

Versorgungssituation beim Vulva- und Vaginalkarzinom

Prof. Dr. Elisabeth C. Sturm-Inwald, MHBA, Regensburg



20 Jahre klinische Evidenz aus versorgungsnahen Daten
der Krebsregister

11. Bundesweite Onkologische Qualitätskonferenz 2025/2026 der ADT

Einschlusskriterien:

- ✓ Tumorentität nach ICD-10
bzw. Morphologie nach
ICD-O-3
- ✓ Diagnosedatum 2000-2024

Ausschlusskriterien:

- ∅ Geschlecht unbekannt
- ∅ Diagnosedatum fehlt
- ∅ Geburtsdatum fehlt
- ∅ ICD 10 fehlt
- ∅ Behavior Code 0, 1 oder 6 in
Histologie
- ∅ PLZ außerhalb Bundesland
- ∅ unter 18 Jährige
- ∅ Register mit unzureichenden
Stadien-, Therapie- und
Outcomeangaben

Inhalt

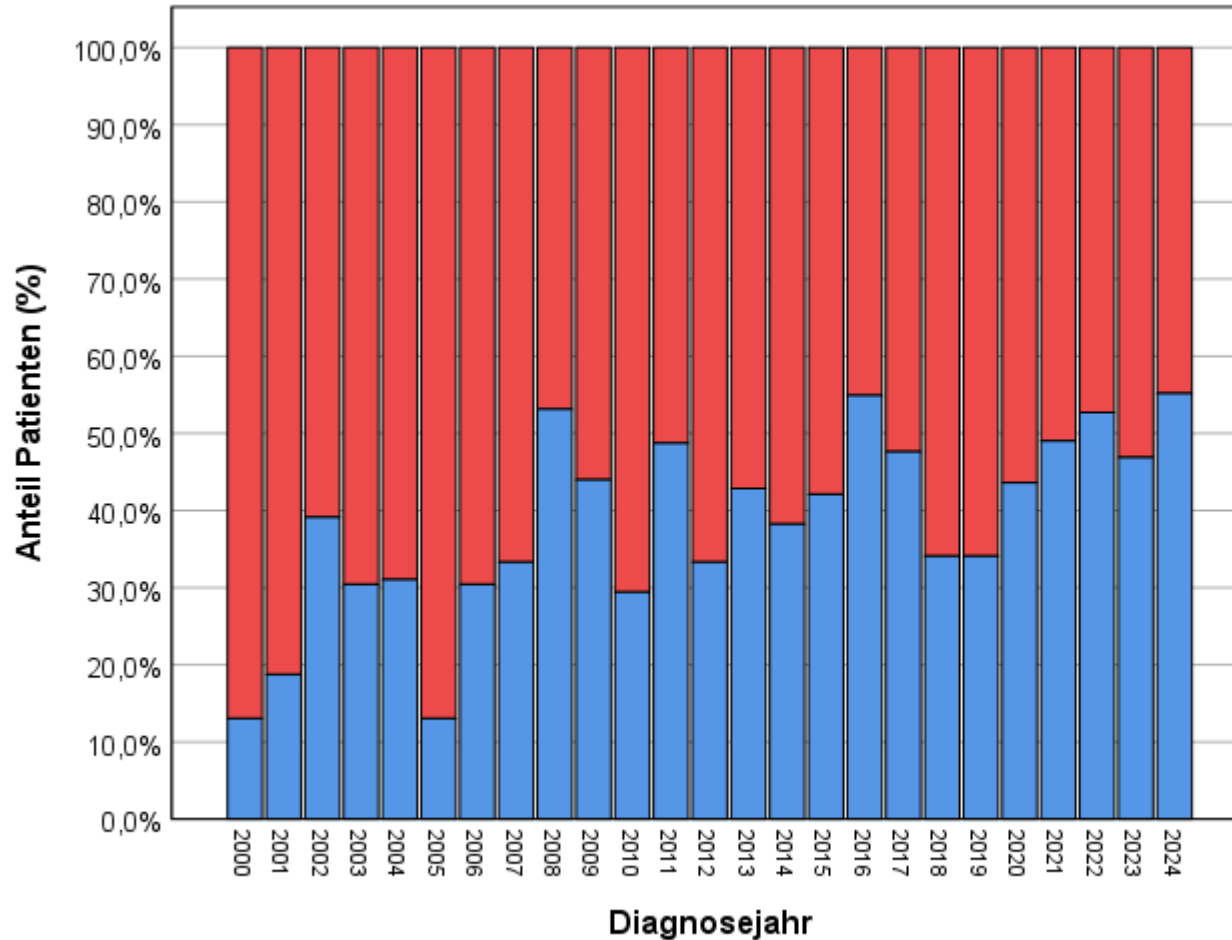
- **Gesamtüberleben und rezidivfreies Überleben beim Vaginalkarzinom und Vulvakarzinom mit und ohne LAD**
- **Langzeitergebnisse nach Primärtherapie beim Vaginalkarzinom und Vulvakarzinom**
- **Rezidivraten beim Vaginalkarzinom und Vulvakarzinom im Vergleich**

Gesamtüberleben und rezidivfreies Überleben beim Vaginalkarzinom mit und ohne LAD

Outcome Vaginalkarzinom mit und ohne LAD

Relative Verteilung der Patientinnen mit und ohne Lymphadenektomie bei Patientinnen mit reseziertem Vaginalkarzinom Stadium I-IVA nach Diagnosejahr

(889 Patientinnen mit ICD-10 C52, Plattenepithel- und Adenokarzinome ohne Basalzell- und ÜbergangszellCa, Diagnosen 2000-2024)



Lymphadenektomie (-nodektomie)

- LAD LND nein/kA
- LAD LND ja

	N	%
Lymphadenektomie LAD LND ja	360	40,5%
Lymphadenektomie (-nodektomie) LAD LND nein/kA	529	59,5%
Gesamt	889	100,0%

Zunahme des Anteils der Lymphadenektomie

Outcome Vaginalkarzinom mit und ohne LAD

Verteilung der Patienten- und Tumorcharakteristika nach Lymphadenektomie ja/nein und gesamt

		Lymphadenektomie (-nodektomie)					
		LAD LND ja		LAD LND nein/kA		Gesamt	
		Anzahl	Spalten (%)	Anzahl	Spalten (%)	Anzahl	Spalten (%)
Alter bei Diagnose	0- 49	45	12,5%	66	12,5%	111	12,5%
	50-59	76	21,1%	93	17,6%	169	19,0%
	60-69	106	29,4%	126	23,8%	232	26,1%
	70-79	107	29,7%	148	28,0%	255	28,7%
	80+	26	7,2%	96	18,1%	122	13,7%
Histolog. Typ	PlattenepithelCa	326	90,6%	497	94,0%	823	92,6%
	Adeno-Ca	34	9,4%	32	6,0%	66	7,4%
Stadium UICC	I	164	45,6%	306	57,8%	470	52,9%
	II	55	15,3%	103	19,5%	158	17,8%
	III	119	33,1%	73	13,8%	192	21,6%
	IVA	22	6,1%	47	8,9%	69	7,8%
T	T1	203	56,4%	317	59,9%	520	58,5%
	T1a	0	0,0%	3	0,6%	3	0,3%
	T1b	8	2,2%	5	0,9%	13	1,5%
	T2	107	29,7%	137	25,9%	244	27,4%
	T3	20	5,6%	21	4,0%	41	4,6%
	T4	22	6,1%	46	8,7%	68	7,6%
N	N0	244	67,8%	447	84,5%	691	77,7%
	N+	116	32,2%	82	15,5%	198	22,3%
Grading	G1/2	193	53,6%	301	56,9%	494	55,6%
	G3/4	148	41,1%	197	37,2%	345	38,8%
	GX/kA	19	5,3%	31	5,9%	50	5,6%
Lymphgefäessinvasion L	0	176	48,9%	239	45,2%	415	46,7%
	1	108	30,0%	94	17,8%	202	22,7%
	X/kA	76	21,1%	196	37,1%	272	30,6%
Veneninvasion V	0	246	68,3%	277	52,4%	523	58,8%
	1	31	8,6%	32	6,0%	63	7,1%
	X/kA	83	23,1%	220	41,6%	303	34,1%
Gesamt		360	100,0%	529	100,0%	889	100,0%

Lymphadenektomierte Patientinnen sind jünger und haben gegenüber Patientinnen ohne LAD

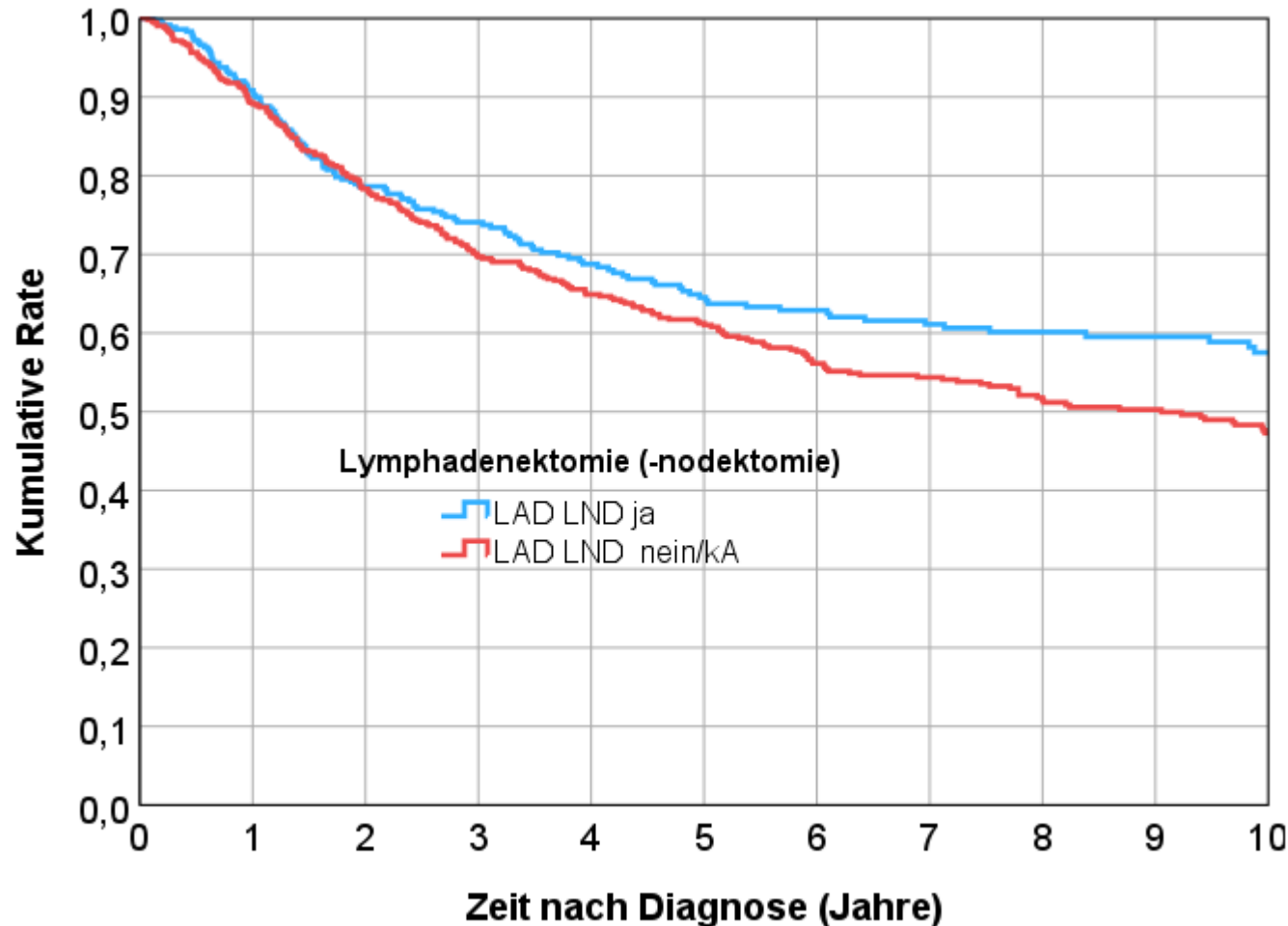
Häufiger Stadium III
Vergleichbare Tumorgröße
Häufiger befallene Lymphknoten N+
Höheres Grading G3/4
Häufiger Lymphgefäß- und Veneninvasion

