

## 5.5 Mammakarzinome, Behandlungsort Berlin

Constanze Schneider, Klinisches Krebsregister für Brandenburg und Berlin

Die Auswertungen beziehen sich auf die mit Stichtag 09.08.2019 im Klinischen Krebsregister registrierten Fälle mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS mit Behandlungsort Berlin. Der Begriff ‚Behandlungsort‘ ist dabei definiert als der Ort, an dem die Tumorresektion erfolgte, bei Fällen ohne Tumorresektion ist Berlin Behandlungsort, wenn dort die Diagnose, die Chemotherapie oder die Strahlentherapie erfolgt ist.

Der Teil der nachfolgenden Auswertungen wurde durch das KKRBB im Rahmen einer Anfrage der Projektgruppe Mammakarzinome Berlin erstellt, ausgewählte Ergebnisse wurden bei der 2. Gemeinsamen Qualitätskonferenz am 04.12.2019 in der Urania Berlin durch die Projektgruppe präsentiert.

### 5.5.1 Erfasste Neuerkrankungen in Berlin

#### 5.5.1.1 Anzahl und Wohnort der Neuerkrankten

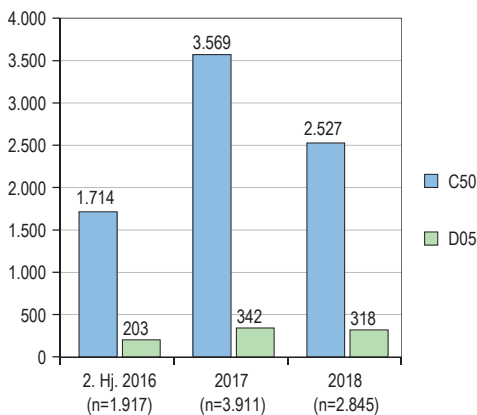


Abb. 5.5-1: Anzahl der erfassten invasiven Mammakarzinome und In-situ-Karzinome, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=8.673

Tab. 5.5-1: Invasive Mammakarzinome und In-situ-Karzinome, Wohnort der in Berlin behandelten Fälle, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=8.673

	Anzahl	Prozent
Berlin	7.411	85,4
Brandenburg	1.109	12,8
Niedersachsen	35	0,4
Mecklenburg-Vorpommern	21	0,2
Sachsen-Anhalt	21	0,2
Schleswig-Holstein	16	0,2
Baden-Württemberg	12	0,1
Hessen	12	0,1
Andere Bundesländer (< 10 Fälle)	36	0,4
<b>Gesamt</b>	<b>8.673</b>	<b>100,0</b>

Für die Diagnosejahre 2. Halbjahr 2016 bis 2018 wurden nach derzeitiger Datenlage in Berlin 8.673 invasive Mammakarzinome und DCIS der Brust (ICD-10: C50, D05.1) neu diagnostiziert. Für 2018 ist die Meldung und Dokumentation von Neuerkrankungen noch unvollständig (Abb. 5.5-1). Die meisten Fälle stammen erwartungsgemäß aus Berlin, wohnhaft in Brandenburg sind 12,8% der Fälle (Tab. 5.5-1). Ein Teil der Behandlung kann auch außerhalb Berlins erfolgt sein (siehe Definition ‚Behandlungsort‘).

#### 5.5.1.2 Alter und Geschlecht

Die in Berlin behandelten Fälle mit invasivem Mammakarzinom und DCIS und Diagnosejahr zwischen Juli 2016 und 2018 sind gruppiert nach 10-Jahres-Altersgruppen, am häufigsten 50–59 Jahre (n=2.196, 25,3%) oder 60–69 Jahre alt (n=2.123, 24,5%) (Abb. 5.5-2). Der Anteil der ≥70-Jährigen beträgt insgesamt 32,0% (n=2.778). Für eine Beurteilung der Altersgruppen im Verlauf ist der beobachtete Zeitraum von 2,5 Jahren zu kurz. Das mediane Alter für Männer und Frauen mit invasivem Karzinom und DCIS mit Wohnort Berlin ist der Tabelle 4.10-1 zu entnehmen. Der Anteil der Männer beträgt für die Jahre 2016–2018 für den Behandlungsort Berlin 0,75% (Abb. 5.5-3).

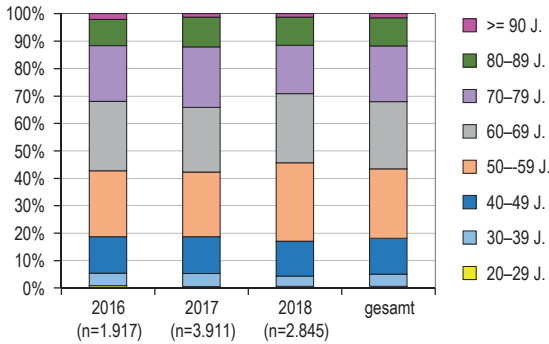


Abb. 5.5-2: Alter bei Neuerkrankung in 10-Jahres-Gruppen, invasive Mammakarzinome und DCIS, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=8.673

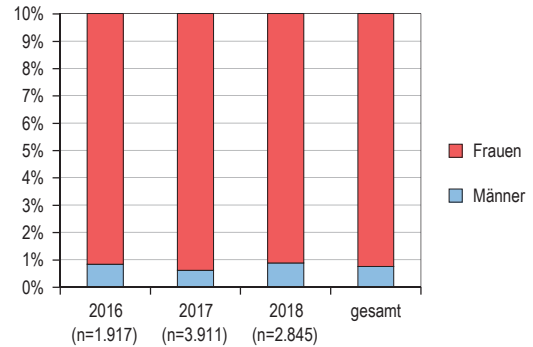


Abb. 5.5-3: Neuerkrankungsfälle nach Geschlecht, Invasive Mammakarzinome und DCIS, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=8.673

### 5.5.1.3 Klinische und pathologische Tumorstadien

Die Tumorstadien werden nur für die invasiven Mammakarzinome gezeigt (Abb. 5.5-4, 5.5-5), der Anteil von DCIS für die Jahre 2016–2018 liegt bei 10,0% (Abb. 5.5-1). Im Gegensatz zu Kapitel 4. sind das klinische und operative pathologische Stadium einzeln dargestellt, auch um mögliche Defizite bezüglich der Vollständigkeit der Meldung der Tumorstadien zu zeigen.

