

Redaktion

W. Janni, Düsseldorf
R. Kimmig, Essen
N. Maas, Aachen

F. Hilpert · P. Harter · J. Pfisterer · J. Rochon · J. Friedemann · C. Lamparter ·
A. du Bois
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
Campus Kiel

Eigenverantwortliche Qualitätssicherung zur Therapiequalität des Ovarialkarzinoms in Deutschland

Das QS-OVAR-Projekt der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO)

Die Organkommission Ovar der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) führt seit zehn Jahren eine Erhebung zur Versorgungsstruktur und Qualität der Therapie beim Ovarialkarzinom durch. Die ersten beiden Erhebungen aus den Jahren 2000 und 2001 kamen zu einem ernüchternden Fazit: Die Nichteinhaltung von therapeutischen Standards ist weit verbreitet, und daraus resultieren erhebliche Prognoseunterschiede in Deutschland [4, 5]. In Anbetracht von 8000 Neuerkrankungen pro Jahr (RKI 2004) und einer altersadjustierten Fünfjahresüberlebensrate von nur 34% [3] haben diese Beobachtungen eine besondere Brisanz, denn neben klinischen und tumorbiologischen Faktoren ist vor allem die Therapiequalität entscheidend für die Prognose.

Die jetzt vorliegenden Ergebnisse der dritten Erhebung aus dem Jahr 2004 zeigen, wie sich die Qualität entwickelt hat und geben erstmals auch Einblick in die Qualität der Rezidivbehandlung [9].

QS-OVAR 2004

Die Durchführung der QS-OVAR-2004-Erhebung erfolgte weitgehend analog

zur Erhebung im Jahr 2001, deren Methoden bereits ausführlich dargestellt wurden [5]. Im Herbst 2005 wurden alle 1123 gynäkologischen Abteilungen in Deutschland gebeten, neben Details zur Klinik die Anzahl der im dritten Quartal des Jahres 2004 neu diagnostizierten Ovarialkarzinome anzugeben. Im Fall einer Zustimmung erfolgte eine weitergehende Dokumentation, die durch anonymisierte Operationsberichte und Histologiebefunde auf Plausibilität überprüft und validiert wurde. Das Follow-up erfolgte jährlich über vier Jahre.

An der QS-OVAR 2004 beteiligten sich schließlich 245 Kliniken, die zusammen 763 Ovarialkarzinomfälle dokumentierten, was bezogen auf die Gesamtinzidenz etwa 40% aller im Quartal erstdiagnostizierten Patientinnen und einer Steigerung der Fallzahl um etwa 60% im Vergleich zur QS-OVAR 2001 entspricht. Damit haben an der aktuellen Erhebung etwa 50% mehr Kliniken (QS-OVAR 2001: n=165) teilgenommen, v. a. solche mit kleineren Fallzahlen. Die zunehmende Bereitschaft zur freiwilligen Qualitätssicherung ist möglicherweise ein erster Effekt der vorangegangenen QS-Erhebungen. Dennoch besteht unverändert ein Teilnahme-Bias zugunsten von Kliniken mit höheren Fallzahlen, was möglicherweise die Ergebnisse bes-

ser ausfallen lässt, als es bei einer vollständigen Erfassung aller Kliniken der Fall wäre.

Das Gesamtkollektiv von QS-OVAR 2001 und 2004 umfasst damit zusammen 1239 Patientinnen, Charakteristika sind in **Tab. 1** zusammengestellt.

- Endpunkte waren
- Gesamtüberleben,
 - „Chemotherapie gemäß Leitlinie“ und
 - „Operationserfolg“.

Die erhobenen Parameter zur Operation und medikamentösen Therapie wurden dabei anhand der bestehenden Leitlinien kategorisiert und beurteilt (Kommission Ovar der AGO 2007). Es wurden Patientinnen- und Tumormerkmale sowie Klinikcharakteristika (so u. a. Anzahl an Ovarialkarzinomoperationen und Studienaktivitäten) analysiert.

Ergebnisse des QS-Programms

In Zusammenschau aller erhobenen Daten über die Zeitachse der QS-OVAR 2001 und QS-OVAR 2004 kann seit Einführung des Aktionsprogramms eine Verbesserung der Therapie des Ovarialkarzinoms festgestellt werden, allerdings werden aber immer noch zu wenige Patientinnen nach Standard behandelt.