Häufiger radikale Resektion

Outcome Vaginalkarzinom mit und ohne LAD

Kaplan-Meier-Analyse und multivariable Cox-Regression für
Gesamtüberleben nach Lymphadenektomie ja/nein

(adjustiert für Alter, Histologie, Stadium, Grading, Lymphgefäß- und Veneninvasion, perioperative Therapie,
medianer Follow-up 9,8 Jahre)



Zusammenfassung der Fallverarbeitung

Lymphadenektomie (-nodektomie)	Gesamtzahl	Anzahl von Ereignissen	Zensiert	
			N	Prozent
LAD LND ja	360	148	212	58,9%
LAD LND nein/kA	529	273	256	48,4%
Gesamt	889	421	468	52,6%

Gesamtüberleben:

In der multivariablen Regression ergab sich für die LAD ein etwas günstigeres Gesamtüberleben mit einer nicht signifikanten Hazard Ratio von 0,867 (95%-KI 0,698 – 1,077; $p = 0,197$). RFS war vergleichbar.

Lymphadenektomie (-nodektomie)	p	HR	untere 95%-KI	obere 95%-KI
LAD LND nein/kA		1,000		
LAD LND ja	0,197	0,867	0,698	1,077

Outcome Vaginalkarzinom mit und ohne LAD

Subgruppenanalyse: Uni- und multivariable Cox-Regression für das **Gesamtüberleben**
nach Lymphadenektomie ja vs ein in den Subgruppen nach Stadien

(adjustiert für Alter, Histologie, Stadium, Grading, Lymphgefäß- und Veneninvasion, perioperative Therapie,
nur R0-resezierte Patientinnen)

Stadium	LND ja n	LND nein n	Univariable Cox-Regression				Multivariable Cox-Regression			
			p	HR	Unteres 95%-KI	Oberes 95%-KI	p	HR	Unteres 95%-KI	Oberes 95%-KI
I	164	306	0,291	0,842	0,612	1,159	0,662	0,928	0,666	1,294
II	55	103	0,006	0,501	0,306	0,818	0,014	0,517	0,306	0,874
III	119	73	0,586	0,898	0,610	1,323	0,667	0,914	0,605	1,379
IVA	22	47	0,701	1,144	0,574	2,280	0,884	1,060	0,485	2,316

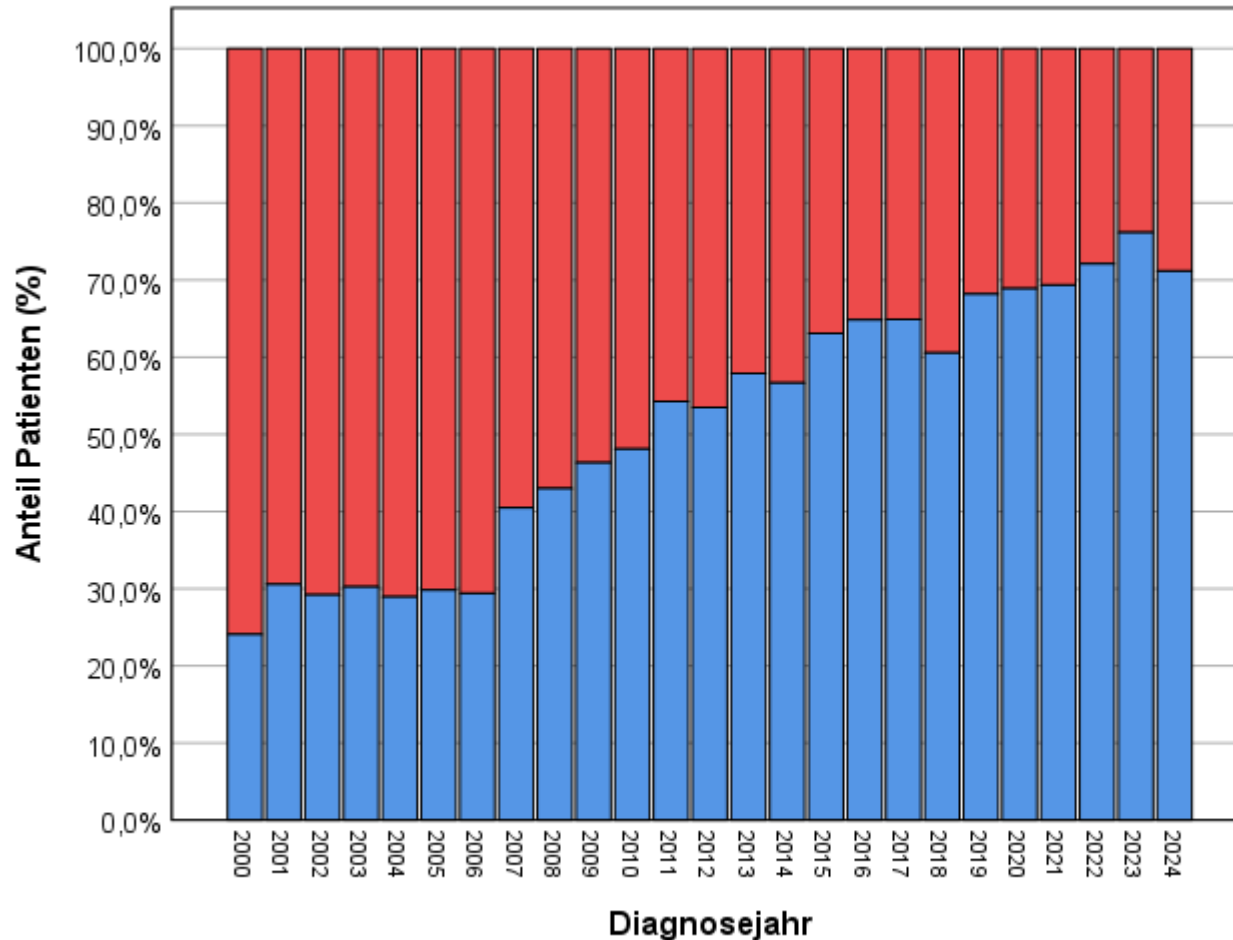
Gesamtüberleben:

Im Stadium II zeigte sich in der multivariablen Regression ein signifikanter Vorteil im Gesamtüberleben mit LAD vs ohne LAD mit einer Hazard Ratio von 0,517 (95%-KI 0,306 – 1,874; $p = 0,014$), nicht aber in den übrigen Stadien.

Gesamtüberleben und rezidivfreies Überleben beim Vulvakarzinom mit und ohne LAD

Outcome Vulvakarzinom mit und ohne LAD

Relative Verteilung der Patientinnen mit und ohne Lymphadenektomie bei Patientinnen mit reseziertem Vulvakarzinom Stadium I-IVA nach Diagnosejahr (12 607 Patientinnen mit ICD-10 C51, Plattenepithel- und Adenokarzinome ohne Basalzell- und ÜbergangszellCa, Diagnosen 2000-2024)



Lymphadenektomie (-nodektomie)

- LAD LND nein/kA
- LAD LND ja

	N	%
LAD LND ja	7314	58,0%
LAD LND nein/kA	5293	42,0%
Gesamt	12607	100,0%

Deutliche Zunahme des Anteils der Lymphadenektomie nach 2006

Outcome Vulvakarzinom mit und ohne LAD

Verteilung der Patienten- und Tumorcharakteristika nach Lymphadenektomie ja/nein und gesamt

		Lymphadenektomie (-nodektomie)					
		LAD LND ja		LAD LND nein/kA		Gesamt	
		Anzahl	Spalten (%)	Anzahl	Spalten (%)	Anzahl	Spalten (%)
Alter bei Diagnose	0- 49	796	10,9%	508	9,6%	1304	10,3%
	50-59	1027	14,0%	573	10,8%	1600	12,7%
	60-69	1634	22,3%	990	18,7%	2624	20,8%
	70-79	2286	31,3%	1522	28,8%	3808	30,2%
	80+	1571	21,5%	1700	32,1%	3271	25,9%
Histolog. Typ	Plattenepithel-Ca	7247	99,1%	5252	99,2%	12499	99,1%
	Adeno- Ca	67	0,9%	41	0,8%	108	0,9%
Stadium UICC	I	4547	62,2%	3418	64,6%	7965	63,2%
	II	496	6,8%	703	13,3%	1199	9,5%
	III	2106	28,8%	964	18,2%	3070	24,4%
	IVA	165	2,3%	208	3,9%	373	3,0%
T	T1	131	1,8%	259	4,9%	390	3,1%
	T1a	554	7,6%	1081	20,4%	1635	13,0%
	T1b	5563	76,1%	2667	50,4%	8230	65,3%
	T2	950	13,0%	1118	21,1%	2068	16,4%
	T3	111	1,5%	158	3,0%	269	2,1%
	T4	5	0,1%	10	0,2%	15	0,1%
N	N0	5102	69,8%	4213	79,6%	9315	73,9%
	N+	2212	30,2%	1080	20,4%	3292	26,1%
Grading	G1/2	5394	73,7%	4053	76,6%	9447	74,9%
	G3/4	1660	22,7%	982	18,6%	2642	21,0%
	GX/kA	260	3,6%	258	4,9%	518	4,1%
Lymphgefäessinvasion L	0	4914	67,2%	3160	59,7%	8074	64,0%
	1	1443	19,7%	780	14,7%	2223	17,6%
	X/kA	957	13,1%	1353	25,6%	2310	18,3%
Veneninvasion V	0	6037	82,5%	3701	69,9%	9738	77,2%
	1	264	3,6%	144	2,7%	408	3,2%
	X/kA	1013	13,9%	1448	27,4%	2461	19,5%
Gesamt		7314	100,0%	5293	100,0%	12607	100,0%

Lymphadenektomierte Patientinnen sind jünger und haben gegenüber Patientinnen ohne LAD

