

Versorgungssituation beim Zervixkarzinom

Prof. Dr. Olaf Ortmann, Regensburg



20 Jahre klinische Evidenz aus versorgungsnahen Daten
der Krebsregister

11. Bundesweite Onkologische Qualitätskonferenz 2025/2026 der ADT

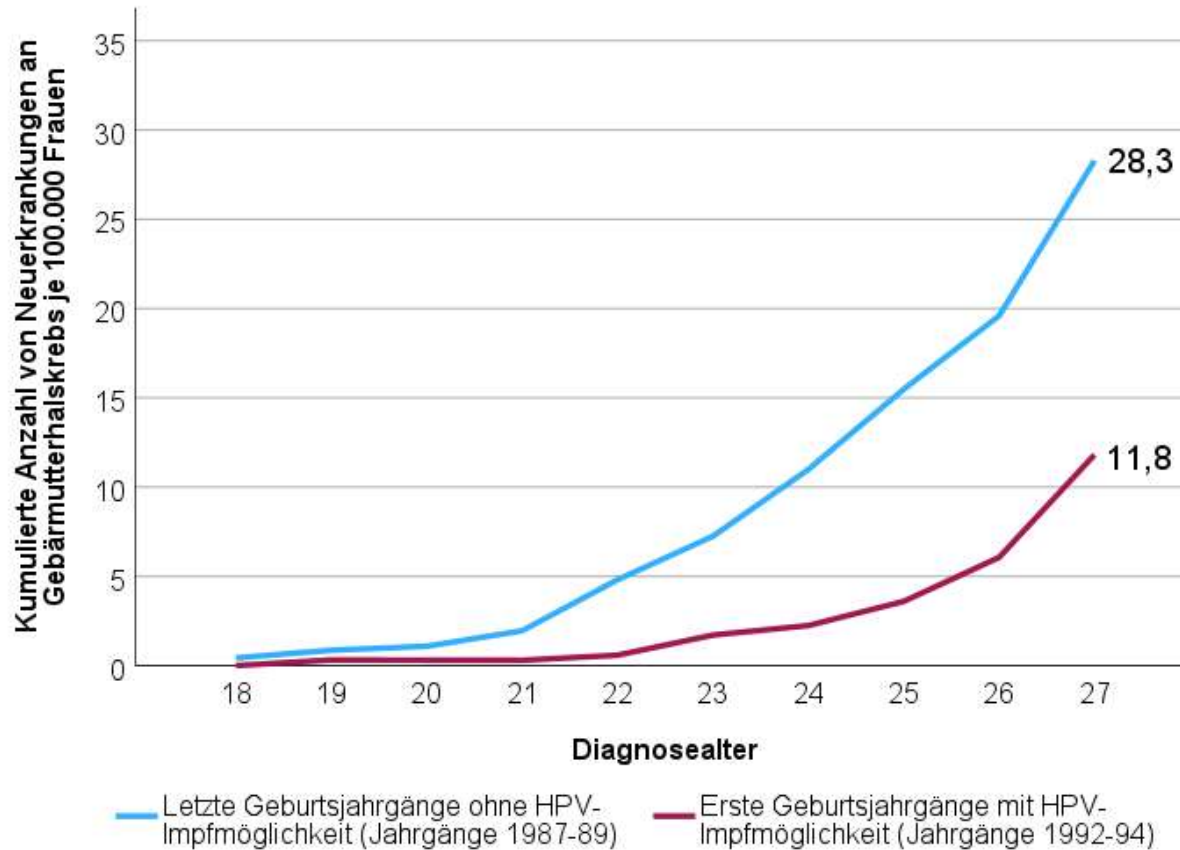
Inhalt

- **Altersspezifische Zervixkarzinominzidenz in Geburtskohorten mit und ohne Option für HPV-Impfung**
- **Outcomes nach einfacher und radikaler Hysterektomie in den Stadien UICC T1a2 und T1b1 (analog zur Shape Studie)**
- **Outcomes nach laparoskopischer und offener Operation beim Zervixkarzinom UICC T1a2 bis T1b2 (vgl. LACC Studie)**

Altersspezifische Zervixkarzinominzidenz in Geburtskohorten mit und ohne Option für HPV-Impfung – Effekt in Bundesländern mit unterschiedlichen Impfquoten

Zervixkarzinominzidenz in Kohorten vor und nach HPV-Impfung

Weniger Fälle von Gebärmutterhalskrebs nach Einführung der HPV-Impfung



Bis zum Alter 27 treten bei Frauen vor der Einführung der Impfung 28 Fälle pro 100 000*, danach 12.

Zahl der Neuerkrankungen in Jahrgängen mit Impfmöglichkeit etwa 58% niedriger als in Jahrgängen ohne Impfmöglichkeit

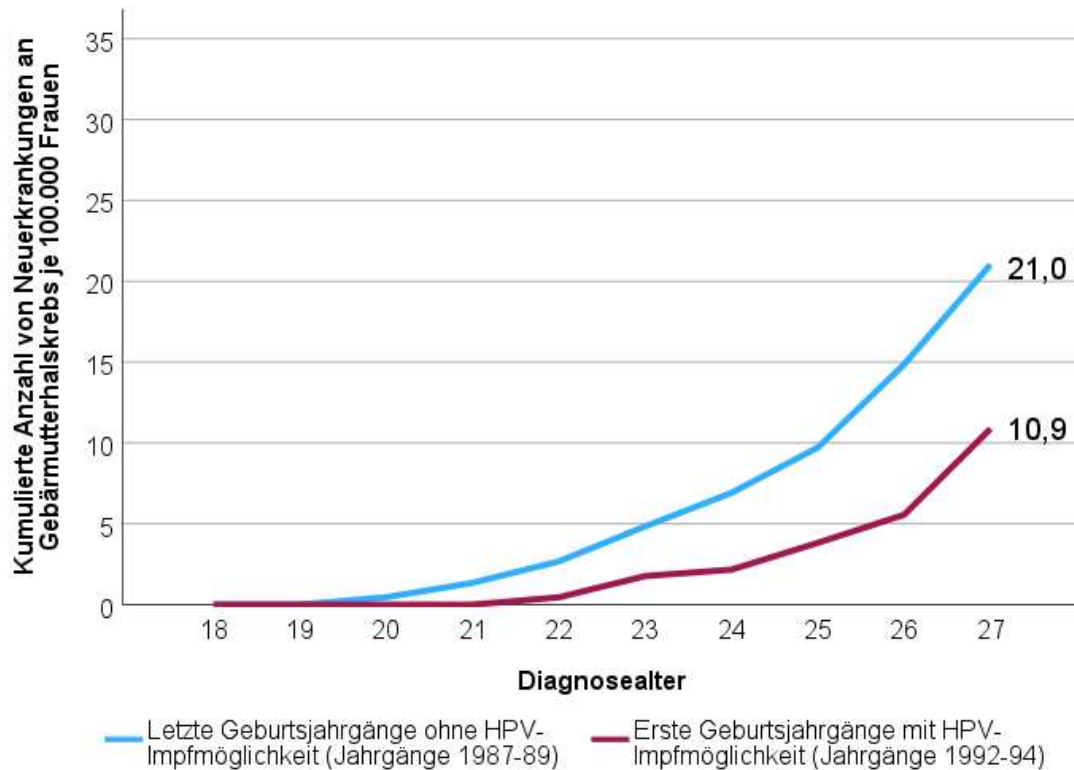
* Ausgangskohortengrößen
Geburtsjahrgänge 1987-89: 467 739
Geburtsjahrgänge 1992-94: 313 252

Quelle: Registerdaten aus den Krebsregistern der Bundesländer Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Sachsen. Analyse von Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und AOK 2025