Frühes Ovarialkarzinom (FIGO I–IIA)

Dreihundertundsieben (124 aus 2001 und 183 aus 2004) Patientinnen aus QS-OVAR 2001 und 2004 hatten zum Zeitpunkt der Primärdiagnose ein frühes Ovarialkarzinom (FIGO I–IIA). Trotz zu beobachtender Verbesserungen im Vergleich bei der Erhebungen bestehen weiterhin Defizite: Ein vollständiges operatives Staging erhielten nur 41 (13,4%) Patientinnen und selbst unter Inkaufnahme des Fehlens einer der 9 operativen Standardprozeduren erhielten nur 32,2% einen solch „aufgeweichten“ Standard.

➤ Immer noch werden zu wenige Patientinnen leitliniengerecht behandelt

Die häufigsten fehlenden operativen Standardprozeduren waren dabei die paraaortale Lymphonodektomie (68,7%), die Entnahme von Peritonealbiopsien (62,2%) und die pelvine Lymphonodektomie (41,4%).

Im Vergleich von 2004 zu 2001 zeigte sich jedoch eine signifikante Zunahme genau dieser Operationsschritte mit entsprechend vollständigem Staging (18,6% in 2004 vs. 5,6% in 2001; OR=3,81, 95%-KI 1,63–8,91, $p=0,001$).

Im Hinblick auf die medikamentöse Therapie früher Stadien wurde im Vergleich von 2001 zu 2004 keine wesentliche Steigerung der Standardanwendung beobachtet: Lediglich zwei Drittel (68,7%) der Patientinnen mit Frühstadien erhielten den Standard (keine Chemotherapie bei FIGO IA, G1; Platin bei FIGO IA, >G1). Die übrigen Patientinnen erhielten hingegen keine Chemotherapie trotz Indikation (27,7%) oder eine Chemotherapie ohne Platin (2%).

Insgesamt zeigt der Vergleich von QS-OVAR 2001 mit QS-OVAR 2004, dass die Wahrscheinlichkeit eine leitliniengerechte Therapie bei frühem Ovarialkarzinom zu erhalten, fast um den Faktor 3 gesteigert wurde (5,6% in 2001 vs. 14,8% in 2004, OR=2,89, 95%-KI 1,22–6,87, $p=0,015$), v. a. aufgrund einer verbesserten operativen Versorgung.

Möglicherweise ist dies als Erfolg des QS-OVAR-Programms anzusehen, mögli-

Tab. 1 QS-OVAR 2001 und 2004: Patientinnencharakteristika

	QS-OVAR 2001		QS-OVAR 2004	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Patientinnen	476	38,4	763	61,6
Alter (Jahre)				
Median (Range)	64	20–97	65	26–90
FIGO-Stadium				
FIGO I–IIA	124	26,1	183	24
FIGO IIB–IV	352	73,9	580	76
Allgemeinzustand				
ECOG 0/1	374	78,6	564	73,9
ECOG >1 bzw. unbekannt	102	21,4	199	26,1
Zweitkarzinom				
Nein	408	85,7	657	86,1
Ja	68	14,3	106	13,9
Komorbidity				
Nein	360	75,6	561	73,5
Ja	116	24,4	202	26,5
Histologie				
Serös-papillär	329	69,1	481	63,0
Sonstige	147	30,9	282	37,0
Differenzierungsgrad				
G1/2 bzw. unbekannt	261	54,8	409	53,6
G3/4	215	45,2	354	46,4
Aszites				
≤500 ml bzw. unbekannt	284	59,7	413	54,1
>500 ml	192	40,3	350	45,9

FIGO Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique; ECOG Eastern Cooperative Oncology Group.

cherweise hat auch die Öffnung der AGO-Studien für frühe Stadien zur verbesserten Qualität beigetragen. All dies darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch 2004 mindestens zwei Drittel der Patientinnen mit Frühstadien nicht leitliniengerecht behandelt wurden. Weitere Verbesserungen sind dringend erforderlich und sicher auch möglich, denn viele Untertherapien sind auf unterlassene technisch einfache Maßnahmen (u. a. Peritonealbiopsien, Zytologieentnahmen) zurückzuführen.

Fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (FIGO IIB–IV)

Die Erhebungen QS-OVAR 2001 und 2004 erfassten 932 Patientinnen mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom (FIGO IIB–IV). Bei 332 (35,8%) von 928 operierten Patientinnen erfolgte eine Komplettresektion aller makroskopischen Tumormanifestationen und bei 562 (60,6%) verblieb ein Tumorrest von maximal 1 cm.

Der Vergleich 2001 und 2004 zeigte eine Verbesserung des operativen Outcome: Während die Zahl der Patientinnen mit Tumorresektion bis auf einen Tumorrest ≤1 cm weitgehend konstant bei 40% blieb, konnte in 2004 der Anteil der Komplettresektion um 5% auf 37,2% gesteigert werden (OR=1,20, 95%-KI 0,91–1,58, $p=0,23$). Dieser Sprung spiegelt sich auch in einer signifikanten Zunahme an systematischen pelvinen und paraaortalen Lymphonodektomien (37,8 vs. 45,7%, OR=1,38, 95%-KI 1,06–1,81, $p=0,02$) und Darmteilresektionen um fast 10% ($p=0,02$) wider. Klinikmerkmale hatten erneut einen bedeutenden Einfluss auf den Operationserfolg: So stieg die Komplettresektionsrate mit der Anzahl jährlich durchgeführter Operationen (Kliniken mit 1–11 Operationen 31,6%, Kliniken mit 12–23 Operationen 34%, Kliniken mit ≥24 Operationen 40,8%, $p=0,044$). Das 2009 von der European Organization for Treatment and Research Cooperative Group (EORTC)

Tab. 2 Multivariable Cox-Regressionsanalyse von Prognosefaktoren für das Gesamtüberleben aller Patientinnen von 2001 und 2004 mit Berücksichtigung der Therapiequalitätskategorien

Faktor	(n)	E	HR	95%-KI	p-Wert
Therapiequalität					
CT+/OP+	516	184	1,00	Referenz	
CT+/OP- oder CT-/OP+	477	240	1,88	[1,54; 2,30]	<0,001
CT-/OP-	246	170	4,12	[3,24; 5,26]	<0,001
Stadium					
FIGO I–IIA	307	39	1,00	Referenz	
FIGO IIB–IV	932	555	7,29	[5,14; 10,34]	<0,001
Allgemeinzustand					
ECOG 0/1	938	365	1,00	Referenz	
ECOG>1 o. unbekannt	301	229	1,67	[1,37; 2,04]	<0,001
Aszites					
≤500 ml o. unbekannt	697	230	1,00	Referenz	
>500 ml	542	364	1,76	[1,48; 2,09]	<0,001
Komorbidität					
Nein	921	372	1,00	Referenz	
Ja	318	222	1,53	[1,27; 1,85]	<0,001
Alter (Jahre)					
<65	649	227	1,00	Referenz	
65+	590	367	1,33	[1,10; 1,60]	0,003
Histologie					
Serös-papillär	810	409	1,00	Referenz	
Sonstige	429	185	1,03	[0,86; 1,23]	0,774
Differenzierungsgrad					
G 1/2 o. unbekannt	670	278	1,00	Referenz	
G 3/4	569	316	0,99	[0,84; 1,17]	0,892
Zweitkarzinom					
Nein	1065	500	1,00	Referenz	
Ja	174	94	1,16	[0,93; 1,46]	0,186
QS-OVAR 2001	476	199	1,00	Referenz	
QS-OVAR 2004	763	395	0,92	[0,77; 1,10]	0,357

n Anzahl Patientinnen, E Anzahl Ereignisse (Todesfälle), OP+ maximal eine Stagingprozedur fehlt im Stadium FIGO I–IIA bzw. postoperativer Tumorrest ≤1 cm im Stadium IIB–IV; CT+ keine Chemotherapie bei FIGO IA G1; eine platinhaltige Therapie bei FIGO IA >G1–IIA bzw. Platin-Taxan bei FIGO IIB–IV; HR Hazard Ratio, 95%-KI 95%-Konfidenzintervall, p-Wert Wald-Test.

definierte Qualitätskriterium (Ziel: 50% Komplettresektionsrate beim fortgeschrittenen Ovarialkarzinom) wurde allerdings nicht landesweit erreicht, nur einige der teilnehmenden Zentren erfüllten diese Vorgabe. Mit verhaltenem Optimismus erscheint es aber möglich, dieses im Hinblick auf die überragende prognostische Bedeutung des postoperativen Tumorrests wichtige Kriterium deutschlandweit zu erreichen. Die QS-OVAR-Erhebung kann dabei einen wichtigen Beitrag leisten [9].

