

Leitlinienreport

S3-Leitlinie

Endometriumkarzinom

Version 4.0- Mai 2026

AWMF-Registernummer: 032-034OL

Leitlinienreport

Inhalt

1.	Informationen zum Leitlinienreport.....	4
1.1.	Autoren des Leitlinienreports.....	4
1.2.	Herausgeber.....	4
1.3.	Federführende Fachgesellschaften der Leitlinie	4
1.4.	Finanzierung der Leitlinie	4
1.5.	Kontakt	4
1.6.	Zitierweise des Leitlinienreports.....	4
1.7.	Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie	5
1.8.	Verwendete Abkürzungen.....	5
2.	Geltungsbereich und Zweck.....	9
2.1.	Zielsetzung und Adressaten.....	9
3.	Zusammensetzung der Leitliniengruppe.....	9
4.	Fragestellungen und Gliederung.....	9
5.	Methodik.....	11
5.1.	Evidenzbasierung	11
5.2.	Formulierung der Empfehlungen und formale Konsensusfindung	11
5.2.1.	Schema der Empfehlungsgraduierung	13
5.2.2.	Festlegung der Konsensstärke	15
5.2.3.	Empfehlungen	15
5.2.4.	Statements	15
5.2.5.	Expertenkonsens (EK).....	15
5.2.6.	Konsentierung	15
6.	Qualitätsindikatoren.....	16
7.	Redaktionelle Unabhängigkeit und Umgang mit Interessenkonflikten	17
8.	Reviewverfahren und Verabschiedung.....	48

9.	Verbreitung und Implementierung	138
10.	Anhang: Schlüsselfragen zugeordnet zu Themenkomplexen und Autoren	139
11.	Tabellenverzeichnis	153
12.	Abbildungsverzeichnis	153
13.	Literaturverzeichnis.....	154

1. Informationen zum Leitlinienreport

Dieser Leitlinienreport dient der Nachvollziehbarkeit der in der Aktualisierung der S3-Leitlinie Endometriumkarzinom Version 4 angewandten methodischen Arbeitsschritte.

1.1. Autoren des Leitlinienreports

Koordinator: Prof. Dr. Clemens Tempfer, MBA (Herne), Prof. Dr. Sara Brucker (Tübingen), Prof. Dr. Eric Steiner; (Rüsselsheim)

Redaktionsteam: Jeannette Kosel

1.2. Herausgeber

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

1.3. Federführende Fachgesellschaften der Leitlinie

Deutsche Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe
(DGGG)

Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
vertreten durch die Arbeitsgemeinschaft
Gynäkologische Onkologie (AGO)



1.4. Finanzierung der Leitlinie

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

1.5. Kontakt

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

leitlinienprogramm@krebsgesellschaft.de

www.leitlinienprogramm-onkologie.de

1.6. Zitierweise des Leitlinienreports

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Leitlinienreport zur S3-Leitlinie Endometriumkarzinom, 4.0, 2026, AWMF-Registernummer:032-034OL, <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/endometriumkarzinom/> (Zugriff am TT.MM.JJJJ).

1.7. Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie

Die Leitlinie liegt als Lang- und Kurzversion vor. Außerdem gibt es eine Patientinnenleitlinie (Laienversion der Leitlinie). Alle Dokumente zur Leitlinie sind über die folgenden Seiten zugänglich:

- AWMF (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/032-034OL>)
- Leitlinienprogramm Onkologie (<http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/endometriumkarzinom/>)
- Guidelines International Network (www.g-i-n.net)

Neben der Langversion wird es die folgenden ergänzende Dokumente zur Leitlinie geben:

- Leitlinienreport zur Aktualisierung Leitlinie (dieses Dokument)
- Kurzversion (Erstellung nach finaler Publikation)
- Foliensatz (Erstellung nach finaler Publikation)
- Patientinnenleitlinie (Aktualisierung nach finaler Publikation der Version 4)

Dokumente zu den Vorgängerversionen der Leitlinie sind im Leitlinienarchiv unter: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/endometriumkarzinom/> abrufbar.

1.8. Verwendete Abkürzungen

Abkürzung	Erläuterung
AB	Allgemeinbevölkerung
ACR	American College of Radiology
AEH	Atypische endometriale Hyperplasie
AET	Arbeitsgemeinschaft erblicher Tumorerkrankungen der DKG
AG	Arbeitsgruppe
AHB	Anschlussheilbehandlung
AK	Antikörper
ASCO	American Society of Clinical Oncology
ASTEC	A Study in the Treatment of Endometrial Cancer
AUC	area under the curve
BWS	Brustwirbelsäule
CAP	College of American Pathologists
CEB	Basel Institute for Clinical Epidemiology & Biostatistics der Universität Basel
CEBM	Centre for Evidence-Based Medicine (Oxford, UK)
CEE	conjugated equine estrogens (dt.: konjugierte equine Östrogene)

Abkürzung	Erläuterung
CGS User Group	Clinical Guidelines Services User Group, Kiel + Berlin
CI (eng)	Confidence Interval
COEIN	Koagulopathie (AB-C = Coagulopathy), Ovulationsstörung (AUB-O), Endometriumpathologie (AUB-E), iatrogene (AUB-I), nicht klassifizierte (AUB-N)
CoI	Interessenkonflikt (Conflict of Interest)
COS	(engl. controlled ovarian stimulation) kontrollierte ovarielle Stimulation
CS	Cowden-Syndrom
CT	Computertomographie
DELBI	Deutsches Leitlinienbewertungsinstrument
DELPHI	mehrstufiges Befragungsverfahren
DFS	krankheitsfreies Überleben (disease-free survival)
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
DKH	Stiftung Deutsche Krebshilfe
EB	Endometriumbiopsie
EBRT	External Beam Radiotherapy = perkutane Strahlentherapie
EC	Endometriumkarzinom
EK	Expertenkonsens
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
EPIC	The European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition
ETS	erbliche (hereditäres) Tumorsyndrom
FDG	Fluorodesoxyglukose
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
FKS	Fall-Kontroll-Studie(n)
FSH	follikelstimulierendes Hormon
G-CSF (eng)	granulocyte colony-stimulating factor
G-I-N	Guidelines International Network
GenDG	Gendiagnostikgesetz
GnRH	Gonadotropin-Releasing-Hormone
GOG	Gynecologic Oncology Group
Gy	Gray

Abkürzung	Erläuterung
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HE4	humanes Epididymis Protein 4
HNPCC (eng)	Hereditary Non-polyposis Colorectal Carcinoma Syndrome (hereditäres kolorektales Karzinom ohne Polyposis)
HR	Hazard ratio
HRT	Hormone Replacement Therapy
HSK	Hysteroskopie
HWS	Halswirbelsäule
ICD (eng)	International Classification of Diseases, internationale Klassifikation von Erkrankungen
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IHC	Immunhistochemische Untersuchung
IKNL	Integraal Kankercentum Nederland
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IR	incidence ratio (dt.: Inzidenz-Ratio, Inzidenzverhältnis)
KRK	Kolorektales Karzinom
KS	Kohrenstudie(n)
LA	Leitlinienendaptation
LDR	Low-Dose Rate
LFS	Li-Fraumeni-Syndrom
LK	Lymphknoten
LNE	Lymphonodektomie/ Lymphadenektomie
LR	likelihood ratio (dt.: Wahrscheinlichkeitsverhältnis)
LS	Lynch-Syndrom
LVSI	lymphovascular space invasion (dt.: Lymphgefäßeinbruch)
LZR	Lebenszeitrisiko
MA	Metaanalyse
MAP	MUTYH-assoziierte Polyposis
MDR	medium dosed rate (dt.: mittlere Dosierungsrate)
MGA	Megestrolacetat

Abkürzung	Erläuterung
MMMT	maligner Müllerscher Mischtumor/ maligner mesodermaler Michtumor: Karzinosarkom
MPA	Medroxyprogesteronacetat
MRT / MR	Magnetresonanztomographie
MSA	Mikrosatellitenanalyse
MSI	Mikrosatelliteninstabilität
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NCDB	National Cancer Database (USA)
NGC	National Guideline Clearinghouse (USA)
PALM	Polyp (AUB-P), Adenomyosis (AUB-A), Leiomyom (AUB-L), Malignom und Hyperplasie (AUB-M)
PCOS	Polycystic Ovary Syndrome = Stein-Leventhal-Syndrom
pCR	pathological complete remission (dt.: pathologische Komplettremission)
PHTS	PTEN-Hamartom-Tumor-Syndrom
PMB	postmenopausale Blutung
PPV	Positive Predictive Value
QoL	Lebensqualität (Quality of Life)
RCT	Randomized controlled trial
ROC	Receiver Operating Characteristic
RR	Relatives Risiko
SEER	Surveillance, Epidemiology, and End Results (USA)
SLNB	Sentinel-Lymphknotenbiopsie (sentinel lymph node biopsy)
TVS	Transvaginalsonographie
WHR	waist to hip ratio (dt.: Verhältnis Taille zu Hüfte)

2. Geltungsbereich und Zweck

2.1. Zielsetzung und Adressaten

Die Ziele der S3-Leitlinie sowie die Adressaten sind in der Langversion der Leitlinie beschrieben. Weiterhin enthält die Langversion Angaben zur Gültigkeitsdauer und dem Aktualisierungsverfahren.

3. Zusammensetzung der Leitliniengruppe

Die Leitliniengruppe war multidisziplinär und multiprofessionell unter direkter Beteiligung von Patientenvertreterinnen zusammengesetzt. Alle beteiligten Personen und Organisationen, die an der Aktualisierung der Leitlinie beteiligt waren, sind in der Langversion aufgeführt.

4. Fragestellungen und Gliederung

Die Grundstruktur der Leitlinie basiert auf der Einteilung in Hauptkomplexe, die mit den folgenden Kapiteln der Langversion (Version 4.0) korrespondieren.

Tabelle 1: Gliederung der Themenkomplexe

Themenkomplex/ Kapitel	Bezeichnung
AG 1/Kapitel 3	Epidemiologie und Risikofaktoren, Prävention des Endometriumkarzinoms
AG 2/Kapitel 4	Früherkennung/Diagnostik des Endometriumkarzinoms
AG 3/Kapitel 5	Therapie der Präkanzerosen und des frühen Endometriumkarzinoms
AG 4/Kapitel 6	Operative Therapie des Endometriumkarzinoms
AG 5 und 6/Kapitel 7	Adjuvante Therapie des Endometriumkarzinoms
AG 7/Kapitel 8	Nachsorge/Rezidiv/Metastasen des Endometriumkarzinoms
AG 8/Kapitel 9	Hereditäre Endometriumkarzinome
AG 9/Kapitel 10	Palliativmedizin/Pschoonkologie/Rehabilitation/Psychosoziale Betreuung/Patientinnenaufklärung
AG 10/Kapitel 11	Fragile Patientinnen/Geriatisches Assessment
AG 11/Kapitel 12	Versorgungsstrukturen

Zur Bearbeitung der verschiedenen Aspekte dieser Hauptkomplexe formulierte das Leitliniengremium zu Beginn des Erstellungsprozesses der Leitlinie Schlüsselfragen. Die aufgestellten Schlüsselfragen wurden in einem formalisierten Konsensusverfahren durch die gesamte Leitliniengruppe verabschiedet. An den konsentierten Schlüsselfragen orientierte sich die Literaturrecherche und spätere Formulierung von Empfehlungen und

Statements. Die Schlüsselfragen sind aufgelistet. Für Version 4.0 wurden keine Recherchen durchgeführt. Die Schlüsselfragen, die im Anhang dargestellt sind, entsprechen denen aus der Version 3.0. Die wichtigsten Themen, die in der Version 4.0 bearbeitet wurden, betreffen die Implementierung der ESGO/ESTRO-Risikoklassifikation als Grundlage der Empfehlungen der operativen Therapie (Kapitel 6) und der adjuvanten Therapie (Kapitel 7).

5. Methodik

5.1. Evidenzbasierung

Zwischen der Erstellung der Version 3.0 und 4.0 erfolgte aufgrund des kurzen Zeitraumes keine neue systematische Literatursuche. Im Fokus der Aktualisierung stand die Ausrichtung der Empfehlungen zur operativen Therapie und zur adjuvanten Therapie an der ESGO/ESTRO-Risikoklassifikation.

5.2. Formulierung der Empfehlungen und formale Konsensusfindung

Die wesentlichsten Aussagen dieser Leitlinie sind in gesonderten Kästen unter Angaben der zugrundeliegenden Evidenz, der jeweiligen Evidenzklasse, des Empfehlungsgrades und der Konsensstärke dem Hintergrundtext vorangestellt. Die Kernaussagen sind entweder als handlungsleitende Empfehlungen oder als informierende Statements formuliert.

Die Verabschiedung der Empfehlungen und Statements sowie die Festlegung der Empfehlungsgrade erfolgten im Rahmen von zwei Online-Konsensuskonferenzen am 15.11.2024 und am 26.1.2025 unter Verwendung formaler Konsensusverfahren. Vor der Online-Konsensusabstimmung wurde eine Online-Vorabstimmung durchgeführt, die über das Content-Management-System des Leitlinienprogramms Onkologie (OL) generiert und durch das OL versandt wurde.

Bei den Online-Konsensuskonferenzen erfolgte eine Einführung zum Stand der Leitlinienbearbeitung durch einen Methodiker des Leitlinienprogramms Onkologie (OL) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). Die Teilnehmenden wurden in die Technik der strukturierten Konsensusfindung eingewiesen. Die Konsentierung erfolgte unter neutraler Moderation von Dr. Monika Nothacker (OL-Office) und Dr. Markus Follmann (OL-Office).

Die strukturierten Konsensuskonferenzen erfolgten nach dem Typ des US-amerikanischen National Institutes of Health (NIH-Typ) und sahen das folgende Prozedere zur Abstimmung der Empfehlungen vor:

- Präsentation der abzustimmenden Empfehlungen im Plenum durch die AG
- Gelegenheit zu Rückfragen und Einbringung von begründeten Änderungsanträgen
- Abstimmung der Empfehlungen und Änderungsanträge
- Bei Bedarf: Diskussion, Erarbeitung von Alternativvorschlägen und endgültige Abstimmung.

Abgestimmt wurde pro Empfehlung. Die Möglichkeiten der Abstimmung lauteten: „ich stimme zu“, „ich stimme nicht zu“ und „ich enthalte mich“. Lagen zu den behandelten Themen moderate Interessenkonflikte bei beteiligten Personen vor, wurde eine Sensitivitätsanalyse des Abstimmungsergebnisses unter Ausschluss dieser Personen durchgeführt. Dieses Ergebnis war maßgeblich für den Konsentierungsprozess.

Das Protokoll der Abstimmungen kann auf Nachfrage beim Leitliniensekretariat (Fr. J. Kosel; jeannette.kosel@elisabethgruppe.de) eingesehen werden.

Tabelle 2: Auflistung aller Konferenzen

Online-Treffen	Datum	Thema
AG-Treffen	11(2024-3/2025	AG 2 „Früherkennung und Diagnostik des EC“ AG 3 „Therapie der Präkanzerosen und des frühen Endometriumkarzinoms“
	11(2024-3/2025	AG 4 „Operative Therapie des Endometriumkarzinoms“ AG 5 „Strahlentherapie des EC“ + AG 6 „Medikamentöse Therapie des EC“
	11(2024-3/2025	AG 1 + AG 8 „Hereditäre EC“
Konsensus-konferenz	15.11.2024 26.01.2025	2 Konsensuskonferenzen der Version 4.0 (per ZOOM)
Konferenz der Steuergruppe	11(2024-3/2025	Telefonkonferenzen und online-Konferenzen: TOP 1: Begrüßung, Vorstellung der neuen LL-Koordinatoren Brucker/Tempfer; Präsentation der Agenda für die LL-Version 4.0 TOP 2: Zusammenlegung der AGs 5 & 6 zur AG „Adjuvante Therapie“ TOP 3: Die Grundzüge der LL-Version 4.0 werden diskutiert; 1. Vereinfachung der Integration von molekularer Klassifikation und Therapieempfehlungen; 2. Reduktion der Anzahl der Statements/Empfehlungen; Zusammenlegung der AGs 5 und 6 zur AG Adjuvante Therapie; 3. Implementierung der ESGO/ESTRO-Risikoklassifikation TOP 4: AG 1; keine inhaltlichen Änderungen; das Update für die Version 4.0 wird aktuell vorbereitet; die Literaturbeurteilung läuft derzeit; AG-Leiter: weiterhin Tempfer; AG 3: Änderungen bzgl. Endometriumbiologie; AG 2: Änderungen hinsichtlich EM-Dicke und Empfehlungen zur Abklärung

5.2.1. Schema der Empfehlungsgraduierung

Die Methodik des Leitlinienprogramms Onkologie sieht eine Vergabe von Empfehlungsgraden durch die Leitlinien-Autor*innen im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens vor. Dementsprechend wurden durch die AWMF moderierte, strukturierte Konsensuskonferenzen durchgeführt [8]. Im Rahmen dieser Prozesse wurden die Empfehlungen von den stimmberechtigten Mandatsträger*innen formal abgestimmt. Die Ergebnisse der jeweiligen Abstimmungen (Konsensstärke) sind entsprechend den Kategorien in Tabelle 4 den Empfehlungen zugeordnet.

In der Leitlinie werden zu allen evidenzbasierten Statements und Empfehlungen das Evidenzlevel der zugrundeliegenden Studien sowie bei Empfehlungen zusätzlich die Stärke der Empfehlung (= Empfehlungsgrad) ausgewiesen. Hinsichtlich der Stärke der Empfehlung werden in dieser Leitlinie drei Empfehlungsgrade unterschieden (Tabelle 3), die sich auch in der Formulierung der Empfehlungen jeweils widerspiegeln. Die Empfehlungsgrade drücken den Grad der Sicherheit aus, dass der erwartbare Nutzen der Intervention den möglichen Schaden aufwiegt (Netto-Nutzen) und die erwartbaren positiven Effekte ein für die Patienten relevantes Ausmaß erreichen. Im Fall von Negativempfehlungen (soll nicht) wird entsprechend die Sicherheit über einen fehlenden Nutzen bzw. möglichen Schaden ausgedrückt.

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

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

Konsistenz der Studienergebnisse

BEISPIEL: Die Effektschätzer der Studienergebnisse gehen in unterschiedliche Richtungen und zeigen keine einheitliche Tendenz.

Klinische Relevanz der Endpunkte und Effektstärken

BEISPIEL: Es liegen zwar Studien mit Ergebnissen in eine Richtung vor, jedoch wird die Bedeutung der gewählten Endpunkte und/oder Effektstärken als nicht relevant eingeschätzt.

Nutzen-Risiko-Verhältnis

BEISPIEL: Dem nachgewiesenen Nutzen einer Intervention steht ein relevanter Schadensaspekt gegenüber, der gegen eine uneingeschränkte Empfehlung spricht.

Ethische Verpflichtungen

BEISPIEL: Downgrading: Aus ethischen Gründen kann eine Intervention mit nachgewiesenem Nutzen nicht uneingeschränkt angeboten werden. Upgrading: Starke Empfehlung auf Basis von z.B. Fall-Kontroll-Studien, da aus ethischen Gründen ein RCT nicht durchführbar ist.

Patientenpräferenzen

BEISPIEL: Eine Intervention mit nachgewiesenem Nutzen wird nicht stark empfohlen, da sie von den Patienten als belastend oder nicht praktikabel abgelehnt wird.

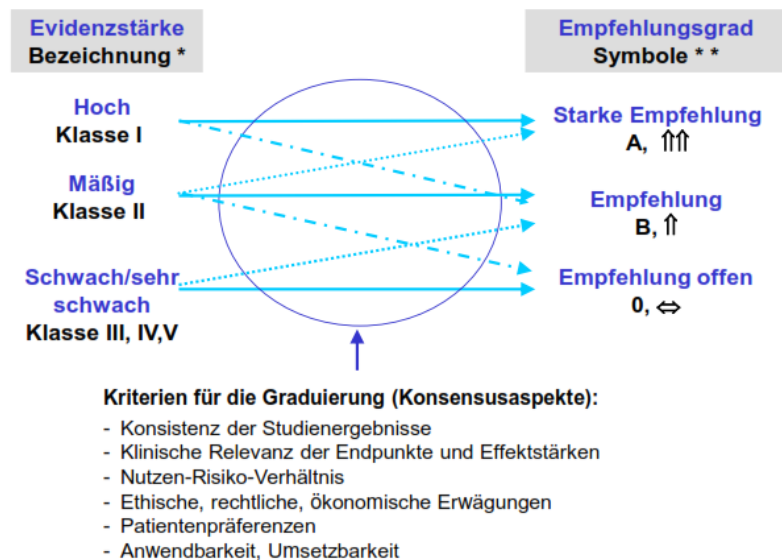
Anwendbarkeit/Umsetzbarkeit in der Versorgung

BEISPIEL: Eine Intervention mit nachgewiesenen positiven Effekten kann nicht empfohlen werden, weil sie im regionalen Versorgungssystem aus strukturellen Gründen nicht angeboten werden kann.

Tabelle 3: Schema der Empfehlungsgraduierung

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise
A	Starke Empfehlung	Soll/Soll nicht
B	Empfehlung	Sollte/Sollte nicht
0	Empfehlung offen	Kann

Abbildung 1: Schema zur Darstellung der kriteriengestützten Entscheidungsprozesse bei der Wahl des Empfehlungsgrades



*: blau = Evidenzstärke nach GRADE bzgl. des gesamten ‚body of evidence‘, schwarz = Evidenzklassifikation bzgl. Einzelstudien, z.B. nach Oxford;

** : Empfehlungsgraduierung im Programm für Nationale Versorgungsleitlinien. Die Empfehlungen werden nach Möglichkeit analog formuliert: Starke Empfehlung: „soll“; (abgeschwächte) Empfehlung: „sollte“; Negativ-Empfehlungen werden entweder rein sprachlich ausgedrückt („nicht“/„kann verzichtet werden“) bei gleichen Symbolen oder sprachlich mit zusätzlich nach unten gerichteten Pfeilen; Offene Empfehlungen drücken eine Handlungsoption in Unsicherheit aus („kann erwogen werden“/„kann verzichtet werden“).

Quelle: [8]

5.2.2. Festlegung der Konsensstärke

Die Definition der Konsensstärke erfolgte gemäß dem Regelwerk der AWMF [8]:

Tabelle 4: Festlegungen hinsichtlich der Konsensstärke

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

5.2.3. Empfehlungen

Empfehlungen sind thematisch bezogene handlungsleitende Kernsätze der Leitlinie, die durch die Leitliniengruppe erarbeitet und im Rahmen von formalen Konsensusverfahren abgestimmt werden.

5.2.4. Statements

Als Statements werden Darlegungen oder Erläuterungen von spezifischen Sachverhalten oder Fragestellungen ohne unmittelbare Handlungsaufforderung bezeichnet. Sie werden entsprechend der Vorgehensweise bei den Empfehlungen im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens verabschiedet und können entweder auf Studienergebnissen oder auf Expertenmeinungen beruhen.

5.2.5. Expertenkonsens (EK)

Empfehlungen, zu denen keine systematische Literaturrecherche vorgenommen wurde, werden als Expertenkonsens (EK) bezeichnet. In der Regel adressieren diese Empfehlungen Vorgehensweisen der guten klinischen Praxis, zu denen keine wissenschaftlichen Studien notwendig sind bzw. erwartet werden können. Für die Graduierung des Expertenkonsenses wurden keine Symbole bzw. Buchstaben verwendet, die Stärke des Konsenspunktes ergibt sich aus der verwendeten Formulierung (soll/sollte/kann) entsprechend der Abstufung in Tabelle 3.

5.2.6. Konsentierung

Die Konsentierung der Statements und Empfehlungen erfolgte im Plenum in Form einer strukturierten Konsensuskonferenz unter neutraler Moderation [8], unter Berücksichtigung folgender Schritte:

- Online-Vorabstimmung über die Empfehlungen und ihre Graduierung
- Vorstellung der Empfehlungsvorschläge, die nicht im Rahmen der Online-Vorabstimmung konsentiert wurden (inhaltliche Kommentare oder Zustimmung <95%), im Plenum;
- Gelegenheit zu Rückfragen, zur Klärung der Evidenzgrundlage durch das Plenum, Einbringung von begründeten Änderungsanträgen, Abstimmung der Empfehlungen und Änderungsanträge;
- bei fehlendem Konsens Diskussion; Erarbeitung von Alternativvorschlägen und endgültige Abstimmung;

- Abstimmung per Online-Tool (vevox), welches vorab kommuniziert wurde. Hier konnten sich die Leitliniengruppenmitglieder die App auf ein Mobilgerät (Handy/Tablet) installieren, zudem wurde vor und in den Online-Treffen der Link geteilt, so dass alle abstimmen konnten.
- Zurückstellungen wurden aus der ersten Konsensuskonferenz in der zweiten Konsensuskonferenz konsentiert. Am Ende dieses Prozesses wurden alle Zurückstellungen aufgelöst.

6. Qualitätsindikatoren

Im Rahmen des Leitlinienprogramms Onkologie werden Qualitätsindikatoren in einem standardisierten Prozess aus den Empfehlungen der Leitlinien abgeleitet. Die detaillierte Beschreibung der Methodik findet sich auf der Homepage des Leitlinienprogramms Onkologie [10].

Die Qualitätsindikatoren wurden im ersten Update dieser Leitlinie (Version 2.0) aktualisiert. Nach Erstellung der Version 4 wurde deutlich, dass ein Update der Qualitätsindikatoren erforderlich ist. Die Überarbeitung der Qualitätsindikatoren erfolgt im ersten Halbjahr 2026 und wird in einer gesonderten Version (voraussichtlich 4.1) der Leitlinie publiziert.

7. Redaktionelle Unabhängigkeit und Umgang mit Interessenkonflikten

Die Deutsche Krebshilfe stellte über das Leitlinienprogramm Onkologie (OL) die finanziellen Mittel zur Verfügung. Diese Mittel wurden eingesetzt für Personalkosten, Büromaterial, Literaturbeschaffung und die Konsensuskonferenzen (Raummieten, Technik, Verpflegung, Moderatorenhonorare, Reisekosten der Teilnehmer). Die Erarbeitung der Leitlinie erfolgte in redaktioneller Unabhängigkeit von der finanzierenden Organisation.

Von allen Leitliniengruppenmitgliedern wurden zu Beginn der Erstellung der Version 4.0 Interessenerklärungen eingeholt und im Verlauf regelmäßig aktualisiert. Hierbei wurden die Interessenerklärungen auf dem AWMF-Interessenportal online von den Leitliniengruppenmitgliedern abgelegt. Die Interessenerklärung des Leitlinienkoordinators wurde dem OL-Office zur Prüfung weitergeleitet, die übrigen wurden vom Leitlinienkoordinator geprüft.

Bei Drittmittelangaben sollte transparent gemacht werden, von welcher Firma diese stammen und wofür diese ausgegeben wurden.

Zur Bewertung der Relevanz der Interessenkonflikte wurde auf die Einteilung der AWMF in gering, moderat und hoch zurückgegriffen. Als Interessenkonflikt von geringer Relevanz wurden Vortragstätigkeit, als Interessenkonflikt von moderater Relevanz wurde der Bezug von Drittmittel der Industrie, die in Bezug zum Endometriumkarzinom stehen sowie die Tätigkeiten Advisory Boards gesehen, die einen thematischen Bezug zum Endometriumkarzinom hatten.

Eine hohe Relevanz wurden bei Eigentümerinteressen (Patente, Aktienbesitz etc.) gesehen. Die Bewertung ergab ausschließlich als „gering“ oder „moderat“ bewertete Interessenkonflikte.

Umgang mit Interessenkonflikten

Bei geringen Interessenkonflikten war – entsprechend des AWMF-Regelwerks – eine Einschränkung von Leitungsfunktionen bzw. die Sicherstellung der Unabhängigkeit durch einen Peer ohne Interessenkonflikte im Themengebiet der Arbeitsgruppe vorgesehen.