Klinische Tumorstadien inklusive der einzelnen T-, N- und M-Kategorien werden noch unvollständig gemeldet mit einem maximalen Anteil vorhandenen Angaben von 70% (Abb. 5.5-4, 5.5-6, 5.5-8). Für 2018 ist der Anteil fehlender Angaben mit ca. 50% deutlich höher als in den Vorjahren. Es ist möglich, dass ein Tumorstadium, das nicht in den ersten Meldungen enthalten ist, durch nachfolgende Meldungen mitgeteilt und ergänzt wird. Insgesamt sind vollständige Diagnosesmeldungen zu fordern, nur so sind Fragestellungen wie z.B. zum Anteil von neoadjuvanter Therapien bei fortgeschrittenen Karzinomen und deren Ansprechen gut zu beantworten.

Für 2017 liegt der Anteil der metastasierten Mammakarzinome (UICC IV) bei 6,3%, bezieht man sich nur auf die Karzinome mit mitgeteiltem Stadium, so liegt der Anteil bei 8,7% (Abb. 5.5-4). Unter den klinischen Stadien finden sich auch vereinzelt in-situ-Karzinome, die sich nach operativer Therapie als invasive Karzinome herausstellten.

Pathologische postoperative TNM-Angaben werden fast vollständig gemeldet (Abb. 5.5-7, 5.5-9). Die Darstellungen zum pTNM enthalten auch Fälle mit neoadjuvanter Therapie. Bei den UICC-Stadien gibt es über den gesamten Zeitraum einen Anteil von 7,7% ohne definiertes Stadium, wobei es sich hier vorwiegend um Fälle ohne Tumor bei vollständiger Remission nach neoadjuvanter Therapie handelt (Abb. 5.5-5). Zwischen den Diagnosejahren finden sich bei T- und N-Kategorie nahezu keine Unterschiede. Etwa die Hälfte der Karzinome haben bei Operation ein pT1 (2017: 50,8%), pT2 hat 2017 einen Anteil von 30,5%. Nur wenige Karzinome sind bei Operation größer als 5 cm (2017: pT3: 6,6%, pT4: 2,0%) (Abb. 5.5-7). 70% der Fälle haben bei Operation keine Lymphknotenmetastasen (Abb. 5.5-9).

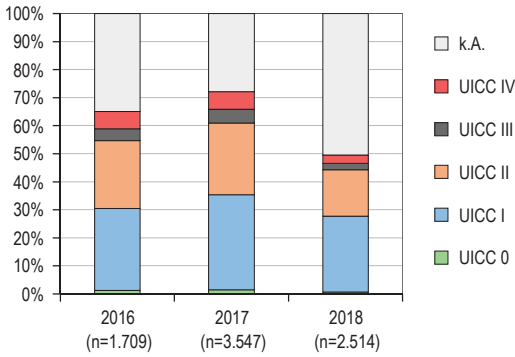


Abb. 5.5-4: Klinische UICC-Stadien, invasive Mammakarzinome, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=7.770

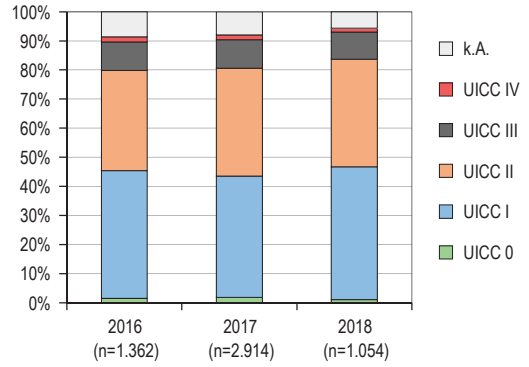


Abb. 5.5-5: Pathologische UICC-Stadien, operierte invasive Mammakarzinome, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=5.330

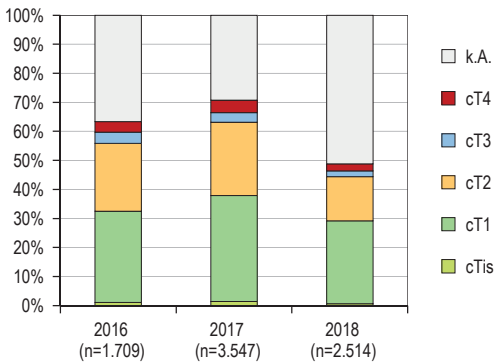


Abb. 5.5-6: Klinische T-Kategorie, invasive Mammakarzinome, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=7.770

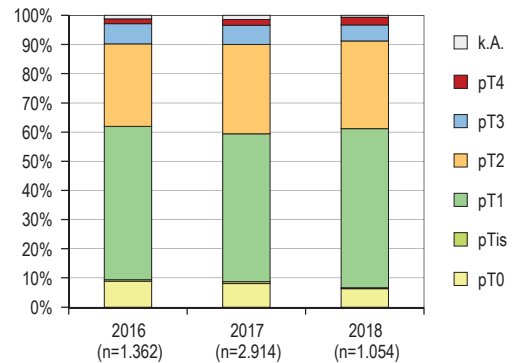


Abb. 5.5-7: Pathologische T-Kategorie, operierte invasive Mammakarzinome, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=5.330

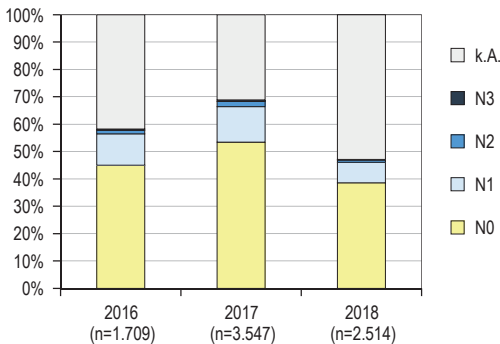


Abb. 5.5-8: Klinische N-Kategorie, invasive Mammakarzinome, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=7.770

