 2024)		
Zähler Pat. des Nenners mit postoperativer Vorstellung in der Tumorkonferenz Nenner Pat. mit Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs (ICD-10 C16.0 ¹ , C16.1-16.9) und operativer Therapie ¹ Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom gastroösophagealen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der gastroösophageale Übergang einbezogen ist.	10.13 Nach R1-Resektion beim Adenokarzinom des Magens und des gastroösophagealen Übergangs soll die Indikation für eine kurative Nachresektion überprüft werden. Falls dies nicht möglich ist, kann eine postoperative Radiochemotherapie nach Konsens in der interdisziplinären Tumorkonferenz durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung (,) Qualitätsziel: Möglichst hoher Anteil der Pat. mit Adenokarzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs mit postoperativer Vorstellung in der Tumorkonferenz
Magen 14: Histologische Bestimmung des Tumorregressionsgrads (neu 2024)		
Zähler Pat. des Nenners mit histologischer Bestimmung des Tumorregressionsgrades nach Becker oder Mandard Nenner Pat. mit Karzinom des Magens	11.8 Nach präoperativer Therapie soll eine histologische Bestimmung des Tumorregressionsgrades erfolgen.	LoE 1b Evidenzbasierte (EG A, b) Qualitätsziel: Möglichst häufige histologische Bestimmung des

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
oder des gastroösophagealen Übergangs (ICD-10 C16.0¹, C16.1-16.9) und präoperativer Therapie ¹Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom gastroösophagealen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der gastroösophageale Übergang einbezogen ist.		Tumorregressionsgrades bei Pat. mit Karzinom des Magens oder des gastroösophagealen Übergangs und präoperativer Therapie.

19 Maligne Ovarialtumoren

(Version 6.0, 23.10.2024)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
OvCa 1: Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom (seit 2013)		
Zähler Patientinnen des Nenners mit operativem Staging mit: · Laparotomie · Peritonealzytologie · Peritonealbiopsien · Adnexektirpation beidseits · Hysterektomie, ggf. extraperitoneales Vorgehen · Omentektomie mind. infrakolisch · bds. pelvine u. paraaortale Lymphonodektomie Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Ovarialkarzinom FIGO I-IIIa	7.4 Ein optimales Staging soll folgende Operationsschritte umfassen: Längsschnittlaparotomie, Inspektion und Palpation der gesamten Abdominalhöhle, Peritonealzytologie, Biopsien aus allen auffälligen Stellen, Peritonealbiopsien aus unauffälligen Regionen, Adnexektirpation beidseits, Hysterektomie, ggf. extraperitoneales Vorgehen, Omentektomie mind. infrakolisch, Appendektomie (bei muzinösem/unklarem Tumortyp), bds. pelvine und paraaortale Lymphonodektomie.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst vollständiges operatives Staging beim frühen Ovarialkarzinom
OvCa 2: Angebot zur genetischen Testung (seit 2019)		
Zähler Patientinnen des Nenners 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 Patientinnen des Nenners mit makroskopisch vollständiger Resektion Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Ovarialkarzinom $\geq$ FIGO IIB und operativer Tumorentfernung ohne vorherige Chemotherapie	7.9 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 Patientinnen des Nenners, deren definitive operative Therapie durch eine*n Gynäkoonkolog*in durchgeführt wurde Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose eines Ovarialkarzinoms FIGO $\geq$ IIB nach Abschluss der operativen Therapie	7.12 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 Patientinnen des Nenners mit postoperativer Chemotherapie Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose eines Ovarialkarzinoms $\geq$ FIGO II und Chemotherapie	7.14 Als Therapiefolge soll die Primäroperation gefolgt von einer Chemotherapie durchgeführt werden.	LoE 1+ EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig postoperative Chemotherapie bei fortgeschrittenem Ovarialkarzinom und Chemotherapie

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
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 Patientinnen des Nenners 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 Patientinnen mit Erstdiagnose Ovarialkarzinom FIGO IC o. IA/B mit Grad 3
OvCa 8: First-line-Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (modifiziert 2021)		
Zähler Patientinnen des Nenners mit First-Line-Chemotherapie Carboplatin u. Paclitaxel Nenner Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Ovarialkarzinom ≥ 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 ≥ FIGO II
Anmerkung: Patientinnen bei denen zusätzlich weitere Substanzen (z.B. im Rahmen von Studien) verabreicht werden, können für den Zähler gezählt werden.		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
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 Vor Einleiten einer Systemtherapie im ersten Rezidiv soll die Möglichkeit einer operativen vollständigen Rezidivresektion in einem Gynäko-Onkologischen Zentrum geprüft werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig platinhaltige Chemotherapie bei Patientinnen mit platin sensitivem Rezidiv eines Ovarialkarzinom 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 Erstdiagnose eines Borderlinetumors	12.7 Patientinnen mit Borderlinetumoren sollen keine adjuvante Therapie erhalten.	LoE 1+ EG A, Qualitätsziel: Keine adjuvante Therapie bei Borderlinetumor

20 Malignes Melanom

(Version 3.3, 14.11.2019)

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		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
MEL 3: Vorstellung Hauttumorboard (seit 2013, vormals , 2018 modifiziert)		
Zähler Patienten, die in dem interdisziplinären Hauttumorboard vorgestellt werden Nenner Pat. mit mukosalem Melanom oder kutanem Melanom Stadium IV	12.1 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.	Konsensbasierte Empfehlung ()
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	6.19	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
oder c/pN2b oder c/pN3b und M0 Nenner Patienten mit malignem Melanom mit jedem pT und c/pN1b oder c/pN2b oder c/pN3b und M0	Die therapeutische LAD soll beim Nachweis einer lymphogenen Metastasierung (zytologische oder histologische Sicherung, Lymphknoten-Sonographie, CT, PET/CT) ohne Hinweis auf 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.		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
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 begonnener, systemischer Erstlinientherapie	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-1+CTLA-4 Antikörpertherapie) durchgeführt werden. Aktuell liegen keine Daten zur besten sequentiellen Therapie von BRAF/MEK-Inhibitoren und Checkpoint-Inhibitoren vor.	LoE 1b
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:		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
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 Fernmetastasen bestimmt werden.	LoE 1b
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig LDH-Bestimmung bei Patienten mit malignem Melanom bei Eintritt Stadium IV		

21 Mammakarzinom

(Version 5.2, 12.05.2025)

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	3.10 Zur Sicherung einer bestmöglichen Behandlung soll die weiterführende Therapie von Mammakarzinom in zertifizierten Brustkrebszentren erfolgen. Die kontinuierliche Qualitätssicherung soll durch Kommunikation und Datenerfassung zwischen Screeningzentrum und zertifiziertem Brustkrebszentrum 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	4.15 Die histologische Abklärung von Befunden soll durch Stanzbiopsie, Vakuumbiopsie und in zu begründenden Ausnahmefällen durch offene Exzisionsbiopsie erfolgen.	LoE 2 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
DCIS“ als Primärerkrankung		
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	4.31 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	LoE 2 LOE 1b, Qualitätsziel: Möglichst wenige Pat. mit primärer Axilladisektion oder Sentinel-Node-Biopsie (SNB) bei DCIS mit brusterhaltender Therapie

