

Versorgungssituation bei Hauttumoren

PD Dr. Olaf Schoffer, Dresden

(in Vertretung für Prof. Dr. Friedegund Meier)



20 Jahre klinische Evidenz aus versorgungsnahen Daten
der Krebsregister

11. Bundesweite Onkologische Qualitätskonferenz 2025/2026 der ADT

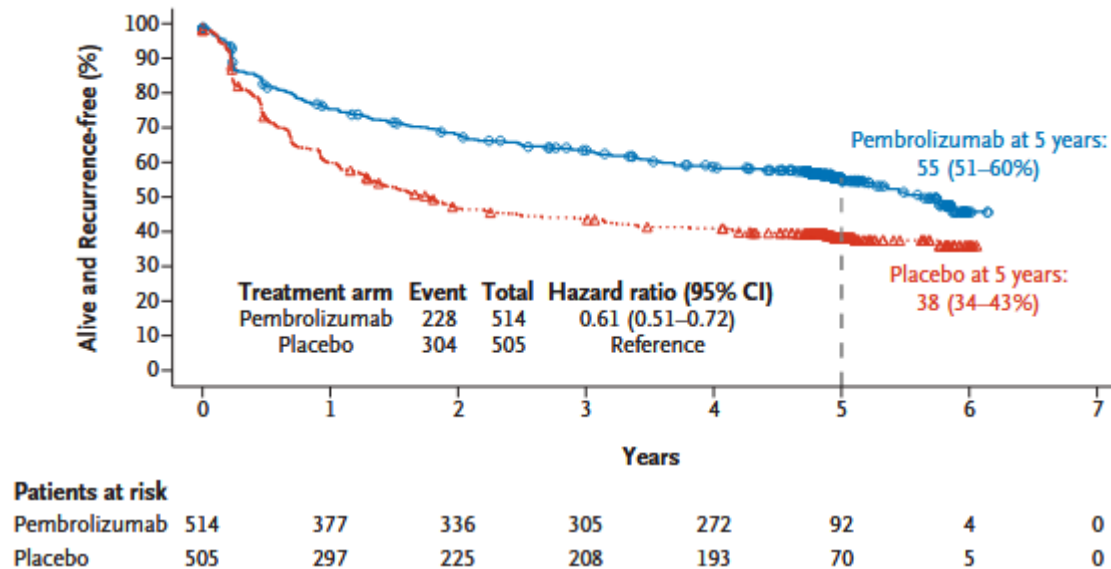
Welche Empfehlung kann Patient:innen nach vollständiger Resektion im Stadium III hinsichtlich des Zeitpunktes der PD1-Therapie (ICI-Therapie) gegeben werden?

- a) Zeitnaher Beginn der Therapie (adjuvant)**
- b) Abwarten der Therapie bis Eintritt eines Rezidivs**

Zerlegung in Teilfragestellungen:

1. Haben Patient:innen mit einem Rezidiv nach vollständiger Resektion im Stadium III ein unterschiedliches Überleben im Falle einer vorhergehenden (adjuvanten) versus einer nachgelagerten ICI-Therapie?
2. Haben Patient:innen nach vollständiger Resektion im Stadium III mit versus ohne Rezidiv unterschiedliches Überleben im Falle einer adjuvanten ICI-Therapie?
3. Haben Patient:innen nach vollständiger Resektion im Stadium III ohne adjuvante ICI-Therapie ein erhöhtes Rezidivrisiko versus mit adjuvanter ICI-Therapie?