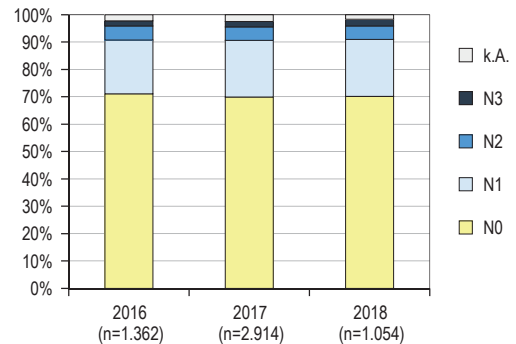


Abb. 5.5-9: Pathologische N-Kategorie, operierte invasive Mammakarzinome, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=5.330

### 5.5.2 Anzahl gemeldeter Operationen

Der Anteil der Tumorresektionen bei invasiven Mammakarzinomen und DCIS ist in Abb. 5.5-10 dargestellt. Es sind noch Melde- und Dokumentationslücken zu vermuten, dies gilt im besonderen Maße für das Jahr 2018. Eine Resektion des Primärtumors erfolgte nach Datenlage für die Diagnosejahre 2016 und 2017 in 82,0 %.

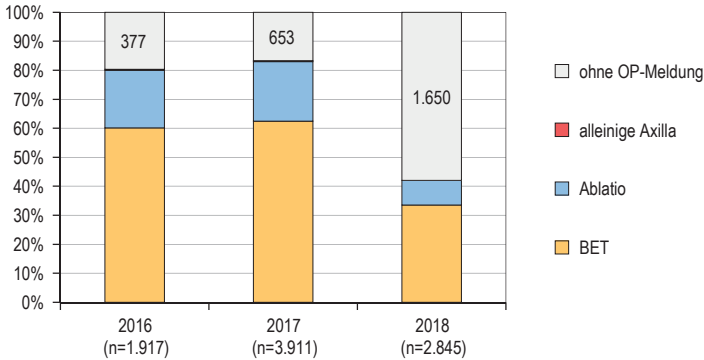


Abb. 5.5-10: Operative Therapie, invasive Mammakarzinome und DCIS, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=8.673

### 5.5.3 Postoperative Radiatio bei DCIS nach BET

Nach den S3-Leitlinien für Mammakarzinom Version 4.0, 12/2017 [1] sollte der Patientin in Abhängigkeit vom individuellen Risikoprofil die Möglichkeit einer Radiotherapie angeboten werden. Die adjuvante Radiotherapie verringert das Lokalrezidivrisiko nach brusterhaltender Therapie um bis zu 50 %, bei niedrigem Risiko ist der Benefit für die Patientin jedoch gering (Empfehlung 4.11).

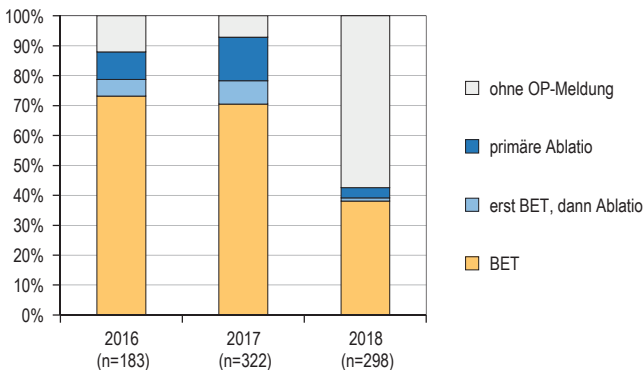


Abb. 5.5-11: Operative Therapie, DCIS, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=794

Eine Meldung zur operativen Therapie bei DCIS liegt für 2016 und 2017 in 91,1 % der Fälle vor, der Anteil der brusterhaltenden Operationen macht darunter 78,5 % aus (Abb. 5.5-11). Der Anteil der nach BET postoperativ bestrahlten Fälle liegt für 2016–2017 bei 57,3 % (Abb. 5.5-12). Das Jahr 2018 wird aufgrund einer wahrscheinlich noch unvollständigen Meldung und Dokumentation bei den folgenden Auswertungen zur Altersabhängigkeit und Abhängigkeit vom Grading nicht berücksichtigt. Bei der Altersgruppe  $\geq 70$  Jahre wird mit 36 % gegenüber jüngeren Patientinnen deutlich weniger häufig eine postoperative Radiatio nach BET durchgeführt ( $< 70$  Jahre: 61,6 %) (Abb. 5.5-13). Erwartungsgemäß nimmt der Anteil von Bestrahlung mit zunehmend schlechterem Grading zu (Abb. 5.5-14).

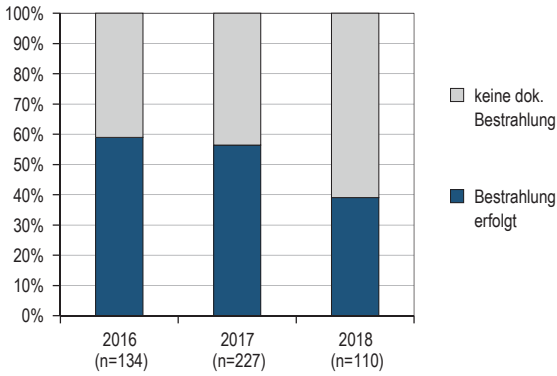


Abb. 5.5-12: Postoperative Radiatio bei DCIS mit BET, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=471

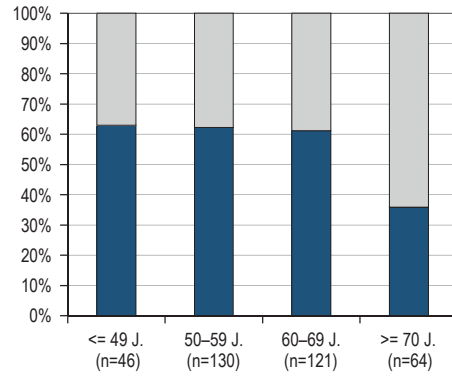


Abb. 5.5-13: Postoperative Radiatio bei DCIS mit BET, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2017, n=361

Tab.5.5-2: Dokumentiertes Grading bei DCIS mit BET, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2017, n=361