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
brusterhaltender Therapie	nicht möglich ist, z. B. bei Mastektomie.	
Anmerkung: Qualitätsziel <5%		
MamCa 5: Endokrine Therapie als erste Therapieoption beim steroidzeptorpositivem 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 steroid-rezeptorpositivem und HER2-negativem Mammakarzinom und Erstdiagnose einer Metastasierung	Keine	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	Keine	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)		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
MamCa 7: Therapie der axillären Lymphabflussgebiete bei pN1 mi (unbesetzt 2025, vormals MamCa 5)		
Zähler	Keine	
Nenner		
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	Keine	LOE 1a, Qualitätsziel: Adäquate Rate an Bestrahlungen nach BET bei Pat. mit Ersterkrankung invasives Mammakarzinom.
Nenner Pat. mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom und BET		
MamCa 9: Endokrine Therapie bei rezeptorpositiven Befund (seit 2012, vormals: MamCa 7)		
Zähler Pat., die eine adjuvante endokrine Therapie erhalten haben.	4.140 Patientinnen mit Hormonrezeptor-positiven invasiven Tumoren sollen eine endokrine Therapie erhalten.	LoE 1 LOE 1a, Qualitätsziel: Möglichst häufig Durchführung einer endokrinen Therapie bei rezeptorpositiven Pat. mit Ersterkrankung invasives Mammakarzinom
Nenner Steroidrezeptorpositive Pat. mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom.		
MamCa 10: Trastuzumab-basierte Therapie über ein Jahr bei HER2-positivem Befund (modifiziert 2025, vormals: MamCa 8)		
Zähler Pat. des Nenners, die eine (neo-) adjuvante Trastuzumab-basierte	4.157 Patientinnen mit HER2-positiven Mammakarzinomen	4.157: LoE 2 4.162: Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Therapie über 1 Jahr erhalten haben Nenner Alle Pat. mit Primärerkrankung eines invasiven, HER2-positiven Mammakarzinoms (immunhistochemisch Score 3+ oder 2+ und ISH-positiv), $\geq$ pT1c	(immunhistochemisch Score 3+ oder Score 2+ und ISH-positiv) mit einem Durchmesser >1 cm sollen eine Chemotherapie mit einer anti-HER2-gerichteten Therapie erhalten 4.162 Patientinnen mit HER2-positiven Mammakarzinomen (immunhistochemisch Score 3+ oder 2+ und ISH-positiv) und histopathologischer Komplettremission sollen weiterhin Trastuzumab erhalten, bis eine Gesamtdauer von einem Jahr erreicht ist. Bei initial klinisch oder pathohistologisch nachgewiesenem ipsilateralen axillären Lymphknotenbefall, kann diese Therapie mit Pertuzumab über die Gesamtdauer von einem Jahr kombiniert werden.	: EG A, : , Qualitätsziel: Möglichst häufig Trastuzumab-basierte Therapie über 1 Jahr bei HER2-positiven Pat. mit Ersterkrankung invasives Mammakarzinom $\geq$ pT1c
MamCa 11: R0-Resektion bei invasivem Mammakarzinom (neu 2025)		
Zähler Pat. des Nenners mit R0-Resektion als endgültigem Ergebnis Nenner Alle Pat. mit invasivem Mammakarzinom und Tumorresektion	4.46 Ziel der operativen Therapie ist die Tumorentfernung im Gesunden. Die Überlebensraten nach einer brusterhaltenden Therapie (BET) mit nachfolgender Radiotherapie der gesamten Brust sind	LoE 1 EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig soll die Resektion im Gesunden erfolgen

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	denen nach einer Mastektomie mindestens äquivalent.	
MamCa 12: Immunhistochemischer Befund des Östrogen- u. Progesteronrezeptorstatus (neu 2025)		
Zähler Pat. des Nenners mit immunhistochemisch bestimmtem Befund des Östrogen- und Progesteronrezeptorstatus mit Angabe des Prozentsatzes an positiven Tumorzellkernen und Angabe der durchschnittlichen Farbintensität Nenner Alle Pat. mit DCIS u./o. invasivem Mammakarzinom, mit Biopsie u./o. Tumorsektion und Bestimmung des Östrogen- und Progesteronrezeptorstatus (ER/PR)	4.72 Die Bestimmung des Östrogen- und Progesteronrezeptorstatus (ER/PR) soll immunhistochemisch erfolgen. Es soll jeweils der Prozentsatz positiver Tumorzellkerne und die durchschnittliche Farbeintensität angegeben werden. Die Bewertung als ER- bzw. PR-positiv erfordert mindestens 1 % positive Tumorzellkerne. Tumoren mit 1 bis 10% positiven Tumorzellkernen sind als gering positiv einzuordnen.	Konsensbasierte Empfehlung , Qualitätsziel: Möglichst bei allen Bestimmungen des Östrogen- und Progesteronrezeptorstatus (ER/PR) soll der Prozentsatz an positiven Tumorzellkernen und der durchschnittlichen Farbintensität angegeben sein.
MamCa 13: Immunhistochemischer Score des HER2-Status (neu 2025)		
Zähler Pat. des Nenners mit Angabe des immunhistochemischen Scores und der den Score-definierenden Prozentsatz positiver Tumorzellen (entsprechend ASCO/CAP-Empfehlungen)	4.73 Bei immunhistochemischer Bestimmung des HER2-Status soll der immunhistochemische Score und der den Score-definierende Prozentsatz positiver Tumorzellen entsprechend den ASCO/CAP-Empfehlungen	LoE 1 EG A, Qualitätsziel: Bei möglichst vielen Bestimmungen des HER2-Status soll der immunhistochemische Score und der den Score-definierende Prozentsatz positiver Tumorzellen, entsprechend den

