

Konsultationsfassung Leitlinienreport S3-Leitlinie Endometriumkarzinom

Version 3.01 – November 2023
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 Empfehlung und formale Konsensusfindung..... | 11 |
| 5.2.1. | Festlegung des Empfehlungsgrades | 12 |
| 5.2.2. | Schema der Empfehlungsgraduierung | 14 |
| 5.2.3. | Festlegung der Konsensstärke..... | 16 |
| 5.2.4. | Empfehlungen | 16 |
| 5.2.5. | Statements | 16 |
| 5.2.6. | Expertenkonsens (EK)..... | 16 |
| 5.2.7. | Konsentierung | 16 |
| 6. | Qualitätsindikatoren | 17 |
| 7. | Redaktionelle Unabhängigkeit und Umgang mit Interessenkonflikten | 18 |

| | | |
|-------|--|----|
| 8. | Reviewverfahren und Verabschiedung | 45 |
| 9. | Verbreitung und Implementierung | 45 |
| 10. | Tabellenverzeichnis | 46 |
| 11. | Abbildungsverzeichnis | 47 |
| 12. | Anhänge | 48 |
| 12.1. | Schlüsselfragen zugeordnet zu Themenkomplexen und Autoren..... | 48 |
| 13. | Literatur..... | 62 |

1. Informationen zum Leitlinienreport

Dieser Leitlinienreport dient der Nachvollziehbarkeit der in der Erstellung der S3-Leitlinie Endometriumkarzinom Version 3 angewandten methodischen Arbeitsschritte.

1.1. Autoren des Leitlinienreports

Koordinator: Prof. Dr. med. Günter Emons

Ko-Koordinator: Prof. Dr. med. Eric Steiner

Redaktionsteam: Saskia Erdogan, M.A.; Sylvia Weber

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, 3.01, 2023, 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 (<http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>)
- Leitlinienprogramm Onkologie (<http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/endometriumkarzinom/>)
- Guidelines International Network (www.g-i-n.net)

Neben der Langversion gibt es folgende ergänzende Dokumente:

- Leitlinienreport zur Leitlinie
- Methodenreport der CGS User Group
- Kurzversion der Leitlinie

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 |
| ASTECC | 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) |
| CGS User Group | Clinical Guidelines Services User Group, Kiel + Berlin |
| CI (eng) | Confidence Interval |

| Abkürzung | Erläuterung |
|-------------|--|
| 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 |
| HADS | Hospital Anxiety and Depression Scale |
| HE4 | humanes Epididymis Protein 4 |

| Abkürzung | Erläuterung |
|-------------|---|
| 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 |
| MMMT | maligner Müllerscher Mischtumor/ maligner mesodermaler Michtumor: Karzinosarkom |
| MPA | Medroxyprogesteronacetat |

| Abkürzung | Erläuterung |
|-----------|--|
| 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 Patientenvertretern 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 3) 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/Kapitel 7 | Strahlentherapie des Endometriumkarzinoms |
| AG 6/Kapitel 8 | Adjuvante medikamentöse Therapie des Endometriumkarzinoms |
| AG 7/Kapitel 9 | Nachsorge/Rezidiv/Metastasen des Endometriumkarzinoms |
| AG 8/Kapitel 10 | Hereditäre Endometriumkarzinome |
| AG 9/Kapitel 11 | Palliativmedizin/Psychoonkologie/Rehabilitation/Psychosoziale Betreuung/Patientinnenaufklärung |
| AG 10/Kapitel 12 | Fragile Patientinnen/Geriatisches Assessment |
| AG 11/Kapitel 13 | 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 in Kapitel 12.1 aufgelistet.

Konsultationssfassung

5. Methodik

5.1. Evidenzbasierung

Die Literatursuche wurde durch die Clinical Guideline Services (CGS) (Dr. S. Steubesand, Dr. P. Freudenberger) durchgeführt. Die Ergebnisse wurden in ein Online-Portal importiert und den Mandatsträger*innen zugänglich gemacht. Die gefundene und gescreente Literatur wurde identifiziert, bewertet und Mitgliedern der Leitliniengruppe als Grundlage für die Formulierungen von Empfehlungen zur Verfügung gestellt. Die spezifischen Suchstrategien erfolgten themenbezogen und wurden zusammen mit dem Recherchezeitraum den Evidenztabellen zu den einzelnen Themen vorangestellt. Das ausführliche Vorgehen kann dem separat veröffentlichten Evidenzbericht entnommen werden.

5.2. Formulierung der Empfehlung 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 von Empfehlungen und Statements sowie die Festlegung der Empfehlungsgrade erfolgten für das Update zur Version 3 im Rahmen von einer Online-Konsensuskonferenz am 30.11.2022 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 der Online-Konsensuskonferenz 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. Susanne Blödt (AWMF-IMWi) und Dr. Markus Follmann (OL-Office).

Das Protokoll kann auf Nachfrage beim Leitliniensekretariat eingesehen werden.

Die Online-Konsensuskonferenz hat noch unter der Koordination von Herrn Professor Emons (Göttingen) stattgefunden, dessen Koordinationszeit mit Ende des Jahres 2022 endete. Das neue Koordinationsteam unter der Leitung von Herrn Professor Tempfer (Herne) und Frau Professor Brucker (Tübingen) hat die Leitlinie für die Erarbeitung der Version 4.0 zum 20.12.2022 übernommen.

Die auf der Online-Konsensuskonferenz vom 30.11.2022 zurückgestellten Statements und Empfehlungen wurden von der Steuergruppe der Version 4.0 diskutiert und sind dann per DELPHI-Verfahren mit der Leitliniengruppe konsentiert worden.

Tabelle 2: Auflistung aller Konferenzen

| Online-Treffen | Datum | Thema |
|-----------------------------|------------|---|
| AG-Treffen | 20.04.2022 | AG 2 „Früherkennung und Diagnostik des EC“ |
| | 25.04.2022 | AG 5 „Strahlentherapie des EC“ + AG 6 „Medikamentöse Therapie des EC“ |
| | 21.04.2022 | AG 1 + AG 8 „Hereditäre EC“ |
| Konsensus-konferenz | 30.11.2022 | Konsensuskonferenz der Version 3.0 |
| Konferenz der Steuer-gruppe | 27.02.2023 | <p>TOP 1: Begrüßung, Vorstellung der neuen LL-Koordinatoren Brucker/Tempfer; Präsentation der Agenda für die LL-Version 4.0</p> <p>TOP 2: Abschluss der LL-Version 3.0; die letzten Abstimmungsinhalte werden anhand des Protokolls der letzten Sitzung der LL-Kommission diskutiert; die Version 3.0 soll finalisiert werden und in den Veröffentlichungsprozess gehen; verantwortlich: Tempfer</p> <p>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</p> <p>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</p> |

5.2.1. Festlegung des Empfehlungsgrades

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.

