

**Brust**

**Gebärmutter Körper**

**Eierstock**

**Gebärmutterhals**

**Vulva**

**Vagina**



# 2010

<b>Krebs Erkrankung</b>	<b>Häufigkeit</b> pro 100.000 Frauen	<b>Sterblichkeit</b> pro 100.000 Frauen	Kumulatives <b>Sterberisiko</b> bis 75
<b>Brust</b>	<b>5105</b>	<b>16,3 (1502)</b>	<b>1,6</b>
<b>Gebärmutter</b>	<b>873</b>	<b>1,4 (141)</b>	<b>0,1</b>
<b>Eierstock</b>	<b>675</b>	<b>4,8 (438)</b>	<b>0,5</b>
<b>Gebärmutter hals</b>	<b>380</b>	<b>2,1 (161)</b>	<b>0,2</b>

# **Uteruskörper**

## **Charakter**

**Blutung als Frühsymptom**

**keine Vorsorge**

**Risikofaktoren**

**(Lynch) Syndrom**

**Gute Heilungschancen**



# Uteruskörper

## Behandlung

TAH

Lymphknotenentfernung >G1

Radikalität umstritten

Adjuvante Irradiatio

Chemotherapie >pT1N0M0

# Ovarialkarzinom

**Charakter**

**Risikofaktoren**

**Keine Vorsorge?**

**Symptomarm**

**Schnell wachsend**

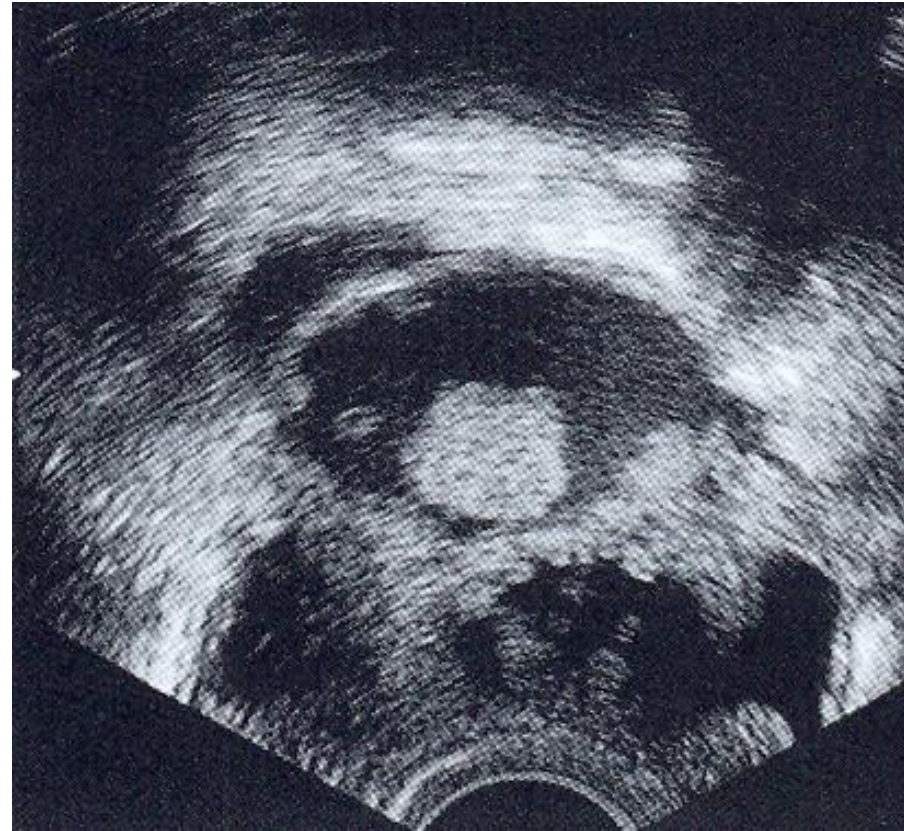
**Häufig Oberbauchbefall**

**Lange auf den Bauchraum begrenzt**

**Chemosensibel**



# EIERSTOCKKREBS



# Ovarialkarzinom

## Charakter

**Risikofaktoren**

**Keine Vorsorge?**

**Symptomarm**

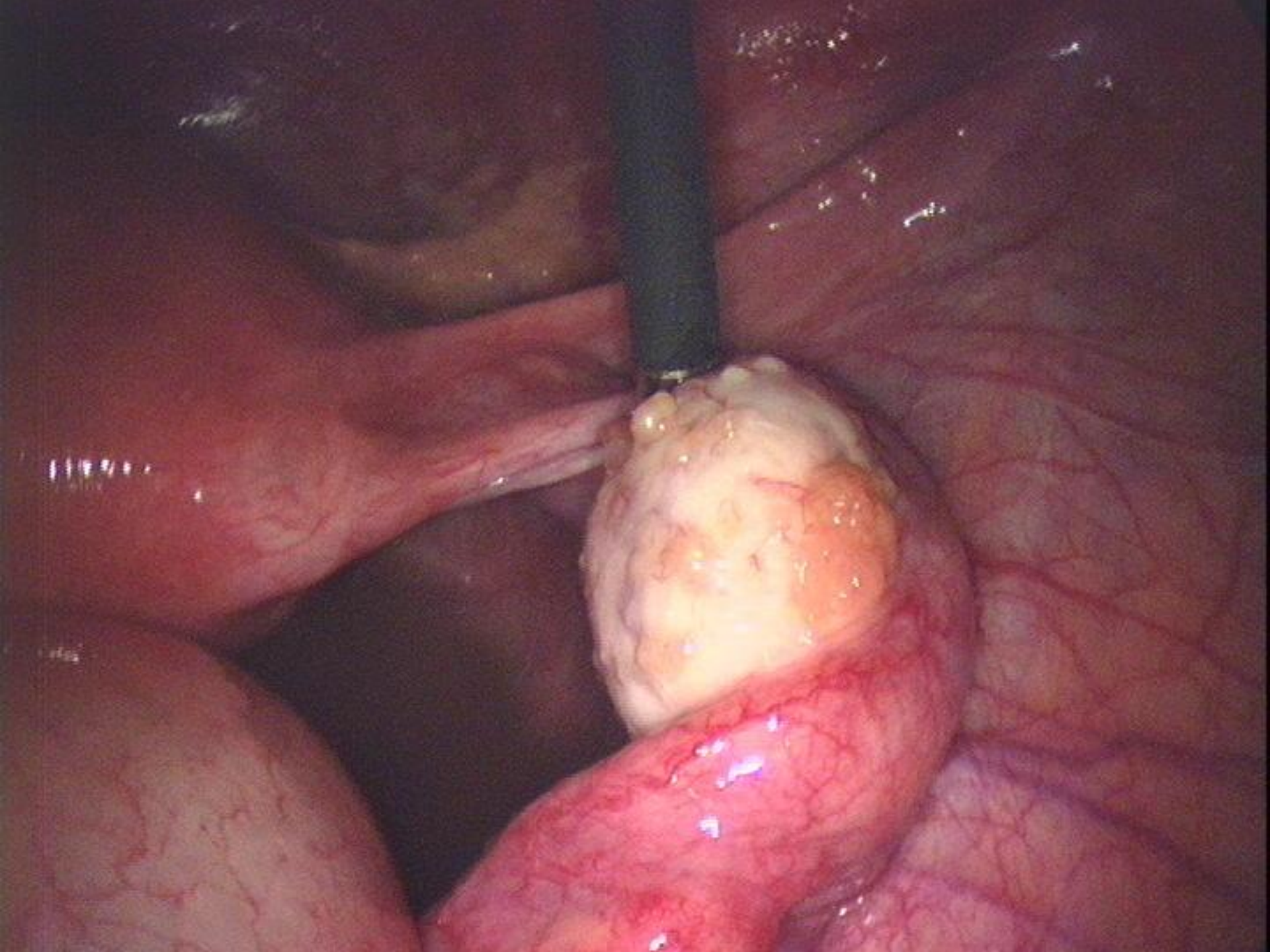
