

Einladung zur Qualitätskonferenz Brustkrebs 2026

am Mittwoch 20.05.2026, 16:00-17:30 Uhr

Programm (öffentlicher Teil)

Begrüßung

Ministerium für Justiz und Gesundheit

Aktuelles aus dem Krebsregister

Mirja Wendelken (Vertrauensstelle)

Epidemiologie Brustkrebs in Schleswig-Holstein

Prof. Dr. Alexander Katalinic (KRSH)

Neue Entwicklungen in der Therapie von Brustkrebs

Prof. Dr. Nicolai Maass

Direktor der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, UKSH, Campus Kiel

Regionale Versorgungsqualität Brustkrebs

Dr. Ron Pritzkeleit (KRSH)

Zusammenfassung und Fazit

Abschluss bzw. Pause mit Kaffee und Kuchen

Im Anschluss folgt in nicht-öffentlicher Sitzung das interne leistungserbringerbezogene Benchmarking mit den primär versorgenden Einrichtungen (17:45-19:00 Uhr)

Veranstaltungsort:

Fortbildungsakademie der Ärztekammer, Esmarchstr. 2-4, 23795 Bad Segeberg

Die Teilnahme am öffentlichen Teil ist vor Ort oder im Livestream möglich.

Bitte melden Sie sich unter <https://www.krebsregister-sh.de/qkonferenzen> an.

Kontakt:

Institut für Krebs epidemiologie e.V., Ratzeburger Alle 160, 23562 Lübeck

E-Mail: QK@krebsregister-sh.de, Tel. 0451 50052101



Bericht aus der Vertrauensstelle

Qualitätskonferenz Brustkrebs, 20.05.2026

Mirja Wendelken



Vertrauensstelle
des Krebsregisters

BEI DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN

Themen

*Ein Register lebt von der Vollzähligkeit, Vollständigkeit
und der Qualität seiner Daten!*



Wie kann die Datenqualität weiter gesteigert werden?


- Korrekturanforderungen des KRSH an die Melder: Häufige Rückfragen
- Items mit „Luft nach oben“


Korrekturanforderungen



- Viele Nachfragen: Ca. 10% der klin. Meldungen (20.000) betroffen
- Leider schlechte Antwortmoral einiger Melder (Wartezeiten von mehreren Wochen bis Jahren)
- Betroffene Meldungen fehlen für Auswertungen, Qualitätskonferenzen...
- V. a. Upload-Melder reagieren schlecht auf Rückfragen
 - Sommer 2025: Verfahrensumstellung
 - von Excel-Listen auf „Melderportal direkt“



Korrekturanforderungen für Upload-Melder

 Krebsregister SH

Status der letzten Übermittlung: Abgeschlossen (verarbeitet)  Status des letzten Meldungsimports: Abgeschlossen

 120 Minuten  Vanessa
Melder-ID:
Meldende

Übersicht | Meldungen | Nachrichten | Datenrückmeldung | Hilfe

Meldungspaket hochladen

Meldungsrelevante Tumorfälle können Sie mit Hilfe Ihrer OBDS-Datei in das Melderportal hochladen. Das System verschlüsselt diese Datei. Anschließend können Sie dieses Paket an das Krebsregister übermitteln.

Die aktuell unterstützte OBDS-Version ist 3.0.2 vom 07.12.2023, 3.0.3 vom 17.01.2025


[OBDS-Datei verarbeiten](#)

Tumorhistorie aufrufen


Bitte geben Sie die Patientenidentifikationsnummer aus Ihrem System als Patienten-ID des Patienten ein, zu dem Sie eine neue Meldung erfassen bzw. eine Meldung suchen möchten.

[bearbeiten](#)


Meine Meldungen

 **Unvollständige Meldungen** 8

Es sind nicht alle Pflichtangaben enthalten. Eine Übermittlung an das Landeskrebsregister ist nicht möglich.


 **Meldungen übermitteln** 1


Die vollständig erfassten Meldungen, die den Status 'Gültig' haben, können an das Landeskrebsregister übermittelt werden.

 **Gesperrte Meldungen**


Meldungen, die von Ihrer Seite zurückgehalten werden.

Mein Postfach


 **Neue Nachrichten** 3

 **Korrekturanforderungen** 4

Meldungen, die vom Register als zu korrigierende Meldungen markiert wurden.

 **Patientenkorrekturen** 1

Meldungen, die vom Register als zu korrigierende Patientendaten markiert wurden.

 **Neue bereitgestellte Dokumente**

Dokumente, die vom Register zum Download bereitgestellt wurden.

Korrekturanforderungen für Upload-Melder

- Nachfrage zu klinischen Angaben = Korrekturanforderungen

The screenshot shows a web application interface with a blue header bar containing 'Meldungen', 'Nachrichten', 'Datenrückmeldung', and 'Hilfe'. Below the header, there is a breadcrumb trail 'Übersicht > Korrekturanforderungen >'. A sidebar on the left has a search field for 'Externe Patienten-ID' and a dropdown for 'Melder'. The main content area is titled 'Meldungen mit Korrekturanforderungen' and includes action buttons: 'Öffnen', 'Löschen', 'Tumorhistorie', 'Nachricht', and 'interne Bemerkung'. A table lists three records with columns: 'Externe Patienten-ID', 'Art', 'Meldungsdaten', 'Patientendaten', 'Übermittelt am', 'Abgelehnt am', and 'Hinweis zur Korrekturanforderung'.

Externe Patienten-ID	Art	Meldungsdaten	Patientendaten	Übermittelt am	Abgelehnt am	Hinweis zur Korrekturanforderung
P_W_123	Pathomeldung	✓	☐	28.01.2025 15:57	28.01.2025 16:01	Bitte ergänzen Sie den TNM
0002097004	Therapiemeldung	✓	☐	22.07.2020 07:57	15.03.2021 09:38	bitte geben Sie die Seitenangabe an
21abcd21	Therapiemeldung	✓	☐	12.07.2018 10:52	15.03.2021 09:38	bitte prüfen Sie die Therapiedaten

- Nachfrage zu Personenangaben = Patientenkorrekturen

The screenshot shows a web application interface with a blue header bar containing 'Meldungen', 'Nachrichten', 'Datenrückmeldung', and 'Hilfe'. Below the header, there is a breadcrumb trail 'Patientenkorrekturen >'. A sidebar on the left has a search field for 'Externe Patienten-ID'. The main content area is titled 'Patientenkorrekturen' and includes action buttons: 'Öffnen', 'Löschen', 'Tumorhistorie', 'Nachricht', and 'interne Bemerkung'. A table lists one record with columns: 'Externe Patienten-ID', 'Art', 'Übermittelt am', 'Abgelehnt am', 'Fehler', 'Warnungen', and 'Hinweis zur Korrekturanforderung'.

Externe Patienten-ID	Art	Übermittelt am	Abgelehnt am	Fehler	Warnungen	Hinweis zur Korrekturanforderung
P_W_123	Todesmeldung	28.01.2025 15:57	28.01.2025 16:01			Bitte ergänzen Sie die Versichertennummer

Korrekturanforderungen

- Meldungen, die nach 3 Monaten nicht korrigiert sind,
 - gehen entweder „unplausibel“ an die Registerstelle weiter und werden nicht vergütet
 - oder werden endgültig abgelehnt
 - und stehen somit nicht zur Verfügung für Feedback-Berichte, Qualitätskonferenzen, Auswertungen ...



Korrekturanforderungen

Stand nach 1 Jahr „neues Korrekturverfahren“:



Positives Feedback der Upload-Melder zum neuen Verfahren



„Altlasten“ wurden leider nur spärlich beantwortet/bearbeitet

- rigoros vom VS „entschieden“



Antwortmoral für „junge“ Korrekturanforderungen viel besser:



Kurze Antwortzeiten



Inhaltlich bessere Überarbeitungen



Anzahl der Rückfragen rückläufig (Lerneffekt durch Aktualität?)



Trotzdem bleiben einige Anfragen > 3 Monate unbeantwortet

- *VS entscheidet*
- *Anteile „endgültig abgelehnte“ Meldungen und „unplausibel weitergeleitete“ Meldungen aber recht gering*

Häufige Korrekturanforderungen

Personendaten:



- Versichertenangaben: IK-Nummer oder Versicherten-Nr. fehlend oder falsch
- Vor- und Nachname vertauscht
- Adresse unvollständig/fehlerhaft
- Geburtsdatum abweichend zu anderen Meldungen
- Vorname und Geschlecht unstimmig

Folgen:

- *Patientenzuordnung im Register erschwert/unmöglich*
- *Krankenkasse „kennt“ die Person so nicht => keine Abrechnung der Meldevergütung (und der Registerpauschale)!*



Tumor-Angaben:

- Seitenangabe fehlt oder ist unzulässig
 - Bei paarigen Organen ist eine konkrete Seitenangabe (rechts oder links) zu machen, beidseits nicht zulässig

Häufige Korrekturanforderungen

Therapie-Meldungen:

- ▶ OP: Residualklassifikation (lokal) fehlt/X od. U
- ▶ OP: TNM nicht gesetzt oder unvollständig (z.B. M0 fehlt)
- ▶ OP: Histologie fehlt oder Datum der Histologie fehlt
- ▶ OP: Komplikationen nicht gesetzt (oder alle auf „nein“ oder „unbekannt“ voreingestellt (?))
- ▶ SYS: Substanz und Therapieart nicht stimmig
- ▶ SYS: In Therapie-Ende-Meldung falscher Meldeanlass gesetzt (Beginn)
- ▶ ST: Dosis fehlerhaft
- ▶ ...

Pathologie-Meldungen:

- ▶ C77-79 als ICD-10-Code nicht zulässig (notfalls C80.-)
- ▶ Dignität und ICD-10-Code unstimmtig
- ▶ ...

Diagnose-Meldungen:

- ▶ TNM unvollständig/fehlend/falsch (z.B. M0 fehlt)
- ▶ Lymphknoten befallen/untersucht abweichend zum TNM
- ▶ Diagnosesicherung fehlend/falsch
- ▶ Histologie und Diagnose-Code unstimmtig
z.B. C50.3 mit 8500/2 (*nicht infiltrierendes* intraduktales Karzinom o.n. A.)
(Wenn *Carcinoma in situ* => ICD-10 in D05.1 und das T-Stadium in "pTis", korrigieren. Oder wenn invasives Karzinom => Histologie (ICD-O3) in 8500/3 ändern)
- ▶ ...

Verlaufsmeldungen/Statusänderung:

- ▶ Follow Up ohne Änderung = unzulässiger Meldeanlass (Statusmeldung)
- ▶ Bei Tumorstatus Fernmetastasen „neu aufgetretene Metastasen“ angegeben, aber im Bereich Metastase keine Angabe zur Lokalisation und zum Datum
- ▶ ...

Häufige Korrekturanforderungen

- Mamma-Ca-Meldungen erzeugen relativ wenig Nachfragen
 - Aber: besser geht immer ;-)
- Unsere Bitte an Sie als Melder:
 - Achten Sie von Vorneherein auf eine vollständige und plausible Dokumentation
 - => Weniger Korrekturanforderungen
 - => weniger Aufwand für Sie als Melder und uns als Register
 - => Noch bessere Datenqualität, auch in den Qualitätskonferenzen

Items mit „Luft nach oben“

Hier besteht in der Vollständigkeit der Dokumentation „Luft nach oben“, d.h. die Angaben fehlen oftmals:

1. Allgemeiner Leistungszustand
2. Modul „Mamma-Karzinom“
3. Molekulare/genetische Marker wie BRCA-1,2-Mutation ...
4. Tumorkonferenzen:
 - Therapieempfehlung
 - Abweichung Patientenwunsch

Items mit „Luft nach oben“

1. Allgemeiner Leistungszustand nach ECOG oder Karnofsky

- bezieht sich auf die allgemeine körperliche Verfassung und den Funktionsstatus der Patientin / des Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung und
- Bewertung erfolgt entweder mit der ECOG-Performance-Status-Skala (Eastern Cooperative Oncology Group) oder der Karnofsky-Performance-Status-Skala.
- Warum?
 - maßgeblich für die Beurteilung der Prognose und die Planung von therapeutischen Maßnahmen.
 - Rolle in den S3-Leitlinien und den Qualitätsindikatoren
- Wo?
 - Diagnosemeldungen und Statusänderungen (verpflichtende Angabe)
- Wie?
 - Merkmal „Allgemeiner Leistungszustand“ mit den Ausprägungen 0-4 und U (ECOG bzw. Karnofsky)
 - 0 = normale, uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung (ECOG) / (90 – 100 % nach Karnofsky)
 - 1 = Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gefähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z. B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich (ECOG) / (70 – 80 % nach Karnofsky)
 - 2 = gefähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50 % der Wachzeit aufstehen (ECOG) / (50 – 60 % nach Karnofsky)
 - 3 = nur begrenzte Selbstversorgung möglich; ist 50 % oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden (ECOG) / (30 – 40 % nach Karnofsky)
 - 4 = völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden (ECOG) / (10 – 20 % nach Karnofsky)
 - U = unbekannt

Alle Fälle auf „Unbekannt“ zu setzen ist wenig hilfreich ;-)

Modul Mamma-Karzinom

- Seit XML 2.0.0 (Dez. 2017) im KRSH im Einsatz
- Welche ICD-10-Codes?
 - C50.-
 - D05.-
- Bei welchen Meldeanlässen/Meldungstypen?
 - Diagnose-Meldung (prätherapeutische Inhalte)
 - OP-Meldungen (operative Inhalte) [(nach)resezierende Operationen]
 - Pathologie-Meldungen

Modul Mamma-Karzinom

	Feldbezeichnung	Definition oBDS	Ausprägungen/Anmerkungen	Begründung oBDS
1	Prätherapeutischer Menopausenstatus	Anamnestisch; Prätherapeutischer Menopausenstatus der Patientin. Postmenopausal bedeutet, mehr als ein Jahr keine Menstruationsblutung oder Estradiol (E2) und Follikelstimulierendes Hormon (FSH) im eindeutigen postmenopausalen Bereich.	1 = Prämenopausal 3 = Postmenopausal U = Unbekannt Hinweis: Prämenopausal umfasst Perimenopausal	Wesentlicher Aspekt zur Therapieplanung
2	Hormonrezeptor-Status: Östrogen	Rezeptorstatus Positiv/Negativ (gemäß: Immun reaktiver Score (IRS) Remmele W et al. 1987)	P = Positiv (IRS \geq 1) N = Negativ U = Unbekannt	QI 9 der Leitlinie*
3	Hormonrezeptor-Status: Progesteron	Rezeptorstatus Positiv/Negativ (gemäß: Immunreaktiver Score (IRS) Remmele W et al. 1987).	P = Positiv (IRS \geq 1) N = Negativ U = Unbekannt	QI 9 der Leitlinie*
4	Her2neu-Status	Rezeptorstatus Positiv/Negativ (gemäß immunreaktiven Scores nach Leitlinie)	P = Positiv, d. h. IHC +++ oder IHC ++ und ISH (FISH, CISH o. Ä.) positiv N = Negativ U = Unbekannt Bei FISH "borderline" muss die Festlegung auf negativ oder positiv durch den Kliniker in Absprache mit dem Pathologen erfolgen.	QI 10 der Leitlinie*

Diagnose-Meldung

Diagnose-Meldung
OP-M.
Patho-M.

Modul Mamma-Karzinom

Feldbezeichnung	Definition oBDS	Ausprägungen/Anmerkungen	Begründung oBDS
5 Präoperative Drahtmarkierung durch Bildgebung gesteuert	Es wurde eine präoperative Drahtmarkierung, gesteuert durch das angegebene bildgebende Verfahren, durchgeführt.	M = Mammografie S = Sonografie T = MRT N = Keine Drahtmarkierung durch Bildgebung U = Unbekannt	QI 3 der Leitlinie* OP-Meldung
6 Intraoperatives Präparatröntgen/Sonografie	Das Präparat wird intraoperativ mammografiert/sonografiert nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder Sonografie.	M = Mammografie S = Sonografie N = Nein U = Unbekannt	QI 3 der Leitlinie* OP-Meldung
7 Tumorgröße Invasives Karzinom	Max. Durchmesser des invasiven Karzinoms in mm. Bei mehreren Herden ist der größte Durchmesser anzugeben.	0 = kein invasives Karzinom (n) = Größe invasives Karzinom in mm (natürliche Zahl) U = nicht zu beurteilen	Leitlinie* OP-Meldung Patho-M.
8 Tumorgröße DCIS	Max. Durchmesser des DCIS in mm, wenn kein invasiver Anteil vorliegt	0 = kein DCIS, oder invasiver Anteil vorhanden (n) = Größe des DCIS in mm (natürliche Zahl) U = nicht zu beurteilen Die DCIS-Größe ist auch anzugeben, wenn ein DCIS-Anteil begleitend zu einem invasiven Karzinom vorliegt und dessen Ausbreitung beurteilbar ist.	Leitlinie*

Meldungstyp

*) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Mammakarzinom, Langversion 5.0, AWMF-Register-Nummer: 032-0450L, Stand: Dezember 2025

Items mit „Luft nach oben“

3. Molekulare/genetische Marker wie z.B. BRCA-1,2-Mutation melden

- Warum?
 - Molekulargenetik gewinnt immer mehr Relevanz in der Diagnostik, Prognose und Therapie von Tumorerkrankungen und
 - ist bereits fester Bestandteil der Berechnung von Qualitätsindikatoren (QI) der S3-Leitlinien
 - einige Biomarker/genetische Veränderungen sind relevant für die Stadiengruppierung/TNM.
- Was?
 - Nur tumorgenetische Veränderungen im Tumormaterial (somatische Veränderungen) sind zu melden
 - Ergebnisse zu Untersuchungen auf Veränderungen in der Keimbahn dürfen nicht übermittelt werden
- Wo?
 - in Diagnose-, OP- oder Verlaufsmeldung (Statusänderung) und auch in Pathologiemeldung, abhängig vom Genetik-Befunddatum (und Intention)

Items mit „Luft nach oben“

Fortsetzung: Molekulare/genetische Marker wie z.B. BRCA-1,2-Mutation

- Wie?
 - 2 Felder im oBDS: „**Name**“ des Biomarkers/Gens und „**Ausprägung**“ (Ausprägung / Erklärung: **M / Mutation**, W / Wildtyp, P/ Polymorphismus, N / Nicht bestimmbar, U / Unbekannt)
 - Liste/Empfehlung der Plattform §65c (Überblick relevanter Gene und deren Veränderungen sowie bestimmter weitere Biomarker)
- Was noch?
 - Die Dokumentation im Feld “Genetische Variante” ist der Dokumentation im Modul (aktuell KRAS, Her2neu) vorzuziehen.
 - Genetische Veränderungen, die bereits eindeutig über den Morphologieschlüssel abgebildet sind, müssen nicht zusätzlich dokumentiert und gemeldet werden. (z.B. 9445/3 Glioblastom, IDH-mutiert)
 - Weiteres siehe: „**Manual plus**“ des DKR e.V./§65-c-Plattform (<https://plattform65c.atlassian.net/wiki/spaces/Dokumentat>)

Items mit „Luft nach oben“

4. Tumorkonferenzen:

Neuere Items (ab oBDS 3.0) bitte ausfüllen:

- Therapieempfehlung:

- Hier sollen alle Therapien angegeben werden, die sich aus der Tumorkonferenz/Therapieplanung als Empfehlung ergeben. Die letztendliche Umsetzung der Empfehlung hat keinen Einfluss auf die Angaben.

CH = Chemotherapie

HO = Hormontherapie

IM = Immun-/Antikörpertherapie

ZS = zielgerichtete Substanz

SZ = Stammzelltransplantation inkl. Knochenmarktransplantation

CI = Chemo- + Immun-/Antikörpertherapie

CZ = Chemotherapie + zielgerichtete Substanzen

CIZ = Chemo- + Immun-/Antikörpertherapie + zielgerichtete Substanzen

IZ = Immun-/Antikörpertherapie + zielgerichtete Substanzen

WW = Watchful Waiting

AS = Active Surveillance

WS = Wait and See

OP = Operation

ST = Strahlentherapie

SO = Sonstiges

KW = keine weitere tumorspezifische Therapie empfohlen

- Die Ausprägung "keine weitere tumorspezifische Therapie empfohlen" (KW) soll angegeben werden, wenn keine weitere tumorspezifische Therapie empfohlen wird, der Patient aber z.B. im Rahmen der Nachsorge Best Supportive Care (BSC)* weiterbetreut wird.

* Linderung von Symptomen (wie Schmerzen, Atemnot) und die Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität; häufig am Lebensende

Items mit „Luft nach oben“

4. Tumorkonferenzen:

- Abweichung Patientenwunsch
 - Wird auf Wunsch des Patienten von den Therapieempfehlungen abgewichen?
 - Ausprägungen: J = Ja // N = Nein // U = unbekannt
 - Das Feld bezieht sich auf die Empfehlung insgesamt. Wird die getroffene Empfehlung im Nachgespräch nach der Tumorkonferenz bzw. in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang ganz oder teilweise von der Patientin bzw. dem Patienten abgelehnt, ist "Ja" anzugeben. Basiert die Abweichung von der Therapieempfehlung auf anderen Gründen, so ist "Nein" anzugeben.

