

Entitätenspezifische Qualitätskonferenz des KKRBB zum Mammakarzinom

16. September 2026
16:00 - 18:00 Uhr
Onlineveranstaltung



Programm

Wissenschaftliche Leitung und Moderation: Prof. Dr. med. Michael Untch

16:00 Uhr	Begrüßung und Einführung
16:05 Uhr	Informationen aus der Datenerfassung des Krebsregisters Brandenburg-Berlin Daniela Schlichting Klinisch-epidemiologisches Krebsregister Brandenburg-Berlin
16:15 Uhr	Daten des Krebsregisters Brandenburg-Berlin zum Mammakarzinom Dr. med. Constanze Schneider Klinisch-epidemiologisches Krebsregister Brandenburg-Berlin
16:45 Uhr	Behandlung der Axilla beim Mammakarzinom: Evidenz, Umsetzung und gesundheitspolitische Herausforderungen Prof. Dr. med. Dorothea Fischer Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH Potsdam
17:15 Uhr	Von der Leitlinie zur Praxis: Therapiestandards beim Mammakarzinom Prof. Dr. med. Michael Untch Helios Klinikum Berlin-Buch, Medical School Berlin
17:45 Uhr	Schlussworte

Programmänderungen vorbehalten

Auswertung zur Therapie des Mammakarzinoms für die Qualitätskonferenz Mammakarzinom am 16.09.2026

Schwerpunkt: Systemtherapie; Anfragersteller: Herr Prof. Untch

2026

Berichtszeitraum 2020-2024



vom

**Klinisch-Epidemiologisches Krebsregister
Brandenburg-Berlin**

Rückfragen an

Dr. P.H. Anne von Rüsten

• Telefon: 030 21993 242 • Mobil: 0151 657 12 916 • E-Mail: Anne.vonRuesten@kkrrbb.de

Fachbereich Auswertung und Datennutzung

Leitung: Dr. Constanze Schneider

• Telefon: 0335 49493 401 • Mobil: 0171 832 70 62 • E-Mail: Constanze.Schneider@kkrrbb.de

Prädiktive Pathologie der endokrinen Responsivität

© AGO e. V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Guidelines Breast
Version 2026.1D

- Immunhistochemische Detektion des Östrogen- und Progesteronrezeptors am Paraffinschnitt mit Angabe des Prozentsatzes positiver Tumorzellkerne (ER positiv bei $\geq 1\%$; niedrig positiv bei $\geq 1\%$ bis 10% , PR positiv bei $\geq 10\%$)
- Nachweis endokriner Responsivität durch Ki-67 Abfall auf $\leq 10\%$ nach 2-4 wöchiger präoperativer endokriner Therapie bei Erstdiagnose
- Nachweis sekundärer (unter endokriner Therapie erworbener) endokriner Resistenz durch Untersuchung der aktivierenden *ESR1* Mutation in der Liquid Biopsy oder den Metastasen

Oxford		
LoE	GR	AGO
1a	A	++
1b	A	+
1b	A	+

2.1.Neoadjuvante endokrine Therapie

2.1.1 Wie häufig wird die neoadjuvante 2-4 Wochen dauernde endokrine Therapie bei HR pos, Her 2 neg Patientinnen mit 0 befallenen LK durchgeführt?

Stichprobenumfang in Abbildung 2.1: n = 15582

Eine adjuvante Hormontherapie wurde bei nur 36% dieser Fälle gemeldet. Der relative Anteil an Hormontherapie ist daher wahrscheinlich unterschätzt.

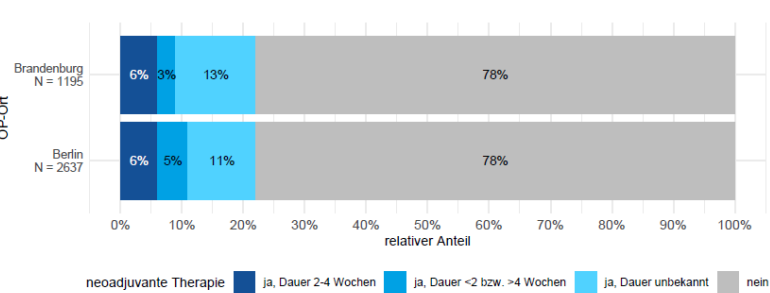
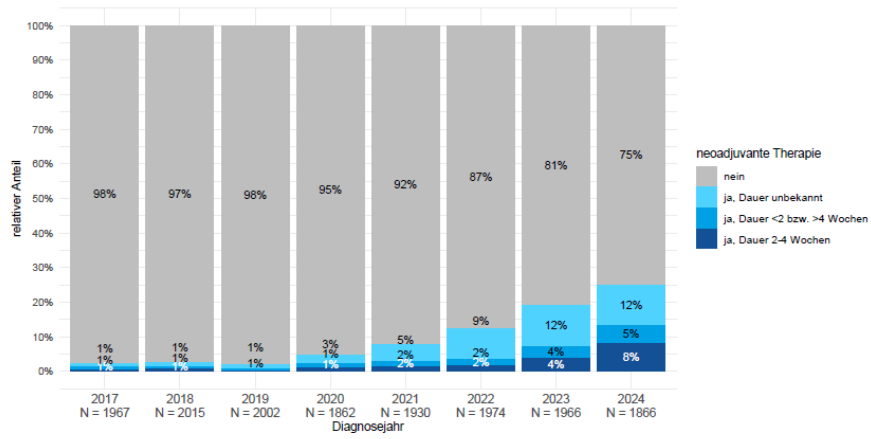


Abbildung 2.2: neoadjuvante endokrine Therapie 2-4 Wochen, HR pos., Her 2 negatives Mammakarzinom (exklusive M1), 0 befallene Lymphknoten, nach OP-Ort Brandenburg vs. Berlin, Diagnosejahre 2023-2024

2.1.2 Wie häufig wird die neoadjuvante 2-4 Wochen dauernde endokrine Therapie bei HR pos, Her 2 neg Patientinnen mit 1-3 befallenen LK durchgeführt?

Stichprobenumfang in Abbildung 2.3: n = 5494

Eine adjuvante Hormontherapie wurde bei nur 39% dieser Fälle gemeldet. Der relative Anteil an Hormontherapie ist daher wahrscheinlich unterschätzt.

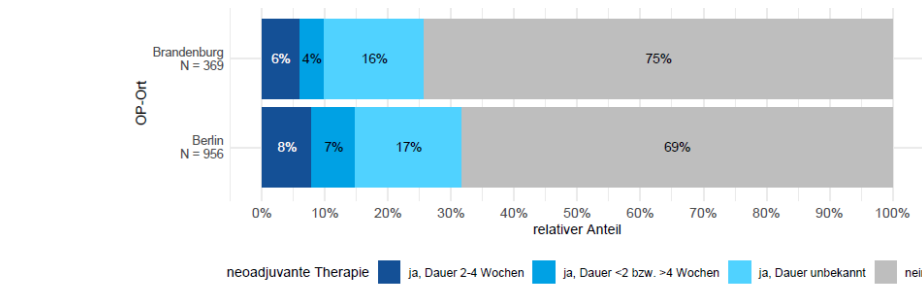
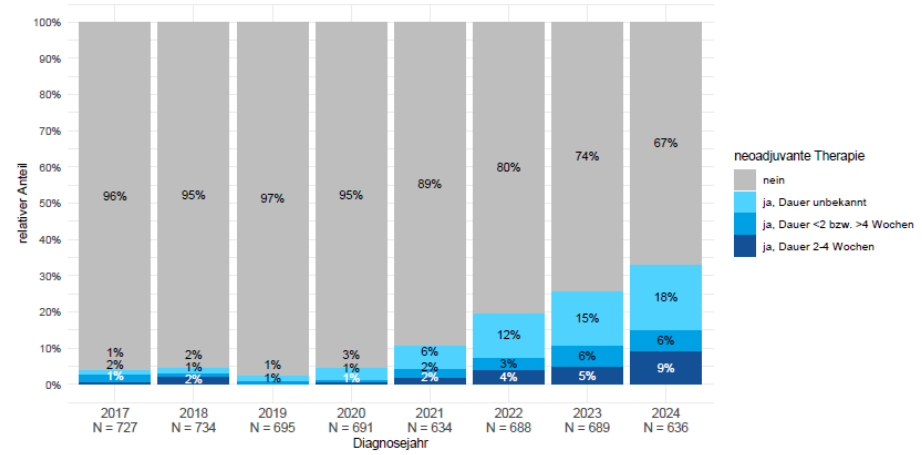


Abbildung 2.4: neoadjuvante endokrine Therapie 2-4 Wochen, HR pos., Her 2 negatives Mammakarzinom (exklusive M1), 1-3 befallene Lymphknoten, nach OP-Ort Brandenburg vs. Berlin, Diagnosejahre 2023-2024

Adjuvante endokrine Therapie bei prämenopausalen Patientinnen (Jahr 1-5)

© AGO e. V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Guidelines Breast
Version 2026.1D

Oxford		
LoE	GR	AGO
1a	A	++
1a	A	++
1a	A	++
1a	B	+

■ Niedriges Rezidivrisiko:

- Tamoxifen für 5 Jahre

■ Erhöhtes Rezidivrisiko:

- OFS 2-5 Jahre* + Tamoxifen für 5 Jahre
- OFS[#] + AI für 5 Jahre

■ GnRHa Monotherapie

(Bei relevanten Kontraindikationen für Tam, gegenüber keiner Therapie)

OFS: Ovarialfunktions-Suppression;

* Behandlung nur solange sie tolerabel ist und die Pat. eindeutig prämenopausal ist.

Bei Z. n. Chemotherapie bei Wiedereintritt der Ovarialfunktion innerhalb von 24 Monaten

Die Applikation einer Chemotherapie war in den Studien ein Surrogatmarker für hohes Rezidivrisiko.