**Schnell wachsend**

**Häufig Oberbauchbefall**

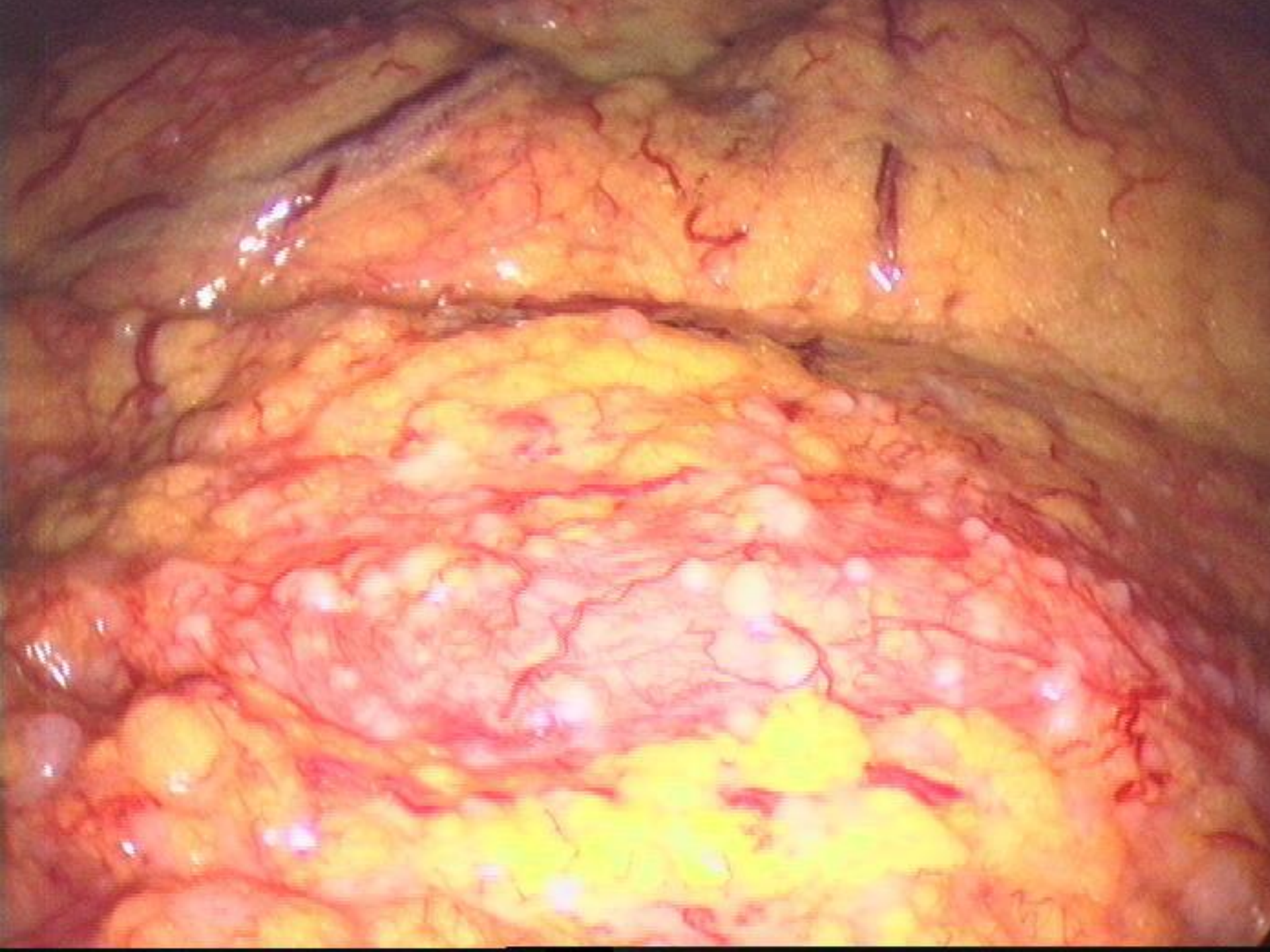
**Lange auf den Bauchraum begrenzt**

**Chemosensibel**

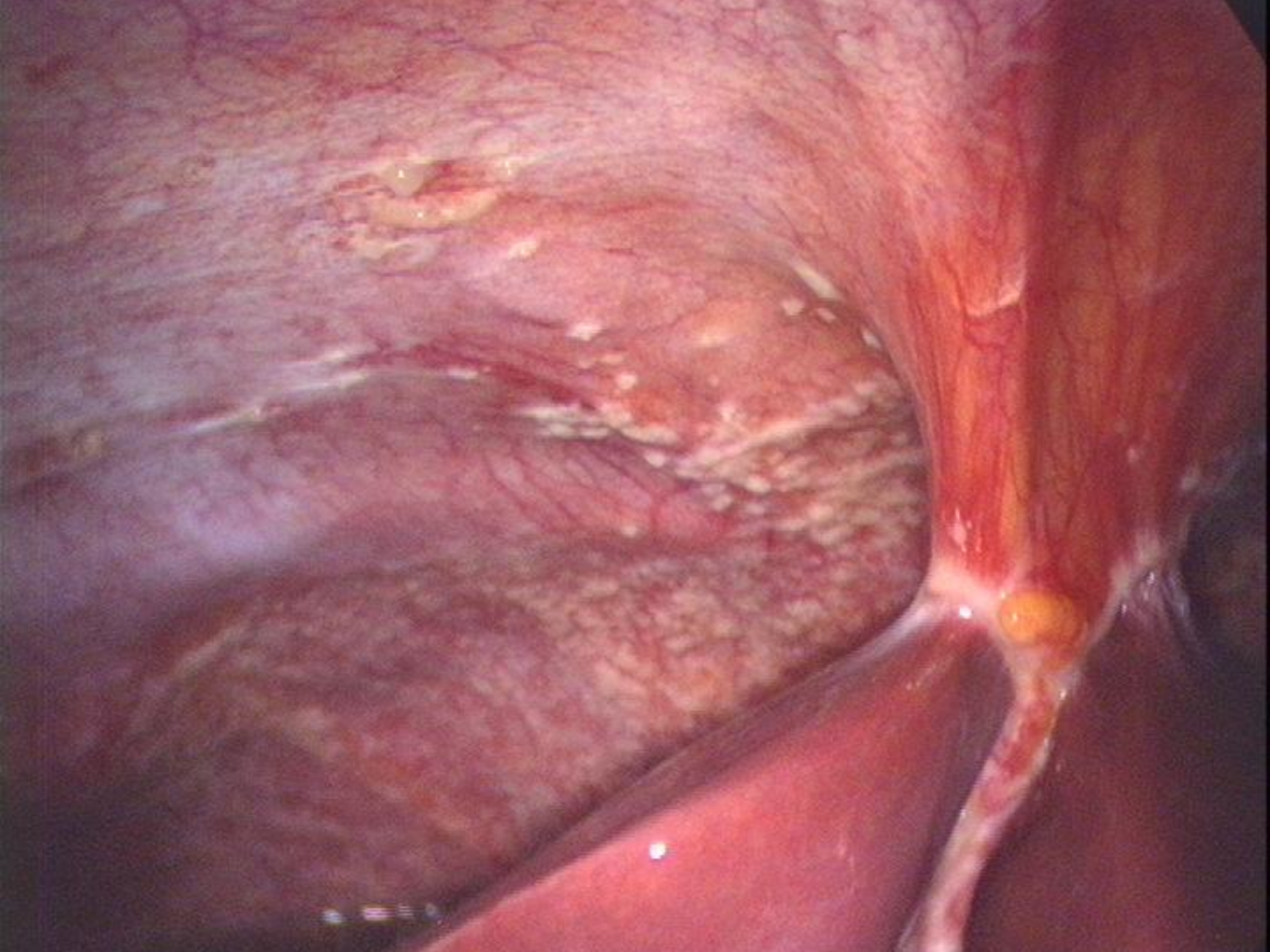






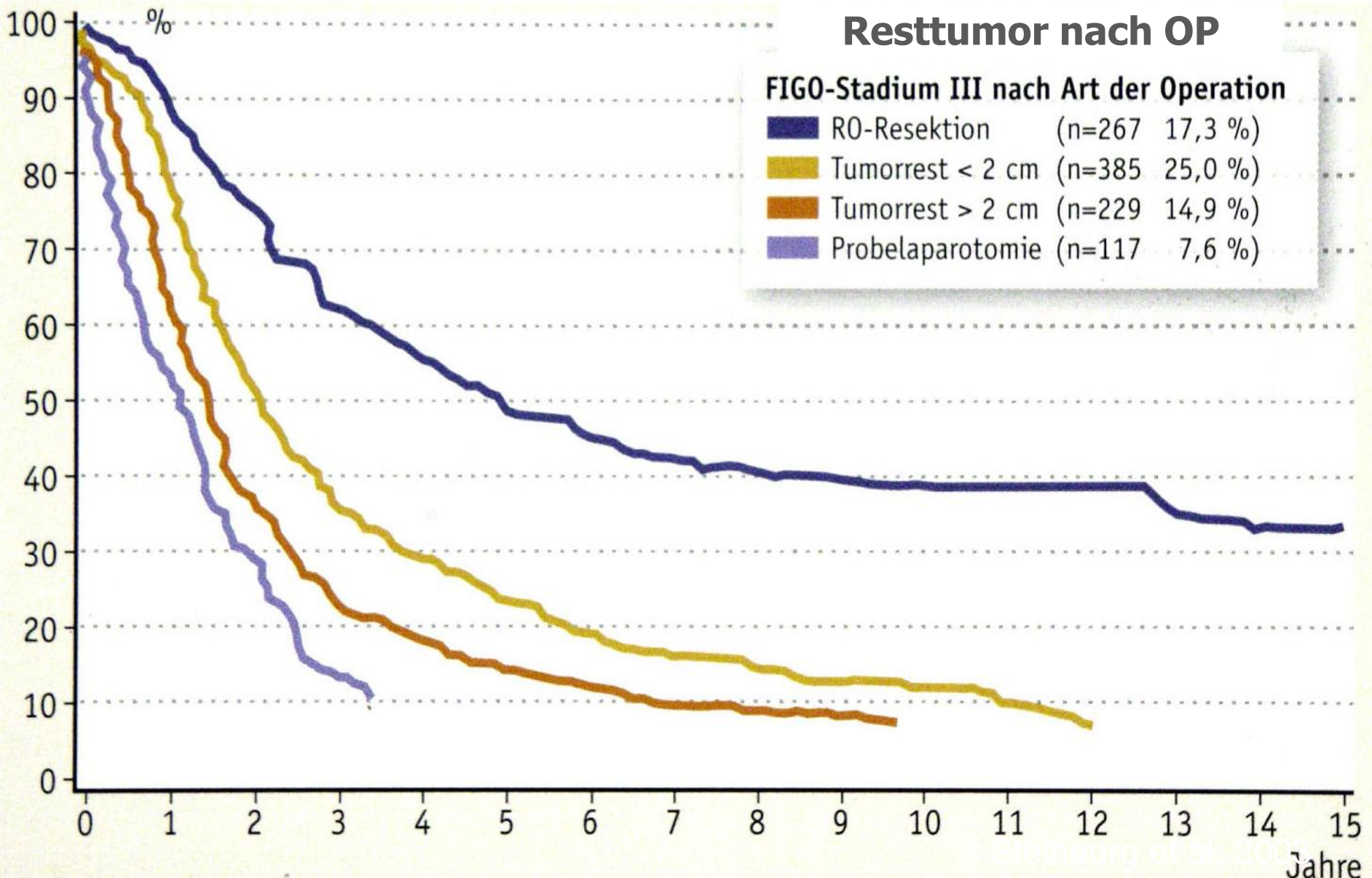






# Operation des Ovarialkarzinoms FIGO III

## Überleben nach Primär-OP



# Debulking: maximum effort

**TAH-BSO**  
**Pelvine/paraaortale LN-Dissektion**  
**Omentumresektion**  
**Dünndarmresektion**  
**Rektosigmoidresektion**  
**Peritoneal Stripping**  
**Diaphragma Stripping**  
**Milzresektion**  
**Leberteilresektion**