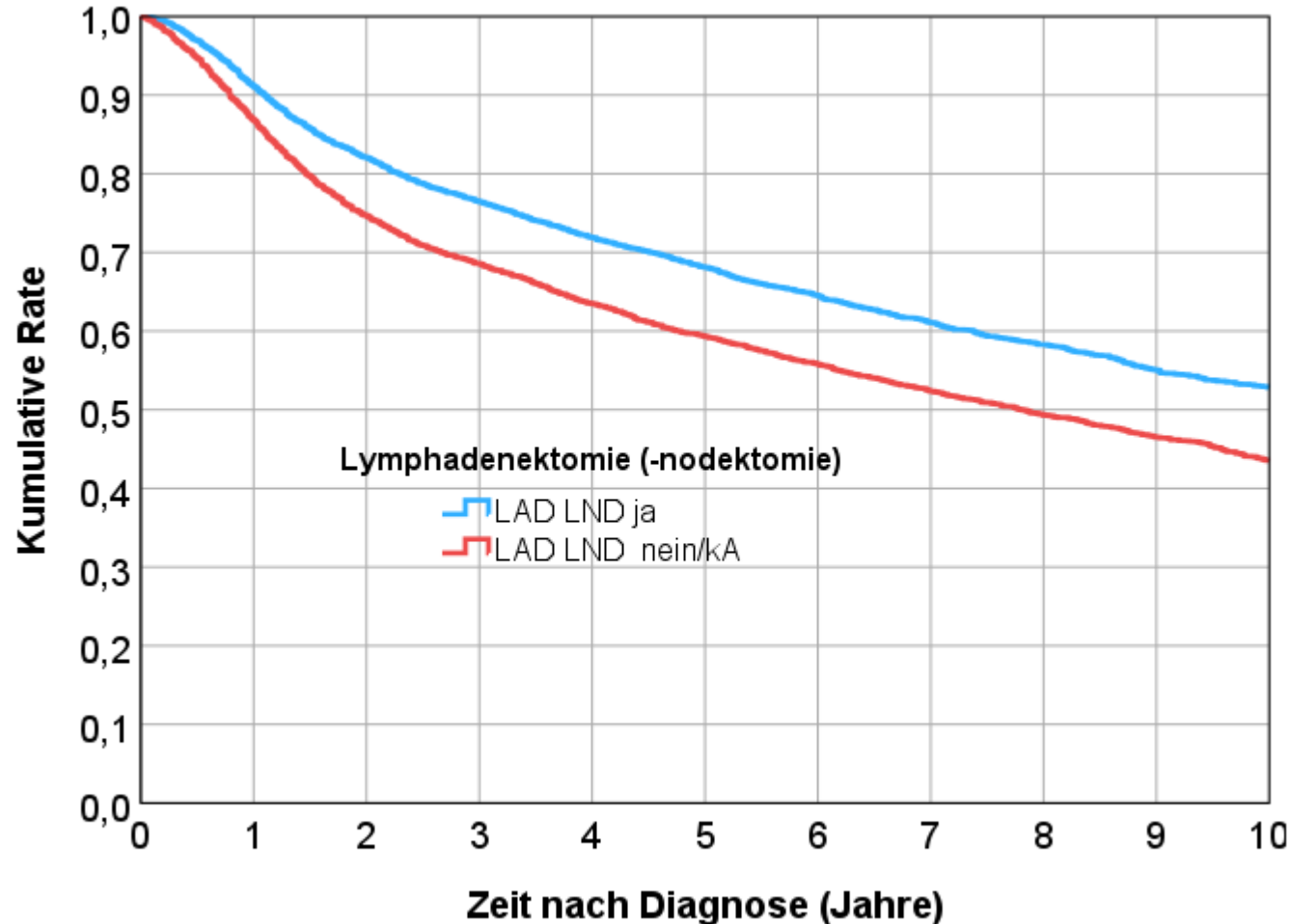
Häufiger Stadium III
Häufiger T1b
Häufiger befallene Lymphknoten N+
Höheres Grading G3/4
Häufiger Lymphgefäß- und Veneninvasion

Häufiger Vulvektomie

Outcome Vulvakarzinom mit und ohne LAD

Kaplan-Meier-Analyse und multivariable Cox-Regression für Gesamtüberleben nach Lymphadenektomie ja/nein

(adjustiert für Alter, Histologie, Stadium, Grading, Lymphgefäß- und Veneninvasion, perioperative Therapie, medianer Follow-up 7,7 Jahre)



Zusammenfassung der Fallverarbeitung

Lymphadenektomie (-nodektomie)	Gesamtzahl	Anzahl von Ereignissen	Zensiert	
			N	Prozent
LAD LND ja	7314	2780	4534	62,0%
LAD LND nein/kA	5293	2939	2354	44,5%
Gesamt	12607	5719	6888	54,6%

Gesamtüberleben:

In der multivariablen Regression ergab sich für die LAD ein signifikant besseres Gesamtüberleben mit einer Hazard Ratio von 0,778 (95%-KI 0,737 – 0,821; $p < 0,001$). RFS war vergleichbar.

Lymphadenektomie (-nodektomie)	p	HR	untere 95%-KI	obere 95%-KI
LAD LND nein/kA		1,000		
LAD LND ja	$<0,001$	0,778	0,737	0,821

Outcome Vulvakarzinom mit und ohne LAD

Subgruppenanalyse: Uni- und multivariable Cox-Regression für das **Gesamtüberleben**
nach Lymphadenektomie ja vs ein in den Subgruppen nach Stadien

(adjustiert für Alter, Histologie, Stadium, Grading, Lymphgefäß- und Veneninvasion, perioperative Therapie,
nur R0-resezierte Patientinnen)

Stadium	LND ja n	LND nein n	Univariable Cox-Regression				Multivariable Cox-Regression			
			p	HR	Unteres 95%-KI	Oberes 95%-KI	p	HR	Unteres 95%-KI	Oberes 95%-KI
I	4547	3418	<0,001	0,688	0,638	0,742	<0,001	0,790	0,731	0,854
II	496	703	<0,001	0,733	0,636	0,845	0,004	0,809	0,700	0,934
III	2106	964	<0,001	0,753	0,685	0,827	<0,001	0,770	0,700	0,847
IVA	165	208	0,196	0,852	0,668	1,086	0,164	0,835	0,648	1,076

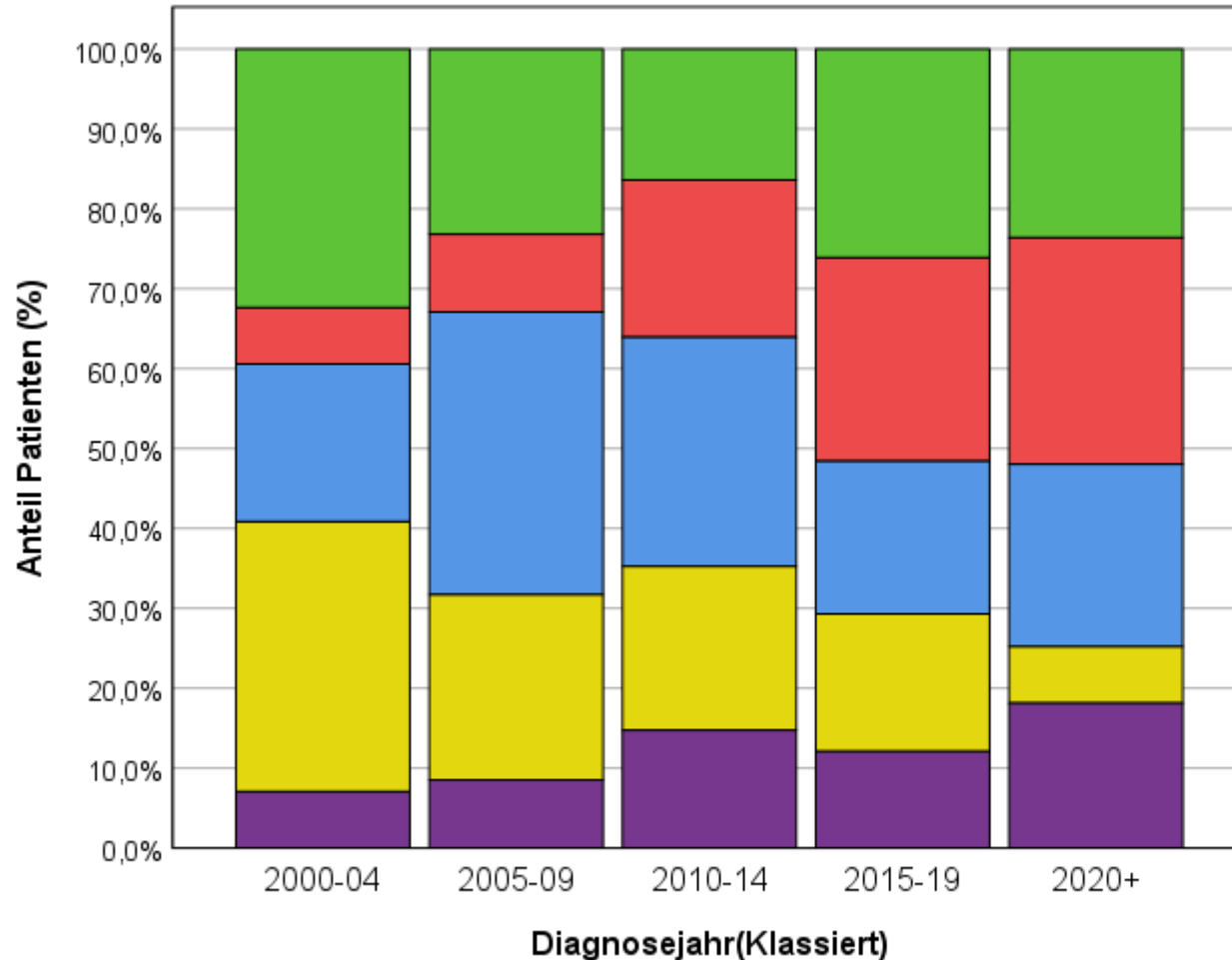
Gesamtüberleben:

In den Stadien I bis III bestätigte sich in der multivariablen Regression ein signifikanter Vorteil im Gesamtüberleben mit LAD vs ohne LAD, nicht in Stadium IVA (mit kleiner Fallzahl).

