F A Q ’s zum

Erhebungsbogen für Gynäkologische Krebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

Vorsitzende der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. M.W. Beckmann, Prof. Dr. C. Dannecker

Im Rahmen der Zertifizierungsverfahren treten regelmäßig Fragestellungen auf, die eine Erläuterung der Fachlichen Anforderungen erfordern. In diesem Dokument sind Antworten zu den Fragestellungen zusammengefasst, die von den Zentren bei der Umsetzung und von den Fachexperten bei der Bewertung der Fachlichen Anforderungen herangezogen werden können.

Stand FAQ: 26.10.2026

Die in diesem Dokument ausgeführten FAQ’s werden hinsichtlich ihrer Aktualität kontinuierlich geprüft und bei Änderungen der Fachlichen Anforderungen angepasst.

Hinweis: Im Sinne einer gendergerechten Sprache verwenden wir für die Begriffe „Patientinnen“, „Patienten“, „Patient*innen“ die Bezeichnung „Pat.“, die ausdrücklich jede Geschlechtszuschreibung (weiblich, männlich, divers) einschließt.

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. K; 26.10.2026)

Übersicht der FAQ‘s

Erhebungsbogen

Kap. EB	Anforderung		letzte Aktualisierung
1.1 Struktur des Netzwerks	1.1.3	Gyn. Dysplasie-Einheiten/-Sprechstunden	27.08.2019
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	1.2.1	Definition Primärfall	14.07.2016
	1.2.6	Strahlentherapie – Pat. mit Zervixkarzinom und Radiochemotherapie – Vorstellung in einem Zentrum	12.10.2017
1.6 Patientinnenbeteiligung	1.6.7	Veranstaltungen für Pat.	26.05.2023
1.7 Studienmanagement	1.7.5.c	Anteil Studienpat.	28.08.2023
2.1 Sprechstunde	2.1.7	Erbliche Belastung	22.08.2025
5.2 Organspezifische operative Therapie	5.2.1	2. Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie	26.05.2023
	5.2.6.b	Anzahl Operationen pro benanntem Operateur	26.05.2023
6.2 Organspezifische med. onkologische Therapie	6.2.3	Qualifikation Behandlungseinheit/-partner	12.10.2017
8. Pathologie	8.4	Fachärzte – Expertise	17.08.2021
10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität	10.5.1	Patient-reported outcome measures	20.08.2026
	10.9.2	§65c-Krebsregister – Abgleich Patientenkollektiv	20.08.2026

Datenblatt

Kennzahl		letzte Aktualisierung
Basisdaten	Primärfälle / Gesamtfälle	20.08.2026
	Sonstige Karzinome	
	Borderline Ovar	
9	Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom	22.08.2025
10	Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	22.08.2025
11	Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom durch Gynäkoonkologen	14.07.2016
13	First-Line-Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	22.08.2025
18	Angaben in Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (Vulvaca.)	17.08.2021
20	Durchführung inguinofemorales Staging (Vulvaca.)	22.08.2025
21	Sentinel Lymphknoten Biopsie (Vulvaca.)	22.08.2025
23, 24, 25	Endometriumkarzinom: Sentinel-Lymphadenektomie bei Primärfällen mit intermediate risk- oder high-intermediate risk-Endometriumkarzinom Endometriumkarzinom: Keine adjuvante Strahlen- und/ oder Chemotherapie bei Primärfällen mit low-risk-Endometriumkarzinom Endometriumkarzinom: Adjuvante Chemotherapie o. kombinierte Strahlen-Chemotherapie bei Primärfällen mit high-risk-Endometriumkarzinom	26.10.2026

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. K; 26.10.2026)

FAQ's - Erhebungsbogen Gyn

1.1 Struktur des Netzwerks

Kap.	Anforderungen		
1.1.3	Gynäkologische Dysplasie-Einheiten und -Sprechstunden • Die gesonderte Zertifizierung der Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten und -Sprechstunden kann durch das Gynäkologische Krebszentrum bzw. durch einen seiner Kooperationspartner entsprechend dem Erhebungsbogen „Gynäkologische Dysplasie" durchgeführt werden. http://www.onkozert.de/praxen_kooperationspartner.htm • Kooperationen mit zertifizierten Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten/Sprechstunden müssen vorhanden sein und sind namentlich aufzuführen. Bei Nicht-Erfüllung gesonderte Begründung.	FAQ (27.08.2019) Wie ist die Anforderung nachzuweisen? Antwort: Sofern eine Kooperation nicht nachgewiesen werden kann, sind im Audit die Gründe darzulegen. Bei nachvollziehbarer Begründung (z.B. keine zertifizierte Dysplasie-Sprechstunde/-Einheit im Umkreis von >45km vorhanden oder regional bedingte fehlende Inzidenz etc.) entsteht keine Abweichung.	

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
1.2.1	Leistungskennzahlen Gynäkologisches Krebszentrum Anzahl Fälle mit Genitalmalignom (d.h. invasive Neoplasien des weiblichen Genitals (keine Präkanzerosen), Borderlinetumoren d. Ovars u. seröses tubares intraepitheliales Carcinom (STIC) pro Jahr: ≥ 75 Fälle (= Gesamtfallzahl), davon ≥ 50 Primärfälle Definition Primärfall: • Der Primärfall umfasst alle Aufenthalte und Therapien (Operationen, Radio(chemo)therapie) einer Pat. im Rahmen einer Erkrankung • Rezidiv/Metastase einer Pat. ist ein neuer Fall, kein Primärfall • Histologischer Befund, Arztbrief und ggf. Therapie-/ Operationsbericht sollte vorliegen • Therapieplanung-/durchführung über das Gynäkologische Krebszentrum. • Zählzeitpunkt ist der Zeitpunkt für die Erstdiagnose bzw. der Zeitpunkt für das Rezidiv/Metastase	FAQ (14.07.2016) Ist es richtig, dass bei gynäkologischen Tumoren als Erstdiagnosedatum erst das Datum der postoperativen Histologie „zählt", also nicht Befund des Abstrichs/Pipelle de Cornier/bildgebende Verfahren? Antwort: Der Zählzeitpunkt richtet sich nach der Untersuchungsmethode, die als erstes die definitive Diagnose gibt. Das kann ein Abstrich sein, aber auch erst die operative Histologie.	
1.2.7	Sofern eine Strahlentherapie mit mehreren Kliniken kooperiert, dann sollen alle Primärfallpat. mit Zervixkarzinom, die mit Radiochemotherapie behandelt werden sollen, in einem Zentrum vorgestellt werden. Dafür erstellt die Strahlentherapie eine Liste aller bei ihr vorgestellten Pat. in der eine Zentrums-Zuordnung erfolgt (Zentrum zertifiziert, Zertifizierung in Vorbereitung, kein Zentrum). Die Vorstellungsquote von 90% ist in allen kooperierenden Zentren separat zu erzielen.	FAQ (12.10.2017) Wie ist die Anforderung auszulegen, dass alle Primärfallpat. mit Zervixkarzinom, die mit Radiochemotherapie behandelt werden sollen, in einem Zentrum vorgestellt werden sollen? Antwort: Pat., die primär in der Radioonkologie gesehen werden, sollen systematisch in die Tumorkonferenz eingebracht werden. Um die lückenlose Vorstellung dieser Pat. und die Überprüfbarkeit im	

 © DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. K; 26.10.2026)

1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Kap.	Anforderungen		
	Diese Zuordnung der Pat. hat auch Relevanz für die Tumordokumentation.	Audit zu erleichtern, wurde eine entsprechende Anforderung in den Erhebungsbogen aufgenommen (Kap. 1.2.6.). Ziel soll sein, dass die Pat. in einem zertifizierten Gynäkologischen Krebszentrum vorgestellt werden.	

1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten

Kap.	Anforderungen		
1.6.7	Veranstaltung für Pat. Es ist mind. 1x jährlich von dem Gynäkologischen Krebszentrum eine Informationsveranstaltung für Pat. durchzuführen. Sofern Pat.veranstaltungen von der Industrie (mit-) finanziert werden, ist dieser Fakt einschließlich potenzieller Interessenkonflikte der Dozenten offenzulegen. Eine direkte Beeinflussung von Pat. durch Industrievertreter muss durch das Zentrum ausgeschlossen werden.	<u>FAQ (26.05.2023)</u> Wie kann das Zentrum den Ausschluss einer direkten Beeinflussung durch Industrievertreter nachweisen? Antwort: Der Nachweis kann z.B. über interne Compliance-Regeln oder ersatzweise über eine Selbstauskunft des Zentrums erfolgen. Darin sollte das Zentrum Angaben über einen freien Zugang zur Veranstaltung unter Aussparung der Industrieausstellung/Informationsstände und Hinweise zum Kontakt zwischen Industriereferenten und Pat. darlegen.	

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Brustkrebszentrums	
1.7.5.c	Anteil Studienpat. Erstzertifizierung: es müssen Pat. in Studien eingebracht worden sein nach 1 Jahr: mind. 5% der Primärfälle Als Studienteilnahme zählt nur die Einbringung von Pat. in Studien mit Ethikvotum (auch nicht interventionelle / diagnostische Studien werden anerkannt). Alle Studienpat. können für die Berechnung der Studienquote (Anteil Studienpat. bezogen auf Primärfallzahl des Zentrums) berücksichtigt werden.	<u>FAQ (28.01.2022)</u> Zählen Pat. mit gyn. Tumoren, die in die HerediCaRe-Studie eingeschleust wurden, für die Studienquote des Gynäkologischen Krebszentrums? Antwort: Für die Zählung von HerediCaRe-Pat. (Nachweis Studienteilnahme notwendig), ist eine ausschließliche Anwendung der Checkliste und Überweisung der Pat. an ein FBREK-Zentrum nicht ausreichend.	
	Allgemeine Voraussetzungen für die Definition Studienquote: • Pat. können 1x pro Studie gezählt werden, Zeitpunkt: Datum der Pat.-einwilligung • Es können Pat. in der palliativen und adjuvanten Situation gezählt werden, keine Einschränkung der Stadien • Pat., die parallel in mehrere Studien eingebracht sind, können mehrfach gezählt werden. • Studienpat. können für 2 Zentren gezählt werden, sofern das entsendende Zentrum selbst mindestens eine eigene Studie für Pat. des Gynäkologischen Krebszentrums durchführt. Sofern diese Zählweise gewählt wird (fakultativ), muss das Zentrum darstellen, wie viele	<u>FAQ (10.02.2022)</u> Können negativ gescreente Studienpat. gezählt werden? Antwort: Pat., die für das Screening zur Studienteilnahme eine Einverständniserklärung unterschrieben haben, können für den Zähler der jeweiligen Studien-Kennzahl gezählt werden, auch wenn aufgrund der Ergebnisse von mit Spezialdiagnostik durchgeführten Screeninguntersuchungen (keine Routinediagnostik) eine Studienteilnahme der Pat. nicht möglich ist.	

 © DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. K; 26.10.2026)

1.7 Studienmanagement

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Brustkrebszentrums	
	Pat. in eigene Studien eingebracht, an andere Zentren/Kliniken zur Studienteilnahme geschickt und aus anderen Zentren/Kliniken für die Studienteilnahme übernommen werden • Registerstudien können bei Vorliegen eines Ethikvotums und eines Studienplans mit definierter Fragestellung gezählt werden • Präventions-/Screeningstudien der eigenen Dysplasiesprechstunde/-Einheit können für das eigene Gyn. Krebszentrum gezählt werden	FAQ (25.07.2022) Dürfen Studien mit Ethikvotum aber ohne Einwilligung der Pat. – z.B. Pat.umfragen – gezählt werden? Antwort: Nein, diese können nicht gezählt werden. FAQ (28.08.2023) Können an ein Zentrum für Personalisierte Medizin (ZPM) zum Zwecke der komplexen Diagnostik, interdisziplinären Beratung und individuellen Therapieempfehlungen überwiesene Patienten, die dort an einer Studie teilnehmen, für die Studienquote des entsendenden Zentrums gezählt werden? Antwort: Ja, in diesem Falle kann der Studieneinschluss sowohl vom entsendenden Zentrum als auch vom ZPM gezählt werden. Es gelten die sonstigen Voraussetzungen für Studieneinschlüsse gemäß Erhebungsbogen.	