# Operation des Ovarialkarzinoms

## - Netzplatte -





# Operation des Ovarialkarzinoms

## - Befall Zwerchfellkuppeln -



# Operation des Ovarialkarzinoms

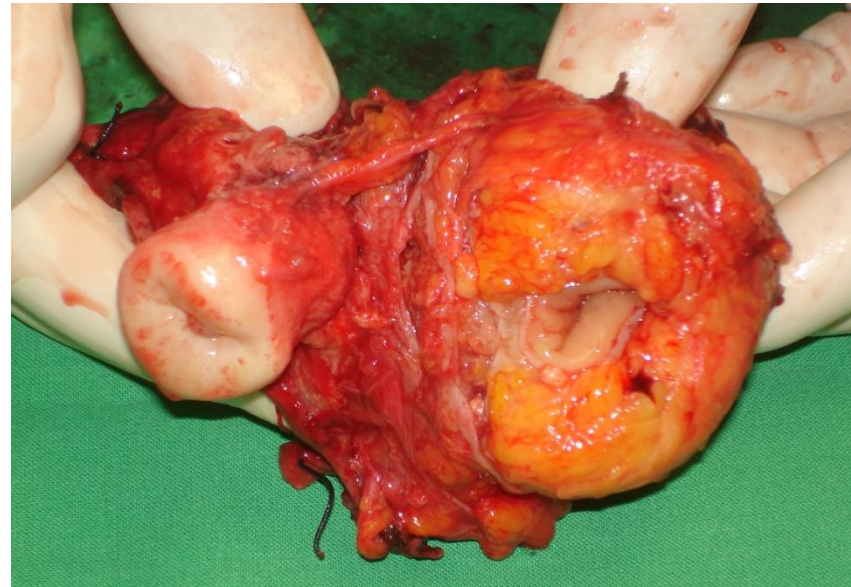
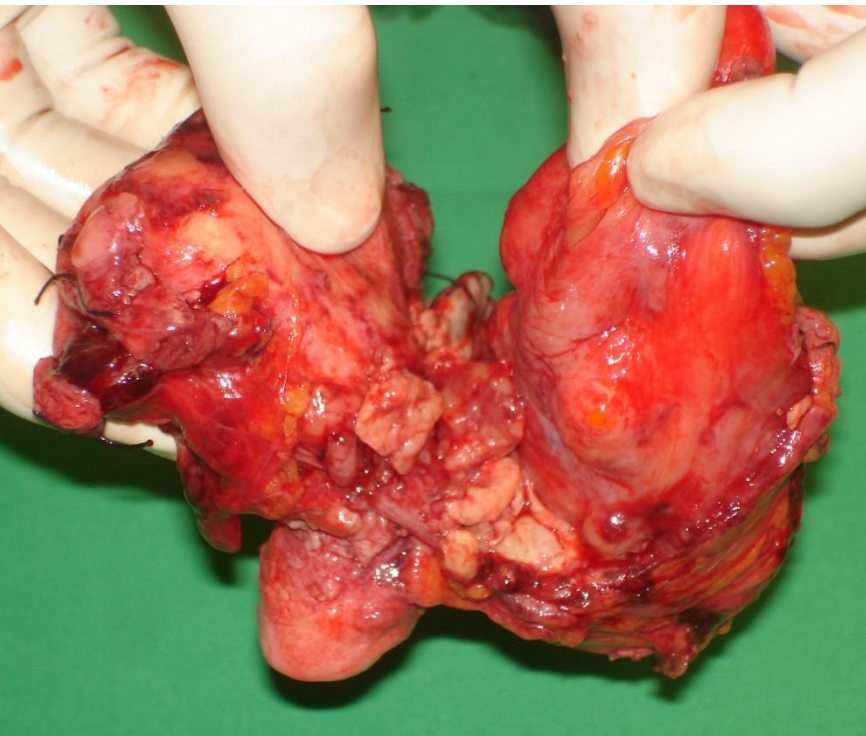
## - Peritonealresektion -





# Operation des Ovarialkarzinoms

## - En bloc-Resektion bei großem Tumor -



# Lebermetastasen Chirurgie



**Survival for patients with:**

**Optimal hepatic + extrahepatic debulking: 50mo**

**Subopt. hepatic + optimal extrahep. deb.: 27mo**

**Subopt. hepatic + extrahep. deb.: 7mo**

**Bristow et al. 1999**

# Ovarialkarzinom

## Adjuvante Therapie

**Taxol + Carboplatin**  
**Avastin**

.....

**Yondelis**  
**Caelix**

# **Gebärmutterhalskrebs**

## **Charakter**

- **HPV induziert**
  - **Impfung**
- **Früherkennung**
  - **selten**
- **Gute Heilungschancen im frühen Stadium**
  - **Radikaloperation**
  - **Irradiatio**