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Pat. mit invasivem Mammakarzinom und Biopsie u./o. Tumoresektion und immunhistochemischer Bestimmung des HER2-Status	angegeben werden: Score 0, Score 1+, Score 2+ oder Score 3+. Bei einem immunhistochemischen Score 2+ soll zur Festlegung des HER2-Status eine In-situ-Hybridisierung ergänzt werden. Deren Auswertung soll den ASCO/CAP-Empfehlungen folgen.	ASCO/CAP-en angegeben werden: Score 0, Score 1+, Score 2+ oder Score 3+.
MamCa 14: Bestrahlung der regionalen Lymphabflussgebiete bei ≥ 4 befallenen axillären Lymphknoten (neu 2025)		
Zähler Pat. des Nenners mit Bestrahlung der regionalen Lymphabflussgebiete Nenner Alle Pat. mit invasivem Mammakarzinom und Tumoresektion und Nachweis von ≥ 4 befallenen axillären Lymphknoten	4.113 Bei Nachweis von 4 und mehr befallenen axillären Lymphknoten soll eine Bestrahlung der regionalen Lymphabflussgebiete durchgeführt werden.	LoE 1 EG A, Qualitätsziel: Bei möglichst vielen Pat. mit Nachweis von 4 und mehr befallenen axillären Lymphknoten soll eine Bestrahlung der regionalen Lymphabflussgebiete durchgeführt werden.
MamCa 15: Trastuzumab-Emtansin bei nicht erreichter Komplettremission (neu 2025)		
Zähler Pat. des Nenners mit 14 Zyklen Trastuzumab-Emtansin als postneoadjuvanter Therapie Nenner Alle Pat. mit HER2-positiven Mammakarzinomen (immunhistochemisch	4.165 Patientinnen mit HER2-positiven Mammakarzinomen (immunhistochemisch Score 3+ oder 2+ und ISH-positiv) und nicht erreichter histologischer Komplettremission (non-pCR) nach einem Anthrazyklin- oder Taxan-	LoE 2 EG A, Qualitätsziel: Möglichst viele Pat. mit HER2-positiven Mammakarzinomen (immunhistochemisch Score 3+ oder 2+ und ISH-positiv) und nicht erreichter histologischer Komplettremission (non-pCR) nach einem Anthrazyklin- oder Taxan-basierten Chemotherapieschema

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Score 3+ oder 2+ und ISH-positiv) nach einem Anthrazyklin- oder Taxan-basierten Chemotherapieschema in Kombination mit anti-HER2 gerichteter Therapie und nicht erreichter histologischer Komplettremission (non-pCR).	basierten Chemotherapieschema in Kombination mit anti-HER2 gerichteter Therapie sollen als postneoadjuvante Therapie 14 Zyklen Trastuzumab-Emtansin erhalten.	in Kombination mit anti-HER2 gerichteter Therapie sollen als postneoadjuvante Therapie 14 Zyklen Trastuzumab-Emtansin erhalten.
MamCa 16: Erfassung der möglichen erblichen Belastung mittels Checkliste (neu 2025)		
Zähler Pat. des Nenners mit Erfassung der möglichen erblichen Belastung für Brust- und/oder Eierstockkrebs mittels der Checkliste* Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines DCIS u./o. invasiven Mammakarzinoms und alle Pat. mit einem neu aufgetretenen Rezidiv u./o. neu aufgetretenen Fernmetastase(n)	3.42 Bei Patientinnen und Patienten mit DCIS u/o invasivem Mammakarzinom soll die Checkliste zur Erfassung einer möglichen erblichen Belastung für Brust- und/oder Eierstockkrebs angewendet werden.	Konsensbasierte Empfehlung EG B, Qualitätsziel: Bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit DCIS u./o. einem invasiven Mammakarzinom soll zur Erfassung einer möglichen erblichen Belastung für Brust- und/oder Eierstockkrebs die Checkliste* angewendet werden *Checkliste, siehe hier: https://www.krebsgesellschaft.de/unser-e-themen/zertifizierung/erhebungsboegen-und-dokumente
MamCa 17: Prätherapeutische Tumorkonferenz (neu 2025)		
Zähler Pat. des Nenners, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines DCIS u/o invasiven Mammakarzinoms und alle Pat. mit einem neu	3.43 Patientinnen und Patienten mit DCIS u/o invasivem Mammakarzinom sollen in einer prätherapeutischen und in einer postoperativen interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden.	Konsensbasierte Empfehlung , Qualitätsziel: Möglichst alle Pat. mit DCIS u/o invasivem Mammakarzinom sollen prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden.

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
aufgetretenen Rezidiv u./o. neu aufgetretenen Fernmetastasen		
MamCa 18: Postoperative Tumorkonferenz (neu 2025)		
Zähler Pat. des Nenners, die postoperativ in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines DCIS u/o invasiven Mammakarzinoms und Operation (BET u/o Mastektomie)	3.43 Patientinnen und Patienten mit DCIS u/o invasivem Mammakarzinom sollen in einer prätherapeutischen und in einer postoperativen interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden.	Konsensbasierte Empfehlung , Qualitätsziel: Möglichst alle operativ versorgten (BET u/o Mastektomie) Pat. mit DCIS u/o invasivem Mammakarzinom sollen postoperativ in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden

22 Multiples Myelom

(Version 1.0, 18.02.2022)

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, 26.03.2021)

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, 26.09.2024)

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)	4.4 Eine Biopsie soll vor ablativer Therapie durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung
Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose eines Nierenzell-Ca und ablativer Therapie (RFA o. Kryoablation)		
Qualitätsziel: Möglichst häufig Diagnosesicherung mit Stanzbiopsie vor ablativer Therapie.		
Niere 2: Biopsie vor systemischer Therapie		
Zähler Anzahl Patienten mit Histologie vor 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
Nenner Alle Patienten mit Nierenzell-Ca und systemischer Therapie		
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 Uropathologie (ISUP) 2012. Pathologie 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:		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
WHO-ISUP-Grading		
Niere 5: R0-Resektion		
Zähler Anzahl Pat. mit R0-Resektion Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Nierenzell-Ca und operativer Resektion	6.13 Bei der Nierentumorentfernung soll eine R0-Resektion erfolgen.	LoE 3
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	13.3 Zur Prävention von Kieferosteonekrosen soll eine zahnärztliche Untersuchung und evtl. zahnärztliche	LoE 3

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Patienten mit NierenzellCa und Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	Sanierung sowie eine Unterweisung in Mundhygiene vor Beginn der medikamentösen Therapie mit Bisphosphonaten oder Denosumab erfolgen. Quellen: [57] , [58] , [59]	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig zahnärztliche Untersuchung vor Beginn der Therapie mit Bisphosphonat- oder Denosumab EG A, LoE 3+		
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		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
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-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, 11.03.2024)

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 LK	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
- 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: GRADE: ⊕⊕⊕⊕ 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: GRADE: ⊕⊕⊕⊕ 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	Konsensbasierte Empfehlung (,)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Heilungsverlauf und den 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-	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

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
/Hypopharynxkarzinoms und a) Operation b) primärer Radiochemotherapie in kurativer Intention		Denominator: All patients with head and neck cancer who undergo curative treatment 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 Palliativmedizin

(Version 2.2, 22.09.2020)

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 neuropathischen 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

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Hospiz; ambulant: SAPV, spezialisierte Palliativambulanz) erhalten haben Nenner Alle an einer Tumorerkrankung verstorbenen Patienten		Palliativversorgung
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		

27 Pankreaskarzinom

(Version 3.1, 10.10.2024)