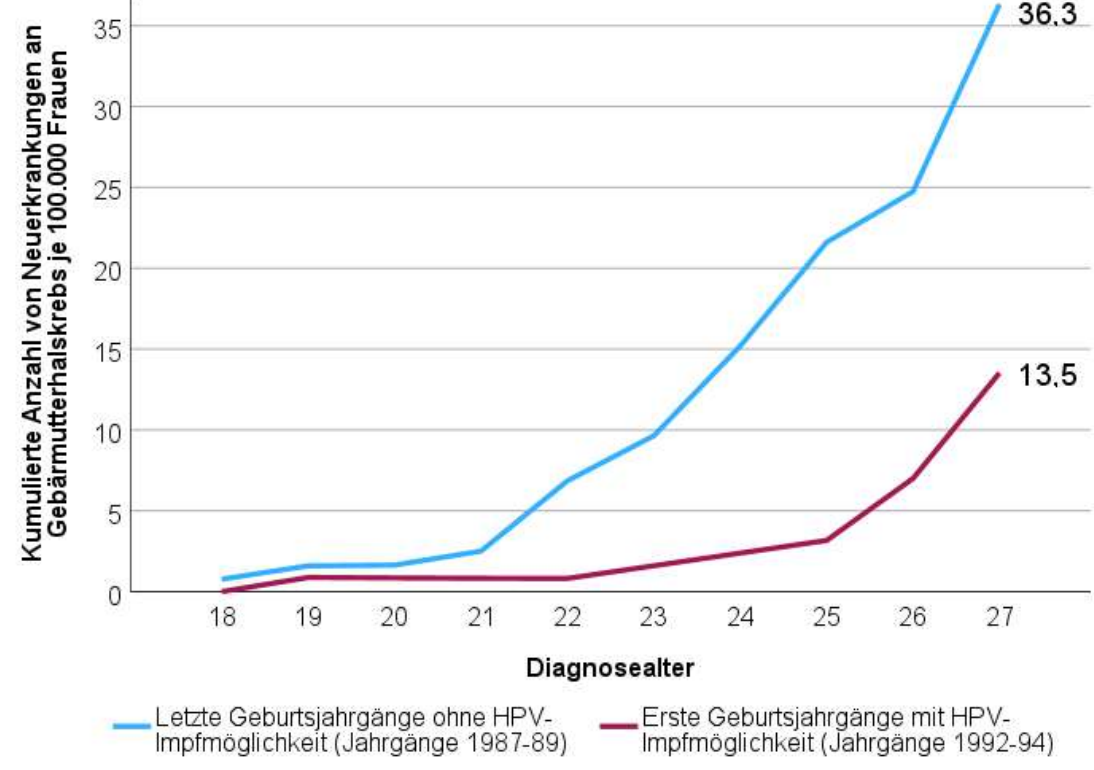
Zervixkarzinominzidenz in Kohorten vor und nach HPV-Impfung

Höhere Impfraten in ostdeutschen Bundesländern
führen zu stärkerer Reduktion von Gebärmutterhalskrebs-Erkrankungen

Westdeutsches Flächenland (Bayern)
(Impfquote in den Jahrgängen 1992 bis 1994: **38,7 %**)



Ostdeutsche Flächenländer
(Impfquote in den Jahrgängen 1992 bis 1994: **44,5 %**)

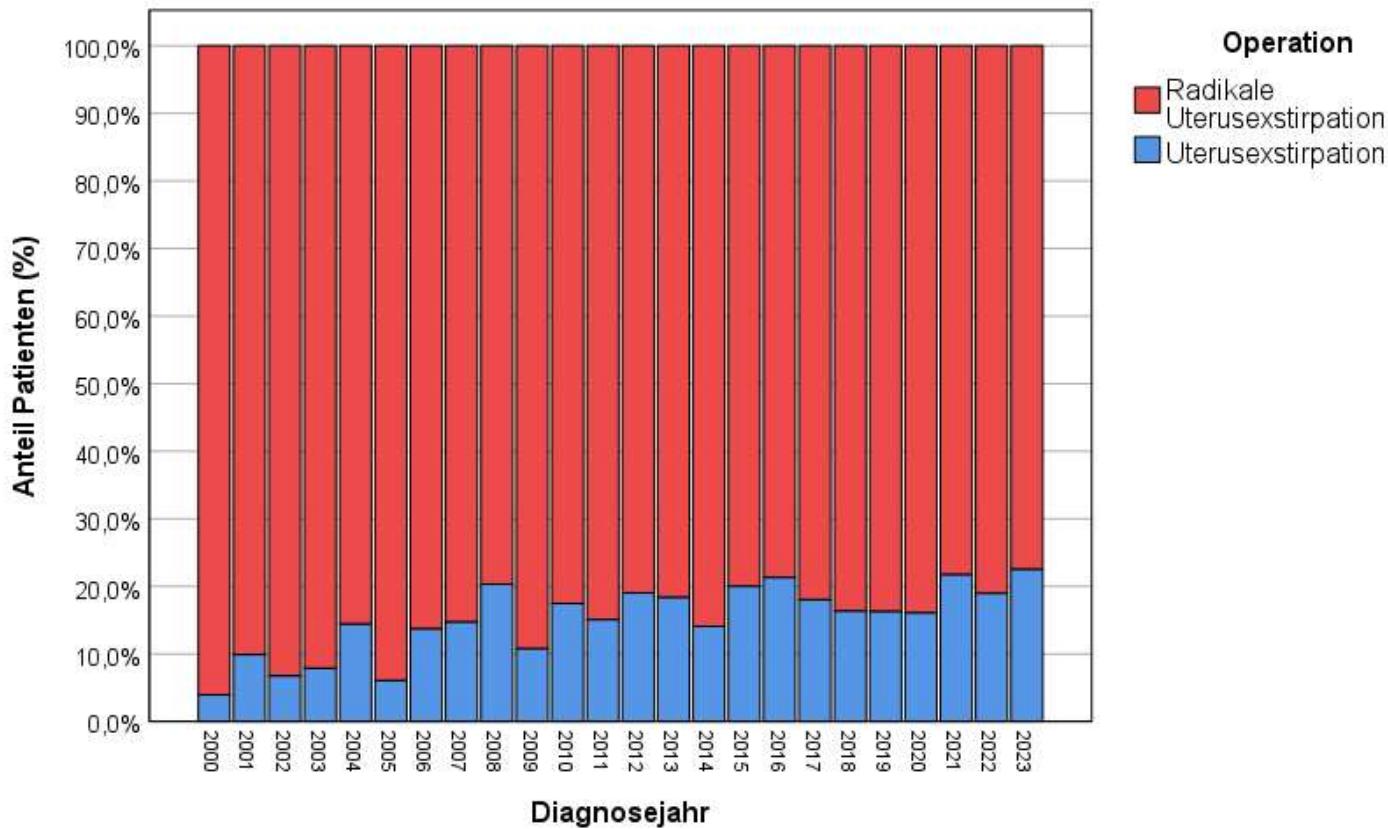


Quelle: Registerdaten aus den Krebsregistern der Bundesländer Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Sachsen. Analyse von Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und AOK 2025

Vergleich des lokalen Residualtumors, des Gesamtüberlebens und der kumulativen Rezidivrate nach einfacher und radikaler Hysterektomie mit Lymphadenektomie bei Patientinnen mit Zervixkarzinom UICC T1a2 und T1b1 (Vgl. SHAPE-Studie)

Outcome nach Hysterektomie Zervixkarzinom UICC T1a2 und T1b1

Relative Verteilung der (einfachen) Hysterektomie OPS 5-683 und radikalen Hysterektomie OPS 5-685 mit Lymphadenektomie bei Patientinnen mit Zervixkarzinom UICC T1a2 und T1b1 nach Diagnosejahr (4300 Patientinnen mit ICD-10 C53, nur Karzinome, Diagnosen 2000-2023, mit Angabe des lokalen Residualtumors R0 oder R1/2)