5.2.2. Schema der Empfehlungsgraduierung

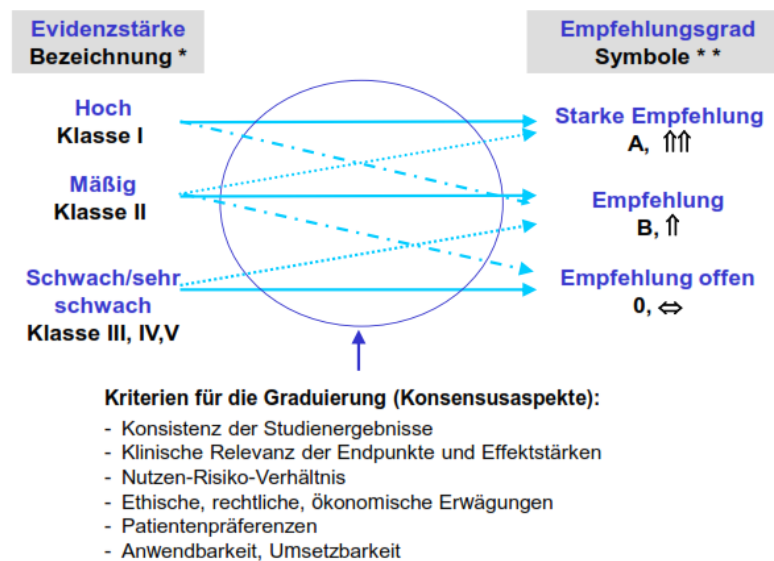
Die Methodik des Leitlinienprogramms Onkologie sieht eine Vergabe von Empfehlungsgraden durch die Leitlinien-Autor*innen im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens vor. Dementsprechend wurden durch die AWMF moderierte, nominale Gruppenprozesse bzw. strukturierte Konsensuskonferenzen durchgeführt [8]. Im Rahmen dieser Prozesse wurden die Empfehlungen von den stimmberechtigten Mandatsträger*innen formal abgestimmt. Die Ergebnisse der jeweiligen Abstimmungen (Konsensusstärke) 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. Bei der Graduierung der Empfehlungen werden neben den Ergebnissen der zugrunde liegenden Studien – die klinische Relevanz der in den Studien untersuchten Effektivitätsmaße, die beobachteten Effektstärken, die Konsistenz der Studienergebnisse – die Anwendbarkeit der Studienergebnisse auf die Patientenzielgruppe, die Umsetzbarkeit im ärztlichen Alltag oder ethische Verpflichtungen sowie Patientenpräferenzen berücksichtigt [9], [8].

Tabelle 3: Schema der Empfehlungsgraduierung

| Empfehlungsgrad | Beschreibung | Ausdrucksweise |
|-----------------|-------------------|---------------------|
| A | Starke Empfehlung | Soll/Soll nicht |
| B | Empfehlung | Sollte/Sollte nicht |
| O | 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]

5.2.3. 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 |

5.2.4. Empfehlungen

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

5.2.5. 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.

5.2.6. 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.

5.2.7. Konsentierung

Die definitive der 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 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.

- Die Zurückstellungen wurden im Nachgang zum 30.11.2022 per DELPHI-Verfahren konsentiert.

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. Für das Update zur Version 3 ist kein Aktualisierungsprozess der Qualitätsindikatoren vorgesehen.

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 Version 3.0 Interessenkonflikterklärungen eingeholt. Hierbei wurden die Interessenerklärungen auf dem AWMF-Interessenportal online von den Leitliniengruppenmitgliedern abgelegt. Die Interessenkonflikterklärung 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 Doppelabstimmung, d.h. das, Abstimmungsergebnis wird 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.

Tabelle 5: Übersicht der Interessenkonflikte aller an der Leitlinie beteiligten Personen