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 · Tumorigradung · Verhältnis von befallenen zu entfernten LK	6.30 Bei der Resektion eines Pankreaskarzinoms soll das Verhältnis von befallenen zu insgesamt entfernten Lymphknoten im pathologisch-histologischen Befundbericht angegeben werden.	6.30: LoE 2b 6.36: LoE 2b a) Qualitätsziel Möglichst häufig vollständige Pathologieberichte

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Patienten mit Pankreaskarzinom und Tumorresektion	6.36 Die Angabe der pT-, pN- und M-Kategorie sowie das Tumorgading sollen im Pathologiebefund angegeben werden.	b) Evidenzgrundlage b
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

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
PanCa 6: Keine primäre Resektion bei metastasiertem Pankreaskarzinom (neu 2021)		
Zähler Patienten des Nenners mit primärer Resektion des Tumors Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose duktales Pankreaskarzinom (ohne NET/NEC) mit Fernmetastasen (= Organmetastasen, Peritonealkarzinose, als Fernmetastasen (M1) geltende Lymphknotenmetastasen)	6.16 Die primäre Resektion des Tumors soll bei nachgewiesenen Fernmetastasen eines duktales Pankreaskarzinoms (Organmetastasen, Peritonealkarzinose, als Fernmetastasen geltende Lymphknotenmetastasen) nicht durchgeführt werden.	LoE 3 a) Qualitätsziel Keine primäre Tumorresektion bei duktalem Pankreaskarzinom mit 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

28 Peniskarzinom

(Version 1.0, 14.10.2020)

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: Möglichst häufig vollständiger pathologischer Befundbericht nach operativer Resektion bei der Erstdiagnose Peniskarzinom

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

29 Perioperatives Management bei gastrointestinalen Tumoren (POMGAT)

(Version 1.0, 05.12.2023)

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.	GRADE: ⊕⊕⊕⊖
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.	GRADE: ⊕⊕⊕⊖ bis GRADE: ⊕⊕⊖⊖ bis GRADE: ⊕⊖⊖⊖
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: GRADE: ⊕⊕⊕⊕ 7.5: GRADE: ⊕⊕⊕⊕ bis GRADE: ⊕⊕⊕⊖ bis GRADE: ⊕⊕⊖⊖ 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		

30 Prostatakarzinom

(Version 8.1, 01.09.2025)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
PCa 1: Befundbericht Stanzbiopsie (modifiziert 2025)		
Zähler Patienten des Nenners mit Befundbericht mit Angabe von: · Lokalisation u. Anzahl Karzinom-positiver Gewebeproben im Verhältnis zu den entnommenen Stanzen. · Quantitative Abschätzung d. Tumorausdehnung (in mm) · Gleason-Score gemäß aktueller ISUP /WHO Klassifikation · Angabe des Gesamt-Gleason-Scores gemäß aktueller ISUP /WHO Klassifikation · Vorhandensein intraduktale Tumorkomponente (ja/ nein) (für Gleason-Score 7) · cribriforme Tumorkomponente (ja/nein) (für Gleason-Score 7) Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Prostatakarzinom und Stanzbiopsie	5.8 Eine intraduktale Tumorkomponente (IDC-P nach WHO-Definition) soll in der Diagnose erwähnt werden. 5.9 Bei einem Gleason-Score von 7 (WHO/ISUP Graduierungsgruppen/Grade Groups 2-3) sollen cribriforme Tumorkomponenten im Kommentar erwähnt werden. 5.11 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	5.8: Konsensbasierte Empfehlung 5.9: Konsensbasierte Empfehlung 5.11: Konsensbasierte Empfehlung .// , Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständiger Befundbericht nach Stanzbiopsie. Meldeanlass: Pathologiemeldung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	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.	
PCa 2: unbesetzt		
Zähler	Keine	
Nenner		
PCa 3: unbesetzt		
Zähler	Keine	
Nenner		
PCa 4: Strahlentherapie und hormonablativ Therapie bei lokal begrenztem Prostatakarzinom mit hohem Risiko (modifiziert 2021)		
Zähler Patienten des Nenners mit zusätzlicher neo-/adjuvanter hormonablativ Therapie Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose eines Prostatakarzinoms T1-2 N0 M0 mit hohem Risiko und perkutaner Strahlentherapie	6.30 Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom des hohen Risikoprofils soll eine perkutane Strahlentherapie (IMRT + IGRT) angeboten werden. 6.31 Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom des hohen Risikoprofils sollen	6.30: LoE 1+, LoE 2+ 6.31: LoE 1+ 6.32: LoE 1+ 6.33: Konsensbasierte Empfehlung en /31/32: EG A, , 1+ : (,) Qualitätsziel: Möglichst häufig adjuvante hormonablativ Therapie bei lokalbegrenztem Prostatakarzinom mit hohem

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	zusätzlich zur perkutanen Strahlentherapie (IMRT + IGRT) eine adjuvante hormonablativ Therapie erhalten. 6.32 Die hormonablativ Therapie soll 24 bis 36 Monate dauern. Diese kann bis zu 6 Monate vor der Strahlentherapie beginnen. 6.33 Die Entscheidung über die Dauer der hormonablativ Therapie soll individuell in Abhängigkeit von Komorbidität und Verträglichkeit getroffen werden.	Risiko und perkutaner Strahlentherapie Meldeanlass: Therapiemeldung
Anmerkung: Anmerkungen: Hohes Risiko = PSA > 20 ng/ml und/oder Gleason-Score = 8 und/oder cT-Kategorie 2c; perkutane Strahlentherapie= definitive Strahlentherapie		
PCa 5: unbesetzt		
Zähler	Keine	
Nenner		
PCa 6: unbesetzt		
Zähler	Keine	
Nenner		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
PCa 7: Salvage-Radiotherapie bei rezidiertem Prostatakarzinom (seit 2014)		
Zähler Patienten des Nenners mit Beginn der SRT und bei PSA<0,5ng/ml Nenner Alle Patienten Z.n. RPE und PSA-Rezidiv und SRT	7.18 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 a) EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig Beginn der SRT bei PSA <0,5ng/ml Meldeanlass: Therapiemeldung
PCa 8: Prävention von Kieferosteonekrosen (seit 2014)		
Zähler Patienten des Nenners mit zahnärztlicher Untersuchung vor Beginn der Therapie Nenner Alle Patienten mit Prostatakarzinom und Bisphosphonat o. Denosumab-Therapie	7.74 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 Meldeanlass: Therapiemeldung
PCa 9: Postoperative Komplikationen nach Radikaler Prostatektomie (modifiziert 2025)		
Zähler Patienten des Nenners mit Komplikation Clavien-Dindo Grad III oder IV innerhalb der ersten 6 Monate nach radikaler Prostatektomie (RPE)	Keine	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