- Keynote-054-Studie (Eggermont et al., 2018, 2022)



Eggermont et al., 2018

⇒ Hier bereits Antwort auf **Teilfrage 3** enthalten: reduziertes Rezidivrisiko durch ICI-Therapie (HR: 0.61 für rezidivfreies Überleben)

- Anlehnung der Ein-/Ausschlusskriterien und Falldefinitionen an Keynote-054-Studie
 - postoperative adjuvante Therapie mit Pembrolizumab im Vergleich zu Placebo
 - rezidivfreies Überleben bei Hochrisikopatienten mit vollständiger Resektion eines Melanoms im Stadium III
 - *Achtung: in der vorliegenden Analyse wird eine etwas abweichende Fragestellung bearbeitet*

Einschlusskriterien:

- ✓ ICD-10 C43
- ✓ Morphologie 8720-8790
- ✓ Behavior Code 3 in Histologie
- ✓ Diagnosedatum 2000-2024

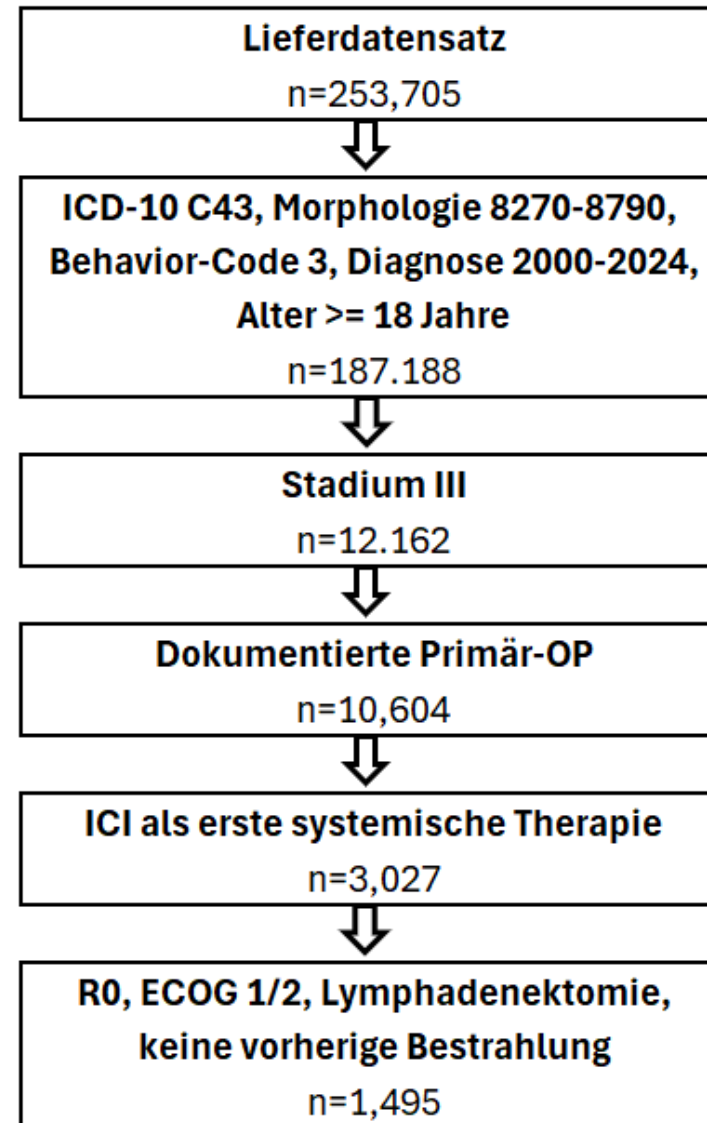
- ✓ Stadium III
- ✓ Dokumentierte OP mit R0
- ✓ Lymphadenektomie
- ✓ Therapie mit Immun-
Checkpoint-Inhibitor (ICI)

Ausschlusskriterien:

- ∅ Geschlecht unbekannt
- ∅ unter 18 Jährige
- ∅ Diagnosedatum fehlt
- ∅ Geburtsdatum fehlt

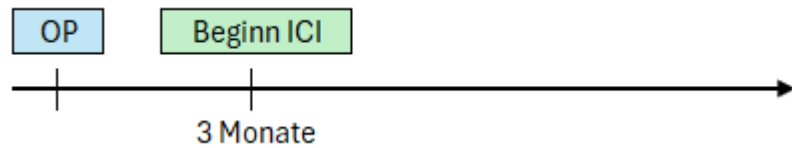
- ∅ ECOG 2, 3, 4
- ∅ Strahlentherapie vor Beginn der
ICI-Therapie