AI NUR in Kombination mit OFS bei prämenopausalen Patientinnen.

2.2.1 Wie wurde die endokrine Therapie bei unter 50 Jahren durchgeführt? Tam alleine? Tam plus GnRH? AI plus GnRH?

Stichprobenumfang in *Abbildung 2.5*: n = 2496

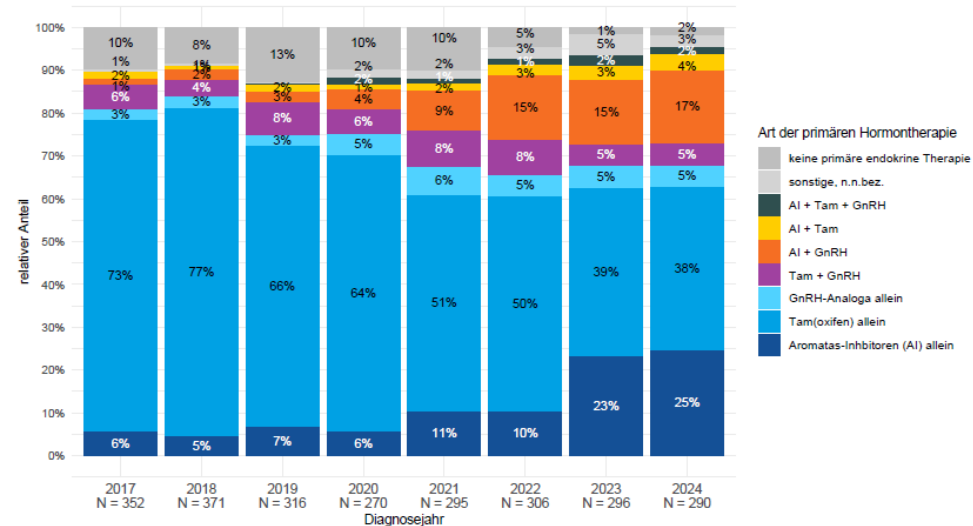


Abbildung 2.5: Art der primären antihormonellen Therapie, invasives hormonrezeptorpositives Mammarkarzinom, Frauen <50 Jahre im zeitlichen Trend, Ort der endokrinen Therapie Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2017-2024

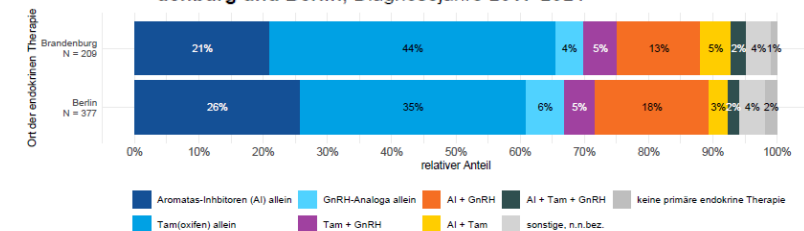


Abbildung 2.6: Art der primären antihormonellen Therapie, invasives hormonrezeptorpositives Mammarkarzinom, Frauen <50 Jahre, nach Ort der endokrinen Therapie Brandenburg vs. Berlin, Diagnosejahre 2023-2024

2.2.2 Wie häufig werden GnRH Analoga empfohlen ?

Vorbemerkung: Die Empfehlung einer Therapie ist nicht Bestandteil des bundesweit einheitlichen onkologischen Basisdatensatzes (Vgl. <https://www.basisdatensatz.de/basisdatensatz/>). Stattdessen sind in der nachfolgenden Auswertung alle tatsächlich stattgefundenen und beim KKRBB dokumentierten Therapien mit GnRH Analoga berücksichtigt.

Stichprobenumfang in *Abbildung 2.7*: n = 2496

In Analogie zur vorherigen Fragestellung erfolgte hierbei eine Eingrenzung auf Fälle mit Hormontherapie. Sollte ein anderer Bezug gewünscht sein, z.B. alle Fälle mit Wohnsitz in Brandenburg bzw. Berlin, lässt sich die Auswertung entsprechend anpassen.

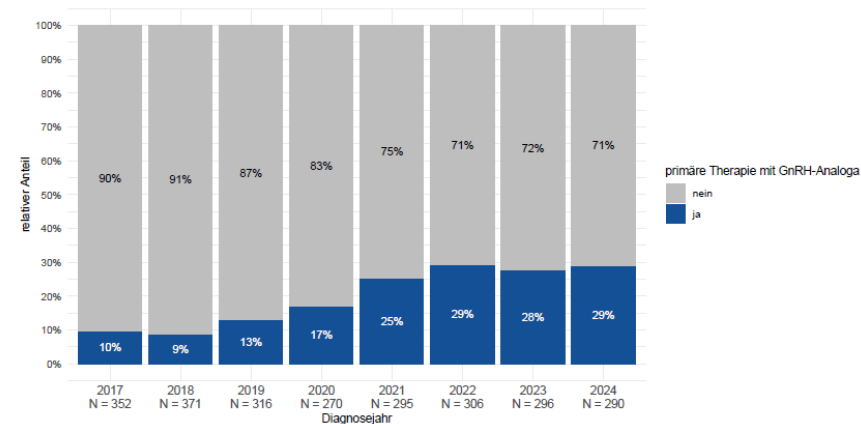
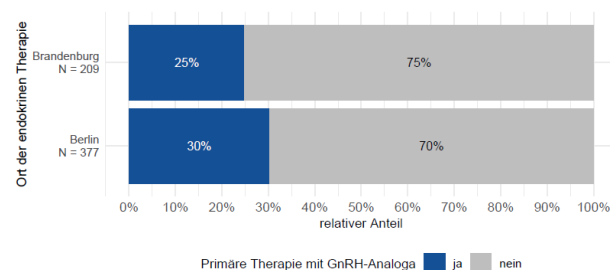


Abbildung 2.7: GnRH-Analoga-Therapie, invasives hormonrezeptorpositives Mammarkarzinom, Frauen <50 Jahre im zeitlichen Trend, Ort der endokrinen Therapie Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2017-2024



2.3.1 Wie häufig wird die endokrine Therapie empfohlen bei: ER und PR beide unter 10%

Vorbemerkung: Die Empfehlung einer endokrinen Therapie ist nicht Bestandteil des bundesweit einheitlichen onkologischen Basisdatensatzes (Vgl. <https://www.basisdatensatz.de/basisdatensatz>). Stattdessen sind in der nachfolgenden Auswertung alle tatsächlich stattgefundenen und beim KKRBB dokumentierten endokrinen Therapien berücksichtigt.

Stichprobenumfang in Abbildung 2.10: **n = 36542**

Innerhalb dieser Stichprobe wurden anhand unserer Daten nur **n = 580** bzw. **n = 2%** als schwach positiv klassifiziert (Vgl. Abbildung 2.10 bzw. Tabelle 2.1)

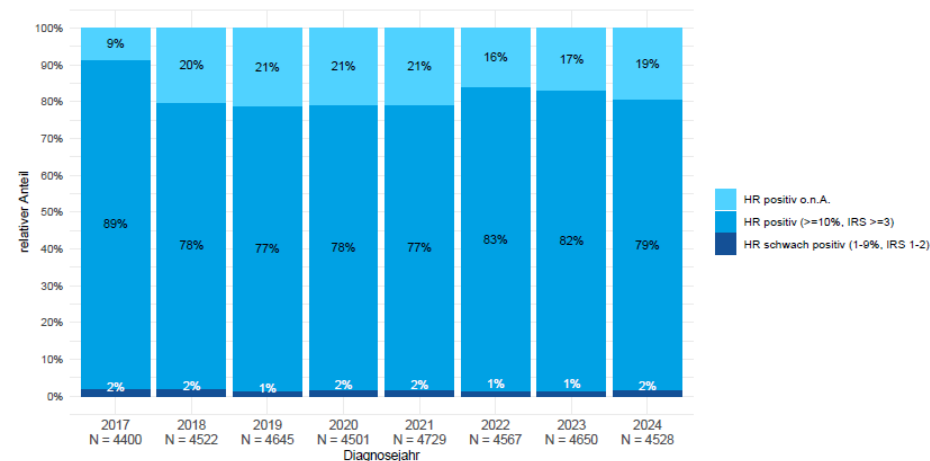


Abbildung 2.10: Hormonrezeptor differenziert, invasives hormonrezeptorpositives Mammakarzinom im zeitlichen Trend, Wohnort Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2017-2024

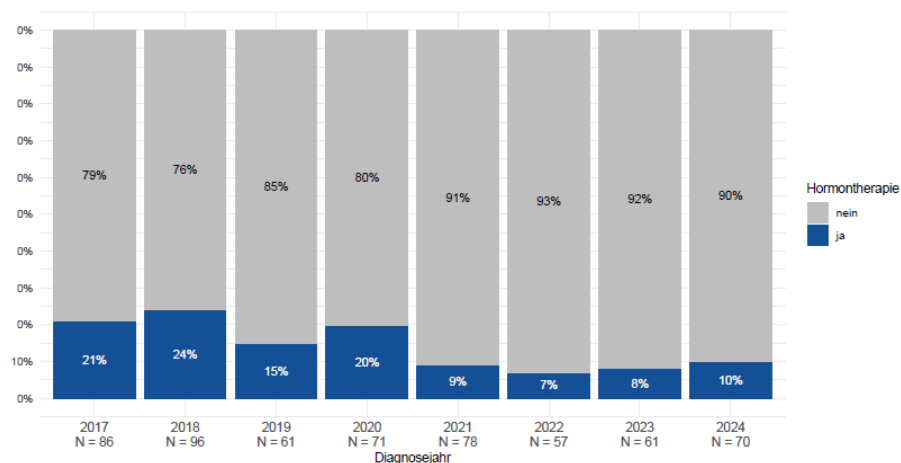


Abbildung 2.11: Anteil endokrine Therapie, schwach hormonrezeptorpositives (ER und PR <10%) Mammakarzinom im zeitlichen Trend, Wohnort Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2017-2024

2.4.1 Wie lange wird die adjuvante endokrine Therapie verabreicht? Wie lange wird die adjuvante endokrine Therapie verabreicht: Bei nodalnegativen Patientinnen 5 Jahre oder kürzer? Bei nodalpositiven Patientinnen länger als 5 Jahre? Bei nodalpositiven Patientinnen länger als 7 Jahre?