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Prostatakarzinom (M0) und radikaler Prostatektomie (RPE)		nach RPE bei lokalisiertem Prostatakarzinom Meldeanlass: Verlaufsmeldung
Anmerkung: Anmerkungen: Klassifikation nach Clavien-Dindo: Grad III Komplikationen, bei denen eine chirurgische, endoskopische oder radiologische Intervention notwendig ist: (IIIa ohne Vollnarkose, IIIb mit Vollnarkose) Grad IV Lebensbedrohliche Komplikationen, die eine intensivmedizinische Behandlung verlangen: (IVa Dysfunktion eines Organs, IVb Dysfunktion 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 nach Ende der Strahlentherapie Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose Prostatakarzinom und definitiver Strahlentherapie	Keine Quellen: [61]	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 Meldeanlass: Verlaufsmeldung
Anmerkung: Anmerkungen: Quelle für Klassifikation: National Institutes of Health (NIH) and National Cancer Institute (NCI), Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE). Version 5.0 2017. [cited: 2025-07-11]. https://dctd.cancer.gov/research/ctep-trials/for-sites/adverse-events		
PCa 11: Gezielte Biopsie (neu 2021)		
Zähler Männer des Nenners mit gezielter Biopsie (laut Pathologiebefund) der suspekten Herde	4.17 Die in der MRT beschriebenen Karzinom-suspekten Herde (PI-RADS 4 und 5) sollen durch die Entnahme von 2-3	LoE 2++ EG A,

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Männer mit PI-RADS 4 oder 5 im mpMRT und Biopsie	Zylindern pro Herd gezielt biopsiert werden.	Qualitätsziel: Möglichst häufig gezielte Biopsie bei Männern mit PI-RADS 4 oder 5 im mpMRT Meldeanlass: Pathologiemeldung
Anmerkung: Anmerkungen: Gezielte Biopsie = Angabe pro Stanze; Angabe durch Biopsie durchführenden Behandelnden u/o Angabe im Pathologiebericht		
PCa 12: unbesetzt		
Zähler	Keine	
Nenner		
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	7.15 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.	LoE 1- EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig Androgendeprivationstherapie (ADT) oder Bicalutamid zusätzlich zur Salvage-Strahlentherapie bei hohem Progressionsrisiko Meldeanlass: Therapiemeldung
PCa 14: Aktive Überwachung bei lokalisiertem Prostatakarzinom mit niedrigem Risiko (modifiziert 2025)		
Zähler Patienten des Nenners mit Aktiver Überwachung Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose eines lokal begrenzten Prostatakarzinoms des	6.6 Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom des niedrigen Risikoprofils (ISUP Gruppe 1 und low risk nach D'Amico-Kriterien) sollen aktiv überwacht werden.	Konsensbasierte Empfehlung (,) Qualitätsziel: Möglichst häufig AS bei Pat. mit Erstdiagnose eines lokalisierten Prostatakarzinoms und niedrigem Risiko.

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
niedrigen Risikoprofils (Gruppe ISUP 1 und low-risk nach d'Amico-Kriterien)		Meldeanlass: Therapiemeldung
PCa 15: BRCA 1/2-Analyse bei progredientem, metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom nach ARPI-Therapie (modifiziert 2025)		
Zähler Patienten des Nenners mit Sequenzierung (Keimbahn u./o. somatisch) von Genen der homologen DNS-Rekombinationsreparatur (mind. BRCA 1/2), vor Einleitung der nächsten systemischen Therapie (sofern noch keine Sequenzierung vorliegt). Nenner Alle Patienten mit metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom nach ARPI-Therapie	7.42 Falls keine positiven Ergebnisse einer früher durchgeführten Keimbahntestung vorliegen, soll vor Einleitung einer systemischen Therapie des metastasierten, kastrationsresistenten Prostatakarzinom die Sequenzierung (Keimbahn, somatisch) von Genen, die in der Reparatur der homologen DNS-Rekombination (homologen Rekombinationsreparatur (HRR)) eine Rolle spielen, durchgeführt werden.	LoE 1- EG A, Qualitätsziel: Möglichst viele Pat. mit mCRPC und Sequenzierung von Genen der homologen DNS-Rekombinationsreparatur (BRCA1/2) vor Einleitung der systemischen Therapie. Meldeanlass: Therapiemeldung

31 Prävention Zervixkarzinom

(Version 1.1, 01.04.2020)

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	10.5: GRADE: ⊕⊕⊕⊖ 10.6: GRADE: ⊕⊕⊕⊖ 10.7: Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Teilnahme am Zervixkarzinom-Screening

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	innerhalb von 3 Monaten 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.	GRADE: ⊕⊕⊕⊕ 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.	GRADE: ⊕⊕⊖⊖ Qualitätsziel: Möglichst häufig HPV-Test und Zytologie innerhalb von 12 Monaten nach Therapie einer CIN 3 A, ⊕⊕⊖⊖

32 Psychoonkologie

(Version 2.1, 01.09.2023)

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	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	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Erstdiagnose, Rezidiv oder erster Fernmetastase	jeder Phase des 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 Patient*in (z. B. Wiederauftreten oder Fortschreiten der	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
	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 Patient*innen des Nenners mit einem diagnostischen Gespräch zur Abklärung psychosozialer Belastungen und psychischer Komorbidität Nenner Alle Krebspatient*innen mit Erstdiagnose, Rezidiv oder erster Fernmetastase und mit positivem Screening auf psychosoziale Belastungen	7.6 Bei positivem Screening und/oder subjektivem Unterstützungsbedarf soll ein diagnostisches Gespräch zur Abklärung psychosozialer Belastungen, psychischer Komorbidität sowie dem Unterstützungs- und Behandlungsbedarf angeboten werden.	Konsensbasierte Empfehlung
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/ Sozialpädagogen*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	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
Erstdiagnose, lokoregionärem 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 Schilddrüsenkarzinom