Weitere Wünsche an Sie (als „Meldende“)

*Ein Register lebt von der Vollzähligkeit, Vollständigkeit
und der Qualität seiner Daten!*



- Bitte prüfen Sie, ob tatsächlich für alle Meldeanlässe Meldungen erzeugt/abgegeben werden
 - Insbesondere Therapie-Meldungen scheinen noch zu fehlen (ST, SYS)?
 - Sprechen Sie ggf. mit den behandelnden Kolleg*innen
 - Auch aktiv überwachende Behandlungsstrategien wie „Wait and See“ und „Active Surveillance“ sind meldepflichtig (=>als Therapie-Meldung „Systemische Therapie“)!)
- Upload-Melder: Prüfen Sie bei Bedarf Ihre XML-Exportdateien (XML ist kein „Hexenwerk“ ;-)

- Ende -

Danke, dass Sie das Krebsregister SH unterstützen!

Bei Fragen zu Ihren Meldungen und zum Meldeportal
unterstützt Sie Ihre Vertrauensstelle:

Tel. 04551 803 865

Qualitätskonferenz Brustkrebs, 20.05.2026

Epidemiologie Brustkrebs in Schleswig-Holstein

Methoden

- Brustkrebs nach ICD-10: C50
- Daten des Krebsregisters Schleswig-Holstein
- Zeitraum 1998-2024
- WOB – Wohnortbezogener Bericht, verfügbar unter www.krebsregister-sh.de
- Vergleichsdaten aus dem Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) und dem Krebsatlas der Deutsche Krebsregister e.V. (DKR)

Überblick Schleswig-Holstein 2024

Brust (ICD-10 C50)

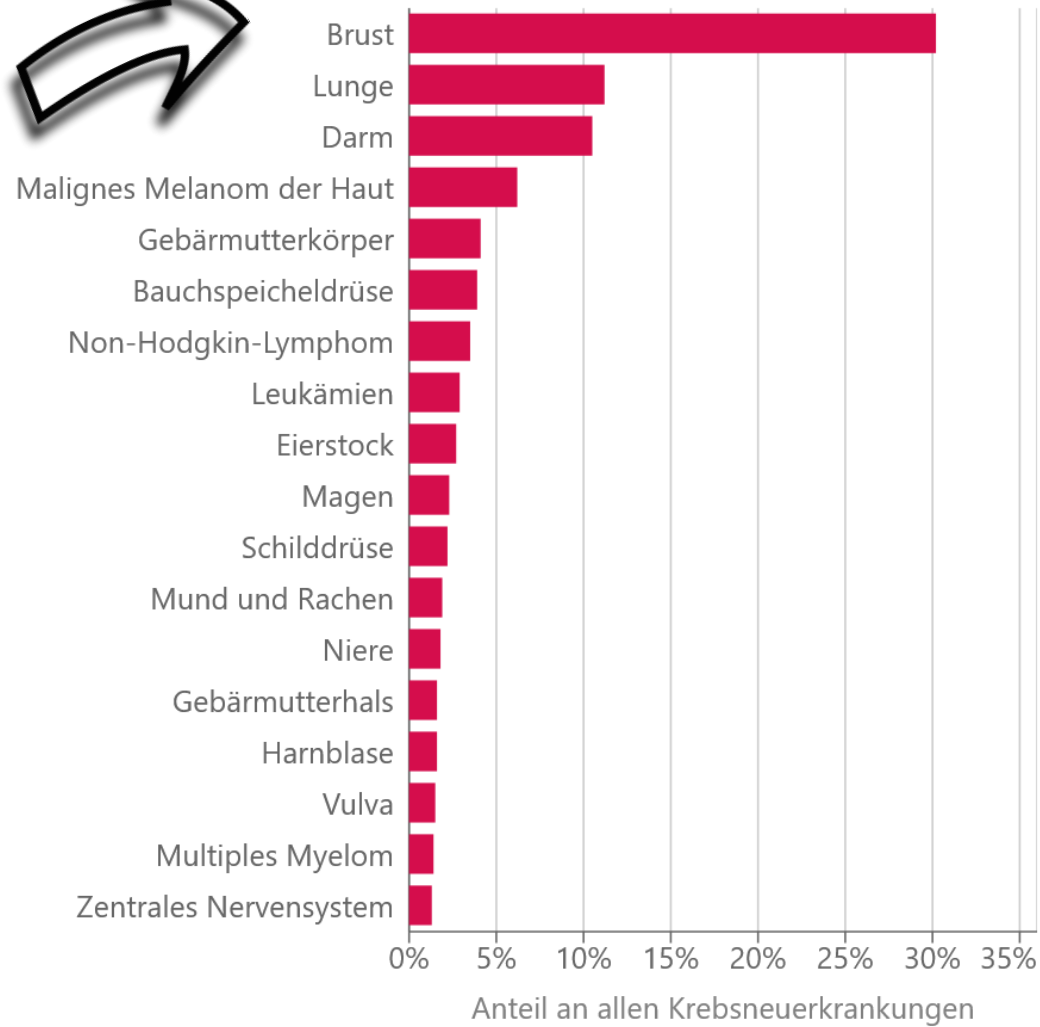
Inzidenz

Schleswig-Holstein 2024	Männer	Frauen
Krebsneuerkrankungen	23	3.009
davon DCO-Fälle	2	170
In situ-Fälle	2	311
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	70,0	65,0
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	0,1	10,5
Anteil an Krebs gesamt (%)	0,2	30,2
Geschlechterverhältnis	1 : 130,8	
Inzidenzraten (Fälle/100.000)		
Rohe Rate	1,6	199,2
Altersstandardisierte Rate (Stdbev. Europa)	0,9	128,4
Vergleich Deutschland 2023 (RKI)	1,2	118,6

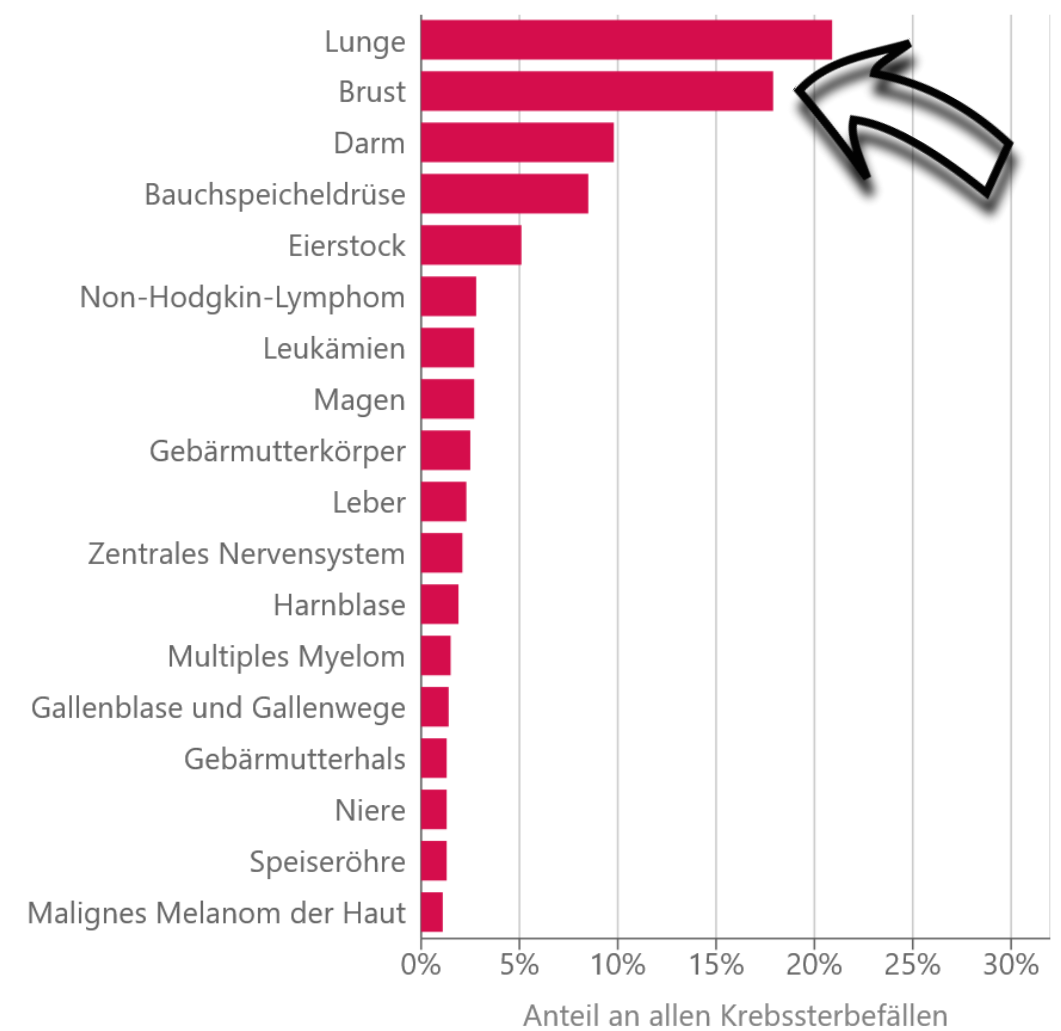
Mortalität

Schleswig-Holstein 2023	Männer	Frauen
Krebssterbefälle	12	775
Mittleres Sterbealter	77,5	77,1
Kumulative Mortalität 0-74 J. (%)	0,0	1,7
Anteil an Krebs gesamt (%)	0,2	17,9
Geschlechterverhältnis	1 : 64,6	
Mortalitätsraten (Fälle/100.000)		
Rohe Rate	0,8	51,3
Altersstandardisierte Rate (Stdbev. Europa)	0,4	24,2
Vergleich Deutschland 2023	0,3	21,0

Krebsneuerkrankungen, Frauen

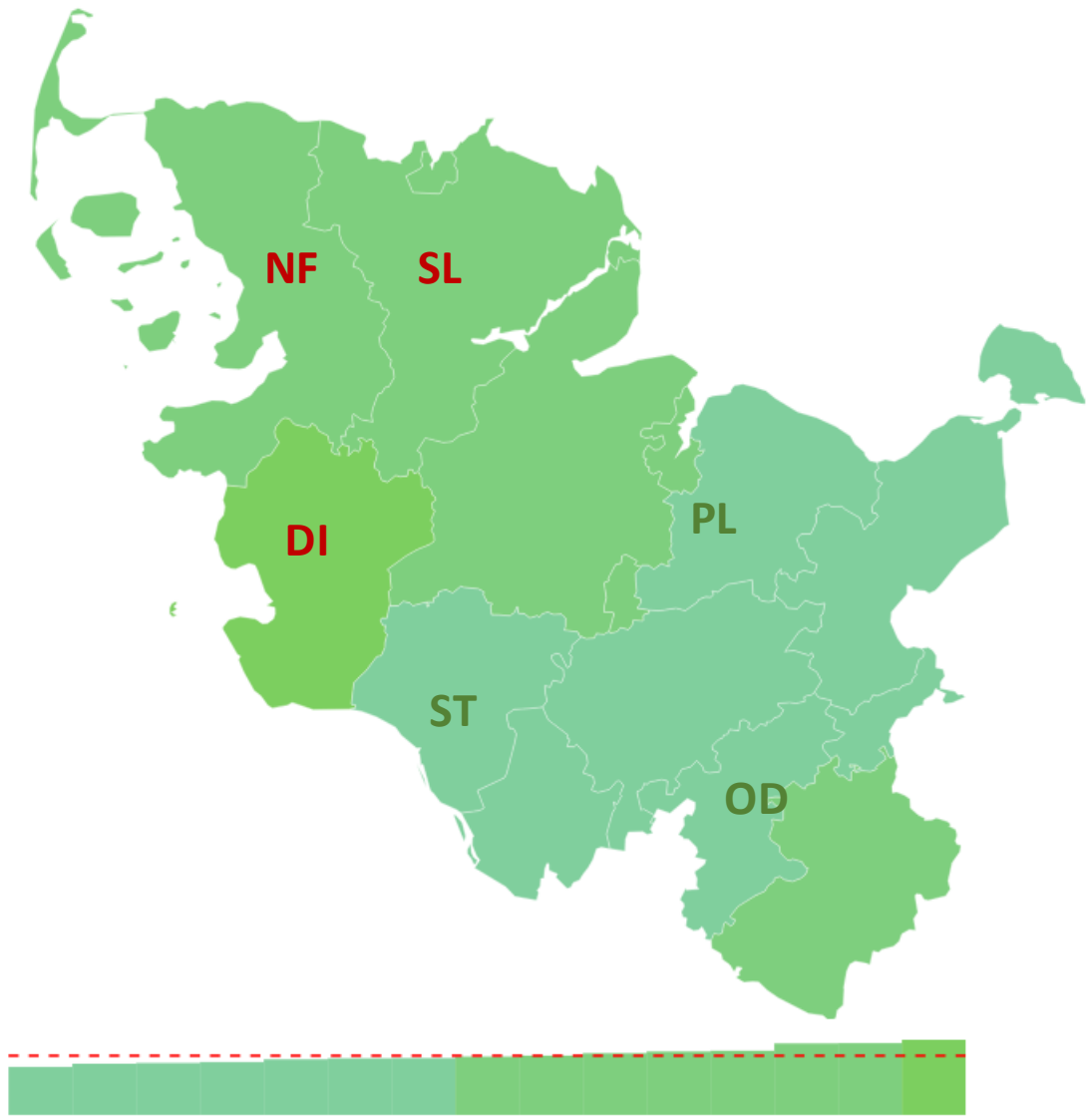
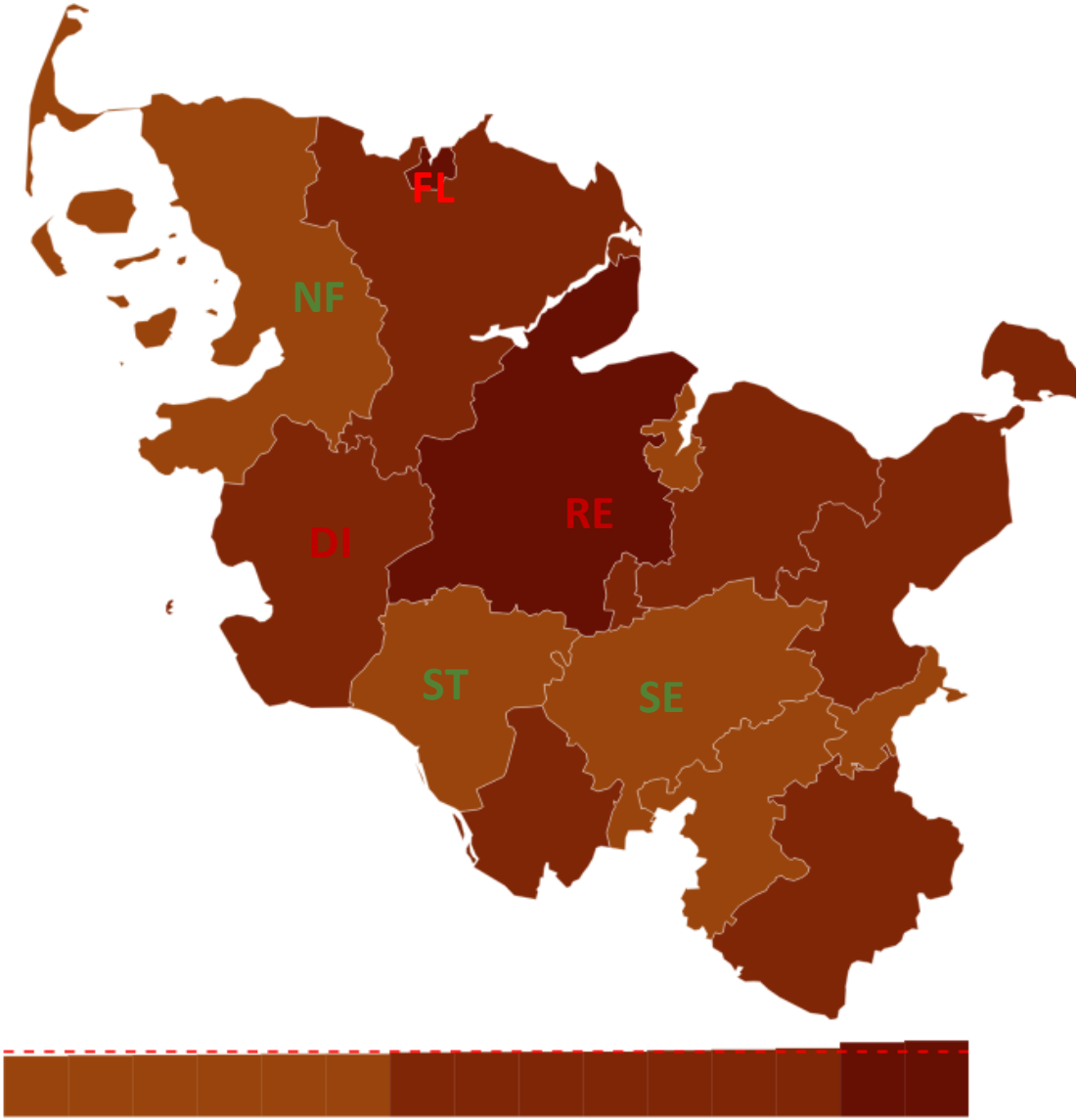


Krebssterbefälle, Frauen



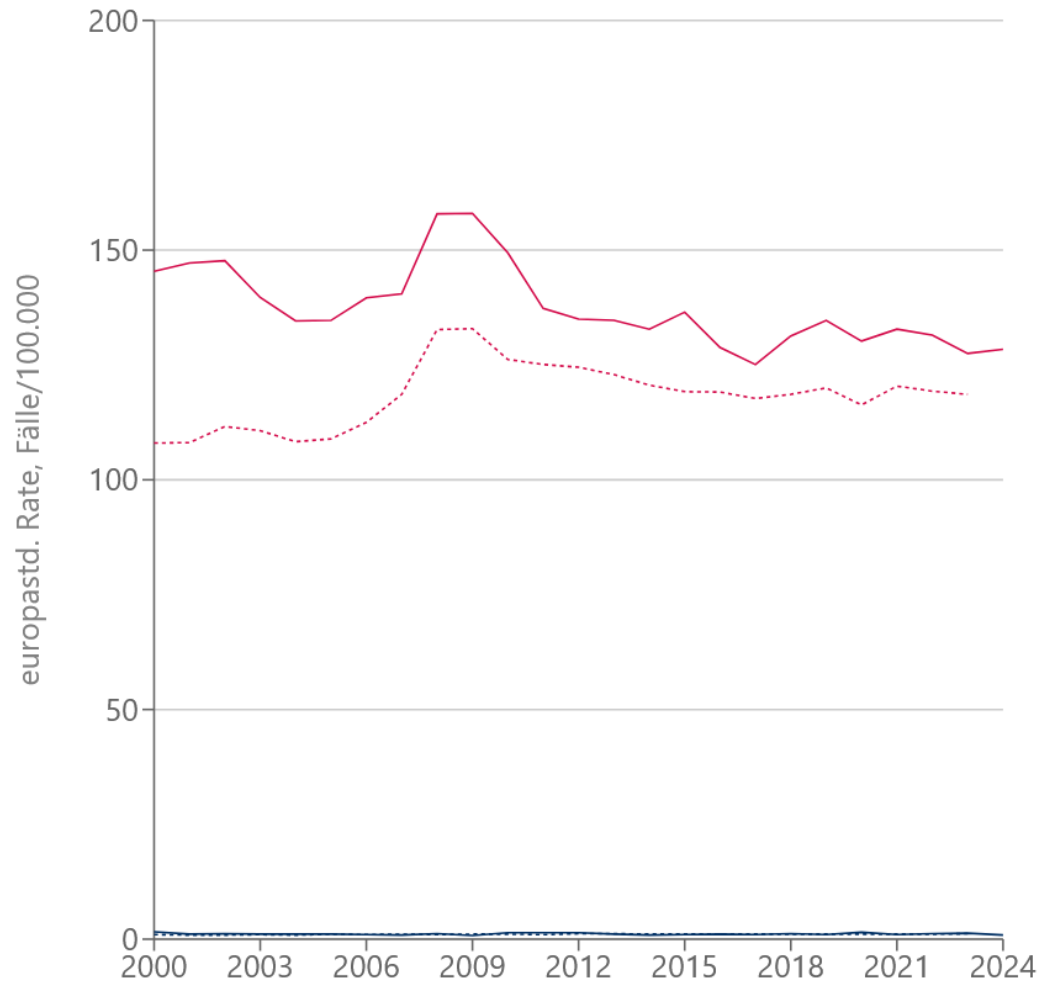
Krebsneuerkrankungsraten Frauen

Krebssterberaten Frauen



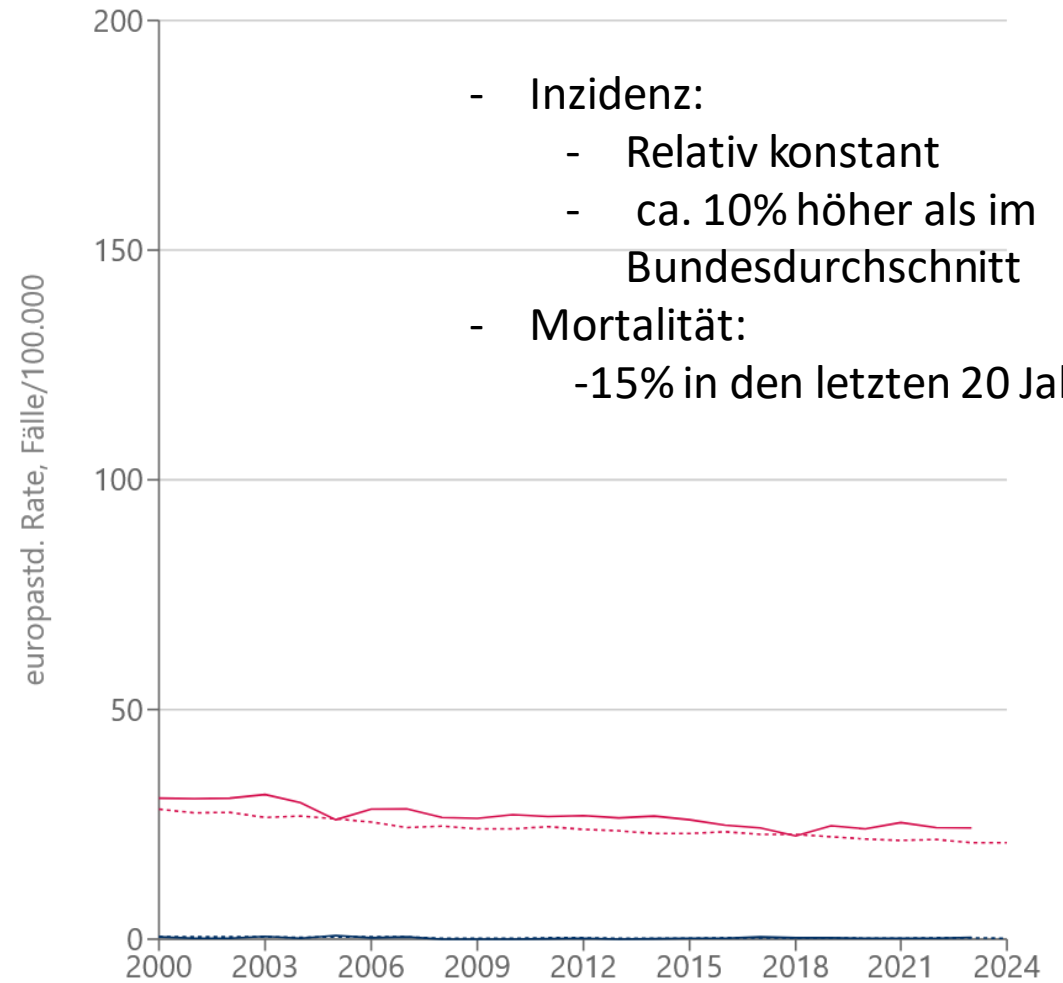
Krebsneuerkrankungsraten

— Männer SH — Frauen SH Männer DEU (RKI)
 Frauen DEU (RKI)



Krebssterberaten

— Männer SH — Frauen SH Männer DEU (GBE)
 Frauen DEU (GBE)



- Inzidenz:
 - Relativ konstant
 - ca. 10% höher als im Bundesdurchschnitt
- Mortalität:
 - 15% in den letzten 20 Jahren!