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
2.1.7	Erbliche Belastung Die Zusammenarbeit mit zertifizierten Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs (FBREK-Zentren) für die Beratung und genetische Untersuchung muss schriftlich, in Anlehnung an FBREK-Kooperationsvertrag des Vdek nachgewiesen werden. Checklisten für die Erfassung einer erblichen Belastung sind anzuwenden bei: • Pat. mit Mamma-/Ovarial-Ca (V.a. familiärer Brust-/Eierstockkrebs) • Pat. mit Endometrium-Ca (EC) (V.a. HNPCC/Lynch-Syndrom) Die aktuellen Checklisten und der Algorithmus sind unter diesem Link unter dem Punkt Gynäkologische Krebszentren herunterladbar.	FAQ (26.05.2023) Führt die Nichterfüllung der Anforderung „Die Zusammenarbeit mit zertifizierten Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs (FREBK-Zentren) für die Beratung und genetische Untersuchung muss nachgewiesen werden.“ zu einer Abweichung? Antwort: Eine schriftliche Kooperation mit einem FBREK-Zentrum muss verbindlich nachgewiesen werden. FAQ (22.08.2025) Checkkiste erbliche Belastung: Weshalb wird die Zeile „*eines uni- oder bilateralen Mammakarzinoms bei dem Patienten (männlich)*“ doppelt aufgeführt? Antwort: Die Zeile *"eines uni- oder bilateralen Mammakarzinoms bei dem Patienten (männlich)**"* wurde aufgenommen, da es mit der Gewichtung 2 und der Kombination mit einer „Frau mit Brust- und / oder Eierstockkrebs“ in der Familie den Vorgaben des EBM „*uni- oder bilaterales Mammakarzinom bei einem Patienten und zusätzlich ein Mamma- und/oder Ovarialkarzinom bei einer Patientin"* entspricht.	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. K; 26.10.2026)

2.1 Sprechstunde

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
		Die Zeile "eines uni- oder bilateralen Mammakarzinoms bei dem Patienten (männlich)"* entspricht dem Kriterium, das nur in Kooperation mit den zertifizierten FBREK-Zentren und welches diese im Rahmen der Wissen generierenden Versorgung validieren.	

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
5.2.1	Fachärzte für das Gynäkologische Krebszentrum • Mind. 2 Fachärzte für Gynäkologie mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie gemäß Stellenplan in Tätigkeit für das Gynäkologische Krebszentrum. • Die Fachärzte sind namentlich zu benennen. Erstzertifizierung Mind. 1 Facharzt für Gynäkologie mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie. Ein zweiter Facharzt für Gynäkologie sollte sich in der Weiterbildung für die Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie befinden. Diese muss im Zeitraum vor der Re-Zertifizierung (nach 3 Jahren) erfolgreich abgeschlossen sein und gemeldet werden. Ein Konzept für die Ausbildung von Schwerpunktinhabern Gynäkologische Onkologie muss vorliegen. Zusätzlich sollen die in Ausbildung Befindlichen (+ Nachweis Logbuch) genannt werden. Abweichungen sollen begründet werden.	<u>FAQ (14.07.2016)</u> Wie ist bei Weggang/Ausfall des 2. Schwerpunktinhabers zu verfahren? Antwort: Wenn nach der Re-Zertifizierung kein 2. Schwerpunktinhaber für das Zentrum zur Verfügung steht (z.B. Weggang/Ausfall), dann muss die Nachbesetzung innerhalb von 12 Monaten ab Zeitpunkt Weggang/Ausfall erfolgen. <u>FAQ (14.07.2016)</u> Wie ist zu verfahren, wenn zum Zeitpunkt der Re-Zertifizierung kein 2. Schwerpunktinhaber nachgewiesen werden kann? Antwort: Es muss nachgewiesen werden, dass nach der Erstzertifizierung Aktivitäten zur Etablierung eines 2. Schwerpunktinhabers erfolgten (z.B. Neueinstellung, Ausbildung, …). Von Seiten des Zentrums sind die Gründe für einen fehlenden 2. Schwerpunktinhabers in einer schriftlichen Stellungnahme im Vorfeld der Re-Zertifizierung darzustellen. Anhand dieser Stellungnahme wird entschieden, ob eine Zulassung zum Audit möglich ist. Allgemein gilt, dass bei einem fehlenden 2. Schwerpunktinhaber das Zertifikat lediglich um	

 © DKG Alle Rechte vorbehalten

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
		12 Monate verlängert werden kann (Nachweis 2. Schwerpunktinhaber Voraussetzung für Verlängerung). FAQ (12.10.2017) Gemäß Kap. 5.2.1 des Erhebungsbogens sind 2 Fachärzte mit Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie im Stellenplan bezogen auf die Tätigkeit im Gynäkologischen Krebszentrum nachzuweisen. Wie ist die Vorgabe „gemäß Stellenplan in Tätigkeit für das Gynäkologische Krebszentrum“ zu verstehen? Welcher Tätigkeitsumfang ist nachzuweisen? Antwort: Diese Formulierung bedeutet, dass eine regelhafte Tätigkeit beider Fachärzte für das Gynäkologische Krebszentrum gegeben sein muss, die auch Vertretungsregelungen berücksichtigt (Richtwert: 0,5 VK/Facharzt mit Schwerpunkt für das Gyn.zentrum). Eine stundenweise Stellvertretung ist nicht ausreichend. Für eine positive Bewertung ist eine konkrete Darstellung der Tätigkeit des Facharztes mit Schwerpunktbezeichnung (namentliche Benennung im Erhebungsbogen) erforderlich. Zum Zeitpunkt der Re-Zertifizierung ist die Einbindung des zweiten Facharztes mit Schwerpunktbezeichnung über mindestens 3 Monate nachzuweisen. FAQ (26.05.2023) Kann die "Fakultative Weiterbildung Spezielle Operative Gynäkologie" nach MWBO 1992 im Sinne der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie anerkannt werden? Antwort: Ja, sie kann anerkannt werden, wenn sie von der Landesärztekammer als äquivalent anerkannt wird. Mind. 1 FA für Gynäkologie mit Schwerpunktbezeichung Gynäkologische Onkologie muss vorhanden sein.	
5.2.6.b	Anzahl Operationen pro benanntem Operateur: 20 Operationen pro Jahr, auch als Ausbildungsassistenz möglich. Alle operativen Fälle des GZ müssen durch benannte Operateure operiert werden (Erstoperateur oder als Ausbildungsassistenz).	FAQ (11.06.2026) Wie sind die OPs für die Operateure zu zählen? Antwort: Für den Nachweis der Operationen pro benanntem Operateur („operative Expertise“) zählen alle im Kennzahlenjahr durchgeführten Operationen (als Erstoperateur o. als Ausbildungsassistenz). Eine ggf. bestehende Differenz zwischen der Summe der "Operationen pro benanntem Operateur" und der Kennzahl "Operative Fälle" muss dabei erklärt werden (z.B. Überhang aus Jahr vor Kennzahlenjahr). Beispiel für die Zählweise:	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. K; 26.10.2026)