(Version 1.0, 16.07.2025)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Thyr 1: Verhältnis von tumorbefallenen zu untersuchten Lymphknoten		
Zähler Patienten des Nenners mit Angabe des Verhältnisses „tumorbefallene zu insgesamt untersuchte Lymphknoten“ Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose eines Schilddrüsenkarzinoms mit Resektion und mit histopathologisch untersuchten Lymphknoten	4.4 Der histopathologische Befund soll die Zahl der tumorbefallenen im Verhältnis zu den insgesamt untersuchten Lymphknoten aufführen.	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig Angabe des Verhältnisses „tumorbefallene zu insgesamt untersuchte Lymphknoten“		
Thyr 2: Keine histologische Sicherung eines anaplastischen Schilddrüsenkarzinoms (ATC) oder intrathyreoidalen Lymphoms durch Feinnadelbiopsie		
Zähler Patienten des Nenners mit Feinnadelbiopsie Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose anaplastisches Schilddrüsenkarzinom oder intrathyreoidales Lymphom	4.11 Bei Verdacht auf ein anaplastisches Schilddrüsenkarzinom oder ein Lymphom soll keine Feinnadelbiopsie, sondern eine histologische Sicherung durchgeführt werden – z. B. durch eine Stanzbiopsie.	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst keine histologische Sicherung eines anaplastischen Schilddrüsenkarzinoms oder Lymphoms durch Feinnadelbiopsie		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Thyr 3: Angabe von TNM-Klassifikation, histologischem Typ und extranodalem Tumorwachstum in histopathologischem Befundbericht		
Zähler Patienten des Nenners mit sämtlichen Angaben im histopathologischen Befundbericht: - Stadieneinteilung nach aktueller TNM-Klassifikation der UICC - Klassifikation der histologischen Typen des Schilddrüsenkarzinoms entsprechend d. jeweils aktuellen WHO-Klassifikation, ggf. histologische Subtypen - soweit sie in der aktuellen WHO-Klassifikation beschrieben werden. - Kapselüberschreitendes Wachstum von Lymphknotenmetastasen. Nenner Alle Patienten mit Erstdiagnose eines Schilddrüsenkarzinoms und Resektion	4.24 Im pathologischen Befund von Operationspräparaten sollen folgende Angaben gemacht werden: Angabe der Stadieneinteilung nach der aktuellen TNM-Klassifikation der UICC. Klassifikation der histologischen Typen des Schilddrüsenkarzinoms entsprechend der jeweils aktuellen WHO-Klassifikation, ggf. histologische Subtypen - soweit sie in der aktuellen WHO-Klassifikation beschrieben werden. Kapselüberschreitendes Wachstum von Lymphknotenmetastasen.	Konsensbasierte Empfehlung Starker
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig vollständige Befundberichte mit Angabe von TNM-Klassifikation, histologischem Subtyp und Kapselüberschreitendem Wachstum von Lymphknotenmetastasen.		
Thyr 4: Intraoperatives Neuromonitoring		
Zähler Patienten des Nenners mit intraoperativem Neuromonitoring (IONM) Nenner Alle Patienten mit Schilddrüsenkarzinom und	5.30 Das intraoperative Neuromonitoring (IONM) soll bei beidseitiger Schilddrüsenoperation angewendet werden, bei besonderer Risikokonstellation vorzugsweise in Form des	LoE 1a Evidenzbasierte GRADE ⊕⊕⊕⊖

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
beidseitiger Schilddrüsenoperation	kontinuierlichen Neuromonitorings (CIONM).	
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig intraoperatives Neuromonitoring bei beidseitiger Schilddrüsenoperation		
Thyr 5: Interdisziplinäre Empfehlung zur Radioiodtherapie im Tumorboard		
Zähler Patienten des Nenners mit prätherapeutischer Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz Nenner Alle Patienten mit Schilddrüsenkarzinom und Radioiodtherapie	5.31 Die Empfehlung zu einer Radioiodtherapie soll auf der Basis des klinischen und histopathologischen Befundes im Tumorboard interdisziplinär getroffen werden.	Konsensbasierte Empfehlung Starker
Anmerkung: Qualitätsziel: Empfehlung zur Radioiodtherapie auf Basis des klinischen und histopathologischen Befundes möglichst häufig interdisziplinär im Tumorboard		
Thyr 6: Postoperativer Calcitonin-/CEA-Spiegel und molekulargenetische Analyse RET-Protoonkogen bei medullärem Schilddrüsenkarzinom		
Zähler a) Patienten des Nenners mit pTNM und postoperativem Calcitonin- u. CEA-Spiegel (6-8 Wochen nach der OP) b) Patienten des Nenners mit molekulargenetischer Keimbahnanalyse RET-Protoonkogen Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines medullären Schilddrüsenkarzinoms (MTC) und Operation	8.15 Zur Planung einer risikoadaptierten postoperativen Nachsorge eines histologisch und immunhistologisch gesicherten MTC sollen folgende Befunde vorliegen: pTNM Klassifikation = Stadieneinteilung postoperativer basaler Ctn- und CEA-Spiegel (6-8 Wochen nach der OP)	Konsensbasierte Empfehlung Starker

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Molekulargenetische Analyse auf pathogene Keimbahn-Variante im RET-Protoonkogen	
Anmerkung: Möglichst häufig Bestimmung von pTNM, Calcitonin und CEA molekulargenetische Keimbahnanalyse RET-Protoonkogen		
Thyr 7: Molekularpathologische Untersuchung RET-Gen bei sporadisch medullärem Schilddrüsenkarzinom		
Zähler Patienten des Nenners mit molekularpathologischer Untersuchung des Tumors auf somatische Variante im RET-Gen vor Systemtherapie Nenner Alle Patienten mit metastasiertem sporadisch medullärem Schilddrüsenkarzinom (MTC), N1 u./o. M1 und systemischer Therapie	8.33 Bei Patienten mit metastasiert sporadischem MTC soll vor Beginn einer systemischen Therapie eine molekulargenetische Analyse des Tumors auf das Vorliegen einer somatischen Variante im RET-Gen in Hinblick auf den Einsatz selektiver RET-Inhibitoren sowie von Vandetanib durchgeführt werden.	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig molekularpathologische Analyse auf Vorliegen einer somatischen Variante im RET-Gen vor Beginn einer systemischen Therapie		

34 Speicheldrüsentumoren

(Version 1.0, 01.08.2025)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Sal 1: Intraoperatives Neuromonitoring bei Operationen an der Gl. parotidea		
Zähler Pat. des Nenners mit intra-operativem Neuromonitoring Nenner Alle Pat. mit operativem Eingriff an der Gl. parotidea	4.1 Bei allen Eingriffen an der Gl. parotidea sollen Neuromonitoring und Vergrößerungshilfen (Lupenbrille, Operationsmikroskop) verwendet werden.	Konsensbasierte Empfehlung , Qualitätsziel: Möglichst häufig Neuromonitoring* bei operativen Eingriffen an der Gl. Parotidea *OPS Code 5- oder 5- oder 5- oder 15 (OPS-Version 2025)
Sal 2: Interdisziplinäre Tumorkonferenz		
Zähler Pat. des Nenners mit Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz ¹ ¹ Teilnehmende Tumorkonferenz: MKG-Chirurgie, HNO, Strahlentherapie, Onkologie, Radiologie, Pathologie Nenner Alle Pat. mit bösartigen Tumoren der Speicheldrüse	4.11 Die Therapieempfehlung bei bösartigen Tumoren der Speicheldrüsen sollen in der interdisziplinären Tumorkonferenz, bestehend aus Vertreter*innen der Fachabteilungen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde; Strahlentherapie; Onkologie; Radiologie und Pathologie getroffen werden.	Konsensbasierte Empfehlung , (100%) Qualitätsziel: Möglichst häufig Vorstellung von Pat. mit malignem Speicheldrüsen-tumor in der inter-disziplinären Tumorkonferenz
Sal 3: Psychoonkologisches Distress-Screening		
Zähler Pat. des Nenners mit psychoonkologischem Distress-Screening Nenner	4.12 Ab Diagnosestellung eines bösartigen Speicheldrüsentumors soll dem Patienten/der Patientin eine Beratung durch die	Konsensbasierte Empfehlung , Qualitätsziel: Möglichst häufig Angebot eines psychoonkologischen