Operation:
Einfache Hysterektomie 16,3%
Radikale Hysterektomie 83,7%

Leichte Zunahme des Anteils der einfachen Hysterektomie

Outcome nach Hysterektomie Zervixkarzinom UICC T1a2 und T1b1

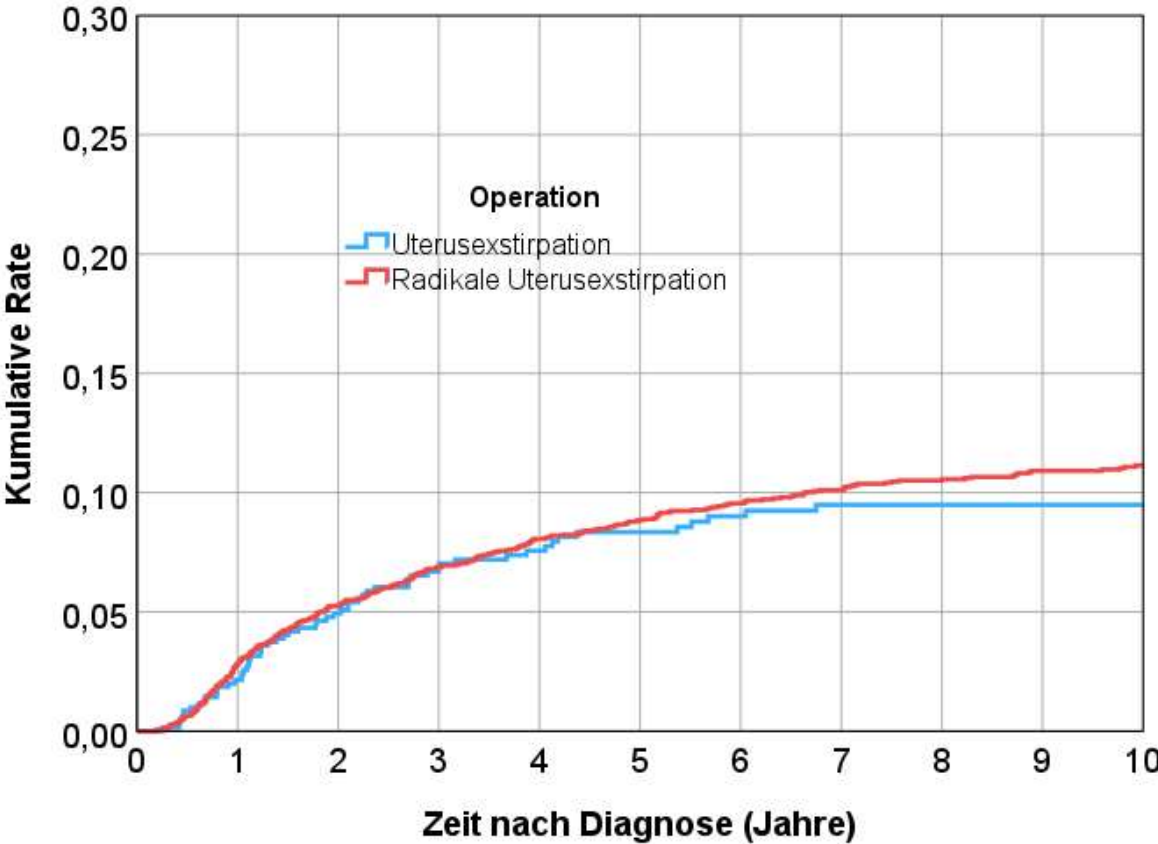
Multivariable logistische binäre Regression für **lokalen Residualtumor R1** nach OP
(adjustiert für Alter, Lokalisation, Histologie, Tumorgroße T, Nodalstatus N, Grading, Lymphgefäß- und Veneninvasion, OP-Zugang)

Operation	p	OR	untere 95%-KI	obere 95%-KI
Multivariable Regression				
Radikale Hysterektomie		1,000		
Einfache Hysterektomie	0,046	0,210	0,221	0,975

Risiko für lokalen Residualtumor R1:
In der multivariablen logistischen binären Regression zeigte sich eine signifikant niedrigere R1-Rate nach einfacher vs radikaler Hysterektomie mit einer Odds Ratio von 0,210 (95%-KI 0,221 – 0,975; $p = 0,046$)

Outcome nach Hysterektomie Zervixkarzinom UICC T1a2 und T1b1

Kaplan-Meier-Analyse und multivariable Cox-Regression für **kumulative Rezidivrate** nach OP
(adjustiert für Alter, Lokalisation, Histologie, Tumorgroße T, Nodalstatus N, Grading, Lymphgefäß- und Veneninvasion, OP-Zugang, LAD und SLN, perioperative Therapie, medianer Follow-up 10,1 Jahre)



Zusammenfassung der Fallverarbeitung

Operation	Gesamtzahl	Anzahl von Ereignissen	Zensiert	
			N	Prozent
Uterusexstirpation	703	60	643	91,5%
Radikale Uterusexstirpation	3597	362	3235	89,9%
Gesamt	4300	422	3878	90,2%

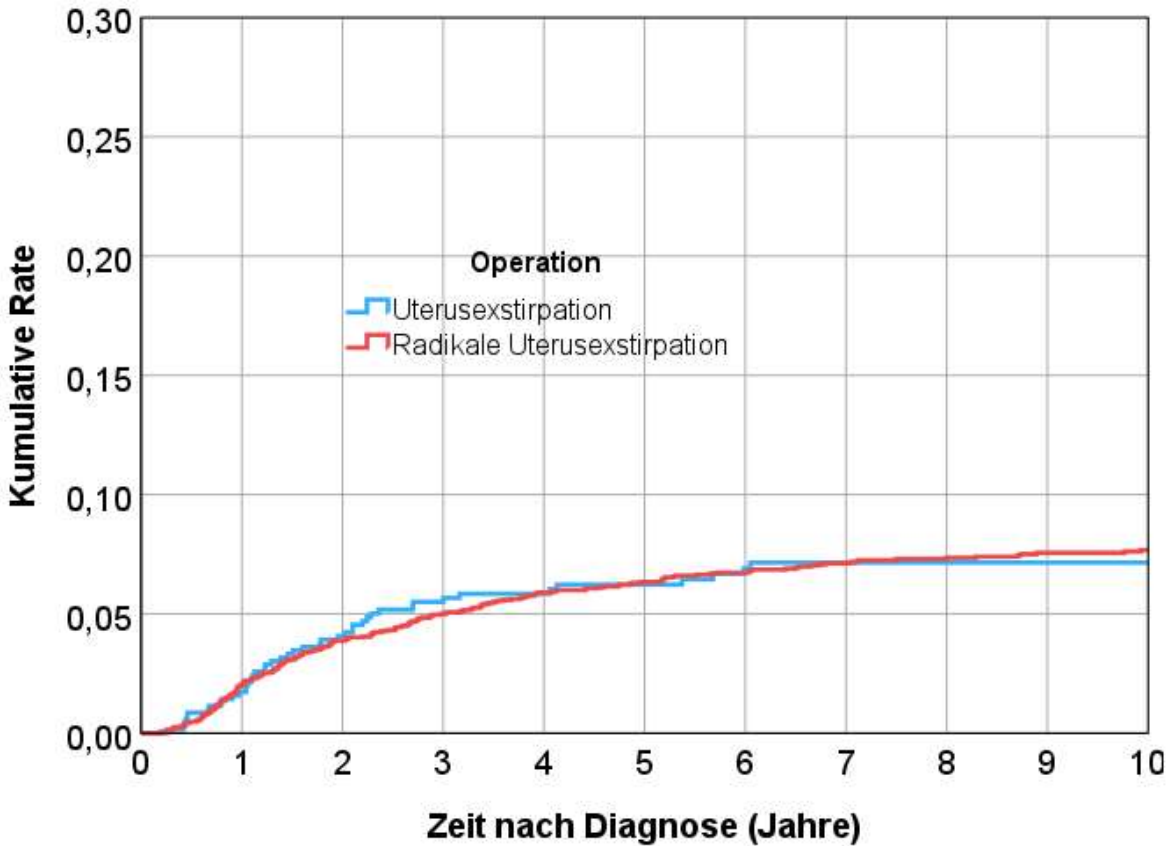
Kumulative Rezidivrate (gesamt):

In der multivariablen Regression zeigte sich eine vergleichbare kumulative Rezidivrate nach einfacher vs radikaler Hysterektomie mit einer Hazard Ratio von 1,042 (95%-KI 0,730 – 1,486; $p = 0,821$)

Operation	p	HR	untere 95%-KI	obere 95%-KI
Radikale Hysterektomie		1,000		
Einfache Hysterektomie	0,821	1,042	0,730	1,486