Langzeitergebnisse nach Primärtherapie beim Vaginalkarzinom

Ergebnisse Vaginalkarzinom *Stadium II/III* nach Primärtherapie

Relative Verteilung der Primärtherapie bei Patientinnen mit Vaginalkarzinom *Stadium II/III* nach Diagnosejahr (559 Patientinnen mit ICD-10 C52, Plattenepithel- und Adenokarzinome ohne Basalzell- und ÜbergangszellCa, Diagnosen 2000-2023)



Primärtherapie

- Radiatio
- Rad+Sys
- Op
- Op+Rad
- Op+Rad+Sys

		N	%
Primärtherapie	Op+Rad+Sys	72	12,9%
	Op+Rad	104	18,6%
	Op	137	24,5%
	Rad+Sys	113	20,2%
	Radiatio	133	23,8%
	Gesamt	559	100,0%

In den Stadien II/III

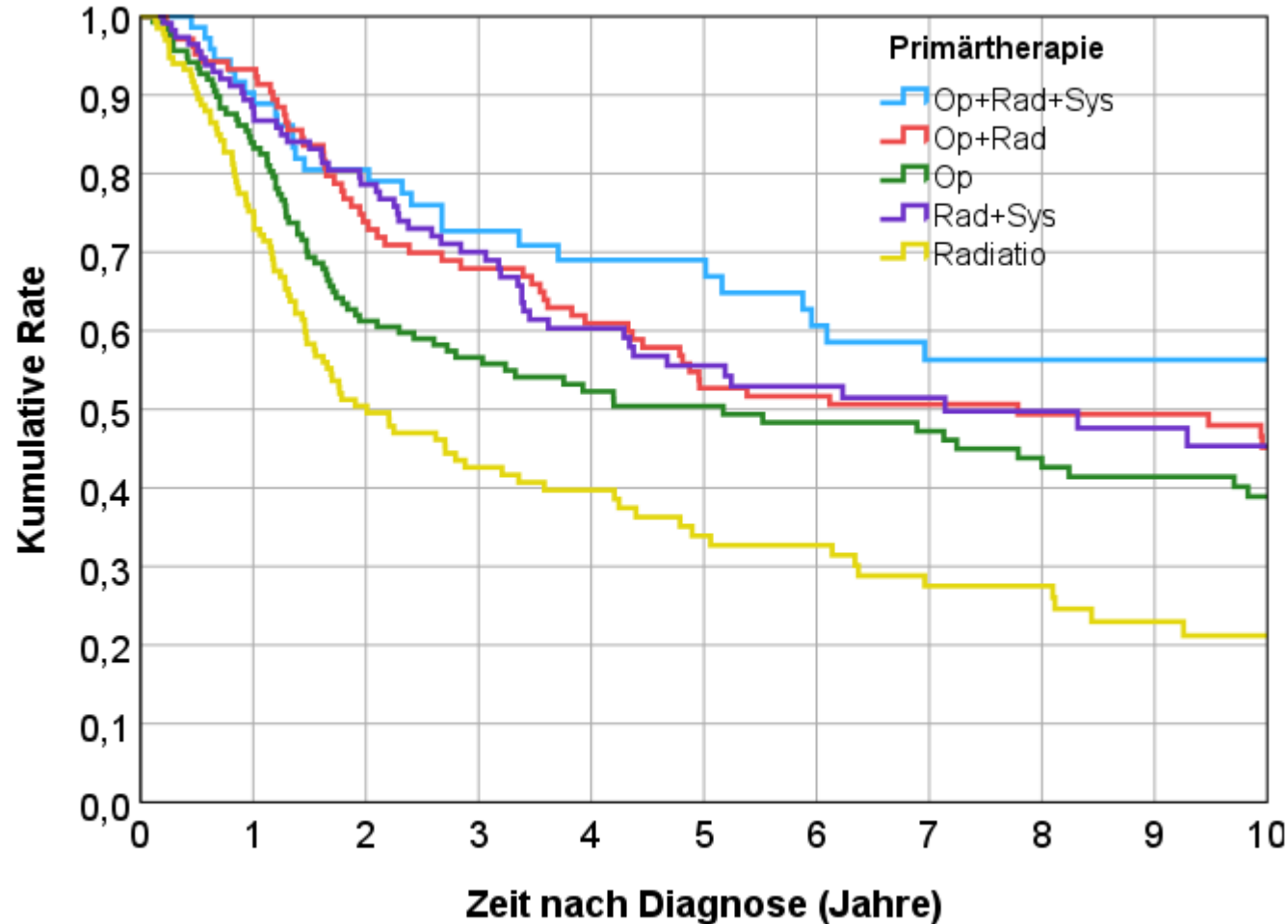
deutliche Zunahme der Radiochemotherapie mit oder ohne Resektion

Rückgang der OP + Radiatio

Ergebnisse Vaginalkarzinom *Stadium II/III* nach Primärtherapie

Kaplan-Meier-Analyse und multivariable Cox-Regression für Gesamtüberleben nach Primärtherapie

(adjustiert für Alter, Histologie, Stadium, Grading, Lymphgefäß- und Veneninvasion, medianer Follow-up 9,6 Jahre)



Zusammenfassung der Fallverarbeitung

Primärtherapie	Gesamtzahl	Anzahl von Ereignissen	Zensiert	
			N	Prozent
Op+Rad+Sys	72	30	42	58,3%
Op+Rad	104	66	38	36,5%
Op	137	82	55	40,1%
Rad+Sys	113	56	57	50,4%
Radiatio	133	93	40	30,1%
Gesamt	559	327	232	41,5%

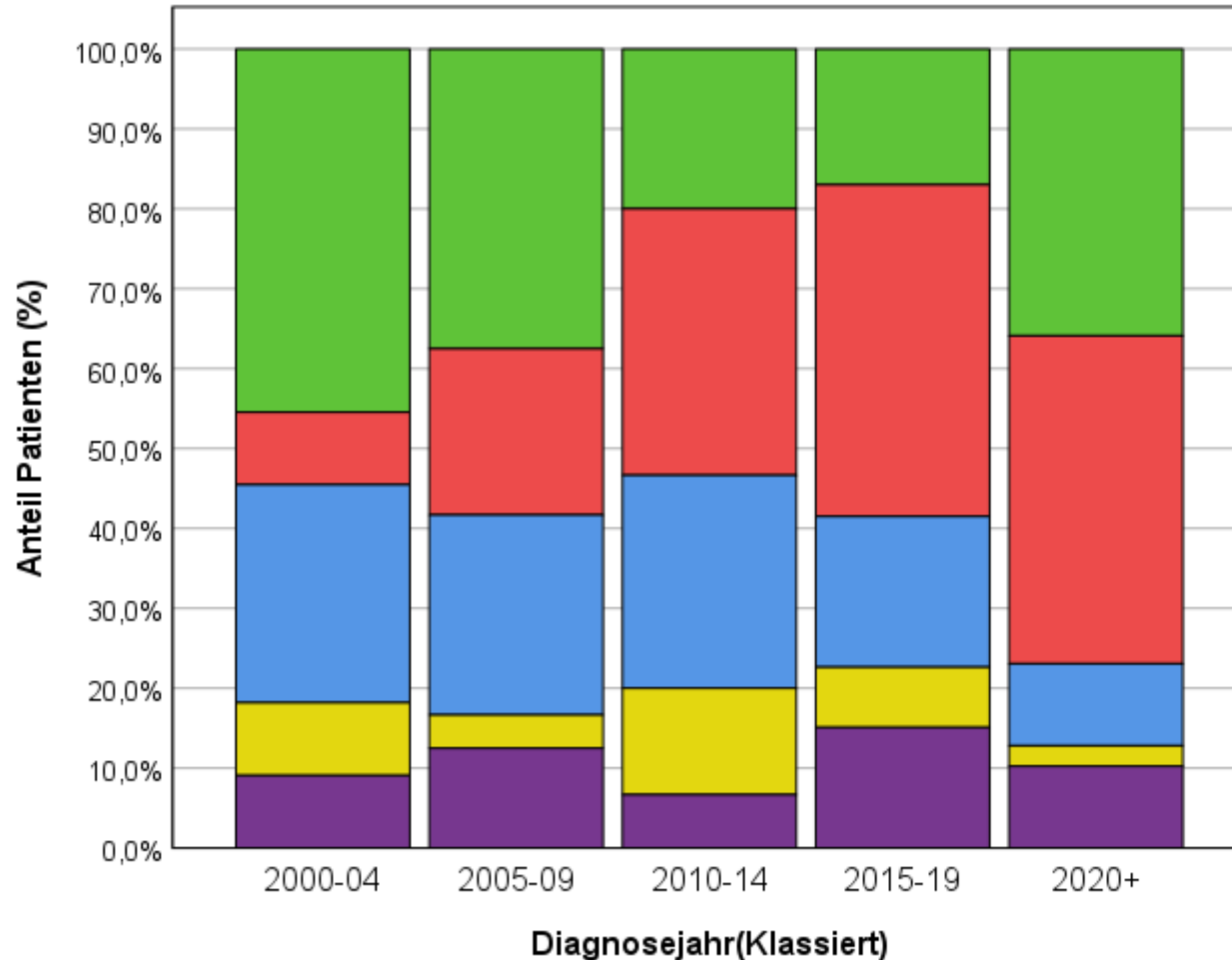
Gesamtüberleben:

In der multivariablen Regression zeigte - ohne Signifikanz - die Operation plus Radiochemotherapie das günstigste, die definitive Radiatio und alleinige OP das schlechteste Gesamtüberleben (RFS war vergleichbar).

Primärtherapie	p	HR	untere 95%- KI	obere 95%-KI
Op+Rad+Sys		1,000		
Op+Rad	0,301	1,263	0,812	1,964
Op	0,136	1,389	0,902	2,140
Rad+Sys	0,786	1,069	0,659	1,734
Radiatio	0,101	1,503	0,924	2,445

Ergebnisse Vaginalkarzinom *Stadium IVA* nach Primärtherapie

Relative Verteilung der Primärtherapie bei Patientinnen mit Vaginalkarzinom *Stadium IVA* nach Diagnosejahr (157 Patientinnen)



Primärtherapie

- Radiatio
- Rad+Sys
- Op
- Op+Rad
- Op+Rad+Sys

	N	%
Primärtherapie Op+Rad+Sys	18	11,5%
Op+Rad	11	7,0%
Op	31	19,7%
Rad+Sys	54	34,4%
Radiatio	43	27,4%
Gesamt	157	100,0%