Ausprägung	Anzahl
keine Angabe	59
0 → ?	7
G1	51
G2	124
G3	73
Low grade	15
intermediate	11
High grade	20
GX	1
<b>Gesamt</b>	<b>361</b>

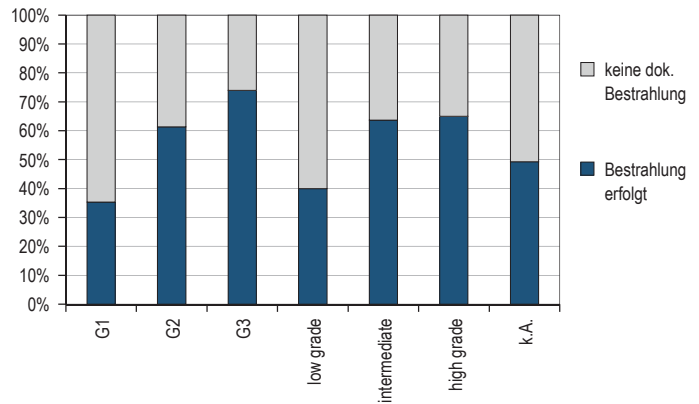


Abb. 5.5-14: Postoperative Radiatio bei DCIS mit BET, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2017, n=361

### 5.5.4 Postoperative Radiatio bei invasivem Karzinom nach BET

Von den in der S3-Leitlinie für Mammakarzinom Version 4.0, 12/2017 [1] enthaltenen 10 Qualitätsindikatoren (QI) sind prinzipiell neun mit dem onkologischen ADT-/GEKID-Basisdatensatz darstellbar. Qualitätsindikator 7 betrifft die Strahlentherapie nach BET bei invasivem Karzinom. 2016 und 2017 wurden nach Datenlage 67,4% der brusterhaltend operierten Mammakarzinome postoperativ bestrahlt. Durch fehlende Meldung oder Dokumentation kann dieser Anteil unterschätzt sein, insbesondere für 2018 kann von einer noch unvollständigen Dokumentation ausgegangen werden (Abb. 5.5-15).

#### • Qualitätsindikator 7: Durchgeführte Strahlentherapie nach BET

Zähler: Radiatio der Brust

Nenner: Fälle mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom und BET

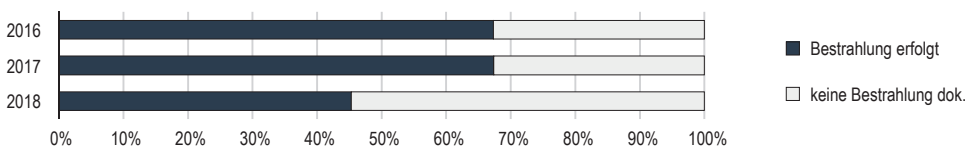


Abb. 5.5-15: QI 7 der S3-Leitlinie Mammakarzinom, Version 4.0 [1], Diagnosejahre 2016–2018, n=4.029

## 5.5.5 Anteil von Komplettremission nach neoadjuvanter Therapie

### 5.5.5.1 Neoadjuvante Chemotherapie und operative Therapie

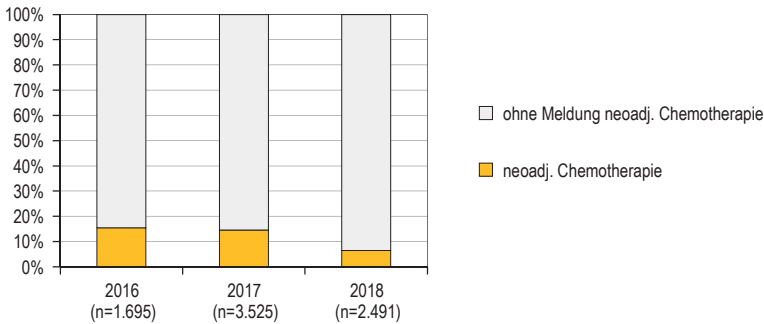


Abb. 5.5-16: Anteil neoadjuvanter Chemotherapie, invasive Mammakarzinome, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=7.711

Alle nachfolgenden Erhebungen beziehen sich nur auf Frauen mit invasivem Mammakarzinom. In Berlin wurden invasive Mammakarzinome der Diagnosejahre 2016 und 2017 in 14,9 % mit einer neoadjuvanten Chemotherapie behandelt (Abb. 5.5-16). Eine Operation ist für diese Jahre für neoadjuvant therapierte Mammakarzinome in 88,3 % dokumentiert, darunter konnten 74,2 % brusterhaltend reseziert werden. Eine Ablatio erhielten 25,8 % der operierten Fälle nach neoadjuvanter Chemotherapie, darunter sind nur 8 Fälle mit einer Ablatio ohne vorheriger versuchter brusterhaltenden Therapie (Abb. 5.5-17). Eine R0-Resektion ist für 2016–2018 in 94,7 % der operierten Fälle nach neoadjuvanter Chemotherapie dokumentiert (Abb. 5.5-18).

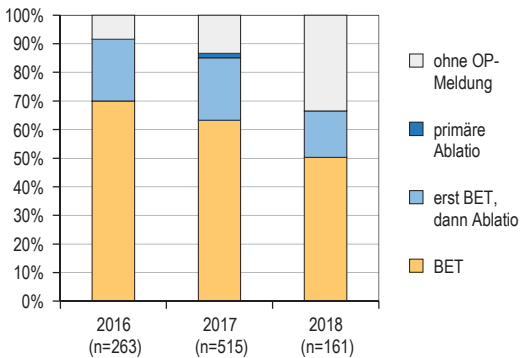


Abb. 5.5-17: OP-Meldung bei invasiven Mammakarzinomen mit neoadjuvanter Chemotherapie, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=939

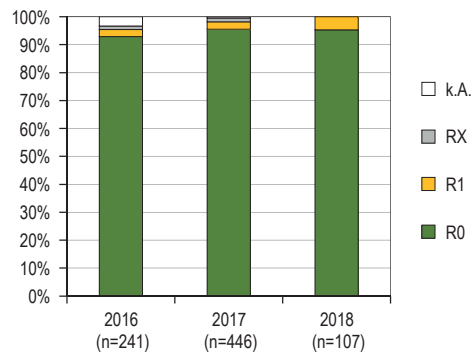


Abb. 5.5-18: Lokale R-Klassifikation, operierte invasive Mammakarzinome mit neoadjuvanter Chemotherapie, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=794