Bei moderaten Interessenskonflikten erfolgte ein verblindeten Doppelaabstimmung, d.h. das Abstimmungsergebnis wurde dahingehend kontrolliert, ob die Beteiligung von Personen mit moderaten Interessenkonflikten das Ergebnis beeinflusst hätte. Ausschlaggebend für die Konsensstärke war das Ergebnis unter Ausschluss der Personen mit moderaten Interessenkonflikten.

Bei hohen Interessenkonflikten wäre ein Ausschluss von den Beratungen bei den betroffenen Themen erfolgt.

Die offengelegten Angaben sowie der Umgang mit Interessenkonflikten sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Im Folgenden sind die Interessenerklärungen als tabellarische Zusammenfassung dargestellt (Stand Juni 2025) sowie die Ergebnisse der Interessenkonfliktbewertung und Maßnahmen, die nach Diskussion der Sachverhalte von der LL-Gruppe beschlossen und im Rahmen der Konsensuskonferenz umgesetzt wurden.

Tabelle 5: Tabelle zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. Aretz, Stefan	nein	nein	nein	nein	nein	nein	Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH), Mitglied: Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH), Mitglied: Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG), Mitglied: International Society for Gastrointestinal Hereditary Tumours (InSiGHT), Mitglied: Gendiagnostik-Kommission (GEKO) am Robert-Koch-Institut, Mitglied: Kommission für Grundpositionen und ethische Fragen der GfH, Mitglied: Leiter Thematische Gruppe 2 (Lynch-Syndrom und Polyposis) des Europäischen Referenz-Netzwerks für Genetische Tumorrisiko-Syndrome (ERN GENTURIS), Mitglied: Leiter des APC VCEP des InSiGHT/ClinGen Hereditary Colorectal Cancer/Polyposis Variant Curation Expert Panel (VCEP) , Mitglied: Mitglied des Fachausschusses Versorgungsmaßnahmen und -forschung der Deutschen Krebshilfe e.V. (DKH), Mitglied: Mandatsträger und Leiter AG	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							hereditäre kolorektale Karzinome in der S3-Leitliniengruppe Kolorektales Karzinom, Mitglied: Wissenschaftlicher Beirat der Selbsthilfegruppe Familienhilfe Polyposis Coli e.V., Wissenschaftliche Tätigkeit: Hereditäre Tumorsyndrome, Erblicher und familiärer Darmkrebs, insbesondere gastrointestinale Polyposis-Syndrome und Lynch-Syndrom / HNPCC, Klinische Tätigkeit: Erbliche / familiäre Tumorsyndrome, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Akademie Humangenetik der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik (GfH): "Varianteninterpretation nach dem ACMG-AMP-Klassifizierungssystem" , Persönliche Beziehung: nein	
Prof. Dr. med. Bader, Werner	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DEGUM, Vertreter in der Leitlinienkommission, Mitglied: Mitglied der AGO, Klinische Tätigkeit: Zertifiziertes Gynäkologisches Krebszentrum, Urogynäkologie, Schwerpunkt Operative Gynäkologie	COI: keine: keine
PD Dr. Battista, Marco J.	GSK, MSD, Eisai, Astra Zeneca	GSK, MSD, Eisai	MSD, Astra Zeneca	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGGG, Mitglied: AGO, Mitglied: AGE, Wissenschaftliche Tätigkeit: Geriatriisches Assessment, LSK-Trainingszentrum, Präkanzerosen des Ovarialkarzinoms, Klinische	Advisoryboardtätigkeit und Vortragstätigkeit für Pharmafirmen. Moderate COI für medikamentöse Therapie mit monoklonalen AK und Tyrosinkinaseinhibitoren

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortragsvor- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Tätigkeit: Operative und systemische Therapie in der Gyn. Onkologie	COI: moderat: Stimmenthaltung
Prof. Dr. Beckmann, Matthias W.	keine	keine	Med Concept , Referent SWBC-Jahrestagung , DGGG , MedConcept, Bayerische Landesärztekammer , CPF CryoProtection GmbH , Bayerische Landesärztekammer , Bayerische Landesärztekammer , BNGO, MedConcept, CPF CryoProtection GmbH , MedConcept, Eickeler Kongressagentur, if Kongress GmbH, DKG, Bayerische Landesärztekammer, Klinikum Nürnberg, Klinikum Regensburg,	Nein	Odonate Therapeutics , Medivation, Immunomedics , Roche, Boehringer Ingelheim , Novartis, Iovance Biotherapeutics , MSD, Seattle Genetics , Therawis, Daiichi Sankyo , Novartis, Immunomedics, GBG, MSD, AstraZeneca, Daiichi Sankyo , Roche, IFG, WSG, MSD, Onco Medical Consult GmbH , Novartis, GBG, TU München , Roche, Daiichi Sankyo/AstraZeneca , Phaon 1, IFG GmbH , Lilly, Lilly, IFG , Roche, MSD Sharp and Dohme GmbH , Roche, GSK, AstraZeneca, Biotest AG , Loxo Oncology at Lilly, Roche , Klinikum rechts der Isar - TU München, Mobile Health AG ,	Nein	Mitglied: Vorsitzender Zertifizierungskommission Gynäkologischer Krebszentren (DKG) , Mitglied: Mitglied Zertifizierungskommission von Brustzentren der DKG/DGS , Mitglied: Vorsitzender der Leitlinienkommission der DGGG , Mitglied: Vorsitzender des Tumorzentrums der Universität Erlangen-Nürnberg , Mitglied: Direktor des Comprehensive Cancer Center Erlangen , Mitglied: Vorsitzender der Zertifizierungskommission Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (DKG) , Wissenschaftliche Tätigkeit: Erarbeitung von molekularen Erkenntnissen aus translationalen Forschungsansätzen , Wissenschaftliche Tätigkeit: Integration von minimal-invasiven operativen Verfahren bei Karzinomoperationen , Wissenschaftliche Tätigkeit: Versorgungsforschung zur Integration von Leitlinien bzw. Qualitätsindikatoren in zertifizierte Studieneinheiten , Wissenschaftliche Tätigkeit: Leiter der klinischen Prüfung bei multizentrischen Studien mit	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Klinikum Klagenfurt, DKG, MedConcept , Post Asco Klinikum Nürnberg		WSG, Gilead, AstraZeneca , Universitätsklinikum Erlangen, Universitätsklinikum Erlangen, MSD, MSD, Universitätsklinikum Ulm, Owkin, NEC Bio Therapeutics, Novartis , AstraZeneca, Lilly, Genentech, Seagen, Lilly, Gilead Sciences, Gilead Sciences, Gilead Sciences , IFG , BMS, DKFZ, DKFZ, Nein, Daiichi Sankyo, Daiichi Sankyo, Daiichi Sankyo, Daiichi Sankyo, Stemline Therapeutics, Lilly , Universitätsklinikum Ulm, Arvinas, Roche, MSD, Universitätsklinikum Augsburg		translationalen Forschungsansätzen , Klinische Tätigkeit: Minimal-operative Therapien bei Karzinomen und gutartigen Erkrankungen , Klinische Tätigkeit: Immunmedizin , Klinische Tätigkeit: Präzisionsmedizin, Persönliche Beziehung: Institut für Frauengesundheit GmbH, Erlangen , Persönliche Beziehung: German Genomics GmbH, Erlangen	
Prof. Dr. Brucker, Sara	Nein	Hologic , Astra Zeneca, Lilly	MSD , Astra Zeneca	Springer, Onkowissen, Thieme	Storz, Medtronic, Erbe, Intuitiv und weitere Med.-tech. Firmen, DENOVA-Studie, Firma Gynesonik	Nein	Mitglied: Präsidentin DGS Kommissionsmitglied "Uterus" AGO Board of Directors ESGE Vorstandmitglied AGE St. Gallen Panel Gründungsmitglied ISUTx Mitglied TTS, Wissenschaftliche	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Tätigkeit: Gynäkologische Onkologie, Senologie, Qualitätssicherung, genitale Fehlbildungen, Uterustransplantationen, Klinische Tätigkeit: Ärztliche Direktorin Universitäts-Frauenklinik, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leitung MIC-Ausbildungszentrum	
Dr. Cremer, Wolfgang	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: BVF Berufsverband der Frauenärzte e.V.(Landesvorsitzender Hamburg) 2006– 15.09.2022 BVF Berufsverband der Frauenärzte e.V.(Mitglied) Europäische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe DeutschFranzösischer Sprache e.V. (Mitglied) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg (Mitglied), Wissenschaftliche Tätigkeit: Keine, Klinische Tätigkeit: Frauenarztpraxis bis 30.06.2024, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Als Landesvorsitzender Hamburg des BVF Organisation von Fortbildungsveranstaltungen, GynäkologenTag Hamburg, Persönliche Beziehung: Keine	Keine
Dr. Dauelsberg,	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: - DGHO, AKOR - DKG, AGORS	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Timm								
Prof. Dr. Eichbaum, Michael	GSK	Intuitive	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Organkommission Uterus, Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO), Mitglied: Arbeitsgemeinschaft gynäkologische Endoskopie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Klinische Studien zur Therapie des Zervixkarzinoms, des Endometriumkarzinoms sowie des metastasierten Mammakarzinoms, Fallberichte, Kasuistiken zur robotischen Operation , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Organisaition des jährlichen Wiesbadener Herbstsymposiums; hier regelmäßig auch Vorträge zu uterinen Malignomen	Keine
PD Dr. Emons, Julius	Nein	EISAI GmbH, Edmund-Rumpler-Straße 3, 60549 Frankfurt am Main, MSD, AstraZeneca, AstraZeneca	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Keine
Prof. Dr. med. Fleisch, Markus	BAYER Pharma, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)	ROCHE Pharma	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: AGO, Organkommission Uterus, Mitglied: Bundesarbeitsgemeinschaft d. Leitenden Ärztinnen und Ärzte in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (BLFG), Klinische Tätigkeit: Leiter eines zertifizierten Gynäkologischen Krebszentrums (DKG)	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. Follmann, Markus	Reviewer diverse Journals	nein	Vorträge zur Leitlinienmethodik AWMF, Studentenunterricht Masterstudiengang MSE Mainz	nein	nein	nein	Mitglied: Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, GRADE, Guidelines International Network, INGUIDE, Wissenschaftliche Tätigkeit: Methodik EbM und Leitlinien, LL-basierte Qualitätsindikatoren; QS Zyklus in der Onkologie, Klinische Tätigkeit: keine klinische Tätigkeit, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Referent bei Leitlinienmethodik WS des OL und AWMF Leitlinienberaterseminaren, Persönliche Beziehung: nein	Keine
Prof. Dr. med. Friedrich, Michael	keine	Gilead, MSD	verschiedenste Vortragstätigkeit zum Mammakarzinom	Nein	Vitamin D Stoffwechsel bei gynäkologischen Malignomen	keine	Mitglied: BLFG (Vorstand), AGO (Organkommission), AGZBZ (Vorstand), , Wissenschaftliche Tätigkeit: gynäkologische Onkologie, Vitamin D Stoffwechsel, Mammakarzinom, Klinische Tätigkeit: gynäkologische Onkologie und Senologie sowohl operativ als auch systemtherapeutisch, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Weiterbildungsseminar (Krefels), Niederrheinkolloquium (Krefeld), Krefeld Konsensus (Krefeld), Persönliche Beziehung: keine	Keine
PD Dr. rer. nat. Goerling, Ute	Nein	Nein	Novartis, WPO e.V. Heidelberg	Nein	DKH, BMBF	Nein	Wissenschaftliche Tätigkeit: Psychosoziale Belastungen und Versorgung onkologischer Patient*innen und deren Angehöriger,	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							, Klinische Tätigkeit: Psychosoziale Versorgung onkologischer Patient*innen und Angehöriger	
Prof. Grab, Dieter	Forschungsber eich Qualitäts- und Versorgungsfo rschung Wissenschaftlic hes Institut der AOK AOK- Bundesverband	Nein	Nein	Thieme Verlag, Verlag Urban und Fischer	Nein	Nein	Mitglied: DEGUM (Stufe III), Wissenschaftliche Tätigkeit: Pränatale Diagnostik und Therapie, , Wissenschaftliche Tätigkeit: gynäkologische Sonografie	Keine
Haase, Heidemarie	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Keine
Dr. med. Hagen, Volker	Sozialgerichte	Roche, Boehringer Ingelheim, Novartis	Roche, Pfizer, AstraZeneca, BMS, Lilly, mte-academy	Nein	Cardiac Research zahlreiche Phase 2-3 Studien	JNJ, BMS	Mitglied: AIO/DKG Mitglied der Leitgruppe bis 2019 Mandatsträger in der Zertifizierungskommission gynäkologischer Krebszentren Mandatsträger S 3 Leitlinien Zervix- und EndometriumCa , Mitglied: DGHO Mitglied der Zertifizierungskommission Onkologischer Zentren und KoMET Stellvertretender Mandatsträger S 3 Leitlinien, Mitglied: OnkoZert, Fachexperte Onkologische Zentren, Zentren für Hämatologische	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs- tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs- vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen- recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Neoplasien, Mitglied: Marburger Bund, Mitglied: ESMO, Mitglied: ASCO, Mitglied: Dt. Gesellschaft für Senologie, Mitglied: ÄKWL Mitglied Expertengruppe Brustzentren nach ÄkZert, Wissenschaftliche Tätigkeit: verschieden Co Autorenschaften zu Artikeln zum Mammakarzinom, Klinische Tätigkeit: MammaCa, gynäkologische Tumoren, GI Tumoren	
Prof. Dr. Hanf, Volker	Nein	Nein	Daiichi Synkyo, Nein, Nein, Nein, Nein	Nein	GBG, AGO-Ovar, Prof. Dr. med. Emons	BioNTech AG Aktienbesitz	Mitglied: Kommission Mamma (Senior member) und IMed der AGO, Mitglied: AG Prio der Dt. Krebsgesellschaft, als deren Delegierter ich entsandt werde, Wissenschaftliche Tätigkeit: Leitlinien Mamma-Karzinom Komplementäre Therapie in der Onkologie, Schwerpunkt Mammakarzinom, Klinische Tätigkeit: Gynäkologie und Geburtshilfe, Gyn Onkologie, Operative Gynäkologie , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	Keine
Henscher, Ulla	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Autorin in verschiedenen Leitlinienprojekten benannt von Physio Deutschland	Keine
Prof. Horn, Lars-Christian	keine	Roche, GSK	AstraZeneca, GSK, GenomicHealt	keine	keine	keine	Mitglied: keine, Wissenschaftliche Tätigkeit: s.u., Klinische Tätigkeit: Mamma- Uro-, Gynäko-	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			h, Roche, AstraZeneca, Novartis, GSK, Eisai, Eisai, Roche, AstraZeneca, Eisai, DaiichiSankyo, AstraZeneca, AstraZeneca, Roche, Berufsverband Dt. Pathologen, DaiichiSankyo, DaiichiSankyo				Perinatalpathologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	
Hornemann, Beate	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Keine
Prof. Dr. med. Höcht, Stefan	keine	keine	1. Fa. GSK Glaxo Smith Kline 2. Westpfalz-Klinikum Kaiserslautern	Nein	keine	keine	Mitglied: 1.) Dt. Gesellschaft für Radioonkologie DEGRO: Vorstandsmitglied, Schatzmeister 2.) Arbeitsgemeinschaft Radiol.Onkologie ARO der DKG: Vorstandsmitglied 3.) Berufsverband der Deutschen Strahlentherapeuten BVDST: Vorstandsmitglied, Wissenschaftliche Tätigkeit: wiss. Tätigkeit derzeit V.a. Radioonkologe Prostata-Ca, NSCLC.	Keine
Prof. Dr. Jud, Sebastian	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Dr. med. Juhasz-Böss, Ingolf	Intuitive	Roche, Pfizer, AstraZeneca, Novartis, Amgen, Lilly, MSD, GSK	Roche, Pfizer, AstraZeneca, Novartis, Amgen, Lilly, MSD, GSK	GSK	Roche, Pfizer, AstraZeneca, Novartis, Amgen, Lilly, MSD, GSK	keine	Mitglied: DGGG, AGE, AGO, BVF, Wissenschaftliche Tätigkeit: Gynäko-Onkologie, operative Gynäkologie, Klinische Tätigkeit: Gynäko-Onkologie, operative Gynäkologie, Geburtshilfe, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Ärztlicher Direktor , Persönliche Beziehung: keine	Keine
Prof. Kommos, Stefan	Nein	GSK, Eisai, AstraZeneca	Novartis, GSK, AstraZeneca	keine	DKH und AGO Studiengruppe, DKH, GSK	keine	Mitglied: Studienleitgruppe AGO Studiengruppe DGGG AGO DKG, Wissenschaftliche Tätigkeit: Ovarialkarzinom, Endometriumkarzinom, molekulare Klassifikation, L1CAM, Koordination Portec4a Studie in Deutschland. Clinicopathological and molecular characterisation of 'multiple-classifier' endometrial carcinomas. León-Castillo A, Gilvazquez E, Nout R, Smit VT, McAlpine JN, McConechy M, Kommos S, Brucker SY, Carlson JW, Epstein E, Rau TT, Soslow RA, Ganesan R, Matias-Guiu X, Oliva E, Harrison BT, Church DN, Gilks CB, Bosse T. J Pathol. 2020 Mar;250(3):312-322. Interpretation of somatic POLE	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>mutations in endometrial carcinoma. León-Castillo A, Britton H, McConechy MK, McAlpine JN, Nout R, Kommos S, Brucker SY, Carlson JW, Epstein E, Rau TT, Bosse T, Church DN, Gilks CB. J Pathol. 2020 Mar;250(3):323-335.</p> <p>Mismatch repair deficiency as a predictive marker for response to adjuvant radiotherapy in endometrial cancer. Reijnen C, Küsters-Vandeveldt HVN, Prinsen CF, Massuger LFAG, Snijders MPML, Kommos S, Brucker SY, Kwon JS, McAlpine JN, Pijnenborg JMA. Gynecol Oncol. 2019 Jul;154(1):124-130.</p> <p>Molecular classification defines outcomes and opportunities in young women with endometrial carcinoma. Britton H, Huang L, Lum A, Leung S, Shum K, Kale M, Burleigh A, Senz J, Yang W, McConechy M, Kommos S, Brucker S, Talhouk A, Gilks CB, McAlpine JN. Gynecol Oncol. 2019 Jun;153(3):487-495.</p> <p>L1CAM further stratifies endometrial carcinoma patients</p>	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							<p>with no specific molecular risk profile. Kommos F, Karnezis AN, Kommos F, Talhouk A, Taran FA, Staebler A, Gilks CB, Huntsman DG, Krämer B, Brucker SY, McAlpine JN, Kommos S. Br J Cancer. 2018 Aug;119(4):480-486.</p> <p>Final validation of the ProMisE molecular classifier for endometrial carcinoma in a large population-based case series. Kommos S, McConechy MK, Kommos F, Leung S, Bunz A, Magrill J, Britton H, Kommos F, Grevenkamp F, Karnezis A, Yang W, Lum A, Krämer B, Taran F, Staebler A, Lax S, Brucker SY, Huntsman DG, Gilks CB, McAlpine JN, Talhouk A. Ann Oncol. 2018 May 1;29(5):1180-1188., Klinische Tätigkeit: Gynäkologische Onkologie, operative Behandlung OvCa, Endometriumkarzinom, Zervixkarzinom., Persönliche Beziehung: Keine.</p>	
Kosel, Jeannette	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Keine
Prof. Kreißl, Michael	Nein	Eisai, Lilly, Novartis, Ipsen, SIRTEX, Takeda, Sanofi	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGN, Mitglied: DGE, Mitglied: DKG /AIO, Mitglied: EANM /SNM /	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Kurzeder, Christian	Astra Zeneca, Gilead, GSK	Astra Zeneca, GSK, Daichii Sanchio, MSD, Genomic Health, Novartis, Pfizer, Eli Lilly, PharmaMar, Roche, Gilead	Astra Zeneca, GSK, Daichii Sanchio, MSD, Genomic Health, Pfizer, Eli Lilly, Pharmamar, Roche, Gilead	GSK, GSK, Eli Lilly, Astra Zeneca	Krebsliga Schweiz, Krebsliga Schweiz, Krebsliga Schweiz	Nein	Mitglied: Organkommission Ovar der AGO, Wissenschaftliche Tätigkeit: Mammakarzinom Ovarialkarzinom, Klinische Tätigkeit: operative und systemische Therapie in der gynäkologischen Onkologie und in der Senologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Planung und Koordination von industriell gesponserten Fortbildungsveranstaltungen am Universitätsspital Basel	Keine
Prof. Dr. Lampe, Björn	AOK Rheinland, Gerichtsgutachten	Nein	AGO, AGO, Masterclass Ovarialkarzinom	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGGG SPS(Society Pelvic surgeons) ESGO SGO, Klinische Tätigkeit: Behandlung gynäkologischer ,insbesondere fortgeschrittener Tumore, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Nationales Tumorboard NTB	Keine
Dipl.-Soz.-Wiss. Langer, Thomas	Nein	Nein	AWMF	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Netzwerk evidenzbasierte Medizin (EbM-Netzwerk)	COI: keine: keine
Prof. Dr. Langrehr, Jan Michael	keine	keine	keine	keine	keine	keine	Mitglied: DGVC, DHC, BDC, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine, Klinische Tätigkeit: Viszeral- und Gefäßchirurgie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	Keine
Prof. Lax,	Nein	Roche	ROCHE,	GSK	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche IAP, Mitglied:	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Sigurd		Novartis Biogena Astra Zeneca	ROCHE	MSD Biocartis Daichi Sanyo Astra-Zeneca			Österreichische Gesellschaft für Pathologie, Mitglied: International Society of Gyn Pathology, Mitglied: WHO Classification of tumours 5th edition Standing member Editorial Board, Mitglied: European Society of Pathology Member ESGO ESTRO ESP Guidelines Endometriumkarzinom, Wissenschaftliche Tätigkeit: Endometriumkarzinom Mammakarzinom, Klinische Tätigkeit: gesamte Pathologie einschliesslich Molekularpathologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Deutsche IAP	
Prof. Dr. Letsch, Anne	Nein,	MSD, Amgen, Lilly, BMS	BMS, Amgen, Astra Zeneca, Lilly, MSD, Böhringer Ingelheim	Nein	Böhriger Ingelheim, AMGEN , Tiredof-cancerapp, Fosanis	Nein	Mitglied: Beiratsmitglied /kooptiertes Mitglied im Vorstand der Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin , Mitglied: Board of Directors European Association of Palliative Care EAPC	Keine
Prof. Lichtenegger, Werner	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Keine
Prof. Lindel, Katja	Keine	Keine	keine	Keine	Keine	Keine	Mitglied: DEGRO, ESTRO, SASRO, JGRA, ARO, Wissenschaftliche Tätigkeit: Keine, Klinische Tätigkeit: Radioonkologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung:	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Keine, Persönliche Beziehung: Keine	
Dr. med. Luckas, Ilka	Beratung GKV-SV/Kassenverbände	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DGGG-Mitglied, Klinische Tätigkeit: Medikamentöse Tumortherapie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: fortlaufende Beteiligung an GKV oder MD/ MD Bund- Schulungen	Keine
Prof. Dr. Micke, Oliver	Nein	Merck Serono	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Vorstand des Berufsverbands der Deutschen Strahlentherapeuten , Wissenschaftliche Tätigkeit: Gutartige Erkrankungen, Komplementäre und Alternative Medizin, Spirituality, Klinische Tätigkeit: Gutartige Erkrankungen, Komplementäre und Alternative Medizin, Spirituality	Keine
Dr. Mokry, Theresa	Nein	Nein	Bayer, MRT Initiative Hamburg, Deutsche Röntgengesellschaft, Akademie Online, med update GmbH, DRG, Röntgendiagnostische Fortbildung Neuss, Röntgendiagn	Nein	Bayer (Blinded Reading)	Nein	Mitglied: DRG (Deutsche Röntgengesellschaft), Mitglied: ESR (European Society of Radiology), Mitglied: ESUR (European Society of Urogenital Radiology), female pelvic imaging working group, Guidelines zur Bildgebung bei gyn. Tumoren, Mitglied: DEGUM, Mitglied: AG Uroradiologie der DRG, seit 2023 als Vorstandsmitglied, Wissenschaftliche Tätigkeit: Gynäkologische Bildgebung, Diffusions-MRT, Klinische Tätigkeit: Onkologische	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			ostische Fortbildung Neuss, med update GmbH, Röntgendiagn ostische Fortbildung Neuss				Bildgebung Gynäkologisches Bildgebung	
Prof. Mueller, Michael	Nein	Distalmotion, Gedeon Richter, KLS Martin	Distalmotion, KLS Martin, Gedeon Richter, Storz, Ziwig	Nein	Distalmotion	Nein	Mitglied: Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Gynécologie Suisse)	Keine
Prof. Mustea, Alexander	Nein	GSK, NOGGO, MSD, Eisai	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: NOGGO, AGO, Wissenschaftliche Tätigkeit: GynOnko, Klinische Tätigkeit: GynOnko	Keine
Prof. Neulen, Joseph-Leonhard	Nein	Fa. Gedeon Richter	Fa Jenapharm	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Menopause Gesellschaft, Klinische Tätigkeit: Direktor der Klinik für Gyn. Endo. Reprod. Med. RWTH Aachen	Keine
Prof. Dr. med Niehoff, Peter	Nein	Nein	VISION RT	Nein	Nein	Nein	Mitglied: BVDST Leitlinie Ovar, Cervix Ca Arbeitsgruppenleiter Brachy-Hero der ESTRO GEC_ESTRO Steering Committee , Wissenschaftliche Tätigkeit: Prostata und Mamma Brachytherapie , Klinische Tätigkeit: Brachytherapie , Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Leiter und Referent Grund und Spezialkurse Brachytherapie	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. med. Nothacker, Monika	no positions with payment	-Advisory Board Member of Health Care Research Project INDIQ (measuring indication quality) Honoraria as described - Member of Steering Group National Cancer Plan no payment , IQTIG	Berlin School of Public Health, European Board of Gastroenterology, medical association bavaria, , INGUIDE	Nein	German Cancer Aid , Network University Medicine COVID-19, BMG, Network University Medicine for Pandemic Preparedness 2.0 , G-BA Innovationfund, Canadian Public Health Agency	no	Mitglied: - German Network Evidence Based Medicine (member) - German Cancer Society (member until 12/2020) - Guidelines International Network/GRADE Working Group (member), Wissenschaftliche Tätigkeit: Guidelines and Guideline Methodology, Methodology of guidelines based performance measures/quality indicators, Klinische Tätigkeit: no clinical activity or clinical research, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Guideline seminars within Curriculum for guideline developers in Germany , Persönliche Beziehung: no	Keine
Prof. Ortmann, Olaf	Die forschenden Pharmaunternehmen (vfa)	Novo Nordisk, Aurikamed, AstraZeneca, Astellas Pharma, Novartis Pharma, FomF GmbH	Celgene, Jörg Eickeler, Meet the expert GmbH, RG Ärztesgesellschaft	Thieme Verlag, Elsevier Verlag	GBG, AGO, Roche, AstraZeneca, MMF, Novartis	Novartis, Fresenius, Bayer, Curevac	Mitglied: Deutsche Krebsgesellschaft (Vorstandsmitglied seit 2016), Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie, Mitglied: Deutsche Gesellschaft für Senologie, Mitglied: Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, Wissenschaftliche Tätigkeit: Gynäkologische Onkologie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Gynäkologische Endokrinologie, Klinische Tätigkeit: Gynäkologische	Mitarbeit in mehreren pharmazeutischen Pharmafirmen, Medikamente nicht angegeben, moderate COI Advisoryboardtätigkeit und Vortragstätigkeit für Pharmafirmen. Moderate COI für medikamentöse Therapie mit monoklonalen AK und Tyrosinkinaseinhibitoren COI: moderat: Stimmenthaltung