Effekte des Mammographie-Screenings auf die Sterblichkeit

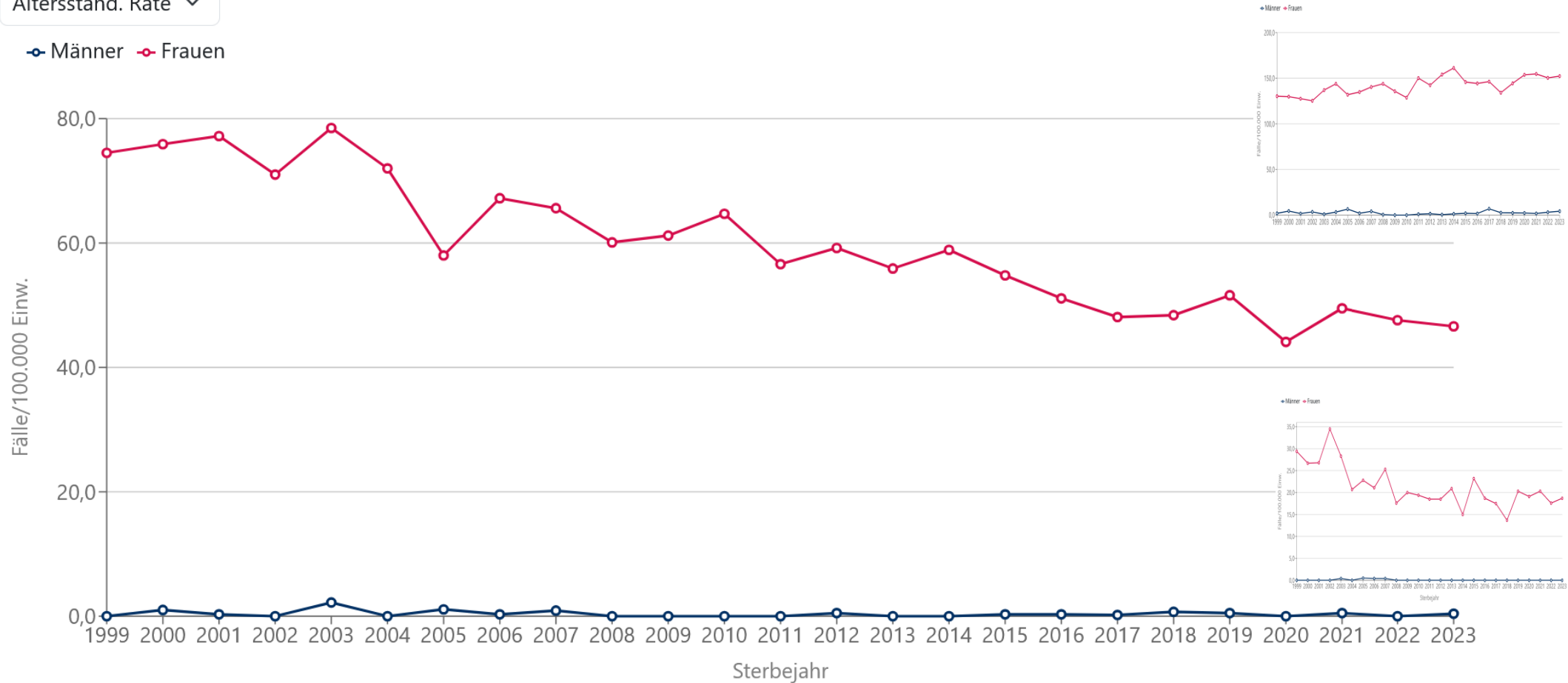
C50 - Brustdrüse [Mamma] ×

× ▾

Ausgewählte Altersgruppen: 50 - 69

Altersstand. Rate ▾

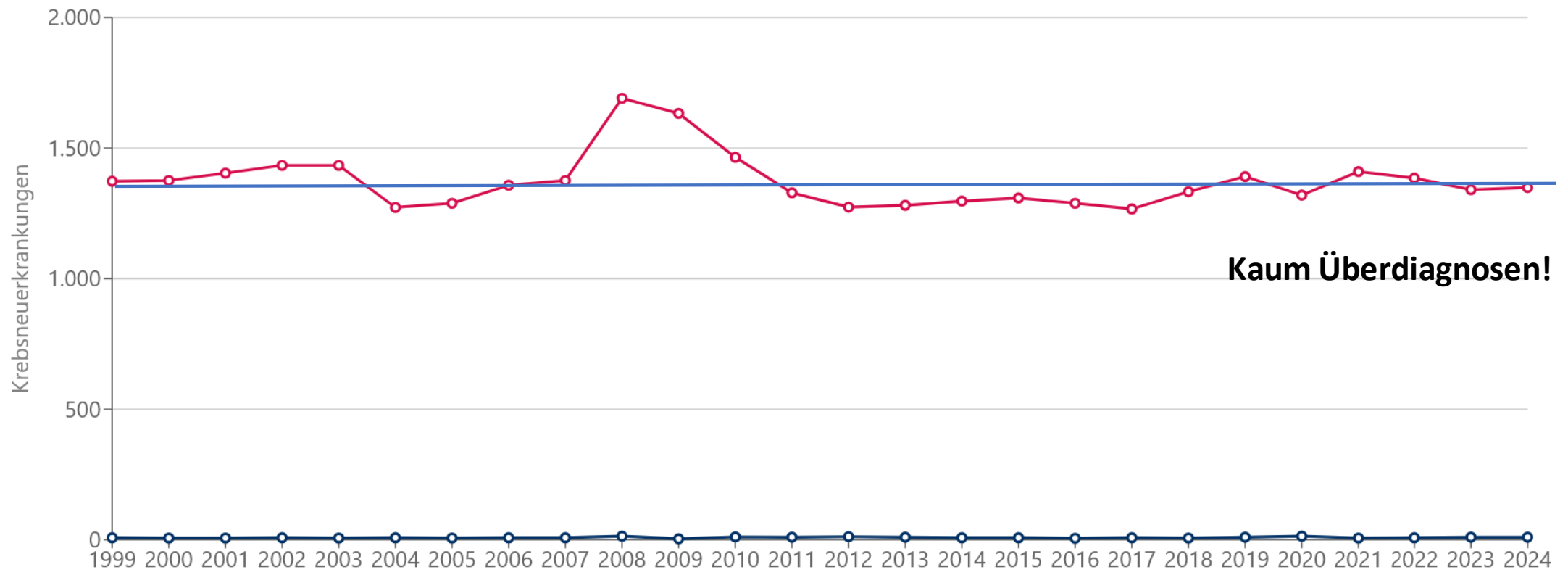
—○— Männer —○— Frauen



Ausgewählte Altersgruppen: 50 - 69

Fallzahlen ▾

—○— Männer —○— Frauen



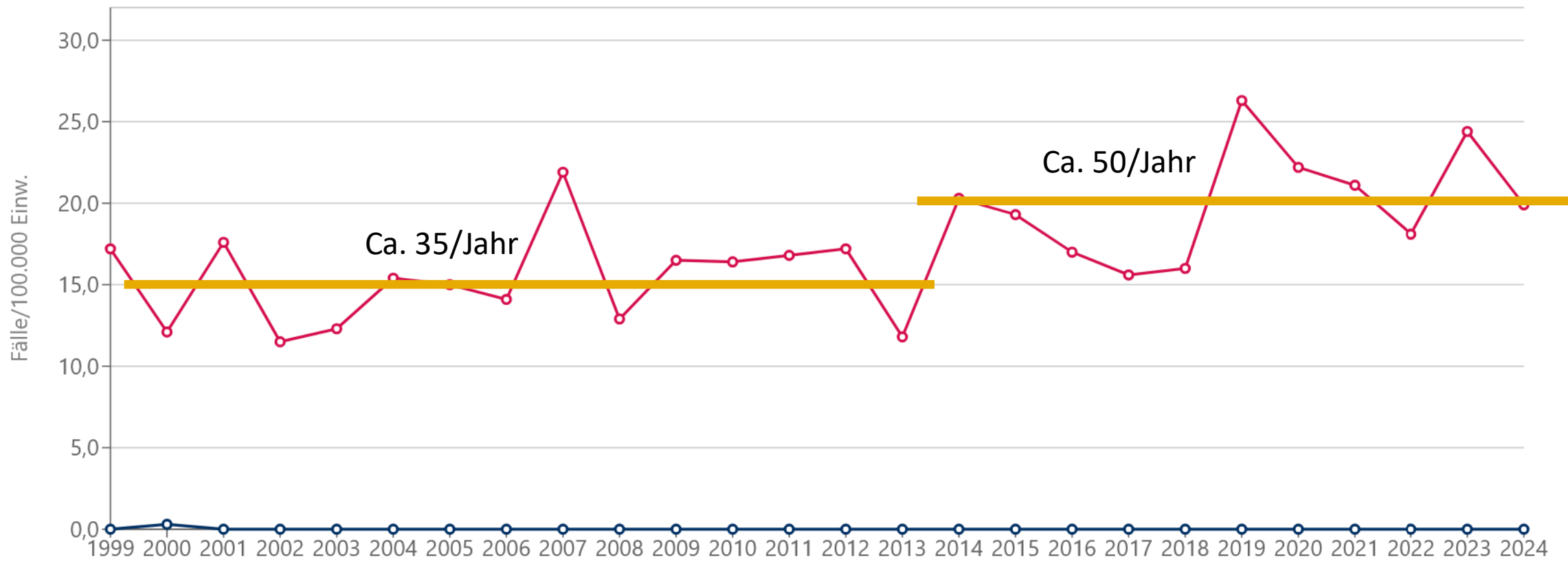
Kaum Überdiagnosen!

Brustkrebs bei jungen Frauen

Ausgewählte Altersgruppen: 20 - 34

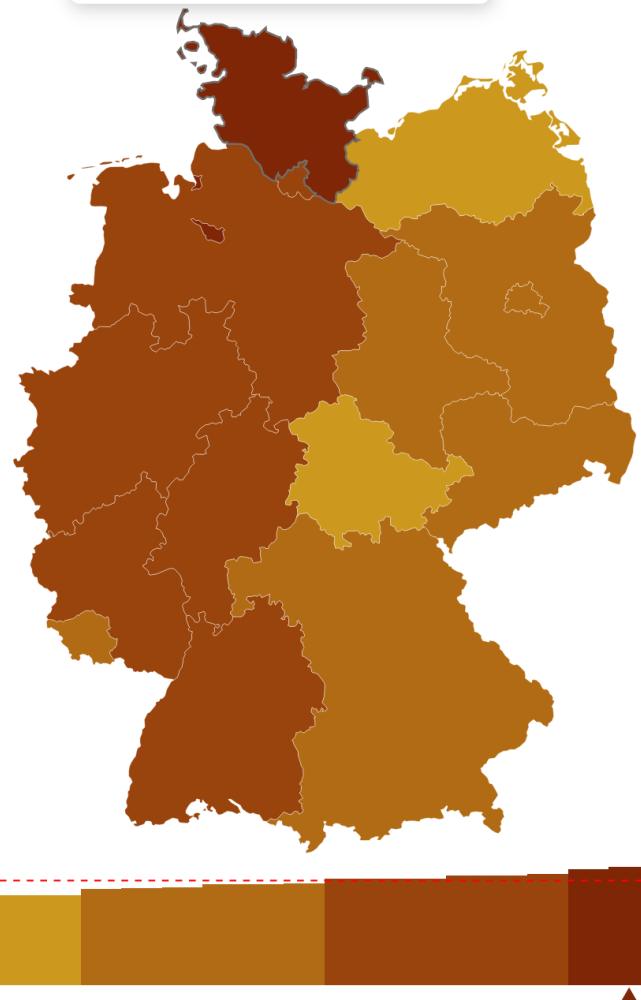
Altersstand. Rate ▾

— Männer — Frauen



Inzidenz

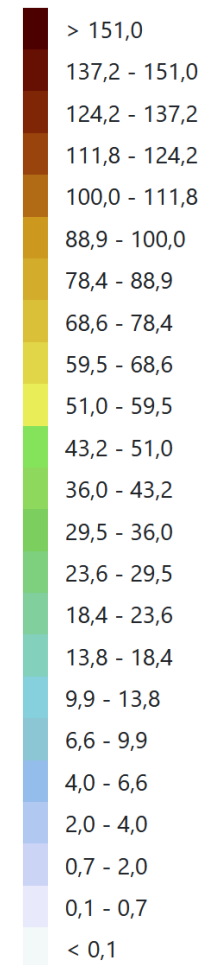
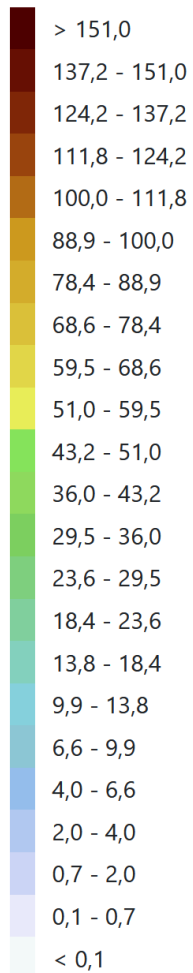
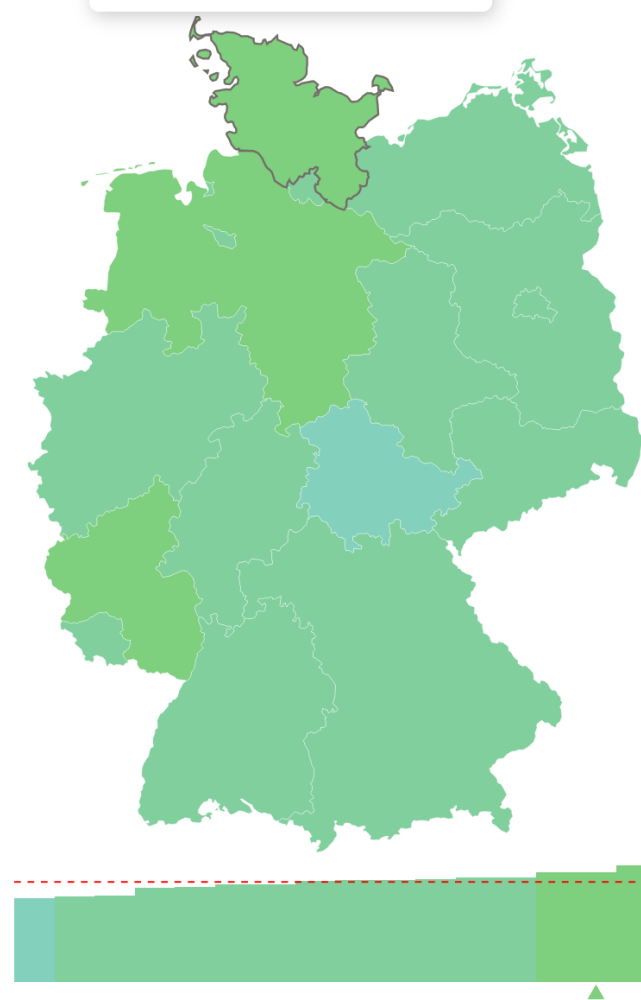
Schleswig-Holstein
 altersstd.Rate (Europastandard): 127,5
 Vergleichswert Deutschland: 112,7



SH in der „Spitzengruppe“

Mortalität

Schleswig-Holstein
 altersstd.Rate (Europastandard): 23,9
 Vergleichswert Deutschland: 21,8

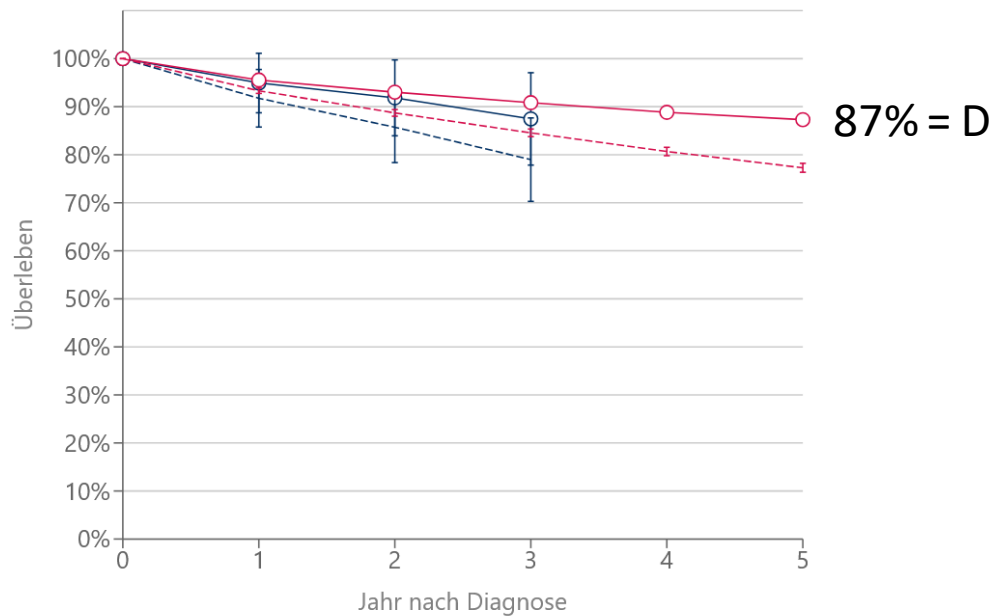


Überleben nach Brustkrebs in SH

Überleben in Schleswig-Holstein nach Geschlecht

Brust (ICD-10 C50)
Periode 2020 bis 2024

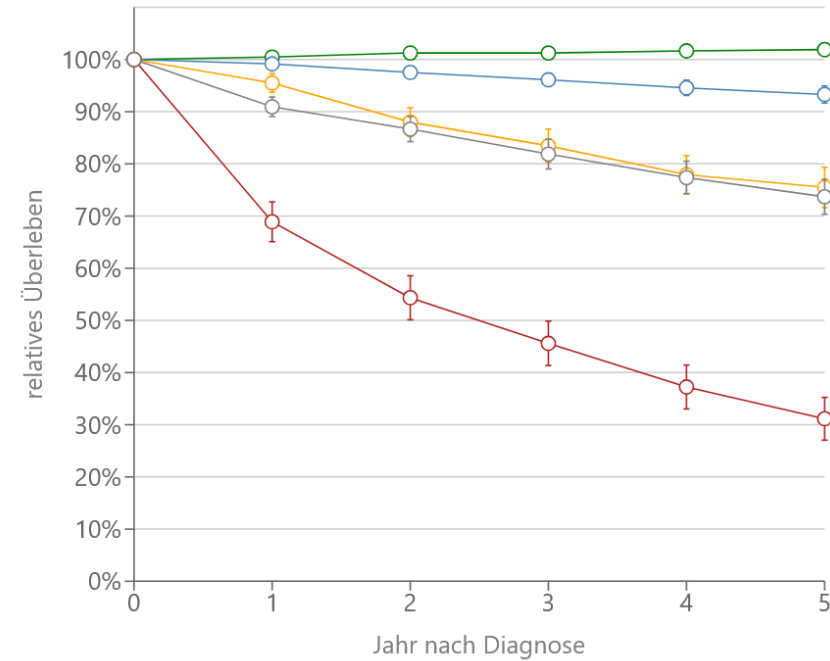
● Männer relativ - - - Männer absolut ● Frauen relativ
- - - Frauen absolut



