





























































Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/ Anmerkungen
	<p>Vakuumbiopsie eingesetzt werden.</p> <p>5f Nach minimalinvasiver bildgebungsgesteuerter Gewebsentnahme soll die Ergebniskontrolle durch Korrelation der Ergebnisse der bildgebenden Diagnostik mit dem histopathologischen Befund erfolgen.</p>	
<b>MamCa 2: Intraoperative Präparateradio/-sonographie</b>		
<p><b>Zähler:</b> Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung und Operationen mit intraoperativer Präparatsonographie bei sonographischer Drahtmarkierung</p> <p><b>Nenner:</b> Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammographie oder Sonographie</p>	<p>Statement Stag-6b Die präoperative Markierung soll bei nicht tastbaren Veränderungen grundsätzlich erfolgen. Der Nachweis einer adäquaten Resektion ist durch intraoperative Bildgebung zu erbringen.</p>	<p>LOE 3b, Empfehlungsgrad A</p> <p><i>Qualitätsziel:</i> Häufige postinterventionelle Korrelation zwischen Bildgebung und Operationspräparat</p> <p><i>Sollvorgabe:</i> &gt; 95 %</p> <p>Bedeutung für das Gesundheitssystem</p> <p>Die präoperative Markierung soll bei nicht tastbaren Veränderungen grundsätzlich erfolgen. Der Nachweis einer adäquaten Resektion ist durch intraoperative Bildgebung zu erbringen. Es gilt, eine möglichst häufige postinterventionelle Korrelation zwischen der jeweiligen Bildgebung und dem Operationspräparat zu erzielen.</p> <p><i>Evidenzgrundlage</i> Albert, US et al. 2008 (Details zur Literatur: siehe Langversion)</p>

Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/ Anmerkungen
<b>MamCa 3: Axilläre Lymphknotenentfernung bei DCIS</b>		
<p><b>Zähler:</b> Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme</p> <p><b>Nenner:</b> Patientinnen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und brusterhaltender Therapie</p>	<p>Statement Präinv-3b Eine Axilladisektion soll beim DCIS nicht durchgeführt werden. Eine Sentinel-Node-Biopsie soll nur durchgeführt werden, wenn eine sekundäre Sentinel-Node-Biopsie aus technischen Gründen nicht möglich ist.</p>	<p>LOE 1b, Empfehlungsgrad A</p> <p>Qualitätsziel: Möglichst wenige Patientinnen primäre Axilladisektion oder Sentinel-Node-Biopsie (SLNE) bei DCIS mit brusterhaltender Therapie</p> <p>Sollvorgabe: &lt; 5 %</p> <p>Bedeutung für das Gesundheitssystem</p> <p>Eine Axilladisektion soll bei DCIS nicht durchgeführt werden. Eine Sentinel-Node-Biopsie soll nur dann durchgeführt werden, wenn eine sekundäre Sentinel-Node-Biopsie aus technischen Gründen (z. B. Ablatio) nicht möglich ist.</p> <p>Evidenzgrundlage Albert, US et al. 2008; NICE 2009 (Details zur Literatur: siehe Langversion)</p>

Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/ Anmerkungen
<b>MamCa 4: Indikation zur Sentinel-Lymphknotenbiopsie</b>		
<p><b>Zähler:</b> Patientinnen mit alleiniger Sentinel-Node-Biopsie</p> <p><b>Nenner:</b> Patientinnen mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom und negativem pN-Staging und ohne präoperative tumorspezifische Therapie</p>	<p>Statement Operativ-6a Die Bestimmung des histologischen Nodalstatus (pN-Status) ist Bestandteil der operativen Therapie des invasiven Mammakarzinoms. Diese soll mithilfe der Sentinel-Lymphknotenentfernung (SLNB) erfolgen.</p>	<p>GCP</p> <p>Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit Sentinel-Node-Biopsie bei pathomorphologisch Lymphknoten-negativem (pN0) invasivem Mammakarzinom</p> <p>Sollvorgabe: ≥ 80 %</p> <p>Bedeutung für das Gesundheitssystem Die Bestimmung des histologischen Nodalstatus (pN-Status) ist Bestandteil der operativen Therapie des invasiven Mammakarzinoms. Diese soll mithilfe der Sentinel-Lymphknotenentfernung (SLNB) erfolgen.</p> <p>Evidenzgrundlage NICE 2009; NZGG 2009; Kuehn, T et al. 2005; Lyman, GH et al. 2005 (Details zur Literatur: siehe Langversion)</p>
<b>MamCa 5: Angabe Resektionsrand und Sicherheitsabstand</b>		
<p><b>Zähler:</b> Patientinnen mit endgültigem tumorfreiem Resektionsrand (R0) und ausreichendem Sicherheitsabstand</p> <p><b>Nenner:</b> Patientinnen mit gesicherter Primärerkrankung und Histologie "invasives Mammakarzinom und/oder DCIS" und abgeschlossener operativer Therapie</p>	<p>Operativ-1a Basis der Therapie für alle nicht fortgeschrittenen Mammakarzinome ist die Tumorresektion in sano (R0-Status).</p> <p>Operativ-1b, Der Resektionsrandstatus hat einen prognostischen Effekt beim invasiven Mammakarzinom. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem</p>	<p>LOE 1b, Empfehlungsgrad A</p> <p>Qualitätsziel: Möglichst häufige Angabe von Resektionsrand und Sicherheitsabstand (1 mm für invasive Karzinome und 2 mm für DCIS) bei der mikroskopischen Aufarbeitung der Präparate zur Einschätzung des Erkrankungsverlaufs</p>



Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/ Anmerkungen
<b>MamCa 6: Durchgeführte Strahlentherapie nach BET</b>		
<p><b>Zähler:</b> Patientinnen mit invasivem Karzinom und BET, die eine Radiatio der Brust erhalten haben</p> <p><b>Nenner:</b> Patientinnen mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom und BET</p>	<p>RT-1 Bei invasivem Karzinom soll eine Bestrahlung der betroffenen Brust nach brusterhaltender Operation durchgeführt werden.</p>	<p>LOE 1a, Empfehlungsgrad A</p> <p><i>Qualitätsziel:</i> Ziel ist die Bestrahlung möglichst vieler Patientinnen nach BET mit primär Erkrankung eines invasiven Mammakarzinoms.</p> <p>Sollvorgabe: &gt; 95 % Bedeutung für das Gesundheitssystem</p> <p>Bei invasiven Karzinomen soll eine Bestrahlung der betroffenen Brust nach brusterhaltender Therapie durchgeführt werden.</p> <p>Evidenzgrundlage Clarke, M et al. 2005; Darby, S et al. 2011; EBMG 2006; Harnett, A et al. 2009; NZGG 2009; Peto, R 2006 (Details zur Literatur: siehe Langversion)</p>





Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/ Anmerkungen
<b>MamCa 8: Trastuzumab-Therapie bei HER2-positivem Befund</b>		
<p><b>Zähler:</b> Alle Patientinnen, die eine (neo-) adjuvante Trastuzumab-Therapie über 1 Jahr erhalten haben</p> <p><b>Nenner:</b> Alle HER2-positiven (immunhistochemisch Score 3+ und/oder ISH-positiv) Pat. mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom <math>\geq</math> pT1c</p>	<p>Adj-17a Patientinnen mit HER2-überexprimierenden Tumoren mit einem Durchmesser <math>\geq</math> 1 cm (immunhistochemisch Score 3+ und/oder ISH-positiv) sollen eine (neo-)adjuvante Behandlung mit Trastuzumab über 1 Jahr erhalten.</p> <p>Adj-17b Die adjuvante Behandlung mit Trastuzumab sollte vorzugsweise simultan mit der Taxan-Phase der adjuvanten Chemotherapie begonnen werden.</p> <p>Adj-17c Wenn die Indikation für eine Chemotherapie bei Tumoren <math>&lt;</math> 10 mm vorliegt, sollte zusätzlich Trastuzumab gegeben werden.</p>	<p>LOE 1b, Empfehlungsgrad A <i>Qualitätsziel:</i> Die Durchführung der Trastuzumab-Therapie bei möglichst vielen HER2-positiven Patientinnen mit der Primärkrankung <math>\geq</math> pT1c</p> <p>Sollvorgabe: <math>&gt;</math> 95 % Bedeutung für das Gesundheitssystem Patientinnen mit HER2-überexprimierenden Tumoren mit einem Durchmesser <math>\geq</math> 1cm (immunhistochemischer Score 3+ und/oder ISH-positiv) sollen eine (neo-)adjuvante Behandlung mit Trastuzumab über 1 Jahr erhalten.</p> <p>Evidenzgrundlage NICE 2009; NZGG 2009; Petrelli, F et al. 2011 (Details zur Literatur: siehe Langversion)</p>

Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/ Anmerkungen
<b>MamCa 9: Durchgeführte Chemotherapien bei steroidrezeptornegativen Tumoren</b>		
<p><b>Zähler:</b> Patientinnen, die eine Chemotherapie erhalten haben</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Patientinnen mit steroidrezeptornegativen Tumoren bei histologisch gesicherter Primärerkrankung invasives Mammakarzinom</p>	<p><i>Quelle zugrunde liegendes Statement aus der Leitlinie 2012</i></p> <p>Statement Adj-9a Alle Patientinnen mit rezeptornegativen Tumoren (pN0 und pN+) sollen eine adjuvante Chemotherapie erhalten.</p>	<p>LOE 1a, Empfehlungsgrad A</p> <p>Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen, die eine systemische (neo-)adjuvante Chemotherapie erhalten haben bei Vorliegen von steroidhormonrezeptornegativen (Östrogen und/oder Progesteronrezeptor) Tumoren und unabhängig vom Nodalstatus</p> <p>Sollvorgabe: &gt; 80 %</p> <p>Bedeutung für das Gesundheitssystem</p> <p>Patientinnen mit steroidrezeptornegativen Tumoren sollen eine neo-/adjuvante Chemotherapie erhalten. Bei der Indikationsstellung für eine solche Therapie müssen das biologische Alter und die Komorbiditäten beachtet werden</p> <p>Evidenzgrundlage EBCTCG 2010; NICE 2009; NZGG 2009 (Details zur Literatur: siehe Langversion)</p>

Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/ Anmerkungen
<b>MamCa 10: Indikationen zur Strahlentherapie der Brustwand nach Mastektomie</b>		
<p><b>Zähler:</b> Patientinnen, mit Bestrahlung der Brustwand nach Mastektomie</p> <p><b>Nenner:</b> Patientinnen mit histologisch gesicherter Primärerkrankung invasives Mammakarzinom, die eine Mastektomie erhalten haben und Indikation zur Bestrahlung der Brustwand (T3/T4-Tumoren, R1/R2-Resektionen ohne Nachresektionsmöglichkeit oder pN+&gt;3 LK) aufweisen.</p>	<p>RT-4a Die postoperative Radiotherapie der Brustwand nach Mastektomie senkt das Risiko eines lokoregionalen Rezidivs.</p> <p>RT-4b Bei Patientinnen mit hohem Lokalrezidivrisiko wird auch das Gesamtüberleben verbessert.</p> <p>RT-4c Bei folgenden Situationen ist daher die nachfolgende Strahlentherapie der Brustwand nach Mastektomie indiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- T3/T4</li> <li>- pT3 pN0 R0 nur bei Vorliegen von sonstigen Risikofaktoren (Lymphgefäßinvasion, Grading G3, „close resection margin“, Prämenopausalstatus, Alter &lt; 50 Jahre)</li> <li>- R1-/R2-Resektion und fehlender Möglichkeit der sanierenden Nachresektion</li> <li>- pN+ (&gt; 3 Lymphknoten)</li> <li>- Nach primärer (neoadjuvanter) systemischer Therapie soll sich die Indikation zur Radiotherapie nach der prätherapeutischen T- und N-Kategorie richten, unabhängig vom Ausmaß des Ansprechens auf die primäre systemische Therapie.</li> </ul>	<p>LOE 1a, Empfehlungsgrad A</p> <p>Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen sollen bei Vorliegen von T3-/T4-Tumoren, R1-/R2-Resektionen, die nicht nachresezierbar sind oder pN+&gt;3 Lymphknoten eine Strahlentherapie der Brustwand erhalten</p> <p>Sollvorgabe: &gt; 95 %</p> <p>Bedeutung für das Gesundheitssystem Patientinnen mit T3-/T4-Tumoren, R1-/R2-Resektionen ohne Möglichkeit der weiteren Nachresektion und Patientinnen mit pN+&gt; 3 Lymphknoten (nach Mastektomie) haben ein hohes lokales Rezidivrisiko, das durch die Strahlentherapie der Brustwand vermindert werden soll</p> <p>Evidenzgrundlage Darby, S et al. 2011; NCCN 2011; NICE 2009; NZGG 2009 (Details zur Literatur: siehe Langversion)</p>





## 8. Melanom

(Version 1.1, Februar 2013)

Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/Anmerkungen
<b>MEL 1: Sicherheitsabstand (1 cm) bei radikaler Exzision</b>		
<p><b>Zähler:</b> Pat. mit radikaler Exzision mit Sicherheitsabstand 1 cm</p> <p><b>Nenner:</b> Pat. mit einem primären, kutanen Melanom und kurativer radikaler Exzision bei einer Tumordicke <math>\leq 2</math> mm</p>	<p>Empfehlung Nr. 3.2.3.1.a Für das maligne Melanom soll unter kurativer Intention eine radikale Exzision mit den Sicherheitsabständen zum Tumorrand erfolgen, um lokale Rezidive des Tumors zu vermeiden. LoE 1a, Empfehlungsgrad: A</p> <p>Stadium, Tumordicke, Sicherheitsabstand: pT1, pT2, <math>\leq 1</math> mm-2,0 mm, 1 cm pT3, pT4, 2,01-<math>\geq 4,0</math> mm, 2 cm</p>	De-novo-Recherche: [17]
<b>MEL 2: Sicherheitsabstand (2 cm) bei radikaler Exzision</b>		
<p><b>Zähler:</b> Pat. mit radikaler Exzision mit Sicherheitsabstand 2 cm</p> <p><b>Nenner:</b> Pat. mit einem primären, kutanen Melanom und kurativer radikaler Exzision bei einer Tumordicke <math>&gt; 2</math> mm</p>	<p>Empfehlung Nr. 3.2.3.1.a Für das maligne Melanom soll unter kurativer Intention eine radikale Exzision mit den Sicherheitsabständen zum Tumorrand erfolgen, um lokale Rezidive des Tumors zu vermeiden. LoE 1a, Empfehlungsgrad A</p> <p>Stadium, Tumordicke, Sicherheitsabstand: pT1, pT2, <math>\leq 1</math> mm-2,0 mm, 1 cm pT3, pT4, 2,01-<math>\rightarrow 4,0</math> mm, 2 cm</p>	De-novo-Recherche:[17]

Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/ Anmerkungen
<b>MEL 3: Lokoregionale Lymphknoten-Sonographie</b>		
<p><b>Zähler:</b> Pat. mit lokoregionaler Lymphknoten-Sonographie</p> <p><b>Nenner:</b> Pat. mit malignem Melanom <math>\geq</math> IB-IIIIC</p>	<p>Indikator wurden von zwei Empfehlungen abgeleitet :</p> <p>Empfehlung Nr. 3.2.6.4. Die lokoregionale Lymphknoten-Sonographie soll bei Patienten mit Primärdiagnose eines malignen Melanoms ab Tumorstadium Ib durchgeführt werden. LoE 1a, Empfehlungsgrad A</p> <p>Empfehlung Nr. 3.4.1.3. Die lokoregionale Lymphknoten-Sonographie soll bei Patienten mit Verdacht auf oder Nachweis von lokoregionaler Metastasierung (Stadium IIIB/IIIIC) eines malignen Melanoms durchgeführt werden. LoE 1a, Empfehlungsgrad A</p>	<p>De-novo-Recherche: [18]</p> <p>De-novo-Recherche: [18-20]</p>
<b>MEL 4: Wächterlymphknoten-Biopsie</b>		
<p><b>Zähler:</b> Pat., bei denen die WLKB durchgeführt wird</p> <p><b>Nenner:</b> Pat. mit einem primären, kutanen Melanom mit einer Tumordicke <math>\geq</math> 1 mm und ohne Hinweis auf lokoregionale oder Fernmetastasierung</p>	<p>Empfehlung Nr. 3.2.7.1.a Zur Stadienzuordnung soll die Wächterlymphknoten-Biopsie ab einer Tumordicke von 1,0 mm und ohne Hinweis auf lokoregionale oder Fernmetastasierung durchgeführt werden. LoE 1a, Empfehlungsgrad A</p>	<p>De-novo-Recherche: [21-27]</p>
<b>MEL 5: Therapeutische Lymphadenektomie</b>		
<p><b>Zähler:</b> Pat. mit therapeutischer LAD im Stadium IIIB u. IIIIC</p> <p><b>Nenner:</b> Pat. mit malignem Melanom Stad. IIIB u. IIIIC</p>	<p>Empfehlung Nr. 3.4.2.2.a Die therapeutische LAD soll beim Nachweis einer lymphogenen Metastasierung (zytologische oder histologische Sicherung, Lymphknoten-Sonographie, CT, PET/CT) ohne Hinweis auf Fernmetastasen durchgeführt werden. (Stadium IIIB und IIIIC).</p>	<p>GCP (Expertenkonsens)</p>



Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/ Anmerkungen
<b>MEL 6: Postoperative Radiatio</b>		
<b>Zähler:</b> Pat. mit Radiatio mit 50–60 Gy in konventioneller Fraktionierung (5 x 1,8–2,5 Gy/Woche)	Empfehlung Nr. 3.4.3.c Falls die Indikation zur Bestrahlung des Lymphabflussgebietes gestellt wird, soll die Strahlentherapie mit 50–60 Gy in konventioneller Fraktionierung (5 x 1,8–2,5 Gy/Woche) erfolgen.	De-novo-Recherche: [28-37]
<b>Nenner:</b> Pat. mit malignem Melanom und postoperativer Radiatio des Lymphabflussgebietes	LoE 2b, Empfehlungsgrad A	
<b>MEL 7: Adjuvante systemische Therapie</b>		
<b>Zähler:</b> Pat. mit adjuvanter systemischer Chemotherapie/Dacarbazin	Empfehlung Nr. 3.4.4.1. Dacarbazin soll in der adjuvanten Therapie des Melanoms nicht verabreicht werden LoE 1a, Empfehlungsgrad A	Leitlinienadaptation: [38, 39]
<b>Nenner:</b> Pat. mit malignem Melanom Stadium I-III	Qualitätsziel: 0 %	
<b>MEL 8: Adjuvante Extremitätenperfusion</b>		
<b>Zähler:</b> Pat. mit adjuvanter Extremitätenperfusion	Empfehlung Nr. 3.4.4.3. Eine adjuvante Extremitätenperfusion mit Melphalan soll in der adjuvanten Therapie des Melanoms nicht verabreicht werden.	Leitlinienadaptation: [38]
N: Pat. mit malignem Melanom Stadium I-IIIb	LoE 1b, Empfehlungsgrad A  Qualitätsziel: 0 %	
<b>MEL 9: LDH-Bestimmung</b>		
<b>Zähler:</b> Pat. mit LDH-Bestimmung	Empfehlung Nr. 3.5.2.7. LDH soll als Teil der aktuellen AJCC-Klassifikation bei Patienten mit Verdacht auf bzw. Nachweis von Fernmetastasen bestimmt werden.	De-novo-Recherche: [33, 40, 41]
<b>Nenner:</b> Pat. mit malignem Melanom Stadium IV	LoE 1b, Empfehlungsgrad A	





Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/ Anmerkungen
<b>MHK 4: Biopsie und Histopathologie</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Patienten, bei denen der histopathologische Befund wie folgt dokumentiert ist: Tumorlokalisierung, makroskopische TumorgroÙe, histologischer Tumortyp nach WHO, histologischer Tumorgrad, Invasionstiefe, Lymphgefäßinvasion, Blutgefäßinvasion und perineurale Invasion, lokal infiltrierte Strukturen, Klassifikation pT, Angaben befallenen Bezirken und infiltrierte Strukturen, R-Status</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Patienten mit Mundhöhlenkarzinom und Operation</p>	<p>Nr. 28 Der histopathologische Befund soll in Kommunikation mit dem Kliniker die genaue Lokalisation einer ggf. vorliegenden R+-Situation beschreiben. Das Tumorpräparat soll mit klarer Bezeichnung der anatomischen Topographie an den Pathologen geschickt werden. Hierzu kann eine Faden- oder Farbmarkierung erfolgen. Der histopathologische Befund soll umfassen: Tumorlokalisierung, makroskopische TumorgroÙe, histologischer Tumortyp nach WHO, histologischer Tumorgrad, Invasionstiefe, Lymphgefäßinvasion, Blutgefäßinvasion und perineurale Invasion, lokal infiltrierte Strukturen, Klassifikation pT, Angaben befallenen Bezirken und infiltrierte Strukturen, R-Status.</p>	<p>Empfehlung LoE 2++, starker Konsens Literatur: Leitlinienadaptation SIGN: [56-58] [59] [60] [61] [62] [63] [64] [65] [66] [67] [68] [69] [70] [71] [72] [73]</p>
<b>MHK 5: Behandlungsempfehlungen / Tumorboard</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Patienten mit interdisziplinärer Behandlung nach Abstimmung in Tumorboards unter Beteiligung der Fachdisziplinen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Strahlentherapie, Onkologie, Pathologie und Radiologie</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Patienten mit Mundhöhlenkarzinom</p>	<p>Nr. 30 Die Behandlung des Mundhöhlenkarzinoms soll interdisziplinär nach Abstimmung jedes individuellen Falls innerhalb von Tumorboards unter Beteiligung der Fachdisziplinen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Strahlentherapie, Onkologie, Pathologie und Radiologie durchgeführt werden.</p>	<p>GCP (Expertenkonsens), starker Konsens Anmerkungen: Interdisziplinäre Behandlung wurde als sehr wichtig erachtet. Eine höchstmögliche Indikatorausprägung wird angestrebt.</p>



Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/Anmerkungen
<b>MHK 9: Behandlungsempfehlungen/ Prävention und Behandlung strahlenbedingter Begleiterscheinungen</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Patienten mit zahnärztlicher Untersuchung vor Beginn der Radio- oder Radiochemotherapie</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Patienten mit Mundhöhlenkarzinom und Radio- oder Radiochemotherapie</p>	<p>Nr. 60 Patienten sollen vor der Durchführung einer Radio/ Radiochemotherapie im Bereich der Mundhöhle zur Vermeidung einer Osteoradionekrose eine zahnärztliche Untersuchung und ggf. eine konservierende und/oder chirurgische Zahnsanierung erhalten.</p>	<p>GCP (Expertenkonsens), starker Konsens</p>
<b>MHK 10: Nachsorge und Rehabilitation/ Psychosoziale Beratung und Betreuung</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Patienten mit dokumentiertem Angebot einer psychosozialen Betreuung durch einen Sozialarbeiter</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Patienten mit Mundhöhlenkarzinom</p>	<p>Nr. 75 Patienten mit einem Mundhöhlenkarzinom soll eine psychosoziale Betreuung durch Sozialarbeiter angeboten werden.</p>	<p>GCP (Expertenkonsens), starker Konsens</p> <p>Anmerkungen: Durch den Sozialarbeiter soll das Vorhandensein des Angebotes an den Patienten kommuniziert werden.</p>









Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/ Anmerkungen
<b>OvCa 8: First-line-Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Pat. mit 6 Zyklen First-line-Chemotherapie Carboplatin AUC 5 u. Paclitaxel 175mg/m<sup>2</sup></p> <p><b>Nenner:</b> Alle Pat. mit Erstdiagnose OC ≥ FIGO IIB</p>	<p>8.5 Die First-line-Chemotherapie für Patientinnen mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom (IIb-IV) soll aus Carboplatin AUC 5 und Paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> über 3 h i.v. für insgesamt 6 Zyklen alle 3 Wochen bestehen.</p>	<p><i>Qualitätsziel</i> Möglichst häufig 6 Zyklen First-line-Chemotherapie Carboplatin AUC 5 u. Paclitaxel 175mg/m<sup>2</sup> bei Erstdiagnose OC ≥ FIGO IIB</p> <p><i>Evidenzgrundlage</i> LoE 1++, A Leitlinien: NICE 2011 [96], NHS TA91 [154] Primärstudien: [155-166]</p>
<b>OvCa 9: Chemotherapie beim platinresistenten u./o. -refraktären Erstrezidiv</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl der Pat. mit nicht platinhaltiger Monotherapie mit pegyliertem liposomalem Doxorubicin, Topotecan, Gemcitabin o. Paclitaxel wöchentlich</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Pat. mit platinresistentem u./o. -refraktärem Erstrezidiv eines OC und Erstrezidiv-Chemotherapie außerhalb von klinischen Studien</p>	<p>9.4 Patientinnen mit platinresistentem und/oder -refraktärem Ovarialkarzinomrezidiv sollen, wenn eine Indikation zur Chemotherapie besteht, eine nicht platinhaltige Monotherapie erhalten: Folgende Zytostatika können in Betracht gezogen werden: · pegyliertes liposomales Doxorubicin · Topotecan · Gemcitabin · Paclitaxel wöchentlich</p>	<p><i>Qualitätsziel</i> Möglichst häufig nicht platinhaltige Monotherapie (s. li.) bei platinresistenten u./o. -refraktärem Erstrezidiv eines OC und Erstrezidiv-Chemotherapie außerhalb von klinischen Studien</p> <p><i>Evidenzgrundlage</i> LoE 1+, A Leitlinien: NHS TA91 [154] Primärstudien: [167-177] Anmerkung: <u>Platinresistentes Rezidiv:</u> Rezidiv innerhalb von 6 Monaten nach Abschluss der Primärtherapie</p>

Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/ Anmerkungen
<b>OvCa 10: Kombinationstherapie bei platinsensitivem Rezidiv</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Pat. mit platinhaltiger Kombinationstherapie</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Pat. mit platinsensitivem Rezidiv eines OC und Rezidivchemotherapie, außerhalb von klinischen Studien</p>	<p>9.4 Patientinnen mit platinsensitivem Ovarialkarzinomrezidiv sollen, wenn eine Indikation zur Chemotherapie besteht, eine platinhaltige Kombinationstherapie erhalten. Folgende Kombinationen können in Betracht gezogen werden: Carboplatin/Gemcitabin/Bevacizumab* Carboplatin/peg.lip.Doxorubicin Carboplatin/Paclitaxel Carboplatin/Gemcitabin</p> <p>*bei Patientinnen mit erstem Rezidiv und ohne vorherige VEGF gerichtete Therapie</p>	<p><i>Qualitätsziel</i> Möglichst häufig platinhaltige Kombinationstherapie bei platinsensitivem Rezidiv und Rezidivchemotherapie, außerhalb von klinischen Studien</p> <p><i>Evidenzgrundlage</i> Expertenkonsens Leitlinien: SIGN [106] Primärstudien: [177-181]</p>
<b>OvCa 11: Beratung Sozialdienst</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Pat. mit Beratung durch den Sozialdienst</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Pat. mit Erstdiagnose OC und Behandlung in der Einrichtung</p>	<p>10.1 Patientinnen mit Ovarialkarzinom sollen über die Möglichkeiten rehabilitativer Maßnahmen sowie die Unterstützung durch die Sozialberatung informiert und nach individueller Abklärung des Bedarfs geeignete Maßnahmen angeboten werden.</p>	<p><i>Qualitätsziel</i> Möglichst häufig Beratung durch den Sozialdienst bei Erstdiagnose Ovarialkarzinom</p> <p><i>Evidenzgrundlage</i> Expertenkonsens Leitlinien: SIGN [106] Primärstudien: [182-184]</p>
<b>OvCa 12: Keine adjuvante Therapie BOT</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Pat. mit adjuvanter Therapie</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Pat. mit Erstdiagnose eines BOT</p>	<p>11.6 Patientinnen mit Borderlinetumoren sollen keine adjuvante Therapie erhalten.</p>	<p><i>Qualitätsziel</i> Keine adjuvante Therapie bei BOT</p> <p><i>Evidenzgrundlage</i> LoE 2+, A Leitlinien: Australian [107] Primärstudien: [185]</p>

# 11. Pankreaskarzinom

(Version 1.0, Oktober 2013)

Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/Anmerkungen
<b>PanCa 1: R0-Resektion</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Pat. mit Erstdiagnose eines Pankreas-Ca´s mit R0-Resektion</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Pankreas-Ca´s und Resektion</p>	<p>Empfehlung 6.5 Ziel der Resektion beim Pankreaskarzinom soll die Resektion im Gesunden sein (R0)</p>	<p><i>Qualitätsziel</i> Möglichst häufig R0-Resektion Zielwert: 70 %</p> <p><i>Evidenzgrundlage</i> Empfehlungsgrad A, LoE 1a</p> <p><i>Anmerkung</i> R0-Bestimmung entsprechend Vorgabe Empfehlung 6.10</p>
<b>PanCa 2: LK- Entfernung</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Pat. mit Erstdiagnose Pankreas-Ca, operativer Resektion und Entfernung von mind. 10 LK</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Pankreas-Ca und operativer Resektion</p>	<p>Empfehlung 6.24: Bei Resektion des Pankreaskarzinoms sollen mindestens 10 regionäre Lymphknoten entfernt werden.</p>	<p><i>Qualitätsziel</i> Bei Resektion möglichst häufig Entfernung von mind. 10 LK Zielwert: 85 %</p> <p><i>Evidenzgrundlage</i> GCP (Expertenkonsens)</p> <p><i>Anmerkung</i> Resektion: Pankreaskopfresektion, Linksresektion, Pankreatektomie</p>
<b>PanCa 3: Inhalt Pathologieberichte</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl der Befundberichte mit Angabe von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pT, pN, M</li> <li>• Tumorgrading</li> <li>• Verhältnis von befallenen zu entfernten LK</li> </ul> <p><b>Nenner:</b> Alle Befundberichte von Pat. mit Pankreas-Ca und Tumorresektion</p>	<p>Empfehlung 6.25: Bei der Resektion eines Pankreaskarzinoms soll das Verhältnis von befallenen zu insgesamt entfernten LK im pathologisch-histologischen Befundbericht angegeben werden.</p> <p>Empfehlung 6.33: Die Angabe der pT-, pN- und M-Kategorie sowie das Tumorgrading sollen im Pathologiebefund angegeben werden.</p>	<p><i>Qualitätsziel</i> Möglichst häufig vollständige Pathologieberichte</p> <p><i>Evidenzgrundlage</i> Empfehlung 6.25: Empfehlungsgrad A, LoE 2b Empfehlung 6.33: Empfehlungsgrad A, LoE 2b</p> <p><i>Anmerkung</i> <u>TNM</u>: siehe [2]</p>

Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/Anmerkungen
<b>PanCa 4: Adjuvante Chemotherapie</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Pat. mit Erstdiagnose eines Pankreaskarzinoms UICC Stad. I-III, R0-Resektion und adjuvanter Chemotherapie mit Gemcitabin o. 5-FU/Folinsäure</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Pat. mit Erstdiagnose eines Pankreaskarzinoms UICC Stad. I-III und R0-Resektion</p>	<p>Empfehlung 7.1: Nach R0-Resektion eines Pankreaskarzinoms im UICC-Stadium I-III soll eine adjuvante Chemotherapie durchgeführt werden.</p> <p>Empfehlung 7.4: Folgende Chemotherapieprotokolle sollen adjuvant eingesetzt werden: - Gemcitabin - 5-FU/Folinsäure (Mayo-Protokoll)</p>	<p><i>Qualitätsziel</i> Möglichst häufig adjuvante Chemotherapie mit Gemcitabin u./o. 5-FU/Folinsäure Referenzbereich: 50 %</p> <p><i>Evidenzgrundlage</i> Empfehlung 7.1: Empfehlungsgrad A, LoE 1b Empfehlung 7.4: Empfehlungsgrad A, LoE 1b</p> <p><i>Anmerkung</i> UICC: [2]</p> <p>Ausschluss im Nenner: Pat., die innerhalb von 60 Tagen postoperativ versterben oder Chemotherapie ablehnen</p>
<b>PanCa 5: Palliative Chemotherapie</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Pat. mit Pankreas-Ca UICC Stad. III o. IV, ECOG 0-2 und palliativer Chemotherapie</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Pat. mit Pankreas-Ca UICC Stad. III (Palliative Situation) o. IV und ECOG 0-2</p>	<p>Empfehlung 8.1: Beim metastasierten bzw. lokal fortgeschrittenen Pankreaskarzinom soll bei einem ECOG Performance Status von 0 bis 2 eine palliative Chemotherapie durchgeführt werden.</p>	<p><i>Qualitätsziel</i> Möglichst häufig palliative Chemotherapie Stad. III o. IV, ECOG 0-2</p> <p><i>Evidenzgrundlage</i> Empfehlungsgrad A, LoE 1a</p> <p><i>Anmerkung</i> UICC: [2]</p> <p><u>Palliative Chemotherapie</u>: 8.3 ff.</p>
<p>Abkürzungen: LoE = Level of Evidence, EG = Empfehlungsgrad, Pankreas-CA = Pankreaskarzinom, UICC = Internationale Vereinigung gegen Krebs, ECOG = Eastern Cooperative Oncology Goup, QI = Qualitätsindikator, Stad. = Stadium, Pat. = Patienten, LK = Lymphknoten</p>		



Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/ Anmerkungen
<b>PSO 3: Diagnostik: Screening, Diagnostische Verfahren</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl von Patienten mit Einsatz von validierten und standardisierten Screeninginstrumenten (z. B. das Distress-Thermometer oder die HADS-D)</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Krebspatienten mit Erstdiagnose, Rezidiv oder erster Fernmetastase*</p>	<p>7.3 Zur Erfassung der psychosozialen Belastung sollen validierte und standardisierte Screeninginstrumente eingesetzt werden. Als Screeninginstrumente werden z. B. das Distress-Thermometer oder die HADS-D empfohlen. Zusätzlich soll der individuelle psychosoziale Unterstützungswunsch erfragt werden.</p> <p>7.2 Alle Patienten sollen ein Screening auf psychosoziale Belastungen erhalten. Ein psychoonkologisches Screening sollte frühestmöglich in angemessenen Abständen, wenn klinisch indiziert oder bei Veränderung des Erkrankungsstatus eines Patienten (z. B. Wiederauftreten oder Fortschreiten der Erkrankung) wiederholt im Krankheitsverlauf durchgeführt werden.</p>	<p>Expertenkonsens</p> <p>Literatur zu validierten Screeninginstrumenten mit einem definierten Cut-off (HADS-D, HSI: Distress-Thermometer, FBK, PO-BADO, PHQ-9) siehe Langversion der Leitlinie Ergänzende Anmerkung: Validierte Screeninginstrumente mit einem definierten Cut-off sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)</li> <li>• -Hornheider Screening-Instrument (HSI)</li> <li>• -Distress-Thermometer (DT)</li> <li>• -Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK-23 und FBK-10)</li> <li>• Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-BADO, PO-BADO KF und PO-BADO Brustkrebs)</li> <li>• Gesundheitsfragebogen für Patienten – Depressionsmodul (PHQ-9)</li> </ul> <p>Die Ablehnung des Screenings durch den Patienten soll gesondert ausgewiesen werden. Falls kein Screening durchgeführt wurde, soll geschaut werden, ob ein diagnostisches Gespräch ggf. als Erstmaßnahme durchgeführt wurde. Wenn dies der Fall ist, wird dies als durchgeführtes Screening gewertet.</p>

Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/ Anmerkungen
<b>PSO 4: Diagnostik: Diagnostische Verfahren</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl von Patienten mit einem diagnostischen Gespräch zur Abklärung psychosozialer Belastungen und psychischer Komorbidität</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Krebspatienten mit Erstdiagnose, Rezidiv oder erster Fernmetastase und mit positivem Screening auf psychosoziale Belastungen*</p>	<p>7.4 Bei positivem Screening und/oder Patientenwunsch soll ein diagnostisches Gespräch zur Abklärung psychosozialer Belastungen und psychischer Komorbidität erfolgen.</p>	<p>Expertenkonsens Ergänzende Anmerkung: Validierte Screeninginstrumente mit einem definierten Cut-off sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)</li> <li>• Hornheider Screening-Instrument (HSI)</li> <li>• Distress-Thermometer (DT)</li> <li>• Fragebogen zur Belastung von Krebspatienten (FBK-23 und FBK-10)</li> <li>• Psychoonkologische Basisdokumentation (PO-BADO, PO-BADO KF und PO-BADO Brustkrebs)</li> <li>• Gesundheitsfragebogen für Patienten – Depressionsmodul (PHQ-9)</li> </ul> <p>Definition „Diagnostisches Gespräch“: Das diagnostische Gespräch beinhaltet die Identifikation von psychosozialen Belastungen, psychischen Störungen und weiteren Problemlagen mit dem Ziel der Beschreibung vorliegender Probleme und Störungen sowie deren Veränderung. Darüber hinaus erfolgt die Abklärung, ob diese Problemlagen subsyndromal sind oder die Kriterien für eine psychische Störung erfüllen. Die Abklärung und Zuordnung der vorliegenden Probleme und Störungen erfolgt entsprechend eines Klassifikationssystems (ICD-10 oder DSM IV), wobei bei der Diagnostik einer klinisch relevanten komorbiden Störung die Abgrenzung gegenüber somatischen Beschwerden oder einer angemessenen psychischen Reaktion auf die Tumorerkrankung sowie die zutreffende Berücksichtigung von biologisch-organischen Folgen der Krebserkrankung bzw. Behandlung zu berücksichtigen sind.</p> <p>Akteure: Fachkräfte der Psychoonkologie</p>



Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/ Anmerkungen
<b>PSO 5: Psychoonkologische Interventionen: Konzepte und allgemeine Grundlagen für die Indikationsstellung psychoonkologischer Behandlung</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl von Patienten mit Angebot einer psychotherapeutischen Einzel- und/oder Gruppenintervention</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Krebspatienten mit Erstdiagnose, Rezidiv oder erster Fernmetastase und mit einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2.)*</p>	<p>8.5 Patienten mit einer Anpassungsstörung (festgestellt über Screening und weiterführende Diagnostik) sollen eine patientenzentrierte Information und eine psychosoziale Beratung sowie zusätzlich eine psychotherapeutische Einzel- und/oder Gruppenintervention angeboten werden.</p>	<p>Expertenkonsens</p>
<b>PSO 6: Psychoonkologische Interventionen: Konzepte und allgemeine Grundlagen für die Indikationsstellung psychoonkologischer Behandlung, psychosoziale Beratung</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl von Patienten mit Angebot einer psychosozialen Beratung</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Krebspatienten mit Erstdiagnose, Rezidiv oder erster Fernmetastase*</p>	<p>8.11 Psychosoziale Beratung soll Krebspatienten und ihren Angehörigen in allen Phasen der Erkrankung bedarfsgerecht und möglichst frühzeitig angeboten werden.</p> <p>8.2 Patienten mit keiner oder geringer Belastung (festgestellt über Screening durch weiterführende Diagnostik) sollen eine patientenorientierte Information und eine psychosoziale Beratung angeboten werden.</p>	<p>Expertenkonsens</p> <p>Ergänzende Anmerkung: Eine psychosoziale Beratung soll durch Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen und Fachkräfte der Psychoonkologie persönlich angeboten werden (Vgl. QI 2: das persönliche Übergeben eines Flyers).</p> <p>Akteure: Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen und Fachkräfte der Psychoonkologie</p>

Qualitätsindikator	Zugrundeliegende Empfehlung/Statement	Evidenzbasis/ Anmerkungen
<b>PSO 7: Patientenzentrierte Kommunikation: Fortbildungsmaßnahmen zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz der Behandler und deren Wirksamkeit</b>		
<p><b>Zähler:</b> Alle Ärztinnen/Ärzte und Pflegenden mit Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Verbesserung ihrer kommunikativen Kompetenz</p> <p><b>Nenner:</b> Alle in der Onkologie tätigen Ärztinnen/Ärzte und Pflegenden</p>	<p>11.5 Ärztinnen/Ärzte und andere in der Onkologie tätigen Berufsgruppen sollen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Verbesserung ihrer kommunikativen Kompetenz durchlaufen.</p>	<p>Expertenkonsens Literatur: Barth und Lannen (2011)[186]</p> <p>Ergänzende Anmerkung: Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Vermittlung spezifischer Gesprächskompetenzen: Postgradual; Anzahl von Unterrichtseinheiten muss nachgewiesen werden (z. B. Teilnehmerbescheinigung). Das Training sollte mindestens einen Umfang von 3 Tagen (24 Stunden) haben. Begründung der Abweichung des QI von der Empfehlung der Leitlinie: In Übereinstimmung mit der Priorisierung von Maßnahmen des Nationalen Krebsplans wird auf Ärzte und Pflegenden fokussiert, da diese beiden Berufsgruppen als prioritär in der Patientenversorgung angesehen werden. Bei den psychotherapeutisch arbeitenden Behandlern kann davon ausgegangen werden, dass in ihren jeweiligen Grundausbildungen Skills zu Kommunikation und Gesprächsführung vermittelt wurden.</p>
<p><b>Legende:</b> * = Um eine einheitliche Dokumentation überhaupt erst zu ermöglichen, wurde diese Definition des Nenners vorgenommen. Um Mehrfachdokumentation zu vermeiden, wird die Palliativsituation durch „erste Fernmetastase“ erfasst. Die Überprüfung soll bei stationärer Aufnahme erfolgen. Die QI sind als „Minimalstandards“ zu verstehen, d. h. psychoonkologische Interventionen in anderen als den im Nenner aufgeführten Situationen sollen durch den Indikator ausdrücklich nicht ausgeschlossen werden.</p>		



Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/ weitere Informationen
<p>den Resektionsrändern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• R-Klassifikation (UICC)</li> </ul> <p><b>Nenner:</b> Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Zervixkarzinom und Tumorsektion</p>	<p>beinhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• histologischer Typ nach WHO</li> <li>• Grading</li> <li>• Nachweis/Fehlen von Lymph- oder Veneneinbrüchen (L- und V- Status)</li> <li>• Nachweis/Fehlen von Perineuralscheideninfiltraten (Pn-Status)</li> <li>• Staging (TNM)</li> <li>• Invasionstiefe und Ausdehnung in mm bei pT1a1 und pT1a2</li> <li>• dreidimensionale Tumorgöße in cm (ab pT1b1)</li> <li>• minimaler Abstand zu den Resektionsrändern</li> <li>• R-Klassifikation (UICC)</li> </ul> <p><b>Präparat nach radikaler Hysterektomie und Lymphknotenentfernung</b> Die morphologische Aufarbeitung soll so erfolgen, dass alle therapeutisch und prognostisch relevanten Parameter erhoben werden können. Der Befunderstellung soll die jeweils gültige WHO-Klassifikation zur Tumortypisierung und die aktuelle TNM-Klassifikation zur Stadieneinteilung sowie die R-Klassifikation (UICC) zugrunde gelegt werden.</p> <p><b>Präparat nach radikaler Hysterektomie und Lymphknotenentfernung.</b> Der Befundbericht soll folgende Angaben beinhalten: histologischer Typ nach WHO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grading</li> <li>• Nachweis/Fehlen von Lymph- oder Veneneinbrüchen (L- und V- Status)</li> <li>• Nachweis/Fehlen von Perineuralscheideninfiltraten (Pn-Status)</li> <li>• Staging (TNM), bei konisierten Patientinnen unter Berücksichtigung des Konisationsbefundes</li> <li>• Invasionstiefe und Ausdehnung in mm bei pT1a1 und pT1a2</li> <li>• dreidimensionale Tumorgöße in cm (ab pT1b1)</li> <li>• minimaler Abstand zu den Resektionsrändern</li> <li>• R-Klassifikation (UICC)</li> </ul>	

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/ weitere Informationen
<b>ZxCa 3: Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Patientinnen mit Befundbericht mit Angabe zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zahl befallener LK im Verhältnis zu entfernten LK</li> <li>• Zuordnung zur Entnahmelokalisation (pelvin/paraaortal)</li> <li>• Angabe der größten Ausdehnung der größten LK-metastase in mm/cm</li> <li>• Angabe des Fehlens/Nachweises eines Kapseldurchbruches der LK-metastase.</li> </ul> <p><b>Nenner:</b> Alle Patientinnen mit Zervixkarzinom und Lymphonodektomie</p>	<p><b>Präparat nach radikaler Hysterektomie und Lymphknotenentfernung</b> Bei Lymphonodektomie-präparaten im Rahmen der operativen Therapie beim Zervixkarzinom sollen alle entfernten Lymphknoten histologisch untersucht werden</p> <p><b>Präparat nach radikaler Hysterektomie und Lymphknotenentfernung</b> Der Befundbericht soll folgende Angaben beinhalten: Angabe der Zahl der befallenen Lymphknoten im Verhältnis zur Zahl der entfernten Lymphknoten in Zuordnung zur Entnahmelokalisation (pelvin/paraaortal)</p> <p>+ entsprechenden Hintergrundtext:</p>	EK
<b>ZxCa 4: zytologisches/histologisches Lymphknotenstaging</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Patientinnen mit zytologischem/histologischem LK-staging</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Patientinnen mit Zervixkarzinom FIGO Stadium &gt; = Ia2 – Iva</p>	<p>Operatives Staging/Sentinel zur Definition des Tumorstadiums Die Therapie soll in Abhängigkeit des histologischen Tumorstadiums erfolgen, verifiziert mittels Operativem Staging oder Interventioneller Diagnostik.</p>	EK, Konsens  Anmerkungen: Zytologisches/Histologisches LK-Staging = für Diagnostik; keine Lymphonodektomie

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/ weitere Informationen
<b>ZxCa 5: Cisplatinhaltige Radiochemotherapie</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Patientinnen mit cisplatinhaltiger Radiochemotherapie</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Zervixkarzinom und primärer Radiochemotherapie</p>	<p><b>Radio(chemo)therapie</b></p> <p>Bei der Patientin mit Zervixkarzinom soll bei Indikationsstellung zu einer primären Radiotherapie ab Stadium Ib2 diese in Kombination mit einer cisplatinbasierten Chemotherapie erfolgen.</p>	<p>Empfehlungsgrad A, LoE 1++ Literatur: [189, 190]</p>
<b>ZxCa 6: Adjuvante Radio(chemo)therapie</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Patientinnen mit adjuvanter Radio(chemo)therapie</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Patientinnen mit Erstdiagnose Zervixkarzinom und radikaler Hysterektomie</p>	<p>Zielsetzung und Fragestellung der Leitlinie Erhebung des Status quo der medizinischen Versorgung, insbesondere Bezugnehmend auf den Qualitätsindikator 6 zur adjuvanten Radio(chemo)therapie, da keine Daten existieren, wie viele Patientinnen stadiengerecht adjuvant mit einer kombinierten cisplatinhaltigen Radio(chemo)therapie behandelt werden.</p>	<p>Qualitätsziel Aktuell: Erfassung des status quo und langfristig: Reduktion der adjuvanten Therapie zugunsten einer alleinigen primären Operation oder einer alleinigen Radio(chemo)-therapie im Risikokollektiv (unimodale Therapie)</p>
<b>ZxCa 7: Histologische Sicherung</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Sicherung</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Patientinnen mit Zervixkarzinom und Therapie eines Lokalrezidiv</p>	<p><b>Erweiterte Diagnostik bei Rezidiv-Verdacht</b> Bei V.a. ein lokoregionäres Rezidiv soll die histologische Sicherung erfolgen</p>	<p>EK, Konsens</p>