Flowchart



Analysegruppen

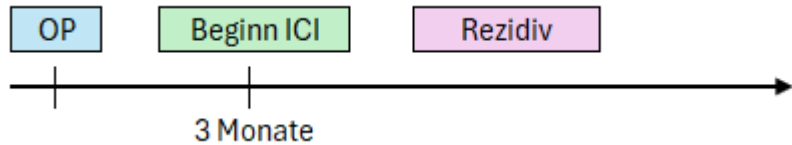
adjuvant, kein Rezidiv (n=631)



ICI > 3 Mo nach OP, kein Rezidiv (n=117)



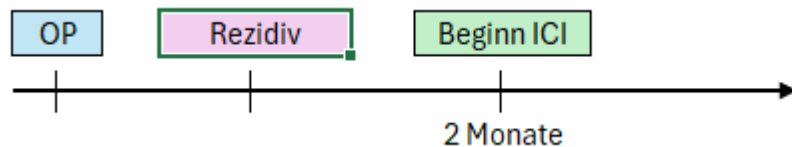
adjuvant, Rezidiv (n=374)



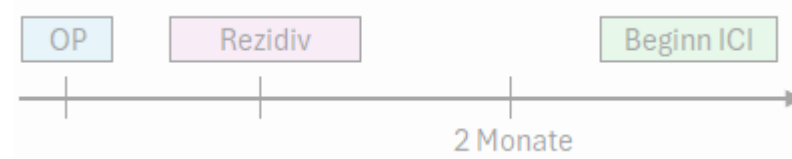
ICI > 3 Mo nach OP, Rezidiv (n=49)



Rezidiv, <= 2 Monate ICI (n=175)



Rezidiv, > 2 Monate ICI (n=149)



Deskription nach Analysegruppe

	adj, kein Rez (N=631)	adj, Rez (N=374)	Rez, ICI (N=175)
Geschlecht			
M	350 (55.5%)	230 (61.5%)	110 (62.9%)
W	281 (44.5%)	144 (38.5%)	65 (37.1%)
Alter bei OP			
18-49 J.	148 (23.5%)	55 (14.7%)	19 (10.9%)
50-59 J.	140 (22.2%)	74 (19.8%)	30 (17.1%)
60-69 J.	153 (24.2%)	105 (28.1%)	41 (23.4%)
70-79 J.	142 (22.5%)	92 (24.6%)	54 (30.9%)
80+ J.	48 (7.6%)	48 (12.8%)	31 (17.7%)
Substadium			
III	13 (2.1%)	7 (1.9%)	6 (3.4%)
IIIA	141 (22.3%)	30 (8.0%)	18 (10.3%)
IIIB	167 (26.5%)	76 (20.3%)	32 (18.3%)
IIIC	301 (47.7%)	245 (65.5%)	109 (62.3%)
IIID	9 (1.4%)	16 (4.3%)	10 (5.7%)

⇒ Soziodemographie und Substadium unterscheiden sich kaum zwischen Gruppe 2 und 3 (Post-Rezidiv-Gruppe ist etwas älter)