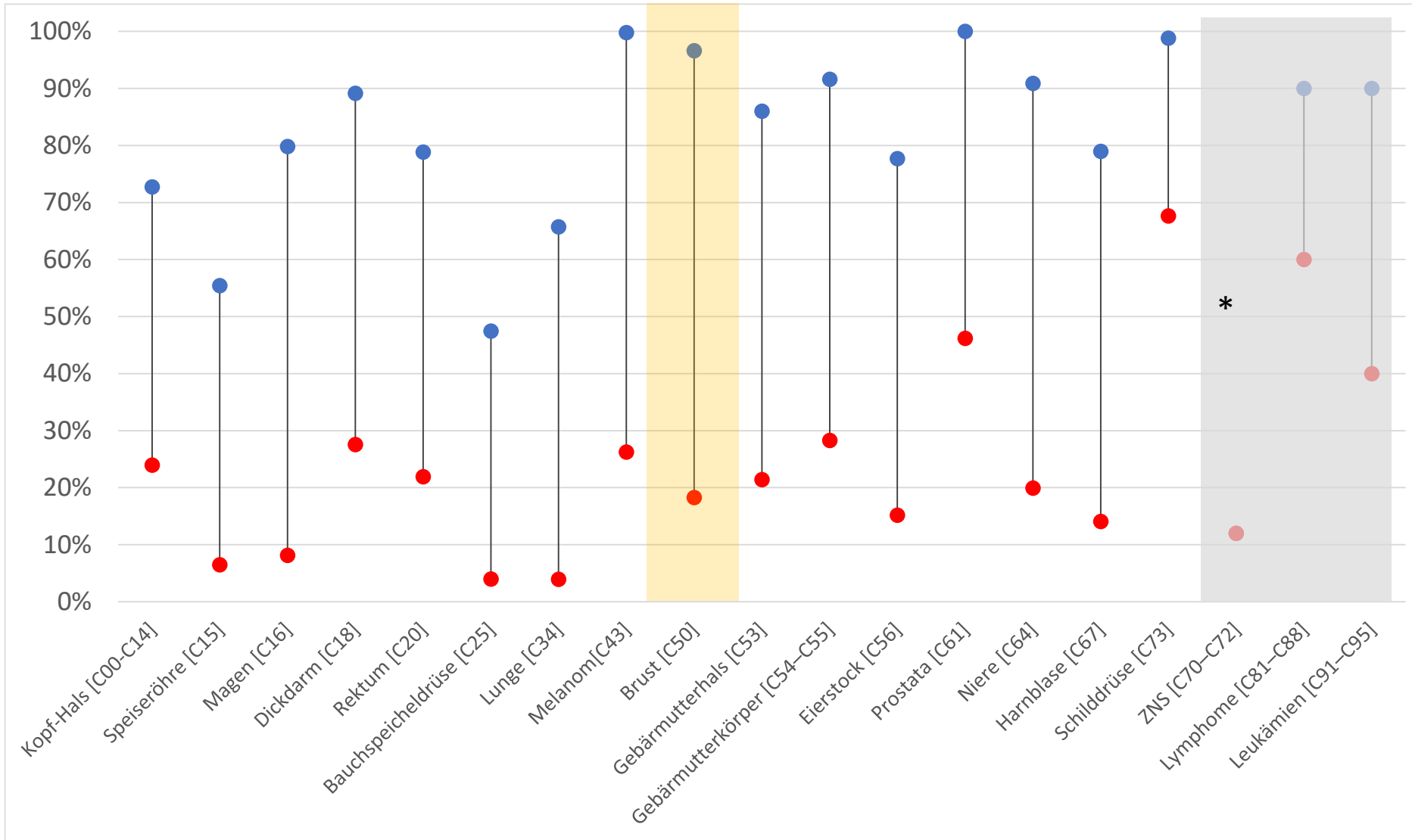
Überleben in Schleswig-Holstein nach UICC-Stadien

Brust (ICD-10 C50)
Periode 2020 bis 2024

● I ● II ● III ● IV ● u

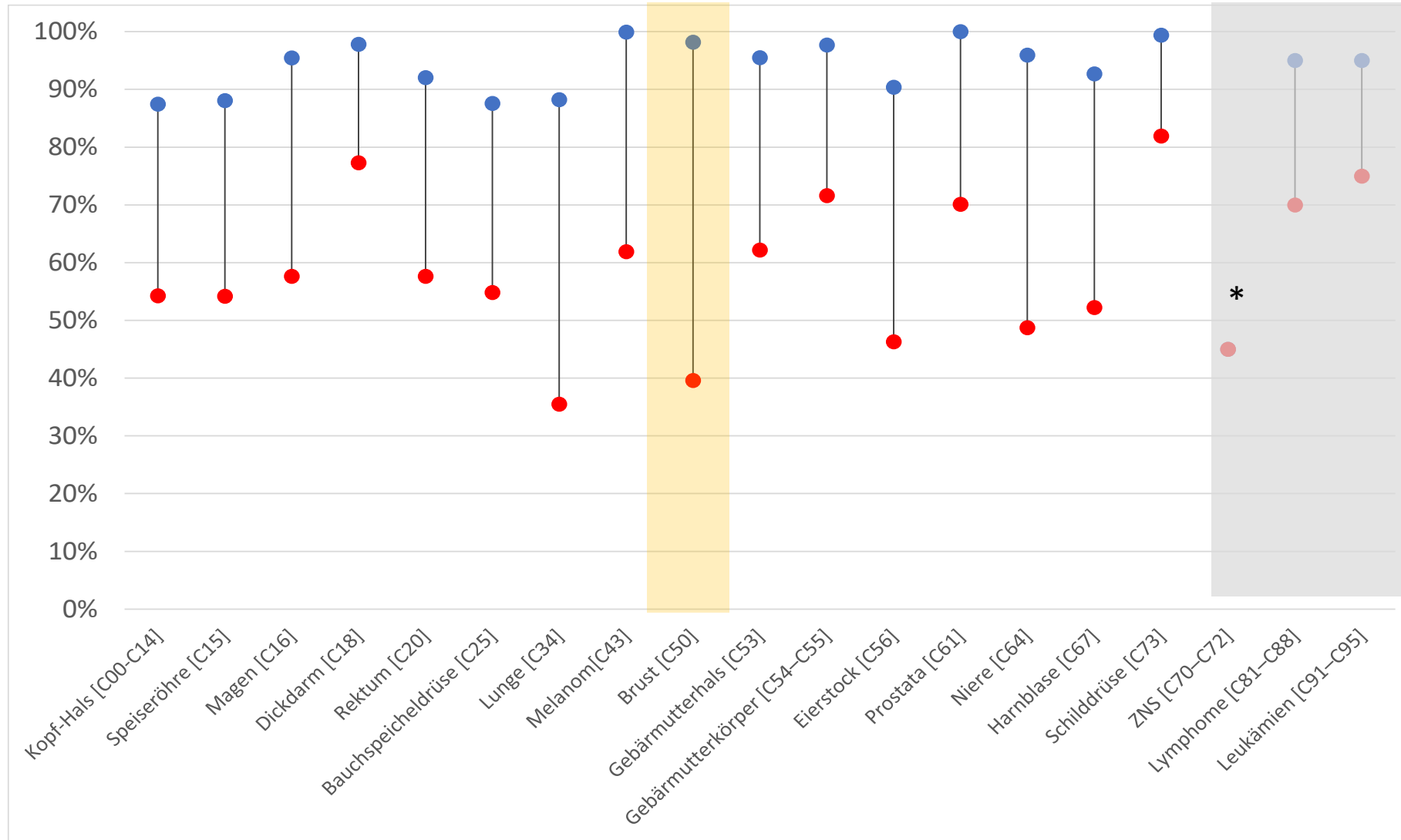


Heilung nach Tumorart (3 Monate nach Diagnose) und Tumorstadium (UICCI – UICCV)



*ZNS, Lymphome und Leukämien nicht nach UICC, sondern nach Histologie

Heilung nach Tumorart (5 Jahre nach Diagnose) und Tumorstadium (UICCI – UICCV)



*ZNS, Lymphome und Leukämien nicht nach UICC, sondern nach Histologie

Zusammenfassung Epidemiologie Brustkrebs

- Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung und die zweithäufigste Krebstodesursache in Schleswig-Holstein
- Konstante Inzidenz, Rückgang der Sterblichkeit in den Altersgruppen des Screenings
- Bei jungen Frauen 20-34 leichter Anstieg der Inzidenz
- Regionale Unterschiede für Inzidenz und Mortalität
- SH liegt im Bundesvergleich in der Spitzengruppe (+15%)
- Die Prognose ist stadienabhängig, im Stadium I kann heute überwiegend Heilung erreicht werden!

Qualitätskonferenz Brustkrebs 2026

Neue Entwicklungen in der Therapie des Brustkrebs

20. Mai 2026

Nicolai Maass, Kiel
Gynäkologie und Geburtshilfe

AGO Mamma: Up date 2026



Prädiktive Faktoren: (Neo-)Adjuvante Chemo- und zielgerichtete Therapie

Therapie	Faktor	Oxford		
		LoE	GR	AGO
<ul style="list-style-type: none"> Adjuvante Chemotherapie 	70-Gen-Signature (MammaPrint)*	1b	A	+
	21-Gen-Recurrence-Score* (Oncotype DX®)	1b	A	+
	EPclin (EndoPredict®)*	2b	B	+
	PAM-50 (Prosigna®)*	2b	B	+
	Histologischer Typ (lobulär vs. NST)	2b	B	-
<ul style="list-style-type: none"> Anti-HER2-Therapie 	TIL's bei TNBC	1a	A	+/-
	HER2 (IHC, ISH)	1a	A	++
<ul style="list-style-type: none"> PARP-Inhibitor 	<i>gBRCA1/2</i> Mutation (HER2 neg.)	1a	A	++

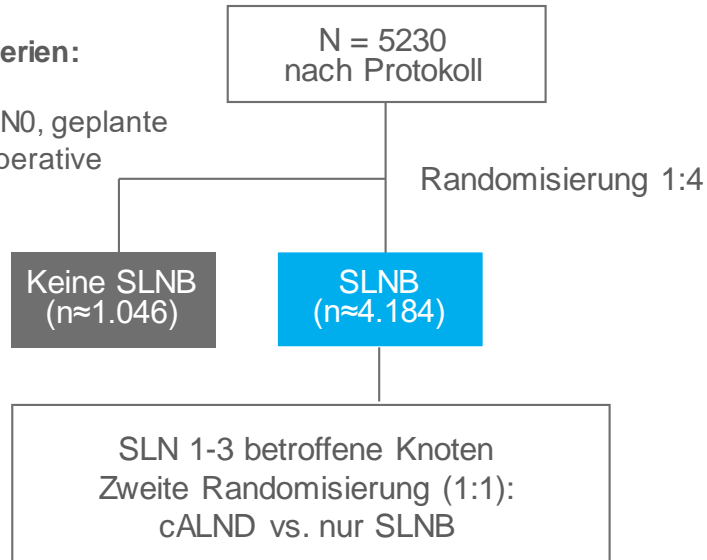
* Entscheidung nach Alter / Menopausenstatus zu erwägen, prospektive Evidenz nur für MammaPrint und OncotypeDX verfügbar (siehe nächste Folie).

INSEMA

Studiendesign¹

Einschlusskriterien:

≥18 Jahre,
cT1/2 (≤5cm), cN0, geplante
BCS und postoperative
Bestrahlung



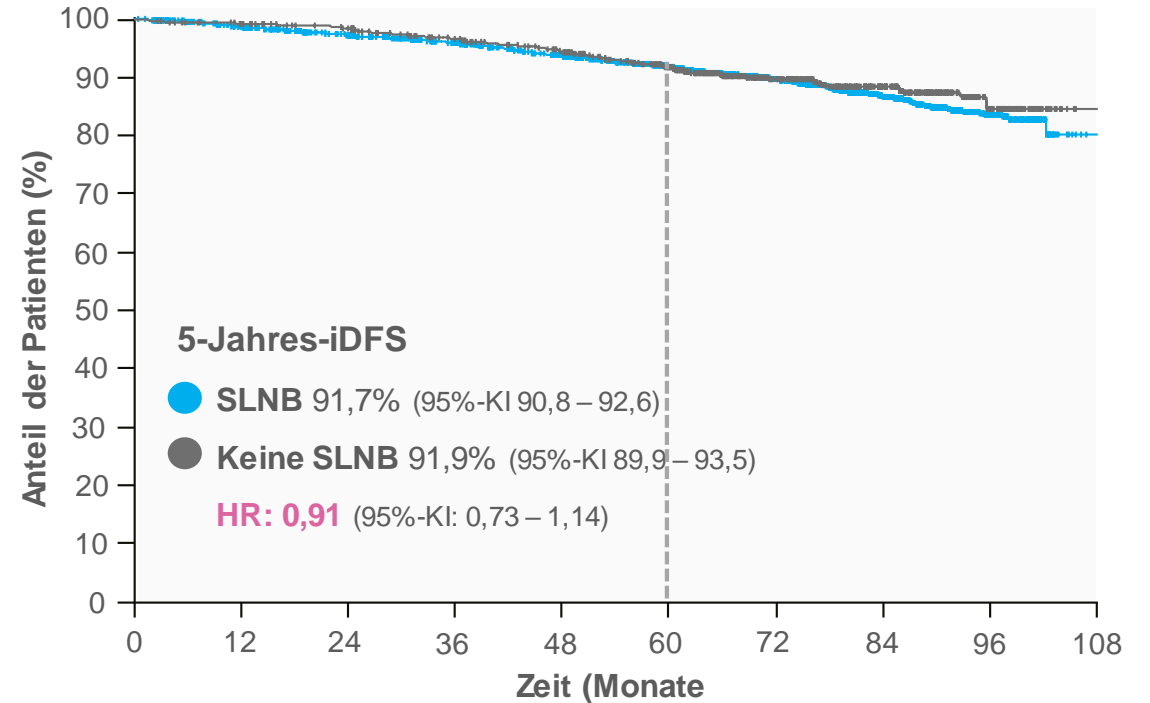
Primärer Endpunkt:

- Vergleich der iDFS nach BCS (Nicht-Unterlegenheitsfrage) zwischen Patienten ohne Axillaroperation und SLNB (erste Randomisierung)

Wichtiger sekundärer Endpunkt:

- Vergleich der iDFS nach BCS zwischen Patienten mit SLNB allein und Patienten mit vollständiger ALND (zweite Randomisierung)
- Rekrutierung in Deutschland und Österreich (2015-2019)

iDFS (in der Per-Protokoll Population)²



Patienten unter Risiko

SLNB	3896	3726	3582	3459	3286	2950	1842	1008	329	0
Keine SLNB	962	942	918	877	832	743	477	272	82	0

Sentinel-Lymphknoten-Exzision (SLNE)

Indikationen I

Oxford

LoE GR AGO

- Festlegung des operativen axillären Stagings im Rahmen präoperativer interdisziplinärer Konferenzen

5 D ++

- Inv. MaCa mit klinisch / sonographisch neg. Axilla (cN0)

1b A ++

- Verzicht auf SLNE bei postmenopausaler Patientin (≥ 50 J., cT1 cN0, BEO + Ganzbrustbestrahlung, HR+/HER2-, G1/G2) wenn keine therapeutische Konsequenz

1b B ++

- Verzicht auf SLNE bei der älteren Patientin (≥ 70 J., cT1/cN0, HR+/HER2-, Mastektomie)

3b B +

- DCIS

- Mastektomie

3a C +/-

- High risk DCIS *

3b C +

- BEO

3b B --

* „delayed sentinel“ bevorzugt, siehe DCIS-Kapitel, DCIS grade 2 und > 20 mm, DCIS Grad 3 oder DCIS mit Tastbefund.

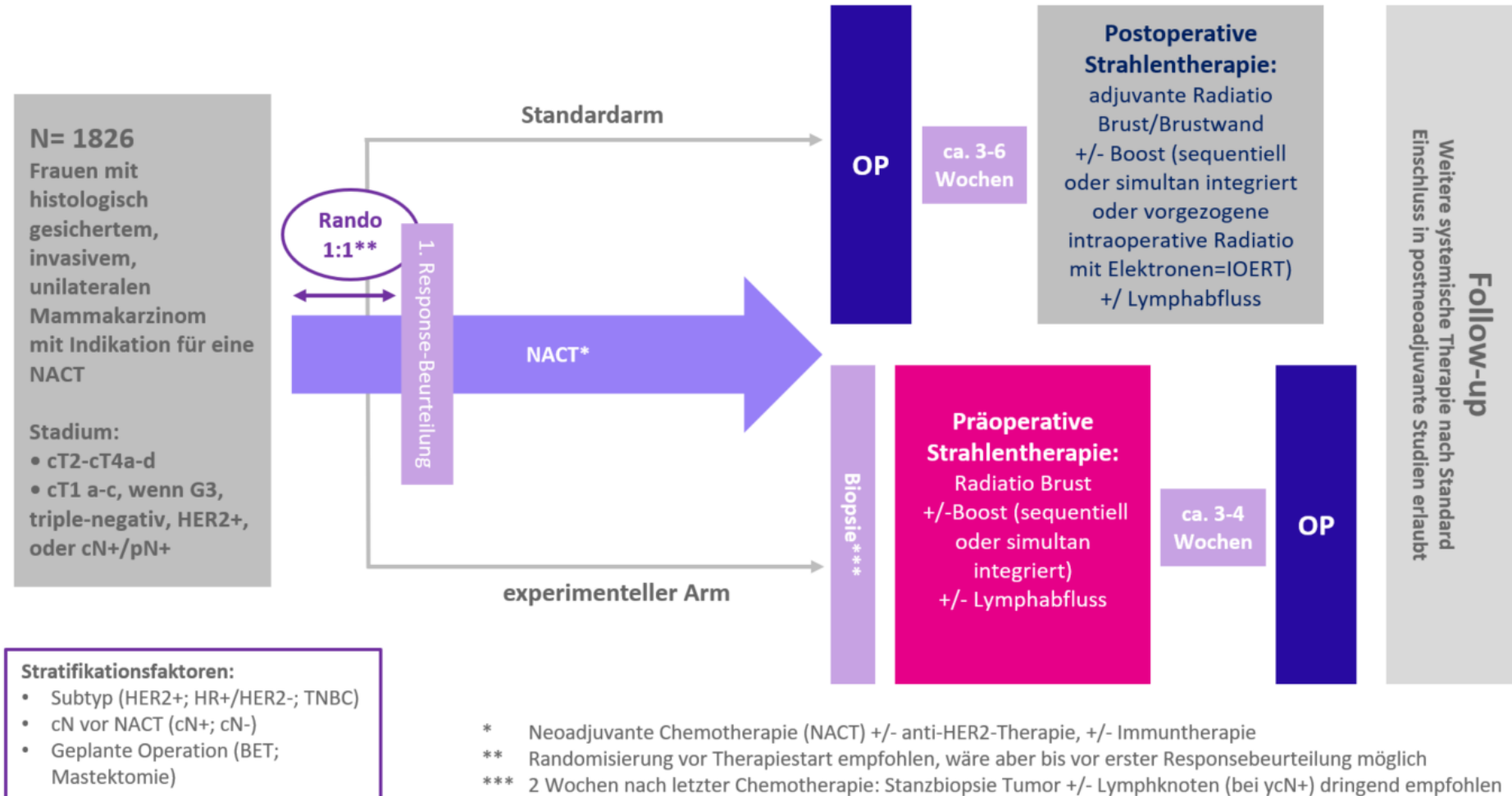
Radiotherapie (RT) nach brusterhaltenden Operationen (BEO; invasive Karzinome)

Oxford

LoE GR AGO

- | | LoE | GR | AGO |
|---|-----|----|-----|
| ▪ Bestrahlung der operierten Brust | 1a | A | ++ |
| ▪ Moderat hypofraktionierte RT (Gesamtdosis ca. 40 Gy in ca. 15-16 Fraktionen in ca. 3 Wochen) | 1a | A | ++ |
| ▪ Ultra-hypofraktionierte RT (Gesamtdosis 26 Gy, d.h. 5 Fraktionen in einer Woche = 1 Fraktion/Tag bzw. 28,5 Gy, d.h. 5 Fraktionen in 5 Wochen = 1 Fraktion/Woche) | 1b | B | + |
| ▪ Konventionell fraktionierte RT (Gesamtdosis ca. 50 Gy in ca. 25-28 Fraktionen in ca. 5-6 Wochen) | 1a | B | +/- |
| ▪ Bei Lebenserwartung < 10 Jahre und pT1, pN0, R0, ER / PR positiv, HER2-negativ, endokriner adjuvanter Therapie (alle Faktoren) kann unter Inkaufnahme eines erhöhten Risikos eines intramammären Rezidivs ohne Überlebensnachteil nach individueller Beratung auf die RT verzichtet werden. | 1a | B | + |

Neoadjuvante Strahlentherapie: NeoRAD



Qualitätskonferenz Brustkrebs 2026

Systemtherapie des **frühen** Mammakarzinoms

Strategien der differenzierten Systemtherapie in der kurativen Situation

AGO

Bei Indikation zur Chemotherapie neoadjuvante Applikation bevorzugen; Studienteilnahme empfohlen.