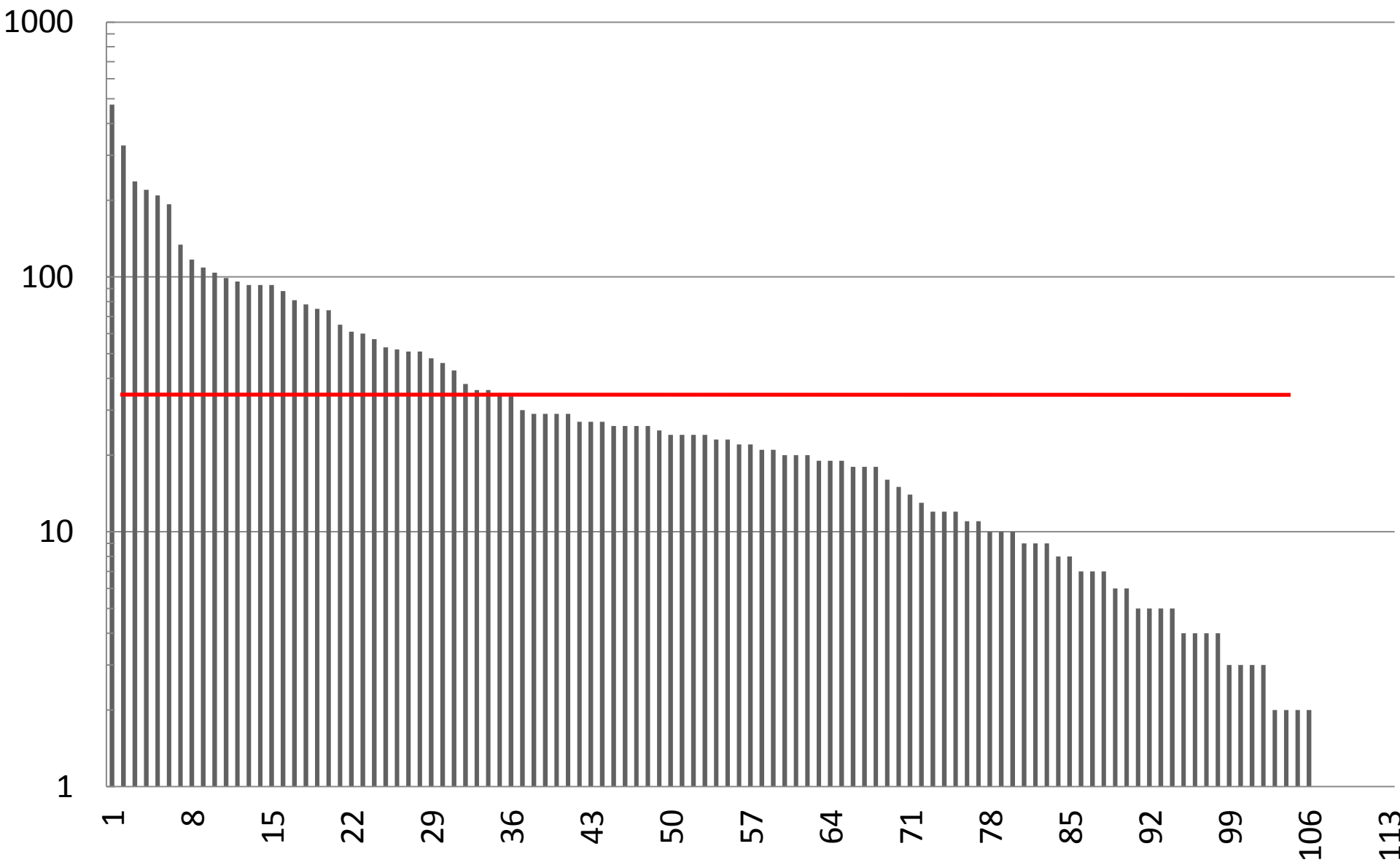


# Brustgesundheitszentren in Österreich

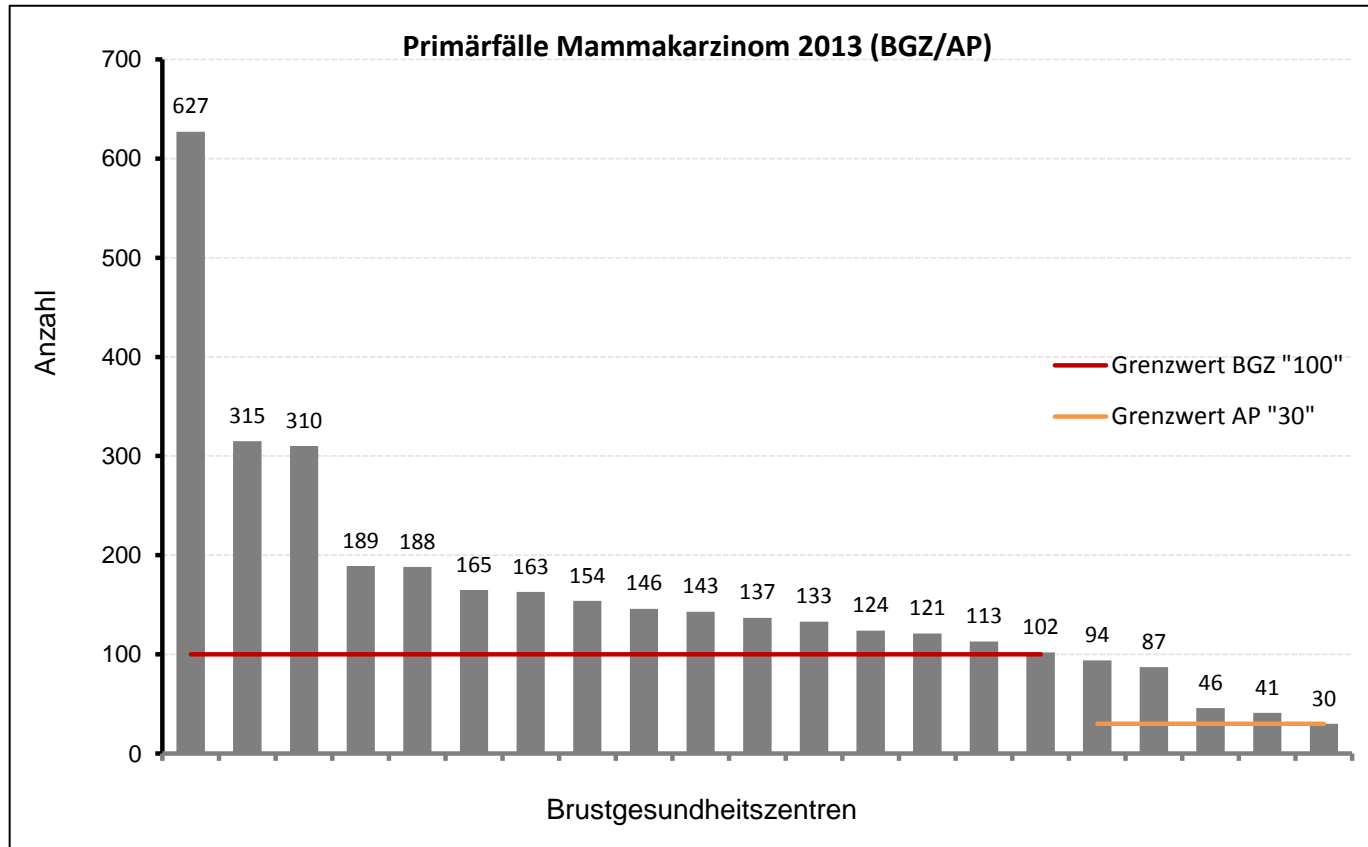
Zentrum	Datum letztes Audit	Zahl Audits	Bemerkung
Tirol-Innsbruck	3/13	2	
Dornbirn	4/13	2	AP
Lienz	10/14	2	AP
Schwaz	10/13	1	AP
Wien AKH	11/13	2	
Barmherz.Br. Wien	11/11	1 (0)	AP, Vertrag offen
Güssing	4/15	1	AP
Klagenfurt	10/13	2	
Villach	5/13	2	
Privatkl. Villach	4/14	2	AP
Goldenes Kreuz Wien	3/14	2	
Rudolfstiftung Wien	4/14	2	
Hietzing Wien	6/13	2	
Feldbach	1/15	2	
Feldkirch	11/13	2	
St. Veit	4/14	2	
Wels-Grieskirchen	9/14	1	
Braunau	2/15	1	AP
Graz LKH Uni	4/14	2	
Linz	12/14	1	
Leoben	10/12	1	
SMZ Ost Wien	4/15	1	
SMZ Süd	12/13	1	
Graz LKH West	12/14	2	
Wilhelminen Wien	2/13	1	

