

12.12.2018
Qualitätskonferenz
Klinisches Krebsregister Brandenburg-Berlin

Arbeitsgruppe Brustkrebs
Land Brandenburg

PD Dr. Christiane Richter- Ehrenstein
Brustzentrum
Perinatalzentrum Level 1
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Klinikum Frankfurt (Oder)



Hintergrund

- Die AG Brustkrebs arbeitet seit mehreren Jahren in Brandenburg
- Zusammenarbeit der ärztlich Verantwortlichen mit klin. Krebsregister
- Kollegialer Austausch zur Verbesserung der Versorgung an Brustkrebs erkrankter Frauen
- Schwerpunkt ist Diskussion und Auswertung der erhobenen Daten zu versorgungsrelevanten Fragen

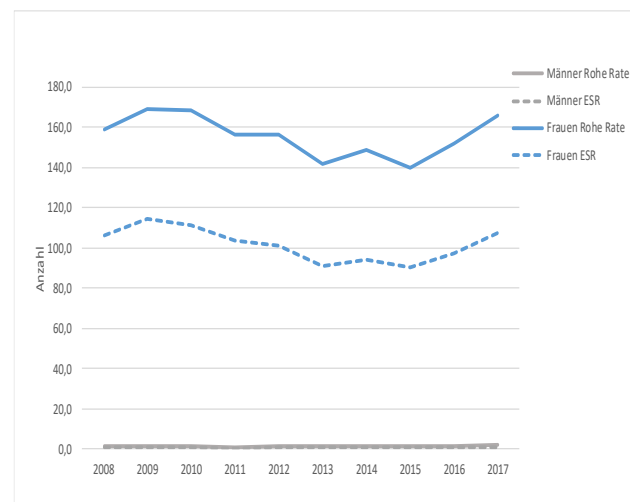
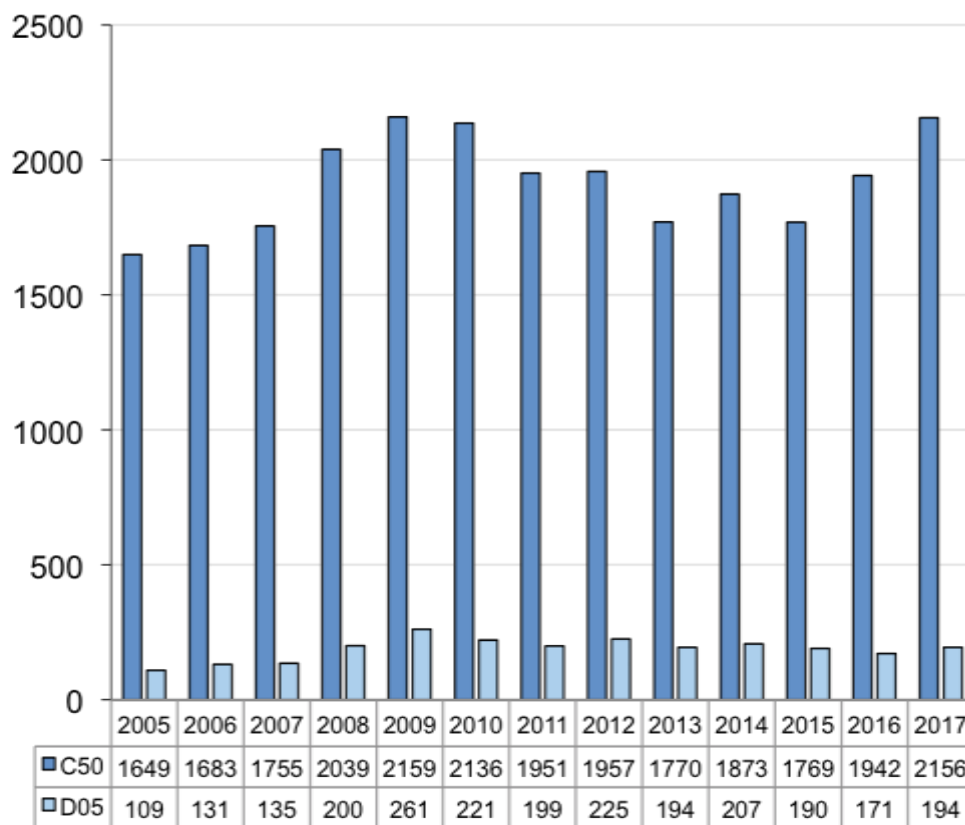
Exemplarische Auswertung