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautorenschaft ² | Forschungsvorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümerinteressen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fachgesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|------------------|---|--|--|---|--|--|--|---|---|
| Prof. G. Emons | Universitätsmedizin Göttingen, Stiftung öffentlichen Rechts | Nein | Nein | TEVA (11/2016) Roche (012/2016) TEVA (11/2017) | Nein | BMBF (2104 - 2016) DFG (2105 - 2017) DKH (2104 - 2017) Ferring (2014 - 2017) DKH (2017 - 2019) | Nein | AWMF/S3-LL-EC: Koordination AWMF/S3-LL Gruppe Ovarial-Ca AWMF/S3-LL Postmenopausale HRT DKG/Zert.kommission Gyn. Krebszentren DGGG DGE DKG Arzneimittelkommission Deutsche Ärzteschaft | KS/Labor: nein Membranständiger Östrogenrezeptor: nein Glykolysehemmung in der Karzinomtherapie: nein Prostata-Ca: nein Stimmhaltung LNE beim EC. |
| Prof. E. Steiner | GPR Gesundheits- und Pflegezentrum Rüsselsheim gemeinnützige GmbH | Nein | Tesaro/GSK (2019) | Astra Zeneca (2018) | Nein | Nein | BionTech | AWMF/Co-Koordinator S3-LL EC | Keine |
| Prof. S. Aretz | Universitätsklinikum Bonn, Institut für Humangenetik | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | BVDH, GfH, DKG, inSIGHT | Keine |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von COI betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|--------------------|---|--|--|---|---|---|---|--|--|
| Prof. W. Bader | Klinikum Bielefeld Mitte | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | AGO, DEGUM (Mitglied Vorstand), AK Mammasonographie DEGUM (Sprecher) | Keine |
| PD Dr. M. Battista | Universitätsmedizin Mainz, Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauen-gesundheit | Nein | Roche (10/2020) Roche (10/2019) Tesaro (04/2019) Roche (11/2018) PharmaMar (09/2018) | GSK 04/2021 und 06/2021 MSD 06/2021 Von COI betroffene Themen: Rezidiv-therapie mit Dostarlimab und Pembrolizumab PharmaMar (06/2020) PharmaMar (11/2019) Teva (11/2019) Celgene (10/2019) Roche (10/2019) RS GmbH (10/2019) | Med Uptodate GmbH (11/2019-02/2020) | IIT, weitere klinische Studien; Drittmittel | Nein | DGGG, AGO Kommission Uterus, AGE, DKG; Fachexperte für OnkoZert | Von COI betroffene Themen: Stimmenthaltung bei Abstimmungen zu Rezidivtherapie mit Dostarlimab und Pembrolizumab. |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautorenschaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|----------------------------|--|--|--|---|--|---|---|--|---|
| | | | | <p>Apothekerkammer Rheinland-Pfalz (08/2018-2019)</p> <p>PharmaMar (06/2018-07/2019)</p> <p>Astra Zeneca (03/2019)</p> <p>Pharma Mar (11/2018)</p> <p>Excellence in Oncology (09/2018)</p> <p>Roche (05/2017-08/2017)</p> <p>Astra Zeneca (03/2017)</p> | | | | | |
| PD Dr. Dr. G. Bauerschmitz | Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Keine |
| Prof. M.W. Beckmann | Universitätsklinikum Erlangen | Nein | Nein | (03/2018) (Onkol. Diagnostik/Therapie), | Nein | TissuGlu II Mastectomy, | Nein | Zertifizierungskommission Gyn. Krebszentren (Vorsitzender), Zertifizierungskommission | Keine |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|------------------|-------------------------------|--|--|---|---|--|---|--|---|
| | | | | Böblinger Mai-Symposium (06/2018), Med 1 Erlagen, Post ASCO (07/2018), Gyn/GH aktuell Stuttgart | | Keynote 552, Pallas, TempoBreast-1, PreCycle-Haupt, AMBORA-Haupt, MonarchE, Impassion 131, AZD9496, BYLIEVE, PADMA, Contessa, LUCY, MDV-3800-13, IMMU-132-05, CO40115 MORPHEUS TNBC, MK3475-775, SHERBOC, Xenera-1, CLAG525B2101, Adopted T-Cell studie, Veronica, Keynote-756, SGNLVA-002, P4 | | sion Brustkrebszentren der DKG/DGS, Fachausschuss Versorgungsmaßnahmen und -forschung DKH, Leitlinienkommission DGGG (Vorsitzender), Tumorzentrum Erlangen (Vorsitzender), CCC Erlangen (Direktor) | |
| Prof. S. Brucker | Universitätsklinikum Tübingen | Nein | Novartis, Pfizer, MSD, Astra Zeneca, Sanofi | Olympus, Storz, Astra Zeneca, Novartis, Pfizer, Roche, MSD, Teva | Nein | Storz, Metronic, Erbe, Intuitiv u. weitere med.tech. Formen, DENOVA-Studie | Nein | DGS (Präsidentin), AGO Kommission Uterus (Kommissionsmitglied), ESGE (Board of directors), AGE (Vorstandsmitglied), St. Gallen-Panel; Gründungsmitglied ISUTx; Leitung MIC-Ausbildungszentrum | Keine |
| Dr. W. Cremer | Selbstständig, niedergelassen | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Berufsverband der Frauenärzte, Geburtshilfliche | Keine |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|-------------------|--|--|--|---|---|---|---|---|---|
| | ener Frauenarzt | | | | | | | Gesellschaft zu Hamburg, Deutsch-Spanische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, Deutsche Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin; Kongressleiter des Gynäkologentages Hamburg des BVF | |
| Dr. T. Dauelsberg | Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Onkologische Rehabilitation (davor: Winkelwaldklinik Nordrach) | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | DGHO, AKOR, DKG, AGORS | Keine |
| S. Erdogan | Universitätsmedizin Göttingen | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Keine |
| Prof. P. Feyer | Vivantes GmbH | Riemser | Medac, Amgen, Vifor | Amgen, Tesaro, Astra Zeneca, medak, | Astra Zeneca | Nein | Nein | AGSMO, DKG | Keine |
| Dr. M. Follmann | Deutsche Krebsgesellschaft | Reviewer diverser Journals | Nein | Vorträge zur Leitlinienmethodik AWMF; Studentenunterricht | Nein | Nein | Nein | Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin, GRADE, Guidelines International Network | Keine |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|-----------------------|--|--|--|---|---|---|---|--|---|
| | | | | Masterstudien-gang MSE Mainz | | | | | |
| Prof. M. Fleisch | Helios Universitäts-klinikum Wuppertal | Bayer (2018-2020) | Roche (2017-2020) | Roche (2017-2020) | Bayer | Nein | Nein | AG Organkommission Uterus, ÄK Nordrhein (Mitglied Gutachterkommission) IQM Peer | Keine |
| Dr. P. Freuden-berger | CGS User Group, Kiel/Berlin | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | ----- | Keine |
| Prof. M. Friedrich | Helios Klinikum Krefeld | Nein | MSD | Verschiedenen Vortragstätigkeiten zur gynäkologischen Onkologie (12/2016 – 02/2020) | Nein | Vitamin-D-Stoffwechsel bei gynäkologischen Malignomen | Nein | BLFG (Vorstand), AGO, AGZBZ (Vorstand) | Keine |
| Dr. U. Goerling | Charité Universitätsmedizin, leitung Psychoonkologie Charité Comprehensive Cancer Center | Nein | Nein | Novartis | Nein | Navicare, patient centred health services research I + II; DKH (01/2020-31.12.2022): Längsschnitt-analyse des psychologischen Unterstützungs-bedarfs bei Patienten und Angehörigen, stratifiziert nach biopsych- | Nein | PSO (Beiratsmitglied im Vorstand), Mitwirkung S3-LL Ösophaguskarzinom | Keine |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaft-lichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren-/oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|---------------|--|--|---|--|--|---|---|--|---|
| | | | | | | sozialen Einflussfaktoren (LUPE) BMBF | | | |
| Prof. D. Grab | Universitäts-klinikum Ulm - Frauenklinik | Nein | Nein | Nein | Sonografie-atlas (Elsevier 2020), Kursbuch Ultraschall (Thieme, 2021); Urban & Fischer | Nein | Nein | DEGUM (Stufe III), DGPGM (Vorstand), DGPM, DGGG, ISUOG | Keine |
| H. Haase | Frauenselbst-hilfe Krebs | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Frauenselbsthilfe Krebs (FSH) | Keine |