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Alle Pat. mit Erstdiagnose eines bösartigen Speicheldrüsentumors	Psychoonkologie angeboten werden.	Distress-Screenings bei Pat. mit Erstdiagnose eines bösartigen Speicheldrüsen-tumors
Sal 4: R0 Resektion bei Karzinomen der Gl. parotidea		
Zähler Pat. des Nenners mit R0-Resektion Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Speicheldrüsenkarzinoms der Gl. parotidea ohne Fernmetastasierung (M0) und chirurgischer Resektion	4.14 Die primäre Therapie eines Speicheldrüsenkarzinoms ohne Fernmetastasierung besteht in der chirurgischen Resektion unter Mitnahme von umgebenden Speicheldrüsenparenchyms bis hin zur totalen Parotidektomie (R0-Resektion).	LoE 4 EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig R0-Resektion von Speicheldrüsenkarzinomen der Gl. parotidea
Sal 5: Submandibulektomie und Neck Dissection bei Karzinomen der Gl. submandibularis		
Zähler Pat. des Nenners mit Submandibulektomie und Neck Dissection (mind. der Level I-III) Nenner Alle Pat. mit Erstdiagnose eines intrakapsulären Karzinoms der Gl. submandibularis und chirurgischer Resektion	4.22 Maligne intrakapsuläre Karzinome der Gl. submandibularis sollen in Form einer Submandibulektomie mit Neck Dissection der Level I-III therapiert werden.	Konsensbasierte Empfehlung , Qualitätsziel: Möglichst häufig Submandibulektomie und Neck Dissection der Level I-III* bei intrakapsulären Karzinomen der Gl. Submandibularis *OPS Code 5-40/.03/.04/.05, 5-40, 5-40, 5-40 (OPS Version 2025)
Sal 6: Ipsilaterale modifiziert radikale zervikale Lymphknotendisektion bei ≥cN1		
Zähler Pat. des Nenners mit ipsilateraler modifiziert radikaler zervikaler Lymphknotendisektion	4.25 Bei einem positivem zervikalen Lymphknotenbefund in der	LoE 4 EG A, Qualitätsziel: Möglichst häufig modifiziert

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Nenner Alle Pat. mit klinisch o. radiologisch positivem zervikalen Lymphknotenbefund ($\geq cN1$) mit bösartigen Tumoren der Speicheldrüsen und chirurgischer Resektion	prätherapeutischen Diagnostik soll eine therapeutische, modifiziert radikale zervikale Lymphknoten-dissektion durchgeführt werden.	radikale zervikale Lymph-knotendissektion* bei positivem zervikalen Lymph-knotenbefund in der prä-therapeutischen Diagnostik *OPS Code 5.-40, 5-40, 5-40 (OPS-Version 2025)

Sal 7: Ipsilaterale zervikale Lymphadenektomie bei Tumoren der Gl. parotidea

Zähler Pat. des Nenners mit ipsilateraler elektiver zervikaler Lymphadenektomie Nenner Alle Pat. mit Tumoren der Gl. parotidea mit · high-grade Histologien u/o · Karzinom mit high-grade Transformation u/o · Fortgeschrittener Tumorgröße (T3/T4) u/o · mit extraparenchymalem Wachstum und chirurgischer Resektion	4.26 Bei high-grade Histologien und Karzinomen mit high-grade Transformation, fortgeschrittener Tumorgröße (T3/T4) oder Tumoren der Ohrspeicheldrüse mit extraparenchymalem Wachstum soll auch ohne Hinweis auf eine zervikale lymphogene Aussaat (cN0) eine ipsilaterale elektive zervikale Lymphadenektomie erfolgen.	LoE 4 EG A, . Qualitätsziel: Möglichst häufig ipsilaterale elektive zervikale Lymph-adenektomie* bei Pat. mit Tumoren der Gl. parotidea und high-grade Histologien u/o Karzinom mit high-grade Transformation u/o fortgeschrittener Tumor-größe (T3/T4) u/o extra-parenchymalem Wachstum *OPS Code 5-40/.03/.04/.05, 5.-40, 5-40, 5-40 (OPS-Version 2025)
---	--	--

Sal 8: Postoperative Strahlentherapie

Zähler Pat. des Nenners mit postoperativer Strahlentherapie Nenner Alle Pat. mit Speicheldrüsenkarzinom mit · T3-4 Tumor u/o · high-grade Tumor u/o · Vorliegen von Lymphknotenmetastasierung u/o	4.29 Eine postoperative Strahlentherapie soll durchgeführt werden bei: Vorliegen von mindestens einem der folgenden Risikofaktoren: T3-4 Tumor, high-grade Tumor, Vorliegen von Lymphknotenmetastasierung,	Konsensbasierte Empfehlung , Qualitätsziel: Möglichst häufig post-operative Strahlentherapie bei Pat. mit Speicheldrüsen-karzinom
--	--	--

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
· positivem Resektionsrand (<1 mm) u/o · Perineuralscheideninfiltration u/o · Lymphgefäß-/o. Blutgefäßinvasion (L1 o. V1) oder adenoidzystischem Karzinom und chirurgischer Resektion	positiver Resektionsrand (<1 mm), Perineuralscheideninfiltration , Lymphgefäß- oder Blutgefäßinvasion (L1 oder V1) allen adenoidzystischen Karzinomen Eine postoperative Strahlentherapie kann durchgeführt werden bei: Intermediate-grade Tumoren und knappem Resektionsrand (1-3 mm).	mit T3-4Tumor u./o. mit high grade Tumor u./o. Lymphknotenmetastasierung u./o. positivem Resektionsrand (<1 mm) u./o. Pn1 u./o. L1 o.V1 oder adenoidzystischem Karzinom und chirurgischer Resektion

Sal 9: Applizierte Gesamtdosis bei definitiver Strahlentherapie

Zähler Pat. des Nenners mit Applikation einer GD von ≥ 72 Gy (normofraktioniert) im high-risk PTV (Zielvolumen) und ≥ 50 Gy im elektiven PTV Nenner Alle Pat. mit Speicheldrüsenkarzinom und Bestrahlung als definitiver Therapie	4.35 Dosisverschreibung in der postoperativen Situation: Im high-risk PTV sollte normofraktioniert eine Dosis von mindestens 60 Gy und im Falle eines knappen/positiven Resektionsrandes und/oder einer Perineuralscheideninfiltration mindestens eine Dosis von 64-66 Gy appliziert werden. Im elektiven PTV sollte eine Dosis von 50 Gy appliziert werden. Dosisverschreibung in der definitiven Situation: Im high-risk PTV soll normofraktioniert eine Dosis von mindestens 72 Gy appliziert werden.	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel: Möglichst häufig Applikation von ≥ 72 Gy (normofraktioniert) im high-risk PTV (Zielvolumen) und ≥ 50 Gy im elektiven PTV bei definitiver Bestrahlung eines Speicheldrüsenkarzinoms
---	--	--