- Frage: „Antihormonelle Therapie der Jahre 2005-2017“
- Auswertung durchgeführt von Frau Dr. Schneider
- Diskussion der vorgestellten Ergebnisse in der Projektgruppe mit dem Klin. Krebsregister mit dem Fokus
 - Internationale Daten und Vergleichbarkeit
 - Leitlinienadhärenz
 - Behandlungsrealität abbilden

Ergebnisse

- Vorstellung folgender Ergebnisse
 - Neuerkrankungen und DCIS, Zahlen
 - Behandlungsort Brandenburg-Berlin
 - TNM Stadien
 - Hormonrezeptoren
 - Hormontherapien, Verteilung Tam, AH, Sequenz
 - Zeitverlauf und Beginn als Spiegel der Leitlinien
 - Altersverteilung

Neuerkrankungen Mammakarzinom und in situ-Karzinome (C50/D05)



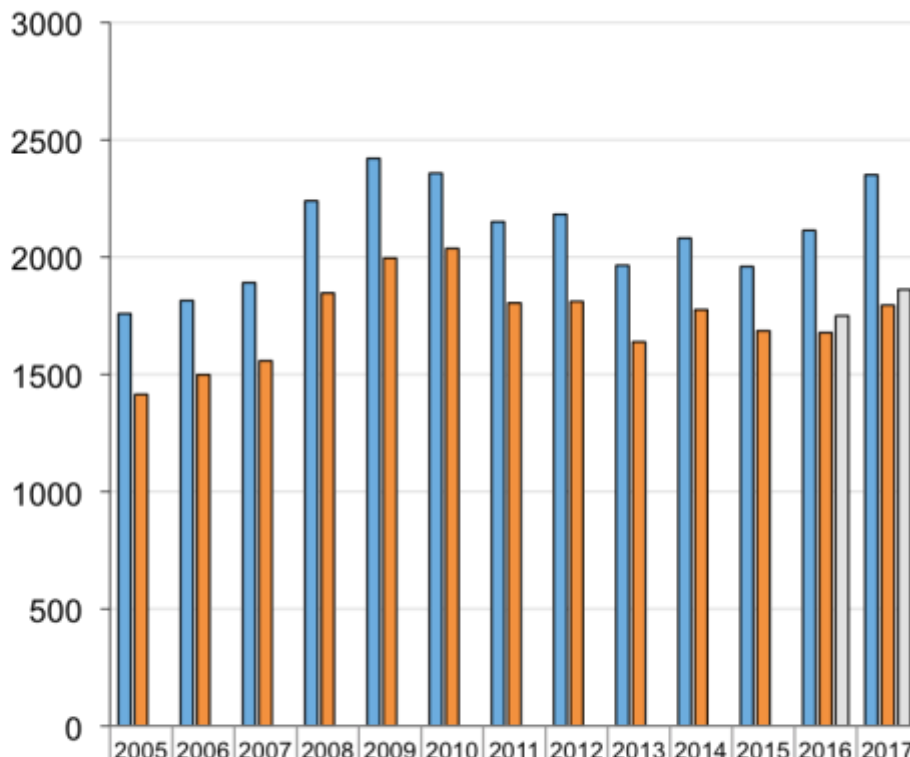
Neuerkrankungen Mammakarzinom und in situ-Karzinome (C50/D05)

Wohnort Brandenburg:
n=27.276

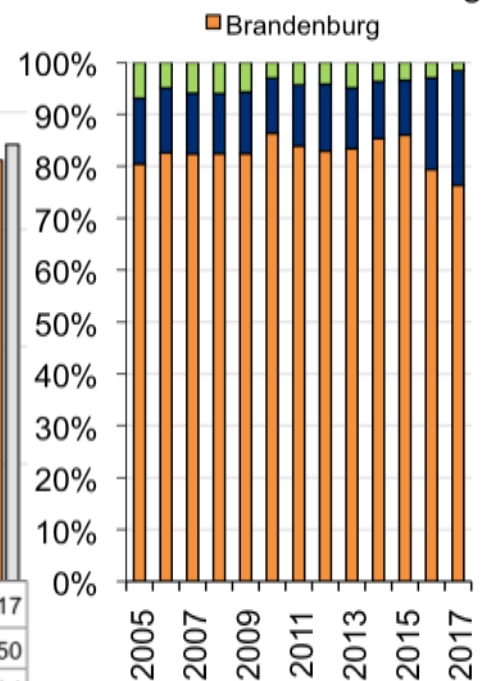
Behandlungs- und
Wohnort Brandenburg
n=22.539 (82,6 %)