Outcome nach Hysterektomie Zervixkarzinom UICC T1a2 und T1b1

Kaplan-Meier-Analyse und multivariable Cox-Regression für kumulative **lokoregionäre Rezidivrate** nach OP (adjustiert für Alter, Lokalisation, Histologie, Tumorgroße T, Nodalstatus N, Grading, Lymphgefäß- und Veneninvasion, OP-Zugang, LAD und SLN, perioperative Therapie, medianer Follow-up 10.1 Jahre)



Zusammenfassung der Fallverarbeitung

Operation	Gesamtzahl	Anzahl von Ereignissen	Zensiert	
			N	Prozent
Uterusexstirpation	703	46	657	93,5%
Radikale Uterusexstirpation	3597	254	3343	92,9%
Gesamt	4300	300	4000	93,0%

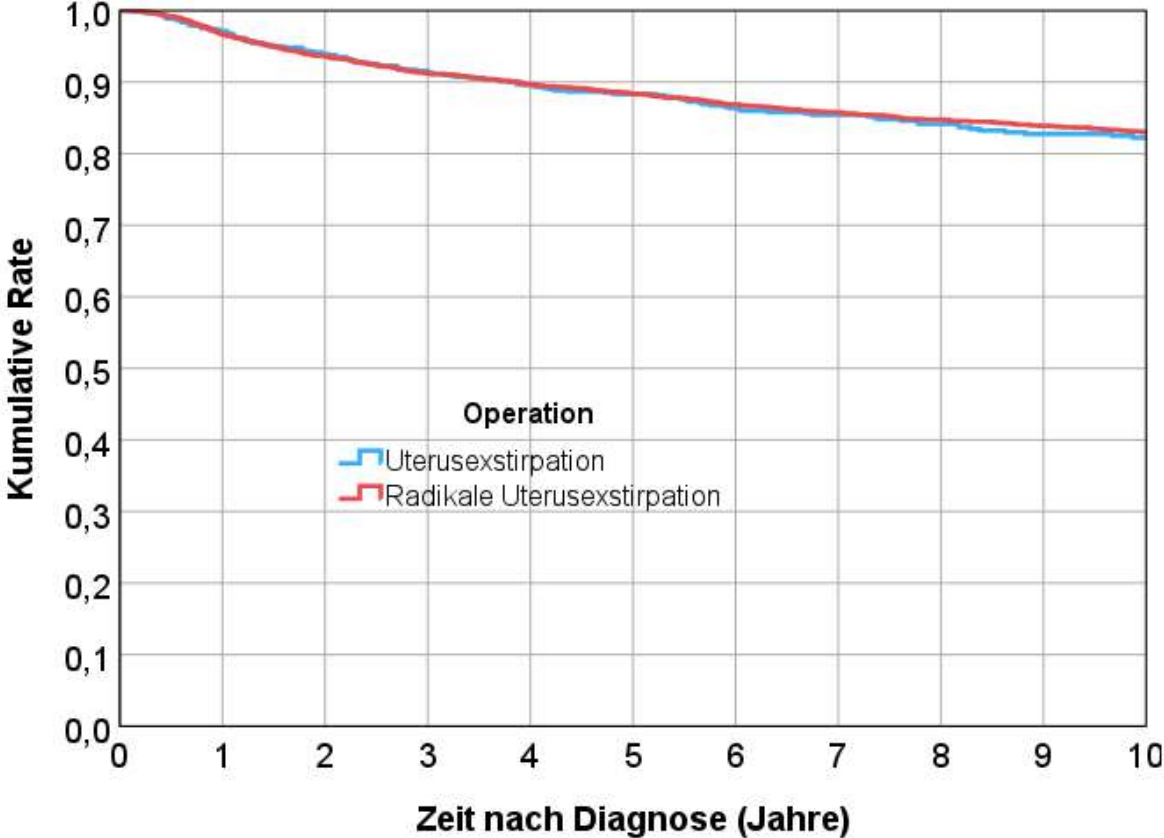
Kumulative lokoregionäre Rezidivrate:

Für die kumulative lokoregionäre Rezidivrate zeigte sich in der multivariablen Regression ein vergleichbares Risiko nach einfacher vs radikaler Hysterektomie mit einer Hazard Ratio von 1,066 (95%-KI 0,707 – 1,608; $p = 0,760$)

Operation	p	HR	untere 95%-KI	obere 95%-KI
Radikale Hysterektomie		1,000		
Einfache Hysterektomie	0,760	1,066	0,707	1,608

Outcome nach Hysterektomie Zervixkarzinom UICC T1a2 und T1b1

Kaplan-Meier-Analyse und multivariable Cox-Regression für **rezidivfreies Überleben** nach OP
(adjustiert für Alter, Lokalisation, Histologie, Tumorgroße T, Nodalstatus N, Grading, Lymphgefäß- und Veneninvasion, OP-Zugang, LAD und SLN, perioperative Therapie, medianer Follow-up 10,1 Jahre)



Zusammenfassung der Fallverarbeitung

Operation	Gesamtzahl	Anzahl von Ereignissen	Zensiert	
			N	Prozent
Uterusexstirpation	800	137	663	82,9%
Radikale Uterusexstirpation	4106	730	3376	82,2%
Gesamt	4906	867	4039	82,3%

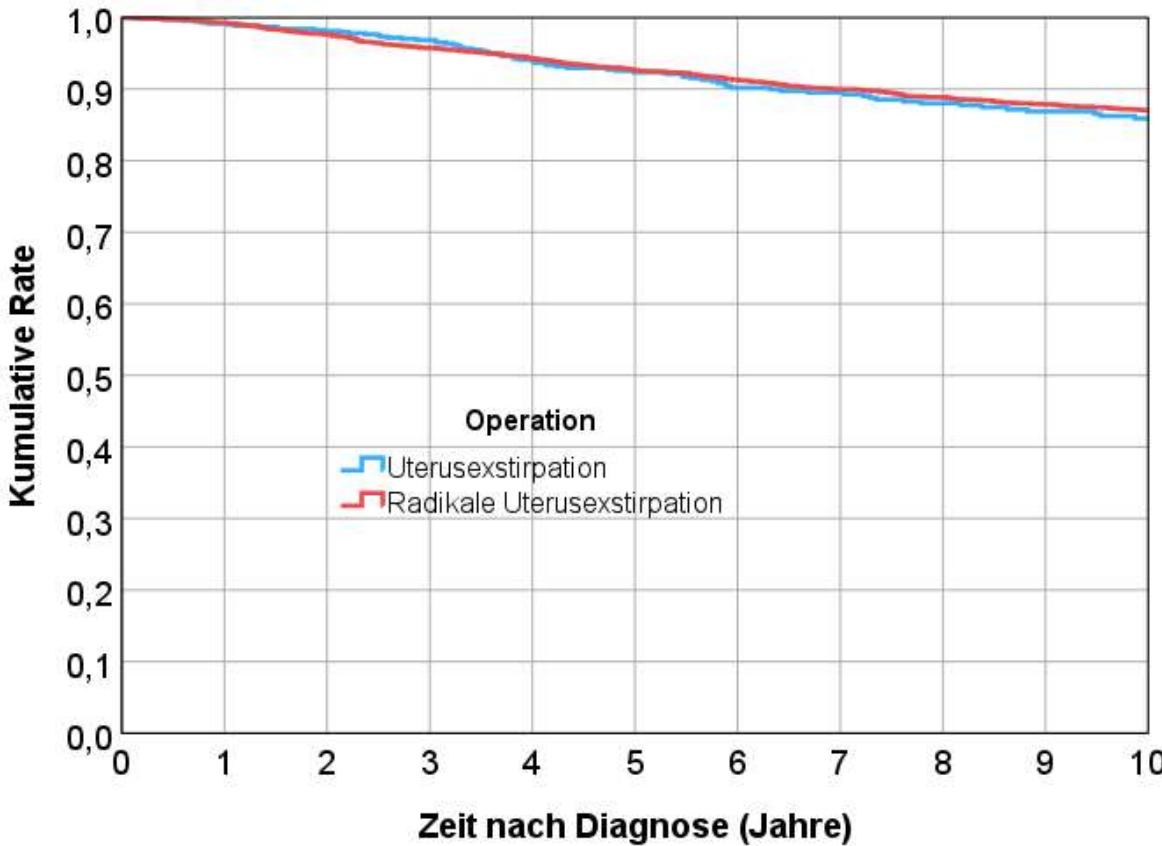
Rezidivfreies Überleben:

In der multivariablen Regression zeigten sich keine Unterschiede im rezidivfreien Überleben nach einfacher vs radikaler Hysterektomie mit einer Hazard Ratio von 1,043 (95%-KI 0,866 – 1,256; $p = 0,660$)

Operation	p	HR	untere 95%-KI	obere 95%-KI
Radikale Hysterektomie		1,000		
Einfache Hysterektomie	0,660	1,043	0,866	1,256

Outcome nach Hysterektomie Zervixkarzinom UICC T1a2 und T1b1

Kaplan-Meier-Analyse und multivariable Cox-Regression für **Gesamtüberleben** nach OP
(adjustiert für Alter, Lokalisation, Histologie, Tumorgroße T, Nodalstatus N, Grading, Lymphgefäß- und Veneninvasion, OP-Zugang, LAD und SLN, perioperative Therapie, medianer Follow-up 10,1 Jahre)



Zusammenfassung der Fallverarbeitung

Operation	Gesamtzahl	Anzahl von Ereignissen	Zensiert	
			N	Prozent
Uterusexstirpation	703	85	618	87,9%
Radikale Uterusexstirpation	3597	478	3119	86,7%
Gesamt	4300	563	3737	86,9%

Gesamtüberleben:

In der multivariablen Regression ergaben sich keine Unterschiede im Gesamtüberleben nach einfacher vs radikaler Hysterektomie mit einer Hazard Ratio von 1,038 (95%-KI 0,749 – 1,439; $p = 0,823$)

Operation	p	HR	untere 95%-KI	obere 95%-KI
Radikale Hysterektomie		1,000		
Einfache Hysterektomie	0,823	1,038	0,749	1,439

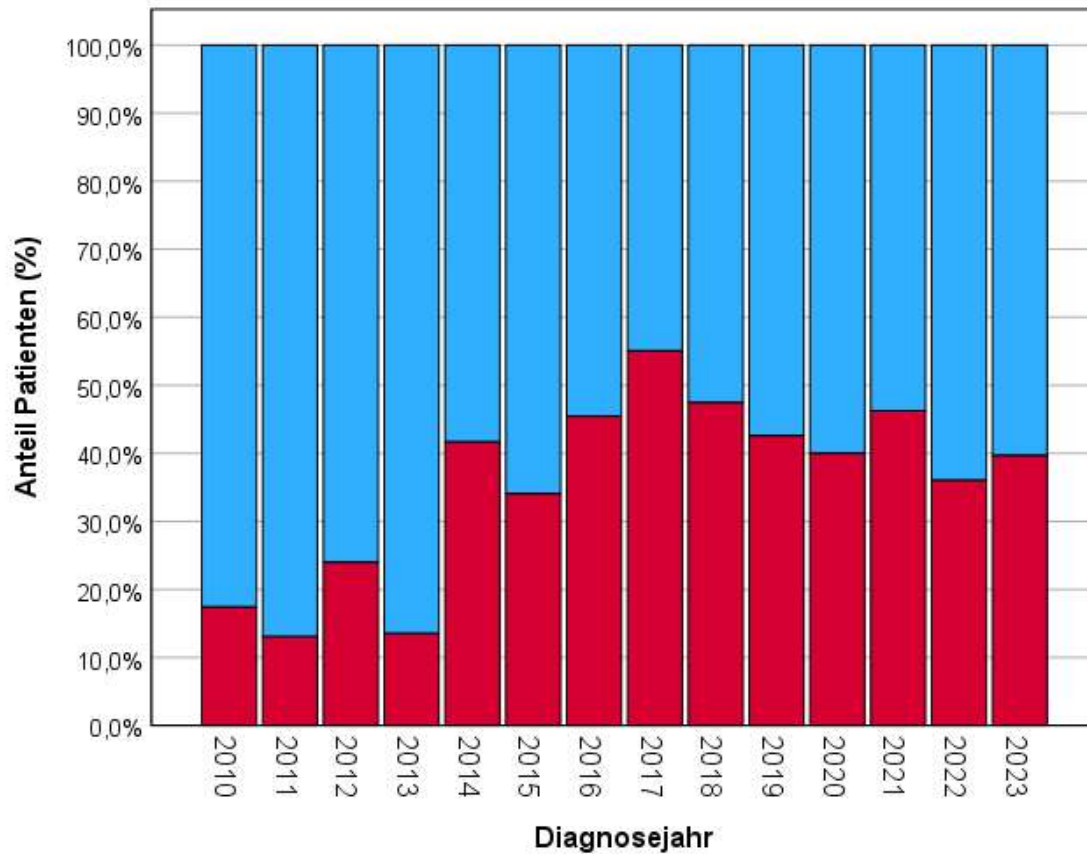
Vergleich des lokalen Residualtumors, des Gesamtüberlebens und der kumulativen Rezidivrate nach laparoskopischer und offener Hysterektomie bei Patientinnen mit Zervixkarzinom UICC T1a2 bis T1b2 (Vgl. LACC-Studie)

Vergleich laparoskopische und offene Hysterektomie Zervixkarzinom

Anteil der laparoskopischen Hysterektomie (LRH) bei Patientinnen mit Zervixkarzinom

UICC T1a2 bis T1b2 nach Diagnosejahr

(1131 Patientinnen mit ICD-10 C53, nur Karzinome, Diagnosen 2010-2023, mit Angabe des Zugangs laparoskopisch LRH oder offen chirurgisch ARH und des lokalen Residualtumors R0 oder R1/2)



OP-Zugang
■ Offen chirurgisch ARH
■ Laparoskopisch LRH

Operation:

Laparoskopische Hysterektomie LRH	39,6% (n=437)
Offene Hysterektomie ARH	61,4% (n=694)

Deutliche Zunahme des Anteils der laparoskopischen Hysterektomie

Rückgang ab Jahr 2018

Vergleich laparoskopische und offene Hysterektomie Zervixkarzinom



Verteilung der Patienten- und Tumorcharakteristika nach Operationszugang und gesamt,

		OP-Zugang					
		Offen chirurgisch ARH		Laparoskopisch LRH		Gesamt	
		Anzahl	Spalten (%)	Anzahl	Spalten (%)	Anzahl	Spalten (%)
Alter bei Diagnose	0- 49	366	52,7%	259	59,3%	625	55,3%
	50-59	147	21,2%	90	20,6%	237	21,0%
	60-69	114	16,4%	60	13,7%	174	15,4%
	70-79	43	6,2%	22	5,0%	65	5,7%
	80+	24	3,5%	6	1,4%	30	2,7%
Lokalisation ICDO-3	C53.0 Endozervix	137	19,7%	83	19,0%	220	19,5%
	C53.1 Ektozervix	184	26,5%	129	29,5%	313	27,7%
	C53.8 Zervix überlappd.	89	12,8%	59	13,5%	148	13,1%
	C53.9 Zervix nnb	284	40,9%	166	38,0%	450	39,8%
Histolog. Typ	Plattenepithel-Ca	514	74,1%	318	72,8%	832	73,6%
	Adeno- Ca	166	23,9%	109	24,9%	275	24,3%
	Andere/nnb epithel. Ca	14	2,0%	10	2,3%	24	2,1%
T	T1a2	58	8,4%	73	16,7%	131	11,6%
	T1b	58	8,4%	20	4,6%	78	6,9%
	T1b1	470	67,7%	303	69,3%	773	68,3%
	T1b2	108	15,6%	41	9,4%	149	13,2%
N	N0	632	91,1%	402	92,0%	1034	91,4%
	N1	58	8,4%	33	7,6%	91	8,0%
	NX/kA	4	0,6%	2	0,5%	6	0,5%
Grading	G1/2	372	53,6%	281	64,3%	653	57,7%
	G3/4	293	42,2%	135	30,9%	428	37,8%
	GX/kA	29	4,2%	21	4,8%	50	4,4%
Lymphgefäß- /Veneninvasion	L0 V0	443	63,8%	301	68,9%	744	65,8%
	L1	164	23,6%	87	19,9%	251	22,2%
	V1/2	3	0,4%	5	1,1%	8	0,7%
	L1 V1/2	32	4,6%	15	3,4%	47	4,2%
	L V X/nc	52	7,5%	29	6,6%	81	7,2%