Im Stadium IVA

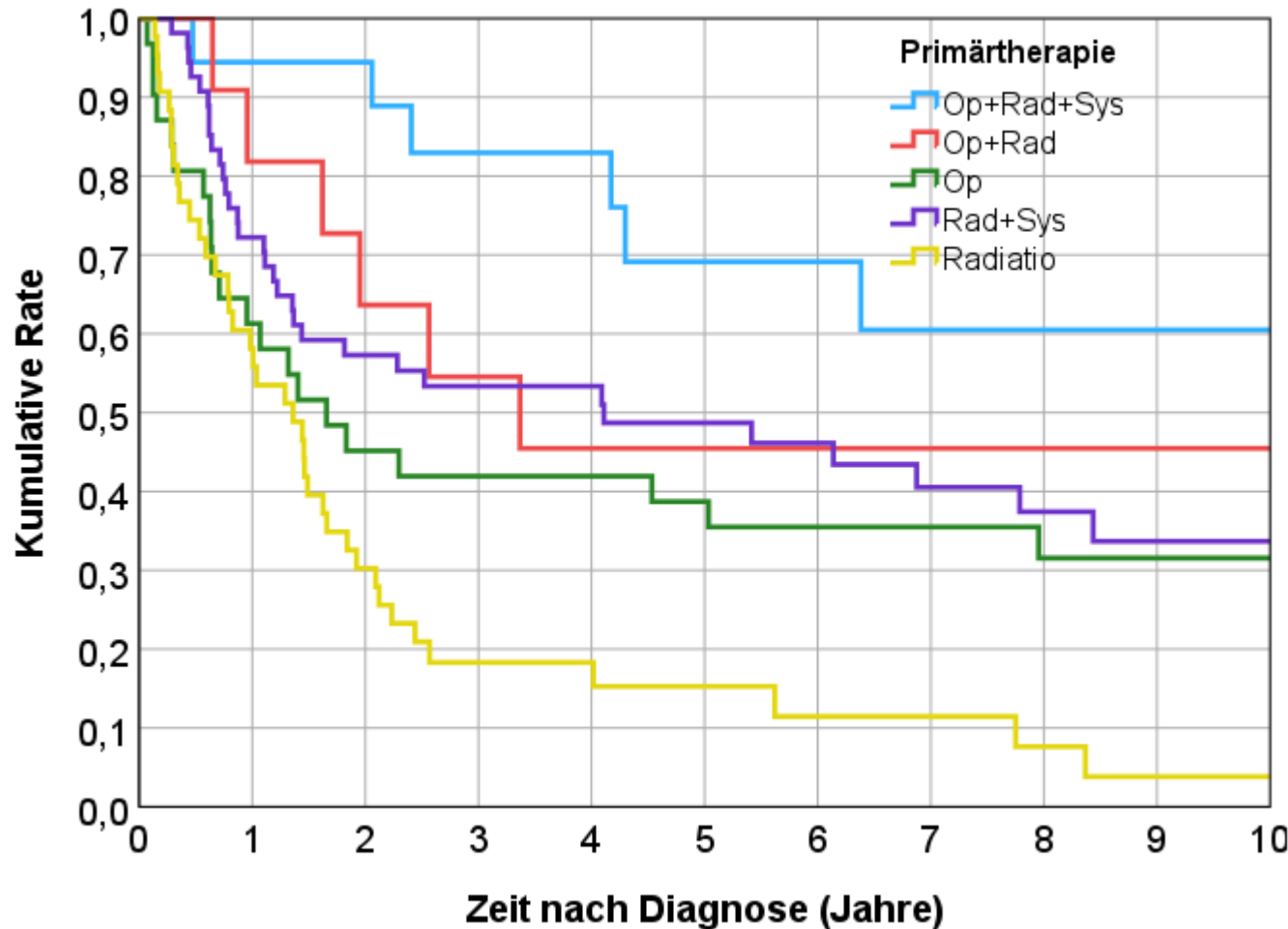
deutliche Zunahme der alleinigen Radiochemotherapie

Rückgang der OP + Radiatio

Ergebnisse Vaginalkarzinom *Stadium IVA* nach Primärtherapie

Kaplan-Meier-Analyse und multivariable Cox-Regression für Gesamtüberleben nach Primärtherapie

(adjustiert für Alter, Histologie, Stadium, Grading, Lymphgefäß- und Veneninvasion, medianer Follow-up 9,4 Jahre)



Zusammenfassung der Fallverarbeitung

Primärtherapie	Gesamtzahl	Anzahl von Ereignissen	Zensiert	
			N	Prozent
Op+Rad+Sys	18	6	12	66,7%
Op+Rad	11	7	4	36,4%
Op	31	21	10	32,3%
Rad+Sys	54	33	21	38,9%
Radiatio	43	39	4	9,3%
Gesamt	157	106	51	32,5%

Gesamtüberleben:

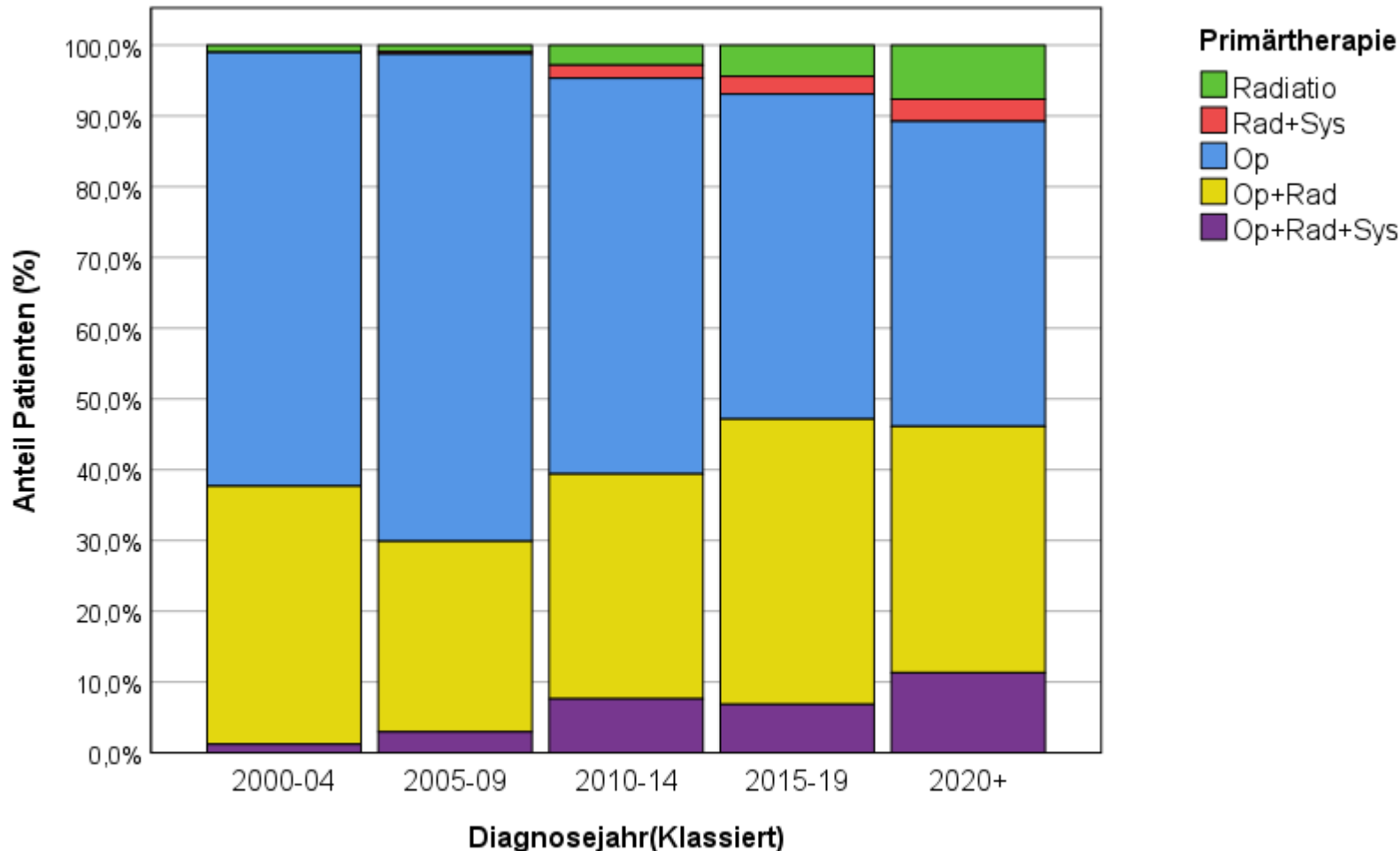
In der multivariablen Regression erwies sich die Resektion mit Radiochemotherapie als günstigste Therapie, gegenüber der definitiven Radiatio u. der alleinigen OP auch signifikant. RFS war vergleichbar.

Primärtherapie	<i>p</i>	HR	untere 95%-KI	obere 95%-KI
Op+Rad+Sys		1,000		
Op+Rad	0,512	1,472	0,463	4,681
Op	0,021	3,101	1,188	8,099
Rad+Sys	0,081	2,234	0,905	5,517
Radiatio	<0,001	5,754	2,124	15,588

Langzeitergebnisse nach Primärtherapie beim Vulvakarzinom

Ergebnisse Vulvakarzinom *Stadium II/III* nach Primärtherapie

Relative Verteilung der Primärtherapie bei Patientinnen mit Vulvakarzinom *Stadium II/III* nach Diagnosejahr
 (4141 Patientinnen mit ICD-10 C52, Plattenepithel- und Adenokarzinome ohne Basalzell- und ÜbergangszellCa, Diagnosen 2000-2023)



		N	%
Primärtherapie	Op+Rad+Sys	259	6,3%
	Op+Rad	1410	34,0%
	Op	2255	54,5%
	Rad+Sys	69	1,7%
	Radiatio	148	3,6%
	Gesamt	4141	100,0%

In den Stadien II/III

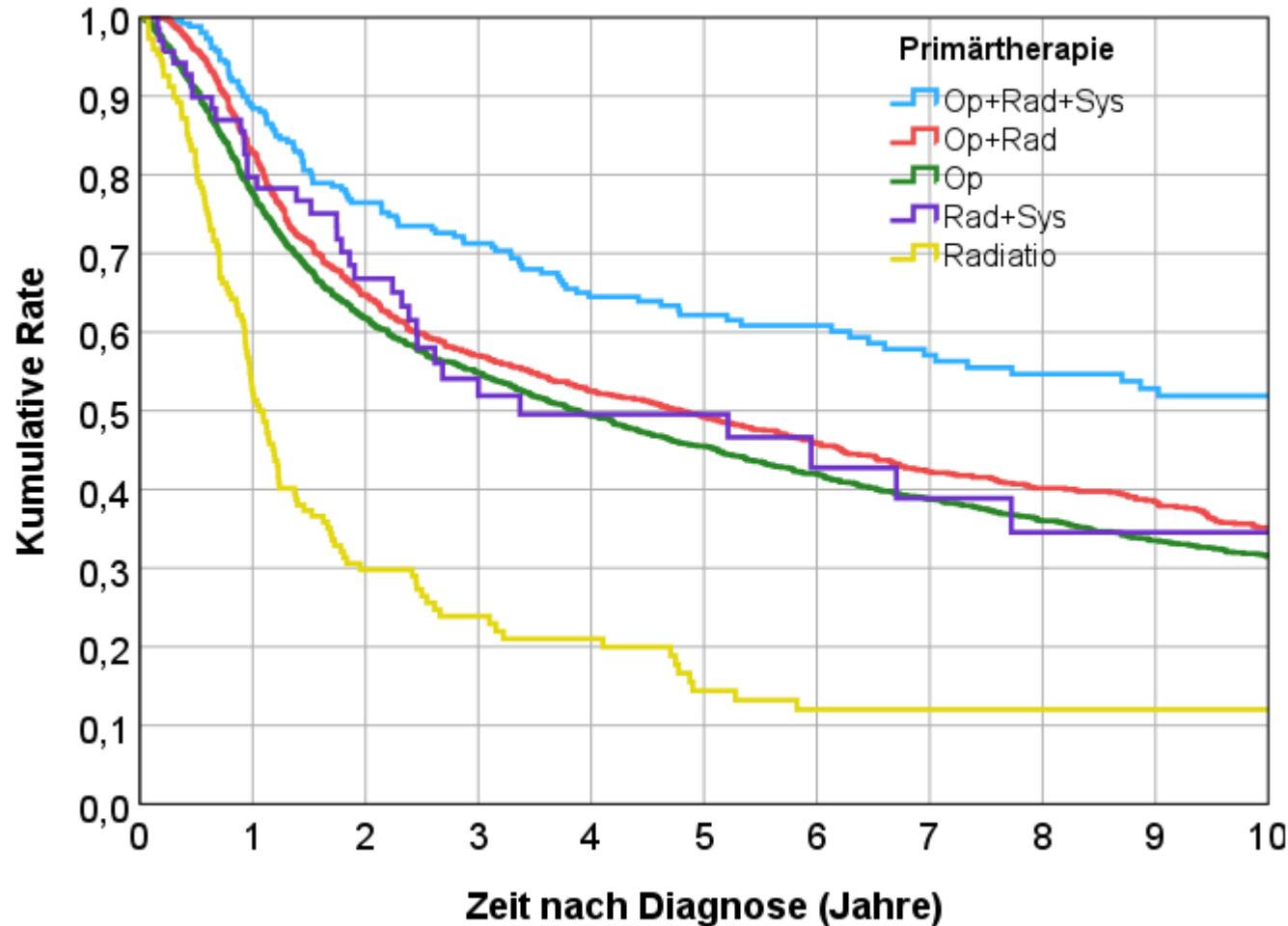
dominieren Operation –
 alleine in Stadium II und kombiniert
 mit Radiatio in Stadium III