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Onkologie, Klinische Tätigkeit: Gynäkologische Endokrinologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Gyn Onko Update (Fa. Med Update)	
Dr. Panke, Joan Elisabeth	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DEGRO (Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie) als Fachgesellschaft, Wissenschaftliche Tätigkeit: 1.)Gemeinschaftspublikation aus der AG 9 der Leitlinie EC 2.)Kongresspublikation "Erfahrungsbericht zur Weiterentwicklung des EBM-Kapitels Strahlentherapie" zum 30. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (2024) 3.) Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung: Schwerpunkt Palliativversorgung 4) Weiterentwicklung des EBM (einheitlicher Bewertungsmaßstab) 5) Vorträge über die Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit, u. a. bei der Bundesmarine und vieles mehr 6) Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung, Berichte aus dem G-BA, Klinische Tätigkeit: keine klinischen Tätigkeiten, nur noch Gremienarbeit auf Bundesebene, Mitarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							(G-BA) u. a., Richtlinienerstellung SAPV und stat. Hospizversorgung, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Fortbildung der medizinischen Gutachter:innen in Spezialseminaren und Fachseminaren als Seminarleiterin zu verschiedenen Themen, Persönliche Beziehung: keine	
Paradies, Kerstin	Nein	Takeda	AstraZeneca	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Deutsche Krebsgesellschaft e.V.	kein thematischer Bezug COI: keine: keine
Prof. Dr. Petru, Edgar	Nein	MSD	GSK, Roche, EISAI	Nein, Nein	MSD, Eisai, Roche	Nein	Nein	Keine
Prof. Dr. Prött, Franz-Josef	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: BVDST - Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten e.V., Klinische Tätigkeit: adaptive Radiotherapie	Keine
Dr. Rahner, Nils	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Gesellschaft für Humangenetik (GfH), Mitglied: BVDH, Wissenschaftliche Tätigkeit: Erbliche Tumorsyndrome, Klinische Tätigkeit: Oberarzt am Institut für Humangenetik des Universitätsklinikum Düsseldorf, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Lehrtätigkeit am Universitätsklinikum Düsseldorf	Keine
Reents, Nicola	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Vorstand in der Patientenorganisation SemiColon - Netzwerk für Menschen mit Lynch-Syndrom	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Prof. Reinhardt, Michael	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Mandatsträger der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin bei den LL Zervix-Ca, Vulva-Ca, Vaginal-Ca, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine, Klinische Tätigkeit: Nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	Keine
Rhiem, Kerstin	Bundesministerium für Bildung und Forschung	AstraZeneca	AstraZeneca, Novartis, AstraZeneca, AstraZeneca, streamed up gmbh, 13. Essener Symposium zur Gynäkologischen Onkologie und Senologie, Update Senologie, Bochumer Symposium, Ärztliche Fortbildung Brustkrebstherapie im Wandel Unna, Brustkrebsaktionstag und onkologische Fortbildung	Lahn-Dill Kliniken, St. Franziskus Hospital Münster, Klinikum Dortmund, EVK Gelsenkirchen, 56. Jahresfortbildung Universitätsspital Basel, AstraZeneca, AstraZeneca, AstraZeneca, Roche, FOMF Onko Experten, EVK Gelsenkirchen	Nein, Nein	-	Mitglied: Deutsches Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs, Mitglied: Deutsche Krebsgesellschaft, Mitglied: AGO Mamma (DKG), Mitglied: DGGG, Mitglied: NWGGG, Mitglied: S3-LL Hodgkinlymphom, Mitglied: Deutscher Hochschulverband, Mitglied: Gendiagnostikkommission (RKI) als Vertreterin der DGGG, Mitglied: German Breast Group, Mitglied: BRCA-Netzwerk, wissenschaftlicher Beirat, Mitglied: Brustkrebs Deutschland, wiss. Beirat, Mitglied: IMPP, Mitglied: Fachausschuss „Prävention und Krebsfrüherkennung“ der Dt. Krebshilfe, Mitglied: S3-Leitlinie Mammakarzinom, Klinische Tätigkeit: Leitung Schwerpunkt Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs, Klinische	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			Mammakarzinom, gynäkologisch-onkologisches Frühjahrsymposium, Informationstag familiärer Brust- und Eierstockkrebs				Tätigkeit: Primärprävention, BRCA1-Mutationsträgerinnen (BRCA-P) Studie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Lehrkordinatorin Zentrum Fam. Brust- und Eierstockkrebs Universitätsklinikum Köln, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Curriculum Kommission (Sprecherin) des Deutschen Konsortiums Fam. Brust- und Eierstockkrebs, Persönliche Beziehung: -	
Prof. Dr.med. Dr.h.c. Runnebaum, MBA, Ingo	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: ausschließlich Mitglied in wissenschaftlichen Organisationen, DGGG, DKG, AGO, uvm., Wissenschaftliche Tätigkeit: Gyn Chirurgie und Onkologie, 265 Ergebnisse in Pubmed (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=runnebaum+i), Klinische Tätigkeit: Gyn Chirurgie und Onkologie, Molekularbiologie, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	Keine
Prof. Römer, Thomas	Theramex, Gedeon Richter	Theramex, Gedeon Richter, Jenapharm, Exeltis	Besins Healthcare, Gedeon Richter, Theramex, Exeltis, Aristo	Nein	Nein	Nein	Mitglied: Vizepräsident Deutsche Menopausen Gesellschaft, Wissenschaftliche Tätigkeit: Menopause, Kontrazeption, Endometriose, Myome, Blutungsstörungen, Uterusfehlbildungen, Klinische Tätigkeit: Endometriose, Myome,	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Blutungsstörungen, Uterusfehlbildungen, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Herausgeber der Zeitschrift: Privatarzt Gynäkologie	
Schallenberg, Miriam	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Keine
Prof. Dr. Schiermeier, Sven	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Keine
PD Dr. Schmoeckel, Elisa Christina	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	COI: keine: keine
Prof. Dr. Steiner, Eric	Gutachter der Landesärztekammer inklusive Schlichtungsstelle	ESAI, MSD	RG Gesellschaft für Information München	Nein	Nein	BioNTech	Mitglied: AGO, DKG, DGGG Mitgliedschaft Stv. Koordination S3 Leitlinie Endometriumkarzinom	Keine
Dr. med. Steinke-Lange, Verena	Nein	Nein	Ärztlicher Kreisverband Freising, Bund Niedergelassener Gastroenterologen, Regionalgruppe Bayern, Akademie Humangenetik der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik	Zeitschrift InFo Hämatologie und Onkologie	Nein	Nein	Mitglied: Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik e. V., Mandatsträgerin für die S3-Leitlinie Endometriumkarzinom, stellvertretende Mandatsträgerin für die S3-Leitlinie Kolonkarzinom, Mitglied: Mitglied der Europäischen Gesellschaft für Humangenetik, Mitglied: Mitglied der European Hereditary Tumor Group, Mitglied: Mitglied der International Society for Gastrointestinal Hereditary Tumours (InSiGHT), Mitglied: Mitglied im Berufsverband	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
			e. V., Falk Foundation e. V., Gesprächsforum Gastroenterologische Praxis 2024, über Bund Niedergelassener Gastroenterologen				Deutscher Humangenetiker e. V., Wissenschaftliche Tätigkeit: Erbliche Tumorsyndrome insbesondere des Gastrointestinaltraktes, Klinische Tätigkeit: Humangenetische Beratung und Diagnostik bei Patienten mit erblichen Tumorerkrankungen (bzw. Verdacht hierauf)	
Dr. Steubesand, Nadine	keine	keine	keine	keine	keine	keine	Mitglied: Deutsches Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin (DNEbM), Leitlinien und Methodik, Wissenschaftliche Tätigkeit: keine, Klinische Tätigkeit: keine, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	Keine
Prof. Strnad, Vratislav	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Keine
Prof. Dr. Taran, Florin-Andrei	Nein	MSD, OnkoWissen, GSK, Roche Pharma, Abbvie, KLS Martin, Intuitive Surgical	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Keine
Prof. Tempfer, Clemens	keine	keine	Frauenklinik Regensburg, Frauenklinik Wuppertal	keine	keine	keine	Mitglied: DGGG, AGO, Wissenschaftliche Tätigkeit: siehe Publikationsliste, Klinische Tätigkeit: klinische Behandlung von Frauen mit Endometriumkarzinom,	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*inn enschaft	Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innen-recht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Beteiligung an Fort-/Ausbildung: keine, Persönliche Beziehung: keine	
Dr. Uleer, Christoph	Nein	Heraclin GmbH, Medi-Seminar GmbH, Seagan Germany GmbH, Novartis Pharma GmbH, Eisai GmbH, Lilly GmbH, Daiichi Sankyo Deutschland GmbH, Exact Sciences	Ärztékammer Niedersachsen , Lilly GmbH	Nein	palleos healthcare GmbH, AGO Research GmbH, GBG Forschungs GmbH, Roche AG, Pfizer Pharma GmbH, Novartis Pharma GmbH, Pierre Fabre Pharma GmbH, IOMEDICO AG, Onco Medical Consult GmbH, AstraZeneca GmbH, Universitätsklinikum Ulm, Nein	Nein	Mitglied: IGPA (Mammographie-Screening), BVF, Deutsche Gesellschaft für Senologie, Wissenschaftliche Tätigkeit: Früherkennung Brustkrebs, Mammographie-Screening, ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), Wissenschaftliche Tätigkeit: Nachsorge und Rezidivtherapie des Endometriumkarzinoms, Klinische Tätigkeit: Frauenarzt, Leiter der ASV Gynäkologische Tumore, Klinische Tätigkeit: Früherkennung Brustkrebs, Mammographie-Screening	Keine
Prof. Dr. med. Ulrich, Uwe Andreas	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Nicht angegeben	Keine
Prof. Dr. med. Vordermark, Dirk	Nein	Fa. Boehringer , Fa. Bristol Myers Squibb , Fa. Chugai , Fa. Merck, Fa. Roche, Mitglied Advisory Board: Fa. MSD	Fa. Roche, Fa. Astra Zeneca, Fa. Merck, Fa. Lilly, Fa. Ferring, Fa. Takeda	Nein	Fa. Merck, Fa. Pfizer, Fa. Astra Zeneca	Nein	Mitglied: Aktuelle Funktionen Mandatsträger der DEGRO/ARO oder Fachexperte in Leitliniengruppen (DKG / AWMF): - Malignes Melanom (S3) - Zervixkarzinom (S3) - Endometriumkarzinom (S3) - Psychoonkologie (S3) - Dermatookologie (mehrere S2 / S3) - Schilddrüsenkarzinom (S2)	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen - interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							- Uterussarkom (S2) - Lungenkarzinom (S3) - Bewegungstherapie bei Onkol. Erkrankungen (S3) Vertreter der DEGRO/ARO in Zertifizierungskommissionen für Organzentren der Deutschen Krebsgesellschaft (Gyn. Krebszentren, Hauttumorzentren, Lungenkrebszentren) Vorsitzender der Fach- und Prüfungskommission Strahlentherapie der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt Vorsitzender der Ärztlichen Stelle nach §83 Strahlenschutzverordnung (Strahlentherapie) der Ärztekammer Sachsen-Anhalt Stellv. Vorsitzender der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft Mitglied des Aufsichtsrats des Universitätsklinikums Regensburg Aktuelle Mitgliedschaften in Fachgesellschaften: European Society of Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO)	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) Berufsverband der Deutschen Strahlentherapeuten (BVDST) Arbeitsgemeinschaft Radioonkologie (ARO) der DKG Organkommission Uterus der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie (AGO) der DKG Neuroonkologische Arbeitsgemeinschaft (NOA) der DKG Pneumologisch-Onkologische Arbeitsgemeinschaft (POA) der DKG Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Radioonkologie (APRO) der GPOH , Wissenschaftliche Tätigkeit: Klinische Strahlentherapie und experimentelle Strahlenbiologie sämtlicher maligner Tumore , Klinische Tätigkeit:	

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Strahlentherapie maligner Tumore	
Prof. Dr. Wallwiener, Markus	Novartis Roche Lilly AstraZeneca	Novartis Roche Lilly KarlStorz Plantec	Novartis Lilly KarlStorz Plantec	Keine	Plantec, Roche, Novartis, Palleos, AstraZeneca	Nein	Mitglied: AGO DGGG DKG, Wissenschaftliche Tätigkeit: Onkologie, Klinische Tätigkeit: Onkologie, Beteiligung an Fort- /Ausbildung: Onkologie DAGG AGO AGE, Persönliche Beziehung: Nein	Keine
Wenzel, Gregor	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Keine
M.Sc. Widhalm, Simone	keine	keine	DKG	keine	keine	keine	Mitglied: European Association for the Study of the Liver (EASL) , Mitglied: Deutsche Leberhilfe e.V., Mitglied: Deutsche Leberstiftung, Mitglied: Deutsches Netzwerk für Gesundheitskompetenz e.V. , Mitglied: Deutsches Konsortium Familiärer Darmkrebs, Mitglied: Semi-Colon e.V.: wissenschaftliche Referentin; Mandatsträgerin S3 LL Endometriumkarzinom, S3 LL POMGAT, S3 LL Kolorektales Karzinom, Beteiligung an Fort- /Ausbildung: nein, Persönliche Beziehung: nein	Keine
Prof. Dr. Wimberger, Pauline	AstraZeneca	MSD	Nein	Pfizer	Roche Pharma	AbbVie GmbH, Nein	Nein	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
Dr. med. Witteler, Ralf	Nein	Nein	Astra Zeneca, GSK, GSK, Intuitive	Nein	MSD	Nein	Klinische Tätigkeit: gynäkologische Onkologie	Keine
Prof. Zeimet, Alain	GSK Österreich	Astr-Zeneca Österreich	GSK Österreich	Roche Austria	Esai/Merck Österreich	Pharmamar, Abbvie Österreich	Mitglied: Österreichische Gesellschaft Gyn / Geburtshilfe AGO Österreich, Wissenschaftliche Tätigkeit: AGO Österreich Vorstandsmitglied, Klinische Tätigkeit: ESGO / IGCS einfaches Mitglied, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: NOGGO Deutschland Ehrenmitglied	Keine
Dr. med., MPH, MA Zimmer, Barbara	GKV-Spitzenverband, Verbände der GKVen, GKVen, Deutsche Krebsgesellschaft, Beratung/Teilnahme an Zertifizierungskommissionssitzungen	Mitglied im wiss. Beirat des BRCA-Netzwerks	Vorträge und Schulungen innerhalb der MD-Gemeinschaft, für MD Bund und in MD-internen Arbeitsgruppen, Vorträge auf Fachkongressen, z. B. Deutsche Gesellschaft für Senologie	Nein	Nein	Nein	Mitglied: obige Angabe zur Beratung der GKV/GKVen als indirekte Interessen im Rahmen der beruflichen Anstellung, Mitglied: Mitgliedschaften (fortlaufend): Deutsche Krebsgesellschaft, Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie Deutsche Gesellschaft für Senologie Deutsches Netzwerk Evidenzbasierter Medizin, Deutsche Gesellschaft für Hämatologie, Mitglied: American Society of Clinical Oncology, Mitglied: Beirat BRCA-Netzwerk, Beteiligung an Fort-/Ausbildung: Lehrbeauftragte im postgraduierten Master-	Keine

	Tätigkeit als Berater*in und/oder Gutachter*in	Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board)	Bezahlte Vortrags- /oder Schulungstätigkeit	Bezahlte Autor*innen -/oder Coautor*innenschaft	Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien	Eigentümer*innen -interessen (Patent, Urheber*innenrecht, Aktienbesitz)	Indirekte Interessen	Von COI betroffene Themen der Leitlinie, Einstufung bzgl. der Relevanz, Konsequenz
							Studiengang Public Health, Universität HHU Düsseldorf, Vertiefungsphase, Thema: Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (seit 2010)	
Prof. van Oorschot, Birgitt	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Mitglied: DEGRO, Mitglied: DGP	Keine

8. Reviewverfahren und Verabschiedung

Während des Erstellungszeitraums der Leitlinie wurden die Kapitelentwürfe durch die Koordinatoren und die Methodikerinnen/en, vertreten durch die AWMF (Frau Dr. Nothacker und durch das Leitlinienprogramm Onkologie (Herr Dr. Follmann, Dipl. Soz. Wiss. Langer, Dipl. Biologe Gregor Wenzel), inhaltlich und redaktionell begleitet. Die resultierenden Änderungsvorschläge wurden fortlaufend an die Arbeitsgruppen weitergegeben. Nach Abschluss der Leitlinienarbeit erfolgte ein abschließendes internes Review.

Im Anschluss erfolgte die formale Freigabe durch die Vorstände der involvierten Fachgesellschaften und ein öffentliches Konsultationsverfahren der vorläufigen Langversion und Zusatzdokumente zur Methodik (Leitlinienreport und Evidenzbericht).

Die 6-wöchige Konsultationsphase der Leitlinie erfolgte im Juli und August 2025. Hierzu wurden die Konsultationsfassungen auf den Webseiten der AWMF und des Leitlinienprogramms Onkologie veröffentlicht. Die beteiligten Fachgesellschaften wurden über den Start der Konsultationsfassung informiert und gebeten, diese Information an ihre Mitglieder weiterzuleiten. Außerdem wurde die formale Zustimmung der beteiligten Organisationen zur Publikation eingeholt. Die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen haben der Leitlinie zugestimmt.

Insgesamt gingen 13 Kommentierungen im Rahmen des Konsultationsverfahrens ein. Die Kommentare wurden zunächst von der Leitlinienkoordination gesichtet und inhaltlich sortiert (Kommentare zu Empfehlungen vs. Kommentare zu Hintergrundtexten). Anschließend wurden von der Leitlinienkoordination in Abstimmung mit den Arbeitsgruppen, Vorschläge zum Umgang mit den Kommentaren entwickelt. Die entsprechenden Änderungsvorschläge an der Leitlinie wurden anschließend der Leitliniengruppe zur zustimmenden Kenntnisnahme vorgelegt. Alle eingegangenen Kommentare mit inhaltlichen Anmerkungen zu Empfehlungen oder Hintergrundtexten sowie der Umgang der Leitliniengruppe mit Ihnen sind in den folgenden Tabellen aufgeführt.

Tabelle 6: Kommentare zu Empfehlungen und Statements

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
3.2 und 4			<p>Unter dem Aspekt der Risikoreduktion mittels Endometriumphorektomie wäre es möglicherweise sinnvoll, ein Statement zu Endometriumphorektomie bei erhöhtem Risiko einzufügen. Aktuell wird lediglich auf den Ultraschall eingegangen, der nachvollziehbar aufgrund der fehlenden Mortalitätsreduktion nicht empfohlen wird</p>	<p>Auf die Endometriumphorektomie als risikoreduzierende Intervention wird in Tabelle 9, S. 50 hingewiesen. Zusätzlich wird die Literatur im Hintergrundtext dargestellt: Die Endometriumphorektomie bzw. die Endometriumphorektomie als Therapie von Blutungsstörungen führt zu einem signifikant reduzierten Risiko für die Entstehung eines EC. In mehreren retrospektiven Analysen führte die Endometriumphorektomie bzw. die Endometriumphorektomie zu einer >90%-igen Reduktion der erwarteten EC-Inzidenz [90], [91], [92], [93]. In einer systematischen Übersichtsarbeit mit gepoolter Analyse von 11 Studien und 29102 Frauen nach Endometriumphorektomie bzw. Endometriumphorektomie lag die Inzidenz des EC zwischen 0% und 1.6%. Insgesamt wurden nach 29102 Eingriffen lediglich 38 Fälle von EC diagnostiziert. Es kann also davon ausgegangen werden, dass eine Endometriumphorektomie bzw. eine Endometriumphorektomie zu den effektivsten Methoden der EC-Prävention zu zählen ist...‘ Ein Statement zur Effizienz der</p>

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
				Endometriumablation i.S. einer Risikoreduktion ist für die Version 5.0 geplant.
5.13		Bei Vorliegen eines Endometriumkarzinoms (low risk oder intermediate risk entsprechend ESGO/ESTRO-Kriterien) können im Rahmen der Durchführung einer Hysterektomie und beidseitigeR Salpingektomie bei prämenopausalen Frauen die Ovarien BEI AUSDRÜCKLICHEM Wunsch der Patientin belassen werden, sofern keine Anhaltspunkte für eine hereditäre Disposition für ein Ovarialkarzinom (z. B. BRCA-Mutation, bestimmte Formen des Lynch-Syndroms) vorliegen und die Patientin über das Risiko aufgeklärt ist.	Ich würde ergänzen in dem Statement, dass der Erhalt der Ovarien nur auf ausdrücklichen Patientenwunsch erfolgen kann. Ansonsten klingt es so, als ob der Ovarialerhalt eine (gleichwertige) Option wäre	Die Ergänzung ‚...auf ausdrücklichen Wunsch der Patientin...‘ wurde eingefügt.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
		<p>Mein Vorschlag wäre daher, in beiden Empfehlungen den Komparativ zu benennen. Dies wäre eine redaktionelle Präzisierung, die keiner erneute Abstimmung bedarf.</p> <p>3.4 Unter der Verwendung von Progesteron oder Dydrogesteron im Rahmen einer - kombinierten Hormonersatztherapie ist bei der Anwendung von mehr als 5 Jahren eine Erhöhung des Risikos der Entstehung eines Endometriumkarzinoms im Vergleich zu keiner Estrogen-Anwendung beobachtet worden.</p> <p>3.5 Die sequenziell-kombinierte Hormonersatztherapie kann das Risiko der Entstehung eines Endometriumkarzinoms im Vergleich zu keiner</p>	<p>Im Rahmen des Abgleichs "unserer" Empfehlungen mit den Empfehlungen anderer Leitlinien ist mir aufgefallen, dass in diesen beiden Empfehlungen der Komparator fehlt. Es wird eine Erhöhung des Risikos konstatiert, jedoch nicht im Vergleich wozu das Risiko erhöht ist. Dies ist aus den Literaturstellen zwar herausfindbar, jedoch wäre meine Anregung, diese redaktionelle Präzisierung in die Formulierung der Empfehlungen mit aufzunehmen. Da die Leitlinie auch von Allgemein-MedizinerInnen und anderen Gruppen aufgenommen wird,, die nicht mit Hormontherapie vertraut sind, wäre diese Redundanz meines Erachtens einem richtigen Verständnis förderlich. Andernfalls könnte der falsche Eindruck entstehen, dass Progesteron und Dydrogesteron ein - auch gegenüber Estradiol-Mono - erhöhtes Risiko für Endometriumkarzinom mit sich bringen. Dies ist in der Fournier-Arbeit ja klar verneint.</p>	<p>Die vorgeschlagenen Formulierungen wurden in den Statements 3.4 und 3.5 übernommen. Die Zustimmung der Leitliniengruppe erfolgte durch zustimmende Kenntnisnahme.</p>

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
		<p>Estrogen-Anwendung erhöhen. Der Effekt ist von der Dauer, Art und Dosis der Gestagenanwendung abhängig.</p> <p>Damit wäre hoffentlich klarer, dass das Risiko auch bei Erhöhung noch immer unter dem Risiko von Estrogen-Mono liegt, und gleich zu dem Risiko durch vaginale Estrogene (siehe oben: Mørch et al. Lit. 13).</p> <p>Wir würden in unserer Leitlinie die Empfehlungen entsprechend ebenso formulieren und auf Ihre Leitlinie verweisen.</p>	<p>(u.a."Although use of estrogen + dydrogesterone was not associated overall with endometrial cancer risk (HR = 1.05, 95% CI: 0.76, 1.45)....." (siehe auch unten).</p> <p>Hier nochmal die Texte der beiden Empfehlungen und darunter jeweils die relevanten Passagen der zitierten Literatur:</p> <p>Empfehlung 3.4</p> <p>Unter der Verwendung von Progesteron oder Dydrogesteron im Rahmen einer - kombinierten Hormonersatztherapie ist bei der Anwendung von mehr als 5 Jahren eine Erhöhung des Risikos der Entstehung eines Endometriumkarzinoms beobachtet worden.</p> <p>Lit. 12: Fournier A, Dossus L, Mesrine S, Vilier A, Boutron-Ruault MC, Clavel-Chapelon F, Chabbert-Buffet N. Risks of endometrial cancer associated with different hormone replacement therapies in the E3N cohort, 1992-2008. Am J Epidemiol.</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
			<p>2014 Sep 1;180(5):508-17. doi: 10.1093/aje/kwu146. Epub 2014 Jul 9. PMID: 25008104:</p> <p>Although use of estrogen + dydrogesterone was not associated overall with endometrial cancer risk (HR = 1.05, 95% CI: 0.76, 1.45), there was a significantly increased risk with long-term use compared with never use (for >5 years, HR = 1.69, 95% CI: 1.06, 2.70). Users of preparations containing other progesterone derivatives or a norsteroid derivative were not at significantly increased risk (HR = 0.79 (95% CI: 0.60, 1.05) and HR = 1.30 (95% CI: 0.85, 1.99), respectively).</p> <p>Lit.13: Mørch LS, Kjaer SK, Keiding N, Løkkegaard E, Lidegaard Ø. The influence of hormone therapies on type I and II endometrial cancer: A nationwide cohort study. Int J Cancer. 2016 Mar 15;138(6):1506-15. doi: 10.1002/ijc.29878. Epub 2015 Oct 13. PMID: 26421912:</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
			<p>Compared with women never on HT, the RR of endometrial cancer was increased with conjugated estrogen: 4.27 (1.92-9.52), nonconjugated estrogen: 2.00 (1.87-2.13), long cycle combined therapy: 2.89 (2.27-3.67), cyclic combined therapy: 2.06 (1.88-2.27), tibolone 3.56 (2.94-4.32), transdermal estrogen: 2.77 (2.12-3.62) and vaginal estrogen: 1.96 (1.77-2.17), but not with continuous combined therapy: 1.02 (0.87-1.20). In contrast, the risk of Type II tumors appeared decreased with continuous combined therapy: 0.45 (0.20-1.01), and estrogen therapy implied a nonsignificantly altered risk of 1.43 (0.85-2.41). Our findings support that continuous combined therapy is risk free for Type I tumors, while all other hormone therapies increase risk.</p> <p>Empfehlung 3.5:</p> <p>Die sequenziell-kombinierte Hormonersatztherapie kann das Risiko der Entstehung eines Endometriumkarzinoms erhöhen.</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
			<p>Der Effekt ist von der Dauer, Art und Dosis der Gestagenanwendung abhängig.</p> <p>Lit. 5: Allen NE, Tsilidis KK, Key TJ, Dossus L, Kaaks R, Lund E, Bakken K, Gavrilyuk O, Overvad K, Tjønneland A, Olsen A, Fournier A, Fabre A, Clavel-Chapelon F, Chabbert-Buffet N, Sacerdote C, Krogh V, Bendinelli B, Tumino R, Panico S, Bergmann M, Schuetze M, van Duijnhoven FJ, Bueno-de-Mesquita HB, Onland-Moret NC, van Gils CH, Amiano P, Barricarte A, Chirlaque MD, Molina-Montes ME, Redondo ML, Duell EJ, Khaw KT, Wareham N, Rinaldi S, Fedirko V, Mouw T, Michaud DS, Riboli E. Menopausal hormone therapy and risk of endometrial carcinoma among postmenopausal women in the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition. Am J Epidemiol. 2010 Dec 15;172(12):1394-403. doi: 10.1093/aje/kwq300. Epub 2010 Oct 20. PMID: 20961969.: In comparison with never users of HT, risk of endometrial cancer was</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
			<p>increased among current users of estrogen-only HT (hazard ratio (HR) = 2.52, 95% confidence interval (CI): 1.77, 3.57), tibolone (HR = 2.96, 95% CI: 1.67, 5.26), and, to a lesser extent, estrogen-plus-progestin HT (HR = 1.41, 95% CI: 1.08, 1.83), although risks differed according to regimen and type of progestin constituent. The association of HT use with risk was stronger among women who were older, leaner, or had ever smoked cigarettes. The finding of a strong increased risk of endometrial cancer with estrogen-only HT and a weaker association with combined HT supports the hypothesis that progestins have an attenuating effect on endometrial cancer risk.</p> <p>Lit. 14: Doherty JA, Cushing-Haugen KL, Saltzman BS, Voigt LF, Hill DA, Beresford SA, Chen C, Weiss NS. Long-term use of postmenopausal estrogen and progestin hormone therapies and the risk of endometrial cancer. Am J Obstet Gynecol. 2007</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
			<p>Aug;197(2):139.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2007.01.019. PMID: 17689625: For sequential therapy, only long-term use (> or = 6 years) was associated with increased risk (odds ratio, 2.0; 95% CI, 1.2-3.5). Continuous combined therapy was associated with decreased risk (odds ratio, 0.59; 95% CI, 0.40-0.88), with no increased risk among long-term users (odds ratio, 0.77; 95% CI, 0.45-1.3).</p>	
Empfehlung 8.15			<p>Bezieht sich dies auf die 2te Linie (nach Platin-Versagen) oder auf eine Erhaltung nach Platin-CHT in der 1st Line? Die Literatur erscheint mir nicht korrekt.</p>	<p>Die Empfehlung 8.15 bezieht sich auf die zweite Linie. Konkret lautet die Empfehlung: Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten-instabilem/mismatch-repair- defizientem Tumorgewebe (MSI-H oder dMMR) kann nach einer Vorbehandlung durch eine platinbasierte Chemotherapie eine Immuntherapie mit Dostarlimab oder mit Pembrolizumab durchgeführt werden. Die Literaturstelle wurde korrigiert.</p>