Laparoskopisch operierte Patientinnen sind jünger und haben gegenüber offen-chirurgisch operierten häufiger

Kleinere Tumore T1a2
Niedrigeres Grading G1/2
Keine Lymphgefäßinvasion L0

der ADT

Vergleich laparoskopische und offene Hysterektomie Zervixkarzinom

Verteilung von Therapiecharakteristika nach Operationszugang und gesamt



		OP-Zugang					
		Offen chirurgisch ARH		Laparoskopisch LRH		Gesamt	
		Anzahl	Spalten (%)	Anzahl	Spalten (%)	Anzahl	Spalten (%)
Konisation	Ja	165	23,8%	144	33,0%	309	27,3%
	Nein/kA	529	76,2%	293	67,0%	822	72,7%
Operation	Hysterektomie	281	40,5%	219	50,1%	500	44,2%
	Radikale Hysterektomie	413	59,5%	218	49,9%	631	55,8%
Residualtumor lokal	R0	679	97,8%	429	98,2%	1108	98,0%
	R1/2	15	2,2%	8	1,8%	23	2,0%
LND / SLN	Systematic LND + SLN	113	16,3%	130	29,7%	243	21,5%
	Systematic LND - SLN	360	51,9%	177	40,5%	537	47,5%
	Single LND + SLN	112	16,1%	66	15,1%	178	15,7%
	Single LND - SLN	49	7,1%	37	8,5%	86	7,6%
	LND/SLN no/ns	60	8,6%	27	6,2%	87	7,7%
Primärtherapie	Op+Rad+Sys	120	17,3%	57	13,0%	177	15,6%
	Op+Sys	10	1,4%	6	1,4%	16	1,4%
	Op+Rad	54	7,8%	17	3,9%	71	6,3%
	Op	510	73,5%	357	81,7%	867	76,7%
	Gesamt	694	100,0%	437	100,0%	1131	100,0%

Laparoskopisch operierte Patientinnen haben gegenüber offen-chirurgisch operierten

Häufiger Konisation
Seltener Radikale Hysterektomie
Vergleichbaren Anteil R1
Seltener perioperative Radio(chemo)therapie

Vergleich laparoskopische und offene Hysterektomie Zervixkarzinom

Multivariable logistische binäre Regression für **lokalen Residualtumor R1** nach Operationszugang
(adjustiert für Alter, Lokalisation, Histologie, Tumorgröße T, Nodalstatus N, Grading, Lymphgefäß- und Veneninvasion, Operationsart, LAD und SLN, perioperative Therapie)

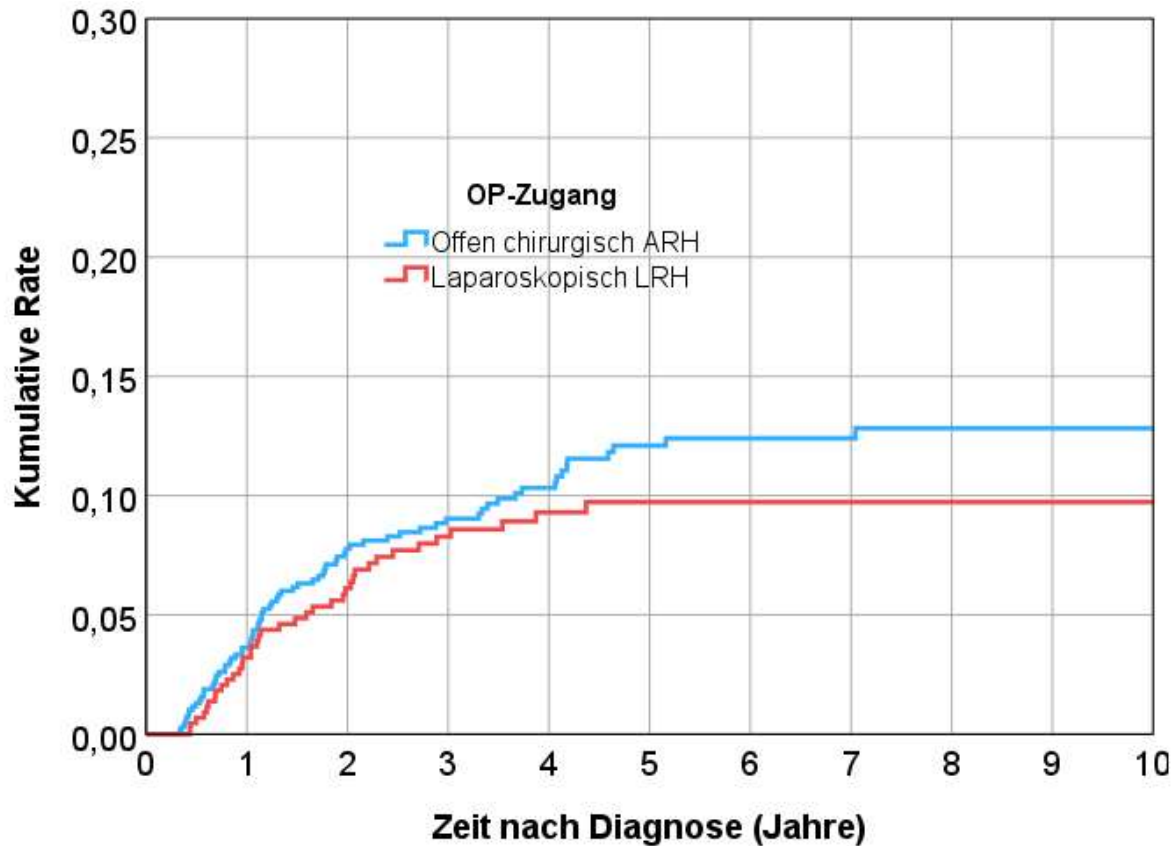
Operationszugang	p	OR	untere 95%-KI	obere 95%-KI
Multivariable Regression				
Offen-chirurgisch ARH		1,000		
Laparoskopisch LRH	0,345	1,632	0,591	4,509

Risiko für lokalen Residualtumor R1:

In der multivariablen logistischen binären Regression zeigte sich ein nicht signifikant erhöhtes R1-Risiko nach laparoskopischer vs offener Hysterektomie mit einer Odds Ratio von 1,632 (95%-KI 0,591 – 4,509; $p = 0,345$)

Vergleich laparoskopische und offene Hysterektomie Zervixkarzinom

Kaplan-Meier-Analyse und multivariable Cox-Regression für **kumulative Rezidivrate** nach Operationszugang (adjustiert für Alter, Lokalisation, Histologie, Tumorgroße T, Nodalstatus N, Grading, Lymphgefäß- und Veneninvasion, Operationsart, LAD und SLN, perioperative Therapie, medianer Follow-up 5,2 Jahre)



Zusammenfassung der Fallverarbeitung

OP-Zugang	Gesamtzahl	Anzahl von Ereignissen	Zensiert	
			N	Prozent
Offen chirurgisch ARH	694	74	620	89,3%
Laparoskopisch LRH	437	38	399	91,3%
Gesamt	1131	112	1019	90,1%