Rückgang der alleinigen OP

Ergebnisse Vulvakarzinom *Stadium II/III* nach Primärtherapie

Kaplan-Meier-Analyse und multivariable Cox-Regression für Gesamtüberleben nach Primärtherapie

(adjustiert für Alter, Histologie, Stadium, Grading, Lymphgefäß- und Veneninvasion, medianer Follow-up 11,2 Jahre)



Zusammenfassung der Fallverarbeitung

Primärtherapie	Gesamtzahl	Anzahl von Ereignissen	Zensiert	
			N	Prozent
Op+Rad+Sys	259	111	148	57,1%
Op+Rad	1410	882	528	37,4%
Op	2255	1578	677	30,0%
Rad+Sys	69	36	33	47,8%
Radiatio	148	121	27	18,2%
Gesamt	4141	2728	1413	34,1%

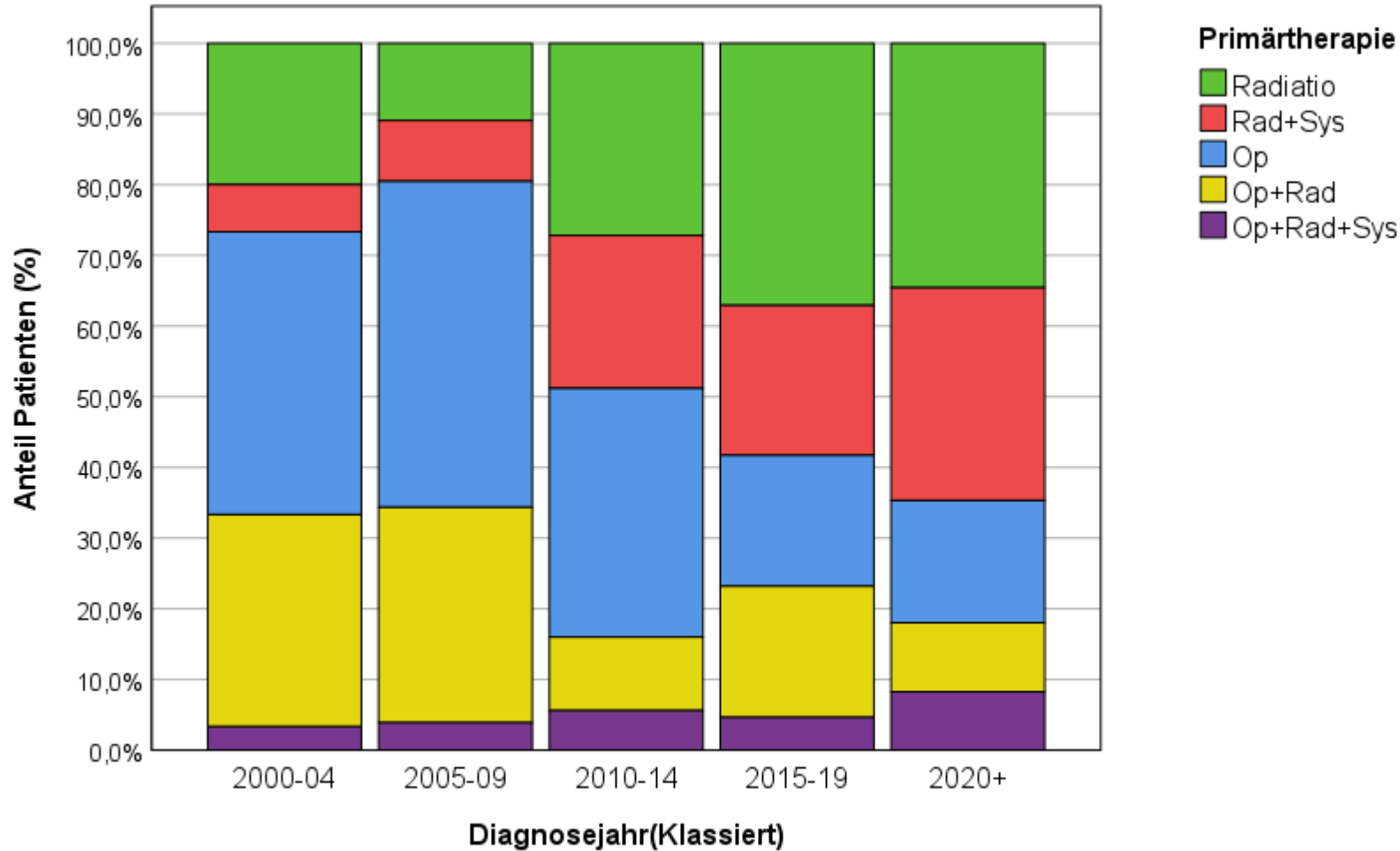
Gesamtüberleben:

In der multivariablen Regression zeigte die OP mit Radiochemotherapie gegenüber allen anderen Therapiegruppen signifikant das beste Gesamtüberleben, die definitive Radiatio das schlechteste Gesamtüberleben

Primärtherapie	<i>p</i>	HR	untere 95%- KI	obere 95%-KI
Op+Rad+Sys		1,000		
Op+Rad	0,050	1,221	1,000	1,492
Op	0,001	1,382	1,134	1,686
Rad+Sys	0,006	1,716	1,171	2,516
Radiatio	<0,001	2,299	1,748	3,023

Ergebnisse Vulvakarzinom *Stadium IVA* nach Primärtherapie

Relative Verteilung der Primärtherapie bei Patientinnen mit Vulvakarzinom *Stadium IVA* nach Diagnosejahr
(627 Patientinnen)



		N	%
Primärtherapie	Op+Rad+Sys	33	5,3%
	Op+Rad	120	19,1%
	Op	190	30,3%
	Rad+Sys	116	18,5%
	Radiatio	168	26,8%
	Gesamt	627	100,0%

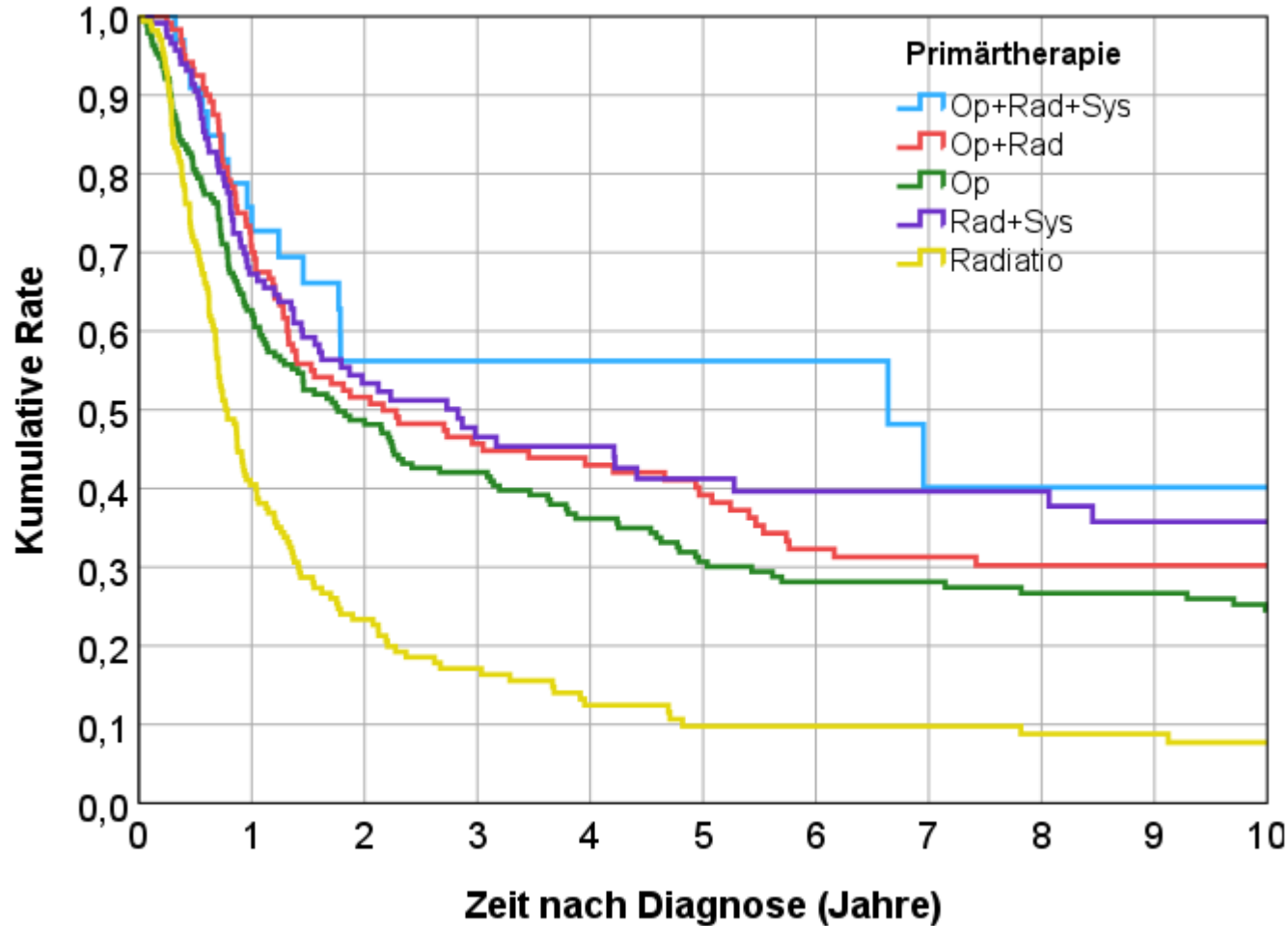
Im Stadium IVA

deutliche Zunahme der definitiven Radiatio und Radiochemotherapie und Rückgang der Resektion (ohne und mit RCT)

Ergebnisse Vulvakarzinom *Stadium IVA* nach Primärtherapie

Kaplan-Meier-Analyse und multivariable Cox-Regression für Gesamtüberleben nach Primärtherapie