Behandlungsort =
Operation in
Brandenburg,
bei nicht operierten
Fällen Diagnose in
Brandenburg

2017:
Behandlung in Brbg.:
76,3 %
Behandlung in Berlin:
22,1 %
Behandlung andernorts:
1,6 %

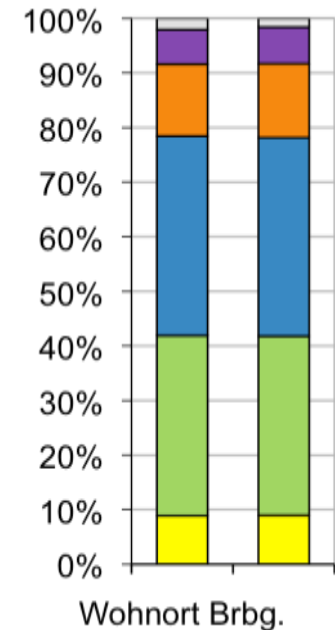
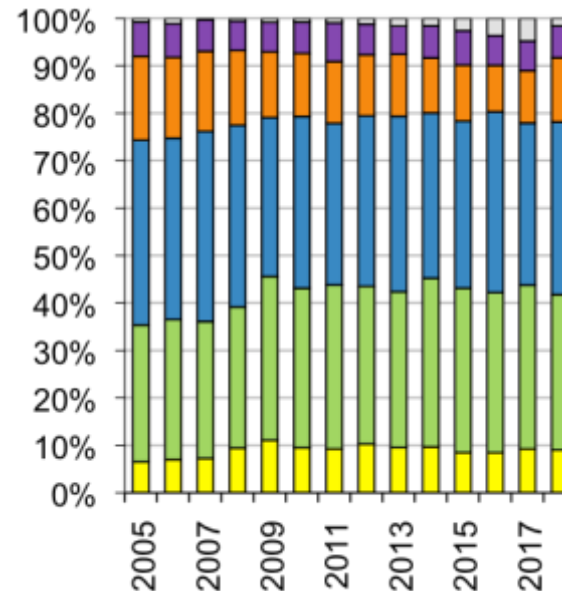
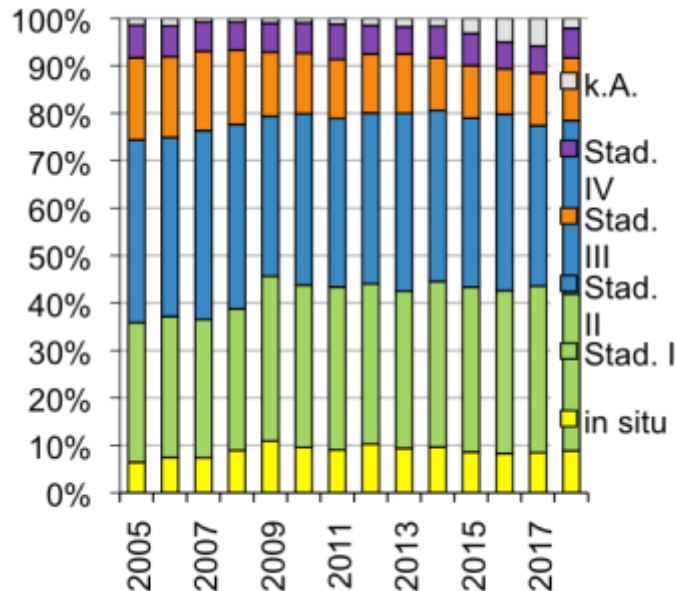


Behandlungsort bei
Wohnort Brandenburg



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
■ Wohnort Brbg.	1758	1814	1890	2239	2420	2357	2150	2182	1964	2080	1959	2113	2350
■ Wohnort und Behandlung Brbg.	1414	1498	1557	1846	1995	2036	1804	1810	1638	1775	1685	1677	1794
■ Behandlungsort Brbg.												1749	1861