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/ weitere Informationen
<b>ZxCa 8: Ausbreitungsdiagnostik beim Lokalrezidiv</b>		
<p><b>Zähler:</b> Alle Patientinnen mit bildgebender Diagnostik (CT-Thorax u. Abdomen u. Skalenus-Ultraschall) zum Ausschluss von Fernmetastasen</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Patientinnen mit Lokalrezidiv eines Zervixkarzinoms</p>	<p><b>Diagnostik des Lokalrezidivs</b> Bei Auftreten eines Lokalrezidivs soll zur Therapieplanung eine entsprechende bildgebende Diagnostik zum Ausschluss von Fernmetastasen erfolgen.</p>	<p>EK, starker Konsens</p>
<b>ZxCa 9: Exenteration</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Patientinnen mit lokaler R0-Resektion</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Patientinnen mit Zervixkarzinom u. Tumorrezidiv u. Exenteration</p>	<p><b>Therapie des Lokalrezidivs</b> Die Exenteration beim Rezidiv soll nur erfolgen, wenn eine Resektion in sano möglich erscheint und keine Fernmetastasierung vorliegt.</p>	<p>EK, starker Konsens</p>





Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/ eitere Informationen
<b>PCa 2: Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Lymphadenektomie</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Patienten mit Befundberichten mit Angabe von:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pN-Kategorie</li> <li>• Zahl befallener Lymphknoten im Verhältnis zu entfernten Lymphknoten</li> </ul> <p><b>Nenner:</b> Alle Patienten mit Erstdiagnose eines Prostatakarzinoms und Lymphadenektomie</p>	<p>4.39</p> <p>Es sollen zur Bestimmung der Lymphknotenkategorie alle Lymphknoten makroskopisch präpariert und dann eingebettet, untersucht und gezählt werden. Die Lymphknoten sollen getrennt nach den angegebenen Regionen beurteilt werden. Nach histologischer Untersuchung soll die pN-Kategorie (pN0 oder pN1) festgelegt werden. Die Gesamtzahl und die Zahl der befallenen Lymphknoten sowie der Durchmesser der größten Metastase soll angegeben werden.</p>	<p>LoE 4, Expertenkonsens</p>
<b>PCa 3: Active Surveillance</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Patienten mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PSA-Wert <math>\leq 10</math> ng/ml und</li> <li>• Gleason-Score <math>\leq 6</math> und</li> <li>• cT1 oder cT2a und</li> <li>• Tumor in <math>\leq 2</math> Stanzen bei Entnahme von 10-12 Stanzen und</li> <li>• <math>\leq 50</math> % Tumor pro Stanze</li> <li>• vor Beginn der AS</li> </ul> <p><b>Nenner:</b> Alle Patienten mit der Erstdiagnose eines Prostatakarzinoms und Active Surveillance</p>	<p>5.8</p> <p>Voraussetzung für die Wahl einer Strategie der Aktiven Überwachung (Active-Surveillance) sollen folgende Parameter sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PSA-Wert <math>\leq 10</math> ng/ml;</li> <li>- Gleason-Score <math>\leq 6</math>;</li> <li>- cT1 oder cT2a;</li> <li>- Tumor in <math>\leq 2</math> Stanzen bei leitliniengerechter Entnahme von 10-12 Stanzen</li> <li>- <math>\leq 50</math> % Tumor pro Stanze.</li> </ul> <p>Bei Gleason 3+4 (7a) sollte AS im Rahmen von Studien geprüft werden.</p>	<p>LoE 4, Expertenkonsens</p>



Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/w eitere Informationen
<b>PCa 7: zusätzliche hormonablativ Therapie II</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Patienten mit zusätzlicher hormonablativ Therapie</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Patienten mit Erstdiagnose Prostatakarzinom mit histologisch gesicherten Lymphknotenmetastasen und perkutaner Strahlentherapie</p>	<p>5.59</p> <p>Wenn eine Strahlentherapie bei Patienten mit histologisch gesicherten Lymphknotenmetastasen eingesetzt wird, soll sie in Kombination mit einer hormonablativ Therapie von mindestens zwei, besser drei Jahren Dauer durchgeführt werden.</p>	<p>LoE 1+</p> <p>[203] und EORTC 22961 [218]</p>
<b>PCa 8: Salvage-Radiotherapie (SRT)</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Patienten mit Beginn der Salvage-Radiotherapie (SRT) und bei PSA&lt;0,5ng/ml</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Patienten Zustand nach radikaler Prostatektomie und PSA-Rezidiv und Salvage-Radiotherapie (SRT)</p>	<p>6.10a</p> <p>Die SRT soll möglichst frühzeitig beginnen (PSA vor SRT &lt; 0,5 ng/ml).</p>	<p>LoE 2-3</p> <p>[223-226]</p>
<b>PCa 9: Prävention von Kieferosteonekrosen</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Patienten mit zahnärztlicher Untersuchung vor Beginn der Therapie</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Patienten mit Prostatakarzinom und Bisphosphonat- oder Denosumab-Therapie</p>	<p>Zur Prävention von Kieferosteonekrosen soll vor der Gabe von Bisphosphonaten oder Denosumab</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>eine zahnärztliche Untersuchung und die ggf. erforderliche zahnärztliche Sanierung sowie</li> <li>eine Unterweisung und Motivation des Patienten zu überdurchschnittlicher Mundhygiene stattfinden</li> </ul>	<p>LoE 3+</p> <p>Literatur: [227, 228]</p> <p>Expertenkonsens</p>

Qualitätsindikator	Referenz Empfehlung	Evidenzgrundlage/w eitere Informationen
<b>PCa 10: Komplikationen nach radikaler Prostatektomie</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Patienten mit Komplikation Clavien-Dindo Grade III oder IV innerhalb der ersten 6 Monate nach radikaler Prostatektomie</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Patienten mit Erstdiagnose eines Prostatakarzinoms T1-2 N0 M0 und Prostatektomie</p>	<p>In Anlehnung an einen entsprechenden ICHOM-Indikator. Entspricht dem Ziel der Leitlinie: Erfassung der postoperativen Komplikationen</p>	<p>Quelle für Klassifikation: Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Dindo D, Demartines N, Clavien PA., Ann Surg. 2004 Aug;240(2):205-13.</p>
<b>PCa 11: Komplikationen nach Strahlentherapie</b>		
<p><b>Zähler:</b> Anzahl Patienten mit Komplikation CTCAE Grade III oder IV innerhalb der ersten 6 Monate</p> <p><b>Nenner:</b> Alle Patienten mit Erstdiagnose eines Prostatakarzinoms T1-2 N0 M0 und definitiver und adjuvanter Strahlentherapie</p>	<p>In Anlehnung an einen entsprechenden ICHOM-Indikator. Entspricht dem Ziel der Leitlinie: Erfassung der Komplikationen nach Strahlentherapie.</p>	<p>Quelle für Klassifikation: <a href="http://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/ctc.htm#ctc_40">http://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/ctc.htm#ctc_40</a> Version 4.0 <a href="http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/About.html">http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/About.html</a></p>