(adjustiert für Alter, Histologie, Stadium, Grading, Lymphgefäß- und Veneninvasion, medianer Follow-up 12,3 Jahre)



Zusammenfassung der Fallverarbeitung

Primärtherapie	Gesamtzahl	Anzahl von Ereignissen	Zensiert	
			N	Prozent
Op+Rad+Sys	33	16	17	51,5%
Op+Rad	120	90	30	25,0%
Op	190	154	36	18,9%
Rad+Sys	116	68	48	41,4%
Radiatio	168	147	21	12,5%
Gesamt	627	475	152	24,2%

Gesamtüberleben:

In der multivariablen Regression erwies sich die Resektion mit Radiochemotherapie als etwas günstigere Therapie, gegenüber der definitiven Radiatio auch signifikant mit $p = 0,002$

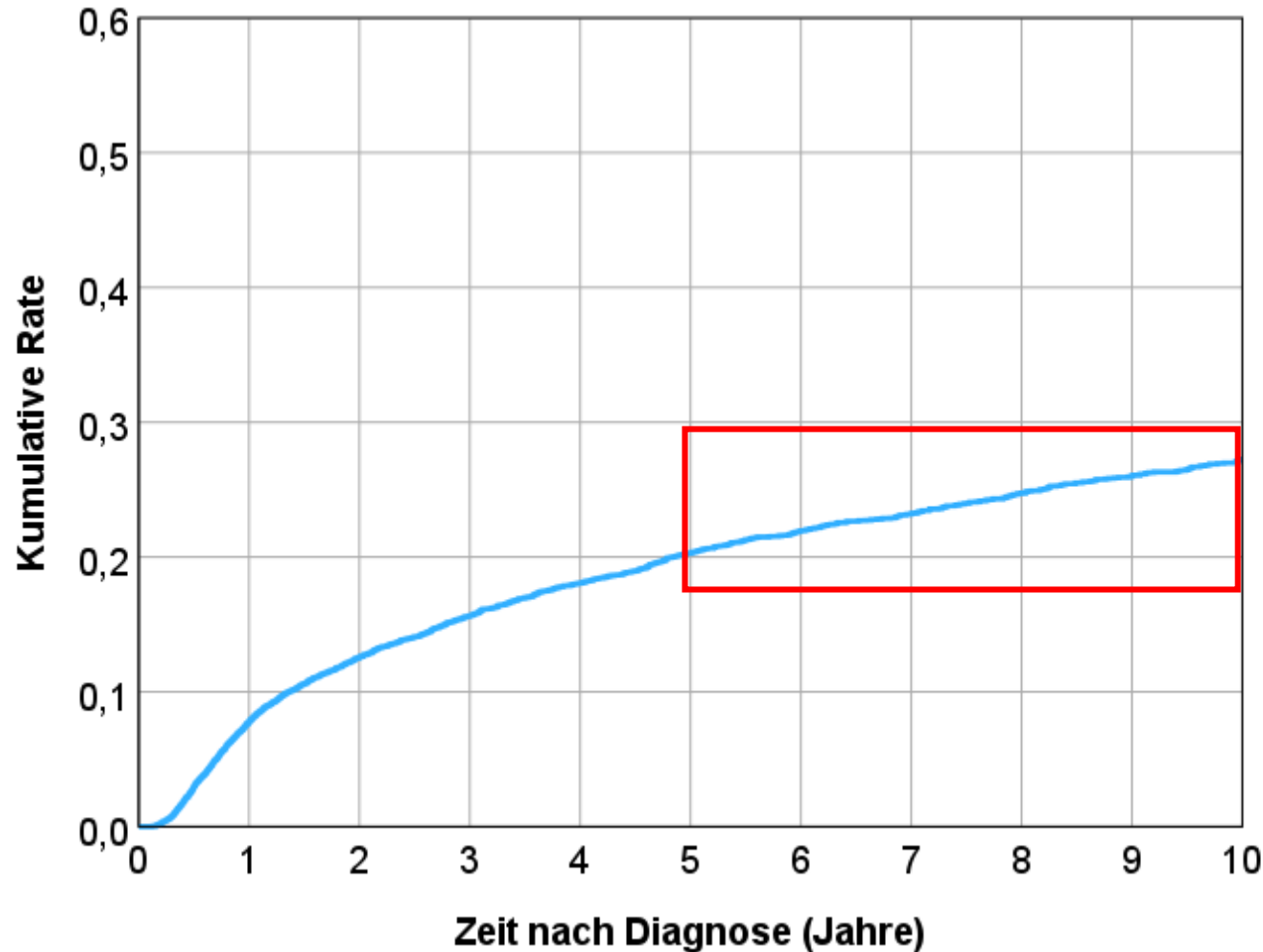
Primärtherapie	p	HR	untere 95%-KI	obere 95%-KI
Op+Rad+Sys		1,000		
Op+Rad	0,484	1,213	0,706	2,086
Op	0,095	1,565	0,925	2,647
Rad+Sys	0,244	1,407	0,792	2,498
Radiatio	0,002	2,514	1,421	4,447

Rezidivraten beim Vaginalkarzinom und Vulvakarzinom im Vergleich

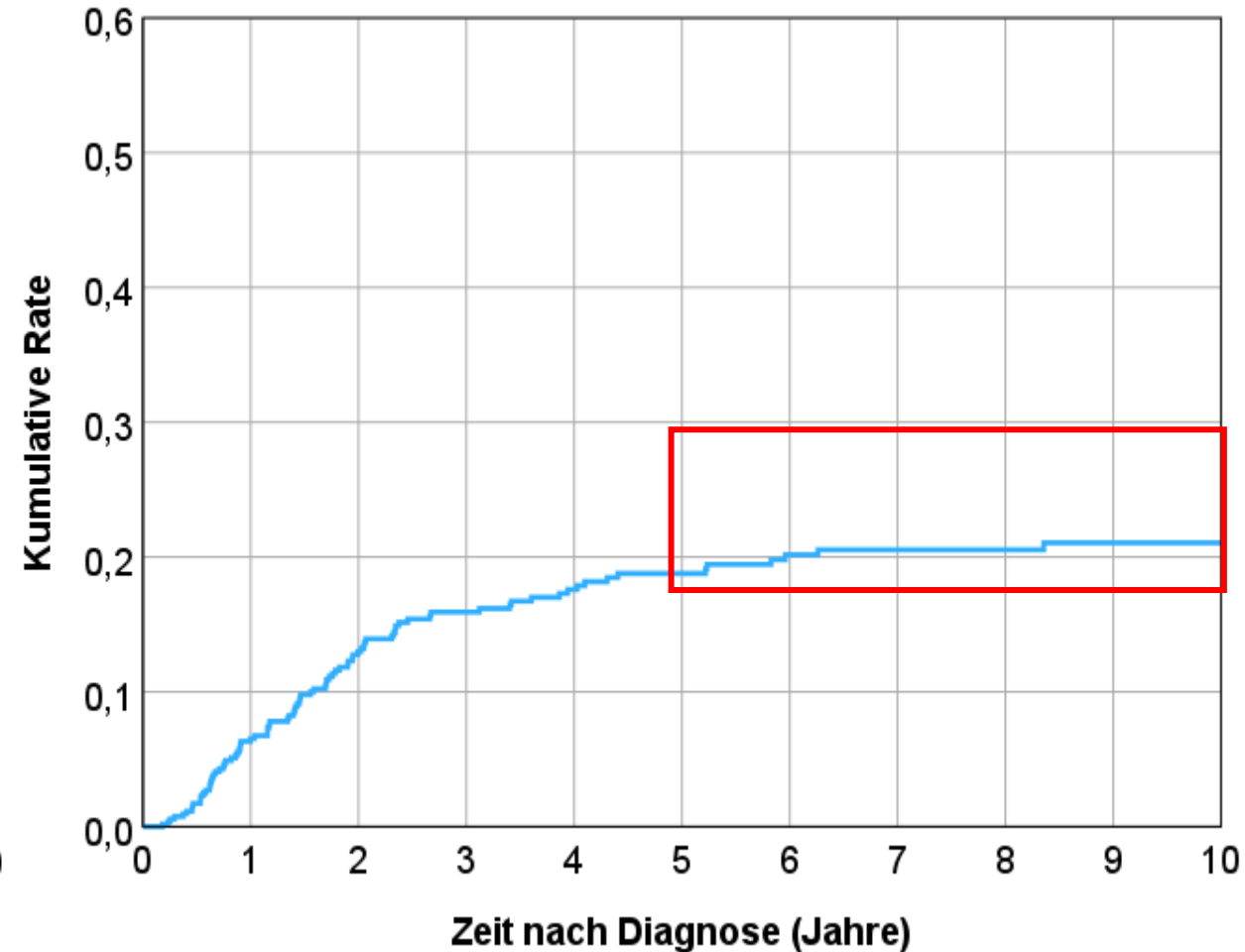
Rezidivraten Vaginal- und Vulvakarzinom im Vergleich

Kumulative **Lokalrezidivraten** nach R0-Resektion bei Vulva- und Vaginalkarzinom in den Stadien I-IVA
(10 095 Patientinnen mit ICD-10 C52 Vulvakarzinom und 537 Pat. mit ICD-10 51 Vaginalkarzinom,
Plattenepithel- und Adenokarzinome ohne Basalzell- und ÜbergangszellCa, Diagnosen 2000-2024, mit R0-Resektion)

