

DGFIT-Symposium am 31.01.2025

Urologischer Winterworkshop in Leogang 2025

A. Hegele, Marburg

Die Deutsche Gesellschaft für Immun- und Targeted-Therapie (DGFIT) feiert in diesem Jahr ihr 25-jähriges Bestehen. In diesen 25 Jahren hat sich die Immun- und Targeted-Therapie rasant (weiter-)entwickelt und ist mittlerweile fester Bestandteil in der täglichen onkologischen Therapie. Erfreulicherweise ist diese Entwicklung auch verbunden mit einem deutlich besseren Outcome für die Patient:innen – sowohl in Bezug auf die Effektivität als auch auf die Nebenwirkungen. Auch in diesem Jahr veranstaltete die DGFIT ihr fest etabliertes Symposium auf dem Urologischen Winterworkshop in Leogang, Österreich, mit Blick auf den Status Quo der täglichen Versorgung sowie einen Ausblick in die Zukunft mit neuen Innovationen auf dem Gebiet der Immun- und Targeted-Therapie, welche die Behandlungsoptionen zeitnah mannigfaltig beeinflussen werden. Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen!



Aktuelle Therapie des NMIBC

Prof. Dr. Axel Hegele, Marburg

Für die Diagnostik und Therapie sowie Rezidivprophylaxe des nicht-muskelinvasiven Urothelkarzinoms (NMIBC) existieren vielfältige Möglichkeiten. Ziel einer aktuellen Umfrage der DGFIT war es, die Behandlungsrealität des NMIBC in Deutschland zu erfassen. Hierzu wurde ein Fragebogen bestehend aus 26 Fragen via E-Mail und QR-Code verteilt. Abgefragt wurde neben der Art der Diagnostik (starre/flexible Zystoskopie/Einsatz von urinbasierten Markern) auch, ob und wann eine photodynamische Diagnostik (PDD) und eine Frühinstillation mit einem Chemotherapeutikum eingesetzt werden. Ebenso wurde eruiert, ob eine Langzeitinstillationsprophylaxe durchgeführt wird, mit welcher Substanz (Chemotherapeutikum oder BCG), in welcher NMIBC-Risikogruppe sowie zu welchem Zeitpunkt eine Zystektomie erfolgt. Insgesamt nahmen 103 Ärzt:innen an der Umfrage teil, 78% waren männlich und 57% arbeiten in einer urologischen Praxis, davon 24% mit einer urologischen Belegabteilung. 43% sind in einer urologischen Hauptabteilung tätig, davon 19% an einer Universitätsklinik. Die Mehrzahl der Teilnehmer:innen (75%) ist über 40 Jahre und es handelt sich bei 94% um erfahrene Urolog:innen (Chefärzt:innen/

Oberärzt:innen/Fachärzt:innen). Erfreulicherweise hat die Zystoskopie mit einem starren Instrument keinen Stellenwert mehr und flexible Instrumente kommen im Rahmen der Primärdiagnostik und der Tumorkontrolle überwiegend zum Einsatz. Urinbasierte Marker spielen „real world“ in Deutschland aktuell keine größere Rolle. 68% führen selbst eine TUR-B durch – zu nahezu gleichem Anteil verteilt auf Niedergelassene und Hauptabteilungen. 74% setzen bei der TUR-B regelmäßig die PDD ein, jedoch ist der Zeitpunkt (immer, nur beim Erstbefund, im Rezidiv, nur bei high-risk) unklar. Eine Frühinstillation mit einem Chemotherapeutikum wird – obwohl nicht im DRG-System finanziell abgebildet – von 89% durchgeführt. Hier kommt vor allem Mitomycin C zur Anwendung (89%, davon 62% Mitomycin C 40 mg). Eine entsprechend den Leitlinien empfohlene Langzeitinstillationsprophylaxe ab intermediärem Risiko wird von 66% „immer“ und von 26% „meistens“ durchgeführt. Primär wird vor allem Mitomycin C (84%) und nur selten BCG (12%) instilliert. Sollte es hierunter zu einem Rezidiv kommen, erfolgt in den meisten Fällen die BCG-Therapie. Beim Erstbefund eines Hochrisiko-NMIBC erfolgt in 92% der Fälle eine BCG-Therapie. Die Zystektomie wird v.a.

nach Versagen der BCG-Therapie empfohlen. Aufgrund der innovativen und neuen Behandlungsoptionen sowohl mit Substanzen (IO, FGFR) als auch Applikationsarten (intravesikaler „drug-eluting stent“ → „Brezel“), welche aktuell in Studien evaluiert werden (z.B. SUNRISE-, THOR-, POTOMAC-Studie), schätzen 58% der Befragten einen Blasenerhalt auch im Falle des BCG-Versagens in der Zukunft als realistisch ein (10% antworteten mit „nein“ und 32% mit „weiß nicht“).