50. Sumi, M., et al., *Diagnostic performance of MRI relative to CT for metastatic nodes of head and neck squamous cell carcinomas*. Journal of Magnetic Resonance Imaging, 2007. **26**(6): p. 1626-33.
51. Wiener, E., et al., *Comparison of 16-slice MSCT and MRI in the assessment of squamous cell carcinoma of the oral cavity*. European Journal of Radiology, 2006. **58**(1): p. 113-8.
52. Arunachalam, P.S., et al., *Role of computerized tomography (CT) scan of the chest in patients with newly diagnosed head and neck cancers*. Clin Otolaryngol Allied Sci, 2002. **27**(12383307): p. 409-411.
53. Andrlle, J., et al., *Initial staging examinations for head and neck squamous cell carcinoma: are they appropriate?* J Laryngol Otol, 2009. **123**(8): p. 885-8.
54. Ghosh, S.K., et al., *Detection of synchronous lung tumors in patients presenting with squamous cell carcinoma of the head and neck*. Head & Neck, 2009. **31**(12): p. 1563-70.
55. Loh, K.S., et al., *A rational approach to pulmonary screening in newly diagnosed head and neck cancer*. Head & Neck, 2005. **27**(11): p. 990-4.
56. Coatesworth, A.P. and K. MacLennan, *Squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract: the prevalence of microscopic extracapsular spread and soft tissue deposits in the clinically NO neck*. Head Neck, 2002. **24**(11891957): p. 258-261.
57. Royal College of Pathologists. *Standards and Datasets for Reporting Cancers: Datasets for histopathology reports on head and neck carcinomas and salivary neoplasms. 2nd Edition. London: The Royal College of Pathologists; 2005. [cited 11 August 2006]. Available from url: <http://www.rcpath.org/resources/pdf/HeadNeckDatasetJun05.pdf>.*
58. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. *Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours*. Lyon: IARC Press; 2005. (WHO Classification of Tumours).
59. Carinci, F., et al., *Extension as a prognostic factor in oropharyngeal cancer: largest mucosal dimension compared with number of (sub)sites involved*. Br J Oral Maxillofac Surg, 1998. **36**(6): p. 440-445.
60. Hirvikoski, P., et al., *Enhanced apoptosis correlates with poor survival in patients with laryngeal cancer but not with cell proliferation, bcl-2 or p53 expression*. Eur J Cancer, 1999. **35**(10448265): p. 231-237.
61. Fortin, A., et al., *Does histologic grade have a role in the management of head and neck cancers?* J Clin Oncol, 2001. **19**(11689578): p. 4107-4116.
62. Yamazaki, H., et al., *Tongue cancer treated with brachytherapy: is thickness of tongue cancer a prognostic factor for regional control?* Anticancer Res, 1998. **18**(2B): p. 1261-5.
63. O'Brien, C.J., et al., *Tumor thickness influences prognosis of T1 and T2 oral cavity cancer--but what thickness?* Head Neck, 2003. **25**(11): p. 937-45.
64. Nishimaki, T., et al., *Outcomes and prognostic factors after surgical resection of hypopharyngeal and cervical esophageal carcinomas*. Int Surg, 2002. **87**(1): p. 38-44.
65. Ang, K.K., et al., *Impact of epidermal growth factor receptor expression on survival and pattern of relapse in patients with advanced head and neck carcinoma*. Cancer Res, 2002. **62**(12499279): p. 7350-7356.
66. Spiro, R.H., et al., *Pattern of invasion and margin assessment in patients with oral tongue cancer*. Head Neck, 1999. **21**(5): p. 408-413.
67. Wong, R.J., et al., *Histological pattern of mandibular invasion by oral squamous cell carcinoma*. Laryngoscope, 2000. **110**(1): p. 65-72.
68. Weijers, M., et al., *The clinical relevance of epithelial dysplasia in the surgical margins of tongue and floor of mouth squamous cell carcinoma: an analysis of 37 patients*. J Oral Pathol Med, 2002. **31**(11896817): p. 11-15.
69. Bailey, J.S., R.H. Blanchaert, and R.A. Ord, *Management of oral squamous cell carcinoma treated with inadequate excisional biopsy*. J Oral Maxillofac Surg, 2001. **59**(11526566): p. 1007-1010.
70. McMahon, J., et al., *Influence of condition of surgical margins on local recurrence and disease-specific survival in oral and oropharyngeal cancer*. Br J Oral Maxillofac Surg, 2003. **41**(4): p. 224-31.
71. Slootweg, P.J., et al., *Treatment failure and margin status in head and neck cancer. A critical view on the potential value of molecular pathology*. Oral Oncol, 2002. **38**(12110346): p. 500-503.
72. Ribeiro, N.F.F., et al., *Do frozen sections help achieve adequate surgical margins in the resection of oral carcinoma?* Int J Oral Maxillofac Surg, 2003. **32**(12729775): p. 152-158.
73. DiNardo, L.J., et al., *Accuracy, utility, and cost of frozen section margins in head and neck cancer surgery*. Laryngoscope, 2000. **110**(10 Pt 1): p. 1773-6.
74. McGuirt, W.F., et al., *Floor of mouth carcinoma. The management of the clinically negative neck*. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1995. **121**(7873143): p. 278-282.
75. Fakih, A.R., et al., *Elective versus therapeutic neck dissection in early carcinoma of the oral tongue*. Am J Surg, 1989. **158**(4): p. 309-313.

76. van den Brekel, M.W., J.A. Castelijns, and G.B. Snow, *Diagnostic evaluation of the neck*. Otolaryngol Clin North Am, 1998. **31**(4): p. 601-20.
77. Ho, C.M., et al., *Treatment of neck nodes in oral cancer*. Surg Oncol, 1992. **1**(1341238): p. 73-78.
78. Lydiatt, D.D., et al., *Treatment of stage I and II oral tongue cancer*. Head Neck, 1993. **15**(4): p. 308-312.
79. Grandi, C., et al., *Salvage surgery of cervical recurrences after neck dissection or radiotherapy*. Head Neck, 1993. **15**(4): p. 292-295.
80. Vandenbrouck, C., et al., *Elective versus therapeutic radical neck dissection in epidermoid carcinoma of the oral cavity: results of a randomized clinical trial*. Cancer, 1980. **46**(2): p. 386-390.
81. Dias, F.L., et al., *Elective neck dissection versus observation in stage I squamous cell carcinomas of the tongue and floor of the mouth*. Otolaryngol Head Neck Surg, 2001. **125**(1): p. 23-29.
82. Wolfensberger, M., et al., *Surgical treatment of early oral carcinoma-results of a prospective controlled multicenter study*. Head Neck, 2001. **23**(7): p. 525-530.
83. D'Cruz, A.K., et al., *Elective neck dissection for the management of the N0 neck in early cancer of the oral tongue: need for a randomized controlled trial*. Head & Neck, 2009. **31**(5): p. 618-24.
84. Huang, S.-F., et al., *Neck treatment of patients with early stage oral tongue cancer: comparison between observation, supraomohyoid dissection, and extended dissection*. Cancer, 2008. **112**(5): p. 1066-75.
85. Duncan, W., et al., *Adverse effect of treatment gaps in the outcome of radiotherapy for laryngeal cancer*. Radiother Oncol, 1996. **41**(3): p. 203-7.
86. Robertson, C., et al., *Similar decreases in local tumor control are calculated for treatment protraction and for interruptions in the radiotherapy of carcinoma of the larynx in four centers*. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 1998. **40**(2): p. 319-29.
87. *Board of the Faculty of Clinical Oncology. Guidelines for the Management of the Unscheduled Interruption or Prolongation of a Radical Course of Radiotherapy. 2nd Edition. London: The Royal College of Radiologists; 2002. [cited 11 August 2006]. Available from url: <http://www.rcr.ac.uk/docs/oncology/pdf/gaps.pdf>.*
88. Byers, R.M., *Modified neck dissection. A study of 967 cases from 1970 to 1980*. Am J Surg, 1985. **150**(4): p. 414-21.
89. Vikram, B., et al., *Failure in the neck following multimodality treatment for advanced head and neck cancer*. Head Neck Surg, 1984. **6**(3): p. 724-9.
90. Bartelink, H., et al., *The value of postoperative radiotherapy as an adjuvant to radical neck dissection*. Cancer, 1983. **52**(6): p. 1008-1013.
91. Jesse, R.H. and G.H. Fletcher, *Treatment of the neck in patients with squamous cell carcinoma of the head and neck*. Cancer, 1977. **39**(Suppl 2): p. 868-872.
92. Lundahl, R.E., et al., *Combined neck dissection and postoperative radiation therapy in the management of the high-risk neck: a matched-pair analysis*. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 1998. **40**(9486600): p. 529-534.
93. Peters, L.J., et al., *Evaluation of the dose for postoperative radiation therapy of head and neck cancer: first report of a prospective randomized trial*. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 1993. **26**(1): p. 3-11.
94. Bernier, J., et al., *Postoperative irradiation with or without concomitant chemotherapy for locally advanced head and neck cancer*. N Engl J Med, 2004. **350**(19): p. 1945-52.
95. Cooper, J.S., et al., *Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high-risk squamous-cell carcinoma of the head and neck*. N Engl J Med, 2004. **350**(19): p. 1937-44.
96. NICE. *NICE Clinical Guideline 122. The Recognition and Initial Management of Ovarian Cancer*. 2011 [cited 2012 September 7]; Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG122>.
97. Chan, J.K., et al., *Association of lymphadenectomy and survival in stage I ovarian cancer patients*. Obstet Gynecol, 2007. **109**(1): p. 12-9.
98. Kim, H.S., et al., *Systematic lymphadenectomy for survival in epithelial ovarian cancer: a meta-analysis*. Int J Gynecol Cancer, 2010. **20**(4): p. 520-8.
99. Maggioni, A., et al., *Randomised study of systematic lymphadenectomy in patients with epithelial ovarian cancer macroscopically confined to the pelvis*. Br J Cancer, 2006. **95**(6): p. 699-704.
100. Suzuki, S., et al., *Is there any association between retroperitoneal lymphadenectomy and survival benefit in ovarian clear cell carcinoma patients?* Ann Oncol, 2008. **19**(7): p. 1284-7.
101. Yang, et al., *Prognosis in epithelial ovarian cancer: clinical analysis of 287 pelvic and para-aortic lymphadenectomy*. Chinese-German Journal of Clinical Oncology, 2007. **6**(5): p. 492-496.
102. Yokoyama, Y., et al., *Evaluation of cytoreductive surgery with pelvic and paraaortic lymphadenectomy and intermittent cisplatin-based combination chemotherapy for*