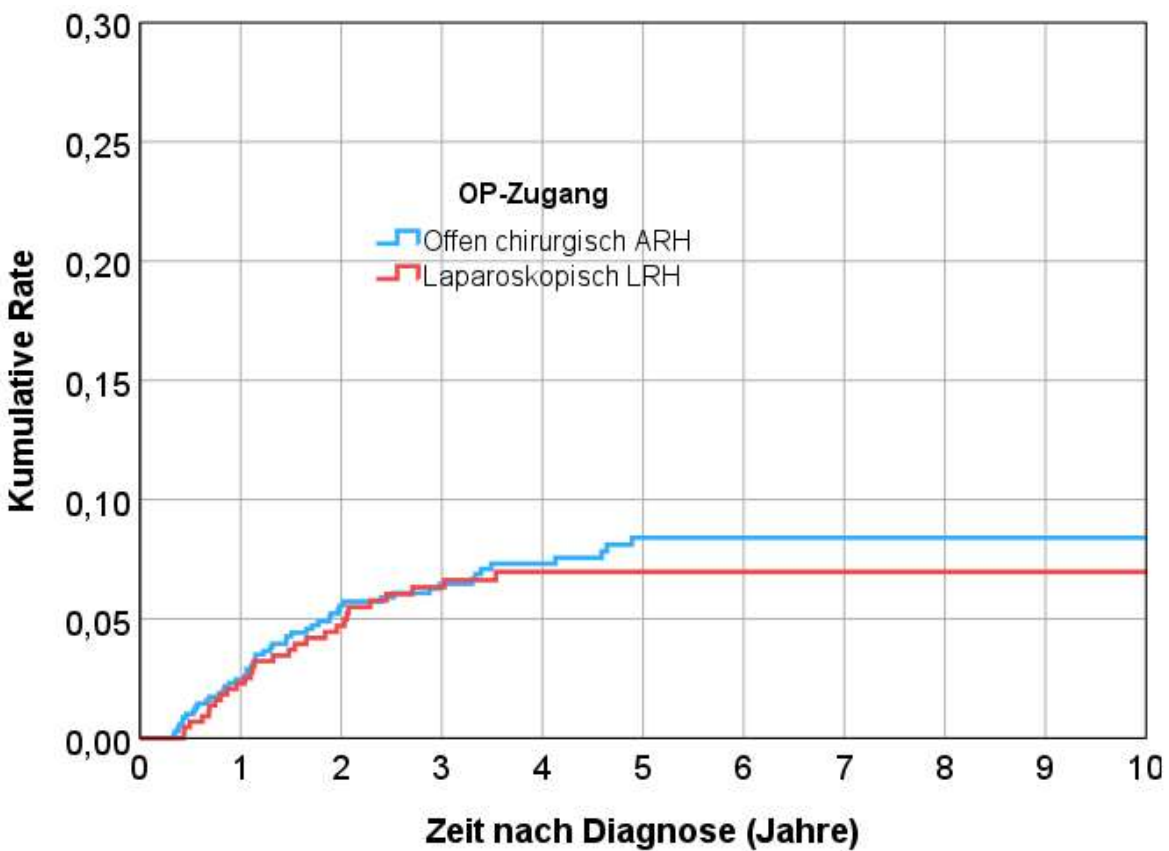
Kumulative Rezidivrate (gesamt):

In der multivariablen Regression zeigte sich keine signifikant unterschiedliche kumulative Rezidivrate nach laparoskopischer vs offener Hysterektomie mit einer Hazard Ratio von 1,022 (95%-KI 0,673 – 1,550; $p = 0,919$)

Operationszugang	p	HR	untere 95%-KI	obere 95%-KI
Offen-chirurgisch ARH		1,000		
Laparoskopisch LRH	0,919	1,022	0,673	1,550

Vergleich laparoskopische und offene Hysterektomie Zervixkarzinom

Kaplan-Meier-Analyse und multivariable Cox-Regression für **kumulative lokoregionäre Rezidivrate** nach Operationszugang
(adjustiert für Alter, Lokalisation, Histologie, Tumorgröße T, Nodalstatus N, Grading, Lymphgefäß- und Veneninvasion, Operationsart, LAD und SLN, perioperative Therapie, medianer Follow-up 5,2 Jahre)



Zusammenfassung der Fallverarbeitung

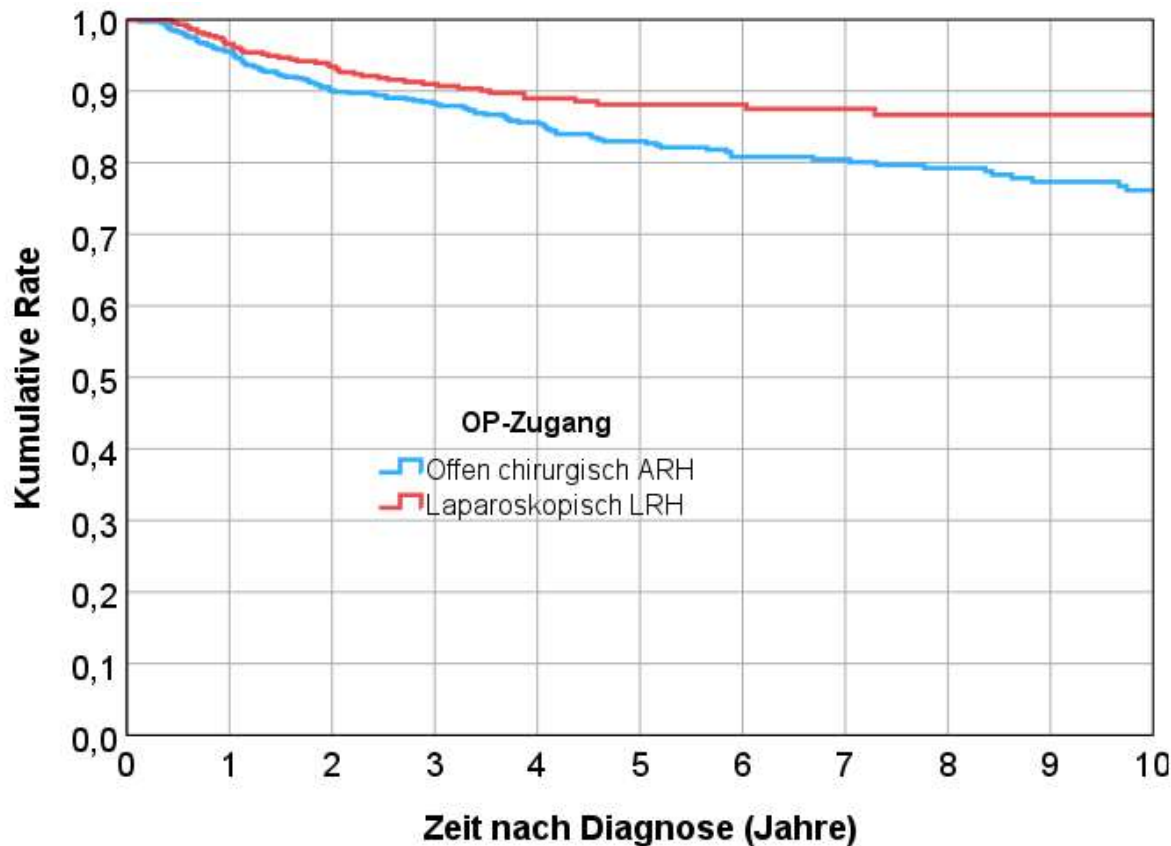
OP-Zugang	Gesamtzahl	Anzahl von Ereignissen	Zensiert	
			N	Prozent
Offen chirurgisch ARH	694	50	644	92,8%
Laparoskopisch LRH	437	28	409	93,6%
Gesamt	1131	78	1053	93,1%

Kumulative lokoregionäre Rezidivrate:
Für die kumulative lokoregionäre Rezidivrate zeigte sich in der multivariablen Regression kein signifikanter Unterschied nach laparoskopischer vs offener Hysterektomie mit einer Hazard Ratio von 0,962 (95%-KI 0,590 – 1,570; $p = 0,878$)

Operationszugang	p	HR	untere 95%-KI	obere 95%-KI
Offen-chirurgisch ARH		1,000		
Laparoskopisch LRH	0,878	0,962	0,590	1,570

Vergleich laparoskopische und offene Hysterektomie Zervixkarzinom

Kaplan-Meier-Analyse und multivariable Cox-Regression für **rezidivfreies Überleben** nach Operationszugang (adjustiert für Alter, Lokalisation, Histologie, Tumorgroße T, Nodalstatus N, Grading, Lymphgefäß- und Veneninvasion, Operationsart, LAD und SLN, perioperative Therapie, medianer Follow-up 5,2 Jahre)



Zusammenfassung der Fallverarbeitung

OP-Zugang	Gesamtzahl	Anzahl von Ereignissen	Zensiert	
			N	Prozent
Offen chirurgisch ARH	694	126	568	81,8%
Laparoskopisch LRH	437	47	390	89,2%
Gesamt	1131	173	958	84,7%