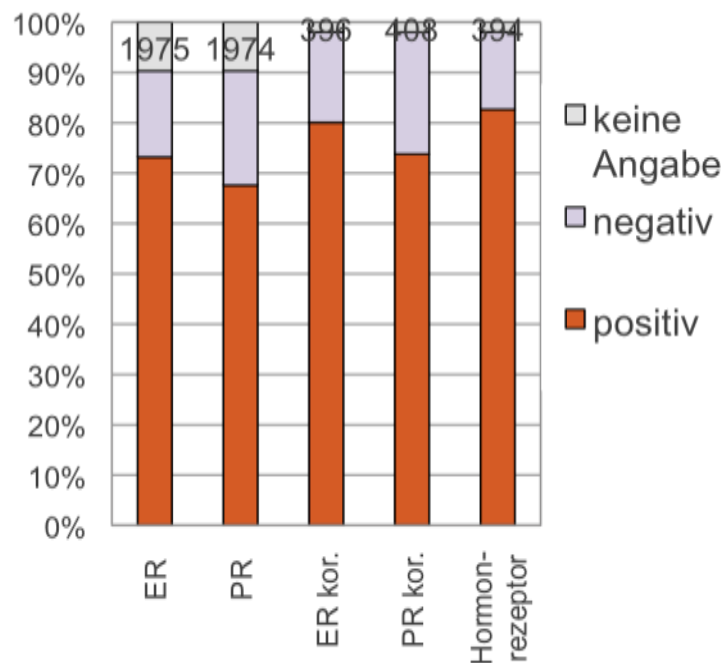
Invasive Mammakarzinome und in-situ Karzinome - TNM-Stadien



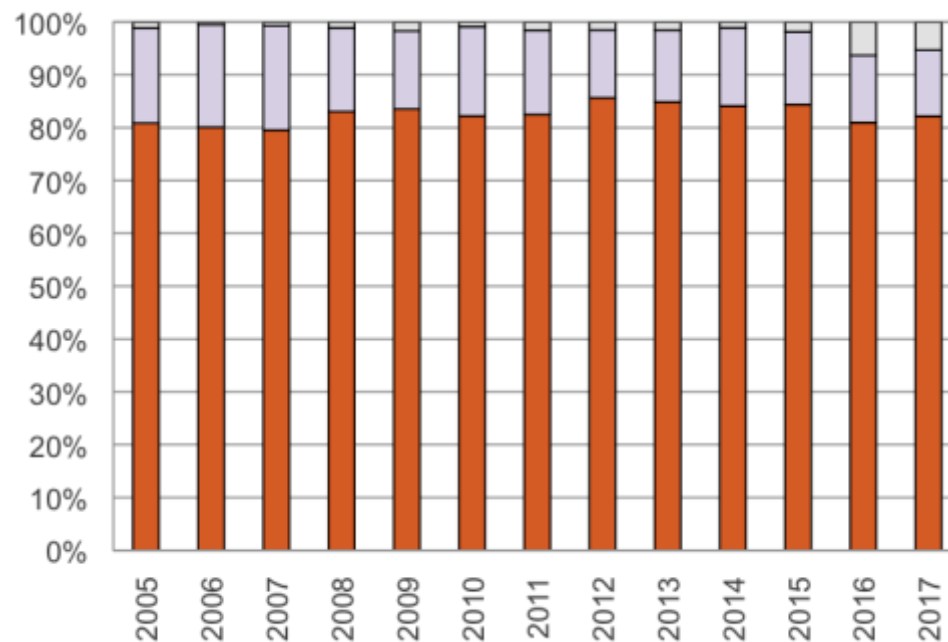
Wohnort Brandenburg,
Mammakarzinome und in situ-Karzinome,
Diagnosejahre 2005-2017, n=27.276

Wohn- und Behandlungsort Brandenburg,
Mammakarzinome und in situ-Karzinome,
Diagnosejahre 2005-2017, n=22.529