5.2 Organspezifische operative Therapie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
		• Primärfall mit Endometrium-Ca. • Operation 05/2026 durch Arzt A • Komplettierungs-OP 06/2026 durch Ärztin B ⇨ Zählweise: • Für die Angabe im EB 5.2.6.b zur operativen Expertise („Anzahl pro benanntem Operateur“) kann die 1. OP für Arzt A, die 2. OP für Ärztin B gezählt werden. Zu beachten ist: Im Basisdatenblatt und für die Kennzahl 7 (operative PF) ist die Pat. aber nur als 1 (!) operativer Primärfall zu zählen (er fasst wird die Komplettierungs-OP). <u>FAQ (15.05.2019)</u> Wer kann als Operateur benannt werden? Antwort: Ein Facharzt für Gynäkologie mit Erfüllung der quantitativen Anforderungen (mind. 20 OPs/Jahr) und mind. in Weiterbildung zum Schwerpunktinhaber befindlich (Nachweis Expertise: Bescheinigung durch Zentrumsleiter). <u>FAQ (26.05.2023)</u> Gibt es eine Vorgabe, welche operativen Eingriffe gezählt werden können? - Z.B. Laparoskopie mit PEs zur Sicherung eines fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms (1) - Lymphknoten-Staging beim Zervixkarzinom als operativer Fall, wenn anschließend bestrahlt wird (2) - HSK/ Kürettage beim EndometriumCa (3)? Antwort: Zu 1) und 2): Zählt als operativer Fall, Zu 3): Zählt nicht, wenn ausschließlich Diagnosesicherung.	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. K; 26.10.2026)

6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie

Kap.	Anforderungen		
6.2.3	Qualifikation Behandlungseinheit /-partner • mind. 50 medikamentöse Tumortherapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) jährl. bei Pat. mit gynäkologischen / senologischen Krebserkrankungen oder • mind. 200 medikamentöse Tumortherapien (zytostatische Therapien und/ oder Targeted Therapeutika und/ oder AK/ Immun-Therapien, keine Hormontherapien) jährl. (bei unterschiedlichen Tumorarten) • Zählweise: abgeschlossene systemische/ zytostatische/ targeted Therapie pro Pat. (bestehend aus mehreren Zyklen bzw. Applikationen) • Bei Unterschreitung kann Expertise nicht über Kooperationen nachgewiesen werden	FAQ (12.10.2017) Können Pat., die sowohl eine Chemo- als auch eine AK-Therapie erhalten, 2x für die Expertise der Behandlungseinheit gezählt werden? Antwort: Bei paralleler Gabe einer Chemo- und AK-Therapie kann der Pat. nicht 2x gezählt werden.	

8 Pathologie

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
8.4	Fachärzte – Expertise 20 Histologien/Jahr pro benanntem Facharzt (inkl. PE)	FAQ (17.08.2021) Welche Histologien können gezählt werden? Antwort: Es können nur Histologien von invasiven Neoplasien des weiblichen Genitals, Borderline Tumoren des Ovars (BOT) und serösen tubaren intraepithelialen Carcinomen (STIC) gezählt werden, keine Histologien von Präkanzerosen.	

10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
10.5.1	Patient-reported outcome measures (PROM) Folgende PROM-Systeme sind bezogen auf die Krebspatienten in Nutzung (Benennung Fragebögen / techn. Befragungssystem):	FAQ (20.08.2026) Wie werden Patient-reported outcome measures (PROMs) definiert? Antwort: In Abgrenzung zu einem klinischen Assessment durch Fachkräfte im Gesundheitswesen sind Patient-reported outcome measures (PROMs) validierte Fragebögen bzw. Befragungsinstrumente, die von Pat. selbst ausgefüllt werden. Mit PROMs werden Patient-reported outcomes (PROs) erfasst, also pat.-berichtete Ergebnisse. Dadurch kann die individuelle Perspektive der Pat. systematisch in die Versorgung einbezogen werden. Beispiele für PROMs sind der EORTC-QLQ-C30, die PRO-CTCAE und das NCCN-Distress-Thermometer. In Kapitel 10.5.1 ist anzugeben, welche PROMs im Zentrum eingesetzt werden.	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. K; 26.10.2026)

10 Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Kap.	Anforderungen	Erläuterungen des Zentrums	
10.9.2	§65c-Krebsregister - Abgleich Patientenkollektiv Zentrum Es sollte ein Abgleich des Pat.-Kollektiv zwischen Zentrum und §65c-Krebsregister erfolgen. Sofern vorhanden, ist das Verfahren bzw. EDV-Tool (z.B. OncoBox Compare) zu benennen, mit denen Patientenkollektive abgeglichen werden.	FAQ (20.08.2026) Wie kann der Abgleich des Pat.-Kollektivs zwischen Zentrum und §65c-Krebsregister erfolgen? Antwort: Der Abgleich des Pat.-Kollektivs soll sicherstellen, dass alle Zentrumspat. durch das Krebsregister erfasst und alle dem Krebsregister dem Zentrum zugeordneten Pat. auch im Zentrum dokumentiert sind. Dies kann z.B. über eine xlsx-Datei o.ä. erfolgen.	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. K; 26.10.2026)

FAQ's - Datenblatt Gyn

Basisdaten Spalten A-I:

FAQ (14.07.2016)
Zählen **Dysgerminome des Ovars** und **Sarkome** zu den sonstigen Karzinomen?
Antwort: Ja.