**ÖZK** ÖSTERREICHISCHE  
ZERTIFIZIERUNGS-  
KOMMISSION

# BET 2006 ÖBIG



# Cave: Ab 2014 liegt der Grenzwert für APs bei 50 Primärfällen im Jahr

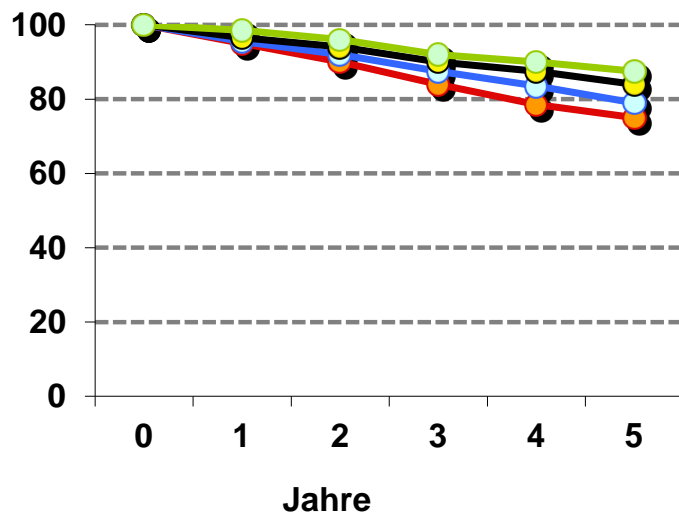


# ZENTRALISIERUNG ÜBERLEBEN

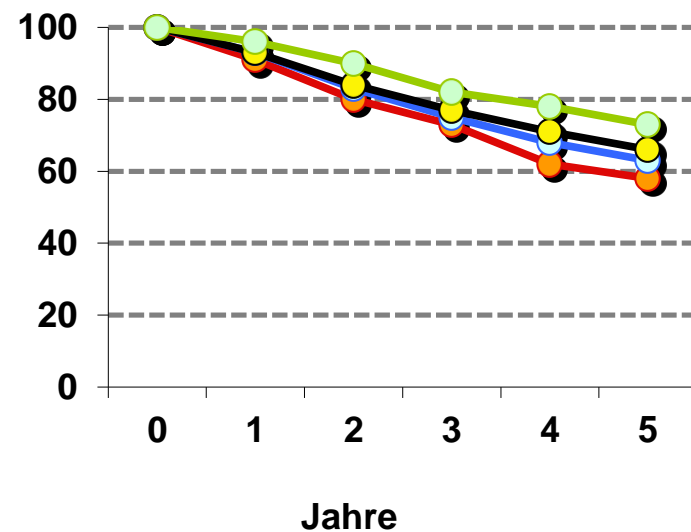
Roohan et al. 1998, 51.098 Pat., New York 1984-89

OP / Jahr	<span style="color: red;">●</span> very low < 10	<span style="color: lightblue;">○</span> low 11-50	<span style="color: yellow;">●</span> medium 51-150	<span style="color: green;">○</span> high > 150
Sterberisiko	1.60	1.30	1.19	1
HR (95% CI) nodal negativ	(1.42-1.81)	(1.22-1.37)	(1.12-1.37) nodal positiv	

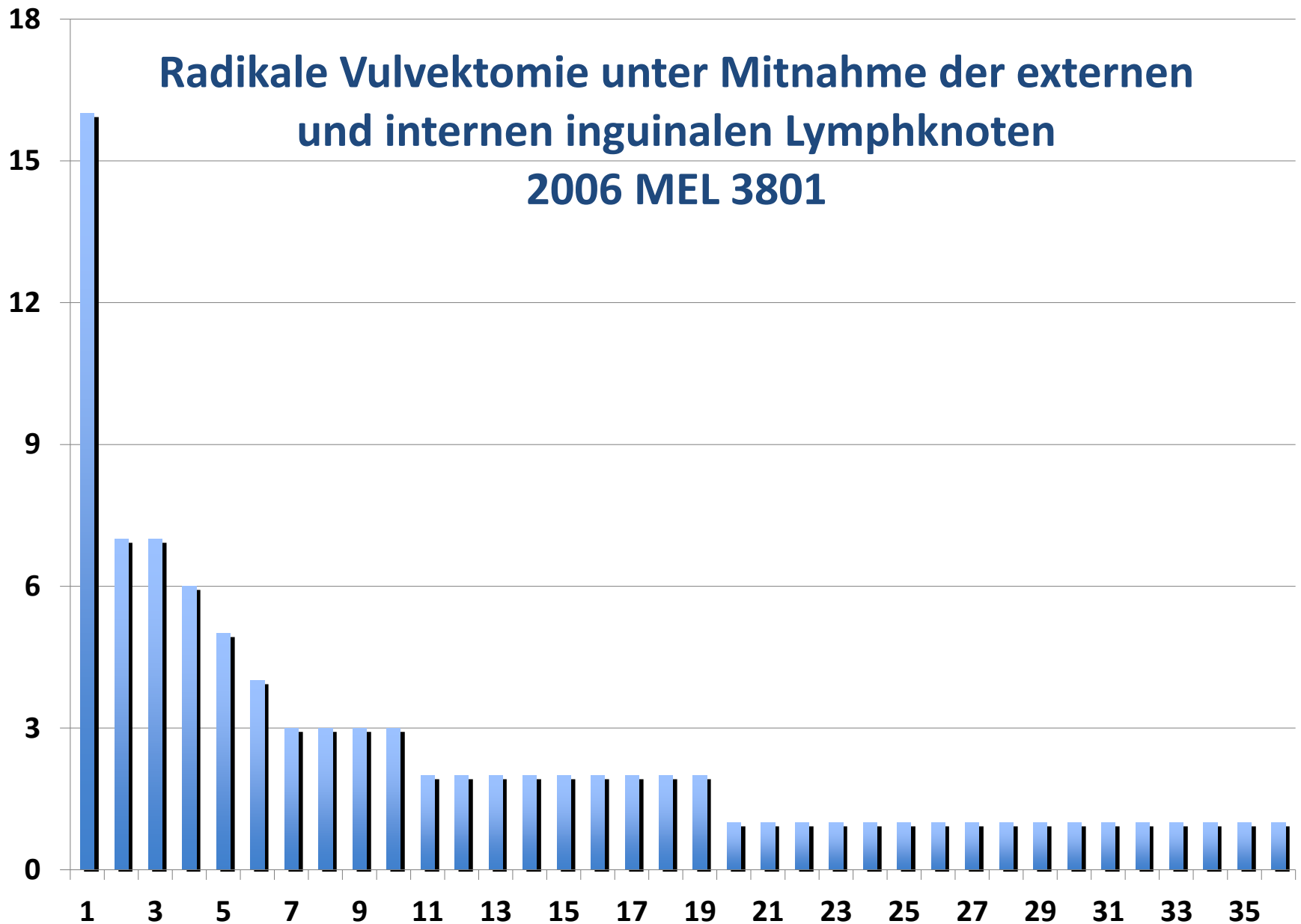
Survival (%)