### 5.5.5.2 Anteil Komplettremission nach neoadjuvanter Chemotherapie, klinische und postoperative T- und N-Kategorie

Im Folgenden wird der Anteil von Komplettremission nach neoadjuvanter Chemotherapie bei operierten invasiven Mammakarzinomen aufgezeigt. Dabei ist Komplettremission definiert als: kein nachweisbarer vitaler Primärtumor (kodiert als ypT0), keine Lymphknotenmetastasen und keine Fernmetastasen. Die klinischen und postoperativen T- und N-Kategorien bei operierten invasiven Mammakarzinomen mit neoadjuvanter Chemotherapie sind in Abb. 5.5-19–5.5-22 dargestellt. Der Anteil eines fehlenden vitalen Primärtumors (ypT0) liegt für 2016–2018 bei 44,2 % (Abb. 5.5-20). Nicht alle Fälle mit ypT0 sind auch frei von Lymphknotenmetastasen, der Anteil von Komplettremissionen liegt für 2016–2018 bei 41,4 % (Abb. 5.5-23).

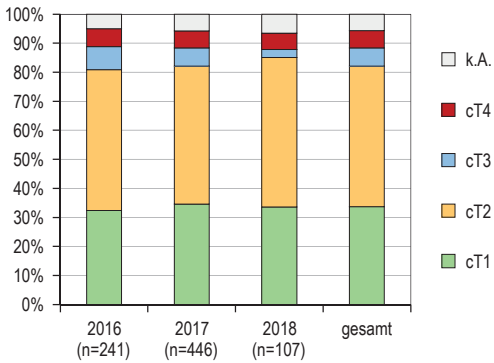


Abb. 5.5-19: Klinische T-Kategorie, operierte invasive Mammakarzinome mit neoadj. Chemotherapie, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=794

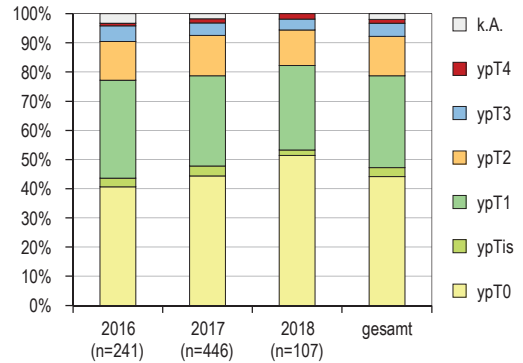


Abb. 5.5-20: Pathologische T-Kategorie (ypT), operierte invasive Mammakarzinome mit neoadj. Chemotherapie, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=794

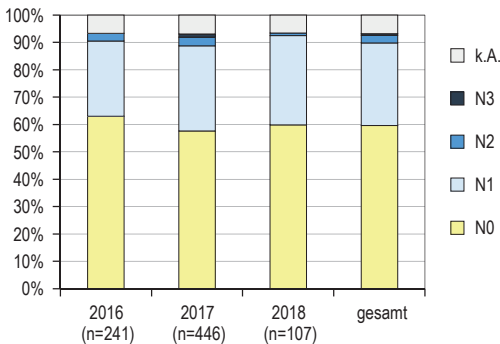


Abb. 5.5-21: Klinische N-Kategorie, operierte invasive Mammakarzinome mit neoadj. Chemotherapie, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=794

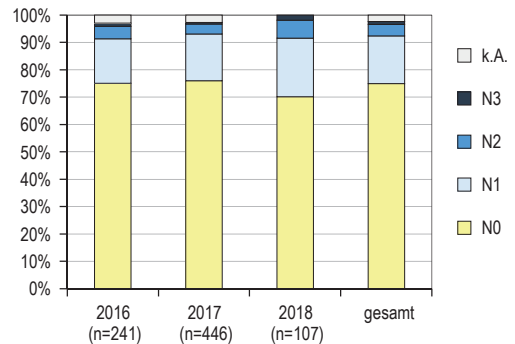


Abb. 5.5-22: Pathologische N-Kategorie, operierte invasive Mammakarzinome mit neoadj. Chemotherapie, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=794

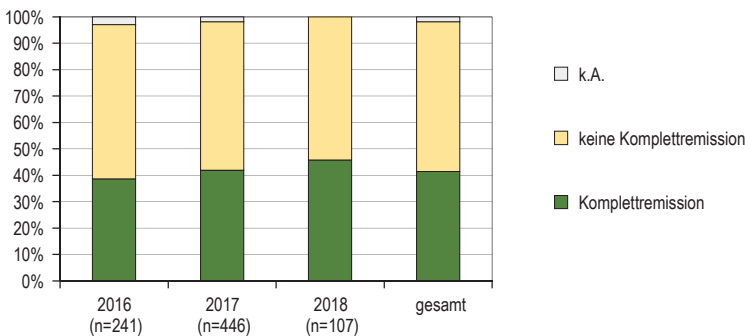


Abb. 5.5-23: Anteil von Komplettremission, operierte invasive Mammakarzinome mit neoadj. Chemotherapie, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=794

### 5.5.5.3 Anteil Komplettremission nach neoadjuvanter Chemotherapie in Abhängigkeit vom Tumorstadium und Rezeptoren

Die Grundgesamtheit für die Auswertungen für Abb. 5.5-24–5.5-28 bilden wie in dem vorherigen Kapitel die in Berlin behandelten invasiven Mammakarzinome, die nach Datenlage eine neoadjuvante Chemotherapie und nachfolgend eine Tumorresektion erhalten haben. Es wird jeweils der Anteil einer Komplettremission (ypT0, N0, M0) in Abhängigkeit von klinischem Tumorstadium, der klinischen T-Kategorie sowie von Vorhandensein von Hormonrezeptoren und HER2/neu-Rezeptor dargestellt.