FAQ (14.07.2016)
Was zählt zu den **Nicht-Karzinomen Ovar**?
Antwort: Keimzelltumoren und Keimstrangstromatumoren.

FAQ (12.10.2017)
Zählt ein **malignes Melanom der Vulva** als Primärfall für das Gyn. Krebszentrum?
Antwort:
Nein, es kann nicht gezählt werden.

FAQ (21.08.2018)
Zählt ein **Basalzellkarzinom der Vulva** zu den Vulvakarzinomen?
Antwort:
Ja, es zählt zu den Vulvakarzinomen. Nur bei Kennzahl 19 (inguinofemorales Staging) wird es gemäß der Kennzahlendefinition nicht mitgezählt.

FAQ (21.08.2018)
Zählen **Dermoidzysten des Ovars** (ICD-O-M 9084/0) als Primärfälle für das Gyn. Krebszentrum?
Antwort
Nein, diese können nicht gezählt werden.

FAQ (12.10.2017)
Zählen zu den **Borderlinetumoren des Ovars** auch solche mit der Dignität „unsicheres Verhalten (ICD-10 D39.1)?
Antwort:
Ja, diese werden als BOT gezählt.

FAQ (12.10.2017)
Müssen operierte Pat. mit Ovarialkarzinom ohne R0-Resektion in Spalte E **„Nicht vollständige OP"** abgebildet werden?
Antwort:
Nein. Pat. mit definitiver OP und R1-Resektion sind in der Spalte F „Definitive OP = Staging OP" abzubilden. In Spalte E „Nicht vollständige OP" werden nur jene Pat. abgebildet, die sich während des operativen Eingriffs als inoperabel erweisen.

FAQ (14.11.2017): Können **primäre Peritonealkarzinome** (ICD-10 C48) als Primärfälle gezählt werden?
Antwort: Ja.

FAQ (27.08.2019)
Ist es ausreichend, wenn das **Rezidiv eines Ovarialkarzinoms** ausschließlich über einen wiederangestiegenen Tumormarker u. bildgebenden Verdacht auf ein Rezidiv gestellt wird oder ist immer auch eine histologische Sicherung erforderlich?
Antwort:
Beim Ovarialkarzinom sind Bildgebung und/oder Tumormarker ausreichend, es ist nicht obligat eine histologische Sicherung notwendig.

FAQ (29.06.2020)
Können Pat. mit **SEIC** (seröses endometrioides intraepitheliales Karzinom) für das Gyn. Krebszentrum gezählt werden?
Antwort:
Ja, sie können gezählt werden.

FAQ (02.07.2020): Kann der **extramammäre Morbus Paget an der Vulva** als Primärfall gezählt werden?
Antwort:

 © DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. K; 26.10.2026)

Nein, er kann nicht gezählt werden.

FAQ (17.08.2021): Zählt ein **Struma-Karzinoid des Ovars** (Morphologie-Schlüssel: 9091/1) zu den „sonstigen Fällen"?
Antwort:
Nein, es zählt nicht, da es benigne ist.

FAQ (17.08.2021); Zählt ein **Granulosazelltumor der Ovarien** zu den Primärfällen?
Antwort:
Ein Granulosazelltumor mit der ICD-O-M 8620/1 zählt nicht, lediglich der maligne Granulosazelltumor mit der ICD-O-M 8620/3. Letzterer zählt zu den „sonstigen Fällen".

FAQ (17.08.2021)
Wie ist ein **beidseitiges muzinöses Ovarialkarzinom**, eines davon mit einem **Anteil eines Borderline-Tumors**, im Datenblatt zu dokumentieren?
Antwort:
Der Pat. wird trotz beidseitigem Auftreten als 1 Primärfall gewertet. Maßgeblich für den Eintrag in das Datenblatt ist das FIGO-Stadium des muzinösen Ovarialkarzinoms und nicht der Borderline-Tumor.

FAQ (17.08.2021): Zählt ein **Angiomyxom der Vulva** als Primärfall?
Antwort: Nein, es können nur inv. Neoplasien des weiblichen Genitals (inkl. BOT u. STIC) gezählt werden.

FAQ (03.05.2023)
Zählt ein **maligner GIST** für das Gynäkologische Krebszentrum?
Antwort:
Ja, er zählt zu den „Sonstigen Fällen".

FAQ (03.05.2023):
Zählt ein **Epitheloid-Sarkom / myoepithelial differenzierter Tumor des Mons pubis** für das Gynäkologische Krebszentrum?
Antwort:
Ja, er zählt zu den „Sonstigen Fällen".

FAQ (10.05.2023): Können **primäre peritoneale Mesotheliome** zu den Primärfällen des GZ gezählt werden?
Antwort: Nein, sie können nicht gezählt werden. Siehe auch: Zertifizierungssystem Mesotheliom-Einheiten.

FAQ (10.05.2023)
Können neben STIC auch **STIL** (seröse tubare intraepitheliale Läsion) des Ovars gezählt werden?
Antwort:
Nein.

FAQ (10.05.2023)
Zählt ein **großzelliges, neuroendokrines (LCNEC) Corpuskarzinom** für das Gynäkologische Krebszentrum?
Antwort:
Ja, es zählt zu den „Sonstigen Fällen".

FAQ (10.05.2023)
Zählt ein **neuroendokrines Karzinom des Ovars** (large cell neuroendokrines Karzinom, 8013/3) für das Gynäkologische Krebszentrum?
Antwort:
Ja, es zählt zu den „Sonstigen Fällen".