- | | |
|--|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> HR+ / HER2- mit „niedrigem Rückfallrisiko“ <ul style="list-style-type: none"> Endokrine Therapie ohne Chemotherapie | ++ |
| <ul style="list-style-type: none"> HR+ / HER2- mit „erhöhtem Rückfallrisiko“ <ul style="list-style-type: none"> Endokrine Therapie Endokrin-basierte Therapie mit Abemaciclib Endokrin-basierte Therapie mit Ribociclib Bei Patientinnen mit Indikation zur chemo-endokrinen Therapie*: <ul style="list-style-type: none"> Konventionell dosierte AT-basierte Chemotherapie (q3w) Dosisdichte Chemotherapie (inkl. weekly-Regime) | ++
++
+
+
++ |
| <ul style="list-style-type: none"> gBRCA1/2^{MUT} (HR+ / HER2- o. TNBC) <ul style="list-style-type: none"> Olaparib +/- endokrine Therapie | ++ |
| <ul style="list-style-type: none"> Triple-negative (TNBC) <ul style="list-style-type: none"> Konventionell dosierte AT-basierte Chemotherapie (q3w) Dosisdichte sequentielle AT-basierte Chemotherapie (inkl. weekly Schemata für Pac / Carbo) Neoadjuvante platinhaltige Chemotherapie Neoadjuvante AT-basierte und platinhaltige Chemotherapie mit ICPI (Pembrolizumab) (Neo)adjuvante ddEC → Pac / Carbo | +
+
+
++
+ |
| <ul style="list-style-type: none"> HER2+ <ul style="list-style-type: none"> Trastuzumab (plus Pertuzumab bei N+ oder NACT) <ul style="list-style-type: none"> Sequentielle AT-basierte Chemotherapie mit simultaner Gabe von T + anti-HER2-Therapie Anthrazyklin-freie Chemotherapie + anti-HER2-Therapie | ++
++
++ |

* s. Prognosekapitel

Postneo-/ Adjuvante Therapie HR+ / HER2-

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

Guidelines Breast
Version 2026.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
▪ Endokrine Therapie nach Menopausenstatus	1a	A	++
▪ <u>Abemaciclib für 2 Jahre + endokrine Therapie¹</u>	1b	B	++
▪ <u>Ribociclib (400 mg) für 3 Jahre + AI +/- GnRHa²</u>	1b	B	+
▪ <u>Olaparib für 1 Jahr + endokrine Therapie (gBRCA1/2^{MUT})³</u>			
▪ Adjuvant: ≥ 4 befallene Lymphknoten	1b	A	++
▪ Postneoadjuvant: non-pCR und CPS-EG Score ≥ 3	1b	A	++
▪ CDK4/6i in Sequenz, Beginn mit Olaparib	5	D	+
▪ Capecitabin (bei non-pCR)	1b	A	+/-

1 entsprechend Einschlußkriterien der monarchE-Studie

2 entsprechend Einschlußkriterien der Natalee-Studie

3 entsprechend Einschlußkriterien der OlympiA-Studie

Strategien der differenzierten Systemtherapie in der kurativen Situation

AGO

Bei Indikation zur Chemotherapie neoadjuvante Applikation bevorzugen; Studienteilnahme empfohlen.

- HR+ / HER2- mit „niedrigem Rückfallrisiko“
 - Endokrine Therapie ohne Chemotherapie ++
- HR+ / HER2- mit „erhöhtem Rückfallrisiko“
 - Endokrine Therapie ++
 - endokrin-basierte Therapie mit Abemaciclib ++
 - endokrin-basierte Therapie mit Ribociclib +
 - Bei Patientinnen mit Indikation zur chemo-endokrinen Therapie*:
 - Konventionell dosierte AT-basierte Chemotherapie (q3w) +
 - Dosisdichte Chemotherapie (inkl. weekly-Regime) ++
- gBRCA1/2^{MUT} (HR+ / HER2- o. TNBC)
 - Olaparib +/- endokrine Therapie ++
- Triple-negative (TNBC)
 - Konventionell dosierte AT-basierte Chemotherapie (q3w) +
 - Dosisdichte sequentielle AT-basierte Chemotherapie (inkl. weekly Schemata für Pac / Carbo) +
 - Neoadjuvante platinhaltige Chemotherapie +
 - Neoadjuvante AT-basierte und platinhaltige Chemotherapie mit ICPI (Pembrolizumab) ++
 - (Neo)adjuvante ddEC → Pac / Carbo +
- HER2+
 - Trastuzumab (plus Pertuzumab bei N+ oder NACT) ++
 - Sequentielle AT-basierte Chemotherapie mit simultaner Gabe von T + anti-HER2-Therapie ++
 - Anthrazyklin-freie Chemotherapie + anti-HER2-Therapie ++

* s. Prognosekapitel

Postneoadjuvante Therapie HER2-positiv

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

Guidelines Breast
Version 2026.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO

pCR

- Low risk: Trastuzumab (bis 12 Mon. komplett)
- High risk (cN+): Trastuzumab + Pertuzumab (bis 12 Mon. komplett)
- Neratinib nach 1 Jahr* Trastuzumab (HR-positiv, Stadium II-III)*

2a	C	++
2b	C	+
2b	B	+/-

non-pCR

- T-DM1
- Trastuzumab + Pertuzumab bei cN+ (bis 12 Mon. komplett)
- Trastuzumab-Deruxtecan (high-risk)
- Zusätzlich nach 1 Jahr (erweiterte adj. Therapie)
 - Neratinib nach Trastuzumab (HR-positiv, Stadium II-III)*
 - Neratinib nach anderer anti-HER2-Therapie (HR-positiv, Stadium II-III)*

1b	B	++
2b	C	+
1b	B	+
2b	B	+
5	D	+/-

* kombiniert mit Standard endokriner Therapie

Strategien der differenzierten Systemtherapie in der kurativen Situation

AGO

Bei Indikation zur Chemotherapie neoadjuvante Applikation bevorzugen; Studienteilnahme empfohlen.

- HR+ / HER2- mit „niedrigem Rückfallrisiko“
 - Endokrine Therapie ohne Chemotherapie ++
- HR+ / HER2- mit „erhöhtem Rückfallrisiko“
 - Endokrine Therapie ++
 - endokrin-basierte Therapie mit Abemaciclib ++
 - endokrin-basierte Therapie mit Ribociclib +
 - Bei Patientinnen mit Indikation zur chemo-endokrinen Therapie*:
 - Konventionell dosierte AT-basierte Chemotherapie (q3w) +
 - Dosisdichte Chemotherapie (inkl. weekly-Regime) ++
- gBRCA1/2^{MUT} (HR+ / HER2- o. TNBC)
 - Olaparib +/- endokrine Therapie ++
- Triple-negative (TNBC)
 - Konventionell dosierte AT-basierte Chemotherapie (q3w) +
 - Dosisdichte sequentielle AT-basierte Chemotherapie (inkl. weekly Schemata für Pac/Carbo) +
 - Neoadjuvante platinhaltige Chemotherapie +
 - Neoadjuvante AT-basierte und platinhaltige Chemotherapie mit ICPI (Pembrolizumab) ++
 - (Neo)adjuvante ddEC->Pac / Carbo +
- HER2+
 - Trastuzumab (plus Pertuzumab bei N+ oder NACT) ++
 - Sequentielle AT-basierte Chemotherapie mit simultaner Gabe von T + anti-HER2-Therapie ++
 - Anthrazyklin-freie Chemotherapie + anti-HER2-Therapie ++

* s. Prognosekapitel

Indikation zur Chemotherapie +/- Pembrolizumab (nur TNBC)

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

Guidelines Breast
Version 2026.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
<ul style="list-style-type: none"> Klinisch nodal-positiv* <ul style="list-style-type: none"> <u>Neoadjuvante Chemotherapie in Kombination mit Pembrolizumab</u> 	1b	A	++
<ul style="list-style-type: none"> Klinisch nodal-negativ* <ul style="list-style-type: none"> <u>≥ T2 → Neoadjuvante Chemotherapie in Kombination mit Pembrolizumab</u> T1c → Neoadjuvante Chemotherapie bevorzugt T1b (v.a. bei G3) → Neoadjuvante oder adjuvante Chemotherapie T1a → Adjuvante Chemotherapie 	1b	A	++
	2b	B	++
	2b	B	+
	2b	B	+/-

* Cave Indikationsstellung bei histologischen Subtypen mit guter Prognose: z. B. apokrines, adenoidzystisches bzw. low grade metaplastisches TNBC → s. Kapitel spezielle Situationen

Qualitätskonferenz Brustkrebs 2026

Systemtherapie des **fortgeschrittenen** Mammakarzinoms



Systemische Therapie des metastasierten
und fortgeschrittenen **HR+/HER2-**
Mammakarzinoms



Metastasiertes Mammakarzinom (mBC)

Marker zur Indikationsstellung

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

Guidelines Breast
Version 2026.1D

Therapie	Faktor	Oxford		
		LoE	GR	AGO
■ Endokrine Therapie	ER / PR (Primärtumor, besser Metastase)	1a	A	++
	Ansprechen auf vorherige Therapie	2b	B	++
■ Orale SERDs	autokrine Rezeptormutation (<i>ESR1</i>) (Metastase, Plasma)	1b	B	++
■ Alpelisib / Inavolisib	<i>PIK3CA</i> Mutation (Primärtumor, Metastase, Plasma)	1b	A	++
■ Capiwasertib	<i>PIK3CA</i> , <i>AKT1</i> , <i>PTEN</i> -Alterationen (Primärtumor, Metastase, Plasma)	1b	A	+
■ Trastuzumab Deruxtecan	HER2-low/-positiv (Primärtumor, besser Metastase)	1b	A	++
	HER2-ultralow (Primärtumor, besser Metastase)	2b	B	+/-
■ Chemotherapie	Ansprechen auf vorherige Therapie	1b	A	++
■ Anti-HER2-Therapie	HER2 (Primärtumor, besser Metastase)	1a	A	++
■ Checkpoint-Inhibitoren	PD-L1 Positivität [#] (IC, CPS) in TNBC (Primärtumor oder Metastase)	1b	B	++
■ PARP-Inhibitoren	MSI/T	3	C	+
	<i>gBRCA1/2</i> -Mutation	1a	A	++
	<i>sBRCA1/2</i> / <i>gPALB2</i>	2b	B	+

Endokrin-basierte Therapie mit CDK4/6-Inhibitor der postmenopausalen Patientin mit HER2-negativem, HR-positivem, metastasiertem Mammakarzinom



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

Guidelines Breast
Version 2026.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
<ul style="list-style-type: none"> ■ Ribociclib <ul style="list-style-type: none"> ■ + nicht-steroidaler AI ■ + Fulvestrant 	1b	A	++
	1b	A	++
<ul style="list-style-type: none"> ■ Abemaciclib <ul style="list-style-type: none"> ■ + nicht-steroidaler AI ■ + Fulvestrant 	1b	A	+
	1b	A	++
<ul style="list-style-type: none"> ■ Palbociclib <ul style="list-style-type: none"> ■ + nicht-steroidaler AI ■ + Fulvestrant 	1b	A	+
	1b	A	+

Therapien 1st Line beim HR+ / HER2-negativen, metastasierten Mammakarzinom

(Nachweis von therapierlevanten Mutationen / Alterationen notwendig)

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

Guidelines Breast
Version 2026.1D

- **PIK3CA-mutiert**
Inavolisib plus Palbociclib + Fulvestrant*

- **gBRCA-mutiert**
Olaparib
Talazoparib

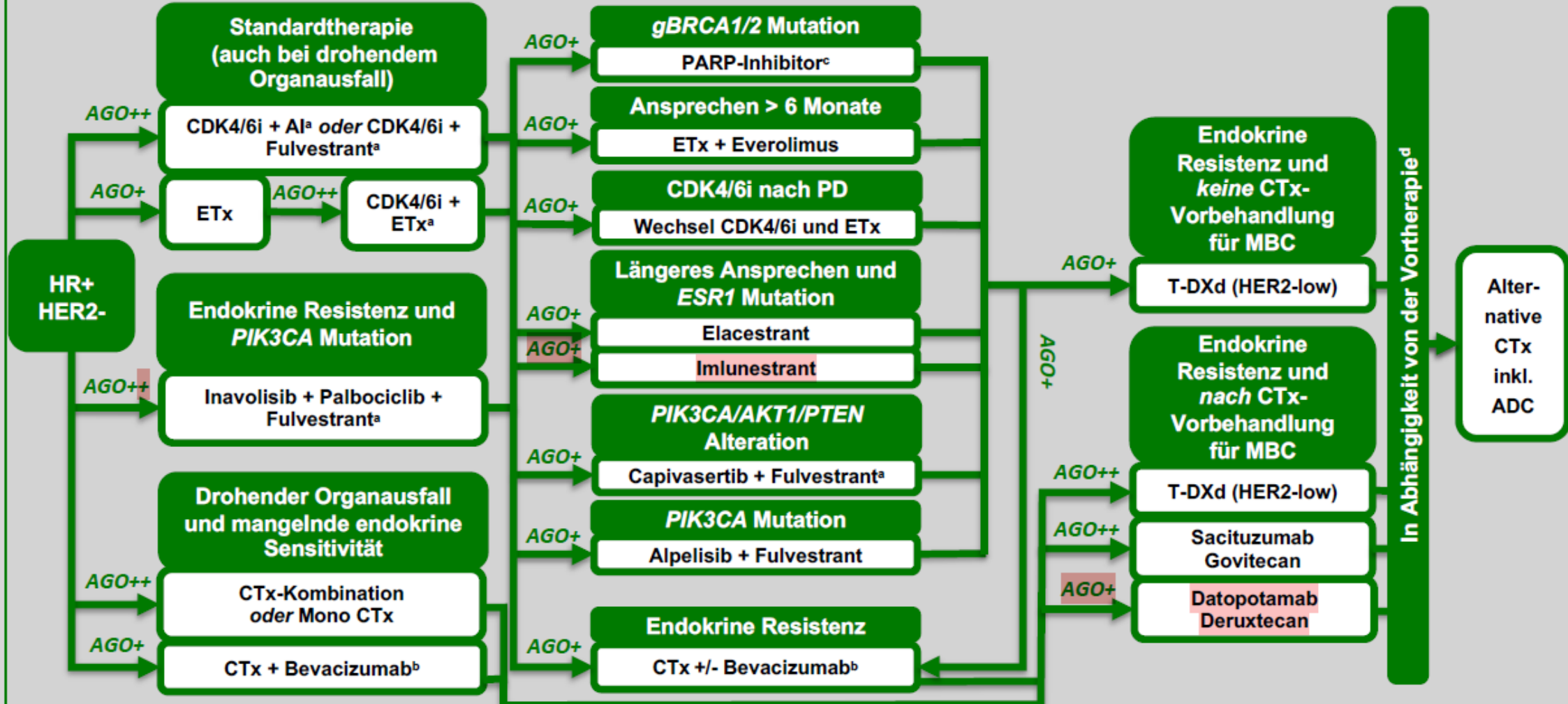
Oxford		
LoE	GR	AGO
1b	B	++
1b	A	+
1b	A	+

* Progress während der adjuvanten endokrinen Behandlung oder innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss der adjuvanten endokrinen Behandlung

HR-positives, HER2-negatives, metastasiertes Mammakarzinom

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

Guidelines Breast
Version 2026.1D



ADC, antibody drug conjugate; AI, Aromataseinhibitor; CDK4/6i, CDK4/6 Inhibitor; CTx, Chemotherapie; ETx, endokrine Therapie; gBRCA1/2 Mutation, BRCA1/2 Keimbahnmutation; HER2, humaner epidermaler Wachstumsfaktor-Rezeptor 2; HR, Hormonrezeptor; inkl., inclusive; MBC, metastasiertes Mammakarzinom; PD, progressive disease; T-DXd, Trastuzumab Deruxtecan; ^ain Prämenopause zusätzlich ovarielle Suppression; ^bBevacizumab in Kombination mit Paclitaxel oder Capecitabin; ^cOlaparib auch bei Keimbahn PALB2 Mutation (AGO+) oder somatischer BRCA1/2 Mutation (AGO+/-); ^dEinsatz bisher nicht genutzter Substanzen oder Regime.



Systemische Therapie des metastasierten
und fortgeschrittenen **HER2-positiven**
Mammakarzinoms



HER2-pos. mBC

1st line ohne Vortherapie oder nach Trastuzumab (1)

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

Guidelines Breast
Version 2026.1D

Oxford
LoE GR AGO

Primär metastasiert oder nach Trastuzumab adjuvant (TFI > 6 Monate)

▪ Docetaxel + Trastuzumab + Pertuzumab	1b	A	++
▪ Paclitaxel (weekly) + Trastuzumab + Pertuzumab	2b	B	++
▪ Trastuzumab Deruxtecan + Pertuzumab	1b	A	+
▪ nab-Paclitaxel + Trastuzumab + Pertuzumab	2b	C	+
▪ Vinorelbin + Trastuzumab + Pertuzumab	3b	B	+/-

Erhaltungstherapien nach Ansprechen auf eine Chemotherapie + HER2-zielgerichtete Therapie

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

Guidelines Breast
Version 2026.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
HR-positiv			
■ Palbociclib + endokrine Therapie + Trastuzumab + Pertuzumab	1b	B	+
■ Endokrine Therapie + HER2 zielgerichtete Therapie	2b	B	+
■ Endokrine Therapie + Tucatinib + Trastuzumab + Pertuzumab	1b	B	+/-
HR-negativ			
■ Tucatinib + Trastuzumab + Pertuzumab	1b	B	+



Systemische Therapie des metastasierten
und fortgeschrittenen **Triple negativen**
Mammakarzinoms



Triple negatives mBC

1st Line, PD-L1 positiv, unabhängig von gBRCA 1/2mt oder gPALB2mt

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

Guidelines Breast
Version 2026.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
▪ Pembrolizumab + Chemo* first-line PD-L1 CPS $\geq 10^{\#}$ (wenn TFI ≥ 6 Monate)	1b	B	++
▪ Pembrolizumab + Sacituzumab Govitecan PD-L1 CPS $\geq 10^{\#}$ (wenn TFI ≥ 6 Monate)	1b	B	+
▪ Atezolizumab + Nab-Paclitaxel first-line PD-L1 IC $\geq 1^{\#}$ (wenn TFI ≥ 12 Monate)	1b	B	+
▪ Atezolizumab + Paclitaxel first line PD-L1 IC $\geq 1^{\#}$	1b	B	-
▪ Pembrolizumab-Monotherapie (nach Chemotherapie ohne Immun-Vortherapie) bei CPS $\geq 20^{\#}$	1b	B	+/-
▪ Re-Challenge nach neo-/adjuvantem Einsatz von Immuncheckpointinhibitoren (wenn TFI > 6-12 Monate)	5	D	+/-

(siehe Kapitel „Pathologie“)

* nab-Paclitaxel oder Paclitaxel oder Carboplatin / Gemcitabin

TFI = Therapie-freies Intervall

Triple negatives mBC

1st -line, PD-L1 negativ oder Checkpoint-Inhibitor keine Option, unabhängig von
gBRCA 1/2mt oder *gPALB2mt**

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

Guidelines Breast
Version 2026.1D

- **Datopotamab Deruxtecan**
- **Sacituzumab Govitecan (TFI ≥ 6 Monate)**
- **Paclitaxel (wöchentlich) +/- Bevacizumab**
- **Capecitabin +/- Bevacizumab**
- **Nab-Paclitaxel / Carboplatin (vs. Carbo / Gem)**
- **Carboplatin / Gemcitabin**
- **Nab-Paclitaxel +/- Bevacizumab**
- **Carboplatin (vs. Docetaxel)**
- **Eribulin**

Oxford		
LoE	GR	AGO
1b ^a	B ^a	+
1b	B	+
2b	B	+
2b	B	+
1b	B	+
1b	B	+
2b	B	+/-
1b	B	+/-
1b	B	+/-