Hormonrezeptor

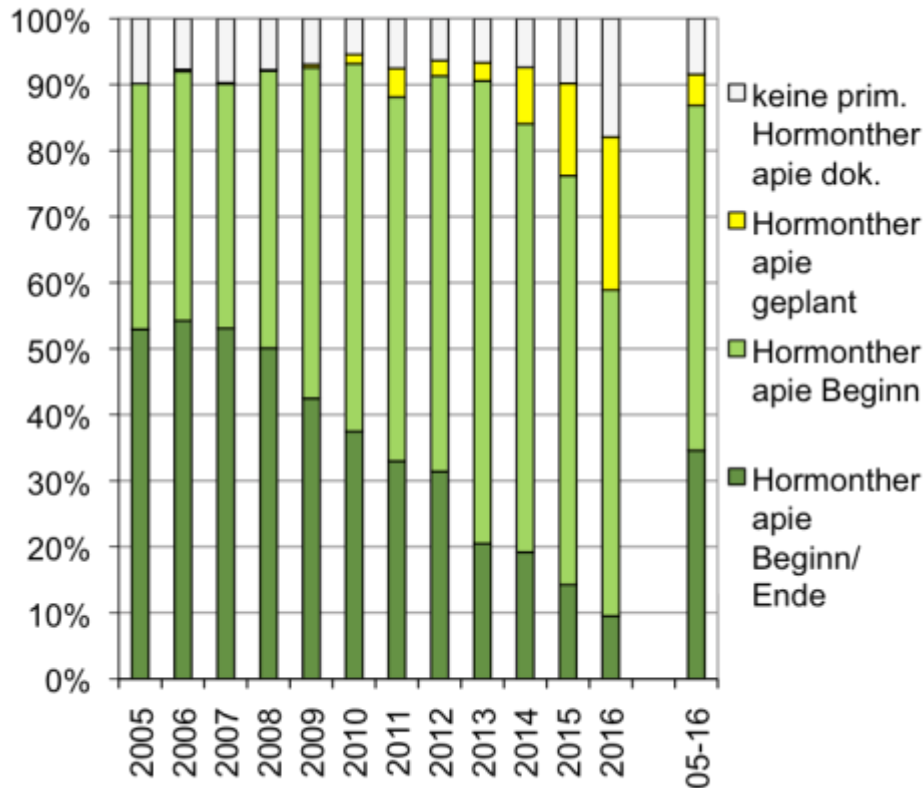


Hormonrezeptoren, roh und unter Einbeziehung aller Angaben, invasive Mammakarzinome, Diagnosejahre 2005-2017, n=20.415
2005-2017: keine Angabe: n=394 (1,9 %)

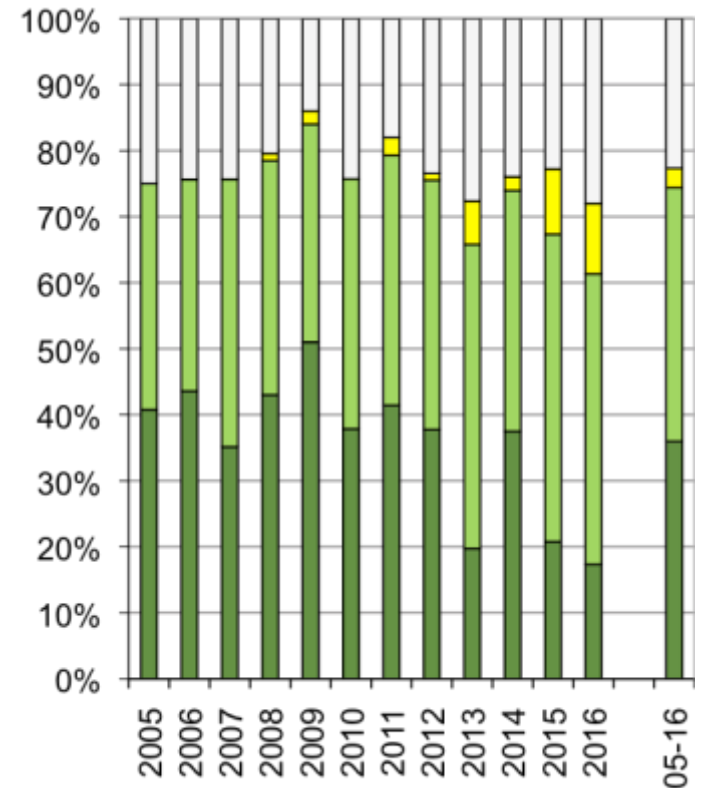


Hormonrezeptoren
invasive Mammakarzinome,
Diagnosejahre 2005-2017, n=20.415
2016-2017: keine Angabe: n=182 (5,8 %)

Hormontherapie bei hormonrezeptorpositiven Mammakarzinomen 2005-2016



Stad. I – III,
hormonrezeptorpositive Mammakarzinome,
Diagnosejahre 2005-2016, n=14.308



Stad. IV,
hormonrezeptorpositive Mammakarzinome,
Diagnosejahre 2005-2016, n=1.081