In Bezug auf die T-Kategorie findet sich mit 53,7% der höchste Anteil an Komplettremission bei Tumoren mit einer klinischen Tumorgröße von maximal 2 cm (cT1) (Abb. 5.5-25), damit verbunden ist ein Anteil von 55,9% für das UICC-Stadium I (T1, N0/1mi) (Abb. 5.5-24). Bei cT4 Tumoren liegt der Anteil mit nicht nachweisbarem Tumor immerhin bei 20%, wobei hier eine kleine Fallzahl zu berücksichtigen ist (Abb. 5.5-25). Im Hinblick auf Abhängigkeit von den Rezeptoren findet sich ein höherer Anteil an Komplettremission für hormonrezeptornegative Karzinome (56,4%, Abb. 5.5-26) und für Karzinome mit positivem HER2/neu-Rezeptor (57,3%, Abb. 5.5-27). Für triple-negative Karzinome ist der Anteil von kompletter Remission gegenüber nicht triple-negativen Karzinomen leicht erhöht (47,8% vs. 39,7%, Abb. 5.5-28).

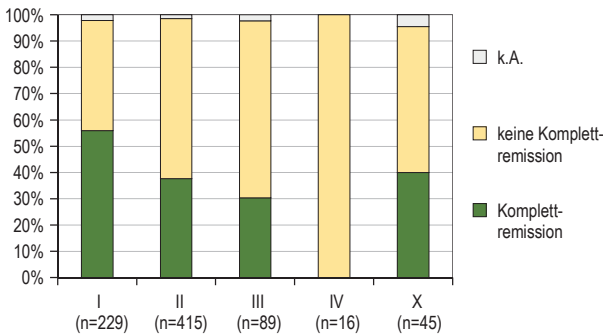


Abb. 5.5-24: Komplettremission nach klin. Stadium, operierte invasive Mammakarzinome mit neoadj. Chemotherapie, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=794

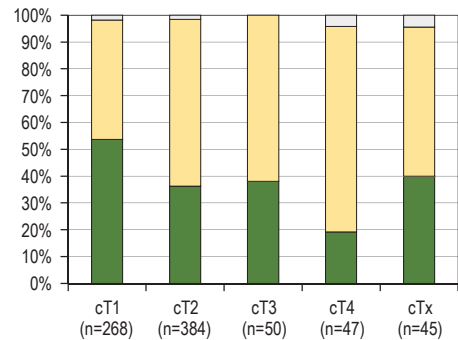


Abb. 5.5-25: Komplettremission nach klin. T-Kategorie, operierte invasive Mammakarzinome mit neoadj. Chemotherapie, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=794

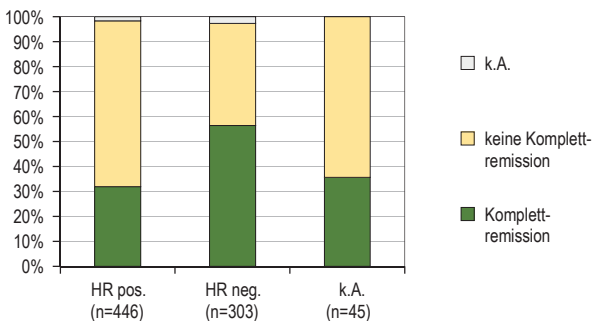


Abb. 5.5-26: Komplettremission nach Hormonrezeptor, operierte invasive Mammakarzinome mit neoadj. Chemotherapie, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=794

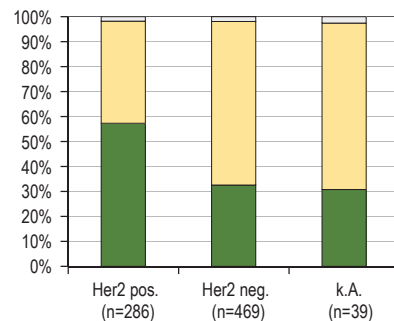


Abb. 5.5-27: Komplettremission nach HER2/neu-Rezeptor, operierte invasive Mammakarzinome mit neoadj. Chemotherapie, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=794



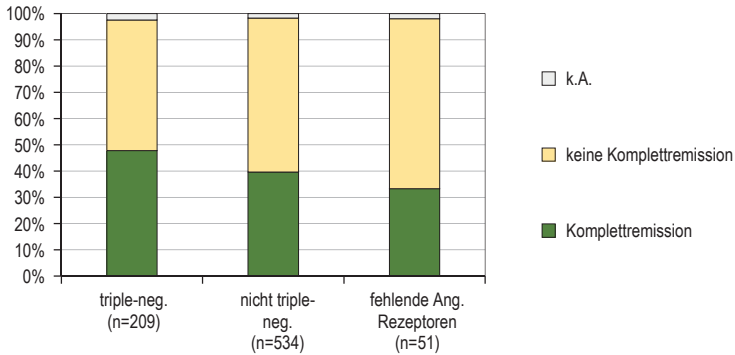


Abb. 5.5-28: Anteil von Komplettremission nach Triple-Negativität, operierte invasive Mammakarzinome mit neoadj. Chemotherapie, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=794

## 5.5.6 Adjuvante Chemotherapie

Nach den S3-Leitlinien für Mammakarzinom Version 4.0, 12/2017 [1] ist eine adjuvante Chemotherapie bei HER2-positiven Tumoren ab pT1b, bei pT1a bei weiteren Risikofaktoren, bei triple-negativen Tumoren und bei Luminal-B-Tumoren mit hohem Rezidivrisiko indiziert (Empfehlung 4.55). Dargestellt wird im Folgenden die Situation bei HER2-positiven und triple-negativen Mammakarzinomen.

### 5.5.6.1 Adjuvante Chemotherapie bei HER2-positiven Mammakarzinomen

In 2016 und 2017 liegt der Anteil HER2-positiver nicht metastasierter Mammakarzinome bei 13,0%, der Anteil ohne Rezeptorangabe liegt für diese Jahre bei 10,2%. Für 2018 ist die Meldung mit 45,1% fehlenden Werten noch sehr unzureichend (Abb. 5.5-29). Auch die Operationen sind für 2018 noch unvollständig dokumentiert. Für 2016 und 2017 liegt der Anteil der Tumorresektion bei den HER2-positiven nicht metastasierten Mammakarzinomen bei 88,3% (Abb. 5.5-30).