Vorbemerkung: Eingrenzung auf frühere Diagnosejahre (2010-2017), damit abgeschlossenen Langzeittherapien auch abbildbar und Bundesland Brandenburg, da Diagnose vor 2017 nur für Patienten aus Brandenburg erfasst

Stichprobenumfang in *Abbildung 2.12*: **n = 1149**

Die Darstellung bezieht sich auf das Zeitintervall zwischen Beginn der ersten und Ende der letzten Hormontherapie (bei Fällen mit bekanntem Therapie-Ende) bei operierten Fällen ohne M1 und ohne Rezi-div/Progress/Sterbedatum innerhalb von 7 Jahren nach Diagnose.

Dauer der adjuvanten endokrinen Therapie

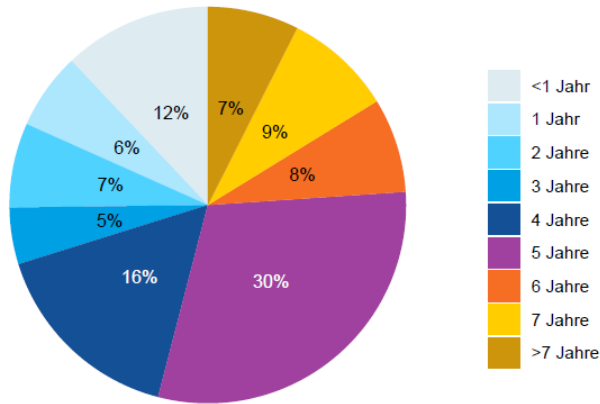


Abbildung 2.12: Dauer der adjuvanten endokrinen Therapie (exkl. Fälle mit unbekannter Dauer), invasives hormonrezeptorpositives Mammakarzinom, ohne M1, ohne Rezi-div-/Progress-/Sterbe-Ereignis innerhalb von 7 Jahren, OP-Land Brandenburg, Diagnosejahre 2010-2017

Dauer der adjuvanten endokrinen Therapie

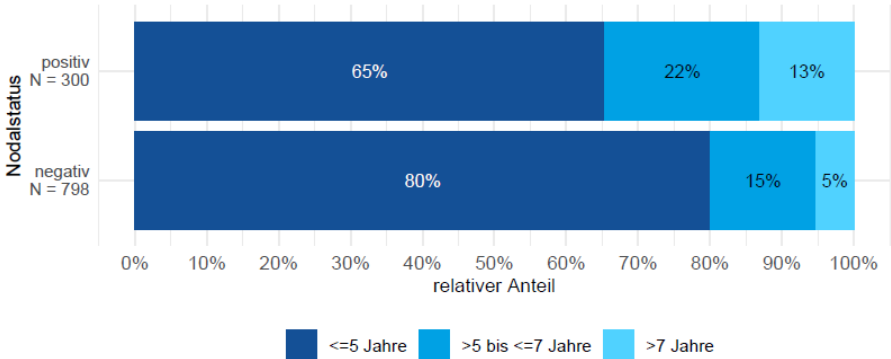


Abbildung 2.13: Dauer der adjuvanten endokrinen Therapie (exkl. Fälle mit unbekannter Dauer und unbekanntem Nodalstatus), invasives hormonrezeptorpositives Mammakarzinom, ohne M1, Rezi-div-/Progress-/Sterbe-Ereignis innerhalb von 7 Jahren, in Abhängigkeit vom Nodalstatus, OP-Land Brandenburg, Diagnosejahre 2010-2017

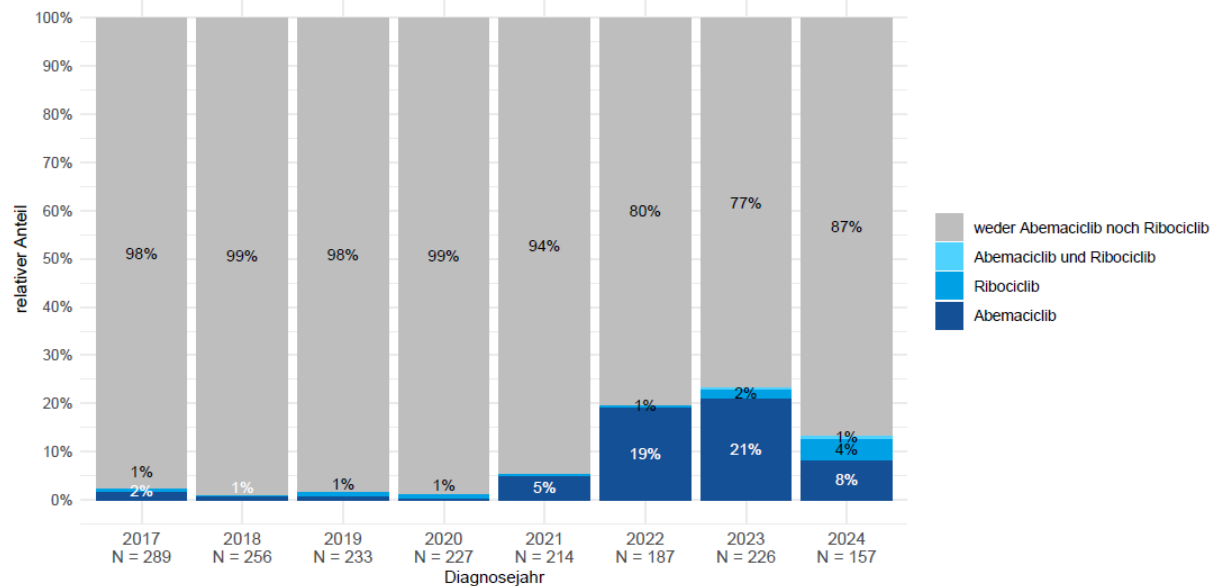


Abbildung 2.14: adjuvante Therapie mit Abemaciclib vs. Ribociclib, Mammakarzinom HR+ (exklusive M1), ≥ 4 befallene Lymphknoten im zeitlichen Trend, OP-Ort Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2017-2024

Zulassung Abemaciclib adjuvant April 2022
Zulassung Ribociclib adjuvant November 2024

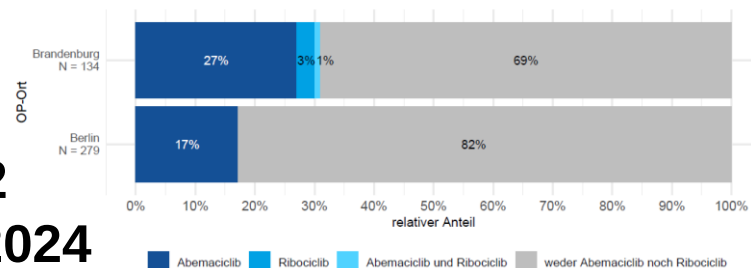


Abbildung 2.15: adjuvante Therapie mit Abemaciclib vs. Ribociclib, Mammakarzinom HR+ (exklusive M1), ≥ 4 befallene Lymphknoten, nach OP-Ort Brandenburg vs. Berlin, Diagnosejahre 2022-2023

2.5.2 Wie häufig wurde Abemaciclib versus Ribociclib verordnet bei 1-3 befallenen LK mit G3 oder T 3 (nach primärer Operation und adjuvanter Chemo bzw nach neoadjuvanter Chemo, gefolgt von Operation)?

Stichprobenumfang in *Abbildung 2.16*: n = 1584

Zulassung Abemaciclib adjuvant April 2022
Zulassung Ribociclib adjuvant November 2024

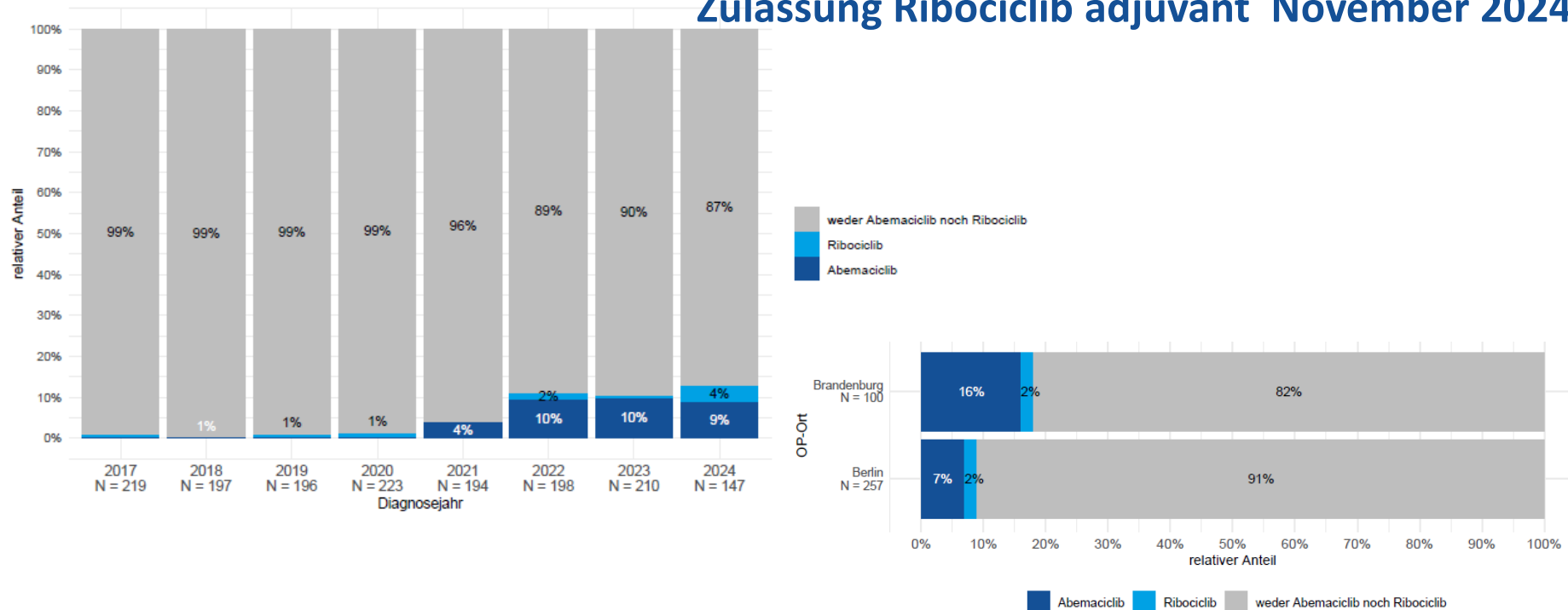


Abbildung 2.17: adjuvante Therapie mit Abemaciclib vs. Ribociclib, Mammakarzinom HR+ (exklusive M1), 1-3 befallene Lymphknoten mit G3 oder T3, nach OP-Ort Brandenburg vs. Berlin, Diagnosejahre 2023-2024