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
Empfehlung 8.16	„Soll“	„Sollte“	Ich halte diese Empfehlung für zu stark, da wir noch kein reifes OS haben	Die Einschätzung des Empfehlungsgrades obliegt der Abstimmung durch die Mitglieder der LL-Kommission und kann nicht nachträglich geändert werden.
Seite 126 Kapitel 5.23 und Seite 127 5.25	Wenn nach sechs- bis neunmonatiger konservativer Behandlung kein Ansprechen des Karzinoms zu verzeichnen ist, sollte die Hysterektomie durchgeführt werden; sowie: nach 6 Monaten erneute Hysteroskopie mit Abrasio sowie Bildgebung. Wenn kein Ansprechen, Hysterektomie		Auf Seite 63 der KLL (Konsultationsleitlinie) steht, dass eine Therapieverzögerung von 1-177 Tagen keinen Einfluss auf das Gesamtüberleben hat. (Macht etwas unter 6 Monaten). Ich habe mich mit den Themen Fertilitätserhalt / Therapieverzögerung länger auseinandergesetzt und weiss das es auf einen Tag nicht ankommt, aber vielleicht kann man sich in der Empfehlung der beiden Texte auf die gleiche Zeitangabe einigen?	Die Inkongruenz wurde beseitigt (...nach 6-9 Monaten erneute Hysteroskopie...).
Thema 1 A: Reduktion der Anzahl	<u>8.16:</u> <u>Empfehlungsgrad A, Evidenzlevel 1</u>	<u>Empfehlungsgrad A,</u> <u>Evidenzlevel 1</u>	Änderung 1: Zur Reduktion der Anzahl der Statements/Empfehlungen und zur	Die Änderungen wurden durch die LL-Kommission festgelegt. Der Empfehlungsgrad unterscheidet sich

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
<p>der Empfehlung en und Vereinfachung der Therapie-Empfehlungen 1L <u>MMRp</u> 8.16 / S.181 8.19 / S.183</p>	<p>»Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem, nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten-stabilem/mismatch-repair-profizientem Tumorgewebe (MSS, MSI-L oder pMMR) ohne platinhaltige Vortherapie bzw. mit einem Chemotherapie-freien Intervall >12 Monate soll eine platinbasierte Chemotherapie mit Carboplatin (AUC 5 oder 6) und Paclitaxel (175 mg/m²) in Kombination mit</p>	<p>»Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem, nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten-stabilem/mismatch-repair-profizientem Tumorgewebe (MSS, MSI-L oder pMMR) ohne platinhaltige Vortherapie, bzw. mit einem Chemotherapie-freien Intervall > 6 Monate (Dostarlimab), bzw. >12 Monate (Durvalumab, Pembrolizumab), soll eine platinbasierte Chemotherapie mit Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175 mg/m²) in Kombination mit einer Immuntherapie mit Dostarlimab (6 Zyklen 500 mg i.v. d1, q21 gefolgt von 1000 mg i.v. d1, q6w als Erhaltungstherapie oder mit Durvalumab (1120 mg i.v.</p>	<p>Vereinfachung der Therapieempfehlungen schlagen wir vor, die Abschnitte 8.16 und 8.19 zusammenzuführen und alle drei zugelassenen Wirkstoffe alphabetisch aufzuführen. Bitte beachten Sie bzgl. der weiteren Änderungen Thema 1B.</p> <p>Literaturangabe:</p> <p>Leitlinienreport S3-Leitlinie Endometriumkarzinom V4.01, AWMF-Registernummer: 032-034OL, S.12 bzgl. Zielsetzung der LL-Steuergruppe.</p>	<p>(soll/sollte). Daher ist eine Zusammenlegung nicht sinnvoll. Keine Änderung.</p>

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>einer Immuntherapie mit Durvalumab (1120 mg, d1, q21) durchgeführt werden, im Fall des Ansprechens gefolgt von Durvalumab (1500 mg, d1, q28) und Olaparib (300 mg 2 x 1 tgl.) in der Erhaltung. “</p> <p><u>8.19:</u> <u>Empfehlungsgrad A, Evidenzlevel 1</u></p> <p>„Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem , nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten-</p>	<p>d1, q21) durchgeführt werden, im Fall des Ansprechens gefolgt von Durvalumab (1500 mg i.v. d1, q28) und Olaparib (300 mg p.o. 2 x 1 tgl.) in der Erhaltung</p> <p>oder mit Pembrolizumab (200 mg i.v. d1, q21 während der Chemotherapie und 400 mg i.v. d1, q42 als Erhaltungstherapie) durchgeführt werden.“</p>		

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>stabilem/mismatch-repair-profizientem Tumorgewebe (MSI-L oder pMMR) ohne platinhaltige Vortherapie bzw. mit einem Chemotherapie-freien Intervall > 6 Monate, bzw. >12 Monate, sollte eine platinbasierte Chemotherapie mit Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175 mg/m²) in Kombination mit einer Immuntherapie mit Dostarlimab (4 Zyklen 500 mg i.v. d1, q21 gefolgt von 1000 mg i.v. d1, q42</p>			

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	als Erhaltungstherapie) oder mit Pembrolizumab (200 mg i.v. d1, q21 während der Chemotherapie und 400 mg i.v. d1, q42 als Erhaltungstherapie) durchgeführt werden.“			
Thema 1 B: Empfehlungsgrad, Ausdrucksweise und Dosierung 8.16 S.181 8.19 / S.183	<u>8.16:</u> <u>Empfehlungsgrad A, Evidenzlevel 1</u> „Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem, nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten-stabilem/mismatch-repair-profizientem Tumorgewebe (MSS, MSI-L oder pMMR) ohne platinhaltige Vortherapie, bzw. mit einem Chemotherapie-freien Intervall > 6 Monate (Dostarlimab), bzw. >12	<u>Empfehlungsgrad A, Evidenzlevel 1</u> „Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem, nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten-stabilem/mismatch-repair-profizientem Tumorgewebe (MSS, MSI-L oder pMMR) ohne platinhaltige Vortherapie, bzw. mit einem Chemotherapie-freien Intervall > 6 Monate (Dostarlimab), bzw. >12	Änderung 2: Wir schlagen vor, durchgängig Empfehlungsgrad A mit der Ausdrucksweise „soll“ zu beschreiben – in der Konsultationsfassung lauten bei gleichem Empfehlungsgrad A die Ausdrucksweisen „soll“ (8.16) und „sollte“ (8.19), es gibt keinen Unterschied in der Evidenzstärke oder andere evidenzbasierte Gründe, die eine Unterscheidung rechtfertigen würden. (Literatur zur Beschreibung der Empfehlungsgrade: Leitlinienreport V4.01 S14 Tabelle 3: Empfehlungsgrad A entspricht Ausdrucksweise „Soll“).	Die Empfehlungsstärke obliegt der Abstimmung durch die LL-Kommission. Keine Änderung. Eine weitere Ergänzung ist aus Sicht der LL-Kommission nicht notwendig. Die zitierten Empfehlungen sind ausreichend klar. Details zu den Wirkstoffen sind dem Hintergrundtext zu entnehmen.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>pMMR) ohne platinhaltige Vorthherapie bzw. mit einem Chemotherapie-freien Intervall >12 Monate soll eine platinbasierte Chemotherapie mit Carboplatin (AUC 5 oder 6) und Paclitaxel (175 mg/m²) in Kombination mit einer Immuntherapie mit Durvalumab (1120 mg, d1, q21) durchgeführt werden, im Fall des Ansprechens gefolgt von Durvalumab (1500 mg, d1, q28) und Olaparib (300 mg 2 x 1 tgl.) in der Erhaltung.“</p>	<p>Monate (Durvalumab, Pembrolizumab), soll eine platinbasierte Chemotherapie mit Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175 mg/m²) in Kombination mit einer Immuntherapie mit Dostarlimab (6 Zyklen 500 mg i.v. d1, q21 gefolgt von 1000 mg i.v. d1, q6w als Erhaltungstherapie oder mit Durvalumab (1120 mg i.v. d1, q21) durchgeführt werden, im Fall des Ansprechens gefolgt von Durvalumab (1500 mg i.v. d1, q28) und Olaparib (300 mg p.o. 2 x 1 tgl.) in der Erhaltung oder mit Pembrolizumab (200 mg i.v. d1, q21 während der Chemotherapie und 400 mg i.v. d1, q42 als Erhaltungstherapie) durchgeführt werden.“</p>	<p>Änderung 3: Wir schlagen vor, bei der Beschreibung des Chemotherapie-freien Intervall die Wirkstoffnamen zu ergänzen, weil es aus der gewählten Darstellung nicht gut ersichtlich gewesen ist, dass das Chemotherapie-freien Intervall von >6 Monaten sich auf Dostarlimab auf Grundlage der RUBY-Studie bezieht.</p> <p>Änderung 4: Wir schlagen vor, die Dosierung von Dostarlimab auf 6 anstatt 4 Zyklen zu korrigieren, siehe auch Fachinformation JEMPERLI-Dostarlimab (Stand April 2025): Tabelle 1: 6 Zyklen (Kombination) statt 4 Zyklen (Monotherapie).</p> <p>Änderung 5: Im Sinne der Vereinfachung und Vereinheitlichung der Therapieempfehlungen schlagen wir vor, für alle drei zugelassenen Therapieoptionen den Mismatch-repair Status einheitlich mit „MSS, MSI-L oder pMMR“ zu beschreiben.</p> <p>Literaturangabe: Leitlinienreport S3-Leitlinie Endometriumkarzinom</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p><u>8.19:</u> <u>Empfehlungsgrad A, Evidenzlevel 1</u></p> <p>„Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem , nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten-stabilem/mismatch-repair-profizientem Tumorgewebe (MSI-L oder pMMR) ohne platinhaltige Vortherapie bzw. mit einem Chemotherapie-freien Intervall > 6 Monate, bzw. >12 Monate, sollte eine platinbasierte</p>		<p>V4.01 , AWMF-Registernummer: 032-034OL</p> <p>Mirza M, Chase D, Slomovitz B, dePont Christensen R, Novák Z, Black D, et al. N Engl J Med. 2023;388(23): 2145-2158. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36972026</p> <p>Eskander R, Sill M, Beffa L, Moore R, Hope J, Musa F, et al. N Engl J Med. 2023;388(23): 2159-2170. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36972022/</p> <p>Westin S, Moore K, Chon H, Lee J, Thomes Pepin J, Sundborg M, et al. J Clin Oncol. 2024;42(3): 283-299. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37864337/</p> <p>Fachinformation JEMPERLI-Dostarlimab (Stand April 2025)</p> <p>Fachinformation KEYTRUDA-Pembrolizumab (Stand Juni 2025)</p> <p>Fachinformation IMFINZI-Durvalumab (Stand Juli 2025).</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	Chemotherapie mit Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175 mg/m ²) in Kombination mit einer Immuntherapie mit Dostarlimab (4 Zyklen 500 mg i.v. d1, q21 gefolgt von 1000 mg i.v. d1, q42 als Erhaltungstherapie) oder mit Pembrolizumab (200 mg i.v. d1, q21 während der Chemotherapie und 400 mg i.v. d1, q42 als Erhaltungstherapie) durchgeführt werden.“			
Thema 1 C: Berücksichtigung	8.16: <u>Empfehlungsgrad A, Evidenzlevel 1</u>	<u>Empfehlungsgrad A, Evidenzlevel 1</u>	Änderung 6: Wir schlagen vor, die tatsächlichen Einschlusskriterien der Zulassungsstudien der verfügbaren	Die Formulierung des Patientinnenkollektivs obliegt der Abstimmung durch die LL-Kommission.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
<p>der Studienpopulationen 8.16 /S.181 8.19 / S.183</p>	<p>„Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem, nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten-stabilem/mismatch-repair-profizientem Tumorgewebe (MSS, MSI-L oder pMMR) ohne platinhaltige Vortherapie bzw. mit einem Chemotherapie-freien Intervall >12 Monate soll eine platinbasierte Chemotherapie mit Carboplatin (AUC 5 oder 6) und Paclitaxel (175 mg/m²) in Kombination mit einer Immuntherapie mit Durvalumab (1120 mg, d1, q21) durchgeführt</p>	<p>„Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem, nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten-stabilem/mismatch-repair-profizientem Tumorgewebe (MSS, MSI-L oder pMMR) ohne platinhaltige Vortherapie, bzw. mit einem Chemotherapie-freien Intervall > 6 Monate (Dostarlimab), bzw. >12 Monate (Durvalumab, Pembrolizumab), soll eine platinbasierte Chemotherapie mit Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175 mg/m²) in Kombination mit einer Immuntherapie</p> <p>mit Dostarlimab (6 Zyklen 500 mg i.v. d1, q21 gefolgt von 1000 mg i.v. d1, q6w als Erhaltungstherapie</p> <p>oder mit Durvalumab (1120 mg i.v. d1, q21) durchgeführt werden, im Fall des Ansprechens gefolgt von Durvalumab (1500 mg i.v. d1,</p>	<p>Immuntherapien zu berücksichtigen. Denn diese Kriterien definieren die Patientenpopulation, auf die die Studienergebnisse anwendbar sind. Andernfalls sehen wir das Risiko, dass die evidenzbasierte patientenindividuelle Therapieentscheidung für die prinzipiell eligible Patientenpopulation eingeschränkt werden könnte.</p> <p>Literaturangabe:</p> <p>Mirza M, Chase D, Slomovitz B, dePont Christensen R, Novák Z, Black D, et al. N Engl J Med. 2023;388(23): 2145-2158. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36972026</p> <p>Eskander R, Sill M, Beffa L, Moore R, Hope J, Musa F, et al. N Engl J Med. 2023;388(23): 2159-2170. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36972022/</p> <p>Westin S, Moore K, Chon H, Lee J, Thomes Pepin J, Sundborg M, et al. J Clin Oncol. 2024;42(3): 283-299. URL:</p>	<p>Keine Änderung. Eine weitere Ergänzung ist aus Sicht der LL-Kommission nicht notwendig. Die zitierten Empfehlungen sind ausreichend klar. Details zu den Einschlusskriterien sind dem Hintergrundtext zu entnehmen.</p>

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>werden, im Fall des Ansprechens gefolgt von Durvalumab (1500 mg, d1, q28) und Olaparib (300 mg 2 x 1 tgl.) in der Erhaltung.“</p> <p><u>8.19:</u> <u>Empfehlungsgrad A, Evidenzlevel 1</u></p> <p>„Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem, nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten-stabilem/mismatch-repair-profizientem Tumorgewebe (MSI-L oder pMMR) ohne platinhaltige Vortherapie bzw. mit einem Chemotherapie-</p>	<p>q28) und Olaparib (300 mg p.o. 2 x 1 tgl.) in der Erhaltung</p> <p>oder mit Pembrolizumab (200 mg i.v. d1, q21 während der Chemotherapie und 400 mg i.v. d1, q42 als Erhaltungstherapie)</p> <p>durchgeführt werden.</p> <p># Unabhängig vom Vorhandensein messbarer Erkrankung mit:</p> <p>Dostarlimab: bei Stadium IIIC1 mit Karzinosarkom, klarzelligem, serösem oder gemischtem Histologietyp sowie bei Stadium IIIC2 oder Stadium IV.</p> <p>Durvalumab ggf. kombiniert mit Olaparib: bei Stadium IV.</p> <p>Pembrolizumab: bei Stadium IVB. Kein Karzinosarkom.“</p>	<p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37864337/</p> <p>Fachinformation JEMPERLI-Dostarlimab (Stand April 2025)</p> <p>Fachinformation KEYTRUDA-Pembrolizumab (Stand Juni 2025)</p> <p>Fachinformation IMFINZI-Durvalumab (Stand Juli 2025).</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>freien Intervall > 6 Monate, bzw. >12 Monate, sollte eine platinbasierte Chemotherapie mit Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175 mg/m²) in Kombination mit einer Immuntherapie mit Dostarlimab (4 Zyklen 500 mg i.v. d1, q21 gefolgt von 1000 mg i.v. d1, q42 als Erhaltungstherapie) oder mit Pembrolizumab (200 mg i.v. d1, q21 während der Chemotherapie und 400 mg i.v. d1, q42 als Erhaltungstherapie) durchgeführt werden.“</p>			

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
<p>Thema 2 A: Reduktion der Anzahl der Empfehlungen und Vereinfachung der Therapie-Empfehlungen – <u>dMMR</u> 8.17 / S.182 8.18 /S.182</p>	<p><u>8.17:</u> <u>Empfehlungsgrad A, Evidenzlevel 1</u> Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem, nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten-instabilem/mismatch-repair-defizientem Tumorgewebe (MSI-H oder dMMR) ohne platinhaltige Vortherapie, bez. mit einem Chemotherapie-freien Intervall > 12 Monate soll eine platinbasierte Chemotherapie mit Carboplatin (AUC 5) und</p>	<p><u>Empfehlungsgrad A, Evidenzlevel 1</u> „Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem, nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten-instabilem/mismatch-repair-defizientem Tumorgewebe (MSI-H oder dMMR) ohne platinhaltige Vortherapie, bzw. mit einem Chemotherapie-freien Intervall > 6 Monate (Dostarlimab), bzw. >12 Monate (Durvalumab, Pembrolizumab), soll eine platinbasierte Chemotherapie mit Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175 mg/m²) in Kombination mit einer Immuntherapie mit Dostarlimab (6) Zyklen 500 mg i.v. d1, q21 gefolgt von 1000 mg i.v. d1, q6w als Erhaltungstherapie</p>	<p>Änderung 8: Wir schlagen vor, bei der Beschreibung des Chemotherapie-freien Intervall die Wirkstoffnamen zu ergänzen, weil es aus der gewählten Darstellung nicht gut ersichtlich gewesen ist, dass das Chemotherapie-freie Intervall von > 6 Monaten sich auf Dostarlimab auf Grundlage der RUBY-Studie bezieht.</p> <p>Änderung 9: Wir schlagen vor, die Dosierung von Dostarlimab auf 6 anstatt 4 Zyklen zu korrigieren. Fachinformation JEMPERLI-Dostarlimab (Stand April 2025): Tabelle 1: 6 Zyklen (Kombination statt 4 Zyklen (Monotherapie).</p> <p>Literaturangabe: Mirza M, Chase D, Slomovitz B, dePont Christensen R, Novák Z, Black D, et al. N Engl J Med. 2023;388(23): 2145-2158. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36972026 Eskander R, Sill M, Beffa L, Moore R, Hope J, Musa F, et al. N Engl J Med. 2023;388(23): 2159-2170. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36972022/</p>	<p>Die Formulierung der Empfehlungen inkl. der Details zu Wirkstoffnamen und Applikationsschemata obliegt der Abstimmung durch die LL-Kommission. Keine Änderung. Eine weitere Ergänzung ist aus Sicht der LL-Kommission nicht notwendig. Die zitierten Empfehlungen sind ausreichend klar. Details zu den sind dem Hintergrundtext zu entnehmen. Die Fachinformation und die LL-Empfehlungen können differieren.</p>

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>Paclitaxel (175 mg/m²) in Kombination mit einer Immuntherapie mit Durvalumab (1120 mg, d1, q21), im Fall des Ansprechens gefolgt von Durvalumab (1500 mg, d1, q28) durchgeführt werden. “</p> <p><u>8.18:</u> <u>Empfehlungsgrad A, Evidenzlevel 1</u> „Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem , nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliteninstabilem/mismatch-repair-</p>	<p>oder mit Durvalumab (1120 mg i.v. d1, q21), im Fall des Ansprechens gefolgt von Durvalumab (1500 mg i.v. d1, q28)</p> <p>oder mit Pembrolizumab (200 mg i.v. d1, q21 während der Chemotherapie und 400 mg i.v. d1, q42 als Erhaltungstherapie) durchgeführt werden.“</p>	<p>Westin S, Moore K, Chon H, Lee J, Thomes Pepin J, Sundborg M, et al. J Clin Oncol. 2024;42(3): 283-299. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37864337/</p> <p>Fachinformation JEMPERLI-Dostarlimab (Stand April 2025)</p> <p>Fachinformation KEYTRUDA-Pembrolizumab (Stand Juni 2025)</p> <p>Fachinformation IMFINZI-Durvalumab (Stand Juli 2025).</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>defizientem Tumorgewebe (MSI-H oder dMMR) ohne platinhaltige Vortherapie, bez. mit einem Chemotherapie-freien Intervall > 6 Monate, bzw. > 12 Monate, soll eine platinbasierte Chemotherapie mit Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175 mg/m²) in Kombination mit einer Immuntherapie mit Dostarlimab (4 Zyklen 500 mg i.v. d1, q21 gefolgt von 1000 mg i.v. d1, q6w als Erhaltungstherapi</p>			

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	e) oder mit Pembrolizumab (200 mg i.v. d1, q21 während der Chemotherapie und 400 mg i.v. d1, q42 als Erhaltungstherapie) durchgeführt werden.“			
Thema 2 C: Berücksichtigung der Studienpopulationen 8.17 / S.182 8.18 / S.182	8.17: <u>Empfehlungsgrad A, Evidenzlevel 1</u> Bei Patientinnen mit rezidiertem oder primär fortgeschrittenem, nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten-instabilem/mismatch-repair-defizientem Tumorgewebe (MSI-H oder	<u>Empfehlungsgrad A, Evidenzlevel 1</u> „Bei Patientinnen mit rezidiertem oder primär fortgeschrittenem, nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten-instabilem/mismatch-repair-defizientem Tumorgewebe (MSI-H oder dMMR) ohne platinhaltige Vortherapie, bzw. mit einem Chemotherapie-freien Intervall > 6 Monate (Dostarlimab), bzw. >12 Monate (Durvalumab, Pembrolizumab), soll eine	Änderung 10: Wir schlagen vor, die tatsächlichen Einschlusskriterien der Zulassungsstudien der verfügbaren Immuntherapien zu berücksichtigen. Denn diese Kriterien definieren die Patientenpopulation, auf die die Studienergebnisse anwendbar sind. Andernfalls sehen wir das Risiko, dass die evidenzbasierte patientenindividuelle Therapieentscheidung für die prinzipiell eligible Patientenpopulation eingeschränkt werden könnte. Literaturangabe: Mirza M, Chase D, Slomovitz B, dePont Christensen R, Novák Z, Black D, et al. N Engl J Med.	Die Formulierung des Patientinnenkollektivs obliegt der Abstimmung durch die LL-Kommission. Keine Änderung. Eine weitere Ergänzung ist aus Sicht der LL-Kommission nicht notwendig. Die zitierten Empfehlungen sind ausreichend klar. Details zu den Einschlusskriterien sind dem Hintergrundtext zu entnehmen.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	dMMR) ohne platinhaltige Vorthherapie, bez. mit einem Chemotherapie-freien Intervall > 12 Monate soll eine platinbasierte Chemotherapie mit Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175 mg/m ²) in Kombination mit einer Immuntherapie mit Durvalumab (1120 mg, d1, q21), im Fall des Ansprechens gefolgt von Durvalumab (1500 mg, d1, q28) durchgeführt werden.“	<p>platinbasierte Chemotherapie mit Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175 mg/m²) in Kombination mit einer Immuntherapie</p> <p>mit Dostarlimab (6 Zyklen 500 mg i.v. d1, q21 gefolgt von 1000 mg i.v. d1, q6w als Erhaltungstherapie</p> <p>oder mit Durvalumab (1120 mg i.v. d1, q21), im Fall des Ansprechens gefolgt von Durvalumab (1500 mg i.v. d1, q28)</p> <p>oder mit Pembrolizumab (200 mg i.v. d1, q21 während der Chemotherapie und 400 mg i.v. d1, q42 als Erhaltungstherapie)</p> <p>durchgeführt werden.</p>	<p>2023;388(23): 2145-2158. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36972026</p> <p>Eskander R, Sill M, Beffa L, Moore R, Hope J, Musa F, et al. N Engl J Med. 2023;388(23): 2159-2170. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36972022/</p> <p>Westin S, Moore K, Chon H, Lee J, Thomes Pepin J, Sundborg M, et al. J Clin Oncol. 2024;42(3): 283-299. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37864337/</p> <p>Fachinformation JEMPERLI-Dostarlimab (Stand April 2025)</p> <p>Fachinformation KEYTRUDA-Pembrolizumab (Stand Juni 2025)</p> <p>Fachinformation IMFINZI-Durvalumab (Stand Juli 2025).</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p><u>8.18:</u> <u>Empfehlungsgrad</u> <u>A, Evidenzlevel 1</u></p> <p>„Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem, nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliteninstabilem/mismatch-repair-defizientem Tumorgewebe (MSI-H oder dMMR) ohne platinhaltige Vortherapie, bez. mit einem Chemotherapie-freien Intervall > 6 Monate, bzw. >12 Monate, soll eine platinbasierte Chemotherapie</p>			

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	mit Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175 mg/m ²) in Kombination mit einer Immuntherapie mit Dostarlimab (4 Zyklen 500 mg i.v. d1, q21 gefolgt von 1000 mg i.v. d1, q6w als Erhaltungstherapie) oder mit Pembrolizumab (200 mg i.v. d1, q21 während der Chemotherapie und 400 mg i.v. d1, q42 als Erhaltungstherapie) durchgeführt werden.“			
Thema 3 A: Empfehlungsgrad/ Ausdrucks-	<u>Empfehlungsgrad B, Evidenzlevel 1</u>	<u>Empfehlungsgrad B, Evidenzlevel 1</u>	Änderung 11: Wir schlagen vor, die Ausdrucksweise von „kann“ auf „sollte“ zu ändern im Einklang mit der im Leitlinienreport V4.01	Die Empfehlungsstärke obliegt der Abstimmung durch die LL-Kommission. Keine Änderung. Eine weitere Ergänzung ist aus Sicht der LL-Kommission nicht