FAQ (10.05.2023)
Wie zählen Pat. mit Zervixkarzinom, die am Gyn. Krebszentrum ausschließlich die Brachytherapie erhalten haben?
Antwort:
Pat., die am Zentrum ausschließlich eine Brachytherapie und keine weiteren Maßnahmen wie z.B. Durchführung einer TK erhalten, können nicht als (Primär-)Fälle für das Zentrum gezählt werden.

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. K; 26.10.2026)

FAQ (16.05.2023)
Zählen **germinale Mischtumore** (9085/3) des Ovars als Fälle für das Gynäkologische Krebszentrum?
Antwort:
Ja, sie zählen zu den „Sonstigen Fällen“.

FAQ (22.08.2025)
Wie ist das neuroendokrine Zervixkarzinom (klein- und großzellig) zu zählen?
Antwort:
Neuroendokrine Zervixkarzinome sind unter Zervix-Ca. zu zählen. Die aktuellen Kennzahlen des Zertifizierungssystems für das Zervix-Ca. haben ihre Gültigkeit auch für diese Gruppe.
Die neuroendokrinen Karzinome anderer Lokalisation (Ovarial-/ Tuben-/Peritoneal, Uterus-/Endometrium, Vulva, Vagina) sind unter „Sonstige Fälle“ zu zählen.

FAQ (20.08.2026)
Wie sind Karzinosarkome zu zählen?
Molekularpathologisch werden Karzinosarkome (maligne Müllersche Mischtumoren, MMMT) inzwischen den Karzinomen zugeordnet (früher zu den Sarkomen).
Ein Karzinosarkom, das sich vom Ovar ableitet, ist den Ovarialkarzinomen zuzuordnen, beim Endometrium entsprechend den Endometriumkarzinomen.

Basisdaten Spalten J-K

FAQ (24.05.2016)
Können zu den Nicht Primärfällen auch **Progresse** gezählt werden?
Antwort:
Nein, Progresse können nicht gezählt werden.

9	Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom	Zähler	Primärfälle des Nenners mit operativem Staging mit: •Laparotomie •Peritonealzytologie •Peritonealbiopsien •Adnexexstirpation beidseits •Hysterektomie, ggf. extraperitoneales Vorgehen •Omentektomie mind. infrakolisch •Bds. pelvine u. paraaortale Lymphonodektomie	FAQ (14.07.2016) Auch bei makroskopisch unauffälligem Peritoneum sind Peritonealbiopsien durchzuführen. Das makroskopisch unauffällige Peritoneum ist keine ausreichende Begründung für das Nicht-Durchführen von Biopsien. In diesen Fällen soll eine Abweichung ausgesprochen werden. FAQ (10.05.2023) Muss das operative Staging einzeitig erfolgen oder kann es auch in 2 Sitzungen erfolgen?
		Nenner	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO I – IIIA	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. K; 26.10.2026)

<table>
<tr><td></td><td></td><td>Sollvorgabe</td><td>≥ 40%</td><td>Antwort: Sowohl ein einzeitiges als auch ein zweizeitiges Vorgehen sind zulässig.

<u>FAQ (22.08.2025)</u>
Welche operierten Pat. sollen in die Spalte F des Basisdatenblatts unter definitive OP = Staging OP (Ovar/Tuben/Peritoneal, BOT, STIC) eingetragen werden?
Antwort: Hier sind die Pat. einzutragen mit kompletter, stadiengerechter OP laut S3-LL Ovar.

Welche Operationsschritte umfassen eine „Staging“- oder komplette OP gemäß LL?

Antwort:

<table>
<tr><th>Ovar definitive Operation</th><th>FIGO IA-IIB</th><th>FIGO IIIA-IV</th><th>BOT</th></tr>
<tr><td>Laparotomie</td><td>X</td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>Peritoneal-zytologie</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr>
<tr><td>Peritoneal-biopsien</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr>
<tr><td>Adnexexstirpation bds</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr>
<tr><td>Hysterektomie</td><td>X</td><td>X</td><td></td></tr>
<tr><td>Omentektomie</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr>
<tr><td>Lymphonodektomie bds (pelvin, paraaortal)</td><td>X</td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>10</td><td>Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom</td><td>Zähler</td><td>Primärfälle des Nenners mit makroskopisch vollständiger Resektion</td><td><u>FAQ (25.07.2016)</u>
Was bedeutet „makroskopisch vollständige Resektion“?

Antwort: Das endgültige operative Ergebnis ist < R2, also R0 oder R1.</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Nenner</td><td>Operative Primärfälle Ovarialkarzinom
FIGO IIB-IV ohne vorherige Chemotherapie</td><td><u>FAQ (14.07.2016)</u>
Bezieht sich die makroskopisch vollständige Resektion bei</td></tr>
</table>

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. K; 26.10.2026)

<table>
<tr><td></td><td></td><td>Sollvorgabe</td><td>≥ 30%</td><td>mehrzeitigen OP's auf die 1. tumorspezifische Operation oder auch auf die letzte tumorspezifische OP am Tumor?

Antwort: Entscheidend ist die makroskopisch vollständige Resektion, unabhängig von der Anzahl der Operationen.

<u>FAQ (22.08.2025)</u>
Welche operierten Pat. sollen in die Spalte F des Basisdatenblatts unter definitive OP =
Staging OP (Ovar/Tuben/Peritoneal, BOT, STIC) eingetragen werden?
Antwort: Hier sind die Pat. einzutragen mit kompletter, stadiengerechter OP laut S3-LL Ovar.

Welche Operationsschritte umfassen eine „Staging"- oder komplette OP gemäß LL?