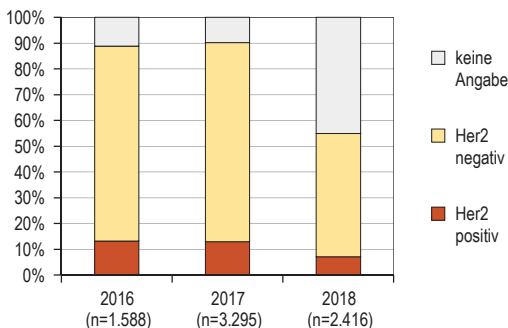


Abb. 5.5-29: HER2-Rezeptor, invasive Mammakarzinome ohne M1, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=7.299

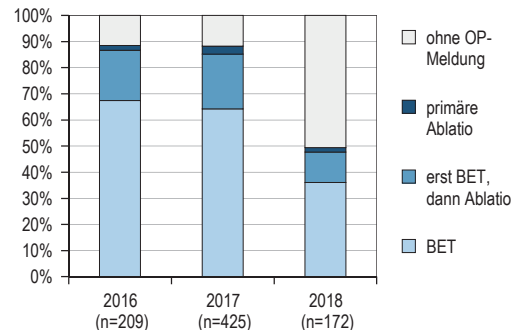


Abb. 5.5-30: Operative Therapie, HER2-positive invasive Mammakarzinome ohne M1, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=806

Von den 645 operierten HER2-positiven Mammakarzinomen ist bei 612 Fällen (94,9%) eine R0-Resektion dokumentiert. Der Anteil der adjuvanten Chemotherapie liegt für alle Fälle 2016 und 2017 bei 15,4%, 44,5% wurden neoadjuvant therapiert (Abb. 5.5-31). Für die in der Leitlinie genannten HER2-positiven operierten Mammakarzinomen mit einer T-Kategorie ab pT1b findet sich für die Diagnosejahre 2016 und 2017 für die adjuvante Chemotherapie ein Anteil von 32,3%, hierbei sind neoadjuvant therapierte Fälle nicht miteinbezogen (Abb. 5.5-32).

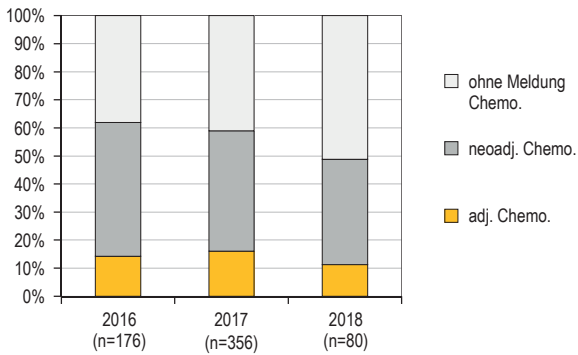


Abb. 5.5-31: Anteil adjuvanter Chemotherapie, R0 operierte HER2/neu-positive invasive Mammakarzinome ohne M1, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n= 612

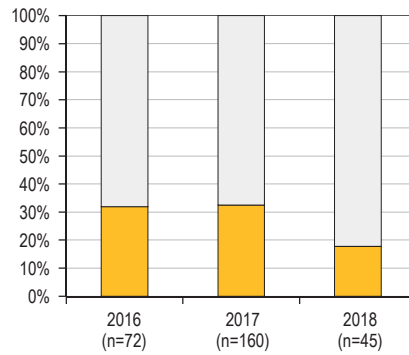


Abb. 5.5-32: Anteil adjuvanter Chemotherapie, R0 operierte HER2/neu-positive invasive Mammakarzinome ohne neoadj. Chemotherapie, pT1b–pT4, ohne M1, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=277

### 5.5.6.2 Adjuvante Chemotherapie bei triple-negativen Mammakarzinomen

In 2016 und 2017 liegt der Anteil der triple-negativen Karzinome unter den nicht metastasierten Mammakarzinomen bei 8,1% (Abb. 5.5-33). Rezeptoren wie auch Operationen sind für 2018 noch unzureichend dokumentiert, daher werden jeweils nur 2016 und 2017 in die Auswertung mit einbezogen. Für 2016 und 2017 liegt der Anteil der Tumorsektion bei den triple-negativen nicht metastasierten Mammakarzinomen bei 86,1% (Abb. 5.5-34).

Von den 422 operierten triple-negativen Mammakarzinomen ist bei 405 Fällen (96,0%) eine R0-Resektion dokumentiert. Der Anteil der adjuvanten Chemotherapie liegt für die Diagnosejahre 2016 und 2017 bei 12,6%, weitere 50,8% wurden neoadjuvant therapiert (Abb. 5.5-35). Bezieht man neoadjuvant therapierte Mammakarzinome nicht in die Abfrage ein, so ergibt sich für 2016 und 2017 ein Anteil von 25,6% adjuvanter Chemotherapie bei operierten nicht metastasierten triple-negativen Mammakarzinomen (Abb. 5.5-36).

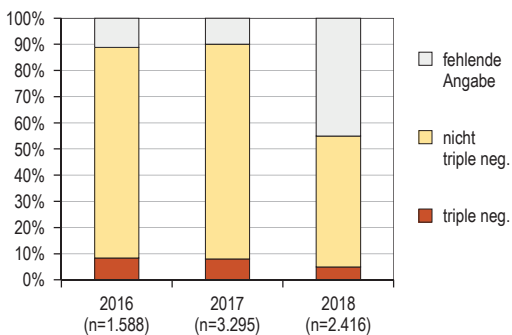


Abb. 5.5-33: Anteil triple-negative Karzinome, invasive Mammakarzinome ohne M1, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=7.299

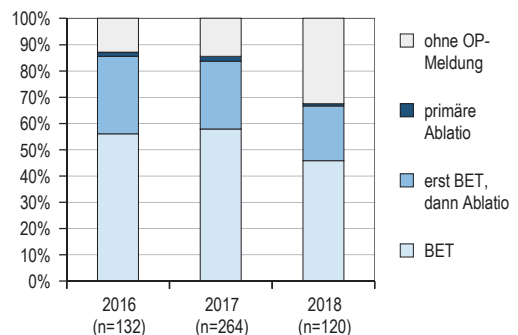


Abb. 5.5-34: Operative Therapie, triple-negative invasive Mammakarzinome ohne M1, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=516