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
weise 8.15 / S.181	„Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten-instabilem/mismatch-repair-defizientem Tumorgewebe (MSI-H oder dMMR) kann nach einer Vorbehandlung durch eine platinbasierte Chemotherapie eine Immuntherapie mit Dostarlimab oder mit Pembrolizumab durchgeführt werden.“	„Bei Patientinnen rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten-instabilem/mismatch-repair-defizientem Tumorgewebe (MSI-H oder dMMR) sollte nach einer Vorbehandlung durch eine platinbasierte Chemotherapie eine Immuntherapie mit Dostarlimab (4 Zyklen 500 mg i.v. d1, q21 gefolgt von 1000 mg iv d1, q42) oder mit Pembrolizumab (200 mg i.v. d1, q21 oder 400 mg i.v. d1, q42) durchgeführt werden.“	<p>beschriebenen Vorgehensweise für Empfehlungsgrad B. (Literatur zur Beschreibung der Empfehlungsgrade: Leitlinienreport V4.01 S14 Tabelle 3: Empfehlungsgrad B entspricht Ausdrucksweise „sollte“).</p> <p>Änderung 12: Wir schlagen vor, die Dosierungen der Monotherapie von Dostarlimab und Pembrolizumab zu ergänzen, da diese von der Dosierung in der Kombination mit Chemotherapie abweicht.</p> <p>Literaturangabe: Oaknin A, Pothuri B, Gilbert L, Sabatier R, Brown J, Ghamande S, et al. Clin Cancer Res. 2023;29(22): 4564-4574. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37363992/</p> <p>Fachinformation JEMPERLI-Dostarlimab (Stand April 2025)</p>	notwendig. Die zitierten Empfehlungen sind ausreichend klar. Details zu den Dosierungen sind dem Hintergrundtext zu entnehmen.
Thema 3 B: Empfehlung	<u>Empfehlungsgrad B, Evidenzlevel 1</u>	<u>Empfehlungsgrad B, Evidenzlevel 1</u>	Änderung 13: Wir schlagen vor, die Ausdrucksweise von „soll“ auf	Die Empfehlungsstärke obliegt der Abstimmung durch die LL-Kommission.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
s-grad/ Ausdrucks- weise 8.14 / S.180	„Bei Patientinnen mit primär fortgeschrittenem oder rezidiertem Endometriumkarzinom soll bei Progression nach mindestens einer Linie Chemotherapie eine kombinierte Immun- und Multikinase-Inhibitortherapie mit Pembrolizumab (200 mg i.v. d1, q21 oder 400 mg i.v. d1, q42) und Lenvatinib (20 mg p.o. 1 x tgl.) durchgeführt werden, insbesondere im Falle eines mikrosatelliten-stabilen/mismatc	„Bei Patientinnen mit primär fortgeschrittenem oder rezidiertem Endometriumkarzinom sollte bei Progression nach mindestens einer Linie Chemotherapie eine kombinierte Immun- und Multikinase-Inhibitortherapie mit Pembrolizumab (200 mg i.v. d1, q21 oder 400 mg i.v. d1, q42) und Lenvatinib (20 mg p.o. 1 x tgl.) durchgeführt werden, insbesondere im Falle eines mikrosatelliten-stabilen/ mismatch-repair funktionellen Rezidivs. Die hohe Toxizität ist zu beachten.“	<p>„sollte“ zu ändern, im Einklang mit der im Leitlinienreport V4.01 beschriebenen Vorgehensweise für Empfehlungsgrad B. (Literatur zur Beschreibung der Empfehlungsgrade: Leitlinienreport V4.01 S14 Tabelle 3: Empfehlungsgrad B entspricht Ausdrucksweise „sollte“).</p> <p>Literaturangabe: Makker V, Colombo N, Casado Herráez A, Santin A, Colomba E, Miller D, et al. N Engl J Med. 2022;386(5): 437-448. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35045221/</p> <p>Marabelle A, Le D, Ascierto P, Di Giacomo A, De Jesus-Acosta A, Delord J, et al. J Clin Oncol. 2020;38(1): 1-10. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31682550/</p> <p>Fachinformation KEYTRUDA-Pembrolizumab (Stand Juni 2025)</p> <p>Fachinformation LENVIMA-Lenvatinib (Stand April 2025)</p>	Keine Änderung. Eine weitere Ergänzung ist aus Sicht der LL-Kommission nicht notwendig.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	h-repair funktionellen Rezidivs. Die hohe Toxizität ist zu beachten.“			
Thema 4. Tabelle 17 S.190			<p>Änderung 14: Zur besseren Übersichtlichkeit und zur Vereinfachung der Therapieempfehlungen schlagen wir vor, Tabelle 17 wie vorgeschlagen zu formatieren und jeweils alle drei zugelassenen Wirkstoffe alphabetisch aufzuführen.</p> <p>Literaturangabe: Referenzen 531 Mira et al 2023, 532, Eskander et al 2023, 534 Westin et al 2024 und 607 Makker et al, 2022.</p> <p>Fachinformation JEMPERLI-Dostarlimab (Stand April 2025)</p> <p>Fachinformation KEYTRUDA-Pembrolizumab (Stand Juni 2025)</p> <p>Fachinformation IMFINZI-Durvalumab (Stand Juli 2025)</p> <p>Fachinformation LENVIMA-Lenvatinib (Stand April 2025).</p>	Die Tabelle wurde angepasst.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
Thema 5: Änderungen im Fließtext 8.4 / S.185 Wirksamkeit s-population GARNET	„In der Garnet-Studie, einer ebenfalls nicht randomisierten Phase 1-Untersuchung mit einem PD-1 gerichteten Antikörper, wurden 71 Patienten mit dMMR/MSI-H EC behandelt.“	„In der Garnet-Studie, einer ebenfalls nicht randomisierten Phase 1-Untersuchung mit einem PD-1 gerichteten Antikörper, wurden in der A1-Kohorte 143 Patienten mit dMMR/MSI-H EC behandelt.“	Änderung 15: Wir schlagen vor, die aktualisierten Daten in Kohorte A1 der GARNET Studie (dMMR/MSI-H Endometriumkarzinom) aufzuführen. Literaturangabe: Oaknin A, Pothuri B, Gilbert L, Sabatier R, Brown J, Ghamande S, et al. Clin Cancer Res. 2023;29(22): 4564-4574. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37363992/	Die Änderung wurde durchgeführt.
8.4 / S.185 Sicherheit: Abbruchrate	„Das Sicherheitsprofil der Kombinationstherapie entsprach dem bekannten Profil aus den Vorläuferstudien [607]. In einem Update wurden kürzlich die Daten der Primär-Analyse zu Wirksamkeit und Toxizität bestätigt. Unter	„Das Sicherheitsprofil der Kombinationstherapie entsprach dem bekannten Profil aus den Vorläuferstudien [607]. In einem Update wurden kürzlich die Daten der Primär-Analyse zu Wirksamkeit und Toxizität bestätigt. Unter LEN+PEMBRO wurden in 39,2% ≥ Grad 3 Bluthochdruck beobachtet (3). Die Abbruchrate lag bei 33%. Die Kombination LEN+PEMBRO stellt also	Änderung 16: Wir schlagen vor, die Abbruchrate nicht nur für die Phase-2-Studie KEYNOTE-146 anzugeben, sondern auch für die Phase-3-Studie KEYNOTE-775 zu ergänzen, da diese Information relevant ist für die Bewertung des Nutzen-Risiko-Profiles der Therapieoption. Literaturangabe: Makker V, Colombo N, Casado Herráez A, Santin A, Colomba E, Miller D, et al. N Engl J Med. 2022;386(5): 437-448. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35045221/	Die Abbruchrate wurde im Text ergänzt.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	LEN+PEMBRO wurden in 39,2% ≥ Grad 3 Bluthochdruck beobachtet (3). Die Kombination LEN+PEMBRO stellt also hohe Ansprüche an das Toxizitätsmanagement.“	hohe Ansprüche an das Toxizitätsmanagement.“		
8.4 / S.185 Wirksamkeit: Ansprechrate	„Auch beim medianen PFS zeigte sich ein Vorteil für LEN+PEMBRO sowohl in der pMMR- [6,6 vs. 3,8 Monate (HR=0,60; P<0,001)] als auch in der Gesamtpopulation [7,2 vs. 3,8 Monate (HR = 0,56; P<0,001)].“	„Auch beim medianen PFS zeigte sich ein Vorteil für LEN+PEMBRO sowohl in der pMMR- [6,6 vs. 3,8 Monate (HR=0,60; P<0,001)] als auch in der Gesamtpopulation [7,2 vs. 3,8 Monate (HR = 0,56; P<0,001)]. Die Ansprechrate erhöhte sich von 15.1% auf 30.3% in der pMMR-Population, von 14.7% auf 31.9% in der Gesamtpopulation.“	Änderung 17: Wir schlagen vor, konsistent mit der Darstellung für GARNET, KEYNOTE-146 und KEYNOTE-158 auch für KEYNOTE-775 die Ansprechraten zu ergänzen, da diese Information relevant für die Bewertung des Nutzen-Risiko-Profiles der Therapieoption ist. Die von uns vorgeschlagenen Werte stammen aus der NEJM Primärpublikation, S.442. Literaturangabe: Makker V, Colombo N, Casado Herráez A, Santin A, Colomba E, Miller D, et al. N Engl J Med. 2022;386(5): 437-448. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35045221/	Die Daten wurden entsprechend dem Vorschlag ergänzt.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
8.4 / S.186 Primäre Endpunkte PFS und OS in RUBY	„Primärer Endpunkt der Studie war das progressionsfreie Überleben.“	„ Duale primäre Endpunkte der Studie waren das progressionsfreie Überleben (in der dMMR- und der Gesamtpopulation) und das Gesamtüberleben (in der Gesamtpopulation). “	<p>Änderung 18: Wir schlagen vor, die dualen primären Endpunkte PFS (dMMR und ITT) und OS (ITT) der RUBY-Studie vollständig zu benennen, damit die Datengrundlage der Therapieempfehlung basierend auf dem Studiendesign der Studie optimal nachvollzogen werden kann.</p> <p>Zitat: „The primary end points were progression-free survival as assessed by the investigator according to RECIST, version 1.1, among patients who had dMMR-MSI-H primary advanced or recurrent endometrial cancer and in the overall population and overall survival in the overall population.“</p> <p>Literaturangabe: Mirza M, Chase D, Slomovitz B, dePont Christensen R, Novák Z, Black D, et al. N Engl J Med. 2023;388(23): 2145-2158. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36972026</p>	Die Ergänzung wurde durchgeführt.
8.4/ S.186 Nachbeobachtungszeit in RUBY	„In der Intention-To-Treat-Analyse der Gesamtpopulation betrug die	„In der Intention-To-Treat-Analyse der Gesamtpopulation betrug die Wahrscheinlichkeit des progressionsfreien	<p>Änderung 19: Wir schlagen vor, die mediane Nachbeobachtungszeit der RUBY-Studie in den Text aufzunehmen, da diese wichtig für die Bewertung der Validität und</p>	Die Ergänzung wurde durchgeführt.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>Wahrscheinlichkeit des progressionsfreien Überlebens nach 24 Monaten 36% im Dostarlimab-Arm im Vergleich zu 18% im Standardarm (HR 0.64; 95% Konfidenzintervall [KI] 0.51-0.80; P<0.001). Die Überlebenswahrscheinlichkeit nach 24 Monaten betrug 71% (Dostarlimab-Arm) im Vergleich zu 56% (Standardarm) (HR 0.64; 95% KI 0.46-0.87; P=0.0021).“</p>	<p>Überlebens nach 24 Monaten 36% im Dostarlimab-Arm im Vergleich zu 18% im Standardarm (HR 0.64; 95% Konfidenzintervall [KI] 0.51-0.80; P<0.001). Die Überlebenswahrscheinlichkeit nach 24 Monaten betrug 71% (Dostarlimab-Arm) im Vergleich zu 56% (Standardarm) (HR 0.64; 95% KI 0.46-0.87; P=0.0021). Die mediane Nachbeobachtungsdauer betrug ungefähr 37 Monate.“</p>	<p>Reliabilität der angegebenen Wirksamkeitsdaten ist.</p> <p>Literaturangabe: Mirza M, Chase D, Slomovitz B, dePont Christensen R, Novák Z, Black D, et al. N Engl J Med. 2023;388(23): 2145-2158. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36972026</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
8.4 / S.185 Sicherheitsdaten GARNET	„Die Autoren hoben die langanhaltende Wirksamkeit bei den „Respondern“ und eine akzeptable Toxizität hervor mit nur 1,9 % Therapieabbrüchen durch therapiebedingte, schwere Nebenwirkungen.“	„Die Autoren hoben die langanhaltende Wirksamkeit bei den „Respondern“ und eine akzeptable Toxizität hervor, mit nur 8,6% Therapieabbrüchen durch therapiebedingte Nebenwirkungen.“	Änderung 20: Wir schlagen vor, die angegebene Abbruchrate prüfen zu lassen, sie ist uns nicht bekannt. In Supplementary Table 4 der zitierten Quelle ist eine 8,6%ige Therapieabbruchrate durch therapiebedingte Nebenwirkungen (unabhängig vom Schweregrad) angegeben. Literaturangabe: Oaknin A, Pothuri B, Gilbert L, Sabatier R, Brown J, Ghamande S, et al. Clin Cancer Res. 2023;29(22): 4564-4574. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37363992/	Die Abbruchrate wurde geprüft. Die Rate von 8,6% wurde nun in den Text eingefügt.
8.4 / S.188 Vergleiche in DUO-E	„Eine weitere Therapieoption für das aEC oder rEC ergibt sich seit der prospektiven dreiarmligen Duo-E-Studie, in der 780 Patientinnen entweder im Standardarm eine CT, in einem	„Eine weitere Therapieoption für das aEC oder rEC ergibt sich seit der prospektiven dreiarmligen Duo-E-Studie, in der 780 Patientinnen entweder im Standardarm eine CT, in einem experimentellen Arm die CT mit dem Immun-Checkpoint-Inhibitor Durvalumab (zunächst parallel zur CT und dann	Änderung 21: Wir schlagen vor, die Limitationen vom Studiendesign der DUO-E Studie hinsichtlich der fehlenden Vergleichbarkeit des Durvalumab+CP Arms mit dem Durvalumab/Olaparib+CP Arm klar darzustellen – die Studie war nicht darauf ausgelegt, diese beiden Arme miteinander zu vergleichen. Literaturangabe: Westin S, Moore K, Chon H, Lee J, Thomes Pepin J, Sundborg M, et al. J	Nach Einschätzung der LL-Kommission ist die Studie ausreichend klar dargelegt. Details können in der Originalpublikation nachgelesen werden. Keine Änderung.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	experimentellen Arm die CT mit dem Immun-Checkpoint-Inhibitor Durvalumab (zunächst parallel zur CT und dann als Erhaltungstherapie) und im zweiten experimentellen Arm die CT + Durvalumab und zusätzlich den PARP-Inhibitor Olaparib (als Erhaltungstherapie) erhielten.“	als Erhaltungstherapie) und im zweiten experimentellen Arm die CT + Durvalumab und zusätzlich den PARP-Inhibitor Olaparib (als Erhaltungstherapie) erhielten. Die Studie war nicht darauf ausgelegt, die beiden experimentellen Arme miteinander zu vergleichen.“	Clin Oncol. 2024;42(3): 283-299. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37864337/	
8.4 / S.188 Vergleiche in DUO-E	„In der Gruppe pMMR zeigte sich hingegen ein deutlicher PFS-Unterschied zwischen Durvalumab + Olaparib und Durvalumab	„In der Gruppe pMMR zeigte sich hingegen ein PFS-Unterschied zwischen Durvalumab + Olaparib kombiniert mit CT (15.0 Monate) und Durvalumab kombiniert mit CT (9.9 Monate), versus 9.7 Monate im CT Vergleichsarm . In der	Änderung 22: Wir schlagen vor, die Limitationen vom Studiendesign der DUO-E Studie hinsichtlich der fehlenden Vergleichbarkeit des Durvalumab+CP Arms mit dem Durvalumab/Olaparib+CP Arm bei der Beschreibung der Wirksamkeitsendpunkte zu berücksichtigen. Daher schlagen wir vor, bei der Beschreibung der beiden	Nach Einschätzung der LL-Kommission ist die Studie ausreichend klar dargelegt. Details können in der Originalpublikation nachgelesen werden. Keine Änderung.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	alleine (15.0 versus 9.9. Monate). In der PD-L1-positiven Subgruppe zeigte sich der größte Effekt von Durvalumab + Olaparib versus Durvalumab alleine (20.8 versus 11.3 Monate), hingegen kein Unterschied zwischen den Armen in der PD L1-negativen Subgruppe (S. 294).“	PD-L1-positiven Subgruppe war dieser Unterschied größer mit 20.8 und 11.3 Monaten, versus 9.5 Monaten im CT Vergleichsarm. Es gab hingegen keinen Unterschied zwischen den Armen in der PD L1-negativen Subgruppe (S. 294).“	experimentellen Arme auf eine vergleichende Sprache zu verzichten und den per Studiendesign vorgesehenen Vergleichsarm mit aufzuführen. Literaturangabe: Westin S, Moore K, Chon H, Lee J, Thomes Pepin J, Sundborg M, et al. J Clin Oncol. 2024;42(3): 283-299. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37864337/	
8.4 / S.188 Sicherheitsdaten DUO-E	„Das Sicherheitsprofil zeigte eine erhöhte Toxizität durch die beiden experimentellen Arme mit G3/4-Anämie bis zu	„Das Sicherheitsprofil zeigte eine erhöhte Toxizität durch die beiden experimentellen Arme mit G3/4-Anämie bis zu 24%, Dosisreduktionen bei etwa 69% der Patientinnen und	Änderung 23: Nach Prüfung von Tabelle 3 in Westin et al. haben wir abweichende Raten von Dosisreduktionen und Therapieabbrüchen gefunden und schlagen vor, die von uns dieser Quelle entnommenem Daten zu verwenden.	Die Literatur wurde geprüft. Der Text wurde angepasst: „Das Sicherheitsprofil zeigte eine erhöhte Toxizität durch die beiden experimentellen Arme mit G3/4-Anämie bis zu 24%, Dosisreduktionen bzw. Unterbrechungen/Verzögerungen der Therapie bei bis zu 69% der

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	24%, Dosisreduktionen bei etwa 20% der Patientinnen und Therapieabbrüchen in bis zu 3%.“	Therapieabbrüchen in bis zu 24%.“	Literaturangabe: Westin S, Moore K, Chon H, Lee J, Thomes Pepin J, Sundborg M, et al. J Clin Oncol. 2024;42(3): 283-299. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37864337/	Patientinnen und Therapieabbrüchen in bis zu 24%.“
Kapitel 8.4 / Seite 182	Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem , nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten-instablem/mismatchrepair-defizientem Tumorgewebe (MSI-H oder dMMR) ohne platinhaltige Vortherapie, bez. mit einem Chemotherapie-freien Intervall > 6 Monate, bzw. >12 Monate, soll	Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem, nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten-instablem/mismatchrepair-defizientem Tumorgewebe (MSI-H oder dMMR) ohne platinhaltige Vortherapie, bez. mit einem Chemotherapie-freien Intervall > 6 Monate, bzw. >12 Monate, soll eine platinbasierte Chemotherapie mit Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175 mg/m2) in Kombination mit einer Immuntherapie mit Dostarlimab (6 Zyklen 500 mg i.v. d1, q21 während	Die Dosierung von Dostarlimab ist laut Fachinformation wie folgt empfohlen: 6 Zyklen 500 mg i.v. d1, q21 während der Chemotherapie gefolgt von 1000 mg i.v. d1, q42 als Erhaltungstherapie. Für eine bessere Lesbarkeit der Empfehlung und im Sinne der Patientinnensicherheit ist darüber hinaus zu überlegen <ul style="list-style-type: none"> • die Dosierungsschemata der Substanzen Dostarlimab und Pembrolizumab einheitlich darzustellen, • das Wort „oder“ zwischen den beiden Therapieoptionen Dostarlimab und Pembrolizumab in Fettschrift zu formatieren oder einen Absatz dazwischen einzufügen. Andernfalls könnten beim schnellen Lesen der Empfehlung die	Die Änderungen wurden übernommen.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>eine platinbasierte Chemotherapie mit Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175 mg/m²) in Kombination mit einer Immuntherapie mit Dostarlimab (4 Zyklen 500 mg i.v. d1, q21 gefolgt von 1000 mg i.v. d1, q6w als Erhaltungstherapie) oder mit Pembrolizumab (200 mg i.v. d1, q21 während der Chemotherapie und 400 mg i.v. d1, q42 als Erhaltungstherapie) durchgeführt werden.</p>	<p>der Chemotherapie gefolgt von 1000 mg i.v. d1, q42, als Erhaltungstherapie) oder mit Pembrolizumab (6 Zyklen 200 mg i.v. d1, q21, während der Chemotherapie gefolgt von 400 mg i.v. d1, q42 als Erhaltungstherapie) durchgeführt werden.</p>	<p>Dosierungsschemata der einzelnen Substanzen missverstanden oder verwechselt werden.</p> <p>Dieser Änderungsvorschlag gilt analog für die Empfehlung 8.19 für Patientinnen mit mikrosatelliten stabilem/ mismatchrepair-profizientem Tumorgewebe (MSI-L oder pMMR).</p> <p>Literaturangabe:</p> <p>Fachinformation Jemperli, Stand April 2025</p> <p>Fachinformation Keytruda, Stand Juni 2025</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
Kapitel 8.4 / Seite 183	Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem , nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten stabilem/mismatchrepair-profizientem Tumorgewebe (MSI-L oder pMMR) ohne platinhaltige Vortherapie bzw. mit einem Chemotherapie-freien Intervall > 6 Monate, bzw. >12 Monate, sollte eine platinbasierte Chemotherapie mit Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175	Bei Patientinnen mit rezidiviertem oder primär fortgeschrittenem, nicht tumorfrei resektablem Endometriumkarzinom mit mikrosatelliten stabilem/mismatchrepair-profizientem Tumorgewebe (MSI-L oder pMMR) ohne platinhaltige Vortherapie bzw. mit einem Chemotherapie-freien Intervall > 6 Monate, bzw. >12 Monate, soll eine platinbasierte Chemotherapie mit Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175 mg/m ²) in Kombination mit einer Immuntherapie mit Dostarlimab (4 Zyklen 500 mg i.v. d1, q21 gefolgt von 1000 mg i.v. d1, q42 als Erhaltungstherapie) oder mit Pembrolizumab (200 mg i.v. d1, q21 während der Chemotherapie und 400 mg i.v. d1, q42 als	Analog zur Empfehlung für Durvalumab bei mikrosatelliten stabilem/mismatchrepair-profizientem Tumorgewebe (Empfehlung 8.16 auf Seite 181) ist aufgrund des hohen Evidenzlevels von 1 und des hohen Empfehlungsgrads A zu überlegen, ob nicht eine „soll“ Empfehlung für die Hinzunahme von Dostarlimab bzw. Pembrolizumab zu Carboplatin + Paclitaxel angemessen ist (Bewertung für alle gleich, da vergleichbare Datenlage). Eine Abstufung des Empfehlungsgrads zwischen den verschiedenen Immun-Checkpoint-Inhibitoren Durvalumab, Dostarlimab und Pembrolizumab scheint durch die vorliegende konsistent überzeugende Datenlage (jeweils Phase III RCTs mit starken Effekten) nicht gerechtfertigt. Auch vor dem Hintergrund, dass ausschließlich die NRG-GY018 Studie in der von dieser Empfehlung betroffenen Patientenpopulation (pMMR-Patientinnen) einen statistisch signifikanten PFS-Vorteil zeigen konnte. Die Studien DUO-E, RUBY und ATTEND untersuchten diese	Die Empfehlungsstärke obliegt der Abstimmung durch die LL-Kommission nach eingehender Diskussion und spiegelt die unterschiedlichen Ansichten dieser interdisziplinären und interprofessionellen Gruppe wider. Die Einschätzungen können daher naturgemäß aus rein medizinisch-fachonkologischer Perspektive unterschiedlich sein. Keine Änderung. Eine weitere Ergänzung ist aus Sicht der LL-Kommission nicht notwendig.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	mg/m ²) in Kombination mit einer Immuntherapie mit Dostarlimab (4 Zyklen 500 mg i.v. d1, q21 gefolgt von 1000 mg i.v. d1, q42 als Erhaltungstherapie) oder mit Pembrolizumab (200 mg i.v. d1, q21 während der Chemotherapie und 400 mg i.v. d1, q42 als Erhaltungstherapie) durchgeführt werden.	Erhaltungstherapie) durchgeführt werden.	<p>Patientenpopulation als Subgruppenanalysen <u>ohne formale statistische Testung</u>.</p> <p>Literaturangabe: Eskander et al., N Engl J Med. DOI: 10.1056/NEJMoa2302312</p> <p>Mirza et al., N Engl J Med. DOI: 10.1056/NEJMoa2216334</p> <p>Westin et al., J Clin Oncol DOI: https://doi.org/10.1200/JCO.23.02132</p>	
Kapitel 8.4 / Seite 185	In der tumorentitätsübergreifenden KEYNOTE-158-Studie mit 49 Patientinnen mit EC-Rezidiv und	In der tumorentitätsübergreifenden Phase 2 Studie KEYNOTE-158 mit 49 Patientinnen mit EC-Rezidiv und dMMR oder MSI-H erreichte eine Pembrolizumab-	<p>Bei der KEYNOTE-158 Studie mit Pembrolizumab handelt es sich um eine Phase 2 Studie.</p> <p>Bei der GARNET Studie mit Dostarlimab handelt es sich hingegen</p>	Die Ergänzung wurde eingefügt.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>dMMR oder MSI-H erreichte eine Pembrolizumab-Monotherapie eine Ansprechrate von 57 % und eine Rate an komplettem Ansprechen von 16 % (8/49 Patientinnen) [603]. 3/49 Patientinnen zeigten eine Grad-4-Toxizität (Guillain-Barré-Syndrom, Leberfunktionsstörung, Neutropenie).</p> <p>In der Garnet-Studie, einer ebenfalls nicht randomisierten Phase 1-Untersuchung mit einem PD-1 gerichteten Antikörper, wurden 71</p>	<p>Monotherapie eine Ansprechrate von 57 % und eine Rate an komplettem Ansprechen von 16 % (8/49 Patientinnen) [603]. 3/49 Patientinnen zeigten eine Grad-4-Toxizität (Guillain-Barré-Syndrom, Leberfunktionsstörung, Neutropenie).</p> <p>In der Garnet-Studie, einer ebenfalls nicht randomisierten Phase 1-Untersuchung mit einem PD-1 gerichteten Antikörper, wurden 71 Patienten mit dMMR/MSI-H EC behandelt. Im Zustand nach einer platinhaltigen Chemotherapie wurde Dostarlimab im Sinne einer intravenösen Monotherapie in der Dosierung 500 mg i.v. d1, q21 über 4 Zyklen, danach mit 1000mg i.v. q42 behandelt.</p>	<p>um eine Phase 1 Studie; somit passt ebenfalls hier nicht.</p> <p>Literaturangabe:</p> <p>Marabelle et al. Efficacy of Pembrolizumab in Patients With Noncolorectal High Microsatellite Instability/Mismatch Repair-Deficient Cancer: Results From the Phase II KEYNOTE-158 Study. J Clin Oncol. 2020;38(1): 1-10.</p> <p>URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31682550/</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>Patienten mit dMMR/MSI-H EC behandelt. Im Zustand nach einer platinhaltigen Chemotherapie wurde Dostarlimab im Sinne einer intravenösen Monotherapie in der Dosierung 500 mg i.v. d1, q21 über 4 Zyklen, danach mit 1000mg i.v. q42 behandelt.</p>			
<p>Kapitel 8.4 / Seite 186</p>	<p>Die Chemo-Immuntherapie ist offensichtlich auch in der 1st-line-Therapie des ortgeschrittenen und rezidierten EC wirksam. So wurde in der ENGOT-EN-6-</p>	<p>Die Chemo-Immuntherapie ist offensichtlich auch in der 1st-line-Therapie des ortgeschrittenen und rezidierten EC wirksam. So wurde in der ENGOT-EN-6-NSGO/GOG-3031/RUBY-Studie, kurz RUBY-Studie, einer internationalen Multicenterstudie, bei</p>	<p>Patientinnen mit FIGO IIIA sowie FIGO IIIB konnten ohne postoperativ messbare Läsion (auch bei Vorliegen einer serösen, klarzelligigen oder Karzinosarkom-Histologie) <u>nicht</u> in die RUBY-Studie eingeschlossen werden.</p> <p>Literaturangabe:</p>	<p>Die Ergänzung wurde eingefügt.</p>

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>NSGO/GOG-3031/RUBY-Studie, kurz RUBY-Studie, einer internationalen Multicenterstudie, bei Patientinnen mit histologisch oder zytologisch gesichertem primär fortgeschrittenem EC (FIGO 2019 Stadium III und IV) oder EC-Erstrezidiv ohne kurative Behandlungsoption die Effektivität einer Chemotherapie geprüft [531]. Folgende Einschlusskriterien mussten erfüllt sein: Im Stadium IIIA, IIIB und IIIC1</p>	<p>Patientinnen mit histologisch oder zytologisch gesichertem primär fortgeschrittenem EC (FIGO 2019 Stadium III und IV) oder EC-Erstrezidiv ohne kurative Behandlungsoption die Effektivität einer Chemotherapie geprüft [531]. Folgende Einschlusskriterien mussten erfüllt sein: Im Stadium IIIA, IIIB und IIIC1 musste postoperativ eine messbare Läsion vorliegen (außer bei Stadium IIIC1 mit seröser, klarzelliger oder Karzinosarkom-Histologie), im Stadium IIIC2 und IV musste keine messbare Läsion vorliegen.</p>	<p>Mirza et al., N Engl J Med. DOI: 10.1056/NEJMoa2216334</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	musste postoperativ eine messbare Läsion vorliegen (außer bei seröser, klarzelliger, oder Karzinom-Histologie), im Stadium IIIc2 und IV musste keine messbare Läsion vorliegen.			
Kapitel 8.4 / Seite 186	<p>Ergebnisse der ENGOT-EN-6-NSGO/GOG-3031/RUBY-Studie</p> <p>Die Hinzunahme von Dostarlimab zur Standard-Chemotherapie führte zu einer</p> <ul style="list-style-type: none"> · signifikanten und klinisch relevanten Verbesserung des progressionsfreien Überlebens und des 	<p>Ergebnisse der ENGOT-EN-6-NSGO/GOG-3031/RUBY-Studie</p> <p>Die Hinzunahme von Dostarlimab zur Standard-Chemotherapie führte zu einer</p> <ul style="list-style-type: none"> · signifikanten und klinisch relevanten Verbesserung des progressionsfreien Überlebens und des Gesamtüberlebens in der Gesamtpopulation, 	<p>Die primären Endpunkte der RUBY-Studie waren</p> <ul style="list-style-type: none"> – PFS in der dMMR/MSI-H Population, – PFS in der Gesamtpopulation, und – OS in der Gesamtpopulation. <p>Aufgrund dieses Studiendesigns konnte also eine <u>statistisch signifikante</u> Verbesserung des Gesamtüberlebens in der Subgruppe mit dMMR/MSIhigh-Tumoren <u>nicht</u> gezeigt werden.</p> <p>Ebenfalls <u>nicht</u> gezeigt werden konnte eine <u>statistisch signifikante</u> Verbesserung des progressionsfreien</p>	<p>Unabhängig von der Definition der Endpunkte wird in der zitierten Publikation eine stat. sign. Verbesserung des OS bei dMMR (Figure 3 B; Hazard ratio, 0.30 (95% CI, 0.13–0.70) angegeben, ebenso eine stat. sign. Verbesserung des PFS bei pMMR (Figure 2 C; Hazard ratio, 0.76 (95% CI, 0.59–0.98)). Es ist korrekt, dass diese Ergebnisse aufgrund des Designs der Studie als exploratorisch zu bewerten sind. Diese Tatsache wurde im Text ergänzt (...exploratorisches Ergebnis...').</p>

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>Gesamtüberlebens in der Gesamtpopulation,</p> <ul style="list-style-type: none"> · signifikanten und klinisch relevanten Verbesserung des progressionsfreien Überlebens und des Gesamtüberlebens in der Subgruppe der dMMR/MSIhigh-Tumoren und einer · signifikanten und klinisch relevanten Verbesserung des progressionsfreien Überlebens in der Subgruppe mit pMMR/MSI-low-Tumoren. 	<ul style="list-style-type: none"> · signifikanten und klinisch relevanten Verbesserung des progressionsfreien Überlebens und des Gesamtüberlebens in der Subgruppe der dMMR/MSIhigh-Tumoren und einer · signifikanten und klinisch relevanten Verbesserung des progressionsfreien Überlebens in der Subgruppe mit pMMR/MSI-low-Tumoren. 	<p>Überlebens in der Subgruppe mit pMMR/MSI-low-Tumoren.</p> <p>Literaturangabe: Mirza et al., N Engl J Med. DOI: 10.1056/NEJMoa2216334</p>	
Kapitel 8.4 / Seite 187	Beeindruckend sind auch die Ergebnisse in der Subpopulation	Beeindruckend sind auch die Ergebnisse in der Subpopulation mit pMMR/MSI-low-Tumoren,	<p>Die primären Endpunkte der RUBY-Studie waren</p> <ul style="list-style-type: none"> – PFS in der dMMR/MSI-H Population – PFS in der Gesamtpopulation und 	Siehe Antwort zu Kommentar oben .