| Dr. V. Hagen | St.-Johannes-Hospital Dortmund | Sozialgerichte Landessozialgericht | Roche (Mamma-Ca) Pfizer (MammaCa) 6/2020; Boehringer Ingelheim (LungenCa) 5/2021 | Roche (Mamma-Ca), Pfizer (Mamma-Ca/Gyn.-Tumore), Celgene, Katharinenhos-pital Unna (Mamma-Ca) FomF (Magen-Ca) AkademieDo (Gyn.-Tumore) RG Ärztfortbildu-ng (Mamma-Ca) | Verschie-dene Fachzeit-schriften | Zahlreiche Phase-II-Studien | JnJ, BMS | DGHO, DKG, AIO (Leitgruppe Mamma-Ca und gyn. Tumoren), ESMO, ASCO, Marburger Bund, | Keine |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaft-lichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren-/oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|----------------|--|--|---|---|--|--|---|--|---|
| | | | | Aurikamed (Lungen-Ca) Marienhospital Witten | | | | | |
| Prof. V. Hanf | Klinikum Fürth | Nein | Nein | Novartis (11/2019), Neues zum Mamma-Ca Novartis (11/2918), dito Novartis (11/2017), dito Novartis (10/2019), FB mit Niedergelassenen Roche (05/2019), Online-Zugang zum ASCO 2019 | Nein | GBG, AGO Ovar (klinische Studie zum Mamma-Ca und zum Ovarial-Ca) ECLAT-Studie | Nein | Kommission Mamma und IMed der AGO, AG PriO der DKG | Keine |
| U. Henscher | Selbstständig, Praxisinhaberin, Hannover | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | ----- | Keine |
| Prof. S. Höcht | selbstständig | Nein | Astra Zeneca (2018) (NSCL im Stadium III) | Nein | Nein | Nein | Nein | DEGRO (Vorstandsmitglied; | Keine |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|----------------------|--|---|--|---|---|---|---|--|---|
| | | | | | | | | Schatzmeister), ARO, BVDST, | |
| Prof. L.-C. Horn | Universitäts klinikum Leipzig AöR | Nein | Novartis (03/2017) Roche (01/2020) (PD-L1-Testung) Novartis (12/207) (Zervix-Ca) Roche (11/2017) (PD-L1-Testung) Astra Zeneca (04/2018) (BRCA beim Ovarial-Ca) Novartis (03/2018) (LL-Mamma-Ca) (| Roche (11/2016) (Mamma-Ca) Roche (05/2019 + 08/2019) (PD-L1 bei TN-Mamma-Ca) Genomic Health (11/2019) (Oncotype DX beim Mamma-Ca) | Nein | Nein | Nein | Deutsche Gesellschaft für Pathologie, British association Gynecologic Pathologists, DKG, AGO | Ja. Enthaltung bei Abstimmung über PD-L1-Testung. |
| PD Dr. S. Jud | Universitäts klinikum Erlangen | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | DGGG, DGS, BGGF, AGE, Mandatsträger in der S3-LL Diagnostik und Therapie der Lymphödeme | Keine |
| Prof. I. Juhasz-Böss | Universitäts klinikum Freiburg (davor: Universitäts klinikum des Saarlandes) | Celgene, Eisai (2017-2019); Abraxane, Eribulin | Roche, Lilly, Novartis, Amgen, Pfizer, Celgene (2017-2019) | Roche, Lilly, Novartis, Amgen, Pfizer, Celgene (2017-2019) | Nein | Roche, Novartis, Amgen (2017-2019) (Drittmittel) | Nein | DGGG, AGE (Beirat), BVF, AGO (stellv. Sprecher Kommission Uterus), DEGUM | Keine |
| Prof. L. Kiesel | Universitäts klinikum münster, Klinik für | Shionogi, Astra Zeneca, Novartis Gedeon Richter, Mthra, AbbVie, | Shionogi, Astra Zeneca, Novartis Gedeon Richter, Mthra, AbbVie, | Shionogi, Astra Zeneca, Novartis Gedeon | Nein | Claudia-Lucas-Stiftung, Münster Bayer | Nein | DGGEF (Präsident), DMG (ehemaliger Präsident), DGGG (Vorstandsmitglied), | Keine |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|---------------------|---|--|--|---|---|---|---|---|---|
| | Frauenheilku nde und Geburtshilfe | Abbot (Mylan), Roche (alles 2016-2020) | Abbot (Mylan), Roche (alles 2016-2020) | Richter, Mthra, AbbVie, Abbot (Mylan), Roche (alles 2016- 2020) | | | | DVR, SEF (ehemaliger Präsident), EEL, Tumorzentrum Münsterland (Vorstand), CCC Münster (Vorstandsmitglied), journal of ISGE (editorial board), ESHRE | |
| Prof. S. Kommiss | Universitäts- frauenklinik Tübingen | Tesaro/GSK (04/2019), (Phase IV Studie Niraparinib) Pharma Mar (IGSC) | Roche (10/2019), Ovarial-Ca Clovis (11/2019), Ovarial-Ca Tesaro (11/2019), EC/Mol. Klassifikation Tesaro (11/2018), Tesaro (11/2019), Ovarial-Ca Astra Zeneca (09/2018), Ovarial- Ca | Roche (09/2019), Zervix-Ca Roche (07/2019), Ovarial-Ca Roche (09/2018), Mamma-Ca Roche (07/2018), Ovarial-Ca Roche (10/2019), EC Clovis (07/2019), Ovarial-Ca | Nein | ECLAT-TR Studie | Nein | AGO Studiengruppe, DGGG, AGO, DKG, S3- LL Ovarial-Ca, S3-LL EC, molekulare Klassifikation L1 CAM, Koordination PORTEC IV Studie in Deutschland | Phase IV Studie Niraparinib: nein ASCO: nein IGSC: nein Ovarial-Ca: nein Enthaltung bei Abstimmungen zu molekularer Klassifikation. |
| J. Kosel | Ruhr Universität Bochum, Marien- | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Keine |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|-------------------|--|--|--|--|---|---|---|--|---|
| | hospital Herne | | | | | | | | |
| Prof. M. Kreißl | Universitätsklinikum Magdeburg (davor: Klinikum Augsburg) | Nein | Eisai (2017- aktuell) Onkowissen.de (2019 - aktuell) | Liam GmbH, Ipsen, Novartis, GE Healthcare, Bayer, Eisai, Sanofi-Genzyme (alle ab 2017) | Sanofi (medical writing) | Sanofi (2018 - aktuell) | Nein | DGN, BGN, GNS, IRIST, WARMTH, SNMMI, EANM = alle Nuklearmedizin, DGE (Sektion Schilddrüse, Endokrinologie) | Keine |
| Langer, T. | Deutsche Krebsgesellschaft | Nein | Nein | AWMF | Nein | Nein | Nein | Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin | Keine |
| Prof. J. Langrehr | Martin Luther Krankenhauss GmbH Berlin | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | DGAV | Keine |
| Prof. S. Lax | Steiermärkische Krankenanstalten Ges.m.b.H., Landeskrankenhaus Graz II | Nein | Roche, Novartis, Biogena, Astra Zeneca (2017-2020) | Roche (2017-2020), HER2 beim Mamma-Ca Roche (2017), Teilnahme USCAP | Nein | Nein | Nein | Deutsche IAP, Österreichische Gesellschaft für Pathologie, International Society of Gyn Pathology, WHO Classification of tumours, 5th edition, standing member editorial board | Keine |
| Prof. A. Letsch | Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (davor: | Nein | Tesaro (05/2018) | BMS, Roche, Astra Zeneca, MSD, Pfizer, Sanofi, Incyte, | Nein | Nein | Nein | DGHO (Leitung AK Frauen und Tumorfatigue), DGP (Vorstandsmitglied), DKG, AIO, APM | Stimmenthaltung bei Abstimmung zu PARP-Inhibitoren; Krebsimmuntherapie |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautorenschaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|-----------------------|--|--|--|---|--|--|---|--|---|
| | Charité Campus B. Franklin, Universitätsmedizin Berlin) | | | Bayer (alle seit 2016) | | | | Initiatorin Berliner Symposium Integrated Palliative Cancer Care (local chair EAPC-Weltkongress, 2019 Berlin) | |
| Prof. W. Lichtenegger | Charité Berlin | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | NOGGO | Keine |
| Prof. K. Lindel | Städt. Klinikum Karlsruhe, Klinik für Radioonkologie u. Strahlentherapie | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | DEGRO (Vorstandsmitglied), ESTRO, SASRO, JGRA, ARO | Keine |
| Dr. I. Luckas | Kompetenz-Centrum Onkologie MDK Nordrhein | Beratung GKV Spitzenverband/Kassenverband | Nein | MDK-interne Schulungen, GKV-Schulungen | Nein | Nein | Nein | DGGG | Keine |
| Prof. P. Mallmann | Universitätsklinikum Köln | FSH (seit 2002) | Springer-Verlag (Gyn. + Geb.) (seit 1998) | Roche (2017-2109), Astra Zeneca, Fondazione Michelangelo, Aeterna Zentaris, Pfizer, Eisai | Nein | Astra Zeneca (2016) (Olaparib) Fondazione Michelangelo (seit 2016) (Atezolizumab) Roche (bis 017/2017) (Trastuzumab) Aeterna Zentaris (bis 06/2017) | Nein | Ordinarienkonvent Gynäkologie und Geburtshilfe (Vorsitzender) AGO (Mitglied des Vorstands 2015 - 2017) Mitglied der Organkommission Uterus der AGO | Keine |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaft-lichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|--|--------------------------|--|---|---|---|--|---|--|---|