Survival (%)

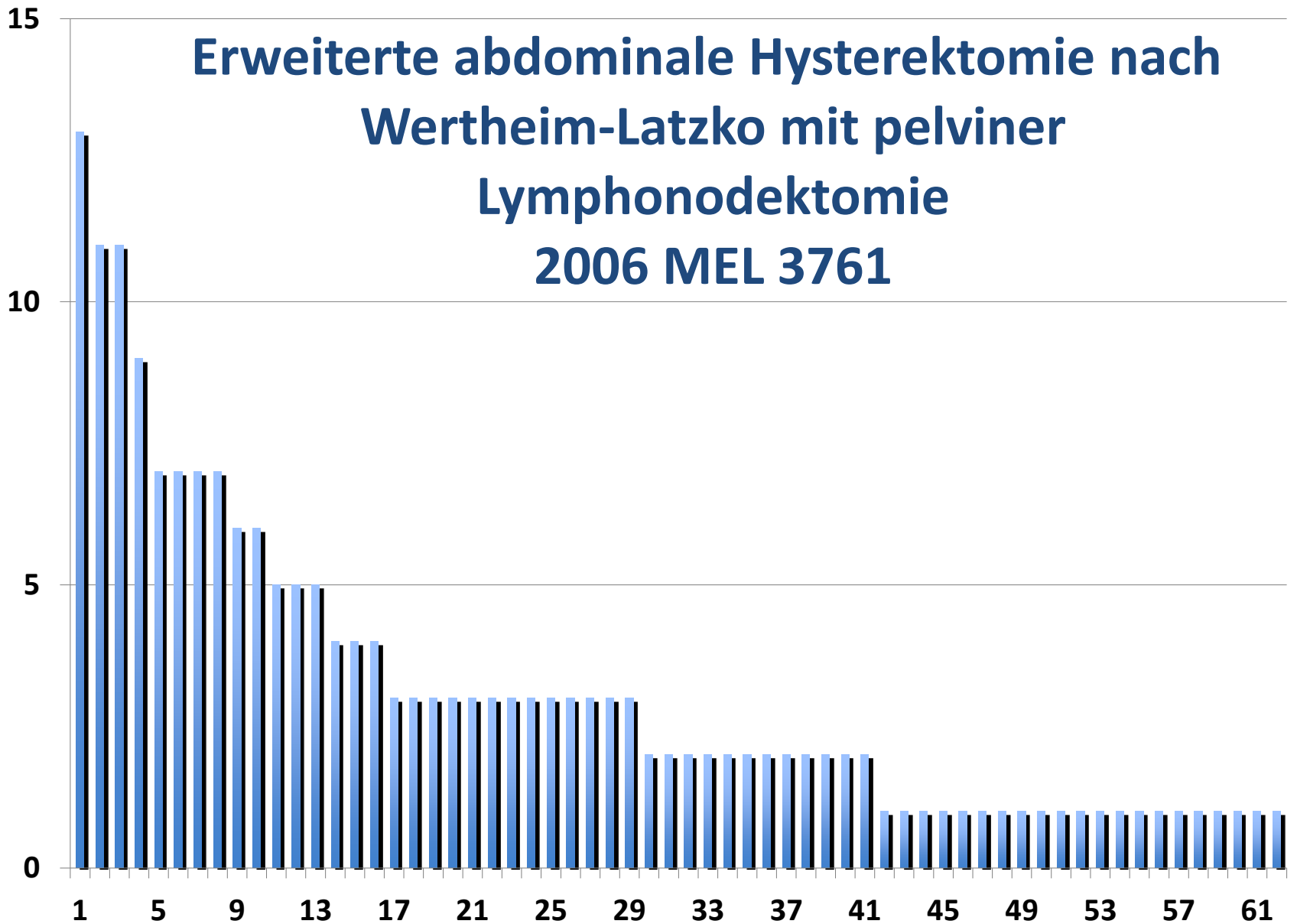


# Radikale Vulvektomie unter Mitnahme der externen und internen inguinalen Lymphknoten 2006 MEL 3801





# Erweiterte abdominale Hysterektomie nach Wertheim-Latzko mit pelviner Lymphonodektomie 2006 MEL 3761



---

# **Anforderungsprofil der ÖZK für die Zertifizierung von Zentren für Gynäkologische Tumore**

---

**Inhalt:**

Struktur, Netzwerk und Organisation

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Befragungs- und Bewertungssysteme und Qualitätsmanagement

Beratung des Patienten

Studien

Fort- und Weiterbildung

Angaben zur Radiologie

Angaben zur operativen Therapie

Angaben zur Radioonkologie

Angaben zur Pathologie

Angaben zur Medizinischen Onkologie

Tumordokumentation / Ergebnisqualität

Ablauf Audit

## 2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

<b>2.1 Fallzahlen</b>
<b>Anforderungen</b>
<p>Pro Jahr muss das Zentrum für Gynäkologische Tumore mindestens 75 Frauen mit einem neu aufgetretenen Genitalmalignom behandeln (Primärfall).</p> <p>Pro Jahr muss ein AP mindestens 30 Frauen mit einem neu aufgetretenen Genitalmalignom behandeln (Primärfall).</p> <p>Wird ein Primärfall beim AP diagnostiziert und an das Hauptzentrum zur Therapie überwiesen, kann der Fall für beide Partner gezählt werden.</p> <p>Die Zahl der Primärfälle aller APs darf die Zahl der Primärfälle des Hauptzentrums nicht übersteigen.</p> <p>Der Primärfall wird mit dem Zeitpunkt der ersten histologischen / zytologischen Sicherung gezählt.</p> <p>Borderlinetumore zählen zu den Primärfällen.</p> <p>Präkanzerosen und Dysplasien zählen nicht zu den Primärfällen.</p>
<b>Beschreibung des Zentrums</b>
<b>Kennzahl</b> (im Cockpit eintragen)
<p>Die Zahl der Primärfälle muss pro Jahr mindestens 75 betragen.</p> <p>Ein AP muss pro Jahr mindestens 30 Primärfälle behandeln.</p>