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>mit pMMR/MSI-low-Tumoren, bei denen ein deutlich geringerer oder kein Effekt erwartet wurde. In dieser Gruppe zeigte sich ebenfalls ein signifikanter und klinisch relevanter Effekt. Konkret betrug die progressionsfreie Überlebenswahrscheinlichkeit nach 24 Monaten 28% im Dostarlimab-Arm gegenüber lediglich 18% im Standardarm (HR 0.76; 95% KI 0.59-0.98). Auch das Gesamtüberleben war in der</p>	<p>bei denen ein deutlich geringerer oder kein Effekt erwartet wurde. In dieser Gruppe zeigte sich ebenfalls ein signifikanter und klinisch relevanter Effekt. Konkret betrug die progressionsfreie Überlebenswahrscheinlichkeit nach 24 Monaten 28% im Dostarlimab-Arm gegenüber lediglich 18% im Standardarm (HR 0.76; 95% KI 0.59-0.98). Auch das Gesamtüberleben war in der Dostarlimab-Gruppe numerisch besser (67% versus 55%), verfehlte aber knapp die statistische Signifikanz (HR 0.73; 95% KI 0.52-1.02).</p>	<p>– OS in der Gesamtpopulation.</p> <p>Aufgrund dieses Studiendesigns konnte also eine <u>statistisch signifikante</u> Verbesserung des progressionsfreien Überlebens und des Gesamtüberlebens in der Subgruppe mit pMMR/MSI-low-Tumoren nicht gezeigt werden.</p> <p>Literaturangabe:</p> <p>Mirza et al., N Engl J Med. DOI: 10.1056/NEJMoa2216334</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	Dostarlimab-Gruppe besser (67% versus 55%), verfehlte aber knapp die statistische Signifikanz (HR 0.73; 95% KI 0.52-1.02).			
Kapitel 8.4 / Seite 187	In einer weiteren, internationalen und zeitgleich zu „Ruby“ publizierten Multicenter-Studie (NRG-GY018) wurden 816 Patientinnen mit primär fortgeschrittenem EC (FIGO 2019 Stadium III und IV A/B) oder EC-Erstrezidiv untersucht [532]. Alle histologischen Subtypen außer Karzinosarkomen waren zugelassen.	In einer weiteren, internationalen und zeitgleich zu „Ruby“ publizierten Multicenter-Studie (NRG-GY018) wurden 816 Patientinnen mit primär fortgeschrittenem EC (FIGO 2019 Stadium III und IV A/B) oder EC-Erstrezidiv untersucht [532]. Alle histologischen Subtypen außer Karzinosarkomen waren zugelassen. Im Falle eines EC-Rezidivs musste nach einer vorangegangenen Chemotherapie ein Mindestzeitraum von 12 Monaten vorliegen. In einem plazebokontrollierten	Die Therapiedauer im experimentellen Arm war in der NRG-GY018 Studie auf maximal 24 Monate begrenzt. Der Verweis auf Tabelle 15 scheint überholt zu sein. Literaturangabe: Eskander et al., N Engl J Med. DOI: 10.1056/NEJMoa2302312	Die Änderungen wurden eingefügt.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>Im Falle eines EC-Rezidivs musste nach einer vorangegangenen Chemotherapie ein Mindestzeitraum von 12 Monaten vorliegen. In einem plazebokontrollierten Studienaufbau mit 3: 1-Stratifizierung (n=591 [pMMR] versus n=225 [dMMR]) und nachfolgender 1: 1-Randomisierung wurden die Probandinnen entweder mit 6 Zyklen Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175 mg/m²) alle 3 Wochen (Standardarm) oder 6 Zyklen Carboplatin (AUC</p>	<p>Studienaufbau mit 3: 1-Stratifizierung (n=591 [pMMR] versus n=225 [dMMR]) und nachfolgender 1: 1-Randomisierung wurden die Probandinnen entweder mit 6 Zyklen Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175 mg/m²) alle 3 Wochen (Standardarm) oder 6 Zyklen Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175 mg/m²) alle 3 Wochen und Pembrolizumab in der Dosierung 200 mg i.v. alle 3 Wochen während der Chemotherapie und 400 mg i.v. alle 6 Wochen bis zum Erreichen von Progression/Tod/intolerabler Toxizität oder einer maximalen Therapiedauer von 24 Monaten (experimenteller Arm) behandelt. (Tabelle 15)–Die Chemotherapie (Carboplatin/Paclitaxel) konnte im Falle eines</p>		

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>5) und Paclitaxel (175 mg/m²) alle 3 Wochen und Pembrolizumab in der Dosierung 200 mg i.v. alle 3 Wochen während der Chemotherapie und 400 mg i.v. alle 6 Wochen bis zum Erreichen von Progression/Tod/in tolerabler Toxizität (experimenteller Arm) behandelt (Tabelle 15). Die Chemotherapie (Carboplatin/Paclitaxel) konnte im Falle eines Ansprechens auf maximal 10 Zyklen erweitert werden. Primärer Endpunkt der Studie war das progressionsfreie Überleben.</p>	<p>Ansprechens auf maximal 10 Zyklen erweitert werden. Primärer Endpunkt der Studie war das progressionsfreie Überleben.</p>		

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
Kapitel 8.4 / Seite 187	In der Intention-To-Treat-Analyse der dMMR-Population reduzierte die Hinzunahme von Pembrolizumab die Wahrscheinlichkeit einer Progression nach 12 Monaten um 70%. Das progressionsfreie Überleben betrug 74% im Pembrolizumab-Arm versus 38% im Standardarm (HR 0.30; 95% KI 0.19-0.48). Auch in der pMMR-Population verbesserte die Hinzunahme von Pembrolizumab die Wahrscheinlichkeit des progressionsfreien Überlebens nach 7.9 Monaten. Die mittlere Dauer des	In der Intention-To-Treat-Analyse der dMMR-Population reduzierte die Hinzunahme von Pembrolizumab die Wahrscheinlichkeit einer Progression nach 12 Monaten um 70%. Das progressionsfreie Überleben betrug 74% im Pembrolizumab-Arm versus 38% im Standardarm (HR 0.30; 95% KI 0.19-0.48). Auch in der pMMR-Population verbesserte die Hinzunahme von Pembrolizumab die Wahrscheinlichkeit des progressionsfreien Überlebens nach 7.9 Monaten. Die mittlere Dauer des progressionsfreien Überlebens betrug 13.1 Monate im Pembrolizumab-Arm versus 8.7 Monate im Standard-Arm (HR 0.54; 95% KI 0.41-0.71; P<0.001).	Es liegen vollpublizierte Gesamtüberlebensdaten mit längerer Nachbeobachtungszeit für die Studie NRG-GY018 vor. Literaturangabe: Eskander et al., Nature Medicine DOI: https://doi.org/10.1038/s41591-025-03566-1	Die Ergänzungen wurden eingefügt.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>progressionsfreien Überlebens betrug 13.1 Monate im Pembrolizumab-Arm versus 8.7 Monate im Standard-Arm (HR 0.54; 95% KI 0.41 - 0.71; P<0.001).</p> <p>Daten zum Gesamtüberleben liegen in der Vollpublikation noch nicht vor, finden sich jedoch in den zusätzlichen Anhängen ("Supplementary Files") der Publikation. Diese zeigen eine vorläufige Einschätzung für die dMMR- und die pMMR-Population, wobei sich die 95%-</p>	<p>Daten zum Gesamtüberleben liegen in der Vollpublikation noch nicht vor, finden sich jedoch in den zusätzlichen Anhängen ("Supplementary Files") der Publikation. Diese zeigen eine vorläufige Einschätzung für die dMMR- und die pMMR-Population, wobei sich die 95%-Konfidenzintervalle der Überlebenskurven überschneiden und aktuell noch kein statistisch signifikanter Effekt hinsichtlich des Gesamtüberlebens zu sehen ist. Zur endgültigen Einschätzung sind weitere Studienauswertungen nach einer längeren Nachbeobachtungszeit abzuwarten.</p> <p>Bezüglich des Gesamtüberlebens zeigte sich in der dMMR-Population nach einem medianen Follow-up von 22,5 Monaten</p>		

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	Konfidenzintervalle der Überlebenskurven überschneiden und aktuell noch kein statistisch signifikanter Effekt hinsichtlich des Gesamtüberlebens zu sehen ist. Zur endgültigen Einschätzung sind weitere Studienauswertungen nach einer längeren Nachbeobachtungszeit abzuwarten.	eine Risikoreduktion von 43% für die Hinzunahme von Pembrolizumab (HR 0,57; 95% KI 0,31-1,04). In der pMMR-Population zeigte sich nach einem medianen Follow-up von 20,8 Monaten eine Risikoreduktion von 20% für die Hinzunahme von Pembrolizumab (HR 0,80; 95% KI 0,59-1,08). Dabei gilt es zu beachten, dass deutlich mehr Patientinnen im Placebo-Arm eine Folgetherapie mit einem Checkpoint-Inhibitor erhalten haben im Vergleich zum Pembrolizumab-Arm (dMMR-Population: 51,0% vs. 17,9%, pMMR-Population: 42,9% vs. 21,9%).		
Kapitel 8.4 / Seite 188	In der Gesamtauswertung (unabhängig von MMR- und BRCA-Status) führte der Arm	In der Gesamtauswertung (unabhängig von MMR- und BRCA-Status) führte der Arm mit Durvalumab (während Chemotherapie + Erhaltung) gegenüber dem	Für die DUO-E Studie liegen zum jetzigen Zeitpunkt (Stand 28.08.2025) <u>keine statistisch signifikanten</u> Daten zum Gesamtüberleben vor (weder in der Gesamtpopulation, noch in Subgruppen). Das Gesamtüberleben	Siehe Antwort zu Kommentar oben .

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	mit Durvalumab (während Chemotherapie + Erhaltung) gegenüber dem Kontrollarm (Carboplatin AUC 5 oder 6/Paclitaxel 175 mg/m ²) zu einem kurzen, aber signifikanten PFS-Vorteil (10.2 vs. 9.6 Monate, p=0.003). Der Arm mit Durvalumab + Olaparib als Erhaltungstherapie nach Chemotherapie + Durvalumab war der effektivste Arm mit einem signifikanten und klinisch relevanten PFS-Vorteil (15.1 vs.	Kontrollarm (Carboplatin AUC 5 oder 6/Paclitaxel 175 mg/m ²) zu einem kurzen, aber signifikanten PFS-Vorteil (10.2 vs. 9.6 Monate, p=0.003). Der Arm mit Durvalumab + Olaparib als Erhaltungstherapie nach Chemotherapie + Durvalumab war der effektivste Arm mit einem signifikanten und klinisch relevanten PFS-Vorteil (15.1 vs. 9.6 Monate, <0.0001). Was das Gesamtüberleben betrifft, war auch nur dieser Arm signifikant besser als der Kontrollarm (p=0.003), nicht aber der Durvalumab-Arm (p=0.1) (S. 289). In der Subgruppenanalyse nach MMR-Status zeigte sich bzgl. des progressionsfreien Überlebens in der dMMR-Gruppe kein Unterschied zwischen dem Durvalumab-Arm und dem	war in der DUO-E Studie ein sekundärer Endpunkt. Literaturangabe: Westin et al., J Clin Oncol DOI: https://doi.org/10.1200/JCO.23.02132	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>9.6 Monate, <0.0001). Was das Gesamtüberleben betrifft, war auch nur dieser Arm signifikant besser als der Kontrollarm (p=0.003), nicht aber der Durvalumab-Arm (p=0.1) (S. 289). In der Subgruppenanalyse nach MMR-Status zeigte sich bzgl. des progressionsfreien Überlebens in der dMMR-Gruppe kein Unterschied zwischen dem Durvalumab-Arm und dem Durvalumab+Olaparib-Arm. In der Gruppe pMMR</p>	<p>Durvalumab+Olaparib-Arm. In der Gruppe pMMR zeigte sich hingegen ein deutlicher PFS-Unterschied zwischen Durvalumab + Olaparib und Durvalumab alleine (15.0 versus 9.9. Monate). In der PD-L1-positiven Subgruppe zeigte sich der größte Effekt von Durvalumab + Olaparib versus Durvalumab alleine (20.8 versus 11.3 Monate), hingegen kein Unterschied zwischen den Armen in der PDL1-negativen Subgruppe (S. 294).</p>		

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	<p>zeigte sich hingegen ein deutlicher PFS-Unterschied zwischen Durvalumab + Olaparib und Durvalumab alleine (15.0 versus 9.9 Monate). In der PD-L1-positiven Subgruppe zeigte sich der größte Effekt von Durvalumab + Olaparib versus Durvalumab alleine (20.8 versus 11.3 Monate), hingegen kein Unterschied zwischen den Armen in der PDL1-negativen Subgruppe (S. 294).</p>			

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
Kapitel 8.4 / Seite 188	<p>Eine weiteres Immuntherapeutikum für primär fortgeschrittene und rezidierte EC stellt Atezolizumab dar. In der Attend-Studie wurden 551 Frauen mit primär fortgeschrittenem oder rezidiertem EC eingeschlossen [533].</p> <p>Die kombinierte Chemoimmuntherapie führte nach 1,5 Jahren Nachbeobachtungszeit zu einer signifikanten Verbesserung des Gesamtüberlebens (38.7 vs. 30.2 Monate; p=0.048) und des progressionsfreien Überlebens</p>	<p>Eine weiteres Immuntherapeutikum für primär fortgeschrittene und rezidierte EC stellt Atezolizumab dar. In der Attend-Studie wurden 551 Frauen mit primär fortgeschrittenem oder rezidiertem EC eingeschlossen [533].</p> <p>Die kombinierte Chemoimmuntherapie führte nach 1,5 Jahren Nachbeobachtungszeit zu einer signifikanten Verbesserung des Gesamtüberlebens (38.7 vs. 30.2 Monate; p=0.048) und des progressionsfreien Überlebens (10.1 vs. 8.9 Monate; p=0.02). Laut derzeit vorliegenden Informationen wird Atezolizumab in der Therapie des EC nicht zugelassen werden.</p>	<p>Für die ATTEND Studie liegen zum jetzigen Zeitpunkt (Stand 28.08.2025) <u>keine statistisch signifikanten</u> Daten zum Gesamtüberleben vor (weder in der Gesamtpopulation, noch in Subgruppen).</p> <p>Literaturangabe: Colombo et al., Lancet Oncol. DOI: 10.1016/S1470-2045(24)00334-6</p>	<p>Die Studiendaten sind korrekt zitiert: ‚... Median overall survival was 38.7 months (95% CI 30.6-NE) in the atezolizumab group and 30.2 months (25.0-37.2) in the placebo group (HR 0.82, 95% CI 0.63-1.07; log-rank p=0.048). The p value for the interim analysis of overall survival did not cross the stopping boundary; therefore, the trial will continue until the required number of events are recorded...‘. Eine Ergänzung (‚...vordefiniertes Kriterium der Signifikanz nicht erfüllt...‘).</p>

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	(10.1 vs. 8.9 Monate; p=0.02). Laut derzeit vorliegenden Informationen wird Atezolizumab in der Therapie des EC nicht zugelassen werden.			
Kapitel 8.4 / Seite 189	Bei der Anwendung der Substanzen Trastuzumab sowie Pembrolizumab und Dostarlimab bei Frauen mit EC- Rezidiv handelt es sich zum Teil um einen Off-label-Use (Stand bei Drucklegung der Leitlinie). Dies muss bei Aufklärung und	Bei der Anwendung der Substanzen Trastuzumab sowie Pembrolizumab und Dostarlimab bei Frauen mit EC- Rezidiv handelt es sich zum Teil um einen Off-label-Use (Stand bei Drucklegung der Leitlinie). Dies muss bei Aufklärung und Therapiedurchführung (Einzelfallprüfung durch den Medizinischen Dienst) berücksichtigt werden.	Die Substanzen Pembrolizumab sowie Dostarlimab sind beim primär fortgeschrittenen sowie rezidivierenden Endometriumkarzinom zugelassen. Literaturangabe: Fachinformation Keytruda, Stand Juni 2025 Fachinformation Jemperli, Stand April 2025	Die Korrektur wurde übernommen.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	Therapiedurchführung (Einzelfallprüfung durch den Medizinischen Dienst) berücksichtigt werden.			
Kapitel 8.4 / Seite 190	Tabelle 17: Therapieoptionen bei primär fortgeschrittenem oder rezidiertem Endometriumkarzinom	Die in Tabelle 17 beschriebenen Indikationen und Therapien passen zum Teil nicht zusammen. So wird zum Beispiel bei dMMR-Status die Therapie mit Medroxyprogesteronazetat oder Megestrolazetat empfohlen. Nachfolgend finden Sie einen Vorschlag, wie die Tabelle übersichtlich und inhaltlich korrekt angepasst werden könnte: Indikation Therapie Operabilität, keine Fernmetastasen	Kapitel 8.4 / Seite 190	Die Korrekturen wurden übernommen.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
		<p>Operative Therapie-Zytoreduktion</p> <p>Primär fortgeschritten oder rezidiert, pMMR</p> <p>Carboplatin/Paclitaxel + Durvalumab gefolgt von Durvalumab + Olaparib (Erhaltung)</p> <p>Carboplatin/Paclitaxel + Dostarlimab gefolgt von Dostarlimab (Erhaltung)</p> <p>Carboplatin/Paclitaxel + Pembrolizumab gefolgt von Pembrolizumab (Erhaltung)</p> <p>Primär fortgeschritten oder rezidiert, dMMR</p> <p>Carboplatin/Paclitaxel + Durvalumab gefolgt von Durvalumab (Erhaltung)</p> <p>Carboplatin/Paclitaxel + Dostarlimab gefolgt von Dostarlimab (Erhaltung)</p> <p>Carboplatin/Paclitaxel + Pembrolizumab gefolgt von Pembrolizumab (Erhaltung)</p>		

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
		<p>Vorbehandlung mit Carboplatin/Paclitaxel, pMMR Lenvatinib + Pembrolizumab</p> <p>Vorbehandlung mit Carboplatin/Paclitaxel, dMMR Pembrolizumab oder Dostarlimab Monotherapie</p> <p>HER2/neu Überexpression Carboplatin/Paclitaxel + Trastuzumab (Off-Label-Use)</p> <p>Individualisierte Indikation Medroxyprogesteronacetat (MPA) oder Megestrolacetat (MGA)</p>		
Kapitel 7.2 / Seite 159	<p>[...]</p> <p>Allerdings betonen die Autoren, dass auf Grund der kleinen Fallzahlen in den Subgruppen, der unvollständigen Erfassung der</p>	<p>[...]</p> <p>Allerdings betonen die Autoren, dass auf Grund der kleinen Fallzahlen in den Subgruppen, der unvollständigen Erfassung der Gewebeproben und des retrospektiven Charakters der Analyse diese nur als</p>	<p>Die vollpublizierte Phase-3 Studie KEYNOTE-B21 zeigte in der Subgruppe der dMMR-Patientinnen eine Risikoreduktion von 69% (HR 0,31; 95% KI 0,14-0,69) bezüglich des krankheitsfreien Überlebens (DFS) für die Hinzunahme von Pembrolizumab zu Carboplatin + Paclitaxel als adjuvante Therapie bei</p>	<p>Das ist korrekt. Die Einschätzung der LL-Kommission war allerdings nach eingehender Diskussion, dass diese Daten bzgl. des krankheitsfreien Intervalls in der Studiensubgruppe der Patientinnen mit dMMR-EC nicht für eine Empfehlung ausreichen. Diese Einschätzung spiegelt die unterschiedlichen Ansichten einer interdisziplinären und interprofessionellen</p>

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
	Gewebeproben und des retrospektiven Charakters der Analyse diese nur als hypothesengenerierend angesehen werden kann.	<p>hypothesengenerierend angesehen werden kann.</p> <p>Die Substanzklasse der Immun-Checkpoint-Inhibitoren hat die Therapieoptionen beim fortgeschrittenen bzw. rezidierten Endometriumkarzinom maßgeblich erweitert. Mehrere Phase-III-Studien konnten in der Erstliniensituation einen deutlichen Vorteil für die Hinzunahme eines Immuncheckpoint-Inhibitors zur Chemotherapie mit Carboplatin + Paclitaxel zeigen. Dieser Therapieansatz wurde in der Studie KEYNOTE-B21 in der adjuvanten Situation bei Patientinnen mit hohem Rezidivrisiko ebenfalls untersucht. In der randomisierten, placebokontrollierten</p>	<p>komplettreseziertem Endometriumkarzinom mit hohem Rezidivrisiko. Nach einem medianen Follow-up von 24,6 Monaten traten im Pembrolizumab-Arm 3 Rezidive auf, im Chemotherapie-Arm waren es 23.</p> <p>Aufgrund der großen Relevanz der Ergebnisse für Patientinnen in der kurativen Therapiesituation ist also zu überlegen, analog der Europäischen ESGO/ESTRO/ESP Leitlinie für high-risk Patientinnen mit FIGO III - IVa und dMMR-Status die Hinzunahme von Pembrolizumab zu Carboplatin + Paclitaxel als adjuvante Therapie zu empfehlen bzw. die zumindest Studienergebnisse im Hintergrund-Text darzustellen.</p> <p>Literaturangabe:</p> <p>Slomovitz et al., J Clin Oncol DOI: https://doi.org/10.1200/JCO-24-01887</p> <p>Van Gorp et al., Ann. Oncol.</p>	Gruppe wider. Die Einschätzungen können daher naturgemäß aus rein medizinisch-fachonkologischer Perspektive unterschiedlich sein. Keine Änderung.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
		<p>Phase-III-Studie wurde die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Pembrolizumab (200 mg, q21d) in Kombination mit Carboplatin (AUC 5-6) und Paclitaxel (175 mg/m²) gefolgt von Pembrolizumab als Monotherapie (400 mg, q6w) mit oder ohne Strahlentherapie für bis zu 6 Zyklen (nachfolgend Pembrolizumab-Schema genannt) versus Placebo in Kombination mit Carboplatin und Paclitaxel gefolgt von Placebo als Monotherapie mit oder ohne Strahlentherapie für bis zu 6 Zyklen (nachfolgend Chemotherapie-Schema genannt) als adjuvante Therapie bei Patientinnen mit neu diagnostiziertem high-risk Endometriumkarzinom untersucht.</p>	<p>DOI: https://doi.org/10.1016/j.annonc.2024.08.2242 Concin et al., Lancet Oncol DOI: 10.1016/S1470-2045(25)00167-6</p>	

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
		<p>Eingeschlossen werden konnten Patientinnen mit komplettreseziertem Endometriumkarzinom oder Karzinosarkom, die eines der folgenden high-risk Kriterien erfüllten:</p> <p>FIGO Stadium I/II (2009) mit nicht-endometrioider Histologie und myometraler Invasion,</p> <p>FIGO Stadium I/II (2009) jeglicher Histologie mit bekannter aberranter p53 Expression oder TP53, Mutation und myometraler Invasion</p> <p>FIGO Stadium III/IVA (2009) jeglicher Histologie.</p> <p>Stratifiziert wurde hierbei unter anderem nach MMR-Status (dMMR vs pMMR). Duale Primäre Endpunkte waren das krankheitsfreie Überleben (DFS) sowie das Gesamtüberleben (OS).</p>		

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
		<p>In der ITT-Population (dMMR und pMMR) mit 1.095 Patientinnen zeigte sich bezüglich des DFS kein Vorteil des Pembrolizumab-Schemas nach einer medianen Nachbeobachtungszeit von 23,9 Monaten (Hazard Ratio [HR] = 1,02; 95 %-Konfidenzintervall [KI]: 0,79 - 1,32; p-Wert 0,570) im Vergleich zum Chemotherapie-Schema. Der primäre Endpunkt der Studie wurde somit nicht erreicht.</p> <p>In einer präspezifizierten Subgruppenanalyse zeigte sich jedoch für die 281 Patientinnen mit dMMR-Status unter dem Pembrolizumab-Schema nach einer medianen Nachbeobachtungszeit von 23,9 Monaten eine Reduktion bezüglich des</p>		

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
		<p>Rezidiv- oder Sterberisikos um 69 % (HR = 0,31; 95 %-KI: 0,14 - 0,69) im Vergleich zum Chemotherapie-Schema. Das mediane DFS wurde in keinem der beiden Arme erreicht. Zum Zeitpunkt 24 Monate hatten unter dem Pembrolizumab-Schema 92% kein DFS-Ereignis, unter dem Chemotherapie-Schema waren es 80%. Unter dem Pembrolizumab-Schema traten 3 Rezidive auf, unter dem Chemotherapie-Schema waren es 23.</p> <p>Das Sicherheitsprofil von Pembrolizumab stimmte in dieser Studie mit dem in früheren Studien beobachteten überein; es wurden keine neuen Sicherheitssignale festgestellt. In der dMMR-Subgruppe traten bei 79 % der Patientinnen, die das</p>		

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
		<p>Pembrolizumab-Schema erhielten, und bei 66 % der Patientinnen, die das Chemotherapie-Schema erhielten, unerwünschte Ereignisse des Grades 3-5 auf.</p> <p>Die häufigsten immunvermittelten unerwünschten Ereignisse unter dem Pembrolizumab-Schema waren Hypo- und Hyperthyreose sowie Infusionsreaktionen.</p>		
			<p>6.6. Beim high-intermediate risk-Endometriumkarzinom (entsprechend ESGO/ESTRO Klassifikation) soll eine Sentinel-Lymphadenektomie durchgeführt werden. Wenn klare Evidenz für Benefit der SLN vorläge, dann soll. Das ist aber nicht der FALL, daher "sollte" Empfehlung. Literatur bzgl. therapeutischem Effekt ist nicht vorliegend. Radiatio beeinflusst nicht das Überleben.</p>	siehe Antwort 5

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
			6.7. Beim high risk-Endometriumkarzinom (entsprechend ESGO/ESTRO-Klassifikation) soll eine Sentinel-Lymphadenektomie oder, falls der Sentinel nicht dargestellt werden kann, eine Sentinel-gestützte systematische pelvine und paraaortale Lymphadenektomie durchgeführt werden.	Gemeint ist, dass entweder eine Sentinel-Lymphadenektomie oder eine systematische Lymphadenektomie erfolgen soll, unabhängig von der Darstellung. Die Literatur für beide Interventionen ist im Hintergrundtext angegeben. Beide Methoden haben keine nachgewiesenen Einfluss auf das Überleben, für die systematische pelvine Lymphadenektomie existiert negative Evidenz (siehe Hintergrundtext). Die Daten der ECLAT-Studie sind noch nicht verfügbar (siehe Hintergrundtext). Im Falle der fehlenden Darstellung des Sentinel soll im Fall eines high risk-EC (entsprechend ESGO/ESTRO-Klassifikation) eine systematische pelvine und paraaortale Lymphadenektomie erfolgen.
			6.10. Bei Karzinosarkomen des Uterus soll eine Sentinel-Lymphadenektomie oder eine Sentinel-gestützte systematische pelvine und paraaortale Lymphadenektomie LNE durchgeführt werden.	Das ist korrekt. Keine Änderung. Erklärung: siehe Hintergrundtext.
			6.13. Nach Sentinel-Lymphadenektomie mit Nachweis	Das ist korrekt. Keine Änderung. Erklärung: siehe Hintergrundtext.