| | | | | | | (AEZS-108 wirh Doxorubicin, EC) Pfizer (2017-2019) (Avelumab) NSGO (2017-2019) (Nintendanib, EC) AGO (seit 07/2013) (seit 07/2013) (Carboplatin/Ge mcitabine/Bevacizumab vs. Carboplatin/Peg ylated Liposomal doxorubicin/bevacizumab) Eisai (2017) (Irene, PNP bei Eribulin) AGO (seit 08/2019) (Chemo + Bevacizumab + Atezolizumab) Astra Zeneca (seit 04/2018) (Oalarib Reinduktion) | | Mitglied der Organkommission Vulva/Vagina (bis 2017) Deutsch-Türkische Gesellschaft für Gynäkologie (Präsident) FHS (Mitglied im Bundesverband-Ausschuss) Niederrheinisch-Westfälische Gesellschaft für Gynäkologie u. Geburtshilfe | |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|----------------|--|--|--|---|---|--|---|--|---|
| Prof. D. Mayr | LMU, Pathologisches Institut | Sanderstiftung (01-07/2019) | Novartis (09/10/2019) (Mamma-Ca) | Pfizer (21.11.2019) (Nierenzell-Ca) | Nein | Nein | Nein | Deutsche Gesellschaft für Pathologie, Berufsverband der Pathologen, Internationale Akademie der Pathologie, AGO Ovar, S3-LL Uterus (Mandatsträgerin), S3-LL Ovar (Mandatsträgerin), Zertifizierungskommission der DKG für Gynäkologische Krebszentren und FBREK-Zentren (Mandatsträgerin), AG Gynäkologische Pathologie der DGP (Sprecherin) | Nein |
| Prof. O. Micke | Franziskus Hospital Bielefeld | Nein | Clinigen (01/2016 – 08/2019) | Clinigen (01/2016 – 10/2019) | Nein | Nein | Nein | AG PriO (Vorstand), DKG, DEGRO, BVDST (Vorstand), Gesellschaft für Magnesium-Forschung e.V (Präsident) | Keine |
| Dr. T. Mokry | Deutsches Krebsforschungszentrum, Abt. Radiologie, Heidelberg + Universitätsklinikum Heidelberg, | Nein | Nein | Bayer, MRT-Initiative Hamburg; Deutsche Röntgengesellschaft | Nein | Diverse klinische Studien. Nur eine in Verbindung mit EC: Nordic Society of Gynaecological Oncology Trial | Nein | DRG, ESR, ESUR (Guidelines zur Bildgebung bei gyn. Tumoren) | Keine |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|------------------|--|--|--|---|---|--|---|--|---|
| | Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie | | | | | Unit (Palbociclib in Kombi. mit Letrozol vs. Placebo in Kombination mit Letrozol für Pat. mit östrogenrezeptorpositivem fortgeschrittenem EC | | | |
| Prof. M. Mueller | Universität Bern, Inselspital Bern | Nein | MSD Tesaro/GSK Bayer (Dienogest: Visanne) | Bayer | Nein | Nein | Nein | AGE, HOT Topics in Gynaecology, Blockkurse der AGE-Swissendos | Keine |
| Prof. A. Mustea | Universitätsklinikum Bonn | Roche | Molecular Health GmbH; NOGGO; MSG; Esai; Roche; Tesaro | MSD | Nein | Nein | Nein | NOGGO; AGO | Keine |
| Prof. J. Neulen | Ab 07/2020 im Ruhestand; davor: Uniklinik RWTH Aachen | Gedeon Richter, Jenapharm (2019-2022) | Gedeon Richter, Jenapharm (2019-2022) | Nein | Nein | Nein | Nein | Deutsche Menopause Gesellschaft | Keine |
| Prof. P. Niehoff | Sana Klinikum Offenbach | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | BVDST, S3-LL Ovarial-Ca, S3-LL Zervix-Ca | Keine |
| Dr. M. Nothacker | AWMF | Nein | Versorgungsforschungsprojekt „Zweit“; IQTiG | Berlin School of Public Health | | DKG; Netzwerk Universitätsmedizin; BMG; GB-A- | Nein | Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin, DKG (bis 12/2020), Guidelines | Keine |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|-----------------------|---|--|---|--|---|---|---|--|---|
| | | | | | | Innovations-fonds | | International Network. GRADE | |
| Prof. B. van Oorschot | Uniklinik Würzburg | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Herausgeberbeirat Zeitschrift für Strahlentherapie und Onkologie, APM der DKG, Leitung Palliativzentrum Uniklinik Würzburg | Keine |
| Prof. O. Ortman | Universität Regensburg, Caritas-Verband | Die forschenden Pharma-Unternehmen (vfa) (10/2018-03/2019) | Astra Zeneca (12/2016) Novartis (11/2017) Roche 11/2018) Tesarlo (11/2019) | Astra Zeneca (05/2016), Pfizer (09/2017), Aurikamed (05/2018; 08/2019) Celgene, Jörg Eickeler, Meet the expert GmbH, RG Ärztesellschaft | Thieme Verlag | GBG, AGO, Roche, Astra Zeneca, MMF, Aeterna zentaris, MSD, Novartis | Novartis, Freseniusm Bayer, Curevac, Morphosys | DGGG (Vorstandsmitglied 2010-2016), ADT (Vorstandsmitglied seit 2016), DKG (Vorstandsmitglied seit 2012; Präsident 2018 bis 2022), Deutsche Krebsstiftung (Mitglied im Stiftungsrat), DAGG (Geschäftsführer seit 2010) | Keine |
| Dr. J.E. Panke | MDS e.V. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen | Nein | Nein | Weiterbildung der medizinischen Gutachter (MDK-Gutachter) | Nein | Nein | Nein | DEGRO, MDK, G-BA | Keine |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|--------------------|---|--|--|---|---|--|---|--|---|
| K. Paradies | Nationale Gesundheitsakademie Berlin | Nein | Takeda (Nebenwirkungen aus Sicht der Pflege) | Astra Zeneca (Nebenwirkungsmanagement) | Nein | Nein | nein | DKG, KOK | Keine |
| Prof. E. Petru | Med. Univ. Graz, Uni-Frauenklinik | Nein | Amgen), Astra Zeneca, Angelini, Eli Lilly, GSK, MSD, Novartis, PharmaMar, Pfizer Roche, Tesaro, GSK | AGEA, Amgen, Astra Zeneca, Angelini, Celgene, Eisai, Eli Lilly, GSK, MSD, Novartis, PharmaMar, Pfizer, Roche, Tesaro, GSK | Nein | Amgen, Astra Zeneca, Angelini, Eli Lilly, MSD, Novartis, PharmaMar, Pfizer, Roche, tesaro (Studienfallhonorare, Summe nicht im Detail bekannt) | Nein | AG Gyn. Onkologie Österreich | Keine |
| Prof. H. Prömpeler | Universitätsklinikum Freiburg | Gedeon Richter (2016) (ESMYA) | Berufsverband der Frauenärzte/Jenapharm (drei Vorträge je einer in 2017, 2018, 2019) (US-Diagnostik) | Nein | Nein | Nein | Nein | DGGG, DEGUM | Keine |
| Prof. F.-J. Prott | ÜBAG Radiologie/Strahlentherapie | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Berufsverband der Deutschen Strahlentherapeuten (Leitung) | Keine |
| Dr. N. Rahner | Institut für Klinische Genetik und Tumorgenetik Bonn/Koblenz (davor: Universitäts | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Gesellschaft für Humangenetik, BVDH | Keine |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|--------------------|---|---|---|--|---|---|---|--|---|
| | Klinikum Düsseldorf) | | | | | | | | |
| N. Reents | Semi-Colon Familienhilfe Darmkrebs e.V. | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Semi-Colon Familienhilfe Darmkrebs e.V., BRCA-Netzwerk e.V. | Keine |
| Prof. M. Reinhardt | Pius-Hospital Oldenburg | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin | Keine |
| Prof. T. Römer | Evangelisches Klinikum Köln-Weyertal | Gedeon Richter (2017-2019) (HRT, Östradiol-Gel) | Mylan Health Care (2019) (HRT, Dydrogesteron) ; Theramex (2019) (Vaginalatrophie, DHEA) | Dr. Kade (2017-2019) (HRT, Östradiol-Gel + Progesteron) Exceltis (2018) (HRT, E2-DNG-Präparat) Jenapharm (2017-2019) (LNG-IUS) | Nein | Nein | Nein | DMG (Vizepräsident) | Ja. Enthaltung bei Abstimmungen zur HRT. |
| R. Roncarati | Arbeits-suchend (davor: Chinese Academy of Science) | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Patientenselbsthilfe-gruppen, Frauenselbsthilfe Krebs e.V. | Keine |