Die Mehrheit der Patientinnen erhielt eine Standardchemotherapie mit einer

Platin-Taxan-Kombination (80,6%), allerdings wurde bei 15,2% der 932 Patientinnen mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom überhaupt keine Chemotherapie dokumentiert. Die Gründe bleiben unklar.

Weniger als die Hälfte der Patientinnen wurde „optimal“ – Tumorrest <1 cm und Platin-Taxan-Chemotherapie – behandelt

Die kombinierte Auswertung von Operationserfolg und Chemotherapie ergab,

dass lediglich 432 Patientinnen (46,4%) mit fortgeschrittenem Ovarialkarzinom eine „optimale Therapie“ – maximaler Tumorrest von 1 cm und Platin-Taxan-Chemotherapie – erhielten.

Prognosefaktoren und Gesamtüberleben nach Primärtherapie

Weniger als die Hälfte aller 1238 Patientinnen (41,6%) wurde nach heutigem Standard behandelt, und dies hatte einen signifikanten Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit (Tab. 2): Bei optimaler Operation und leitliniengerechter Chemotherapie (CT+/OP+) waren innerhalb der Beobachtungsdauer 184 von 516 Patientinnen (35,7%) verstorben und der Median der Überlebenszeit noch nicht erreicht; bei jeweils suboptimaler Operation und Chemotherapie (CT-/OP-) waren hingegen 170 von 246 (69,1%) verstorben, die mediane Überlebensdauer betrug nur 14,5 Monate. Diese Effekte waren dabei auch bei separater Betrachtung von Früh- und Spätstadien (Abb. 1) und systemischer und operativer Therapie zu beobachten.

Die multivariable Cox-Regressionsanalyse im Gesamtkollektiv bestätigte etablierte Risikofaktoren wie Alter, Allgemeinzustand, FIGO-Stadium, Komorbidität und Aszites, aber der Einfluss der Therapiequalität auf das Gesamtüberleben blieb auch nach der Adjustierung für diese etablierten Faktoren bestehen (Tab. 2): Patientinnen nach suboptimaler Therapie hatten ein deutlich höheres Sterberisiko als Patientinnen, die optimal versorgt wurden (HR 4,12, 95%-KI 3,24–5,26, p <0,001). Dabei hatten die Chemotherapie und der Operationserfolg sowohl getrennt als auch kombiniert unabhängige prognostische Bedeutung für das Gesamtüberleben.

Rezidivkrankung

Die vorangegangenen QS-OVAR-Erhebungen fokussierten ausschließlich auf die Primärtherapie, die QS-OVAR 2004 hat nun erstmals auch die Therapie der aufgetretenen Rezidive erfasst und ausgewertet, da bisher wenig bekannt ist, wie und ob die differenzierten Leitlinien zur Rezi-

divtherapie in die Praxis umgesetzt werden. QS-OVAR 2004 erhob im Follow-up alle aufgetretenen Rezidive und die therapeutischen Maßnahmen. Endpunkte dieser Analyse waren

- „Rezidivtherapie gemäß Standard“ (d. h. leitliniengerecht) und
- Überleben nach Rezidiv.

Die Auswertung der Endpunkte wurde dabei auf die Patientinnen beschränkt, die eine Primärtherapie erhalten hatten und nach Auftreten des Rezidivs noch mindestens 28 Tage lebten.

Von den 763 Patientinnen aus QS-OVAR-2004 erlitten 515 (67,5%) bis Anfang 2009 ein Rezidiv, unter ihnen 101 ohne und 414 Patientinnen mit vorangegangener Primärtherapie.