2.5.3 Wie häufig wurde bei 1-3 befallenen LK mit T1 oder T2, jedes Grading Ribociclib adjuvant verordnet?

Stichprobenumfang in *Abbildung 2.18*: n = 5255

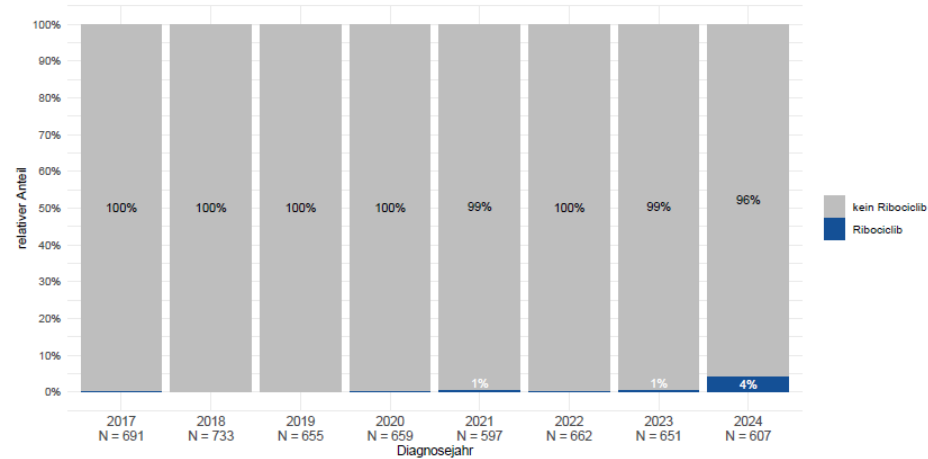


Abbildung 2.18: Anteil adjuvante Therapie mit Ribociclib, Mammakarzinom HR+ (exklusive M1), 1-3 befallene Lymphknoten mit T1 oder T2 im zeitlichen Trend, OP-Ort Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2017-2024

Zulassung Abemaciclib adjuvant April 2022
Zulassung Ribociclib adjuvant November 2024

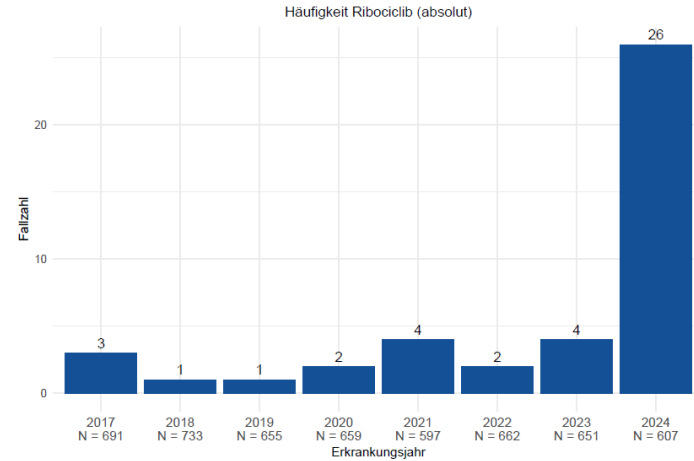


Abbildung 2.19: Anzahl adjuvante Therapie mit Ribociclib, Mammakarzinom HR+ (exklusive M1), 1-3 befallene Lymphknoten mit T1 oder T2 im zeitlichen Trend, OP-Ort Brandenburg und Berlin

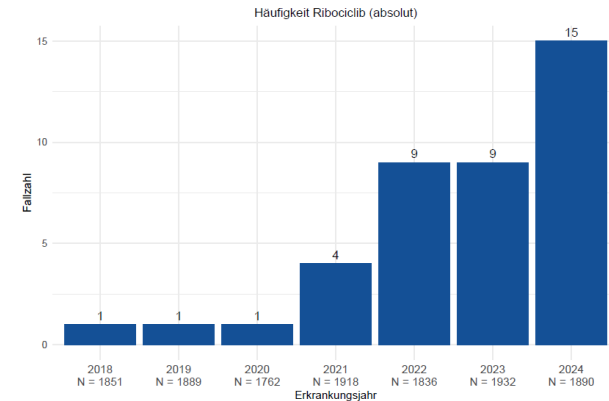


Abbildung 2.22: adjuvante Therapie mit Ribociclib, Mammakarzinom HR+ (exklusive M1), N0, jedes T, G2 oder G3 im zeitlichen Trend, OP-Ort Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2017-2024

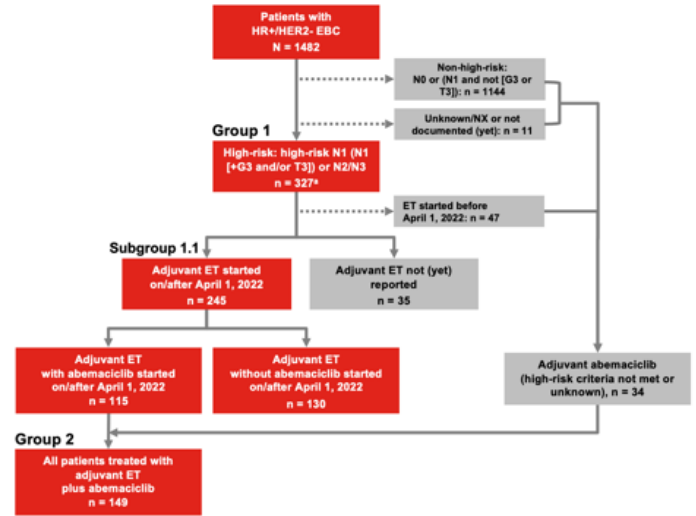
Real-world (RW) Use of Abemaciclib in Patients (pts) with HR+ HER2- Early Breast Cancer (EBC) and High Risk of Recurrence: Data from the German OPAL Registry

Matthias Zaiss¹, Thomas Decker², Henning Pelz³, Verena Wolf⁴, Agnieszka Korfel⁴, Lisa Kruggel⁵, Kai Ringwald⁵, Katja Gratzke⁵

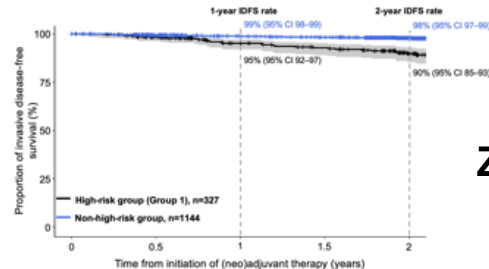
¹Praxis für Interdisziplinäre Onkologie & Hämatologie GbR, Freiburg, Germany; ²MVZ für Hämatologie und Onkologie Ravensburg GmbH, Ravensburg, Germany; ³Onkologie Offenburg, Offenburg, Germany; ⁴Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg vor der Höhe, Germany; ⁵OMEDICO AG, Freiburg, Germany



Sponsored by Eli Lilly and Company



RESULTS: IDFS in all high-risk (group 1^a) and non-high-risk patients



The 2-year IDFS rate was:

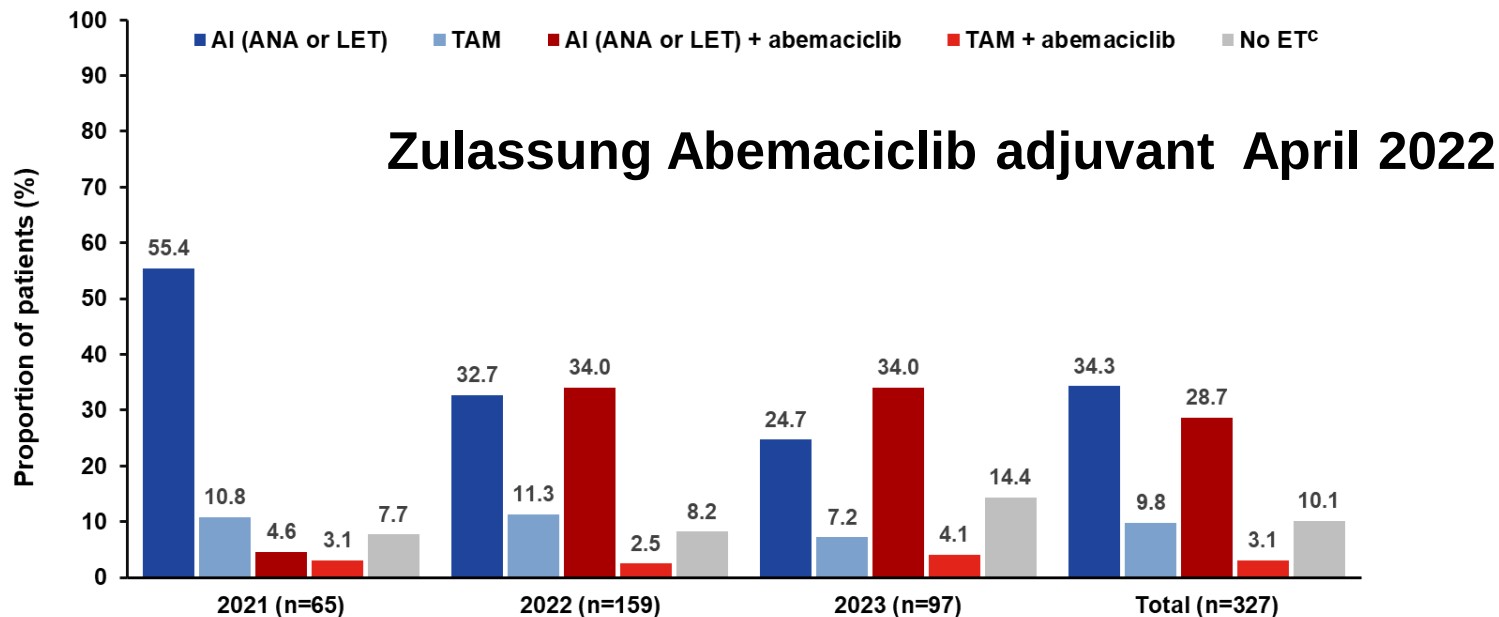
- 90% for high-risk and 98% for non-high-risk patients
- 91% (95% CI 83-95) for patients with N1 (+G3 and/or T3) disease, and 89% (95% CI 83-93) for those with N2/N3 disease

Zulassung Abemaciclib adjuvant April 2022



RESULTS: Most frequently administered adjuvant ET regimens in all high-risk patients (group 1^a), by year^b

- The most frequently administered adjuvant ET regimens (received by ≥ 10 patients in the total population) were AI with ANA or LET; abemaciclib was added for approximately 30% of patients



^aGroup 1 were patients with high risk of recurrence per monarchE cohort 1 criteria (N2/N3, or N1 [+G3 and/or T3]). ^bThe year refers to the start of first adjuvant treatment, if applicable, and treatments include post-neoadjuvant and initial adjuvant treatments. ^cPatients who had either received adjuvant treatment but ET was yet to be reported, or who had yet to receive adjuvant treatment. AI, aromatase inhibitor; ANA, anastrozole; ET, endocrine therapy; G3, grade 3 (poorly differentiated tumors); LET, letrozole; N1, 1–3 pathologic axillary lymph nodes; N2, 4–9 pathologic axillary lymph nodes; N3, ≥ 10 pathologic axillary lymph nodes; T3, tumor largest diameter ≥ 5 cm; TAM, tamoxifen.

2.7.adjuvante Chemotherapie

2.7.1 Wie häufig wird bei postmenopausalen HR pos, Her 2 neg Patientinnen mit 1-3 befallenen LK eine adjuvante Chemotherapie empfohlen?

Vorbemerkung: Die Empfehlung einer Therapie ist nicht Bestandteil des bundesweit einheitlichen onkologischen Basisdatensatzes (Vgl. <https://www.basisdatensatz.de/basisdatensatz>). Stattdessen sind in der nachfolgenden Auswertung alle tatsächlich stattgefundenen und beim KKRBB dokumentierten adjuvanten Chemotherapien berücksichtigt.

Bei Patientinnen, bei denen nach Diagnosestellung kein bekannter Menopausalstatus in unseren Daten vorliegt, wurde die Altersgrenze ≥ 50 Jahre als Indikator für einen postmenopausalen Status angenommen.

Stichprobenumfang in *Abbildung 2.23*: **n = 4354**

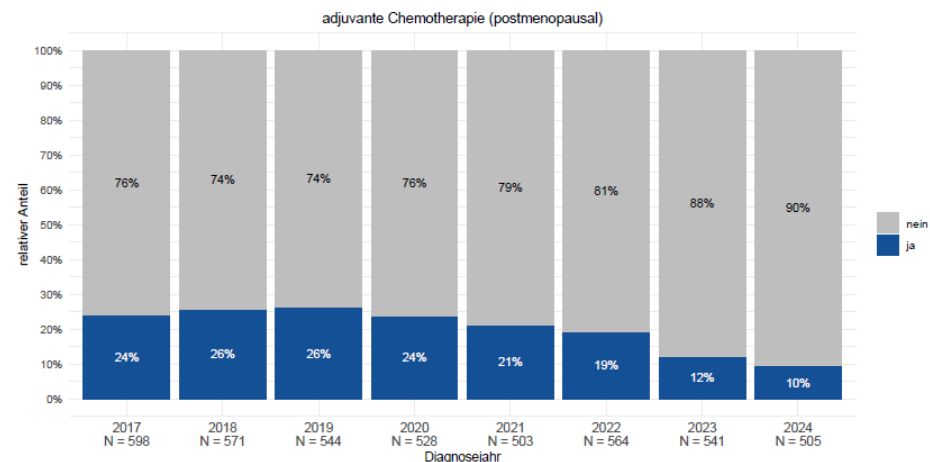


Abbildung 2.23: adjuvante Chemotherapie, Mammakarzinom HR+ HER2- (exklusive M1), 1-3 befallene Lymphknoten, *postmenopausale Frauen* im zeitlichen Trend, OP-Ort Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2017-2024

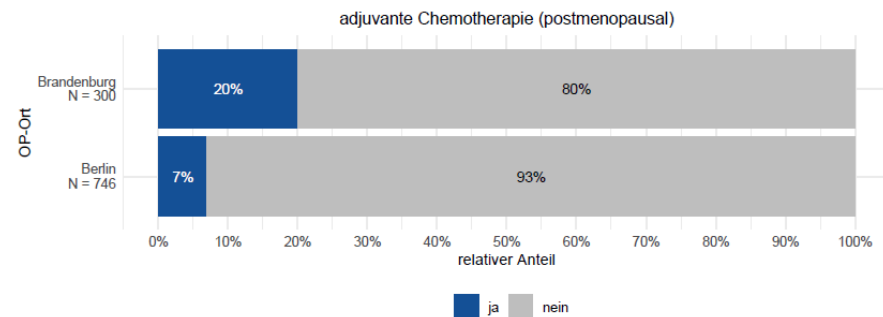


Abbildung 2.24: adjuvante Chemotherapie, Mammakarzinom HR+ HER2- (exklusive M1), 1-3 befallene Lymphknoten, *postmenopausale Frauen*, nach OP-Ort Brandenburg vs. Berlin, Diagnosejahre 2023-2024

2.7.5 3 befallenen LK

Vorbemerkung: Die Empfehlung einer Therapie ist nicht Bestandteil des bundesweit einheitlichen onkologischen Basisdatensatzes (Vgl. <https://www.basisdatensatz.de/basisdatensatz>). Stattdessen sind in der nachfolgenden Auswertung alle tatsächlich stattgefundenen und beim KKRBB dokumentierten adjuvanten Chemotherapien berücksichtigt.

Bei Patientinnen, bei denen nach Diagnosestellung kein bekannter Menopausalstatus in unseren Daten vorliegt, wurde die Altersgrenze <50 Jahre als Indikator für einen prämenopausalen Status angenommen.

Stichprobenumfang in *Abbildung 2.25*: n = 1140

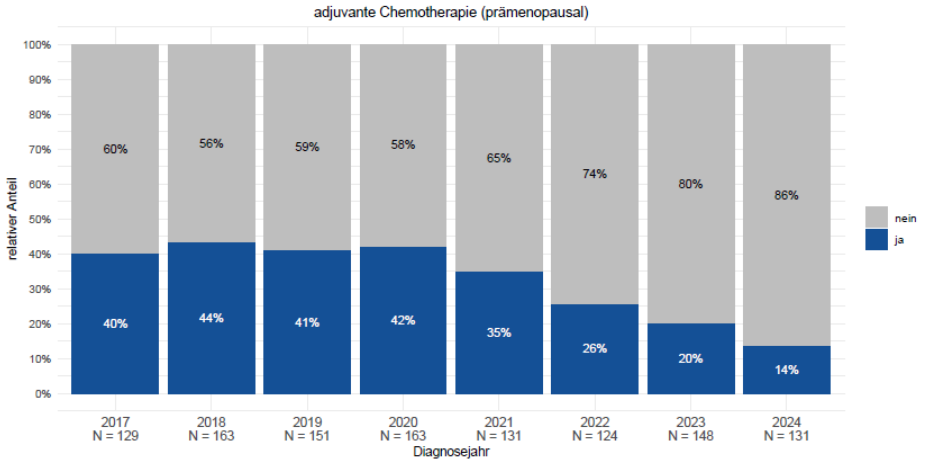


Abbildung 2.25: adjuvante Chemotherapie, Mammakarzinom HR+ HER2- (exklusive M1), 1-3 befallene Lymphknoten, *prämenopausale Frauen* im zeitlichen Trend, OP-Ort Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre **2017-2024**

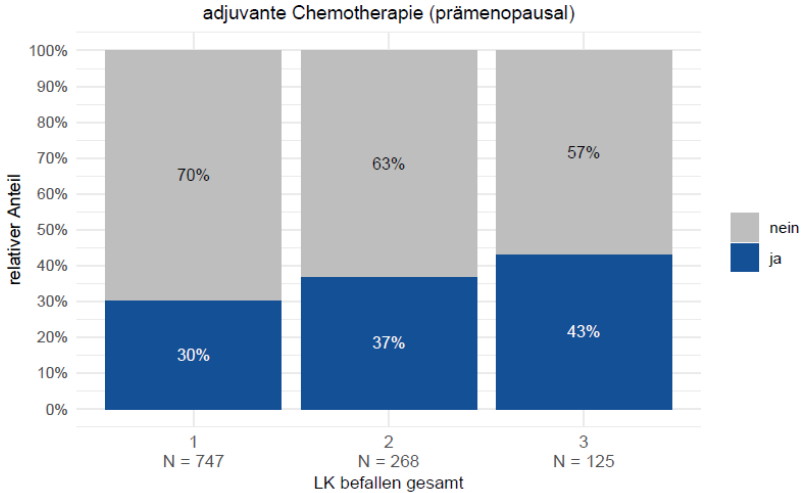


Abbildung 2.26: adjuvante Chemotherapie, Mammakarzinom HR+ HER2- (exklusive M1), 1-3 befallene Lymphknoten, *prämenopausale Frauen*, OP-Ort Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre **2017-2024**