Kapitel/Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung des Kommentierenden oder Statement dazu	Begründung (mit Literaturangaben)	Umgang mit Kommentar
			von metastatischem Tumorbefall (Makro- oder Mikrometastasen) soll keine pelvine Komplettierungslymphadenektomie durchgeführt werden.	
			6.14. Derzeit kann aufgrund der Datenlage keine Empfehlung für oder gegen einer paraaortalen Komplettierungslymphadenektomie bei metastatischem Tumorbefall im/in den Sentinel-Lymphknoten gegeben werden.	Das ist korrekt. Keine Änderungen. Erklärung: siehe Hintergrundtext.

Tabelle 7: Kommentare zu Hintergrundtexten

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literatur-angaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
S. 102			Wir betreuen aktuell eine Patientin mit einem Endometriumkarzinom, FIGO IB, G3, seröse Anteile, POLE-mutiert . Laut der Tabelle auf Seite 102 würde diese Konstellation als Hochrisiko eingestuft, da dort bei FIGO-Stadium I-II lediglich endometrioiden Tumoren mit POLE-Mutation als Niedrigrisiko eingeordnet sind. Demgegenüber wird in der Tabelle auf Seite 134 unter der Kategorie „POLEmut – Stage I-II endometrial cancer“ eine Niedrigrisikosituation angenommen – ohne Einschränkung auf den endometrioiden Subtyp . Vor diesem Hintergrund stellt sich uns die Frage, welche Interpretation nach aktueller Studienlage und Leitlinienintention zutreffend ist , insbesondere im Hinblick auf die Entscheidung zur adjuvanten Therapieplanung.	Tabelle auf S. 102 wurde korrigiert. ‚endometrioid‘ wurde durch ‚EC‘ ersetzt
			Wir haben eine Rückfrage zur Definition des Nenners beim QI: POLE-Bestimmung bei Patientinnen mit Endometriumkarzinom	ICD-O 8441/3 steht für das seröse EC, 8380/3 (wurde korrigiert statt 8380/03) steht für das endometrioiden EC (inkl. molekularer Klassifikation)

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literatur-angaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
			<p>(=Kennzahl 22 Gynäkologisches Krebszentrum gemäß DKG). Nach unserem Verständnis setzt sich eine Subgruppe des Nenners aus Patientinnen mit einem TYP-2 Endometriumkarzinom zusammen. Hier sind dann die dafür gültigen ICD-O Codes aufgeführt. Wir haben die Frage, für welchen Typ der Code 8380/03 steht. Ohne die „0“ wäre es ein endometrioides Karzinom, welches kein Typ 2 ist. Und mit „0“ finden wir in der einschlägigen Literatur keine Entsprechung.</p>	
S. 102			<p>In der „deutschen Übersetzung“ der europäischen Risikoklassifikation hat sich anscheinend ein Fehler eingeschlichen. Dort werden nur die endometrioiden POLEmut Stadium I-II dem Low Risk zugeordnet. Wie an anderer Stelle genannt, müsste es aber alle (auch die nicht-endometrioiden) sein. Falls Sie dem zustimmen, sollen wir das offiziell über die Konsultation einbringen oder können Sie das aufnehmen?</p>	<p>Die Tabelle auf S. 102 wurde korrigiert; ‚endometrioid‘ ersetzt durch ‚EC‘. Für die Stadien III-IVA POLEmut wird in der Legende darauf hingewiesen, dass man diese nicht molekular hinsichtlich des Risikos zuordnen kann, da es zu wenig Daten gibt. Dies ist sachlich korrekt: keine Änderung.</p>
			<p>4.14 Bei jeder atypischen uterinen Blutung soll eine zervikal/vaginale</p>	<p>Gemeint ist nicht die Detektion von EC, sondern der Ausschluss eines</p>

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literatur-angaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
			zytologische Untersuchung erfolgen. Kritikpunkt: Sensitivität und Spezifität für EmCa sind schlecht. Selbst bei PMB <50% Sens. Und wenn DD CxCa vs EmCa, dann bitte HPV+Pap. Daher maximal: "sollte" (oder "kann")	Zervixkarzinoms und eines Vaginalkarzinoms bei unklaren vaginalen Blutungen; ein erklärender Satz wurde in den Hintergrundtext eingefügt.
			6.5. Beim intermediate risk-Endometriumkarzinom (entsprechend ESGO/ESTRO Klassifikation) soll eine Sentinel-Lymphadenektomie durchgeführt werden. Kein verbessertes Überleben durch systematische LNE oder SNB. Daher nur "sollte" Empfehlung.	Es ist korrekt, dass durch die Sentinel-Lymphadenektomie kein Überlebensvorteil belegt ist. Das ist allerdings auch nicht der Anspruch dieser diagnostischen Methode, die zum operativen Staging dient. Sinn der Sentinel-Lymphadenektomie ist es nicht, das Überleben zu verbessern, sondern eine lokoregionäre Lymphknotenmetastasierung ein- oder auszuschließen. Dafür ist die Methode nachweislich geeignet. Daher ist die Empfehlung gerechtfertigt. Diskutiert werden kann darüber, ob die Methode zulässig ist, ohne dass ein Nachteil für das Überleben in RCTs gesichert wurde. Diese Diskussion ist im Hintergrundtext bereits abgebildet.
			Die Lymphonodektomie (systematisch bzw. pelvin/paraaortal versus pelvin alleine) bewirkt in allen Metaanalysen bei intermediate und high risk EC eine signifikante Verbesserung des Überlebens (Kim	Es gibt keinen Nachweis eines Überlebensvorteils durch eine systematische Lymphadenektomie bei EC in kontrollierten Studien. Die beiden genannten kontrollierten Studien zu dieser Frage sind negativ und haben eine eingeschränkte externe Validität

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literatur-angaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
			<p>2012, Pertousis 2020). Schlappe 2020 Mayo vs MSK zeigte kompl. LNE besser SLN in high-risk. Alle Evidenz spricht für Benefit einer kompl. LNE bei high-intermediate/high-risk. Die 2 RCT Benedetti und ASTEC haben anderes Kollektiv und inadäquate Op - wie im LL Text beschrieben. Dass eine Chemo +/- ICI diesen Effekt kompensieren kann, ist nicht belegt.</p>	<p>(siehe Hintergrundtext). Nach Einschätzung der LL-Kommission sind die darüber hinaus vorhandenen kontroversiellen retrospektiven Daten nicht ausreichend, um eine Empfehlung für eine systematische Lymphadenektomie bei high-intermediate risk EC und high risk-EC auszusprechen. Die Ergebnisse der ECLAT-Studie sind abzuwarten. Der kontroversiellen Datenlage wurde dadurch Rechnung getragen, dass bei high risk-EC eine systematische Lymphadenektomie und eine Sentinel-Lymphadenektomie als gleich valide Option angeboten werden. Keine Änderungen.</p>
S. 134			<p>Diese Klassifikation unterscheidet 5 Risikoklassen: EC mit niedrigem Risiko (,low risk'), EC mit intermediärem Risiko (,intermediate risk'), EC mit hoch-intermediärem Risiko (,high intermediate risk') und EC mit hohem Risiko (,high risk'): => das sind nur 4 Risikoklassen</p>	<p>Das ist korrekt. Die 5. Kategorie bezeichnet Fälle von ,advanced/recurrent' EC. Dies wird in der Tabelle auf S. 134 dargestellt.</p>
			<p>Bezüglich der überarbeiteten LL Endometriumkarzinom wollte ich wie besprochen auf 6.4 nochmals eingehen. Aus meiner Sicht geht nicht hervor wann kann der SNL beim low risk weglassen werden wann</p>	<p>In der ESGO/ESTRO-Risikoklassifikation spielt die myometrane Infiltration im Falle einer POLE-ultramutierten Situation keine Rolle (siehe Tabelle auf S. 134). Dies entspricht auch den Daten in der Literatur. Die ESGO/ESTRO-Risikoklassifikation nennt</p>

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literatur-angaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
			besser nicht? Welche Lit? Spielt es eine Rolle, ob myometraner Befall vorliegt oder nicht?	darüber hinaus eine zweite Konstellation für eine low risk-Einstufung, in der Grading und LVSI sowie die molekularen Subtypen NSMP und MMRd die definierenden Kriterien darstellen, nicht jedoch die myometrane Infiltration. In beiden Fällen kann auf eine Lymphadenektomie verzichtet werden. Eine klare Empfehlung, wann sich eine Situation besser für einen Verzicht auf die Lymphadenektomie eignet, kann aufgrund der Literaturdaten nicht gegeben werden.
			In der Überarbeitung der ESGO Empfehlungen von August 2025 ist das Unterkapitel entfernt und der Passus ein Neuer. Vielleicht wäre das in dem Unterkapitel sinnvoll noch darauf einzugehen und klarzustellen.	Das ist korrekt. Im Hintergrundtext wird nun auf die aktuelle Version der ESGO/ESTRO-Risikoklassifikation hingewiesen. Da der LL-Prozess allerdings vor der Publikation der neuen Version der ESGO/ESTRO-Risikoklassifikation stattfand, wurde diese nicht in den Diskussionen und Abstimmungen berücksichtigt. Im Hintergrundtext wird nun ergänzend darauf hingewiesen, dass mittlerweile eine neue Version der ESGO/ESTRO-Risikoklassifikation publiziert wurde. Die wesentlichen Änderungen zur Vorgängerversion werden kurz erläutert.
S. 105			Sehr geehrte Damen und Herren, unter dem Flowchart findet sich die Anmerkung: „Cave: bei allen nach	Abb. 8 auf S. 105 der Konsultationsversion beschreibt die Vorgangsweise unter Berücksichtigung der immunhistochemischen

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literatur-angaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
			histologischen Kriterien EC mit intermediate, high intermediate oder high risk (Tabelle 11) soll POLE sequenziert werden“. Mir scheint der Verweis auf Tabelle 11 fehlerhaft. (Tabelle 11: Binäres/Dualistisches Modell EC), es wird dort die Risiko-Klassifikation nicht wiedergegeben. Sie meinen vermutlich Tabelle 15 oder Abbildung 9. Wir bitten um Prüfung.	Analysen (MMR, p53). „Tabelle 11“ wurde gestrichen. Gemeint ist Abbildung 9. Dies wurde korrigiert. Im Falle einer NSMP-Klassifikation kann auf eine POLE-Analyse verzichtet werden. Einschränkend wird darauf verwiesen, dass auch bei NSMP-Tumoren eine intermediate, high-intermediate oder high risk-Konstellation vorliegen kann. In diesen Fällen wird ebenfalls eine POLE-Analyse empfohlen, da in diesen Fällen auf eine adjuvante Therapie verzichtet werden kann. Abbildung 8 wurde dahingehend verändert.
S. 22 / Abkürzungsverzeichnis	MMR: Mismatch-repair Gen	MMR: Mismatch-Repair Gen	Zur Vermeidung von Verwirrungen möchten wir vorschlagen bei MMR lediglich von Mismatch-Repair zu sprechen, da bspw. im Rahmen der IHC-Analyse die Proteine analysiert werden. z.B.: Horeweg et al., Prognostic Integrated Image-Based Immune and Molecular Profiling in Early-Stage Endometrial Cancer, <i>Cancer Immunol Res</i> (2020) 8 (12): 1508–1519	MMR: Mismatch-Repair wurde geändert
S. 84, 4.5.7.1	IHC-Score 3+: >30 der Tumorzellen mit starker vollständiger oder	IHC-Score 3+: >30% der Tumorzellen mit starker vollständiger oder	Die Prozentangabe fehlt, siehe angegebene Referenz 246.	Die Prozentangabe wurde ergänzt.

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
	basolateraler/lateraler Membranfärbung,	basolateraler/lateraler Membranfärbung,		
S. 95, 4.5.12	Technische Aspekte der immunhistochemischen Bestimmung der MSI-Proteine	Technische Aspekte der immunhistochemischen Bestimmung der MMR-Proteine	Um Verwirrung vorzubeugen, würden wir vorschlagen, einheitlich die MMR-Proteine zu benennen, da die IHC-Bestimmung für den MMR Status an den MMR-Proteinen erfolgt. Concin et al, <i>ESGO-ESTRO-ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma: update 2025</i> , Lancet Oncol 2025; 26: e423-35	MSI-Proteine wurde durch MMR-Proteine ersetzt.
S. 97/ Punkt 4.42	Die MSI-Analyse beim Endometriumkarzinom soll primär immunhistochemisch erfolgen.	Die Analyse der MMR-Proteine beim Endometriumkarzinom soll primär immunhistochemisch erfolgen.	Um Verwirrung vorzubeugen, würden wir vorschlagen, einheitlich die MMR-Proteine zu benennen, da die IHC-Bestimmung für den MMR Status an den MMR-Proteinen erfolgt. Concin et al, <i>ESGO-ESTRO-ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma: update 2025</i> , Lancet Oncol 2025; 26: e423-35	MSI-Analyse wurde durch Analyse der MMR-Proteine ersetzt.
S. 207			Seite 207 ist die Tabelle 22 angegeben (unter Hintergrund....	Gemeint ist Tabelle 18. Der Fehler wurde korrigiert.

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
			Zeile 3) ich finde nirgendwo in der LL /KLL die Tabelle 22	
Seite 214 Tabelle 19 7.4	„Belastung von rebspatienten (FBK)“,	es fehlt ein K		Der Fehler wurde korrigiert.
S. 190, Tabelle 17		Her2/neu Überexpression; CP + Pembro mit Erhaltung	Gehört das Trastuzumab nicht in die Zeile mit Her2neu? ich meine die Zeilen sind etwas durcheinander	Der Fehler wurde korrigiert.
S. 190	Vorbehandlung mit CP und pMMR	Lenvatinib und Pembrolizumab	Zulassung unabhängig vom MMR Status ??? https://www.onkopedia.com/de/news/lenvatinib-pembrolizumab-beim-endometriumkarzinom Z	Diese Einschätzung erfolgte durch die LL- Kommission. Aufgrund der hohen Toxizität der Kombination von Lenvatinib und Pembrolizumab wurde die Empfehlung auf die Gruppe pMMR beschränkt, da bei der Gruppe dMMR ein gutes Ansprechen auf die Monotherapie mit Pembrolizumab dokumentiert wurde. Keine Änderung.
S. 190	dMMR	Medroxyprogesteronazetat (MPA) oder Megestrolazetat (MAG)	Handelt es sich hier vielleicht um die NSMP ER positiv (MMR-p)?	Gemeint ist: ‚individualisierte Indikation‘. Der Fehler wurde korrigiert.
S. 243			Qualitätsindikatoren von 2022 unverändert, während in der KLL überall die Klassifikation überall an die ESGO/ESTRO/ESP Risikoklassifikation angepasst wurde ?	Die Anpassung der QIs wird derzeit in einem standardisierten Prozess überarbeitet.

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
			<p>Die angegebene „neue (überarbeitet 2020) FIGO-(/TNM) Klassifikation entspricht der Version von 2009. Nach Publikation der wirklich neuen Version in 2023 sollte diese auch Inhalt unserer neuen Leitlinie in 2025 sein und nicht nur ihren Niederschlag in einem Leitsatz finden (4.39).</p>	<p>Die neue FIGO-Klassifikation aus dem Jahr 2023 wird nun zitiert.</p>
Tabelle 15 und Abbildung 9		... sind prinzipiell identisch; Dopplungen sollten vermieden werden	<p>Es sollte ohnehin die neue „ESGO-ESTRO-ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma: update 2025“ aufgenommen werden... An unzähligen Stellen wird auf die Risikoklassifikation verwiesen; deshalb sollte man sich auch auf die neuste Publikation beziehen.</p>	<p>Tabelle 15 wurde gestrichen. Der Kommentar bzgl. der 2025 publizierten ESGO/ESTRO-Risikoklassifikation ist korrekt. Im Hintergrundtext wird nun auf die aktuelle Version der ESGO/ESTRO-Risikoklassifikation hingewiesen. Da der LL-Prozess allerdings vor der Publikation der neuen Version der ESGO/ESTRO-Risikoklassifikation stattfand, wurde diese nicht in den Diskussionen und Abstimmungen berücksichtigt. Im Hintergrundtext wird nun ergänzend darauf hingewiesen, dass mittlerweile eine neue Version der ESGO/ESTRO-Risikoklassifikation publiziert wurde. Die wesentlichen Änderungen zur Vorgängerversion werden kurz erläutert.</p>

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
4.5, Tab. 15 Anmerk. 1		Ich denke nicht, dass die Datenlage die Aussage, endometroid, Stadium IA, G1+2, p53 abn ohne Myometrium = intermediäres Risiko zulässig ist:	In der Primärpublikation von Leon Castillo waren n= 4 Pat. G1+ G2, endometroid und p53 abn. 23 waren IA hier ist nicht die Histodifferenzierung. Ich halte es bei dieser dünnen Datenlage nicht für gerechtfertigt, hieraus eine weiterführende Therapie abzuleiten	Das ist korrekt. In der zitierten ESGO/ESTRO-Risikoklassifikation wird dementsprechend die Konstellation: „...Stadium I-IVA p53-abn endometrioides Karzinom mit Myometriuminfiltration, ohne Residualtumor...“ als high risk definiert, nicht jedoch ohne Myometriuminfiltration. Die Konstellation: „... Stadium IA p53-abn und/oder nicht endometroid (serös, klarzellig, undifferenziertes Karzinom, Karzinosarkom, gemischt), ohne Myometriuminfiltration...“ wird als intermediate risk eingestuft. Keine Änderung.
	Hoch-risiko, damit Indikation lt. Strahlentherapeuten zur RChT entspr. PORTEC III	Stad. I - IV, p53 abn, mit myometraner Infiltration, alle Histologien	Auch hier wurden bzgl. PFS und OS in der Originalpubl. Stad. I+II, p53 abn alle Histologien zusammengeworfen. Daraus ein IA, G1, endometroid, p53 abn mit 1 mm Infiltration zu Hochrisiko zu machen und mittels PORTEC III zu behandeln, halte ich ebenfalls für eine Übertherapie. Das gibt diese Studie, auf die nun alle LL fassen nicht her. Das gewählte Studienkollektiv, von dem nur 410/686 Pat. überhaupt molekularbiologisch untersucht	Siehe Antwort auf Kommentar oben . Grundsätzlich besteht in der LL-Gruppe Konsens, dass die ESGO/ESTRO-Risikoklassifikation zur Einschätzung der Prognose herangezogen wird. Dies ist auch international üblich. Einzelne Punkte und Einschätzungen können diskutiert werden, insbesondere, da diese Risikoklassifikation nicht auf prospektiven, kontrollierten Daten beruht.

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literatur-angaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
			wurden, stellte ein Risikokollektiv dar. Dies einfach auf unser tägliches Normalkollektiv zu übertragen halte ich für gewagt.	
6.2		Empfehlung, ICG-Applikation klarer zu empfehlen, sonst ist für evtl. Vergleiche ein Bias vorbestimmt: 3 und 9 Uhr, subepithelial je 2ml, nicht 4 Stellen	Auch wenn es kein verbindliches Schema gibt sollte die LL hier eine AGO-Empfehlung aussprechen	Ein Vorschlag zur ICG-Applikationstechnik wird in der LL beschrieben (S. 145/146).
S. 112/113 Tabelle		Würde schon sagen, dass der Hormonrezeptorstatus einen prognostischen und prädiktiven Wert hat und mitbestimmt werden sollte.	Zitat: Die eindrucksvolle Arbeit von Vermeji L et al, British Journal of Cancer 2023 dazu ist ja gar nicht zitiert im Literaturverzeichnis der Leitlinie – sie gehört da rein.	Bei genauer Analyse der zitierten Arbeit von Vermij et al. (sic!) zeigt sich, dass der Östrogenrezeptor weder einen prognostischen noch einen prädiktiven Wert im untersuchten Kollektiv hat: Zitat: ‚No independent prognostic value of ER, PR, L1CAM, and CTNNB1 was found...‘. Daher ist auch eine Bestimmung des ER und des PR in der initialen Histologie ohne Sinn. Ein prädiktiver Wert von ER und PR wurde in der zitierten Arbeit nicht untersucht. Lediglich in der molekularen Subgruppe NSMP hat der ER einen prognostischen Wert. Auch hier ist wiederum die primäre Bestimmung nicht sinnvoll, da sich daraus aktuell mangels Datengrundlage keine Empfehlung zu einer Therapieänderung ergibt. Insgesamt besteht daher kein Korrekturbedarf. Die Arbeit von Vermij et al. wird nun im Hintergrundtext

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
				zitiert und auf den fehlenden prognostischen Wert von ER und PR verwiesen.
Leitsatz 6.7 (high risk-Karzinome) auf Seite 132		Leitsatz 6.7 (high risk-Karzinome) auf Seite 132 ist falsch formuliert - bitte korrigieren: Wenn ich einen Sentinel nicht darstellen kann, kann ich auch keine sentinelgestützte Lymphonodektomie ausführen.		Die Korrektur ist erfolgt.
S.190 – Tabelle 17		Hier gibt es wohl einen Formatierungsfehler- Die Spalten sind verrutscht- somit ist manches im Inhalt völlig sinntstellend.		Die Tabelle wurde korrigiert.
4.3/68	Ergänzung zum Kapitel	Textvorschlag inkl. Empfehlung Der WID®-easy Test ist ein molekularer Test, der auf DNA-Methylierungsmarkern basiert und in zervikovaginalen Abstrichen durchgeführt wird [Herzog et al, J Clin Oncol 2022]. Er ermöglicht eine nicht-invasive und objektive Abklärung von Frauen mit peri- oder postmenopausalen Blutungen. In den bislang größten Validierungs-Studien [Evans et al,	Herzog C, Marin F, Jones A, Evans I, Reisel D, Redl E, et al. A Simple Cervicovaginal Epigenetic Test for Screening and Rapid Triage of Women With Suspected Endometrial Cancer: Validation in Several Cohort and Case/Control Sets. J Clin Oncol. 2022;40(33):3828-38. Evans I, Reisel D, Jones A, Bajrami A, Nijjar S, Solangon SA, et al. Performance of the WID-qEC test versus sonography to detect uterine	Der WID®-easy Test wird nun im Hintergrundtext diskutiert. Die Literatur wurde übernommen.

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
		<p>Lancet Oncol; Illah et al, Int J Cancer 2024; Ken-Amoah et al, Int J Cancer 2025] konnte der Test mit einer Sensitivität von > 95 % und einer hohen negativen prädiktiven Wertigkeit (NPV ≥ 99.7 %) Endometriumkarzinome zuverlässig ausschließen.</p> <p>Demgegenüber hat eine ultraschallbasierte Abklärung nach aktuellen Erkenntnissen eine Sensitivität von 74% [Nolin et al, Gynecol Oncol 2025] und vor allem seröse Karzinome entziehen sich einer ultraschall-basierten Detektion [Kiff et al, Cancer Causes Control 2023].</p> <p>Ein wesentlicher Vorteil des WID[®]-easy Tests gegenüber dem alleinigen Standardalgorithmus mit transvaginaler Sonographie liegt in der deutlichen Reduktion unnötiger invasiver Abklärungen. Bei einer realistischen Prävalenz von 3.4 % Endometriumkarzinomen unter Frauen mit postmenopausalen Blutungen [Evans et al, Lancet Oncol 2023; Nicholson et al, Lancet Oncol 2023] müssen nach</p>	<p>cancers in women with abnormal uterine bleeding (EPI-SURE): a prospective, consecutive observational cohort study in the UK. Lancet Oncol. 2023;24(12):1375-86.</p> <p>Illah O, Scott M, Redl E, Barrett JE, Schreiberhuber L, Herzog C, et al. High performance of the DNA methylation-based WID-qEC test for detecting uterine cancers independent of sampling modalities. Int J Cancer. 2024;155(5):800-6.</p> <p>Ken-Amoah S, Redl E, Domson BKS, Barrett JE, Schreiberhuber L, Herzog C, et al. Performance of the WID-qEC test to detect uterine cancers in black women with abnormal uterine bleeding: A prospective observational cohort study in Ghana. Int J Cancer. 2025;156(5):1055-64.</p> <p>Nolin AC, Atkins SL, Myers ER, Wentzensen N, Clarke MA, Blank SV, et al. Ultrasound-based versus immediate biopsy-based management of postmenopausal bleeding in non-Hispanic Black and non-Hispanic White individuals. Gynecol Oncol. 2025;194:105-11.</p>	

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
		<p>Transvaginalsonografie-basiertem Vorgehen 19 Frauen sich einer Abrasio unterziehen, um ein Karzinom zu identifizieren, während mit dem WID®-easy Test zwei Frauen eine Abrasio benötigen um ein Karzinom zu detektieren [Evans et al, Lancet Oncol 2023].</p> <p>Unter Frauen ≥ 45 Jahren, die sich mit abnormalen uterinen oder postmenopausalen Blutungen vorstellen, sind etwa 6 % WID®-easy-positiv; in dieser WID®-easy-positiven Gruppe befinden sich rund 95 % aller Frauen mit einem Endometriumkarzinom.</p> <p>Demgegenüber stehen die derzeit nicht von den Kostenträgern übernommenen Aufwendungen: Die Kosten des WID®-easy Tests müssen aktuell noch von den Patientinnen selbst getragen werden.</p> <p>Empfehlung (Ergänzung zur S3-Leitlinie):</p> <p>Bei Frauen mit peri- oder postmenopausaler Blutung kann</p>	<p>Kiff JM, Williams-Weisenberger M, Spellacy D, Garg B, Munro EG, Bruegl AS. Ultrasonographic evaluation of endometrial stripe thickness is insufficient to rule out uterine serous carcinoma. Cancer Causes Control. 2023;34(12):1133-8.</p> <p>Nicholson BD, Oke J, Virdee PS, Harris DA, O'Doherty C, Park JE, et al. Multi-cancer early detection test in symptomatic patients referred for cancer investigation in England and Wales (SYMPLIFY): a large-scale, observational cohort study. Lancet Oncol. 2023;24(7):733-43.</p>	

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
		<p>der WID®-easy Test ergänzend zum Standardalgorithmus eingesetzt werden, um rasch eine histologische Diagnostikstellung zu erwirken und unnötige invasive Abklärungen zu vermeiden.</p> <p>Bei positivem Testergebnis soll zeitnahe eine histologische Abklärung (Hysteroskopie und fraktionierte Abrasio) erfolgen.</p> <p>Bei negativem Testergebnis kann auf eine unmittelbare invasive Abklärung verzichtet werden; es sollte jedoch eine klinische Nachkontrolle nach drei Monaten erfolgen.</p> <p>Zusammenfassend kann der WID®-easy Test die Abklärung von Frauen mit peri-/postmenopausaler Blutung verbessern, indem er unnötige invasive Eingriffe reduziert und gleichzeitig eine hohe diagnostische Sicherheit gewährleistet.</p>		
Pathologie / POLE-		HG-Text zur POLE-Mutationsanalyse beim ECX		Der Text wurde eingefügt.