Anteil M1 unter hormonrezeptorpos. Karz: 6,95 %

Antihormonelle Therapie erfolgt / begonnen, 1. Substanz

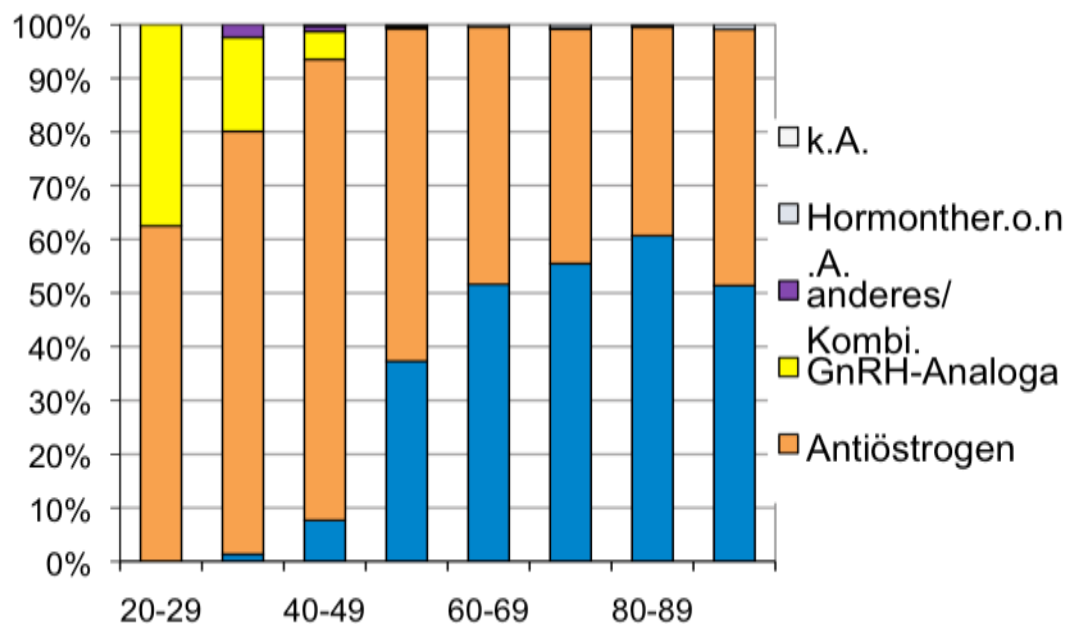
	Anzahl	Prozent		Anzahl	Prozent
Aromatasehemmer	5312	42,8	Anastrozol	2229	17,9
			Letrozol	2805	22,6
			Exemestanon	225	1,8
			AI o.n.A.	53	0,4
Antiöstrogen	6872	55,3	Tamoxifen	6865	55,3
			Fulvestrant	6	0,0
			Raloxifen	1	0,0
GnRH-Analoga	153	1,2			
anderes/Kombi.	30	0,2			
Hormonther. o.n.A.	56	0,5			
Gesamt	12423	100			

Stad. I – III, hormonrezeptorpositive Mammakarzinome mit Hormontherapie, Diagnosejahre 2005-2016, n=12.423

	Anzahl	Prozent		Anzahl	Prozent
Aromatasehemmer	598	74,4	Anastrozol	177	22,0
			Letrozol	378	47,0
			Exemestanon	37	4,6
			AI o.n.A.	6	0,7
Antiöstrogen	190	23,6	Tamoxifen	167	20,8
			Fulvestrant	23	2,9
			Raloxifen	0	0
GnRH-Analoga	7	0,9			
anderes/Kombi.	6	0,7			
Hormonther. o.n.A.	3	0,4			
Gesamt	804	100			

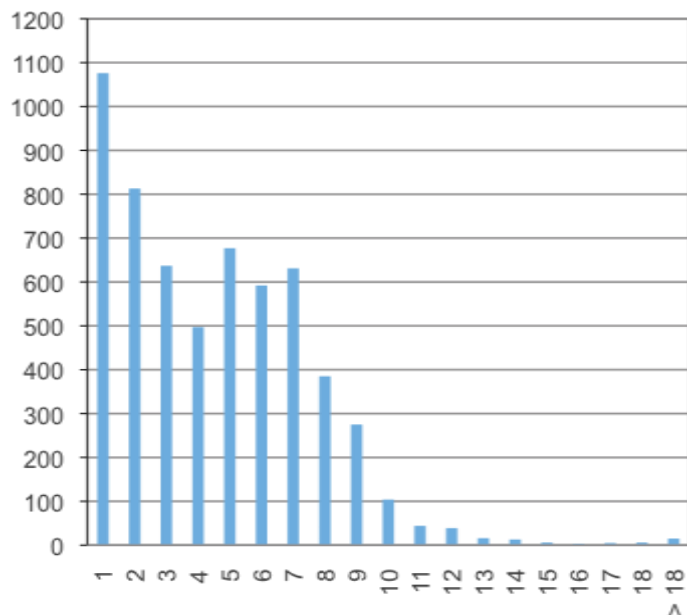
Stad. IV, hormonrezeptorpositive Mammakarzinome mit Hormontherapie, Diagnosejahre 2005-2016, n=804