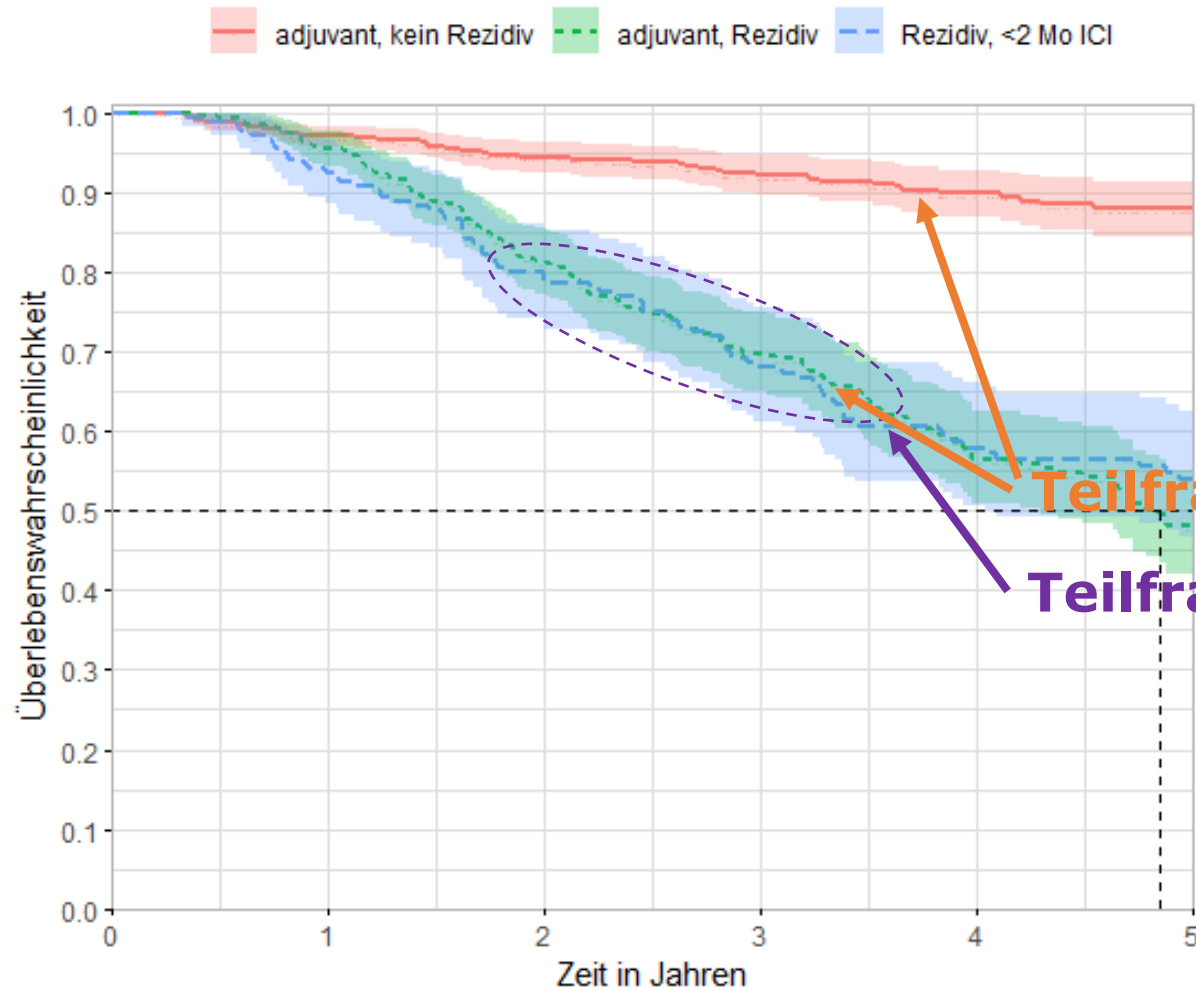
Deskription nach Analysegruppe

	adj, kein Rez (N=631)	adj, Rez (N=374)	Rez, ICI (N=175)
Histologie			
Lentigo maligna	10 (1.6%)	3 (0.8%)	2 (1.1%)
Melanome, NOS	213 (33.8%)	123 (32.9%)	60 (34.3%)
Nodulare Melanome	224 (35.5%)	141 (37.7%)	69 (39.4%)
Superfiziell spreizend	43 (6.8%)	36 (9.6%)	18 (10.3%)
Andere	141 (22.3%)	71 (19.0%)	26 (14.9%)
Ipilimumab			
nein	627 (99.4%)	367 (98.1%)	129 (73.7%)
ja	4 (0.6%)	7 (1.9%)	46 (26.3%)
Nivolumab			
nein	392 (62.1%)	207 (55.3%)	72 (41.1%)
ja	239 (37.9%)	167 (44.7%)	103 (58.9%)
Pembrolizumab			
nein	268 (42.5%)	194 (51.9%)	117 (66.9%)
ja	363 (57.5%)	180 (48.1%)	58 (33.1%)