Platinsensibles Rezidiv

Das platinsensible Ovarialkarzinomrezidiv, charakterisiert durch das Ansprechen auf eine platinbasierten Primärchemotherapie mit einem nachfolgend progressionsfreien Intervall von mindestens sechs Monaten, sollte den Leitlinien zufolge behandelt werden mit Carboplatin kombiniert mit entweder Paclitaxel, Gemcitabine oder pegyliertem liposomalen Doxorubicin (PLD). Lediglich bei Kontraindikationen für eine platinbasierte Kombinationstherapie und einem progressionsfreien Überleben von 6 bis 12 Monaten nach Abschluss der Primärtherapie kann heute als Alternative eine Therapie mit PLD als Monotherapie oder in Kombination mit Trabectedin erwogen werden.

Im Hinblick auf die definierten Endpunkte waren 208 von 234 Patientinnen mit platinsensiblen Rezidiv auswertbar. Nur 104 Patientinnen (50%) wurden gemäß Leitlinie behandelt, wobei überwiegend Platin in Kombination mit einem Taxan (n=57), seltener mit Gemcitabine (n= 28) oder PLD (n=6) zum Einsatz kam, oder aber eine PLD-Monotherapie (n=13) bei einem progressionsfreiem Intervall von 6 bis 12 Monaten.

Die übrigen Patientinnen erhielten entweder keine (12%) oder eine nicht dem Standard entsprechende Therapie (38%), sondern u. a. Monotherapien mit Platin, Topotecan, Taxanen, Gemcitabine oder Treosulfan, selten auch Kombinationen dieser Substanzen.

Platinrefraktäres Rezidiv

Platinresistente Rezidive mit Progression während oder innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss der Primärchemotherapie haben eine bedeutend schlechtere Prognose. Aufgrund der vorliegenden Studiendaten empfiehlt hier die Leitlinie die Durchführung einer nichtplatinhaltigen Monotherapie, z. B. mit pegyliertem, liposomalen Doxorubicin, Topotecan oder Gemcitabine.

Siebenunddreißig Patientinnen (6,1%) waren unter Primärtherapie progredient, 143 (23,5%) erlitten innerhalb von sechs Monaten ein Rezidiv. Von diesen insgesamt 180 Patientinnen mit platinrefraktärem Rezidiv waren 139 entsprechend der definierten Endpunkte auswertbar. Eine Chemotherapie gemäß Leitlinie erhielten lediglich 62 Patientinnen (44,6%). Neunundvierzig Patientinnen (35,3%) erhielten eine andere, nicht der Leitlinie entsprechende Chemotherapie, darunter z. B. Monotherapien mit Treosulfan, Paclitaxel oder Platin, aber auch platinbasierte Zweier- oder Dreierkombinationen. Bei 28 Pa-

tientinnen (20,1%) wurde keine Chemotherapie appliziert.

Überleben nach Rezidiv

Im Einklang mit Ergebnissen aus kontrollierten klinischen Studien, die einen Einfluss der medikamentösen Rezidivtherapie auf das Überleben zeigen [10, 11], hat die Therapiequalität in der QS-OVAR 2004 signifikanten Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit (HR 1,30, 95%-KI 1,0 bis 1,68, p=0,049; **Abb. 2**) nach Eintreten eines Rezidivs: 107 (64,5%) von 166 Frauen mit Rezidivstandardtherapie verstarben nach einer medianen Überlebenszeit von 20,2 Monaten; ohne Rezidivstandardtherapie verstarben 126 (69,6%) von 181 Frauen, die mediane Überlebensdauer betrug nur 14,2 Monate.

- Subgruppenanalysen zeigten, dass vor allem die Patientinnen mit platinsensiblen Ovarialkarzinom von einer leitliniengerechten Therapie profitierten.

Anzeige

Hier steht eine Anzeige.