Fazit

Die Behandlung des NMIBC in Deutschland erfolgt sowohl in den urologischen Praxen als auch in Hauptabteilungen. Die PDD-Technik im Rahmen der TUR-B wird ebenso wie die Frühinstillation mit Mitomycin C in der Mehrzahl der Fälle durchgeführt. Eine risikogruppenadaptierte Langzeitinstillationsprophylaxe erfolgt ebenso: im intermediären Risiko v.a. mit Mitomycin C, im Rezidiv (intermediär) oder bei High-risk-NMIBC kommt v.a. BCG zum Einsatz. Die Zystektomie wird vorwiegend nach Versagen der BCG-Therapie (high risk) empfohlen. Ein möglicher Blasenerhalt nach BCG-Versagen durch neue Substanzen und Applikationsmethoden wird von der Mehrzahl der Behandelnden in der Zukunft als realistisch eingeschätzt.



Immuntherapie 2.0 – von BiTEs bis zur Brezel

PD Dr. Jozefina Casuscelli, München

Die Immuntherapie hat sich stark weiterentwickelt und eröffnet neue Behandlungsansätze. Beim Prostatakarzinom bleibt die Immuntherapie aufgrund des „kalten“ Tumor-Phänotyps eine Herausforderung. Aktive Immuntherapien wie Sipuleucel-T zeigen einen gewissen Überlebensvorteil, sind aber nicht überall verfügbar. Checkpoint-Inhibitoren wirken nur bei bestimmten Subgruppen,

weshalb eine gezielte Patientenauswahl entscheidend ist. BiTE- und TriTE-Therapien zeigen erste Wirksamkeit, allerdings mit hohen Nebenwirkungen. Kombinationsstrategien könnten hier zukünftig eine Rolle spielen.

Beim Urothelkarzinom als „heißem“ Tumor sind die Erfolge der Immuntherapie deutlich größer. BCG bleibt eine

etablierte Therapie, doch es gibt Bestrebungen zur Optimierung. Antikörper-Wirkstoff-Konjugate und Checkpoint-Inhibitoren zeigen vielversprechende Ergebnisse im metastasierten Stadium. Neue Applikationsmethoden wie TAR-200 („Brezel“) ermöglichen eine gezielte lokale Medikamentenfreisetzung in der Harnblase. Studien sollen helfen, in Zukunft radikale Eingriffe zu vermeiden und das Überleben der Patient:innen zu verbessern bei Erhalt der Lebensqualität.



Nachsorge in der Uro-Onkologie: Verpflichtung und Abrechnung

Prof. Dr. Christian Doehn, Lübeck

Jährlich erkranken mehr als 14.000 Menschen in Deutschland an einem Nierenzellkarzinom (RCC, www.rki.de). Die Mehrzahl der Tumoren wird heutzutage zufällig im Rahmen von bildgebenden Untersuchungen erkannt. Nach der operativen Primärtherapie stellt sich wie bei allen Tumorerkrankungen die Frage der möglichst effizienten Nachsorge. Allerdings ist die Nachsorge des RCC bislang nicht standardisiert. Nachfolgend werden verschiedene Aspekte der Nachsorge (Ziele, Leitlinienempfehlungen, Effektivität und Abrechnung) beim nicht-metastasierten RCC diskutiert.

Ziele einer Nachsorge

Die Nachsorge des nicht-metastasierten RCC nach erfolgter Therapie sollte nach der S3-Leitlinie „Nierenzellkarzinom“ v.a. folgende Ziele verfolgen:

- therapiebedingte Komplikationen erkennen
- die Nierenfunktion kontrollieren
- ein Lokalrezidiv nach organerhaltender Therapie erkennen
- ein Tumorwachstum oder Progress anderer Art unter aktiver Überwachung erkennen
- einen kontralateralen Nierentumor erkennen
- Fernmetastasen erkennen

Best of leitliniengerechte Nachsorge

Nachfolgend sind 4 Leitlinien zum RCC in der jeweils aktuellen Fassung (S3-Leitlinie Deutschland (Stand 2024); NCCN-Leitlinie USA (Stand 2025); EAU-Leitlinie Europa (Stand 2024) und AUA-Leitlinie USA (Stand 2021)) dargestellt. Es werden jeweils 3 Risikogruppen definiert, die allerdings unterschiedlich

definiert sind (Tab. 1-3). Gezeigt ist die jeweilige Häufigkeit einer Schnittbildgebung von Thorax und Abdomen in einem Zeitraum von 5 Jahren.

In der RECUR-Studie von Dabestani et al. wurden 1.612 Patienten (12 Institutionen/8 Länder) mit einem RCC eingeschlossen [1]. Bei 336 Patient:innen (21%) wurde ein Rezidiv nachgewiesen. Die Autoren stellten sich die Frage, inwieweit ein Abweichen von der Nachsorge wie sie in der EAU-Leitlinie empfohlen wird (bis 74% der empfohlenen Bildgebung, 75-199% der empfohlenen Bildgebung vs. ab 200% der empfohlenen Bildgebung) einen Einfluss auf das Überleben nach Rezidivdiagnose besitzt. Es zeigten sich tatsächlich keine Unterschiede zwischen den 3 Gruppen. Außerdem wurde kalkuliert, dass für die Detektion eines Rezidivs 52 CTs/MRTs, für die Detektion eines potenziell heilbaren Rezidivs 188 CTs/MRTs und für die Detektion eines tatsächlich geheilten Rezidivs 542 CTs/MRTs notwendig sein würden.