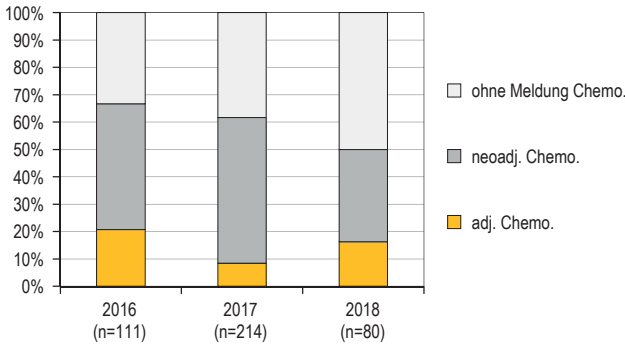


Abb. 5.5-35: Anteil adjuvanter Chemotherapie, R0 operierte triple-negative invasive Mammakarzinome ohne M1, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=405

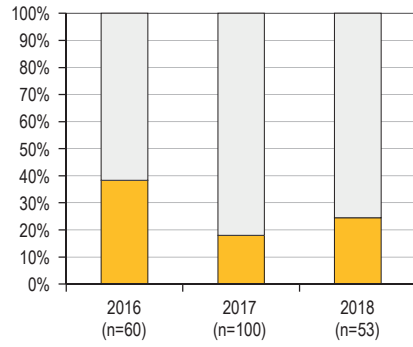


Abb. 5.5-36: Anteil adjuvanter Chemotherapie, R0 operierte triple-negative invasive Mammakarzinome ohne neoadj. Chemotherapie, ohne M1, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=213

### 5.5.7 Adjuvante endokrine Therapie

Patientinnen mit hormonrezeptor-positivem Mammakarzinom sollen eine endokrine Therapie erhalten, dabei ist hormonrezeptor-positiv definiert nach der S3-Leitlinie für Mammakarzinom, Version 4.0 12/2017 [1] als östrogenrezeptor-positives und/oder mindestens 10% progesteronrezeptorpositive Tumorzellkerne (Empfehlung 4.50).

Nach obiger Definition hormonrezeptor-positiv sind 2016 und 2017 77,4% der invasiven Mamakarzinome. Der Anteil nicht mitgeteilter Hormonrezeptoren liegt für diese Jahre bei 10,4%, für das Jahr 2018 werden bei vorliegenden 44,3% noch Nachdokumentationen erwartet (Abb. 5.5-37).

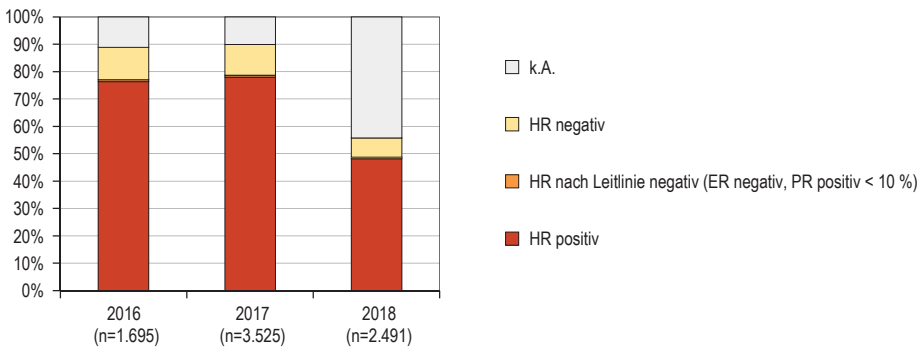


Abb. 5.5-37: Hormonrezeptor, invasive Mammakarzinome, Behandlungsort Berlin, Diagnosejahre 07/2016–2018, n=7.711

• **Qualitätsindikator 8: Endokrine Therapie bei rezeptorpositivem Befund**

Zähler: Patientinnen, die eine adjuvante endokrine Therapie erhalten haben

Nenner: Steroidrezeptorpositive\* Patientinnen mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom

\* nach Leitlinie: östrogen- und/oder progesteronrezeptor-positiv  
(≥ 10 % progesteronrezeptor-positive Tumorzellkerne)

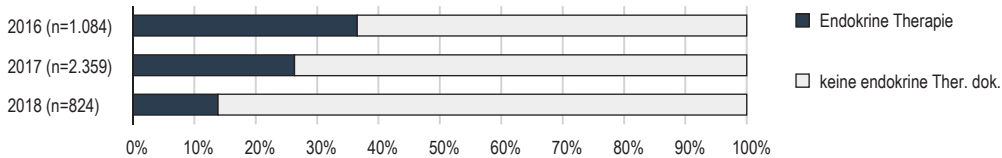


Abb. 5.5-38: QI 8 der S3-Leitlinie Mammakarzinom, Version 4.0 12/2017 [1], n=4.267

Der Qualitätsindikator 8 der S3-Leitlinie [1] bezieht sich auf operierte hormonrezeptor-positive Mammakarzinome, da im Zähler die adjuvante endokrine Therapie steht. Bei 81,4 % (n=4.267) der hormonrezeptor-positiven Tumoren ist nach Datenlage eine Operation erfolgt (2016–2017: 85,2%). Nach derzeitiger Datenlage findet sich für das Diagnosejahr 2016 bei den operierten hormonrezeptor-positiven Mammakarzinomen zu 36,5% eine adjuvante endokrine Therapie (Abb. 5.5-38). Es ist wahrscheinlich, dass dieser Anteil unterschätzt ist. Für 2017 und 2018 ist der Anteil mit 26,3 % und 13,8 % noch geringer und man muss von einer noch unvollständigeren Datenlage ausgehen. Die Auswertungen eines Krebsregisters können immer nur das zeigen, was dem Krebsregister gemeldet wurde und bis zum Auswertzeitpunkt erfasst werden konnte, bei unvollständiger und unvollständiger Meldung sind Daten nur eingeschränkt beurteilbar.

**Literatur:**

1. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.0, 2017 AWMF Registernummer: 032-045OL, <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/> (abgerufen am: 10/2018)