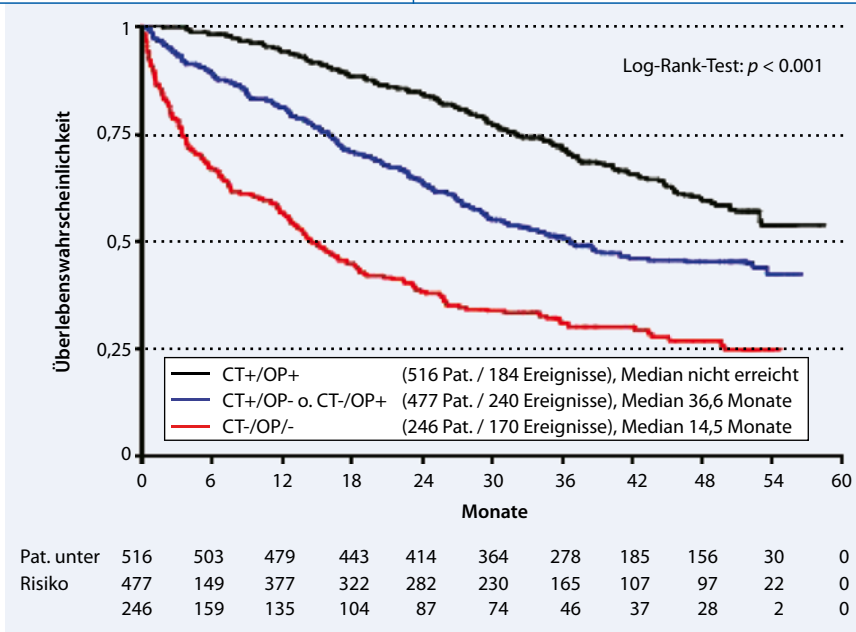


Abb. 1 ▲ Therapiequalität und Überlebenschancen, alle FIGO-Stadien. OP+ Maximal eine Staging-Prozedur fehlt bei Stadium FIGO I–IIA bzw. postoperativer Tumorrest <1 cm bei Stadium IIB–IV. Chemo+ Keine Chemotherapie bei FIGO IA G1; platinhaltige Therapie bei FIGO IA >G1–IIA bzw. Platin-Taxan-Kombination bei FIGO IIB–IV

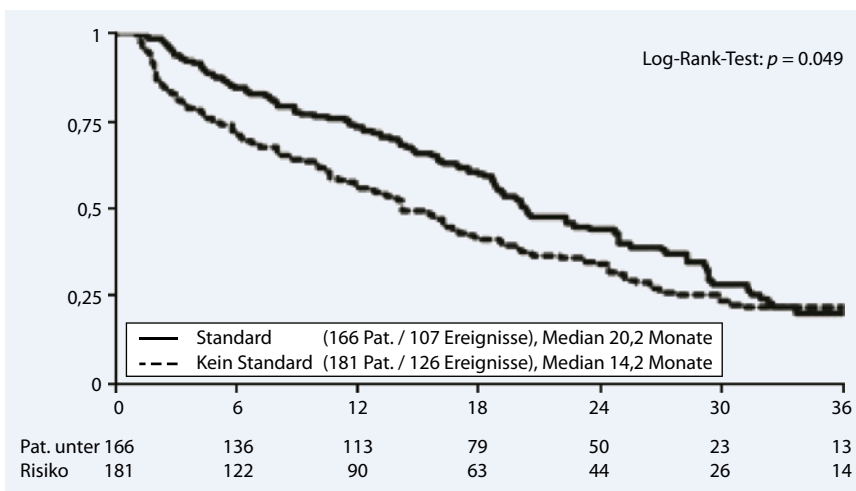


Abb. 2 ▲ QS-OVAR 2004: Rezidivtherapie und Überlebenschance nach Rezidiv (347 Patientinnen nach First-line-Chemotherapie und Überleben nach Rezidiv von >28 Tagen)

Diese lebten im Median 9 Monate länger als die Patientinnen, die keine Therapie oder keine leitliniengerechte Therapie erhalten hatten (HR 1,58, 95%-KI 1,08 bis 2,31, $p=0,017$). Dieser deutliche Effekt zeigte sich allerdings nicht bei Patientinnen mit platinrefraktärem Rezidiv.