| Prof. I. Runnebaum | Universitäts-klinikum Jena, Unifrauenklinik | Caresyntax (2019) (Bilddokumentation im OP) , Oncagnostics (2018) (Forschung) | Tesaro (2019) (EC-Therapie mit PARPi) | Tesaro (2019) (medikamentöse Ovarial-Ca-Therapie) Clovis Oncology | Nein | Multicenter-Studie zu Trabectedin (bis 2018 als LKP und Autor) | Nein | DGGG, AGO, AGE, MGFG, ESGO, ESGE, DKG, DGS (u. weitere) | Keine |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von CoI betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|--------------------------|---|--|--|--|---|---|---|--|---|
| | | Früherkennung Zervix-Ca) | | (2019) (Ovarial-Ca) | | (Chemotherapie bei Rezidiv) | | | |
| M. Schallenberg | Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Keine |
| PD. Dr. E._C. Schmoeckel | Pathologisches Institut Ludwig-Maximilians-Universität München | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Keine |
| Prof. R. Schmutzler | Uniklinik Köln | Healthcare Consulting Cologne; TMF; Helmholtz-Gesellschaft | Astra Zeneca (2019) Healthcare (2109) Cloris (2019) MSD MedConc. (2019) Janssen (2019) BSH med. (2019) | SABCS; MAYs Cancer Center; LKR NRW; med Update GmbH, Janssen-Cilag; Eickeler, Meet the expert GmbH; MDK Nordrhein; Astra Zeneca; MedConcept; Healthcare Consulting Cologne; GFO-Kliniken Bonn; bsh medical communications GmbH | Astra Zeneca | Heredicare; Astra Zeneca | Nein | BRCA-Netzwerk, BfArM (Beiratsmitglied) BMG, DGGG, DKG AGO Mamma; Sachverständige der S3-Leitlinienkommission für Brustkrebsfrüherkennung [...] der DKG; Mitglied Expertengremium zum Nationalen Krebsplan; Sachverständige der DGGG in der Gendiagnostikkommision beim RoKO Berlin; Mitglied Steuerungsgruppe im | Keine |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaft-lichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|----------------------|---|--|---|--|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | Natioanlen Krebsplan; Mitglied Ethikbeirat der Nationalen Kohorte; Mitglied des wiss. Beirats des Krebsinformationsdien-stes des Deutschen Krebsforschungszentru-ms; Mitglied des wiss. Beirats des IQWiG; Mitglied u. steööv. Vorsitzende des wiss. Beirats desBfARM; Ständiger gast im wiss. Beirat des BMG; Kongresspräsidentin der PerMediCon, die Kongressmesse für person. Medizin Köln; Vorstandsmitglied der TMF; Mitglied im Helmholtz-Senat | |
| Dr. V. Steinke-Lange | Medizinisch genetisches Zentrum München/Kli-nikum der Universität München | Nein | Astzra Zeneca (2018) | Ärztlicher Kreisverband Freising; Bund iedergelss. Gastro-enterologen; Selbsthilfegruppe Familienhilfe Polyposis | InFo Hämatologie und Onkologie | Nein | Nein | GfH; Europäische Gesellschaft für Humangenetik; European Hereditary Tumor Group; InSIGHT; Berufsverband Deutscher Humangenetiker | Keine |
| Prof. V. Strnad | Universitäts-klinikum Erlangen | Elekta (2021) | Elekta (2021) | Nein | Nein | DKG (2021) | Nein | Scientific Committee of ESTRO ACROP, Vorstandsmitglied von | Keine |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaft-lichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|---------------------|--|--|---|---|---|---|---|--|---|
| | | | | | | | | GEC-ESTRO; ESTRO School; DEGRO | |
| Prof. C. Tempfer | Ruhr Universität Bochum, Marien-hospital Herne | Nein | Nein | Frauenklinik Regensburg; Frauenklinik Wuppertal | Nein | Nein | Nein | DGGG, AGO | Keine |
| R. Tholen | Physio Deutschland , deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Keine |
| Dr. C. Uleer | Selbstständi g, Frauenarztpr axis Hildesheim | Nein | Nein | Zeitraum 2017 - 2020 Astra Zeneca Riemser Roche Winicker Norimed | Nein | AGO Research GBG | PVA Mammographie-Screening Niedersachsen | IGPVA (Vorstandsmitglied), BNGO, AGO, BVF, DGSS | Keine |
| Prof. U. Ulrich | Martin Luther Kranken-haus GmbhH Berlin | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | AGE | Keine |
| Prof. D. Vordermark | Universitäts klinikum Halle/Saale | Nein | Boehringer (01/2017 - 01.06.2021) | Roche (01/2018 - 6/2021) | Nein | Merck (Radiochemother apie; Cisplatin) | Nein | Mandatsträger der DEGRO/ARO in Leitliniengruppen (DKG / AWMF): -Malignes Melanom (S3) - | Keine |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|--|--------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | <p>Bristol-Myers-Squibb (01/2017 – 01.06.2021)</p> <p>Merck (01/2018 – 01.06.2021)</p> <p>Chugai (01.01.2018 – 01.06.2021)</p> <p>Roche (01.01.2018 – 01.06.2021)</p> | <p>Astra Zeneca (01/2018 – 6/2020)</p> <p>Merck (01/2018 – 6/2021)</p> <p>Lilly (01/2018 – 6/2021)</p> <p>Ferring (01/2018 – 6/2021)</p> <p>Takeda (01/2018 – 06/2021)</p> <p>Roche (01/2017 – 6/2020)</p> <p>Merck (01/2018 – 5/2021)</p> <p>Pfizer (01/2018 – 6/2021)</p> | | <p>Pfizer (Radiochemotherapie; Avelumab)</p> <p>Astra Zeneca (Radiochemotherapie; Durvalumab)</p> | | <p>Zervixkarzinom (S3) Endometriumkarzinom (S3) -Psychoonkologie (S3) Dermatookologie (mehrere S2/S3) - Schilddrüsenkarzinom (S2) Uterussarkom (S2) Vorstandsmitglied der Pneumologisch-Onkologischen Arbeitsgemeinschaft (POA) der Deutschen Krebsgesellschaft</p> <p>Vertreter der DEGRO/ARO in Zertifizierungskommissionen für Organzentren der Deutschen Krebsgesellschaft (Gyn. Krebszentren, Hauttumorzentren, Lungenkrebszentren) Vertreter der DEGRO als externer Sachverständiger beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) Mitglied der Studienkommission "Hodgkin- Lymphom" der GPOH (Leiter)</p> | |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaft-lichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|--|--------------------------|--|---|---|---|---|---|--|---|
| | | | | | | | | der Referenzstrahlentherapie) Vorsitzender der Fach- und Prüfungskommission Strahlentherapie der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt Vorsitzender der Ärztlichen Stelle nach §83 Strahlenschutzverordnung (Strahlentherapie) der Ärztekammer Sachsen-Anhalt Stellv. Vorsitzender des Beirats der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft Mitglied des Aufsichtsrats des Universitätsklinikums Regensburg Aktuelle Mitgliedschaften in Fachgesellschaften: Fellow der European Society of | |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaft-lichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags-/oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren-/oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|--|--------------------------|--|---|--|--|--|---|---|---|
| | | | | | | | | Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO) 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) | |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|-----------------|---|--|--|---|---|--|---|--|---|
| S. Weber | Universitätsmedizin Göttingen | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Keine |
| Prof. J. Weis | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | PSO (DKG), DGMP, DGP, IPOS, EORTC, QoL-Group | Nein |
| Wenzel, G. | Deutsche Krebsgesellschaft | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Nein | Keine |
| S. Widhalm | Semi-Colon Familienhilfe Darmkrebs e.V. | Nein | Nein | Nein | Nein | EASL, Deutsche Leberhilfe e.V., Deutsche Leberstiftung, Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz, DGVS/AG Prävention, Deutscher Journalistenverband | Nein | Nein | Keine |
| PD Dr. E. Wight | Pensioniert (davor: Universitätsspital Basel) | Asim-Gutachterstelle | Nein | Nein | EBCOG-Lehrbuch (keine Entlohnung) | Nein | Nein | ----- | Keine |
| Dr. R. Witteler | Universitätsklinikum Münster | Nein | Roche (2019) Tesaro (2019) | Astra Zeneca (2017 - 2019) St.-Agnes-Hospital Bocholt | Tesaro | AGO Astra Zeneca Aeterna Zentaris | Nein | | Ovarial-Ca: nein ESMO-Bericht: nein |