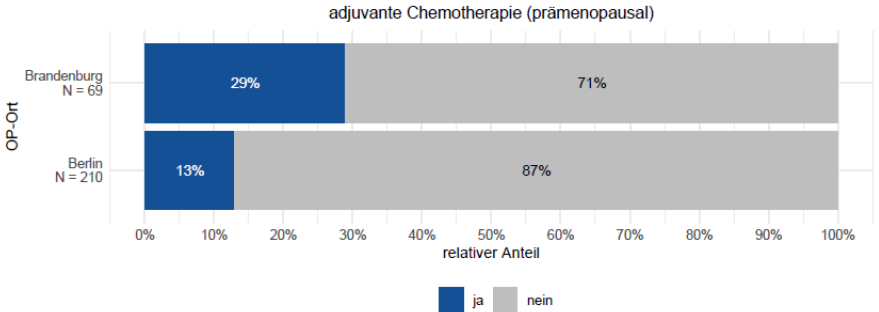


Abbildung 2.27: adjuvante Chemotherapie, Mammakarzinom HR+ HER2- (exklusive M1), 1-3 befallene Lymphknoten, *prämenopausale Frauen*, nach OP-Ort Brandenburg vs. Berlin, Diagnosejahre **2023-2024**

2.6. Multigen-Assays

2.6.1 Wie häufig wird bei nodalnegativen Patientinnen ein Multigenassay durchgeführt (jeweils aufgesplittet nach prä und postmenopausal)

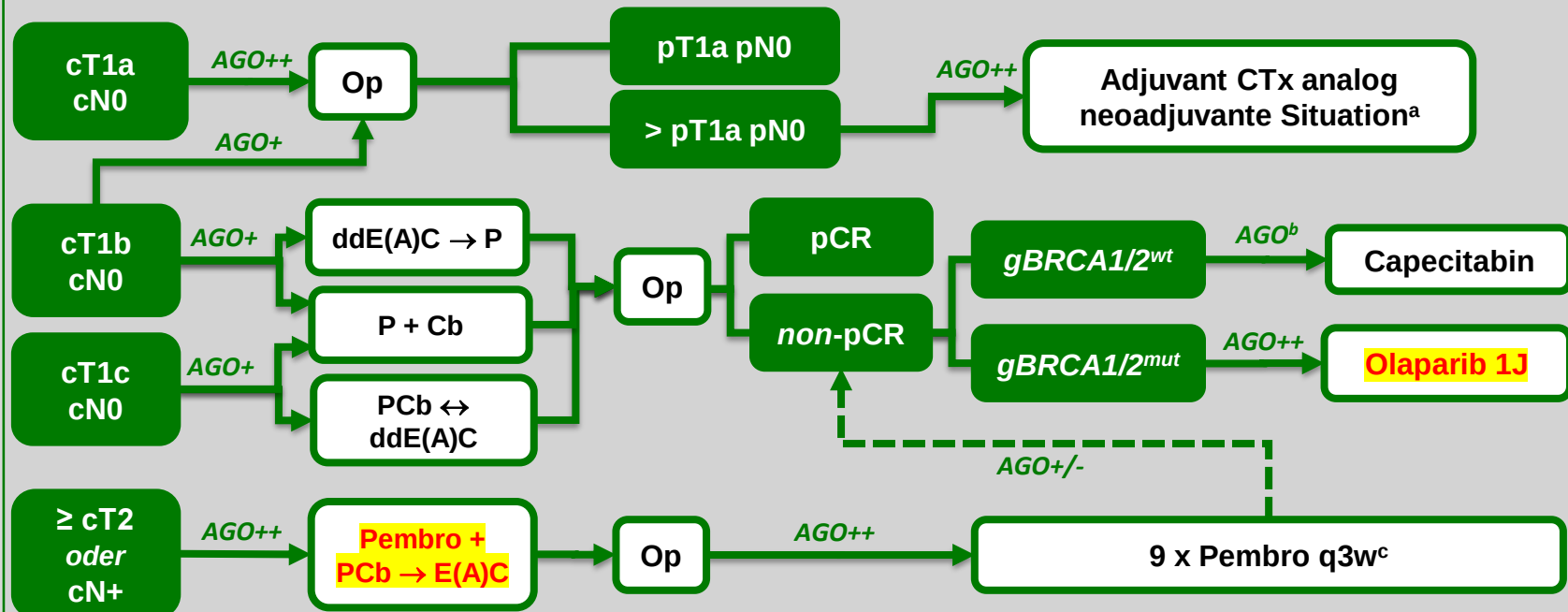
2.6.2 Wie häufig wird bei Patientinnen mit 1-3 befallenen LK ein Multigenassay durchgeführt (jeweils aufgesplittet nach prä und postmenopausal)

Die beiden oben aufgelisteten Fragen lassen sich anhand von Krebsregister-Daten nicht beantworten, da die Durchführung von Multigen-Assays nicht Bestandteil des onkologischen Basisdatensatzes (oBDS) ist. Wir haben zwar noch Endopredict und Oncotype als Untersuchungsmerkmale, die aber kaum befüllt werden und nicht oBDS sind, 8 Fälle im Jahr 2024 nach Schnell-Abfrage.

Therapie beim frühen triple-negativen Mammakarzinom

© AGO e. V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Guidelines Breast
Version 2026.1D



A, Doxorubicin; C, Cyclophosphamid; Cb, Carboplatin; CTx, Chemotherapie; dd, dosisdicht (alle 2 Wochen); E, Epirubicin; *gBRCA1/2^{mut}*, Keimbahn *BRCA1/2* Mutation; *gBRCA1/2^{wt}*, Keimbahn *BRCA1/2* Wildtyp; J, Jahr; Op, Operation; P, Paclitaxel; pCR, pathologische Komplettremission; Pembro, Pembrolizumab; q3w, alle 3 Wochen;

^asofern postoperativ keine Änderung in Prognosefaktoren, kein Pembro;

^bnach A/T-haltiger CTx ohne Pembro (AGO++), nach A/T-haltiger CTx ± Platin ± Pembro (AGO+), nach A/T-freier CTx mit Platin ± Pembro (AGO+/-);

^csofern Pembro neoadjuvant begonnen wurde.

Therapie des Mammakarzinoms bei wahrscheinlich pathogenen / pathogenen Keimbahnvarianten

© AGO e. V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Guidelines Breast
Version 2026.1D

- Brusterhaltende Therapie nach den allgemeinen Standards
- Systemische Therapie nach den allgemeinen Standards
 - *gBRCA1/2* pathogene Variante (pV) sind prädiktiv für Ansprechen auf neoadjuvante Chemotherapie bei eTNBC
 - *gBRCA1/2* pV sind prädiktiv für Carboplatin-Effekt (vs. Docetaxel) beim mBC

PARP-Inhibitor (HER2-negative Karzinome):

- eBC high-risk:
 - Olaparib (bei *gBRCA1/2* pV)
- mBC:
 - Olaparib, Talazoparib bei *gBRCA1/2* pV
 - Olaparib bei *sBRCA1/2* pV (somatisch)
 - Olaparib bei *gPALB2* pV

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
	2a	B	+
	3a	B	+
	2b	B	
	1b	B	
	1b	A	++
	1b	A	++
	2b	B	+
	2b	B	+

eBC: Early Breast Cancer; mBC: Metastatic Breast Cancer; pV: wahrscheinlich pathogene / pathogene Variante (Klasse 4/5) = Mutation

2.8. Olaparib

2.8.1 Wie häufig wird ein BRCA Testung positiv angegeben mit der Konsequenz einer adjuvanten Olaparib- Therapie (1-3 befallene Lk versus mehr als 4 LK befallen)

Welcher Hormonrezeptor- bzw. HER2-Status soll für diese Stichprobe gewählt werden?

Laut aktueller S3-Leitlinie (Leitlinienprogramm Onkologie | Mammakarzinom | Langversion - 5.1 | Juni 2026) wird Olaparib empfohlen bei:

- HR positiv, HER2 negativen Patienten mit hohem Rückfallrisiko und einer Keimbahn BRCA1/2 Mutation
- TNBC und hohem Rückfallrisiko und pathogener BRCA-1 oder BRCA-2 Keimbahnmutation, die nach neoadjuvanter Chemotherapie keine pCR erreicht haben oder die ein hohes Risiko nach primärer Operation aufweisen (> pT2, und/oder >pN1)
- HER2-negative Patientinnen mit fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom mit BRCA1/2-Keimbahn-Mutation und Vorbehandlung mit einem Anthrazyklin und einem Taxan im (neo)adjuvanten oder metastasierten Setting, es sei denn, sie waren ungeeignet für diese Behandlungen: sollten mit Olaparib oder mit Talazoparib behandelt werden

Allerdings insgesamt nur sehr selten die Angabe zu einer positiven BRCA-Testung in unseren Daten: **n = 63** bezogen auf sämtliche Brustkrebs-Patientinnen in unserem Datensatz im Zeitraum 2017-2024.