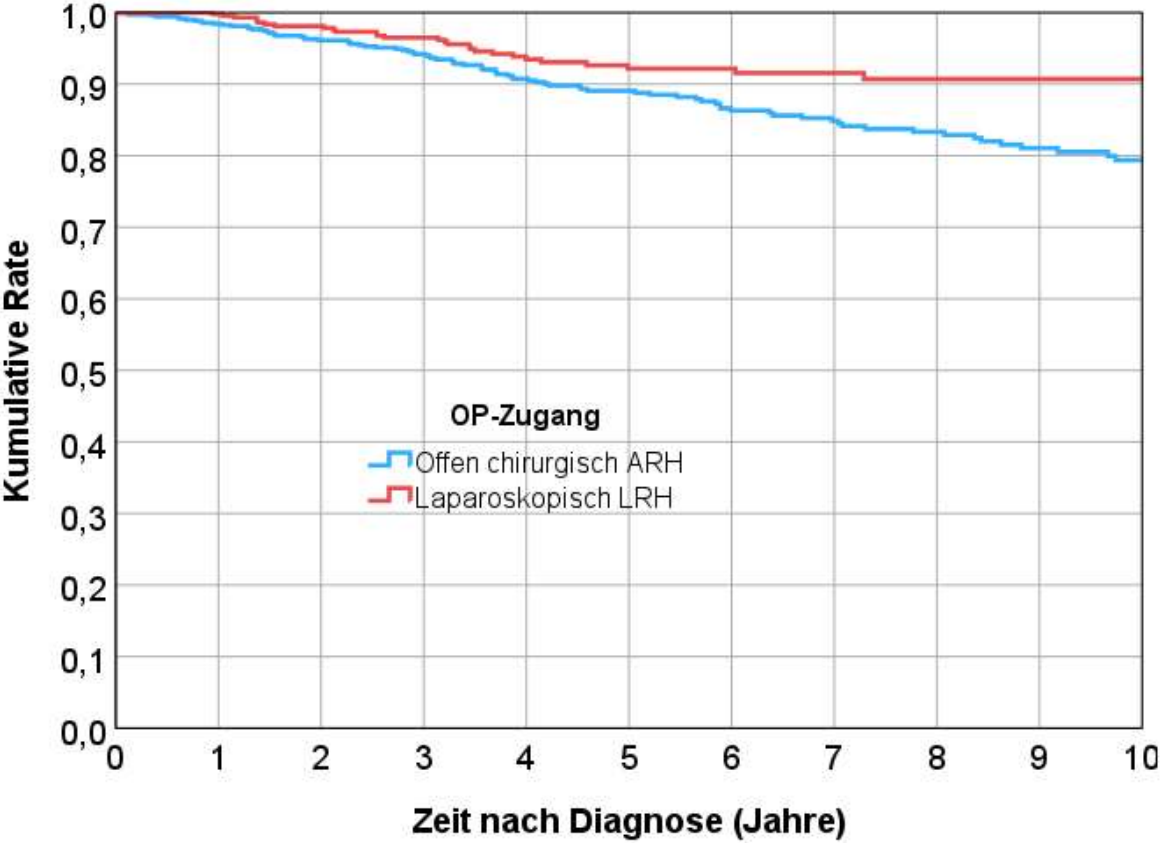
Rezidivfreies Überleben:

In der univariablen Analyse zeigte sich für den laparoskopischen Zugang ein signifikanter Vorteil mit HR von 0,613 (95%-KI 0,438-0,858; $p=0,004$). Die multivariable Regression ergab keinen signifikanten Unterschied im rezidivfreien Überleben mit HR 0,796 (95%-KI 0,557 – 1,140; $p = 0,213$)

Operationszugang	p	HR	untere 95%-KI	obere 95%-KI
Offen-chirurgisch ARH		1,000		
Laparoskopisch LRH	0,213	0,796	0,557	1,140

Vergleich laparoskopische und offene Hysterektomie Zervixkarzinom

Kaplan-Meier-Analyse und multivariable Cox-Regression für **Gesamtüberleben** nach Operationszugang (adjustiert für Alter, Lokalisation, Histologie, Tumorgroße T, Nodalstatus N, Grading, Lymphgefäß- und Veneninvasion, Operationsart, LAD und SLN, perioperative Therapie, medianer Follow-up 5,2 Jahre)



Zusammenfassung der Fallverarbeitung

OP-Zugang	Gesamtzahl	Anzahl von Ereignissen	Zensiert	
			N	Prozent
Offen chirurgisch ARH	694	97	597	86,0%
Laparoskopisch LRH	437	28	409	93,6%
Gesamt	1131	125	1006	88,9%

Gesamtüberleben:

In der univariablen Analyse zeigte sich für den laparoskopischen Zugang ein signifikanter Vorteil mit HR von 0,511 (95%-KI 0,335-0,779; p=0,002). Die multivariable Regression ergab einen nicht signifikanten Vorteil im Gesamtüberleben mit HR 0,717 (95%-KI 0,456 – 1,128; p = 0,150)

Operationszugang	p	HR	untere 95%-KI	obere 95%-KI
Offen-chirurgisch ARH		1,000		
Laparoskopisch LRH	0,150	0,717	0,456	1,128

Fazit – Zervixkarzinom



- Der Vergleich von Geburtskohorten mit und ohne Option für HPV-Impfung zeigt eine deutliche Reduktion der altersspezifischen Inzidenzrate für das Zervixkarzinom in der Kohorte mit möglicher HPV-Impfung.
Diese Reduktion ist deutlicher in Bundesländern mit höherer Impfquote.
- Zwischen einfacher und radikaler Hysterektomie ergeben sich bei Zervixkarzinom UICC T1a2 und T1b1 keine Unterschiede bezüglich Residualtumor-, Rezidiv- und Sterberisiko.
- Die laparoskopische Hysterektomie zeigt bei Patientinnen mit Zervixkarzinom UICC T1a2 bis T1b2 gegenüber der offen-chirurgischen OP vergleichbare Ergebnisse bezüglich Residualtumor-, Rezidiv- und Sterberisiko.

Herzlichen Dank an die Datenliefernden – Zervixkarzinom

	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 zum Zervixkarzinom

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.

Prof. Dr. med. Olaf Ortmann, Prof. Dr. med. Stephan Seitz, Prof. med. Susanne Schüler-Toprak

Universitätsfrauenklinik Regensburg, Caritas-Krankenhaus St. Josef Regensburg

Prof. Dr. med. Thomas Papatthemelis

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, St. Marien-Krankenhaus Amberg

Prof. Dr. med. Matthias Beckmann, Priv.-Doz. Dr. med. Frederik Stübs

*Koordination S3-Leitlinie Zervixkarzinom
Frauenklinik, Universitätsklinikum Erlangen*

Prof. Dr. med. Pauline Wimberger

Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. med. Michael Gerken, Prof. Dr. med. Elisabeth Sturm-Inwald,

Dr. med. Judith Hansinger, Dr. med. Vinzenz Völkel, Prof. Dr. med. Monika Klinkhammer-Schalke

*Tumorzentrum Regensburg – Zentrum für Qualitätssicherung und Versorgungsforschung, Universität Regensburg
Regionalzentrum des Bayerischen Krebsregisters am Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit LGL*

Herzlichen Dank

an die



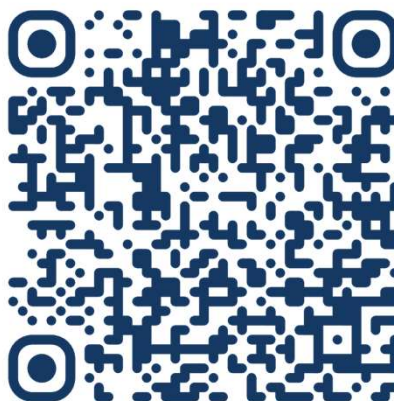
Veranstaltungshinweise

20 Jahre Bundesweite Onkologische Qualitätskonferenzen der ADT

- vom 01. – 02.12.2026
- Digitale Veranstaltung

Entitätsspezifische Bildungsveranstaltung in der Tumordokumentation der ADT

- Gynäkologische T. am 20.05.2026
- Digitale Veranstaltung



Keine Veranstaltung mehr verpassen



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