⇒ In der Post-Rezidiv-Situation wird überwiegend die Kombination Ipilimumab/Nivolumab eingesetzt

Aktuelle Auswertung – Hauttumoren

Gesamtüberleben: Zeit von Diagnosedatum bis Sterbedatum, n=1.180



Multivariable Cox-Regression mit Shared-Frailty

	adj. HR (95% CI)	adj. P Wert
Gruppe (Ref: adj, Rez)		
adj, kein Rez	0.24 (0.18, 0.34)	< 0.001
Rez, ICI	0.98 (0.71, 1.36)	0.925

adjustiert für Alter, Geschlecht, Substadium, Histologie, Lokalisation, OP-Jahr, BRAF, ECOG, Zentrumsbehandlung, Ipilimumab, Nivolumab, Pembrolizumab

Sensitivitätsanalysen

- Lockerung einzelner bzw. aller studienspezifischen Ein- und Ausschlusskriterien
 - R0-Status , ECOG nicht 2-4, Lymphadenektomie, keine Radiatio vor Beginn der ICI-Therapie
- Keine der Sensitivitätsanalysen, welche nur eine der Gruppen erweitert, erbringt einen Hinweis auf Effektmodifikation
 - stärkste Veränderung ist gegeben, wenn Einschränkung auf LAD entfällt
- Werden alle Gruppen simultan erweitert, ergibt sich ebenfalls kein Hinweis auf Effektmodifikation

- Eine frühe adjuvante ICI-Therapie hat keinen Nachteil gegenüber später ICI-Therapie, sofern ein Rezidiv auftritt
 - *Achtung, Fehlinterpretation vermeiden: Das bedeutet nicht, dass die frühe oder späte ICI-Therapie grundsätzlich gleichwertig sind!*
- Aber: eine frühe ICI-Therapie kann die Wahrscheinlichkeit für ein Auftreten von Rezidiven reduzieren (z.B. Pembrolizumab: HR 0.61), wodurch sich die Prognose potenziell wesentlich verbessern kann
- Empfehlung für zeitnahen Beginn der ICI-Therapie nach vollständiger Resektion im Stadium III erscheint plausibel – Evidenz sollte aber noch weiter erhärtet werden
- Ausblick: vergleichende Analyse von Patienten MIT versus OHNE frühe adjuvante ICI-Therapie (sobald Fallzahlen für eine adjustierte Analyse ausreichen)