Antihormonelle Therapie erfolgt / begonnen, 1. Substanz - nach Altersgruppen

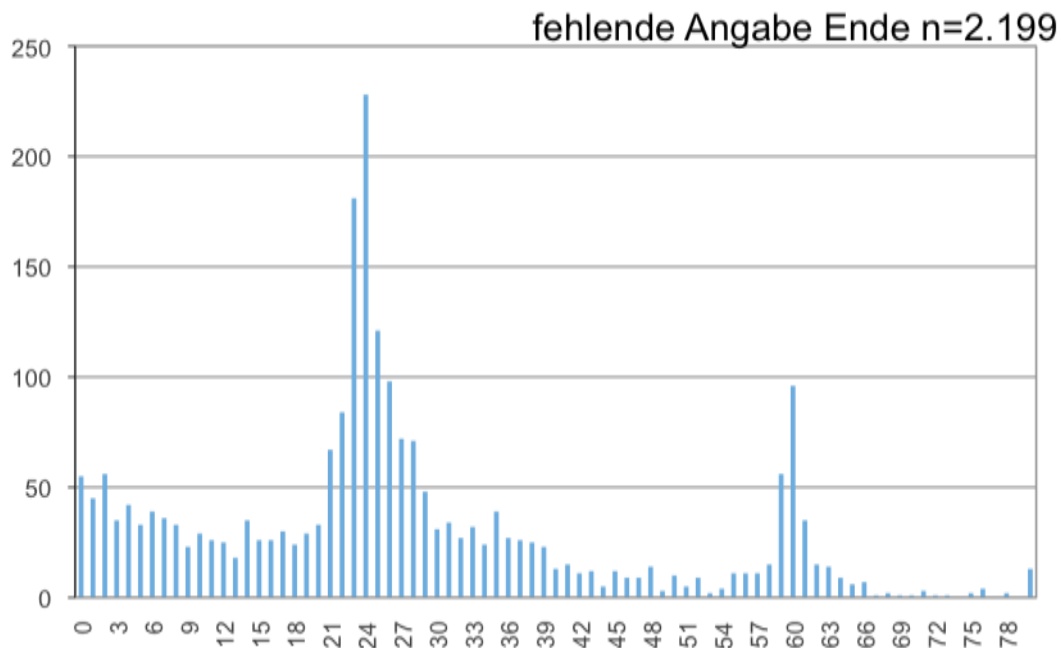


Stad. I – III,
hormonrezeptorpositive Mammakarzinome
mit Hormontherapie,
Diagnosejahre 2005-2016, **n=12.423**