Antwort:

<table><tr><th>Ovar definitive Operation</th><th>FIGO IA-IIB</th><th>FIGO IIIA-IV</th><th>BOT</th></tr><tr><td>Laparotomie</td><td>X</td><td>X</td><td></td></tr><tr><td>Peritoneal-zytologie</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>Peritoneal-biopsien</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>Adnexexstirpation bds</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>Hysterektomie</td><td>X</td><td>X</td><td></td></tr><tr><td>Omentektomie</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr><tr><td>Lymphonodektomie bds (pelvin, paraaortal)</td><td>X</td><td></td><td></td></tr></table></td></tr>
<tr><td>11</td><td>Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom durch Gynäkoonkologen</td><td>Zähler</td><td>Primärfälle des Nenners, deren definitive operative Therapie durch einen Gynäkoonkologen durchgeführt wurde</td><td><u>FAQ (14.07.2016)</u>
Die Operationen wurden durch einen Gynäkoonkologen als Ausbildungsassistenz durchgeführt. Der Hauptoperateur war kein Gynäkoonkologe. Dürfen die OPs dennoch im Zähler abgebildet werden?

Antwort: Ja.</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Nenner</td><td>Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV nach Abschluss der operativen Therapie</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Sollvorgabe</td><td>≥ 80%</td><td></td></tr>
<tr><td>13</td><td>First-Line Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom</td><td>Zähler</td><td>Primärfälle des Nenners mit First-Line Chemotherapie mit Carboplatin u. Paclitaxel</td><td><u>FAQ (10.05.2023)</u>
Können Pat., die –z.B. im Rahmen einer Studie – <u>zusätzlich</u> weitere Substanzen erhalten im Zähler gezählt werden?
Antwort:
Ja, diese können gezählt werden.

<u>FAQ (10.05.2023)</u>
Bezieht sich die Gabe von Carboplatin/Paclitaxcel auf die</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Nenner</td><td>Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIA-IV</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Sollvorgabe</td><td>≥ 60%</td><td></td></tr>
</table>

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. K; 26.10.2026)

				adjuvante oder die neoadjuvante Gabe? Antwort: auf die adjuvante Gabe. FAQ (22.08.2025) Geht es um eine postoperative Chemotherapie? Antwort: ja, es geht um die postoperative Chemotherapie. FAQ (22.08.2025) Geht es um die Substanzen, die zur First-line-Chemotherapie eingesetzt werden? Antwort: Ja, gemäß der LL-Empfehlung sollen Carboplatin und Paclitaxel als First-Line Chemotherapie eingesetzt werden. Im Zähler sind nur Pat. mit dieser Chemotherapie zu zählen. FAQ (22.08.2025) Frage: wenn die adjuvante Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel bereits begonnen, kann der Fall trotzdem für den Zähler gezählt werden? Antwort: ja, kann gezählt werden.
18	Vulvakarzinom: Angaben in Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion	Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundberichten mit Angaben zu: •histologischer Typ nach WHO, •Grading, •Nachweis/Fehlen von Lymph- oder Blutgefäßeinbrüchen (L- und V- Status), •Nachweis/Fehlen von Perineuralscheideninfiltraten (Pn-Status), •Staging (pTNM), •Invasionstiefe und Ausdehnung in mm bei pT1a, dreidimensionale Tumorgröße in cm (ab pT1b), •metrische Angabe des minimalen Abstandes des Karzinoms und der VIN zum vulvären Resektionsrand im histologischen Präparat; •bei erfolgter Resektion des vulvo-vaginalen bzw. vulvo-analen Überganges und ggf.	FAQ (12.10.2017) Muss das pTNM (Staging) vollständig sein? Antwort: In der Kennzahl geht es um den Inhalt des pathologischen Befundberichtes. Wenn keine Lymphknotenentfernung gemacht wurde, kann kein pN angegeben werden. cN kann kein Ersatz sein, weil dieses nicht durch den Pathologen bestimmt wurde. FAQ (12.10.2017) Wird hier jeweils vom invasiven Karzinom und der VIN ein getrennter Resektionsrand erwartet? Antwort: Ja, getrennte Angabe des Resektionsrandes von inv. Karzinom und VIN.

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. K; 26.10.2026)

			der Urethra metrische Angabe des minimalen Abstandes zum vulvo-vaginalen bzw. vulvo-analen, ggf. urethralen Resektionsrand; •metrische Angabe des minimalen Abstandes zum Weichgewebsresektionsrand (basaler Rand)	FAQ (12.10.2017) Sind nur VIN III-Läsionen zu berücksichtigen oder fließen auch VIN I und VIN II ein? Antwort: Die Leitlinie schreibt ausschließlich VIN, somit sind VIN I-III gemeint. FAQ (17.08.2021) Wie ist die dreidimensionale Tumorgröße anzugeben? Antwort: Dreidimensionale Tumorgröße in cm = Länge in cm (horizontale Ausdehnung) x Breite in cm (vertikale Ausdehnung) x Tiefe in cm (Infiltrationstiefe). Aber es sind nicht die Kubikzentimeter gefragt, sondern das Ausmaß der Ausdehnung, also jeweils cm.
		Nenner	Primärfälle Vulvakarzinom mit Tumorresektion	
		Sollvorgabe	≥ 90%	
20	Vulvakarzinom: Durchführung inguinofemorales Staging	Zähler	Primärfälle des Nenners mit operativem Staging (systematische Lymphonodektomie und/oder Sentinel Verfahren) der inguinofemoralen Lymphknoten	FAQ (12.10.2017) Welche Operationsschlüssel sind für diese Kennzahl zu dokumentieren? Antwort: Es geht um das Lymphknoten-Staging, das i.d.R. mit einer eigenen OPS kodiert wird. Es gibt mehrere OPS, die dafür in Frage kommen, abhängig von der durchgeführten OP. Zuständig für die Eingabe dieser OPS sind die Operateure, ggf. in Absprache mit dem Controlling. FAQ (22.08.2025) Sind die in der Kennzahl aufgeführten operativen verfahren (systematische Lymphadenektomie u./o. Sentinel-Lymph-Node) die zutreffende Vorgehensweise bei „auffälligen“ Lymphknoten oder ist die Exzision dieser LK ausreichend? Antwort: Bei klinisch unauffälligen Lymphknoten, die intraoperativ makroskopisch auffällig sind oder sog. „bulky nodes“, ist die Exzision dieser LK ausreichend. Diese Fälle können im Zähler berücksichtigt werden.
		Nenner	Primärfälle Vulvakarzinom >= pT1b (ohne Basalzellkarzinom u. ohne verruköses Karzinom)	
		Sollvorgabe	≥ 90%	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. K; 26.10.2026)