Bei zusätzlichem Filter auf 1-3 bzw. ≥ 4 befallene Lymphknoten (ohne jegliche weitere Filterung, z.B. auf Hormon- oder HER2-Rezeptorstatus, Stadium, Wohn- oder Behandlungsort) reduziert sich die Fallzahl mit BRCA-Testung positiv bereits auf: **n = 9**

Aufgrund der geringen Fallzahl erscheint eine weitere Auswertung hierzu aktuell noch nicht sinnvoll. Da die Angaben zu den BRCA-Testungen überhaupt erst in jüngeren Jahren in den onkologischen Basisdatensatz aufgenommen und somit verpflichtend zu melden sind, lässt sich diese Fragestellung voraussichtlich in zukünftigen Auswertungen besser bzw. mit einer höheren Fallzahl beantworten.

**Zulassung
Olaparib
adjuvant
August 2022**

2.9.1 Wie häufig wurde Pembrolizumab bei TNBC, T2 oder N1 (TNBC+T2 oder TNBC+N1)verordnet?

2.9.2 - neoadjuvant?

2.9.3 - adjuvant?

Stichprobenumfang in *Abbildung 2.28*: **n = 1819**

Zulassung Pembrolizumab im Herbst 2021

Anmerkung: alle Therapien mit Pembrolizumab gezählt (ohne Eingrenzung auf Primärtherapie, d.h. innerhalb von 1 Jahr nach Diagnose zu einem Zeitpunkt, wo noch keine Rezidivmeldung vorliegt)

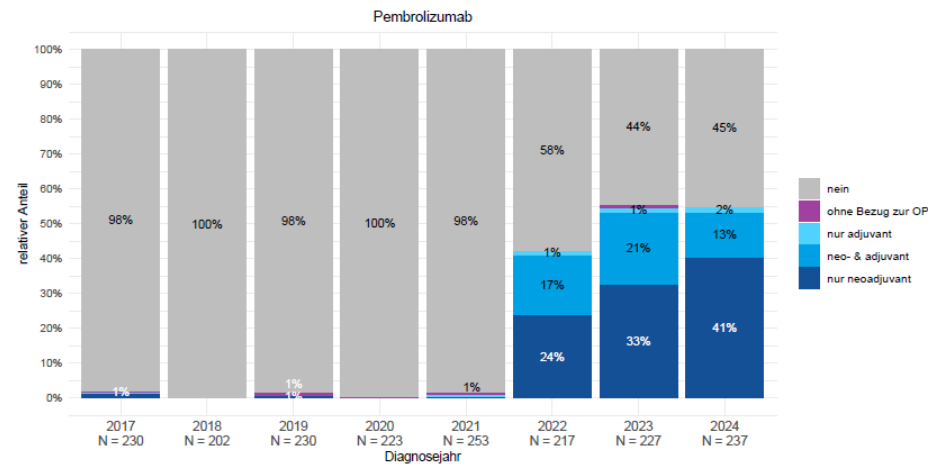


Abbildung 2.28: Anteil Pembrolizumab-Therapie, triple-negatives Mammakarzinom, T2 oder N1 (exklusive M1), im zeitlichen Trend, OP-Ort Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2017-2024

Zulassung Pembrolizumab adjuvant Mai 2022

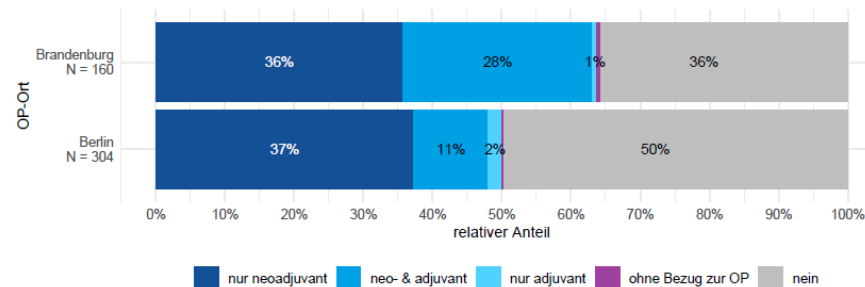
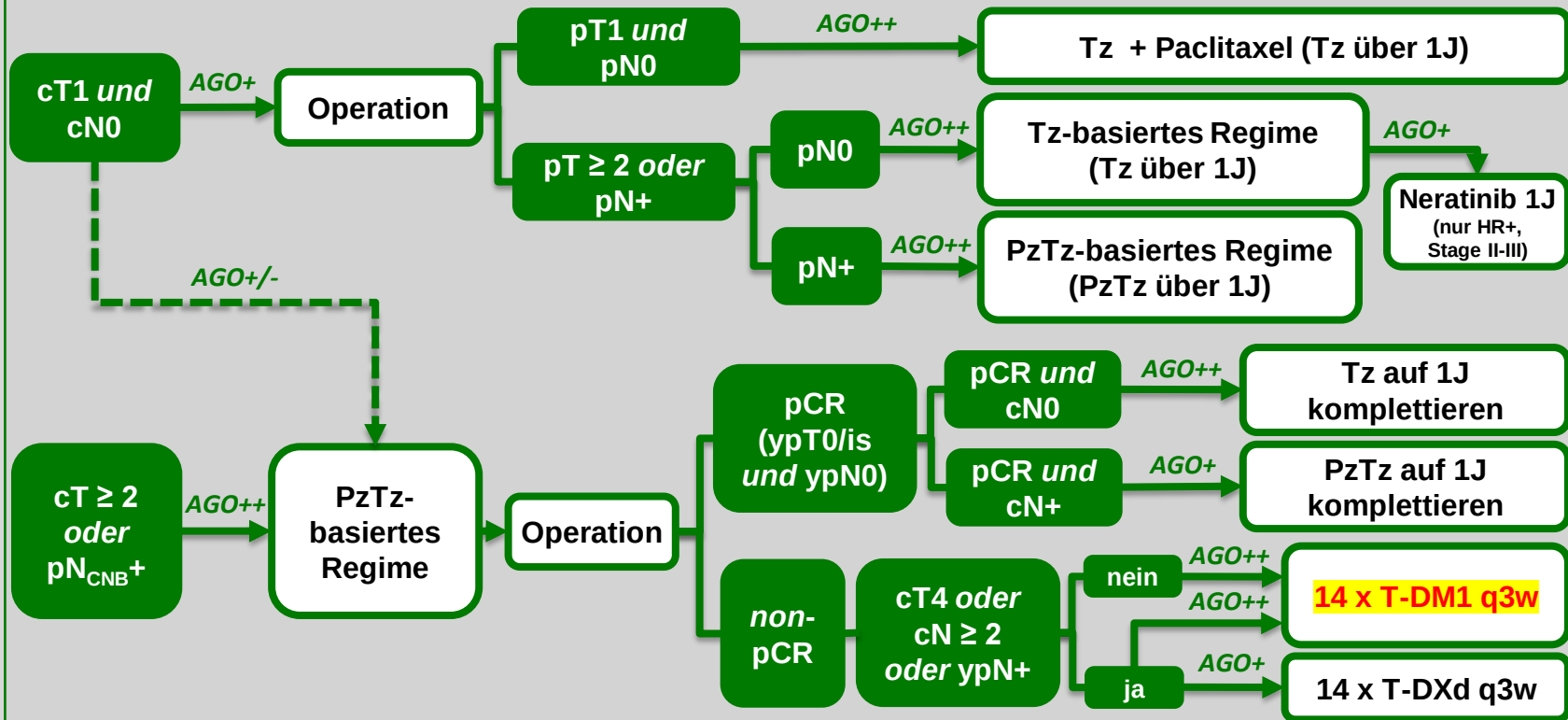


Abbildung 2.29: Anteil Pembrolizumab-Therapie, triple-negatives Mammakarzinom, T2 oder N1 (exklusive M1), nach OP-Ort Brandenburg vs. Berlin, Diagnosejahre 2023-2024

Therapie beim frühen HER2-positiven Mammakarzinom

© AGO e. V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Guidelines Breast
Version 2026.1D



CNB, core needle biopsy; HR, Hormonrezeptor; J, Jahr; pCR, pathologische Komplettremission; Pz, Pertuzumab; q3w, alle 3 Wochen; T-DM1, Trastuzumab Emtansin; T-DXd, Trastuzumab Deruxtecan; Tz, Trastuzumab; bei Hormonrezeptor-positiv adjuvante endokrine Therapie.

2.10.1 Wie häufig wurden Pat mit Her2 pos Tumor größer 2 cm neoadjuvant behandelt ?

2.10.2 Wenn ja mit Anthrazyklinen oder ohne Anthrazykline

2.10.3 Wenn ja, mit Trastuzumab alleine oder mit Trastuzumab plus Pertuzumab

Vorbemerkung: alle Therapien gezählt (ohne Eingrenzung auf Primärtherapie, d.h. innerhalb von 1 Jahr nach Diagnose zu einem Zeitpunkt, wo noch keine Rezidivmeldung vorliegt)

größer 2 cm entspricht T2 und größer → d.h. Fälle mit T2-T4 wurden hierbei einbezogen

Stichprobenumfang in *Abbildung 2.30*: n = 2330

Als neoadjuvante Systemtherapie wurden alle Systemtherapien mit dem Protokolltyp Chemotherapie, Hormontherapie, Immuntherapie oder zielgerichtete Substanzen (allein oder in Kombination) gezählt.