Beginn der antihormonellen Therapie mit Tamoxifen – Beginn und Dauer

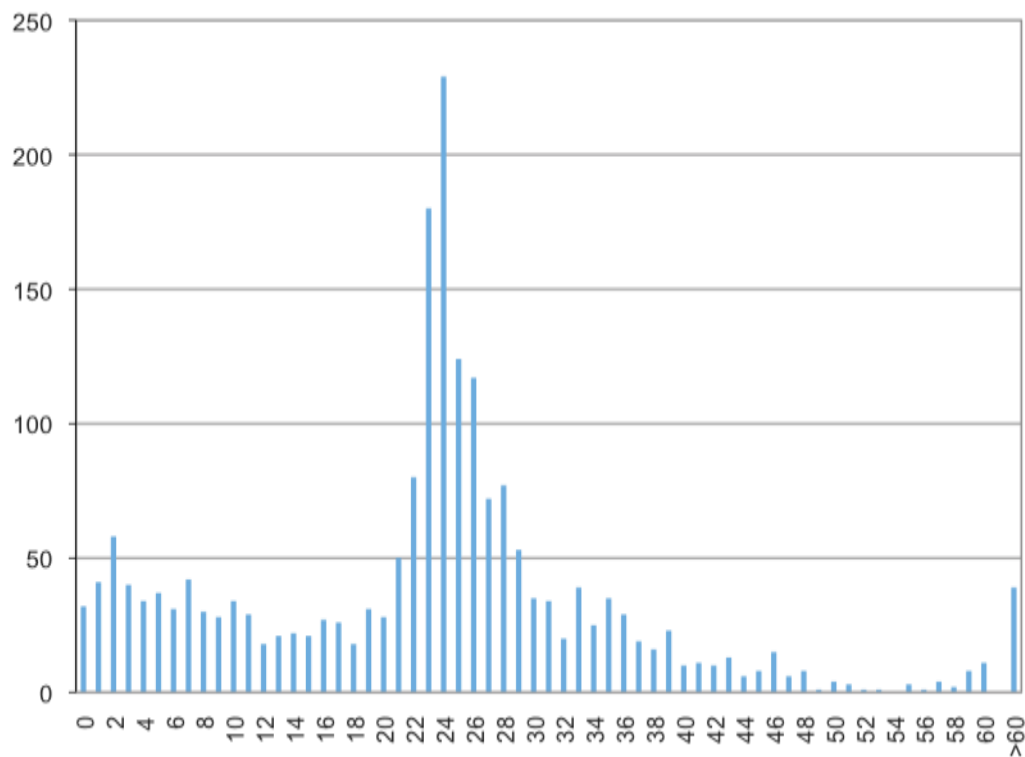


1. Antihormonelle Therapie mit Tamoxifen,
Beginn nach Diagnose in Monaten,
Stad. I-III, Diagnosejahre 2005-2016, n=6.865
(Tamoxifen zuerst: 6.865 von 12.423 -> 55,3 %)



1. Antihormonelle Therapie mit Tamoxifen,
Dauer der Tamoxifen Therapie in Monaten,
Stad. I-III, Diagnosejahre 2005-2012, n=2.406
(Angabe Ende vorhanden: 2.406 von 4.605 -> 52,2 %)

1. Antihormonelle Therapie mit Tamoxifen, 2. Therapie Aromatasehemmer



Beginn bis 20 Monate nach Beginn
Tamoxifen: 648 von 2.070 ->
31 %

Beginn 21-30 Monate nach Beginn
Tamoxifen: 1.017 von 2.070 ->
49 %

Beginn 31-40 Monate nach Beginn
Tamoxifen: 250 von 2.070 ->
12 %

Beginn \geq 41 Monate nach Beginn
Tamoxifen: 144 von 2.070 ->
7 %

**Therapiebeginn Aromatasehemmer
in Monaten nach Therapiebeginn Tamoxifen,
Stad. I-III, Diagnosejahre 2005-2016, n=2.070**

Diskussion

- Internat. Daten und Vergleichbarkeit gut
- Leitlinienadhärenz ist gut und sichtbar
- Behandlungsrealität lässt sich abbilden

Diskussion

- Probleme und Limitierungen
 - Schnelligkeit des medizinischen Fortschrittes erfassen
 - neue pathologische Parameter dokumentieren
 - Personalisierte Therapie ablichten
 - ADT-Basisdatensatz – neue Daten ermöglichen

Zusammenfassung

- klin. Krebsregister liefert hohe Datenqualität
- Qualität der Versorgung ist transparent zu zeigen
- Über - und Untertherapie aufzeigen
- Möglichkeit in strukturierten Dialog zu treten ist gegeben
- Datenbasis für eine Versorgungsforschung zu Fragen der evidenzbasierten Therapie existiert damit

Zusammenfassung

- interdisziplinäre, direkt patientenbezogenen Zusammenarbeit regional ist sinnvoll
- Bereitstellung notwendiger Daten zur Herstellung von Versorgungstransparenz und zu Zwecken der Versorgungsforschung ist notwendig

Wünsche aus ärztlicher Sicht

- ausreichende Ressourcen für klin. Krebsregister
 - um über die reine Datendokumentation hinaus zu arbeiten
 - unabhängige Datengenerierung zu gewährleisten
 - Kontinuität und Transparenz aufrecht zu erhalten
 - schnelle und flexiblere Datensätze um Fortschritt zu erfassen (ADT-Basisdatensatz)
- ➔ die Behandlungsqualität der Patientinnen zu erhöhen!

12.12.2018
Qualitätskonferenz
Klinisches Krebsregister Brandenburg-Berlin

Danke

PD Dr. Christiane Richter- Ehrenstein
Brustzentrum
Perinatalzentrum Level 1
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Klinikum Frankfurt (Oder)