21	Vulvakarzinom: Sentinel Lymphknoten Biopsie	Zähler	Primärfälle des Nenners mit folgenden Merkmalen: • Klinische Tumorgröße < 4 cm u. • Unifokaler Tumor (= keine multiplen Tm; TNM m-Symbol)) u. • Klinisch unauffällige Lymphknoten (cN0) u. • Pathohistologisches Ultrastaging der Lymphknoten (= entsprechend LL), nur wenn in der HE-Färbung alle Sentinel-Lymphknoten tumorfrei sind	FAQ (17.08.2021) Was ist das pathohistologische Ultrastaging? Antwort: Ein Ultrastaging, also die immunhistochemische Untersuchung der LK mit einem Pan-Zytokeratinantikörper, wird durchgeführt, wenn in der HE-Färbung alle Sentinel-LK neg. sind. Wenn die LK in der konventionellen Färbung (= HE) pos. sind, wird kein Ultrastaging gemacht. FAQ (22.08.2025) Frage: Zählen im Nenner nur Primärfälle mit alleiniger Sentinel Lymphknotenbiopsie (SNB) oder müssen auch Primärfälle mit SNB und zusätzlicher Lymphonodektomie (LNE) gezählt werden? Antwort: Nein, hier zählen im Nenner nur die Primärfälle, bei denen eine reine SNB erfolgte und nicht zusätzlich eine LNE.
		Nenner	Primärfälle Vulvakarzinom und Sentinel-Lymphknotenbiopsie	
		Sollvorgabe	≥ 90%	

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. K; 26.10.2026)

<table>
<tr>
<td>23
24
25</td>
<td>Endometriumkarzinom: Sentinel-Lymphadenektomie bei Primärfällen mit intermediate risk- oder high-intermediate risk-Endometriumkarzinom

Endometriumkarzinom: Keine adjuvante Strahlen- und/ oder Chemotherapie bei Primärfällen mit low-risk-Endometriumkarzinom

Endometriumkarzinom: Adjuvante Chemotherapie o. kombinierte Strahlen-Chemotherapie bei Primärfällen mit high-risk-Endometriumkarzinom</td>
<td>
<u>FAQ (26.10.2026)</u>
Welche Risikoklassifikation ist im Nenner der Kennzahlen 23.-25 für das Endometriumkarzinom gemeint?

Antwort: Die deutsche S3-LL Endometriumkarzinom | Langversion - 4.1, aus der die Qualitätsindikatoren stammen, bezieht sich auf die ESGO/ESTRO/ESP-Risikoklassifikation 2021[1].

Die Risikoklassifikation unterscheidet 5 Risikoklassen.
Tabelle -ins Deutsche übersetzt- gemäß [1]:
<table>
<tr><th>Risikogruppe</th><th>Molekulare Klassifikation bekannt*†</th></tr>
<tr><td>Niedrig</td><td>► Stadium I–II POLEmut-Endometriumkarzinom, kein Residualtumor
► Stadium IA MMRd/NSMP endometrioides Karzinom + niedriggradig‡ + LVSI negativ oder fokal</td></tr>
<tr><td>Intermediär</td><td>► Stadium IB MMRd/NSMP endometrioides Karzinom + niedriggradig‡ + LVSI negativ oder fokal
► Stadium IA MMRd/NSMP endometrioides Karzinom + hochgradig‡ + LVSI negativ oder fokal
► Stadium IA p53abn und/oder nicht-endometrioid (serös, klarzellig, undifferenziertes Karzinom, Karzinosarkom, gemischt) ohne Myometriuminfiltration</td></tr>
<tr><td>Hoch-intermediär</td><td>► Stadium I MMRd/NSMP endometrioides Karzinom + substanzielle LVSI, unabhängig von Grading und Infiltrationstiefe
► Stadium IB MMRd/NSMP endometrioides Karzinom hochgradig‡, unabhängig vom LVSI-Status
► Stadium II MMRd/NSMP endometrioides Karzinom</td></tr>
<tr><td>Hoch</td><td>► Stadium III–IVA MMRd/NSMP endometrioides Karzinom ohne Residualtumor
► Stadium I–IVA p53abn-Endometriumkarzinom mit Myometriuminfiltration, ohne Residualtumor
► Stadium I–IVA NSMP/MMRd seröses, undifferenziertes Karzinom, Karzinosarkom mit Myometriuminfiltration, ohne Residualtumor</td></tr>
<tr><td>Fortgeschritten / metastasiert</td><td>► Stadium III–IVA mit Residualtumor, jeder molekulare Typ
► Stadium IVB, jeder molekulare Typ</td></tr>
</table>
* Für POLEmut-Endometriumkarzinome im Stadium III–IVA sowie für MMRd- oder NSMP-klarzellige Karzinome im Stadium I–IVA mit Myometriuminfiltration liegen nicht genügend Daten vor, um diese Patientinnen in der molekularen Klassifikation einer prognostischen Risikogruppe zuzuordnen. Prospektive Register werden empfohlen.
† Zur Zuordnung von Doppelklassifikationen siehe Text (z. B. sollen Patientinnen mit sowohl POLEmut als auch p53abn wie POLEmut behandelt werden).
‡ Nach dem binären FIGO-Grading gelten Grad-1- und Grad-2-Karzinome als niedriggradig (low-grade) und Grad-3-Karzinome als hochgradig (high-grade).
Abkürzungen: LVSI = lymphovaskuläre Invasion (Lymph- und Blutgefäßinvasion); MMRd = Mismatch-Reparatur-defizient; NSMP = kein spezifisches molekulares Profil; p53abn = p53-abnormal; POLEmut = Polymerase-ε-mutiert.

[1] Concin, N, Matias-Guiu, X, Vergote, I, Cibula, D, Mirza, MR, Marnitz, S, et.al. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma., Int J Gynecol Cancer, 2021. 31 (1)(1): p. 12-39., doi: 10.1136/ijgc-2020-002230.
</td>
</tr>
</table>

© DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. K; 26.10.2026)