Vulvakarzinom



Vaginalkarzinom

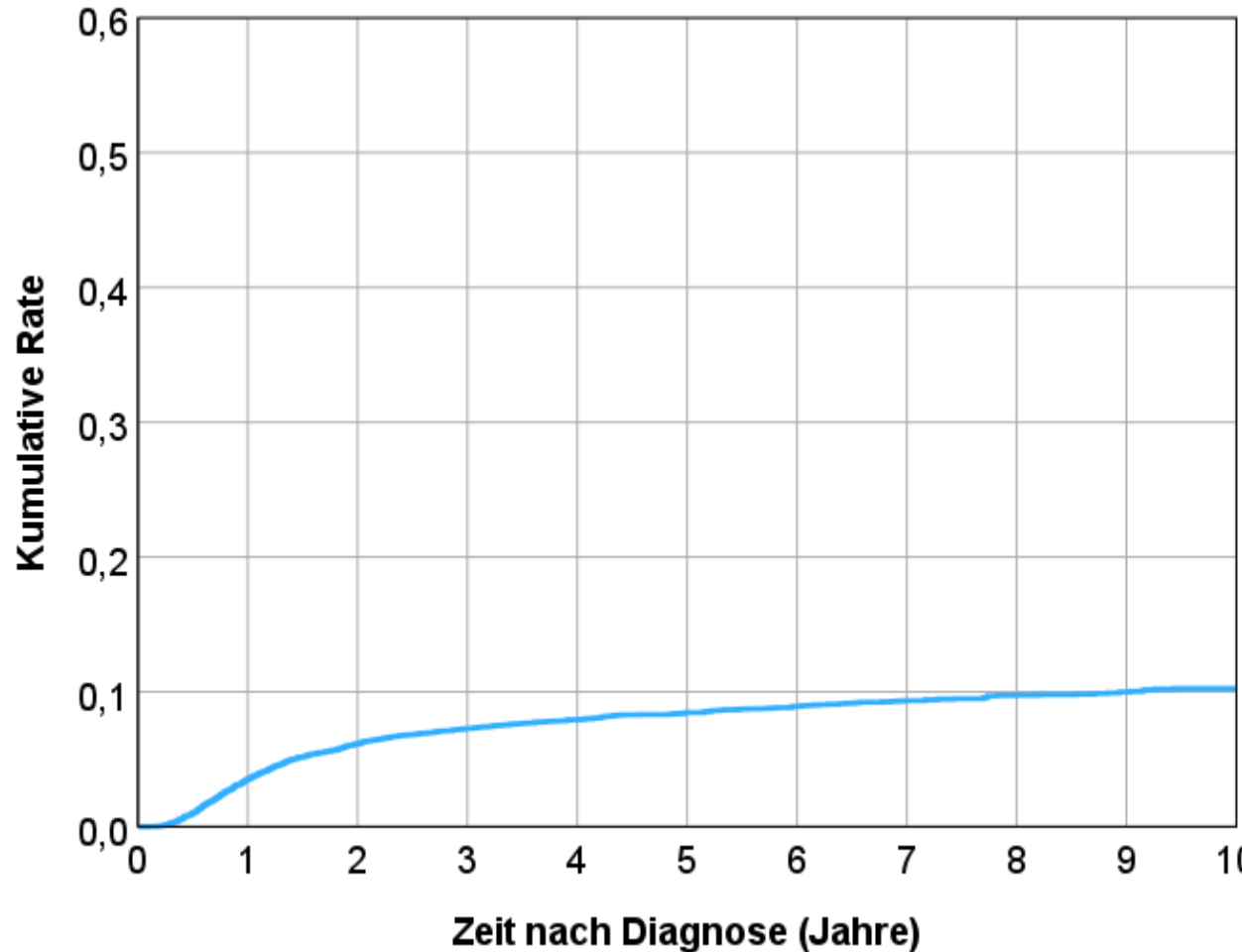


Rezidivraten Vaginal- und Vulvakarzinom im Vergleich

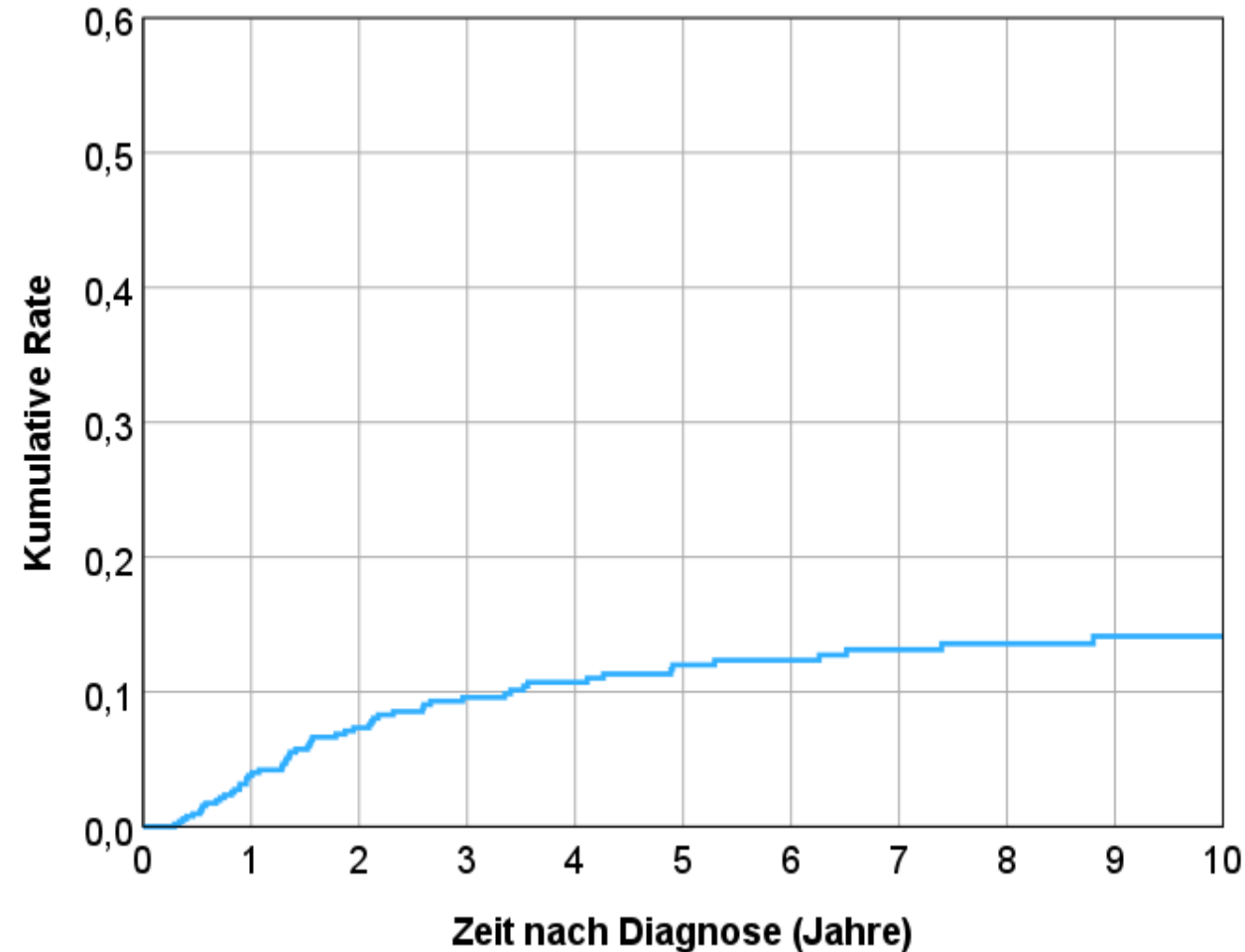


Kumulative **Metastasenrezidivraten** nach R0-Resektion bei Vulva- und Vaginalkarzinom in den Stadien I-IVA
(10 095 Patientinnen mit ICD-10 C52 Vulvakarzinom und 537 Pat. mit ICD-10 51 Vaginalkarzinom,
Plattenepithel- und Adenokarzinome ohne Basalzell- und ÜbergangszellCa, Diagnosen 2000-2024, mit R0-Resektion)

Vulvakarzinom



Vaginalkarzinom



- Die Lymphadenektomie zeigt beim Vaginalkarzinom eine nur geringfügige nicht signifikante Verbesserung des Langzeitoutcomes, während der Vorteil beim Vulvakarzinom signifikant und deutlich zu sein scheint.
- Beim Vaginal- und Vulvakarzinom zeigen sich in den Stadien II –IVA zum Teil signifikante Vorteile der Resektion kombiniert mit Radiochemotherapie, besonders deutlich bei den fortgeschrittenen Tumoren.
- Während sich beim Vaginalkarzinom 5 Jahre nach Erstdiagnose ein Plateau der Rezidivrate – insbesondere der Lokalrezidivrate – abzeichnet, ist beim Vulvakarzinom ein weiterer Anstieg auch nach über 5 Jahren zu beobachten.

Herzlichen Dank an die Datenliefernden – Vulva-/Vaginalkarzinom



Bremen
Bremer Krebsregister



Hamburg
Hamburgisches Krebsregister



Niedersachsen
Klinisches Krebsregister
Niedersachsen



Nordrhein-Westfalen
Landeskrebsregister NRW



Hessen
Hessisches Krebsregister



Rheinland-Pfalz
Krebsregister Rheinland-Pfalz



Saarland
Krebsregister Saarland

Baden-Württemberg

OSP Stuttgart
CCC Ulm



nicht geliefert geliefert

Schleswig-Holstein
Krebsregister Schleswig-Holstein

Mecklenburg-Vorpommern
Krebsregister Mecklenburg-Vorpommern

Brandenburg
Berlin
Klinisch-epidemiologisches
Krebsregister Brandenburg-Berlin
Charité CCC, Berlin

Sachsen-Anhalt
Krebsregister Sachsen-Anhalt

Sachsen
Klinisches Krebsregister Sachsen

Thüringen
KKR Gera, KKR Jena, KKR Suhl, TZ
Nordhausen, TZ Erfurt

Bayern
Bayerisches Krebsregister (LGL)



Herzlichen Dank an das

ADT 
Auswerteteam



Mitglieder des Auswerteteams und klinische Experten Vulva- und Vaginalkarzinom

welches aus **über 90 Fachexperten** aus verschiedenen Institutionen und Regionen sowie der ADT-Vertrauensstelle besteht. Jeder Auswertestandort ist Mitglied der ADT, bei welchem die entitätsspezifischen Auswertungen stattfinden.

**Dr. Michael Gerken, Prof. Dr. Elisabeth C. Sturm-Inwald, Dr. Judith Hansinger,
Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke, Dr. Vinzenz Völkel**
Zentrum für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung Universität Regensburg

Prof. Dr. Simone Marnitz
Privatpraxis für Radioonkologie im Vospalais Berlin

Prof. Dr. Olaf Ortmann, Prof. Dr. Stephan Seitz, Dr. Peter Ugocsai
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Universität Regensburg am Caritas-Krankenhaus St. Josef

Prof. Dr. med. Thomas Papatthemelis
Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, St. Marien-Krankenhaus Amberg

Prof. Dr. med. Pauline Wimberger
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Herzlichen Dank

an die



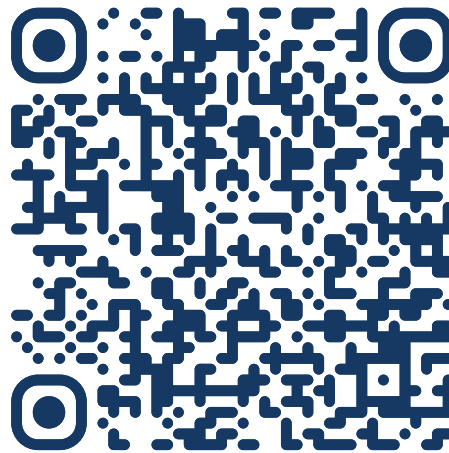
Veranstungshinweise

20 Jahre Bundesweite Onkologische Qualitätskonferenzen der ADT

- vom 01. – 02.12.2026
- Digitale Veranstaltung

Entitätsspezifische Bildungsveranstaltung in der Tumordokumentation der ADT

- Darmkrebs am 20.05.2026
- Digitale Veranstaltung



Keine Veranstaltung mehr verpassen

ADT 
Arbeitsgemeinschaft
Deutscher Tumorzentren

Kontakt

Prof. Dr. Sylke Zeißig
Prof. Dr. Ullrich Wellner
Bianca Franke
Kees Kleihues- van Tol

Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin

BOQK@adt-netzwerk.de

030 326 787 26



**11. Bundesweite Onkologische
Qualitätskonferenz
2025/2026 der ADT**

20 Jahre klinische Evidenz aus
versorgungsnahen Daten der
Krebsregister

Vielen Dank

für Ihre Aufmerksamkeit