- improvement of long-term survival in ovarian cancer.* Eur J Gynaecol Oncol, 1999. 20(5-6): p. 361-6.
103. Young, R.C., et al., *Staging laparotomy in early ovarian cancer.* JAMA, 1983. 250(22): p. 3072-6.
104. Piver, M.S., J.J. Barlow, and S.B. Lele, *Incidence of subclinical metastasis in stage I and II ovarian carcinoma.* Obstet Gynecol, 1978. 52(1): p. 100-4.
105. Buchsbaum, H.J., et al., *Surgical staging of carcinoma of the ovaries.* Surg Gynecol Obstet, 1989. 169(3): p. 226-32.
106. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, *SIGN #75: Epithelial ovarian cancer. A national clinical guideline.* 2003: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, .
107. The Australian Cancer Network and National Breast Cancer Centre, *Clinical practice guidelines for the management of women with epithelial ovarian cancer.* 2004: National Breast Cancer Centre, Camperdown, NSW.
108. Griffiths, C.T., *Surgical resection of tumor bulk in the primary treatment of ovarian carcinoma.* Natl Cancer Inst Monogr, 1975. 42: p. 101-4.
109. Hoskins, W.J., et al., *The influence of cytoreductive surgery on recurrence-free interval and survival in small-volume stage III epithelial ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group study.* Gynecol Oncol, 1992. 47(2): p. 159-66.
110. Hacker, N.F., et al., *Primary cytoreductive surgery for epithelial ovarian cancer.* Obstet Gynecol, 1983. 61(4): p. 413-20.
111. Hunter, R.W., N.D. Alexander, and W.P. Soutter, *Meta-analysis of surgery in advanced ovarian carcinoma: is maximum cytoreductive surgery an independent determinant of prognosis?* Am J Obstet Gynecol, 1992. 166(2): p. 504-11.
112. Allen, D.G., A.P. Heintz, and F.W. Touw, *A meta-analysis of residual disease and survival in stage III and IV carcinoma of the ovary.* Eur J Gynaecol Oncol, 1995. 16(5): p. 349-56.
113. Voest, E.E., J.C. van Houwelingen, and J.P. Neijt, *A meta-analysis of prognostic factors in advanced ovarian cancer with median survival and overall survival (measured with the log [relative risk] as main objectives.* Eur J Cancer Clin Oncol, 1989. 25(4): p. 711-20.
114. Nguyen, H.N., et al., *National survey of ovarian carcinoma. Part V. The impact of physician's specialty on patients' survival.* Cancer, 1993. 72(12): p. 3663-70.
115. Junor, E.J., et al., *Specialist gynaecologists and survival outcome in ovarian cancer: a Scottish national study of 1866 patients.* Br J Obstet Gynaecol, 1999. 106(11): p. 1130-6.
116. Bristow, R.E., et al., *Survival effect of maximal cytoreductive surgery for advanced ovarian carcinoma during the platinum era: a meta-analysis.* J Clin Oncol, 2002. 20(5): p. 1248-59.
117. Elattar, A., et al., *Optimal primary surgical treatment for advanced epithelial ovarian cancer.* Cochrane Database Syst Rev, 2011(8): p. CD007565.
118. Ang, C., et al., *Ultra-radical (extensive) surgery versus standard surgery for the primary cytoreduction of advanced epithelial ovarian cancer.* Cochrane Database Syst Rev, 2011. 4: p. CD007697.
119. Wimberger, P., et al., *Influence of residual tumor on outcome in ovarian cancer patients with FIGO stage IV disease: an exploratory analysis of the AGO-OVAR (Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Ovarian Cancer Study Group).* Ann Surg Oncol, 2010. 17(6): p. 1642-8.
120. Sehouli, J., et al., *Role of secondary cytoreductive surgery in ovarian cancer relapse: who will benefit? A systematic analysis of 240 consecutive patients.* J Surg Oncol, 2010. 102(6): p. 656-62.
121. Bashir, S., et al., *Surgical technique of diaphragm full-thickness resection and trans-diaphragmatic decompression of pneumothorax during cytoreductive surgery for ovarian cancer.* Gynecol Oncol, 2010. 119(2): p. 255-8.
122. Tangjitgamol, S., et al., *Interval debulking surgery for advanced epithelial ovarian cancer.* Cochrane Database Syst Rev, 2010(10): p. CD006014.
123. Sehouli, J., et al., *Primary versus interval debulking surgery in advanced ovarian cancer: results from a systematic single-center analysis.* Int J Gynecol Cancer, 2010. 20(8): p. 1331-40.
124. du Bois, A., et al., *Role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer: a combined exploratory analysis of 3 prospectively randomized phase 3 multicenter trials: by the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Studiengruppe Ovarialkarzinom (AGO-OVAR) and the Groupe d'Investigateurs Nationaux Pour les Etudes des Cancers de l'Ovaire (GINECO).* Cancer, 2009. 115(6): p. 1234-44.
125. Randall, T.C. and S.C. Rubin, *Surgical management of ovarian cancer.* Semin Surg Oncol, 1999. 17(3): p. 173-80.
126. Axtell, A.E., et al., *Multi-institutional reciprocal validation study of computed tomography predictors of suboptimal primary cytoreduction in patients with advanced ovarian cancer.* J Clin Oncol, 2007. 25(4): p. 384-9.
127. Gadducci, A., et al., *Relationship between time interval from primary surgery to the start of taxane- plus platinum-based chemotherapy and clinical outcome of patients with advanced*





175. Sehoul, J., et al., *Nonplatinum topotecan combinations versus topotecan alone for recurrent ovarian cancer: results of a phase III study of the North-Eastern German Society of Gynecological Oncology Ovarian Cancer Study Group*. J Clin Oncol, 2008. **26**(19): p. 3176-82.
176. Peng, L.H., X.Y. Chen, and T.X. Wu, *Topotecan for ovarian cancer*. 2008(1469-493X (Electronic)).
177. Williams, C., I. Simer, and A. Bryant, *Tamoxifen for relapse of ovarian cancer*. Cochrane Database Syst Rev, 2010(3): p. CD001034.
178. Parmar, M.K., et al., *Paclitaxel plus platinum-based chemotherapy versus conventional platinum-based chemotherapy in women with relapsed ovarian cancer: the ICON4/AGO-OVAR-2.2 trial*. Lancet, 2003. **361**(9375): p. 2099-106.
179. Pfisterer, J., et al., *Gemcitabine plus carboplatin compared with carboplatin in patients with platinum-sensitive recurrent ovarian cancer: an intergroup trial of the AGO-OVAR, the NCIC CTG, and the EORTC GCG*. J Clin Oncol, 2006. **24**(29): p. 4699-707.
180. Pujade-Lauraine, E., et al., *Pegylated liposomal Doxorubicin and Carboplatin compared with Paclitaxel and Carboplatin for patients with platinum-sensitive ovarian cancer in late relapse*. J Clin Oncol, 2010. **28**(20): p. 3323-9.
181. Peng, L.H., X.Y. Chen, and T.X. Wu, *Topotecan for ovarian cancer*. Cochrane Database Syst Rev, 2008(2): p. CD005589.
182. Kew, F., et al., *Evaluation of follow-up strategies for patients with epithelial ovarian cancer following completion of primary treatment*. Cochrane Database Syst Rev, 2011(6): p. CD006119.
183. Gadducci, A., et al., *Surveillance procedures for patients treated for epithelial ovarian cancer: a review of the literature*. Int J Gynecol Cancer, 2007. **17**(1): p. 21-31.
184. Rustin, G.J., et al., *Early versus delayed treatment of relapsed ovarian cancer (MRC OV05/EORTC 55955): a randomised trial*. Lancet, 2010. **376**(9747): p. 1155-63.
185. Faluy, O., et al., *Interventions for the treatment of borderline ovarian tumours*. Cochrane Database Syst Rev, 2010(9): p. CD007696.
186. Barth, J. and P. Lannen, *Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis*. Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO, 2011. **22**(5): p. 1030-1040.
187. Kurman, R.J., M.L. Carcangiu, and C.S. Herrington, eds. *WHO Classification of Tumours of the Female Genital Tract*. ed. R.H. Young. 2014, IARC Press: Lyon. 169-206.
188. Wittekind, C. and H. Meyer, *TNM-Klassifikation maligner Tumoren*. 2010, Weinheim: Wiley-VCH Verlag.
189. Green, J., et al., *Concomitant chemotherapy and radiation therapy for cancer of the uterine cervix*. Cochrane Database Syst Rev, 2005(3): p. CD002225.
190. Wang, N., et al. *Radiochemotherapy versus radiotherapy in locally advanced cervical cancer: a meta-analysis (Structured abstract)*. Archives of Gynecology and Obstetrics, 2011. **283**, 103-108.
191. Amin, M., et al., *Prognostic and predictive factors and reporting of prostate carcinoma in prostate needle biopsy specimens*. Scand J Urol Nephrol Suppl, 2005(216): p. 20-33.
192. Freedland, S.J., et al., *Percent prostate needle biopsy tissue with cancer is more predictive of biochemical failure or adverse pathology after radical prostatectomy than prostate specific antigen or Gleason score*. Journal of Urology, 2002. **167**(2 Pt 1): p. 516-520.
193. Kattan, M.W., et al., *Counseling men with prostate cancer: a nomogram for predicting the presence of small, moderately differentiated, confined tumors*. Journal of Urology, 2003. **170**(5): p. 1792-1797.
194. Mosse, C.A., et al., *The prognostic significance of tertiary Gleason pattern 5 in radical prostatectomy specimens*. Am.J.Surg.Pathol., 2004. **28**(3): p. 394-398.
195. Pan, C.C., et al., *The prognostic significance of tertiary Gleason patterns of higher grade in radical prostatectomy specimens: a proposal to modify the Gleason grading system*. Am.J.Surg.Pathol., 2000. **24**(4): p. 563-569.
196. Denham, J.W., et al., *Short-term neoadjuvant androgen deprivation and radiotherapy for locally advanced prostate cancer: 10-year data from the TROG 96.01 randomised trial*. Lancet Oncol, 2011. **12**(5): p. 451-459.
197. Denham, J.W., et al., *Short-term androgen deprivation and radiotherapy for locally advanced prostate cancer: results from the Trans-Tasman Radiation Oncology Group 96.01 randomised controlled trial*. Lancet Oncol, 2005. **6**(11): p. 841-850.
198. Bolla, M., et al., *Long-term results with immediate androgen suppression and external irradiation in patients with locally advanced prostate cancer (an EORTC study): a phase III randomised trial*. Lancet, 2002. **360**(9327): p. 103-106.
199. Bolla, M., et al., *External irradiation with or without long-term androgen suppression for prostate cancer with high metastatic risk: 10-year results of an EORTC randomised study*. Lancet Oncol, 2010. **11**(11): p. 1066-1073.