Leitlinie	Definition	Innerhalb von 5 Jahren	
		Thorax	Abdomen
S3-LL	T1 G1/2	3x	3x
NCCN	T1	5x	5x
EAU	Leibovich-Score 2-4	4x	4x
AUA	T1 G1/2	4x	4x

Tab. 1: Nachsorge bei geringem Risiko.

Leitlinie	Definition	Innerhalb von 5 Jahren	
		Thorax	Abdomen
S3-LL	T1 G3/4, T2 G1/2, R1, ablativ Therapie	6x	4x
NCCN	T2	5x	7x
EAU	Leibovich-Score 3-5	6x	6x
AUA	T1 G3/4, T2	6x	6x

Tab. 2: Nachsorge bei intermediärem Risiko.

Abrechnung

Die Nachsorge des nicht-metastasierten RCC ist im GKV-System klar, knapp und kostengünstig geregelt. In dem Quartal, in dem eine aktive Therapie (z.B. OP, Radiatio, Systemtherapie) erfolgt, kann die Onkologieziffer 86512 (Genehmigung vorausgesetzt) in Ansatz gebracht werden (z.B. Schleswig-Holstein Stand 1/2025: 24,69 €). Streng genommen handelt es sich eher um eine Betreuungsziffer als eine Nachsorgeziffer. Für die eigentliche Nachsorge sieht der EBM für insgesamt 4 Quartale

den jeweiligen Ansatz der Ziffer 26315 (z.B. Schleswig-Holstein Stand 1/2025: 23,67 €) vor. Damit ist jeglicher Nachsorgeaufwand „abgegolten“.

Fazit zur Nachsorge

- Die Nachsorge des nicht-metastasierten RCC ist nicht standardisiert.
- In den ersten 3 Jahren nach Primärtherapie sollte eine intensivere Nachsorge erfolgen.
- Patient:innen mit höherem Rezidivrisiko sollten in der Nachsorge häufiger und länger untersucht werden.

- Anamnese, klinische Untersuchung und Laboruntersuchungen sind notwendig, für das Auffinden von Metastasen jedoch von untergeordneter Bedeutung.
- Bildgebende Verfahren sind der Goldstandard zur Detektion von Metastasen:
 - Lungenmetastasen: CT besser als MRT (Röntgen Thorax übersieht kleine Metastasen und sollte daher nicht vorgenommen werden).
 - Knochenmetastasen: CT oder MRT (Knochenszintigraphie nur bei klinischem Verdacht).
 - Lebermetastasen: MRT besser als CT
 - Lymphknotenmetastasen: CT besser als MRT
- Der Patient bzw. die Patientin sollte Zugang zu einer psychoonkologischen Betreuung haben.
- Der Patient bzw. die Patientin sollte die Patientenleitlinien „Nierenzellkarzinom“ ausgehändigt bekommen.

Leitlinie	Definition	Innerhalb von 5 Jahren	
		Thorax	Abdomen
S3-LL	T2 G3/4, T3, T4, N+	6x	5x
NCCN	T3, N1	8-14x	8-14x
EAU	Leibovich 6+	8x	8x
AUA high	T3	8x	8x
AUA very high	T4, N1, sarkomatoid, R2	10x	10x

Tab. 3: Nachsorge bei hohem/sehr hohem Risiko.

1. Dabestani et al. Eur Urol 2019.

INFOBOX

Clinical Science Award 2025

Wissenschaftspreis zur Förderung klinischer Immun- und Targeted Therapie

2.000,00 €

Einreichung wissenschaftlicher Arbeiten (maximal 3.000 Worte – Title, Authors, Institutions, Abstract, Purpose, Methods, Results, Conclusions) unter Angabe der kompletten Adresse des Erstautors und Presenters (mit E-Mail-Adresse, Telefonnummer) per E-Mail bis zum

01. September 2025

an Deutsche Gesellschaft für Immun- und Targeted Therapie e.V.

Dr. Andrea Hübner

E-Mail: andrea_huebner@gmx.de

Gefördert werden Arbeiten, die sich direkt mit der klinischen Immun- und Targeted Therapie befassen, wobei insbesondere onkologische Schwerpunkte berücksichtigt sein sollen.

Die Verleihung des Preises findet auf dem Symposium „Checkpoints in der Urologie“ im Rahmen des Urologischen Winterworkshops im Februar 2026 in Leogang/Österreich statt. Hier erhält der/die Preisträger/in die Möglichkeit, seine/ihre Arbeit vorzustellen.

Die Arbeiten werden durch ein unabhängiges Preiskomitee beurteilt.