Regionale Versorgungsqualität

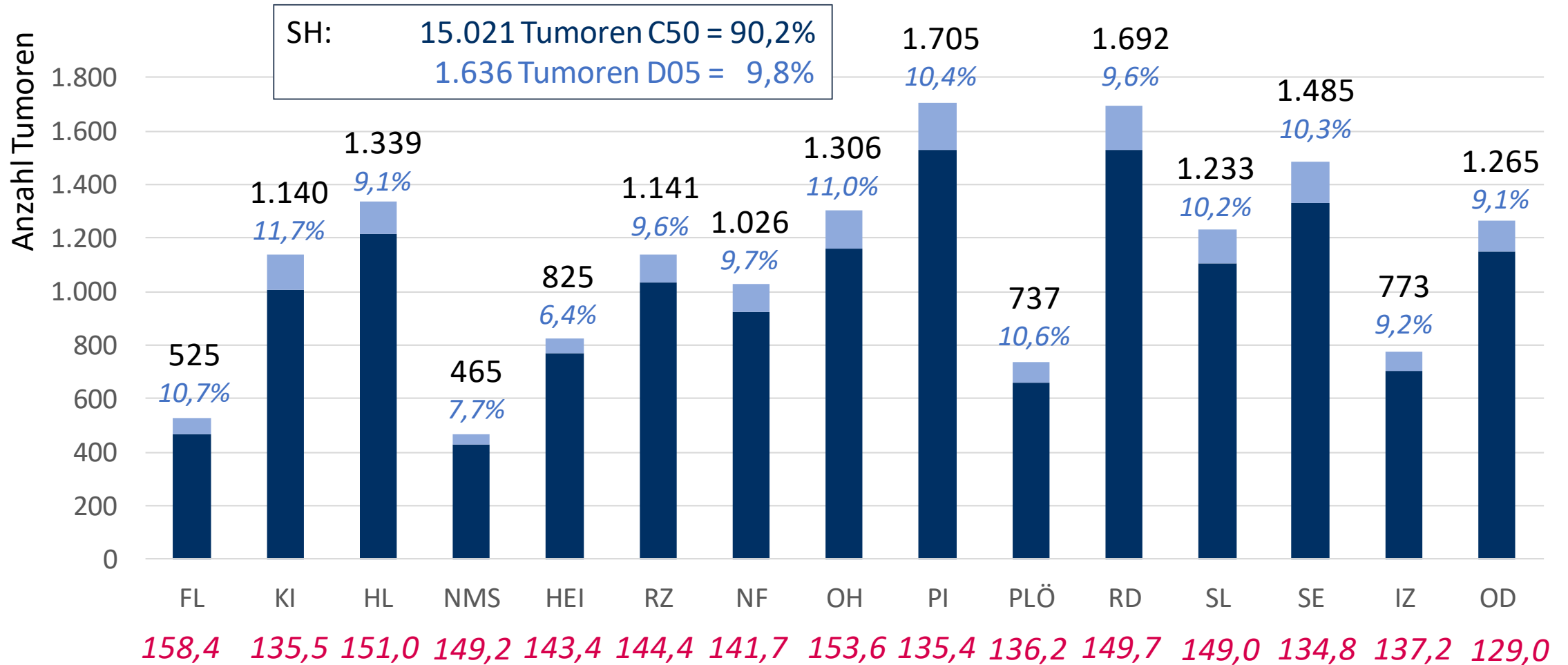
Qualitätskonferenz Brustkrebs, 20. Mai 2026

Methodische Hinweise

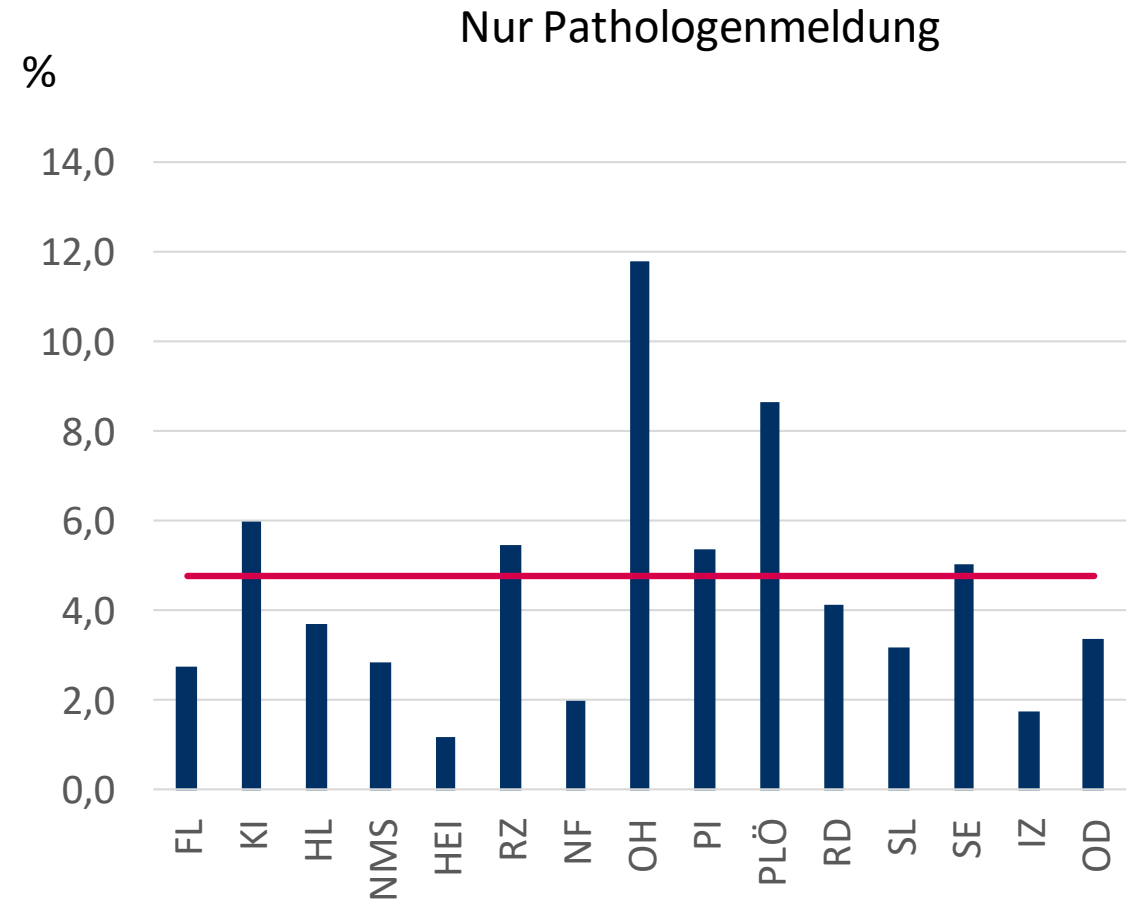
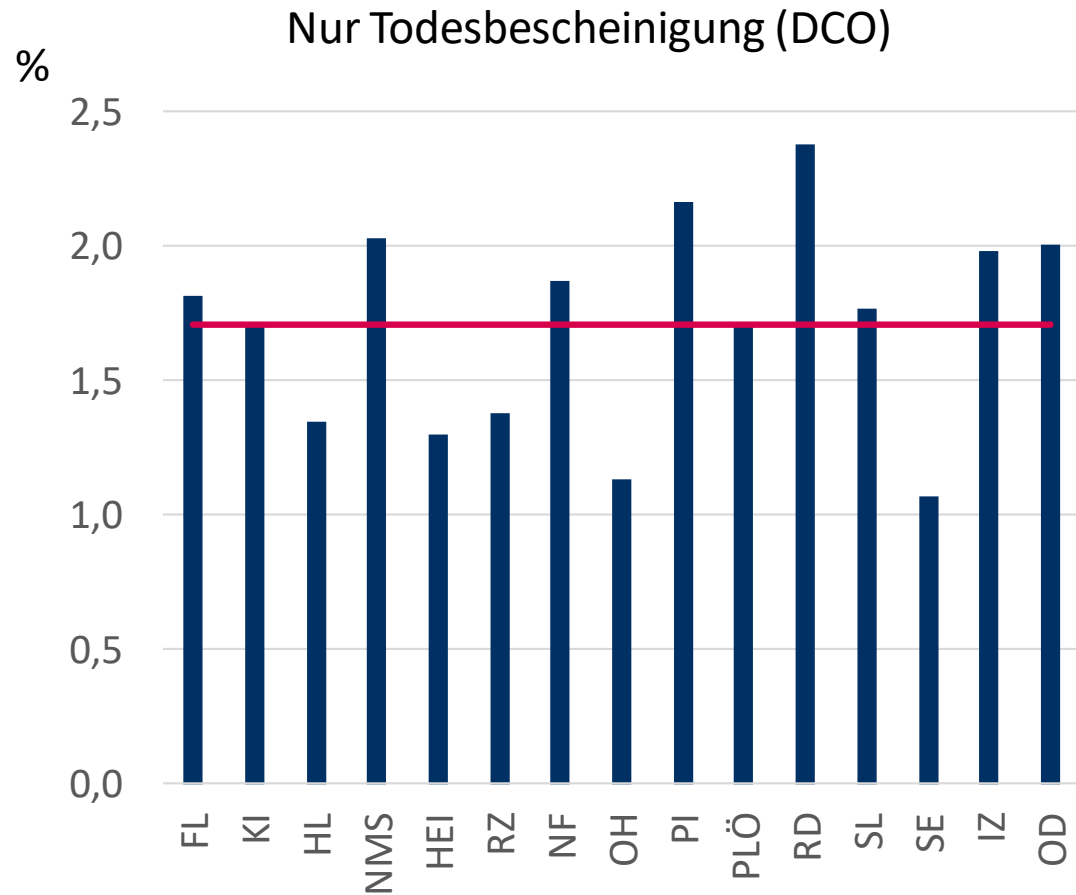
- Brustkrebs C50/D05 nach ICD-10
- Daten des Krebsregisters Schleswig-Holstein 2021 – 2025
- Wohnortbezogene Perspektive
 - Versorgung der Einwohnerinnen und Einwohner Schleswig-Holsteins
 - unabhängig vom Behandlungsort
 - nicht eingeschlossen sind Behandelte mit Wohnort außerhalb SH
- Grundlage ist der Wohnort in SH zum Zeitpunkt der Diagnose
- Ohne Geschlechterunterscheidung (Anteil männlich < 1%)

Basisdaten

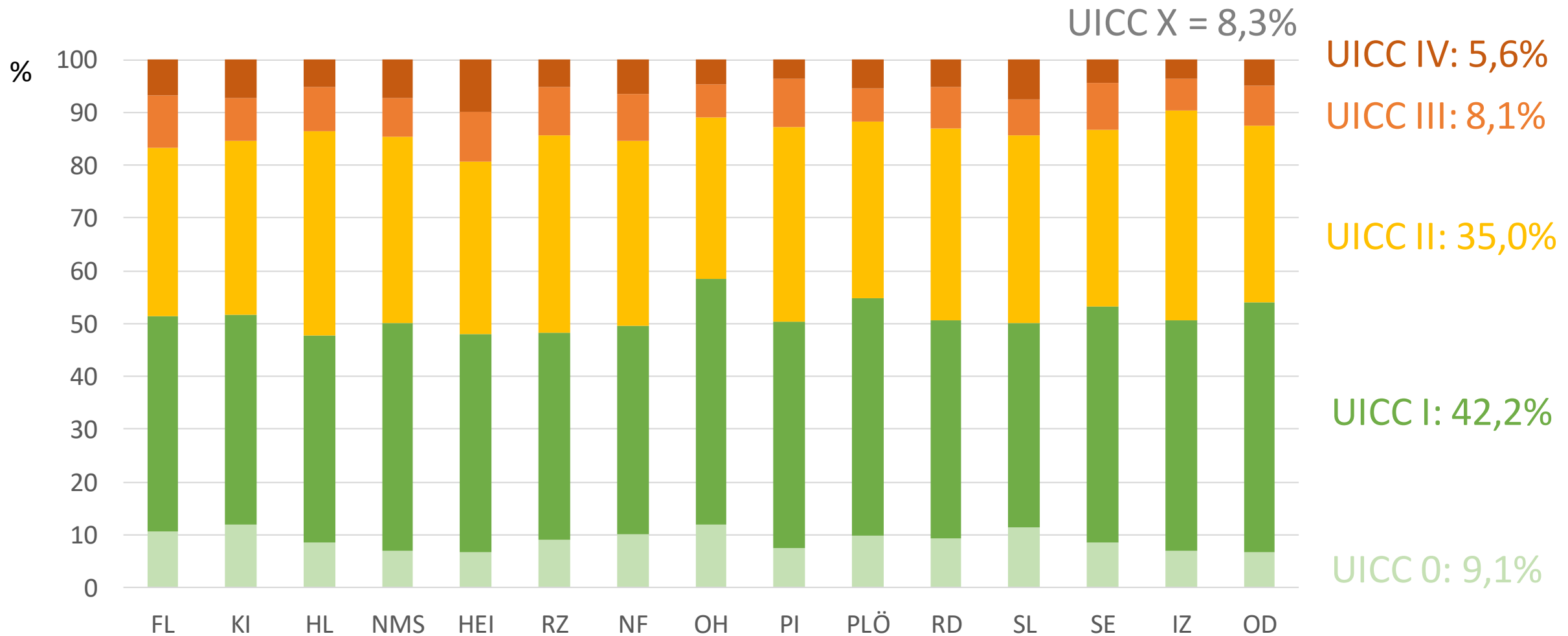
Fallzahlen – nach Kreis (Diagnosejahre 2021-2025)



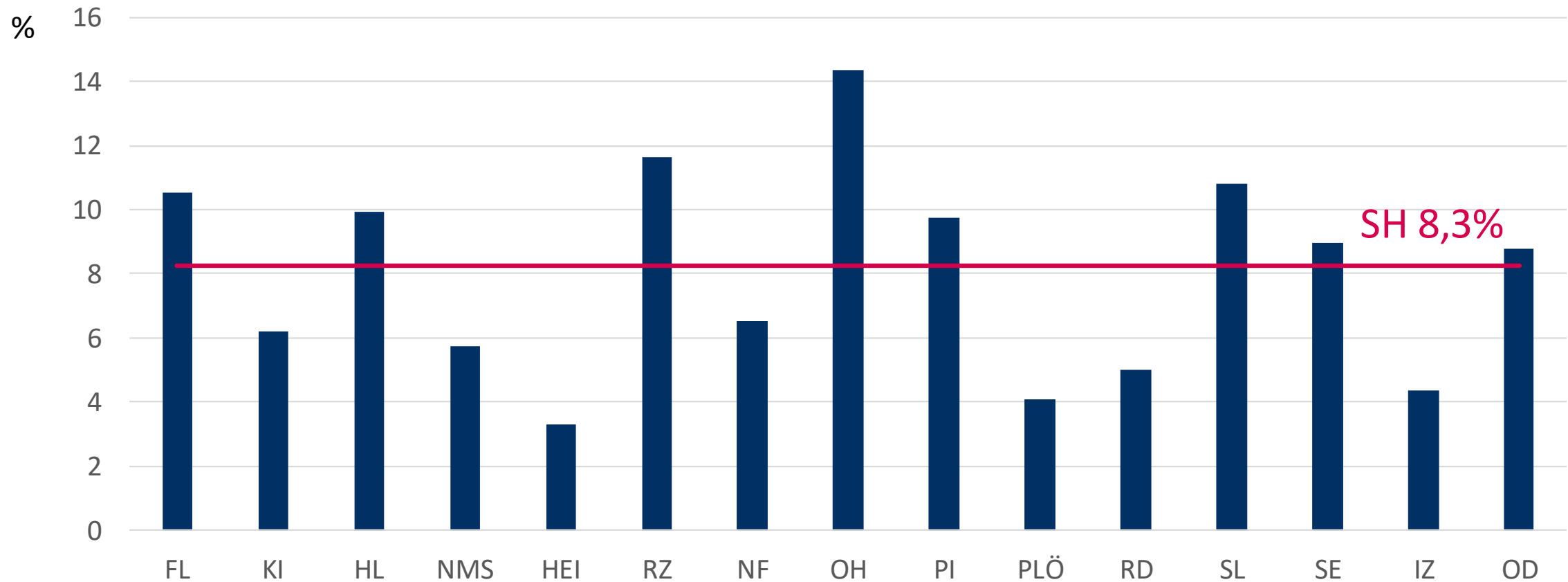
DCO-Rate und solitäre Pathologienmeldungen nach Kreis