Herzlichen Dank an die Datenliefernden - Hauttumoren



Bremen
Bremer Krebsregister



Hamburg
Hamburgisches Krebsregister



Niedersachsen
Klinisches Krebsregister
Niedersachsen



Nordrhein-Westfalen
Landeskrebsregister NRW



Hessen
Hessisches Krebsregister



Rheinland-Pfalz
Krebsregister Rheinland-Pfalz

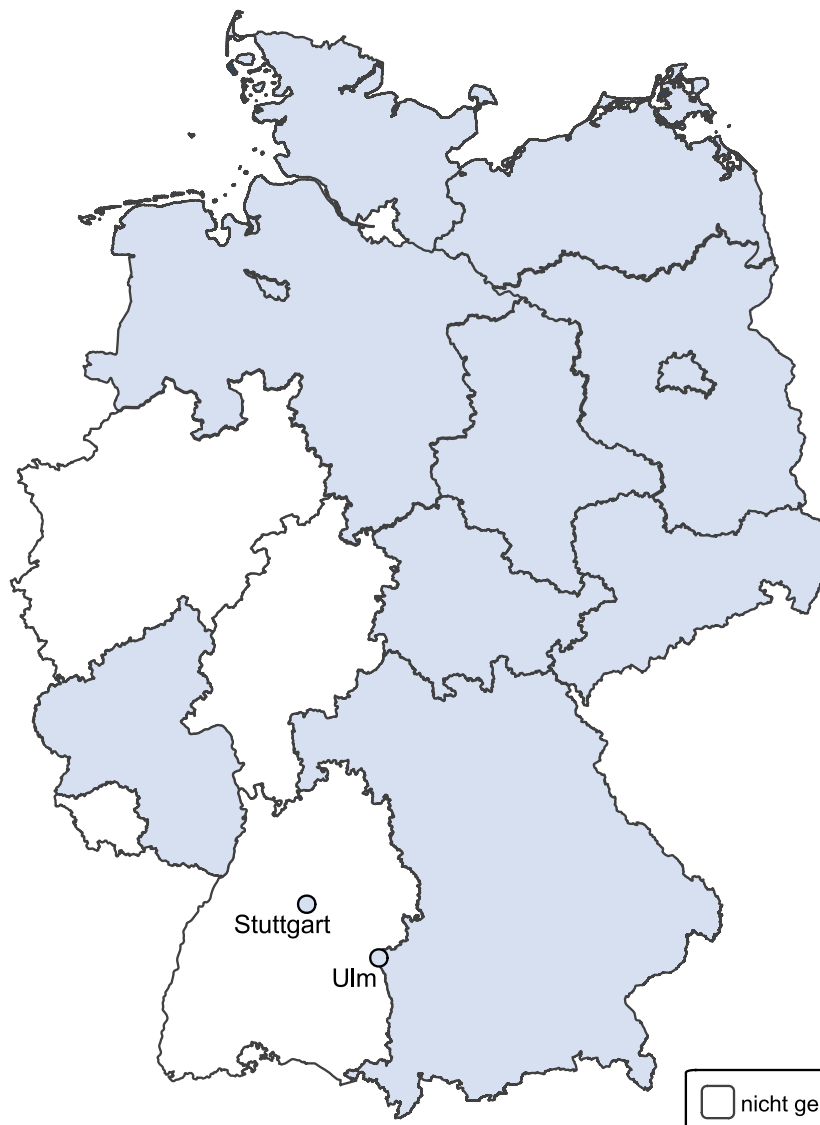


Saarland
Krebsregister Saarland



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



Auswerteteam



Mitglieder des Auswerteteams zu Hauttumoren

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. Achim Casties, Andrew Hunter, Dr. Daniela Piontek, Prof. Dr. Jochen Schmitt,
PD Dr. Olaf Schoffer**

Zentrum für evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV), Hochschulmedizin Dresden

Prof. Dr. Friedegund Meier

Hauttumorzentrum (UHTC), Hochschulmedizin Dresden

Prof. Dr. Michael Weichenthal

Hautkrebszentrum Kiel, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Herzlichen Dank

an die



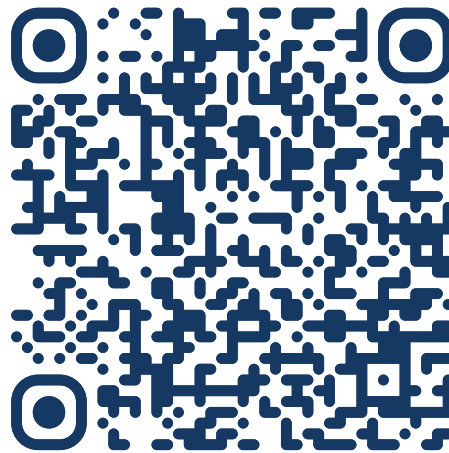
Veranstungshinweise

20 Jahre Bundesweite Onkologische Qualitätskonferenzen der ADT

- vom 01. – 02.12.2026
- Digitale Veranstaltung

Entitätsspezifische Bildungsveranstaltung in der Tumordokumentation der ADT

- Haut am 16.03.2026
- 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