| | Arbeitgeber ¹ | Berater- bzw. Gutachter-tätigkeit ² | Mitarbeit in einem Wissenschaftlichen Beirat (advisory board) ² | Bezahlte Vortrags- /oder Schulungs-tätigkeit ² | Bezahlte Autoren- /oder Coautoren-schaft ² | Forschungs-vorhaben/ Durchführung klinischer Studien ² | Eigentümer-interessen (Patent, Urheberrecht, Aktienbesitz) ^{2,3} | Indirekte, nicht-finanzielle Interessen (u.a. Mitglied in Fach-gesellschaften, klinischer Schwerpunkt, pers. Beziehungen) ⁴ | Von Col betroffene Themen der Leitlinie sowie Einstufung bzgl. der Relevanz |
|-----------------|---|---|--|---|--|---|---|--|---|
| Prof. A. Zeimet | Medizin-ische Universität Innsbruck | GSK Österreich | Astra Zeneca Österreich | 2021-2022: GSK Österreich; 2017-2019 Roche Astra Zeneca PharmaMar | Roche Austria | Esai Österreich | PharmaMar Austria | OEGGG (Zweiter Schriftführer); AGO Österreich; ESGO/IGCS | Keine |
| Dr. B. Zimmer | Kompetenz-Centrum Onkologie MDK Nordrhein | GKV-Spitzenverband, Gremienberatung, GKV-Verbände, einzelne GKven | Beirat BRCA-Netzwerk | Schulungen für MDK, MDS, GKV Externe Lehrbeauftragte Studiengang Public health Univ. Düsseldorf (Vorträge auf Fachkongresse n (EBM-Netzwerk, DGS u.a.) | DKH Blaue Hefte, Gutachten, Reviewertätigkeiten für Cochrane Hematological Malignancies Group, Köln (keine Entlohnung) | Nein | Nein | DGS, AGO, DKG, Deutsches Netzwerk EbM, Gen-ethisches Netzwerk | Keine |