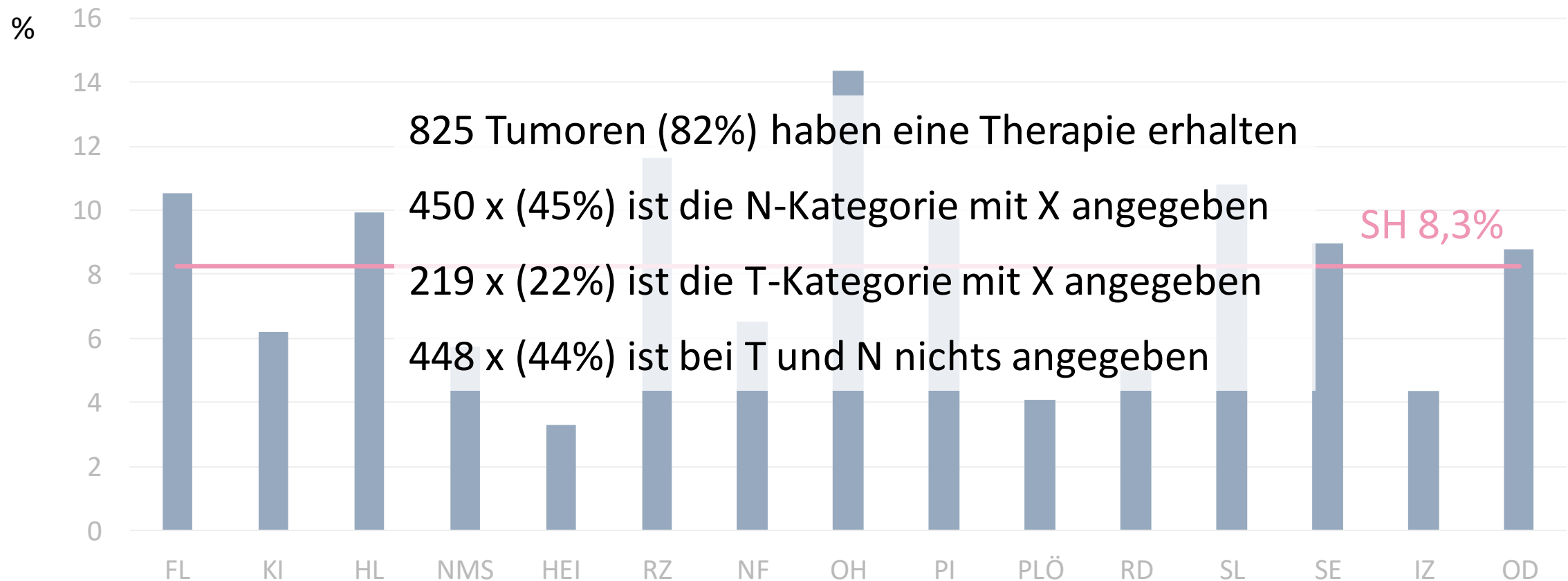
Verteilung nach Tumorstadium



Fehlendes UICC-Stadium

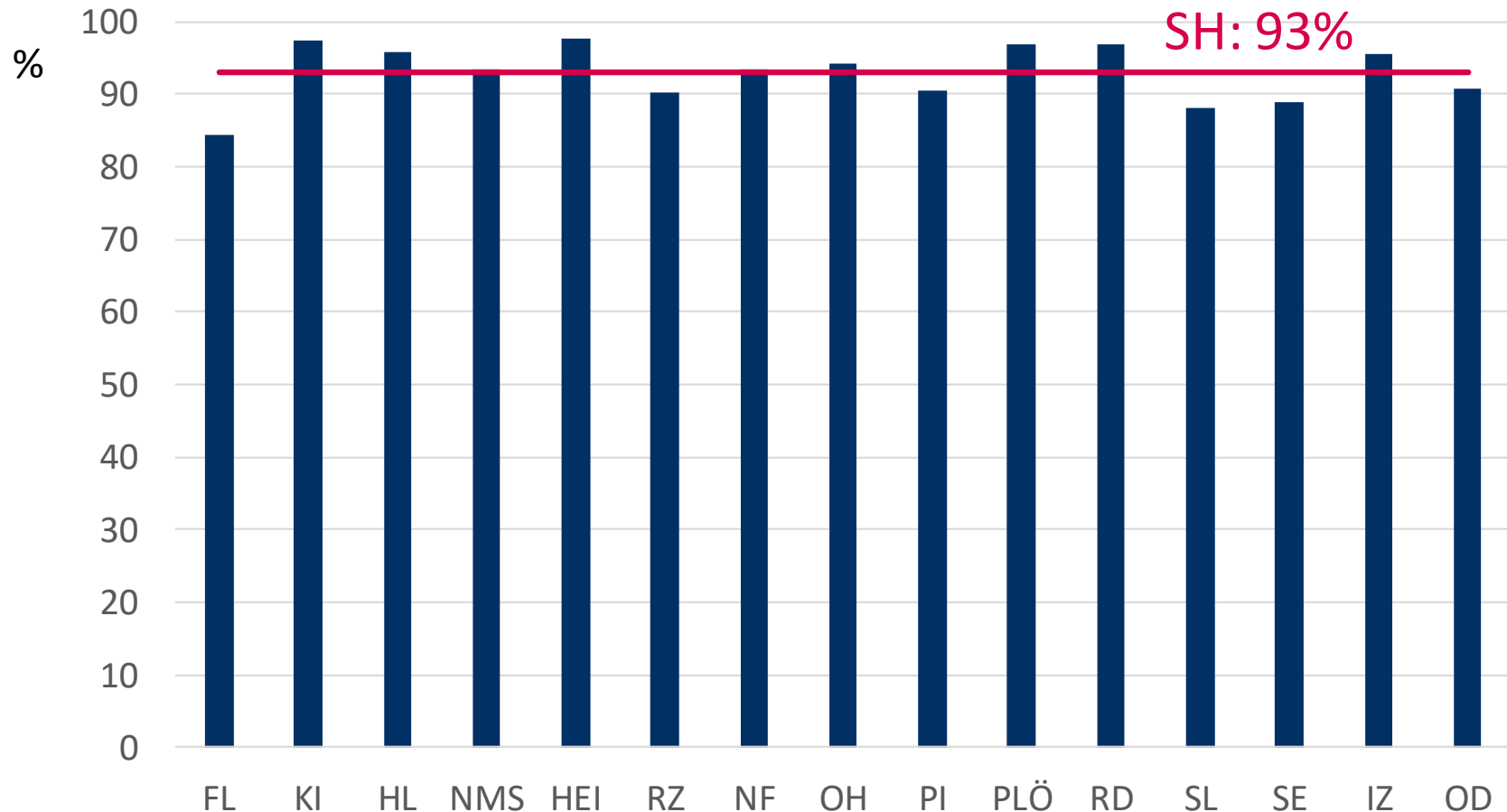


Fehlendes UICC-Stadium



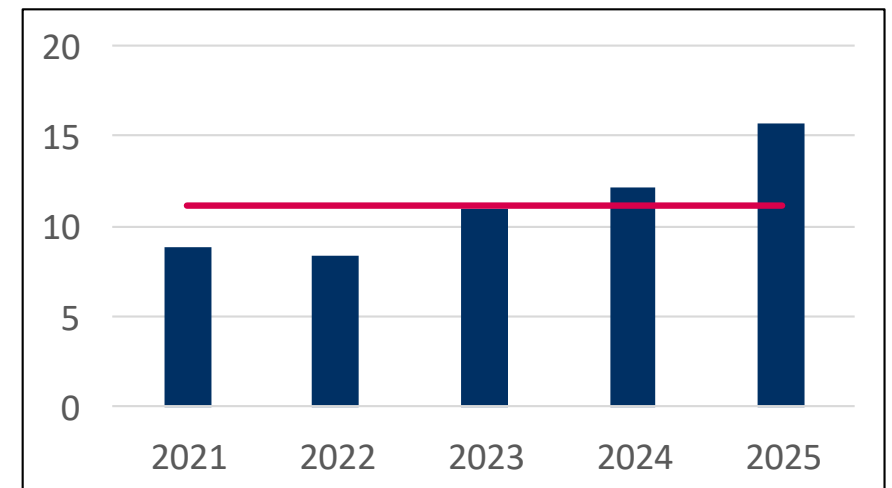
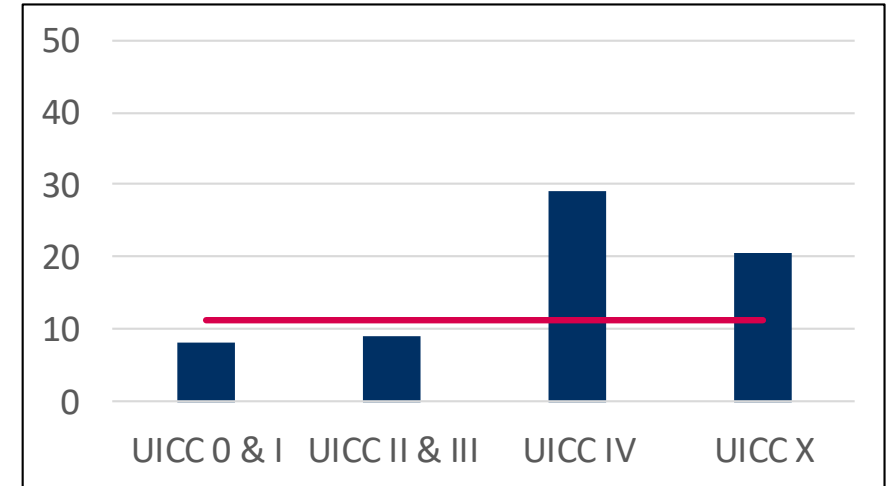
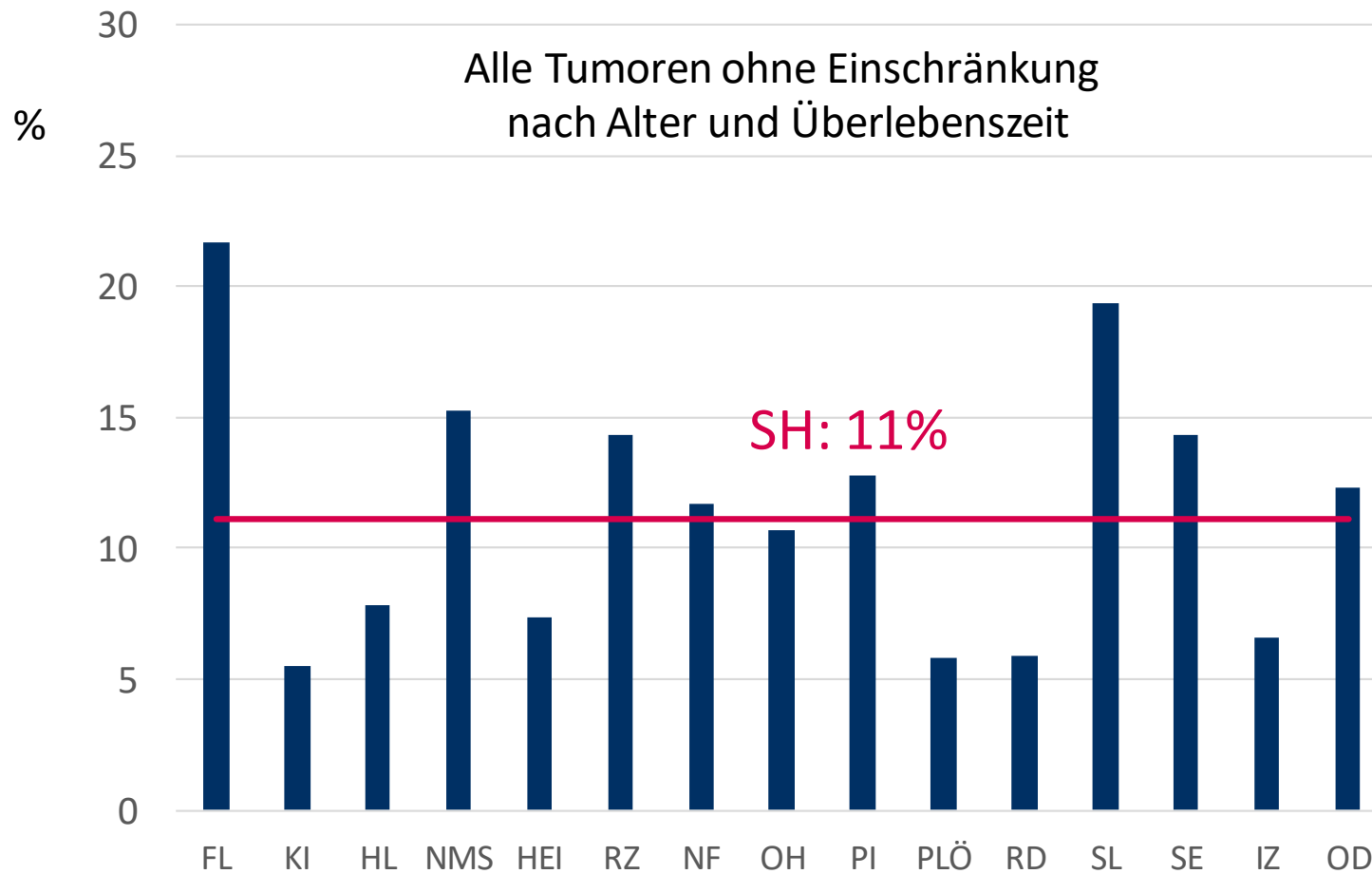
Therapien

Tumoren mit dokumentierter Therapie

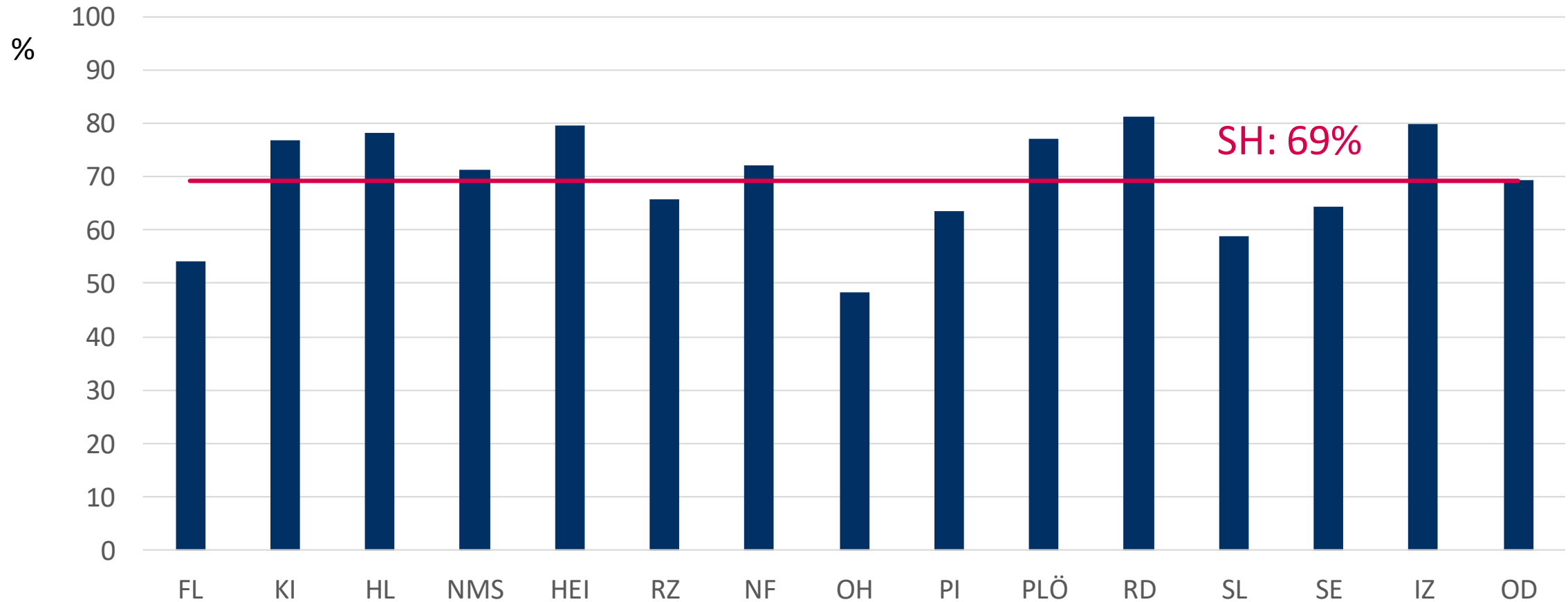


- Ohne Verstorbene innerhalb von 6 Monaten nach Diagnose
- Ohne Patienten > 80 Jahre
- Ohne fernmetastasierte Tumoren
- N = 13.363
- Soll: > 85%
- Ohne Einschränkungen: 89%

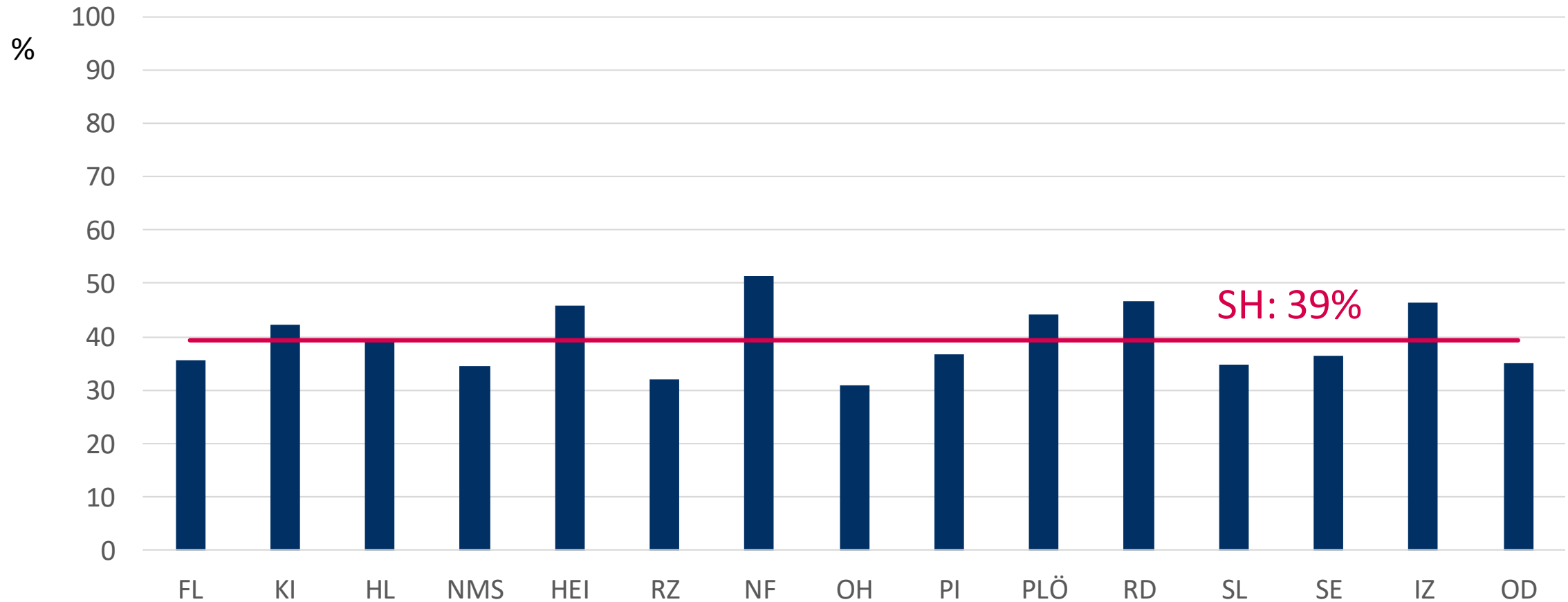
Tumoren ohne dokumentierte Therapie



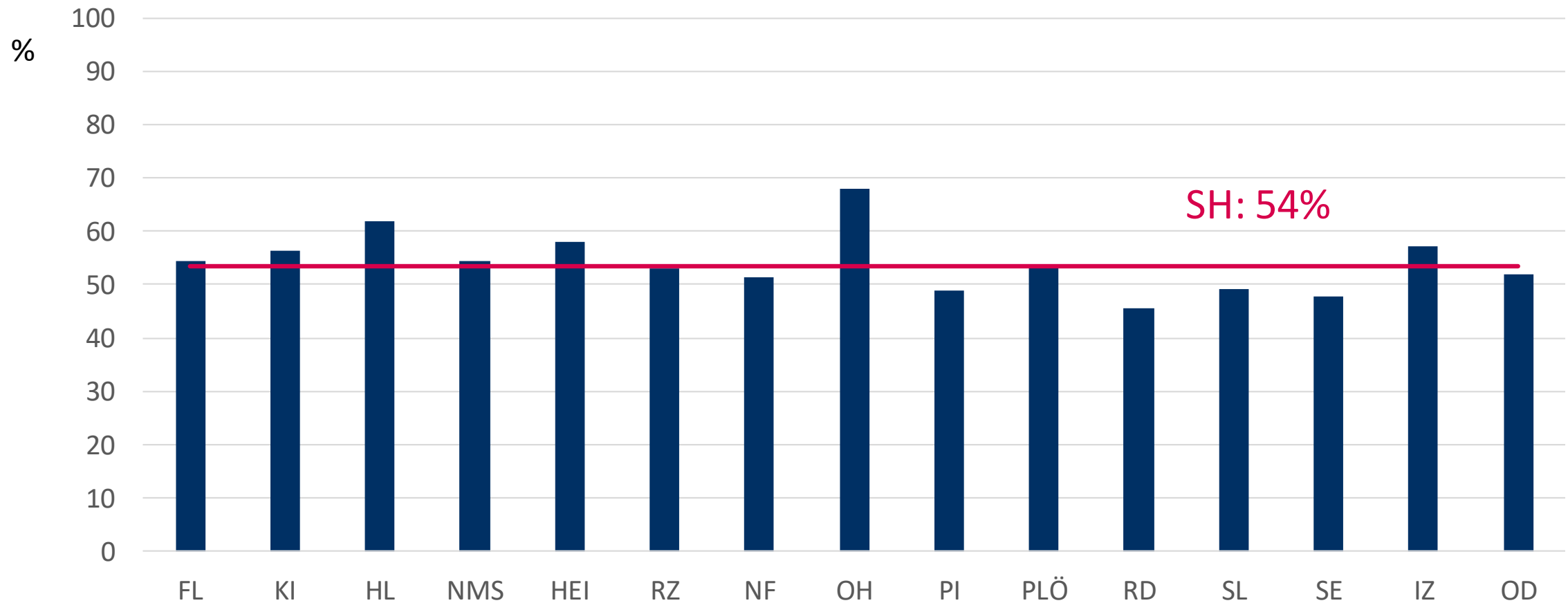
Tumoren mit dokumentierter Operation



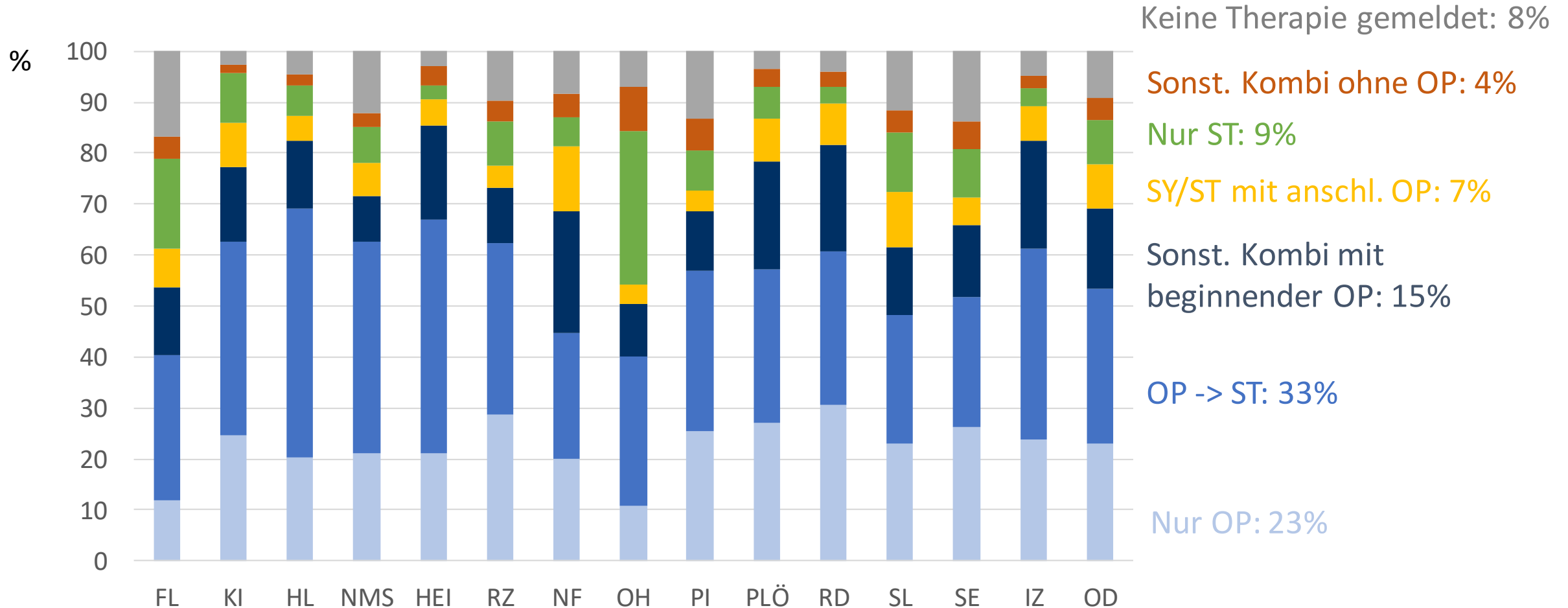
Tumoren mit dokumentierter syst. Therapie



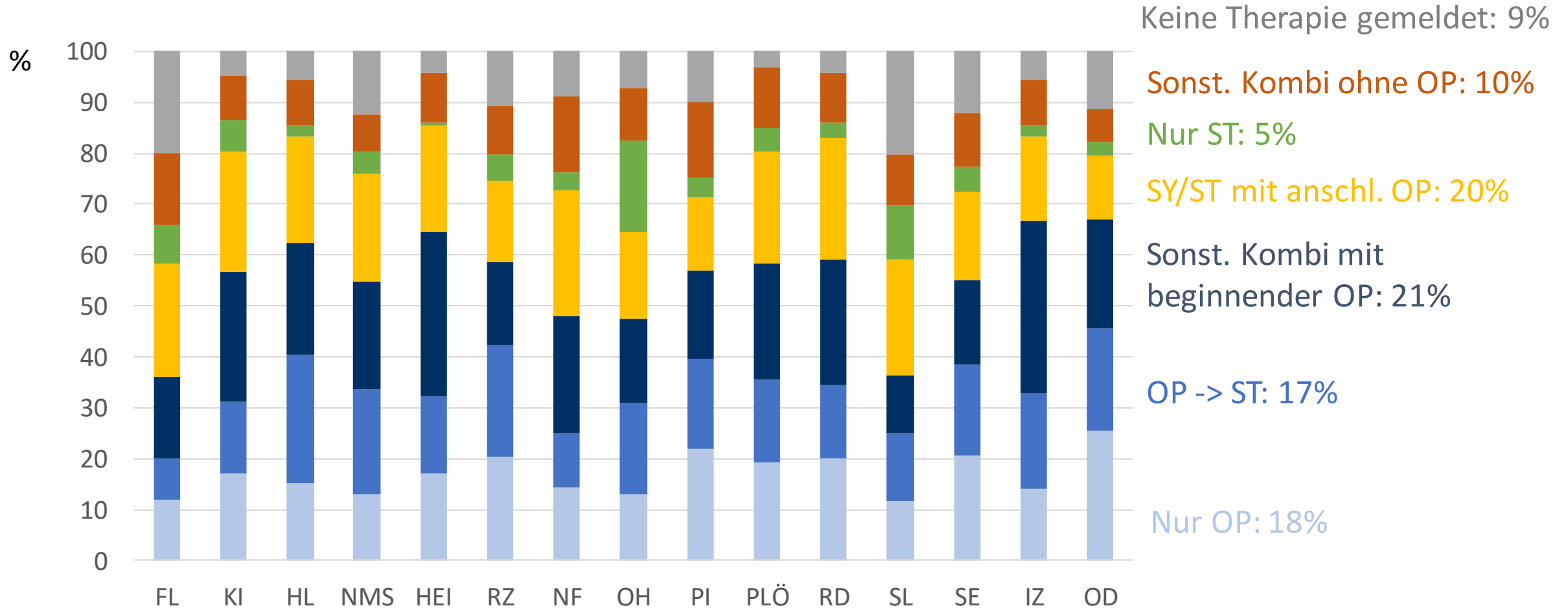
Tumoren mit dokumentierter Strahlentherapie