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literatur-angaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
Bestimmung		<p>In der FIGO-Klassifikation von 2023 (Berek et al. 2023) sowie der Risikostratifizierung entsprechend der ESGO (Concin et al. 2021, s. Abb. 9) erfolgt die Einteilung des Endometriumkarzinoms unter Hinzuziehung der Ergebnisse der POLE-Mutationsanalyse (Jumaah et al. 2022).</p> <p>Bezüglich der Durchführung der POLE-Mutationsanalyse bei allen neu diagnostizierten Endometriumkarzinomen bestehen auch heute immer noch Einschränkungen (Kuhn et al. 2024, Casey & Singh 2021, Zheng 2023).</p> <p>Für die POLE-Mutationen gibt es derzeit keinen immunhistochemischen Surrogatmarker (Casey & Singh 2021, Siebolts et al. 2024). POLE-Mutationen beim Endometriumkarzinom weisen Hotspots in den Exonen 9 bis 14 auf (Leon-Castillo et al. 2020, Dorca et al. 2023, Bülbül et al. 2024), so daß Konsens besteht, zumindest diese Exone zu</p>		

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literatur-angaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
		<p>analysieren (Casey & Singh 2021 , BAGP 2022). Die kommerziell verfügbaren CE/IVD-zertifizierten Assays für die POLE-Analyse sind i.d.R. proprietär zu einer Plattform, sei es nun eine Digital droplet PCR, ein Sequenzierer oder ein PCR-Cycler, sind, sodass sie häufig nicht zwanglos in die bereits in einem Institut etablierte Laborlandschaft der betreffenden Einrichtung passen.</p> <p>Eine externe Qualitätssicherung, z.B. durch Ringversuche der QUIP, ist derzeit nicht etabliert (QUIP 2025).</p> <p>Ungeachtet des Fokus auf Hotspot-Mutationen ist die POLE-Mutationsanalyse der kostenintensivste Faktor im Rahmen der molekularen Klassifikation des Endometriumkarzinoms. Bei der Abrechnung ist es nach wie vor so, dass es bis dato im EBM keine eigenständige Ziffer gibt. Im stationären Setting ist die POLE-Analyse auch in den Hybrid-DRGs</p>		

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literatur-angaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
		<p>nicht abgebildet, sondern in eine Pauschale für Labordiagnostik eingeht, was unter ökonomischen Aspekten sehr problematisch ist.</p> <p>Hinzu kommt, daß die POLE-Analyse nicht ubiquitär in allen Pathologien verfügbar ist, sondern i.d.R. an molekularpathologische Abteilungen in Zentren gebunden ist.</p> <p>Daher ist eine sequentielle bzw. algorithmische POLE-Mutationsanalyse, insbesondere zum Therapieentscheid sinnvoll (Casey & Singh 2021, Talhouk et al. 2023). Indikationen zur POLE-Mutationsanalyse sind in Tabelle .. sowie Abbildung 7 zusammengefasst:</p> <p>Tabelle : Indikationen zur POLE-Mutationsanalyse (BAGP 2022, Zheng 2023, Rios-Doria et al. 2023, Kuhn et al. 2024, Siebolts et al. 2024, Hammer et al. 2025)</p>		

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literatur-angaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
		[Redacted]		
		klinisch Therapie-Deeskalation möglich/gewünscht		
		schlecht differenziertes endometrioides Karzinom (G3)		
		De-differenziertes bzw. undifferenziertes Karzinom		
		MMMT (Karzinom) mit Prädominanz des Karzinomanteils endometrioider Histologie		
		ESGO-Klassifikation intermediate-risk high-intermediate risk, high-risk		
		Mismatch-repair-Defizienz (dMMR) mit immunhistochemischem Ausfall von MSH-2 und/oder MSH-6		
		Multiple classifier mit dMMR und p53 aberrant		
		Hammer PM, Momeni-Boroujeni A, Kolin DL, Kingsley L, Folkins A, Geisick RLP, Ho C, Suarez CJ, Howitt BE. POLE-Mutated Uterine		

Kapitel/ Seite	Entwurfstext der Leitlinie	Vorgeschlagene Änderung	Begründung (mit Literaturangaben)	Vorschlag zum Umgang mit Kommentar
		Carcinosarcomas: A Clinicopathologic and Molecular Study of 11 Cases. Mod Pathol. 2025 Mar;38(3):100676.		

9. Verbreitung und Implementierung

Als Maßnahmen zur Verbreitung und Implementierung sind folgende Aktivitäten vorgesehen

- Aktualisierung der Kurzversion, Erstellung eines Foliensatzes
- Publikation der Leitlinien-Dokumente (Langversion 4.0) auf den Internetseiten der DGGG, AGO, DKG und weiterer beteiligter Fachgesellschaften und Organisationen (so z.B. ggf. auch auf den Seiten der OEGGG und SGGG)

Die Patientinnenleitlinie ist online abrufbar unter:

<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/patientenleitlinien/gebaermutterkoerperkrebs/>.

Darüber hinaus wird der Bekanntheitsgrad der Leitlinie unterstützt durch:

- die öffentlichkeitwirksame Darstellung durch das Leitlinienprogramm Onkologie -Publikation über die App des Leitlinienprogramms
- Presseinformation an den Informationsdienst Wissenschaft (<https://idw-online.de/de/>)
- Publikation der Leitlinie in einschlägigen Fachzeitschriften
- bundesweite Fortbildungsveranstaltungen

10. Anhang: Schlüsselfragen zugeordnet zu Themenkomplexen und Autoren

Tabelle 8: Schlüsselfragen zugeordnet zu Themenkomplexen und Autor*innen

Schlüsselfrage(n)	Themenkomplex	Autor(en) Hintergrundtext
<p>1. Beeinflussen Alter, Hormonexposition, reproduktive/metabolische/physikalische/ethnische/genetische Faktoren, Körpergewicht, Rauchen und/oder Arbeitsbedingungen das Risiko für das Auftreten eines Endometriumkarzinoms?</p> <p>2. Kann durch Modifikation der o.g. Risikofaktoren bzw. präventive medikamentöse oder operative Intervention das Risiko für das Auftreten eines Endometriumkarzinoms gesenkt werden?</p>	I: Epidemiologie, Risikofaktoren und Prävention des Endometriumkarzinoms	<p>Prof. Dr. C. Tempfer, MBA</p> <p>[Arbeitsgruppe: Prof. Dr. C. Tempfer, MBA, Prof. Dr. V. Hanf, Dr. W. Cremer, Prof. Dr. O. Ortmann, Prof. Dr. P. Mallmann, Prof. Dr. E. Steiner, Prof. Dr. S. Aretz, Prof. Dr. G. Emons]</p>
<p>3. Welche Verfahren wie beispielsweise transvaginale Sonographie, zytologische Beurteilung, Endometriumbiopsie mittels Aspiration, Hysteroskopie oder Tumormarker-Bestimmung an Aspiraten, HPV-Bestimmung, Familienanamnese sind bei der asymptomatischen Frau mit normalem Risiko geeignet zur Früherkennung des Endometriumkarzinoms im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p> <p>4. Welche Verfahren wie beispielsweise transvaginale Sonographie, zytologische Beurteilung, Endometriumbiopsie mittels Aspiration, Hysteroskopie oder Tumormarker-Bestimmung an Aspiraten, HPV-Bestimmung, Familienanamnese sind bei der</p>	II: Früherkennung und Diagnostik des EC	<p>Prof. Dr. E. Steiner/Prof. Dr. L.-C. Horn</p> <p>[Arbeitsgruppe: Dr. S. Aretz, Dr. W. Cremer, Prof. Dr. S. Kommos, Prof. Dr. S. Lax, Prof. Dr. D. Mayr, Dr. T. Mokry, Prof. Dr. D. Grab, Prof. Dr. M. Reinhardt, Prof. Dr. R. Schmutzler, Dr. V. Steinke-Lange, Prof. Prof. Dr. D. Vordermark, Dr. B. Zimmer]</p>

Schlüsselfrage(n)	Themenkomplex	Autor(en) Hintergrundtext
<p>asymptomatischen Frau mit hohem Risiko geeignet zur Früherkennung des Endometriumkarzinoms im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p>		
<p>6. Welche Verfahren sind bei der asymptomatischen Frau mit genetischer Disposition geeignet zur Früherkennung des Endometriumkarzinoms im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p>		
<p>7. Welchen Stellenwert hat die transvaginale Sonographie in der Diagnostik der symptomatischen Frau mit normalem Risiko zum Nachweis eines Endometriumkarzinoms im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p>		
<p>8. Welchen Stellenwert hat die transvaginale Sonographie in der Diagnostik der symptomatischen Frau mit hohem Risiko zum Nachweis eines Endometriumkarzinoms im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p>		
<p>9. Welche Bedeutung hat die Endometriumbiopsie mittels Aspiration in der Diagnostik zum</p>		

Schlüsselfrage(n)	Themenkomplex	Autor(en) Hintergrundtext
<p>Nachweis des Endometriumkarzinoms im Vergleich zur frakt. Abrasio +/- HSK im Hinblick auf Sensitivität/Spezifität/prädiktiven Wert und die möglichen Nebenwirkungen und Risiken?</p>		
<p>10. Gibt es bei V.a. Endometriumkarzinom einen sinnvollen Algorithmus von transvaginaler Sonographie, Endometriumbiopsie mittels Aspiration, Abrasio uteri oder Hysteroskopie für die Diagnostik zum Nachweis eines Endometriumkarzinoms bei Frauen mit normalem Risiko?</p>		
<p>11. Gibt es bei V.a. Endometriumkarzinom einen sinnvollen Algorithmus von transvaginaler Sonographie, Endometriumbiopsie mittels Aspiration, Abrasio uteri oder Hysteroskopie für die Diagnostik zum Nachweis eines Endometriumkarzinoms bei Frauen mit hohem Risiko?</p>		
<p>12. Gibt es bei V.a. Endometriumkarzinom einen sinnvollen Algorithmus von transvaginaler Sonographie, Endometriumbiopsie mittels Aspiration, Abrasio uteri oder Hysteroskopie für die Diagnostik zum Nachweis eines Endometriumkarzinoms bei Frauen mit genetischer Disposition?</p>		
<p>13. Welchen Stellenwert haben bildgebende Verfahren wie MRT, CT, PET-CT, PET-MRT und US präoperativ für die lokale und systemische Ausbreitungsdiagnostik des</p>		

Schlüsselfrage(n)	Themenkomplex	Autor(en) Hintergrundtext
<p>histologisch gesicherten primären Endometriumkarzinoms im Hinblick auf eine Änderung der operativen Strategie sowie auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p>		
<p>14. Welches operative Standardverfahren ist bei Vorliegen einer atypischen Hyperplasie indiziert?</p> <p>15. Unter welchen Voraussetzungen können bei Vorliegen einer atypischen Hyperplasie die Adnexe belassen werden im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p> <p>16. Welches operative Standardverfahren ist bei Vorliegen eines frühen Endometriumkarzinoms (Typ 1, G1, G2, pT1a) indiziert?</p> <p>17. Unter welchen Voraussetzungen können bei prä-, peri- und postmenopausalen Frauen mit Endometriumkarzinom die Ovarien belassen werden im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p> <p>18. Unter welchen Voraussetzungen können bei Vorliegen eines frühen Endometriumkarzinoms (Typ 1, G1, G2, pT1a) Uterus und Adnexe belassen werden im Hinblick auf</p>	<p>III: Therapie der Präkanzerosen und konservative Therapie des EC</p>	<p>Prof. Dr. G. Emons</p> <p>[Arbeitsgruppe: Prof. Dr. S. Brucker, Prof. Dr. L. Kiesel, Prof. Dr. O. Ortman, Prof. Dr. T. Römer, Prof. Dr. C. Tempfer, Dr. C. Uleer, Dr. R. Witteler]</p>

Schlüsselfrage(n)	Themenkomplex	Autor(en) Hintergrundtext
Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?		
19. Ist beim Endometriumkarzinom Stadium pT2 die radikale (Piver II oder III) oder einfache Hysterektomie (Piver I) sinnvoller im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?	IV: Operative Therapie des EC	
20. Ist beim Endometriumkarzinom (Typ I, pT1 a, G1/2) die systematische pelvine bzw. pelvine plus paraaortale Lymphonodektomie (LNE) bei makroskopisch unauffälligen LK sinnvoll im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?		
21. Ist beim Endometriumkarzinom (Typ I, pT1 a, G1/2) die SLN bei makroskopisch unauffälligen LK sinnvoll im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben? (S. Schlüsselfrage 34)		
22. Ist beim Endometriumkarzinom (Typ I, pT1 a, G3; pT1 b, G1/2) die systematische pelvine bzw. pelvine plus paraaortale Lymphonodektomie (LNE) bei makroskopisch unauffälligen LK sinnvoll im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit,		

Schlüsselfrage(n)	Themenkomplex	Autor(en) Hintergrundtext
<p>krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p> <p>23. Ist beim Endometriumkarzinom (Typ I, pT1 a, G3; pT1 b, G1/2) die SLN bei makroskopisch unauffälligen LK sinnvoll im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p> <p>24. Ist beim Endometriumkarzinom (Typ I, pT1 b, G3) die systematische pelvine bzw. pelvine plus paraaortale Lymphonodektomie (LNE) sinnvoll, wenn makroskopisch Tumorfreiheit erzielt werden kann im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p> <p>25. Ist beim Endometriumkarzinom (Typ I, pT1 b, G3) die SLN sinnvoll, wenn makroskopisch Tumorfreiheit erzielt werden kann im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p> <p>26. Ist beim Endometriumkarzinom (Typ I, pT2 bis pTIV b, G1-3) die systematische pelvine bzw. pelvine plus paraaortale Lymphonodektomie (LNE) sinnvoll, wenn makroskopisch Tumorfreiheit erzielt werden kann im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p>		

Schlüsselfrage(n)	Themenkomplex	Autor(en) Hintergrundtext
<p>27. Ist beim Endometriumkarzinom (Typ I, pT2 bis pTIV b, G1-3) die SLN sinnvoll, wenn makroskopisch Tumorfreiheit erzielt werden kann im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p>		
<p>28. Ist beim Endometriumkarzinom Typ II die systematische pelvine bzw. pelvine plus paraaortale Lymphonodektomie (LNE) sinnvoll, wenn makroskopisch Tumorfreiheit erzielt werden kann im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p>		
<p>29. Ist beim Endometriumkarzinom Typ II die SLN sinnvoll, wenn makroskopisch Tumorfreiheit erzielt werden kann im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p>		
<p>30. Ist bei Karzinosarkomen die systematische pelvine bzw. pelvine plus paraaortale Lymphonodektomie (LNE) sinnvoll, wenn makroskopisch Tumorfreiheit erzielt werden kann im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p>		

Schlüsselfrage(n)	Themenkomplex	Autor(en) Hintergrundtext
<p>31. Ist bei Karzinosarkomen die SLN sinnvoll, wenn makroskopisch Tumorfreiheit erzielt werden kann im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p>		
<p>32. Wie sollte beim Endometriumkarzinom eine LNE durchgeführt werden, um eine Verbesserung zu erreichen im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p>		
<p>33. Wie sollte beim Endometriumkarzinom eine SLN durchgeführt werden, um eine Verbesserung zu erreichen im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p>		
<p>34. Sollte beim Endometriumkarzinom bei positivem Sentinel eine anschließende systematische LNE durchgeführt werden, um eine Verbesserung zu erreichen im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p>		
<p>35. Wie ist der Stellenwert laparoskopischer Verfahren beim Endometriumkarzinom im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity,</p>		

Schlüsselfrage(n)	Themenkomplex	Autor(en) Hintergrundtext
<p>Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p> <p>36. Wie ist der Stellenwert robotergestützter operativer Verfahren beim Endometriumkarzinom im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p> <p>37. Beeinflussen Tools des geriatrischen Assessments operative, systemtherapeutische und radioonkologische Therapieentscheidungen?</p> <p>55. Welchen Stellenwert hat die Narkoseuntersuchung mit Zystoskopie, Rektoskopie und diagnostischer Laparoskopie mit Spülflüssigkeit/Zytologie-Gewinnung für die lokale und systemische Ausbreitungsdiagnostik des histologisch gesicherten primären Endometriumkarzinoms im Hinblick auf eine Änderung der operativen Strategie sowie auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p> <p>56. Ändert die präoperative Bestimmung des L1CAM-Status und der molekularen Klassifikation (ProMisE) das operative Prozedere/die Radikalität des operativen Eingriffes?</p> <p>57. Ist beim frühen Endometriumkarzinom (Typ 1, G1,</p>		

Schlüsselfrage(n)	Themenkomplex	Autor(en) Hintergrundtext
<p>G2, pT1 a) die Sentinel-Node-Entfernung prognostisch relevanter UND prädiktiver als der Verzicht auf ein solches chirurgisches Staging im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p> <p>59. Welche zusätzlichen operativen Maßnahmen, z.B. Omentektomie, z.B. multipler peritoneale Biopsie, sind bei Typ-II-Karzinomen indiziert?</p>		
<p>38. Bei welchen Stadien bzw. histolog. Typen des Endometriumkarzinoms ist eine adjuvante externe Strahlentherapie (perkutan allein) indiziert im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p> <p>39. Bei welchen Stadien bzw. histolog. Typen des Endometriumkarzinoms ist eine adjuvante externe (perkutane) Strahlentherapie in Kombination mit Brachytherapie indiziert im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p> <p>40. Welchen Einfluss hat die alleinige adjuvante Brachytherapie beim Endometriumkarzinom im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p>	<p>V: Strahlentherapie</p>	<p>Prof. Dr. D. Vordermark</p> <p>[Arbeitsgruppe: Prof. Dr. P. Feyer, Dr. V. Hagen, Prof. Dr. S. Höcht, Prof. Dr. I. Juhasz-Böss, PD Dr. A. Letsch, Prof. Dr. P. Niehoff, Prof. Dr. A. Zeimet]</p>

Schlüsselfrage(n)	Themenkomplex	Autor(en) Hintergrundtext
<p>41. Welchen Stellenwert hat eine adjuvante kombinierte Radiochemotherapie (sequenziell/simultan) im Vergleich zu anderen Verfahren (alleinige Radiatio, pelvin +/- paraaortale Bestrahlung, Abdomenganzbestrahlung, alleinige Chemotherapie) beim Endometriumkarzinom in Bezug auf Kurzzeit-/</p> <p>Langzeitmorbidity, krankheitsspezifisches Gesamt-Überleben und Rezidivhäufigkeit?</p> <p>58. Welchen Stellenwert hat die molekular-pathologische Klassifikation ProMisE hinsichtlich der Indikationsstellung der Strahlentherapie?</p>		
<p>42. Welchen Stellenwert hat eine adjuvante endokrine Therapie beim Endometriumkarzinom im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p> <p>43. Wie ist der Stellenwert der adjuvanten Chemotherapie beim Endometriumkarzinom im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p> <p>44. Wie ist der Stellenwert der adjuvanten zielgerichteten Therapie beim Endometriumkarzinom im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p>	<p>VI: Medikamentöse Therapie</p>	<p>Prof. Dr. P. Mallmann</p> <p>[Arbeitsgruppe: Dr. V. Hagen Weitere Mitglieder: PD Dr. M. Battista, Prof. Dr. G. Emons, Prof. Dr. P. Feyer, Prof. Dr. S. Höcht, PD Dr. A. Letsch, Prof. Dr. W. Lichtenegger, Prof. Dr. E. Petru, Prof. Dr. C. Tempfer, Dr. C. Uleer, Prof. Dr. A. Zeimet, Dr. B. Zimmer]</p>

Schlüsselfrage(n)	Themenkomplex	Autor(en) Hintergrundtext
<p>45. Welchen Stellenwert haben gynäkologische Untersuchung, zytologischer Abstrich, vaginale/abdominale/retroperitoneale Sonographie, Bestimmung von Tumormarkern, MRT, CT und PET-CT, PET-MRT in der Nachsorge der asymptomatischen Patientin im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamtüberleben?</p>	VII: Nachsorge, Rezidiv, Metastasen des EC	<p>Dr. C. Uleer</p> <p>[Arbeitsgruppe: Prof. Dr. G. Emons, Prof. Dr. M. Fleisch, Dr. V. Hagen, Prof. Dr. O. Ortmann, Prof. Dr. I. Runnebaum, Prof. Dr. C. Tempfer, PD Dr. E. Wight, Dr. B. Zimmer]</p>
<p>46. Welchen Stellenwert haben gynäkologische Untersuchung, zytologischer Abstrich, vaginale Sonographie und Bestimmung von Tumormarkern, MRT, CT und PET-CT, PET-MRT in der Nachsorge der symptomatischen Patientin im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamtüberleben?</p>		
<p>47. Welchen Stellenwert haben die operative Therapie, die Chemotherapie, die endokrine Therapie, die zielgerichtete Therapie und die Strahlentherapie in der Behandlung von Rezidiv und Metastasen beim Endometriumkarzinom im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamtüberleben?</p>		
<p>52. Kann bei an Endometriumkarzinom erkrankten Patientinnen mit Trockenheit der Vagina diese durch die Applikation von inerten Gleitgelen oder Cremes oder vaginaler Lasertherapie</p>		

Schlüsselfrage(n)	Themenkomplex	Autor(en) Hintergrundtext
<p>vermindert werden, so dass sich die Lebensqualität verbessert in Bezug auf sexuelle Funktionsstörungen und vaginale Beschwerden?</p> <p>53. Kann bei an Endometriumkarzinom erkrankten Patientinnen mit Trockenheit der Vagina, die durch inerte Cremes oder Gleitgele nicht befriedigend behandelbar ist, eine lokale Östrogenbehandlung durchgeführt werden, so dass sich die Lebensqualität verbessert in Bezug auf sexuelle Funktionsstörungen und vaginale Beschwerden?</p> <p>54. Kann bei an Endometriumkarzinom erkrankten Patientinnen, die behandelt wurden mittels Strahlentherapie, welche die Vaginalregion einbezogen hat, eine mechanische Dilatation mittels Vaginaldilatoren oder Tampons mit inerten Cremes ab vier bis sechs Wochen postoperativ eine Vaginalstenose verhindern, so dass die Lebensqualität erhalten bleibt in Bezug auf sexuelle Funktionsstörungen und vaginale Beschwerden?</p>		
<p>5. Beeinflussen genetische Faktoren das Risiko für das Auftreten eines Endometriumkarzinoms?</p>	VIII: Hereditäre EC	<p>Prof. Dr. R. Schmutzler</p> <p>[Arbeitsgruppe: Prof. Dr. S. Aretz, Prof. Dr. G. Emons, Prof. Dr. L. Horn, Prof. Dr. E. Steiner, Dr. V. Steinke-Lange, Dr. C. Uleer, S. Widhalm, Dr. B. Zimmer]</p>
<p>48. Wie ist der Stellenwert der supportiven Mitbehandlung und Betreuung in Bezug auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, krankheitsspezifisches Gesamtüberleben und weiteres Rezidiv?</p>	IX: Palliativmedizin/Psychonkologie/Rehabilitation/ Psychosoziale Betreuung/Patientinnen aufklärung	<p>Prof. Dr. B. van Oorschot/Dr. J.-E. Panke</p> <p>[Arbeitsgruppe: Dr. T. Dauelsberg, A. Haase, Prof. A. Letsch, K. Paradies, R. Tholen, S. Widhalm, Prof. Dr. J. Weis]</p>

Schlüsselfrage(n)	Themenkomplex	Autor(en) Hintergrundtext
<p>49. Wie ist der Stellenwert der Lebensqualität, der palliativen Mitbehandlung und Betreuung in Bezug auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, krankheitsspezifisches Gesamtüberleben und weiteres Rezidiv?</p>		
<p>50. Wie ist der Stellenwert der Lebensqualität, der psychoonkologischen Mitbehandlung und Betreuung in Bezug auf Lebensqualität, Kurzzeit- / Langzeitmorbidity, krankheitsspezifisches Gesamtüberleben und weiteres Rezidiv?</p>		
<p>51. Wie ist der Stellenwert der Lebensqualität, der psychosozialen Mitbehandlung und Betreuung und Rehabilitation in Bezug auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, krankheitsspezifisches Gesamtüberleben und weiteres Rezidiv?</p>		

11. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gliederung der Themenkomplexe	9
Tabelle 2: Auflistung aller Konferenzen	11
Tabelle 3: Schema der Empfehlungsgraduierung	14
Tabelle 4: Festlegungen hinsichtlich der Konsensstärke	15
Tabelle 5: Tabelle zur Erklärung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten	18
Tabelle 6: Kommentare zu Empfehlungen und Statements	49
Tabelle 7: Kommentare zu Hintergrundtexten	118
Tabelle 8: Schlüsselfragen zugeordnet zu Themenkomplexen und Autor*innen	139

12. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schema zur Darstellung der kriteriengestützten Entscheidungsprozesse bei der Wahl des Empfehlungsgrades	14
---	----

13. Literaturverzeichnis

1. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), *ICD-10-GM 2018 Systematisches Verzeichnis : Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* 1. Auflage ed. 2017, im Druck, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. *Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI)*. Fassung 2005/2006 + Domäne 8 (2008); Available from: <http://www.leitlinien.de/leitlinien-grundlagen/leitlinienbewertung/delbi>.
3. Wolfman, W., No. 249-Asymptomatic Endometrial Thickening. *J Obstet Gynaecol Can*, 2018. **40**(5): p. e367-e377.
4. Gawlik, C., Carey, M, Faught, W., Fung Kee Fung, M, Chambers, A et al. *Systematic therapy for advanced or recurrent endometrial cancer and advanced or recurrent uterine papillary serous carcinoma*. 2017.
5. Crosbie, E.J., et al., *The Manchester International Consensus Group recommendations for the management of gynecological cancers in Lynch syndrome*. *Genet Med*, 2019. **21**(10): p. 2390-2400.
6. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). *S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom, Version 1.0, September 2014, AWMF-Registernummer: 032/033OL*. 2014; Available from: <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/zervixkarzinom/>.
7. Howick, J., et al. *The 2011 Oxford CEBM Evidence Levels of Evidence (Introductory Document)*. 2011; Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>.
8. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Ständige Kommission Leitlinien. *AWMF-Regelwerk „Leitlinien“*. 2012 06.07.2017; 1. Aufl. 2012:[Available from: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>.
9. Atkins, D., et al., *Grading quality of evidence and strength of recommendations*. *BMJ*, 2004. **328**(7454): p. 1490.
10. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). *Entwicklung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren. Methodenpapier für das Leitlinienprogramm Onkologie*. 2017 [cited 2017 23.11.2017]; Available from: http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Methodik/QIEP_OL_2017_Version_2.1.pdf.