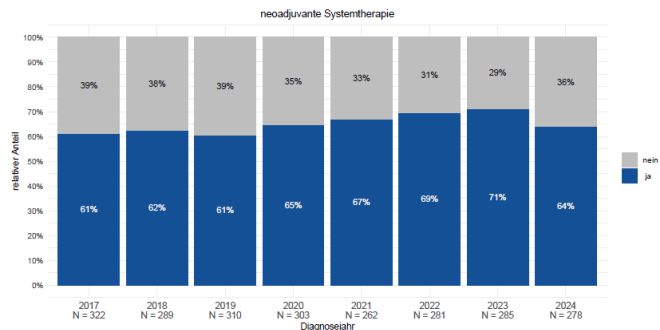


Abbildung 2.30: Anteil neoadjuvante Systemtherapie, Mammakarzinom, Her2-positiv, T2-T4 (exklusive M1), im zeitlichen Trend, OP-Ort Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2017-2024

Stichprobenumfang in *Abbildung 2.31*: n = 2330

Stichprobenumfang in *Abbildung 2.32*: n = 2330

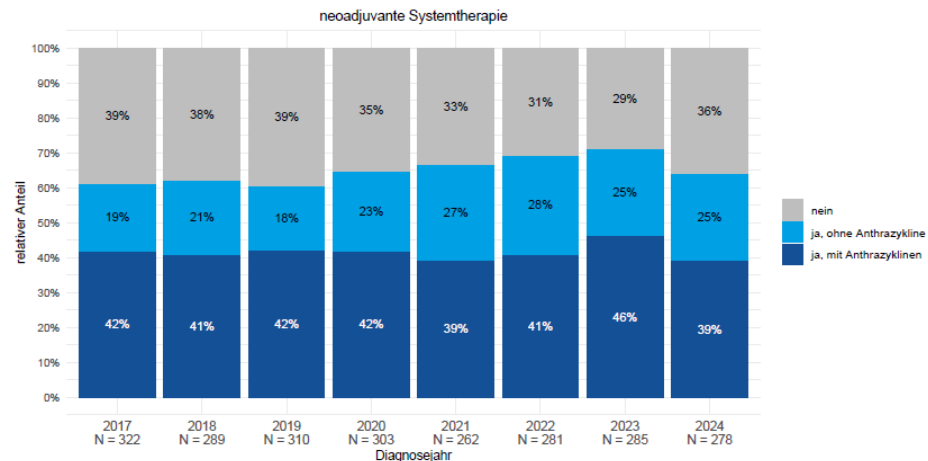


Abbildung 2.31: Anteil neoadjuvante Systemtherapie mit oder ohne Anthrazykline, Mammakarzinom, Her2-positiv, T2-T4 (exklusive M1), im zeitlichen Trend, OP-Ort Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2017-2024

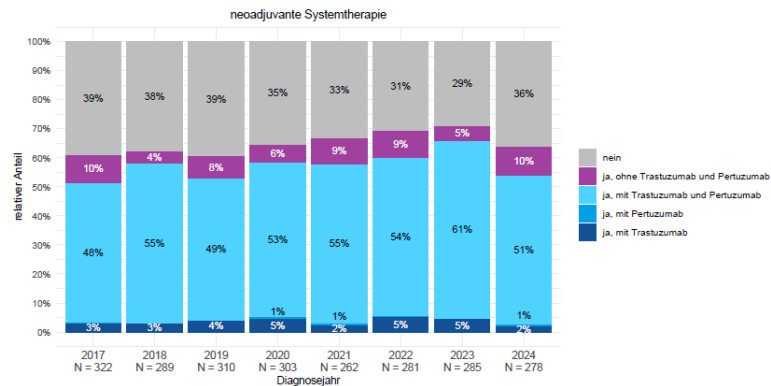


Abbildung 2.32: Anteil neoadjuvante Systemtherapie mit Trastuzumab und/oder Pertuzumab, Mammakarzinom, Her2-positiv, T2-T4 (exklusive M1), im zeitlichen Trend, OP-Ort Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2017-2024

2.11.1 Wie häufig wurde postneoadjuvant behandelt mit Trastuzumab und Pertuzumab versus TDM 1 ?



Stichprobenumfang in *Abbildung 2.33*: n = 2330

Vorbemerkung: Es wurden hierbei nur neoadjuvante bzw. adjuvante Therapien gezählt, wenn diese mit beiden Substanzen erfolgten (d.h. Trastuzumab UND Pertuzumab).

Sollte eine "ODER"-Verknüpfung gewünscht sein, lässt sich die Auswertung entsprechend anpassen.

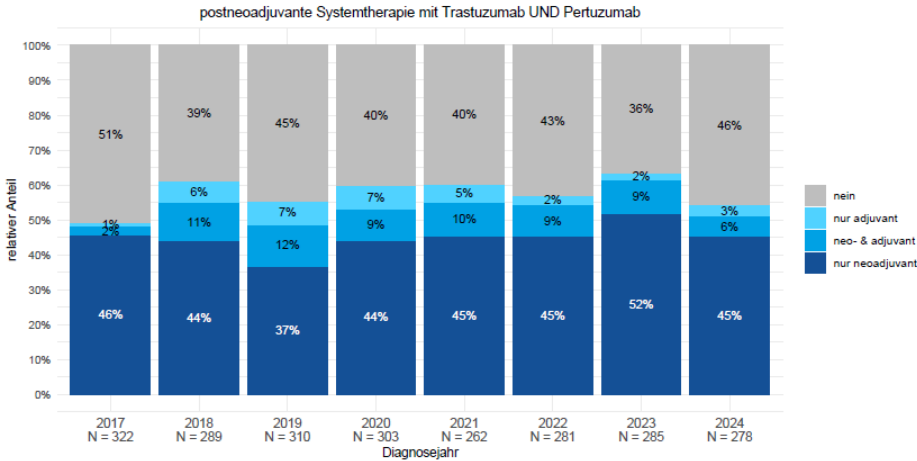


Abbildung 2.33: Anteil postneoadjuvante Systemtherapie mit Trastuzumab UND Pertuzumab, Mammakarzinom, Her2-positiv, T2-T4 (exklusive M1), im zeitlichen Trend, OP-Ort Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2017-2024

Stichprobenumfang in *Abbildung 2.34*: n = 2330

Zulassung TDM 1 postneoadjuvant
Dezember 2019

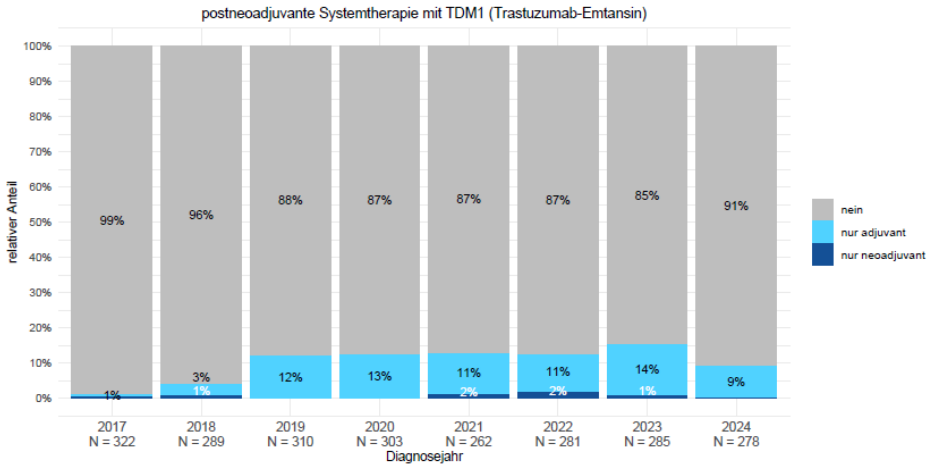


Abbildung 2.34: Anteil postneoadjuvante Systemtherapie mit TDM-1, Mammakarzinom, Her2-positiv, T2-T4 (exklusive M1), im zeitlichen Trend, OP-Ort Brandenburg und Berlin, Diagnosejahre 2017-2024

1. Die neoadjuvante kurze endokrine Therapie (vulgo "dynamisches KI 67") wird bei nodalnegativen und bei Patientinnen mit 1-3 befallenen LK unterrepräsentiert eingesetzt
2. Bei prämenopausalen Patientinnen ist zwar ein Trend zu vermerken zur Optimierung der endokrinen Therapie (ovarielle Suppression plus Aromatasehemmer), aber es wird noch zu wenig eingesetzt
3. Die CDK 4/6 Inhibitoren werden nicht ausreichend zulassungs- und leitliniengerecht eingesetzt. Wünschenswert wäre auch die Erfassung und Dokumentation der Einnahmedauer (Abema 2 Jahre, Ribo 3 Jahre)
4. Bei ER und PR unter 10 % handelt es sich biologisch um triplenegative Mammakarzinome (häufig G3, häufig KI 67 > 20 %). Hier ist der Nutzen der endokrinen Therapie umstritten. Diese Patientinnen sollten in Studien eingebracht werden und wie TNBC behandelt werden.

Fazit

1. Wir wissen nicht, wie häufig in Berlin und Brandenburg Multigenassays eingesetzt werden, vor allen Dingen um eine adjuvante Chemotherapie zu vermeiden bei nodalnegativen und Patientinnen mit 1-3 befallenen LK
2. Trotz Zulassung und Doppelplus in der Leitlinie wird Pembrolizumab adjuvant viel zu wenig eingesetzt beim TNBC
3. Trotz Zulassung und Doppelplus in der Leitlinie, wird Olaparib adjuvant viel zu wenig eingesetzt beim TNBC und beim HR + Mammakarzinom mit BRCA Mutation. Die Mutationsanalyse wird "sträflich" vernachlässigt
4. Die BRCA Testung muss zur Routine gehören bei Patientinnen, die die Olympia Studien Kriterien erfüllen
5. Die Bestimmung des CPS EG gehört zum Standard im Tumorboard, um Patientinnen zu identifizieren, die nach der neoadjuvanten Therapie Olaparib benötigen
6. Ein einziger befallener, bzw "übersehener" oder nicht untersuchter LK kann die Therapie entscheidend ändern

Diagnostik und
Therapie des
Mammakarzinoms

State of the Art

Herausgegeben von
M. Untch, G. Konecny, H. Sittek, M. Keffler,
M. Reiser, H. Hepp



1997

**„Stirbt der forschende
Geist, dann stirbt auch
die Gesellschaft“
Cato der Ältere**

**„ceterum censeo
Carthaginem esse
delendam“**