# Tumorboard

GA 2.2 Tumorboard – Teilnahme und Organisation
Anforderungen
<p>Das Tumorboard des Zentrums muss mindestens einmal pro Woche durchgeführt werden. Das Tumorboard findet grundsätzlich am Standort des Hauptzentrums statt. Es kann nur dann am Standort des AP durchgeführt werden, wenn die erforderlichen Disziplinen vor Ort zur Verfügung stehen, bzw. aus dem Hauptzentrum teilnehmen.</p> <p>Die Teilnahme muss durch Teilnehmerlisten nachgewiesen werden.</p> <p>Die Teilnahme kann über Videokonferenz erfolgen.</p> <p>Die Teilnahme am Tumorboard ist für folgende Fachrichtungen obligat:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Operative Disziplin</li><li>• Radiologie</li><li>• Pathologie</li><li>• Radioonkologie</li><li>• Medizinische Onkologie.</li></ul> <p>Bei Bedarf sind weitere Fachrichtungen hinzuzuziehen.</p> <p>Sind für eine Fachrichtung zwei oder mehr Partner benannt, muss mindestens einer der Partner am Tumorboard teilnehmen, jeder Partner jedoch mindestens einmal im Monat.</p>
Beschreibung des Zentrums

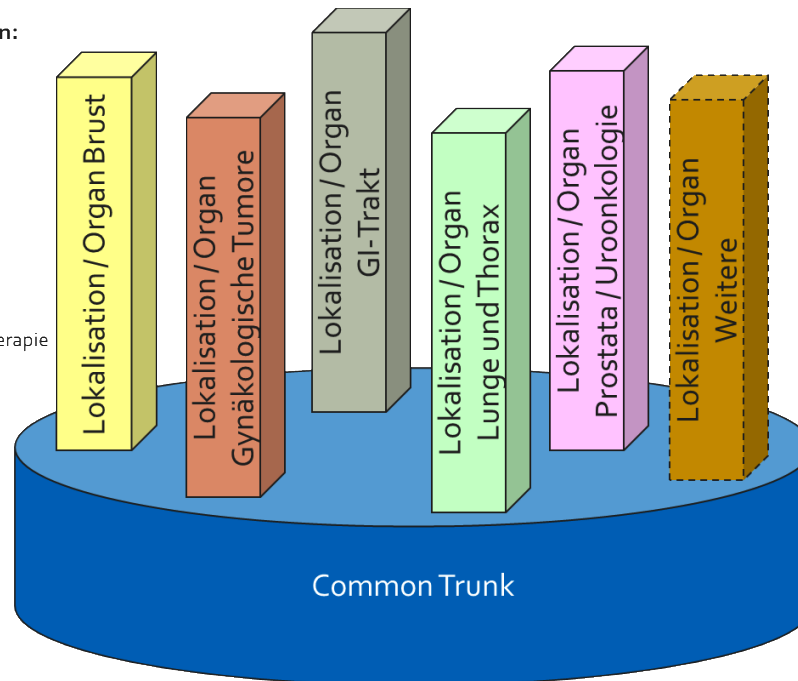
<b>11.5 Chemotherapie beim Ovarialkarzinom</b>
<b>Anforderungen</b>
Die Chemotherapie beim Ovarialkarzinom soll entsprechend den Leitlinien der AGO <span style="background-color: #d9ead3;">Quelle</span> angegeben durchgeführt werden.
<b>Beschreibung des Zentrums</b>
<b>Kennzahl (im Cockpit eintragen)</b>
<p>Die Quote der Patientinnen mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom (FIGO IIB bis IV), die postoperativ eine Chemotherapie erhalten, soll über 90% betragen.</p> <p>Die Quote der Patientinnen mit frühem Ovarialkarzinom (FIGO IA, G 1) und komplettem Staging, die postoperativ eine Chemotherapie erhalten, soll unter 10% betragen.</p> <p>Die Quote der Patientinnen mit Ovarialkarzinom FIGO IA/IB G3 und FIGO IC, die eine platinhaltige Chemotherapie erhalten, soll über 90% betragen.</p> <p>Die Quote der Patientinnen mit Erstdiagnose Ovarialkarzinom FIGO IIB bis IV, die 6 Zyklen einer First Line Chemotherapie mit Carboplatin AUC 5 und Paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> erhalten, soll über 90% betragen.</p> <p>Die Quote der Patientinnen mit platin-resistentem oder platin-refraktärem Erstrezidiv eines Ovarialkarzinoms, die eine nicht-platinhaltige Monotherapie mit pegyliertem liposomalen Doxorubicin, Topotecan, Gemcitabine erhalten, soll über <span style="background-color: #ffff00;">80%</span> betragen.</p> <p>Die Quote der Patientinnen mit platin-sensitivem Rezidiv eines Ovarialkarzinoms, die eine platinhaltige Kombinationschemotherapie erhalten, soll über <span style="background-color: #ffff00;">80%</span> betragen.</p>



# Gemeinsame Basiserfordernisse

## Spezifikation Lokalisation / Organ:

- Strukturvorgaben
- Studienorganisation
- Ambulanzmanagement
- Schnittstelle Patienten / Einweiser
- Spezielle Diagnostik
  - Bildgebung
  - Invasive Diagnostik
  - Pathologie
  - Genetik
- Spezielle operative Therapie
- Spezielle Strahlentherapie
- Spezielle medikamentöse Tumorthherapie
- Nachsorge und Rezidiv
- Spezielles Datenmanagement
- Organkennzahlen



## Common-Trunk-Katalog:

- Allgemeine Strukturvorgaben
- Befragungs- / Bewertungssysteme
- Generelle interdisziplinären Vorgaben
  - Tumorkonferenzen (ggf. DONKO)
  - Affiliierung
- Alle Querschnittsfunktionen
  - Informationsmanagement
  - Psychosoziale und onkologische Betreuung
  - Radiologie allgemein
  - Nuklearmedizin
  - Metastasenchirurgie
  - Pathologie
  - Radioonkologie
  - Medikamentöse Tumorthherapie
  - Palliativmedizin
- Datenmanagement
- CTK-Kennzahlen (DONKO-Kennzahlen)

**Expertise des CCC**

**wohnnortnahe Behandlung**