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	Im elektiven PTV soll eine Dosis von 50 Gy appliziert werden.	
Sal 10: Zahnärztliche Untersuchung vor Radio- oder Radiochemotherapie		
Zähler Pat. des Nenners mit zahnärztlicher Untersuchung vor Beginn der Radio- oder Radiochemotherapie Nenner Alle Pat. malignem Tumor der Speicheldrüse und Radio- oder Radiochemotherapie	Keine	Qualitätsziel: Möglichst häufig Applikation von ≥ 72 Gy (normofraktioniert) im high-risk PTV (Zielvolumen) und ≥ 50 Gy im elektiven PTV bei definitiver Bestrahlung eines Speicheldrüsen-karzinoms
Anmerkung: Spezifisches Ziel auf Basis QPI5 (Healthcare Improvement Scotland and National Health Services Scotland, Head and Neck Cancer - Clinical QPI) Numerator: Number of patients with head and neck cancer undergoing treatment with curative intent who are identified by the Restorative Consultant and the MDT as requiring pre-treatment assessment that have assessment carried out before initiation of treatment. Denominator: All patients with head and neck cancer undergoing treatment with curative intent who are identified by the Restorative Consultant and the MDT as requiring pre-treatment assessment.		

35 Supportive Therapie

(Version 2.0, 16.05.2025)

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Supp 1: Antiemese bei hochemetogener Tumorthherapie		
Zähler Patienten mit Gabe von 5-HT ₃ -RA und NK1-Rezeptorantagonist und Dexamethason vor der 1. medikamentösen Tumorthherapiegabe Nenner Alle Patienten mit abgeschlossener medikamentöser hoch-emetogener Tumorthherapie	5.13 gering emetogene - akute Phase: Bei einer medikamentösen Tumorthherapie mit einem Emesis-Risiko von 10 - 30 % kann die antiemetische Prophylaxe entfallen oder mit Dexamethason, 5-HT ₃ -Rezeptorantagonist oder Metoclopramid erfolgen.	LoE 5 sgrad: A Level of Evidence: 1a
Qualitätsziel: Möglichst häufig Gabe von 5-HT ₃ -RA u NK1- Rezeptorantagonist u Dexamethason vor der 1. medikamentösen Tumorthherapiegabe Anmerkungen: Hoch emetogene Tumorthherapie: Anthracyclin / Cyclophosphamid-Komination; 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 vor Beginn der Bisphosphonat oder Denosumab-Therapie Nenner Nenner: Alle Patienten mit malignem Tm (= Mamma, Prostata, Lungenkarzinom) und Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie	10.12 Zur Prävention von Kieferosteonekrosen sollen vor der Gabe von Bisphosphonaten oder Denosumab eine zahnärztliche Untersuchung und die ggf. erforderliche zahnärztliche Sanierung sowie eine Unterweisung und Motivation der Patient*innen	LoE 1 EG A, LoE LA

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	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	11.74 Zur Prophylaxe der Osteoradionekrose im Kopf-Hals-Bereich sollen folgende Maßnahmen durchgeführt werden: vor Strahlentherapie: Zahnsanierung unter besonderen Kautelen nach Strahlentherapie: Zahnsanierung unter besonderen Kautelen, kaufunktionelle Rehabilitation mit maximaler Schleimhautschonung und Beachtung besonderer Maßnahmen bei zahnärztlichen/ Mund-Kiefer-chirurgischen Eingriffen prä-/ peri- und poststrahlentherapeutisch sehr gute Mundhygiene	LoE 5

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
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		

36 Zervixkarzinom

(Version 2.2, 29.03.2022)

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 Gynäkoonkologe, Pathologe, Radiologe, Radioonkologe		
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

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	Befundberichte bei Erstdiagnose Zervixkarzinom und Tumorresektion

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	8.2 Die Therapie soll in Abhängigkeit des histologischen Tumorstadiums erfolgen, verifiziert mittels	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel:

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Alle Patientinnen mit Zervixkarzinom FIGO Stadium $\geq$ IA2 – IVA	Operativem Staging oder interventioneller Diagnostik.	Möglichst häufig zytologisch/histologisches LK-staging bei Zervixkarzinom FIGO Stadium $\geq$ IA2 – IVA
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;

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
		langfristig: Reduktion der adjuvanten Therapie zugunsten 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	7.8 Im histologischen Befundbericht vermerkt sein	Konsensbasierte Empfehlung Qualitätsziel:

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Angaben zu: · Art der Läsion (CIN, AIS, SMILE) · Lokalisation (endo-, ektozervikal) · 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	sollen die Art der Läsion (CIN, AIS und dessen Variante in Form der stratifizierten-muzinproduzierenden-Läsion 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.	Möglichst häufig vollständiger Befundbericht bei Patientinnen mit Konisation
Anmerkung: Der Indikator ist durch Dysplasieeinheiten/-sprechstunden und Gynäkologische Krebszentren zu erheben		

37 Ösophaguskarzinom

(Version 4.0, 18.12.2023)

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		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
(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.		
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-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)	Konsensbasierte Empfehlung
Anmerkung: Qualitätsziel:		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
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 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)	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
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 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	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
Anmerkung: Qualitätsziel: Möglichst häufig prätherapeutische Vorstellung aller Primärfälle Ösophaguskarzinom		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
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 Ulzerationen, 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. 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	Konsensbasierte Empfehlung

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
	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 Ulzerationen“ 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
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:		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
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 cT3/cT4 oder cN1-3 und chirurgischer Resektion	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 Radiochemotherapie durchgeführt werden.	LoE 1a Evidenzgrad 1a
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	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	LoE 1a Evidenzgrad 1a

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
Adenokarzinoms des Ösophagus (C15, C16.0, M1)	Verlängerung der Überlebenszeit und der Erhalt der Lebensqualität.	
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 (D.00.1, C.15, C16.0) und elektiver chirurgischer Resektion	Keine Quellen: [62]	Ergebnisindikator basierend auf einem entsprechenden QI aus Belgien: „OC9: Proportion of patients experiencing anastomotic leakage after oesophagectomy“ 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 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:		

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/weitere Informationen
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 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)	Keine Quellen: [63], [64], [65]	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)
Anmerkung: Ergebnisindikator basierend auf einem entsprechenden QI aus Belgien: OC6: Oesophageal resection mortality rate within 30 days (Vlayen Joan, et al. 2013)		

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

38 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/gaps.pdf>
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-assozierte_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. 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
62. 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>
63. 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>
64. Walters DM, McMurtry 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/>
65. 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/>