Bei der Bewertung dieser retrospektiven Daten ist sicher zu berücksichtigen, dass wichtige therapiebeeinflussende Faktoren, z. B. Patientinnenwunsch, Allgemeinzustand oder vorbestehende Toxizitäten, nicht erfasst wurden. Bemerkens-

wert ist aber, dass sich der Anteil an Standardtherapien in den verschiedenen Subgruppen der Rezidive nicht wesentlich unterscheidet, was letztlich dagegen spricht, dass Patientinnenfaktoren für die Therapiewahl eine entscheidende Rolle gespielt haben. Es ist aus diesen Daten nicht zu erklären, warum 15% der Patientinnen keine Therapie und 37% eine Nichtstandardtherapie erhielten. Letztere wurden zum Teil sogar als nebenwirkungsreiche Zweifach- oder Dreifachkombination appliziert, für die es nach Evidenzkriterien keinerlei Ra-

tionale gibt. Die Leitlinien stellen für die medikamentöse Rezidivbehandlung eine ausreichende Anzahl von Therapieoptionen mit verschiedenen Nebenwirkungsprofilen zur Verfügung, die entsprechend bestehender Vortoxizitäten und Patientinnenwünsche zum Einsatz kommen können. Ein Abweichen von der Leitlinie sollte daher nur in Einzelfällen notwendig sein.

Fazit für die Praxis

- Die leitliniengerechte Behandlung von Patientinnen mit Ovarialkarzinom in Deutschland ist trotz Verbesserungen weiterhin nur unzureichend sichergestellt: Ein Großteil wird nicht nach etablierten evidenzbasierten Kriterien behandelt, sondern mit zum Teil sehr heterogenen Konzepten (möglicherweise Ausdruck bestehender Unsicherheit oder aber auch fehlender Kompetenz).
- Die nach Evidenzkriterien erarbeiteten Leitlinien zur medikamentösen und operativen Therapie können ganz offensichtlich einen positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität haben.
- Der Bedarf an weiteren Verbesserungen der Versorgungsqualität ist offensichtlich und wird vermutlich nur durch Anstrengungen auf verschiedenen Ebenen zu erreichen sein: weitere Etablierung gynäkologischer Krebszentren nach den Anforderungen der AGO in Zusammenarbeit mit den Arbeitsgemeinschaften der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), denn diese Zentren müssen neben den entsprechenden Fallzahlen eine adäquate Versorgungsstruktur und die Einhaltung leitliniengerechter Therapiestandards nachweisen; Regelmäßige Aktualisierung der Inhalte der Schwerpunktweiterbildung „Gynäkologische Onkologie“ und gezielte Förderung interessierter Mitarbeiter.
- Seitens der AGO Organkommission OVAR ist aktuell eine Anhebung der bestehenden S2k-Leitlinie auf S3-Niveau in Bearbeitung.

- Die Datenerhebung für die nächste Episode des Qualitätssicherungsprojekts (QS-OVAR 2008) wurde kürzlich abgeschlossen, die Datenanalyse läuft. Zudem besteht in Deutschland nicht zuletzt aufgrund der Aktivitäten der AGO-Studiengruppe ein breitgefächertes Studienangebot zu operativen und medikamentösen Fragestellungen bei nahezu allen Indikationen.
- Die Ergebnisse von QS-OVAR sollten Anreiz sein, hausinterne therapeutische „Standards“ kritisch zu überdenken und an diesem erfolgreichen Projekt teilzunehmen.
- Kliniken mit Studienteilnahme sowie weitere Informationen zum Qualitätssicherungsprogramm können auf der Internet-Seite <http://www.eierstockkrebs.de> abgerufen werden; dort und im elektronischen Anhang sind auch alle an der QS-OVAR teilnehmenden Kliniken aufgeführt.

Korrespondenzadresse

PD Dr. F. Hilpert

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe,
 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein,
 Campus Kiel
 Arnold Heller Str. 3, Haus 24,
 24105 Kiel
 fhilpert@email.uni-kiel.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Krebs in Deutschland 2003–2004. Häufigkeiten und Trends. Robert-Koch-Institut 2008
2. Berrino F, De Angelis R, Sant M et al (2007) EURO-CARE Working group. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995–99: results of the EURO-CARE-4 study. *Lancet Oncol* 8(9):773–783
3. Sant M, Aareleid T, Berrino F et al (2003) EURO-CARE Working Group. EURO-CARE-3: survival of cancer patients diagnosed 1990–94 – results and commentary. *Ann Oncol* 14(Suppl 5):v61–118
4. du Bois A, Pfisterer J, Kellermann L et al (2001) Die Therapie des fortgeschrittenen Ovarialkarzinoms in Deutschland: Welchen Einfluß hat die Teilnahme an klinischen Studien? *Geburtsh Frauenheilkd* 61:863–871
5. du Bois A, Rochon J, Lamparter C, Pfisterer J (2005) Ovarialkarzinom – Versorgungsstruktur und –qualität in Deutschland 2001–2004. *Frauenarzt* 46 7:1–8