1 = aktuell und in den vergangenen 3 Jahren

2 = Hier werden entsprechend §139b SGB V finanzielle Beziehungen zu Unternehmen, Institutionen oder Interessenverbänden im Gesundheitswesen erfasst. Folgende Frage wurde beantwortet: Haben Sie oder die Einrichtung, für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres oder der 3 Kalenderjahre davor Zuwendungen erhalten von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft (z.B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), industriellen Interessenverbänden, kommerziell orientierten Auftragsinstituten, Versicherungen/Versicherungsträgern, oder von öffentlichen Geldgebern (z.B. Ministerien), Körperschaften/Einrichtungen der Selbstverwaltung, Stiftungen, oder anderen Geldgebern?

3 = Angaben zu Mischfonds waren nicht erforderlich

4 = Hierzu wurden folgende Aspekte abgefragt: Mitgliedschaft /Funktion in Interessenverbänden; Schwerpunkte wissenschaftlicher Tätigkeiten, Publikationen; Schwerpunkte klinischer Tätigkeiten; Federführende Beteiligung an Fortbildungen/Ausbildungsinstituten; Persönliche Beziehungen (als Partner oder Verwandter 1. Grades) zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft; sonstige relevante Interessen

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, Frau Susanne Blödt) und durch das Leitlinienprogramm Onkologie (Herr Dr. Follmann, Dipl. Soz. Wiss. Langer, 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 erfolgt die formale Freigabe durch die Vorstände der involvierten Fachgesellschaften und ein öffentliches Konsultationsverfahren der vorläufigen Langversion und Zusatzdokumente zur Methodik (Leitlinienreport und Evidenzbericht).

Die Konsultationsfassungen werden auf den Internetseiten der AWMF und des Leitlinienprogramms Onkologie veröffentlicht und können innerhalb von 6 Wochen von der (Fach)Öffentlichkeit kommentiert werden. Die eingegangenen Kommentare werden nach Ende der Konsultationsphase hinsichtlich ihrer inhaltlichen Relevanz (Empfehlungen betreffend, Hintergrundtexte betreffend, redaktionell) strukturiert und pseudonymisiert zusammengestellt. Anschließend sichtet die Leitliniengruppe die Kommentare und konsentiert Änderungserfordernisse. Die eingegangenen Kommentare sowie deren Bewertung durch die Leitliniengruppe werden an dieser Stelle im finalen Leitlinienreport der Version 3 dargestellt.

9. Verbreitung und Implementierung

Als Maßnahmen zur Verbreitung und Implementierung sind folgende Aktivitäten vorgesehen

- Aktualisierung der Kurzversion
- Übersetzung der Leitlinie in Englisch
- Publikation der Leitlinien-Dokumente 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. Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Gliederung der Themenkomplexe..... | 9 |
| Tabelle 2: Auflistung aller Konferenzen | 12 |
| Tabelle 3: Schema der Empfehlungsgraduierung..... | 14 |
| Tabelle 4: Festlegungen hinsichtlich der Konsensstärke | 16 |
| Tabelle 5: Übersicht der Interessenkonflikte aller an der Leitlinie beteiligten Personen | 19 |
| Tabelle 6: Schlüsselfragen zugeordnet zu Themenkomplexen und Autor*innen | 48 |

11. **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Schema zur Darstellung der kriteriengestützten Entscheidungsprozesse
bei der Wahl des Empfehlungsgrades..... 15

Konsultationssfassung

12. Anhänge

12.1. Schlüsselfragen zugeordnet zu Themenkomplexen und Autoren

Tabelle 6: 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</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,</p> <p>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>Aspiraten, HPV-Bestimmung, Familienanamnese sind bei der 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> | | |

| Schlüsselfrage(n) | Themenkomplex | Autor(en) Hintergrundtext |
|---|---------------|---------------------------|
| <p>9. Welche Bedeutung hat die Endometriumbiopsie mittels Aspiration in der Diagnostik zum 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,</p> | | |

| Schlüsselfrage(n) | Themenkomplex | Autor(en) Hintergrundtext |
|---|---|---|
| <p>PET-CT, PET-MRT und US präoperativ 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>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</p> | <p>III: Therapie der Präkanzerosen und konservative Therapie des EC</p> | <p>Prof. Dr. G. Emons [Arbeitsgruppe: Prof. Dr. S. Brucker, Prof. Dr. L. Kiesel, Prof. Dr. O. Ortmann, Prof. Dr. T. Römer, Prof. Dr. C. Tempfer, Dr. C. Uleer, Dr. R. Witteler]</p> |

| Schlüsselfrage(n) | Themenkomplex | Autor(en) Hintergrundtext |
|---|--------------------------------------|---------------------------|
| <p>Endometriumkarzinoms (Typ 1, G1, G2, pT1a) Uterus und Adnexe belassen werden im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p> | | |
| <p>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?</p> | <p>IV: Operative Therapie des EC</p> | |
| <p>20. Ist beim Endometriumkarzinom (Typ I, pT1a, 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?</p> | | |
| <p>21. Ist beim Endometriumkarzinom (Typ I, pT1a, G1/2) die SLN bei makroskopisch unauffälligen LK sinnvoll im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben? (S. Schlüsselfrage 34)</p> | | |
| <p>22. Ist beim Endometriumkarzinom (Typ I, pT1a, G3; pT1 b, G1/2) die systematische pelvine bzw. pelvine plus paraaortale Lymphonodektomie (LNE) bei makroskopisch unauffälligen LK sinnvoll im Hinblick auf Lebensqualität, Kurzzeit-</p> | | |

| Schlüsselfrage(n) | Themenkomplex | Autor(en) Hintergrundtext |
|--|---------------|---------------------------|
| <p>/Langzeitmorbidity, Rezidivhäufigkeit, krankheitsspezifisches und Gesamt- Überleben?</p> <p>23. Ist beim Endometriumkarzinom (Typ I, pT1a, 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, pT1b, 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, pT1b, 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,</p> | | |

| Schlüsselfrage(n) | Themenkomplex | Autor(en) Hintergrundtext |
|--|---------------|---------------------------|
| <p>krankheitsspezifisches und Gesamt-Überleben?</p> <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, pT1a) 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> | V: Strahlentherapie | <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 |
|---|--|--|
| 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? | VII: Nachsorge, Rezidiv, Metastasen des EC | Dr. C. Uleer [Arbeitsgruppe: Prof. Dr. G. Emons, Prof. Dr. M. Fleisch, Dr. V. Hagen, Prof. Dr. O. Ortman, Prof. Dr. I. Runnebaum, Prof. Dr. C. Tempfer, PD Dr. E. Wight, Dr. B. Zimmer] |
| 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? | | |
| 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? | | |
| 52. Kann bei an Endometriumkarzinom erkrankten Patientinnen mit Trockenheit der Vagina diese durch die Applikation von inerten Gleitgelen oder Cremes oder vaginaler Lasertherapie | | |

| 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> | <p>VIII: Hereditäre EC</p> | <p>Prof. Dr. R. Schmutzler [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> | <p>IX: Palliativmedizin/Psychonkologie/Rehabilitation/Psychosoziale Betreuung/Patientinnen aufklärung</p> | <p>Prof. Dr. B. van Oorschot/Dr. J.-E. Panke [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 Gesamt-Überleben und weiteres Rezidiv?</p> <p>50. Wie ist der Stellenwert der Lebensqualität, der psychoonkologischen Mitbehandlung und Betreuung in Bezug auf Lebensqualität, Kurzzeit- / Langzeitmorbidity, krankheitsspezifisches Gesamt-Überleben 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 Gesamt-Überleben und weiteres Rezidiv?</p> | | |

KOPIE

13. Literatur

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.