6. du Bois A, Rochon J, Lamparter C, Pfisterer J (2009) für die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) Kommission OVAR. Die Qualität der Therapie des Ovarialkarzinoms in Deutschland. *Frauenarzt* 50:742–751
7. du Bois A, Rochon J, Lamparter C, Pfisterer J (2009) für die Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) Kommission OVAR. Die Qualität der Rezidivtherapie beim Ovarialkarzinom in Deutschland. *Frauenarzt* 50:952–959
8. Kommission Ovar der Arbeitsgemeinschaft gynäkologische Onkologie e.V. in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. Interdisziplinäre S2K-Leitlinie für die Diagnostik und Therapie maligner Ovarialtumoren. *Zuckschwerdt* 2007
9. Du Bois A, Reuss A, Pujade-Lauraine E et al (2009) Role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer: A combined exploratory analysis of 3 prospectively randomized phase 3 multicenter trials: by the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Studiengruppe Ovarialkarzinom (AGO-OVAR) and the Groupe d'Investigateurs Nationaux Pour les Etudes des Cancers de l'Ovaire (GINECO). *Cancer* 115(6):1234–1244
10. Meier W, du Bois A, Reuss A et al (2009) Topotecan versus treosulfan, an alkylating agent, in patients with epithelial ovarian cancer and relapse within 12 months following 1st-line platinum/paclitaxel chemotherapy. A prospectively randomized phase III trial by the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Ovarian Cancer Study Group (AGO-OVAR). *Gynecol Oncol* 114(2):199–205
11. ICON and AGO Collaborators (2003) Paclitaxel plus platinum-based chemotherapy versus conventional platinum-based chemotherapy in women with relapsed ovarian cancer; the ICON4/AGO-OVAR-2.2 trial. *Lancet* 361:2099–2106

Sonja Soeder; Grace Dorey

Ganz Frau!

Ihr Beckenboden-Buch für erfüllte Sexualität und Kontinenz

Stuttgart: Thieme 2010, 67 S., 39 Abb., (ISBN 97838304-3449-8), 12.00 EUR

Im Laufe ihres Lebens entwickeln sich etwa bei jeder zweiten Frau Störungen der Beckenbodenfunktion wie beispielsweise eine Inkontinenz.

Dementsprechend werden immer mehr Frauen schon während der Schwangerschaft aber auch nach der Geburt zur Verhütung von Beckenbodenschwäche behandelt.

Die konstitutionelle Variabilität der Beckenbodenanatomie und unterschiedliche Störungen der Beckenbodenfunktion machen den Zeitpunkt einer möglichen Kontinenz einbuße unberechenbar. Aber auch im Alter bleibt die Muskulatur übungsfähig, so dass der Beckenboden das ganze Leben lang trainierbar bleibt.

Zahlreiche individuelle Therapiekonzepte für die vielschichtigen Funktionsstörungen des Beckenbodens werden in dem kleinen Buch vorgestellt. Auf einen Blick findet man eine Übersicht über alle Möglichkeiten der Behandlung. Ein gut wahrgenommener und trainierter Beckenboden macht auch den Sex intensiver.

Die Übungen, die den Beckenboden gezielt festigen, beziehungsweise entspannen, werden in zahlreichen instruktiven Skizzen und Darstellungen deutlich gezeigt und beschrieben.

Das Buch gibt ganzheitlich aufgebaut und wissenschaftlich fundiert Ausschnitte aus dem Blasen- und Beckenbodentraining des deutschen Beckenbodenzentrums im Sankt Hedwig Krankenhaus Berlin wieder.

Gesundheitstipps weisen den Weg zum achtvollen Umgang mit sich selbst und auch zu einer genussvollen, unbeschwerten Sexualität.

Blasenschwäche muss nicht sein: Dagegen hilft ein derartiges gezieltes Blasen- und Beckenbodentraining. Das Beckenboden-Buch „Ganz Frau“ für erfüllte Sexualität und Kontinenz ist uneingeschränkt zu empfehlen.

J. Sökeland (Berlin)