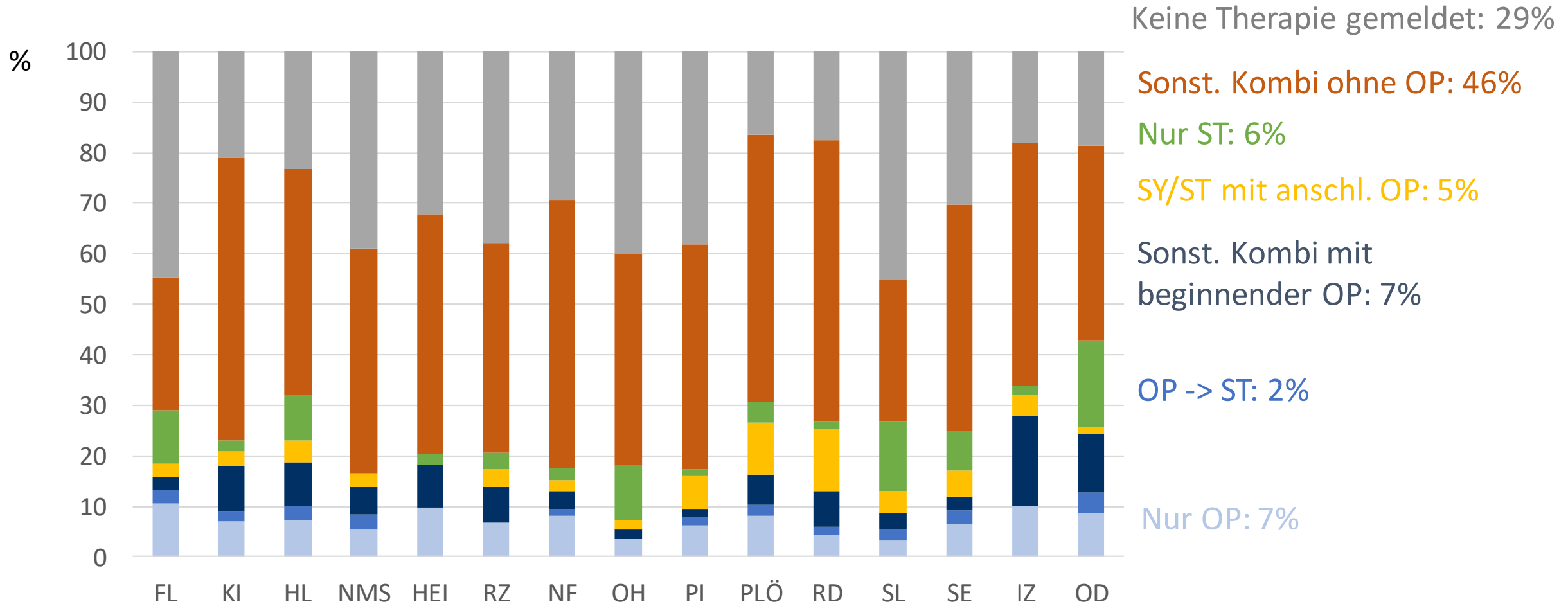
Therapie(kombinationen) UICC 0/UICC I



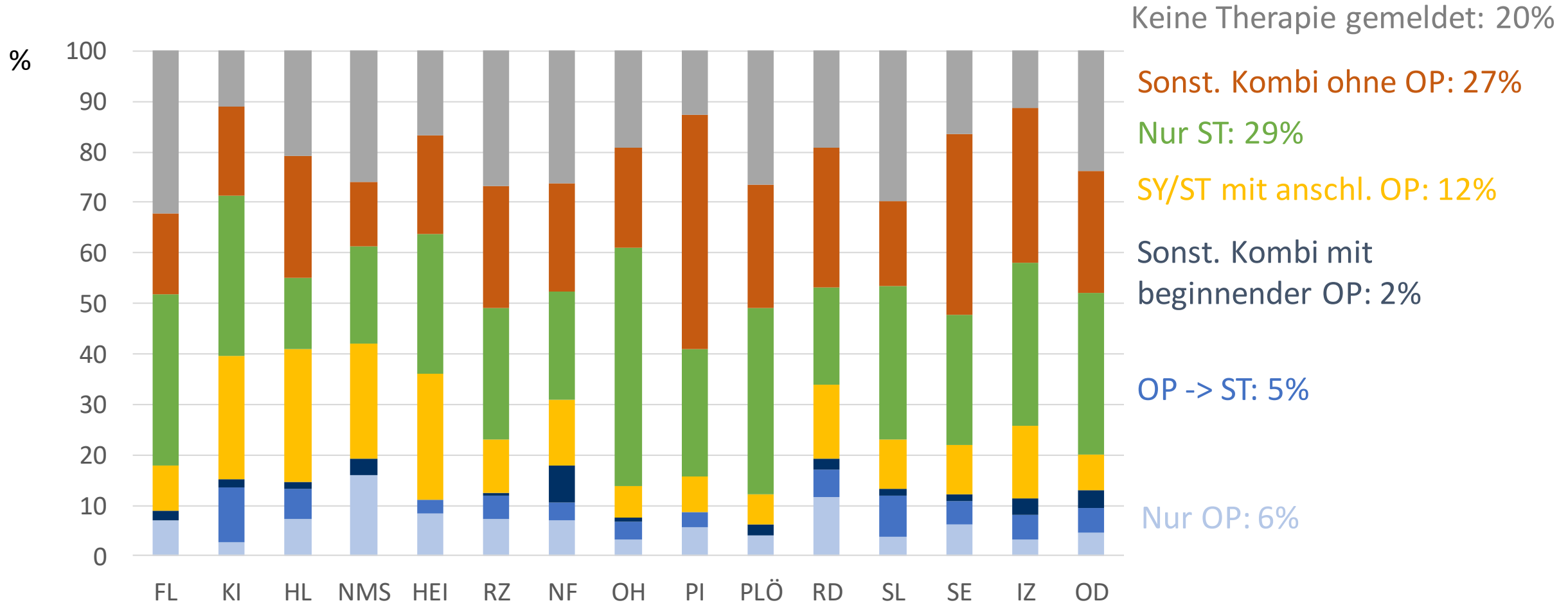
Therapie(kombinationen) UICC II/UICC III



Therapie(kombinationen) UICC IV

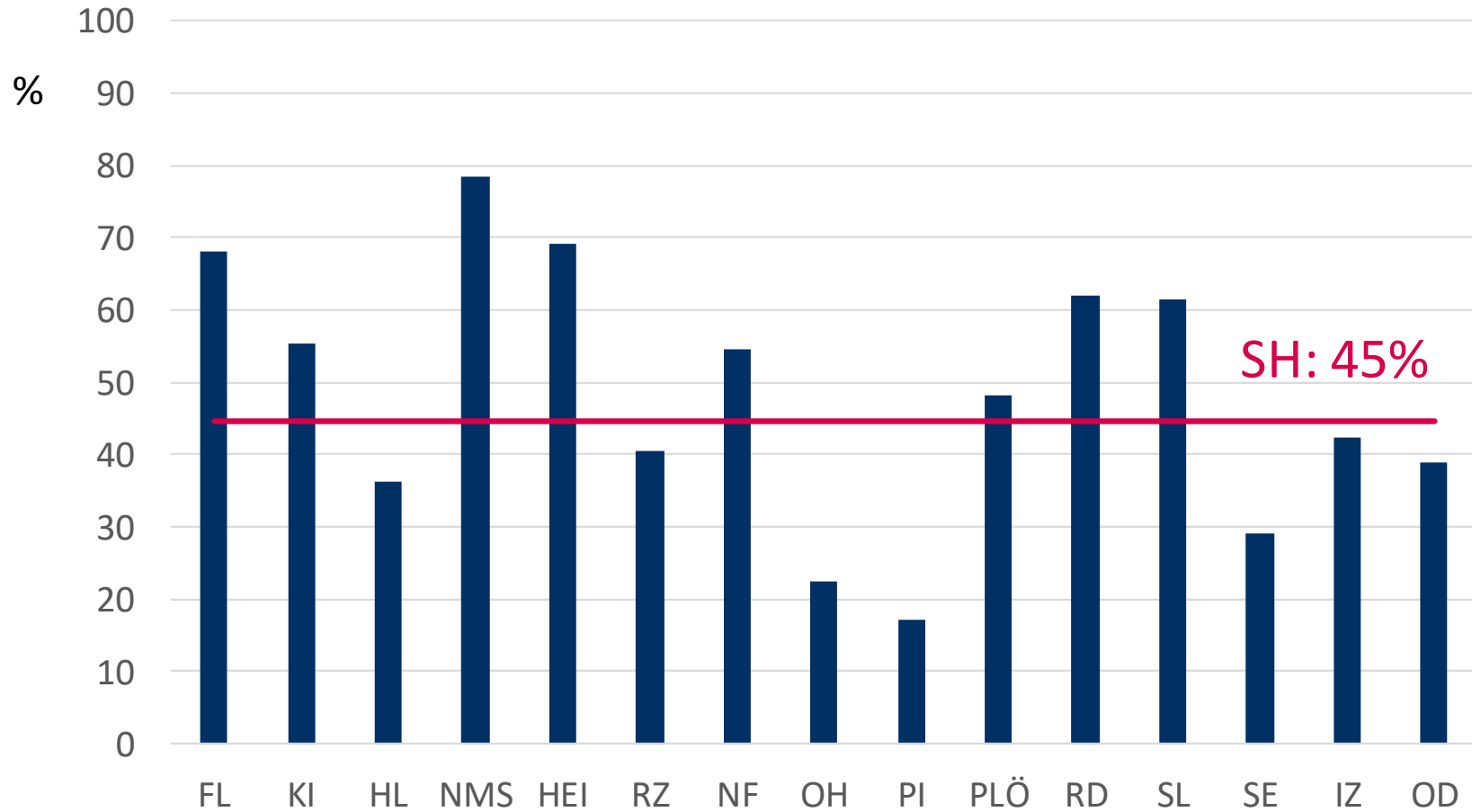


Therapie(kombinationen) UICC X/unbekannt



Versorgungsindikatoren

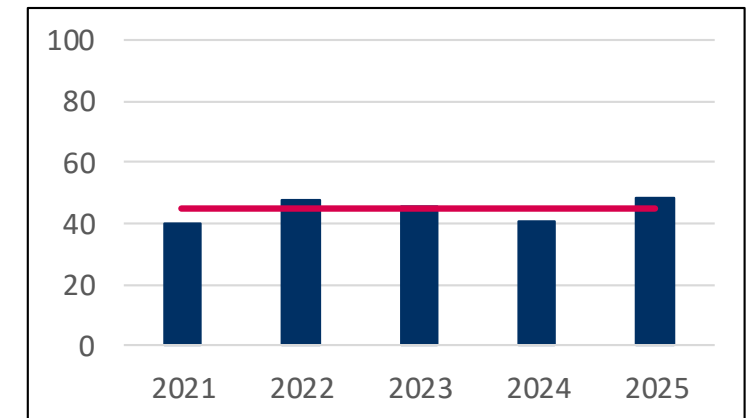
Tumoren mit dokumentierter prätherapeutischer Tumorkonferenz



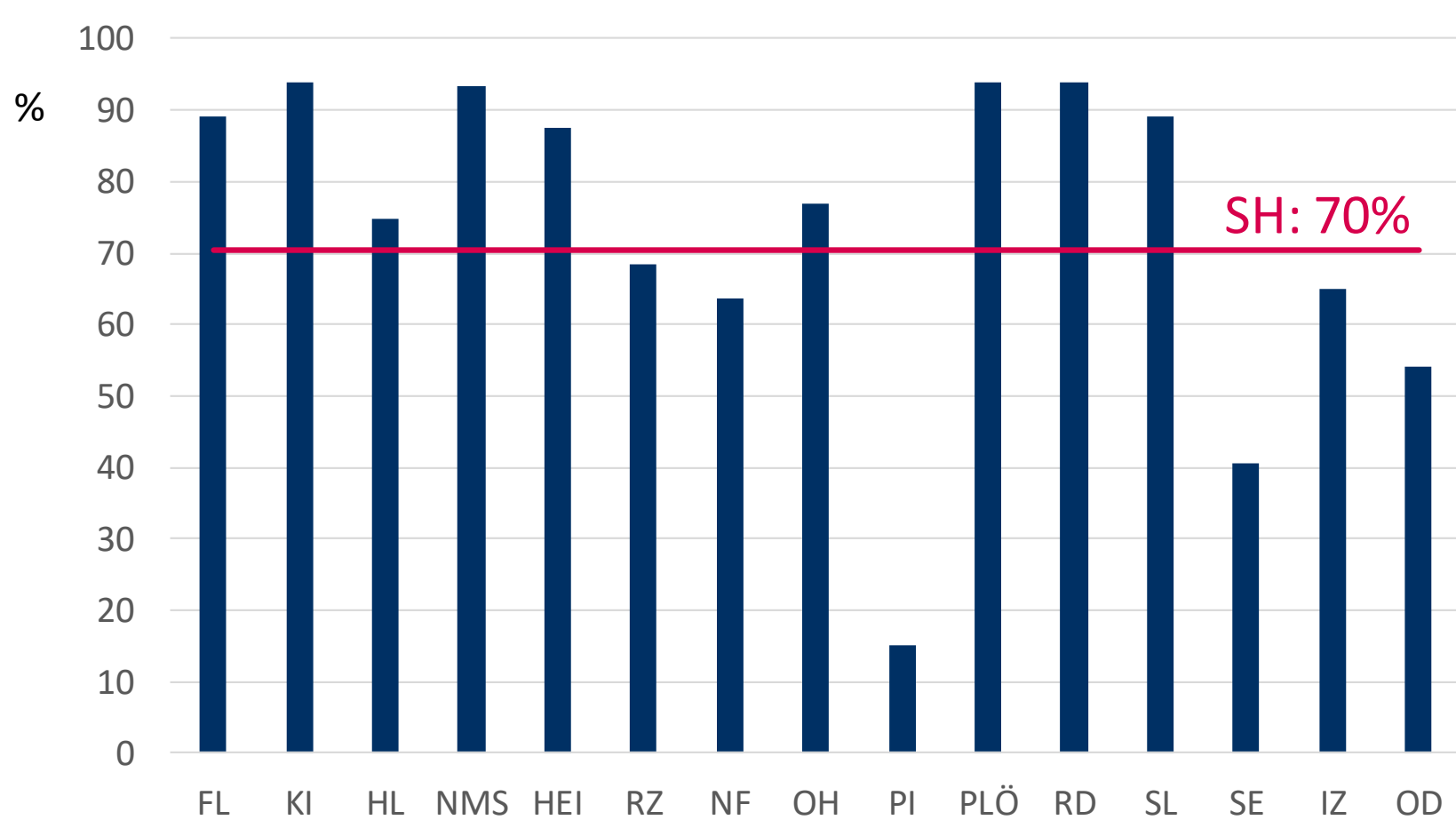
Alle Tumoren

Erster dokumentierte Therapie

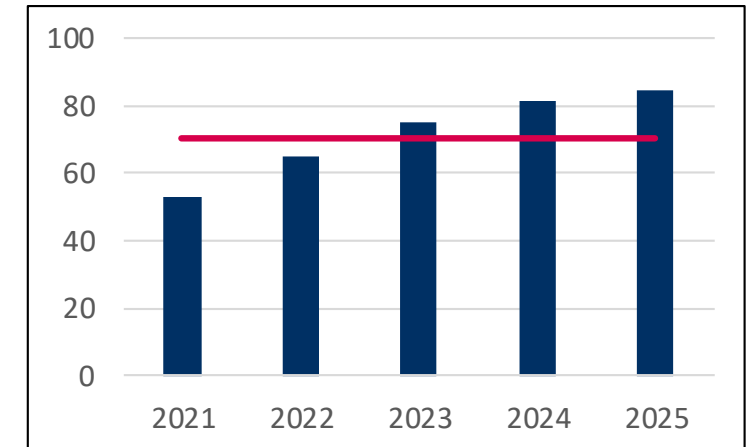
- Operation: 41%
- Strahlentherapie: 17%
- System. Therapie: 68%
- Keine Therapie: 40%



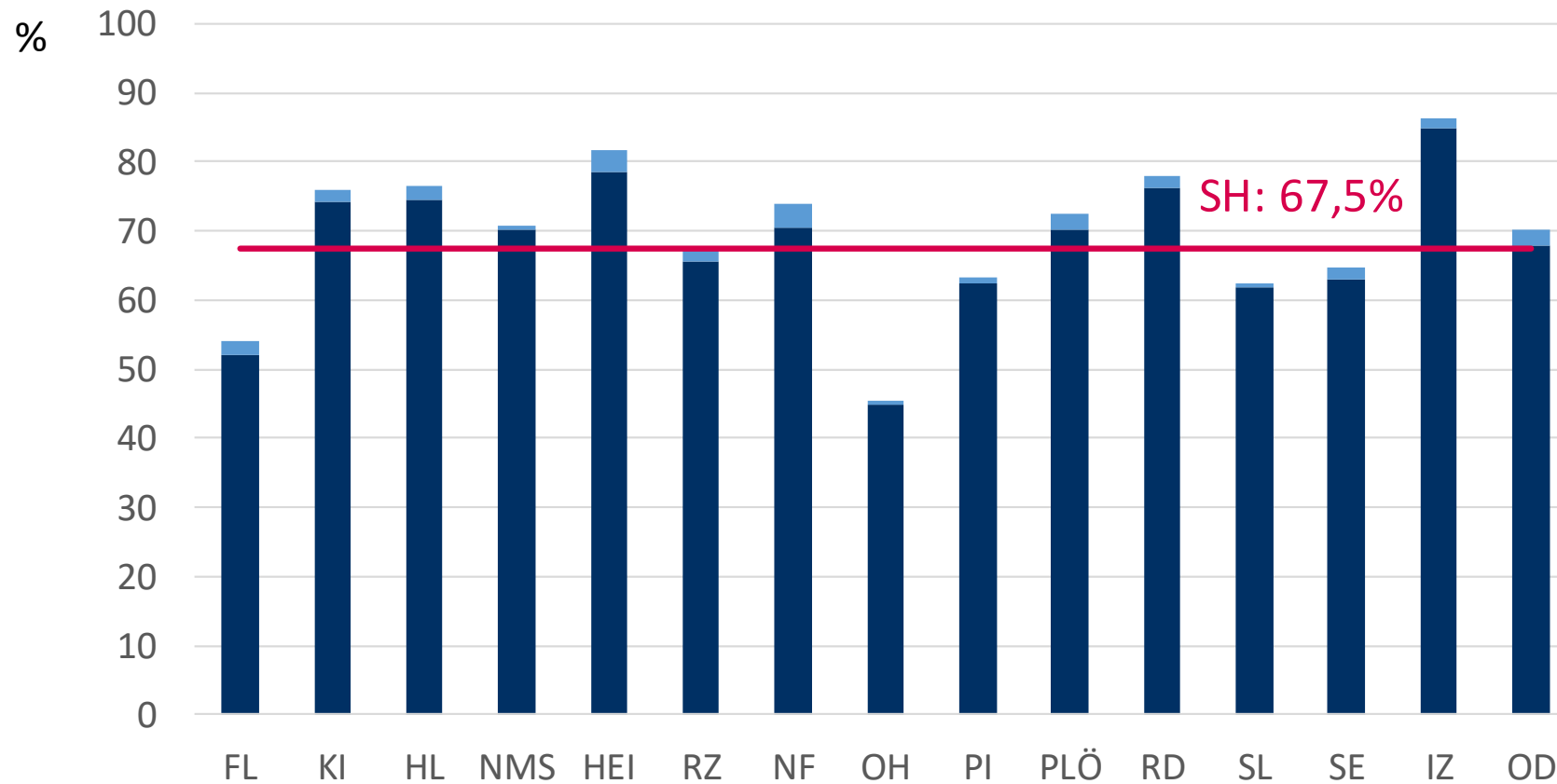
Tumoren mit dokumentierter postoperativer Tumorkonferenz



Nur, wenn OP dokumentiert



Anteil BET bei UICC I

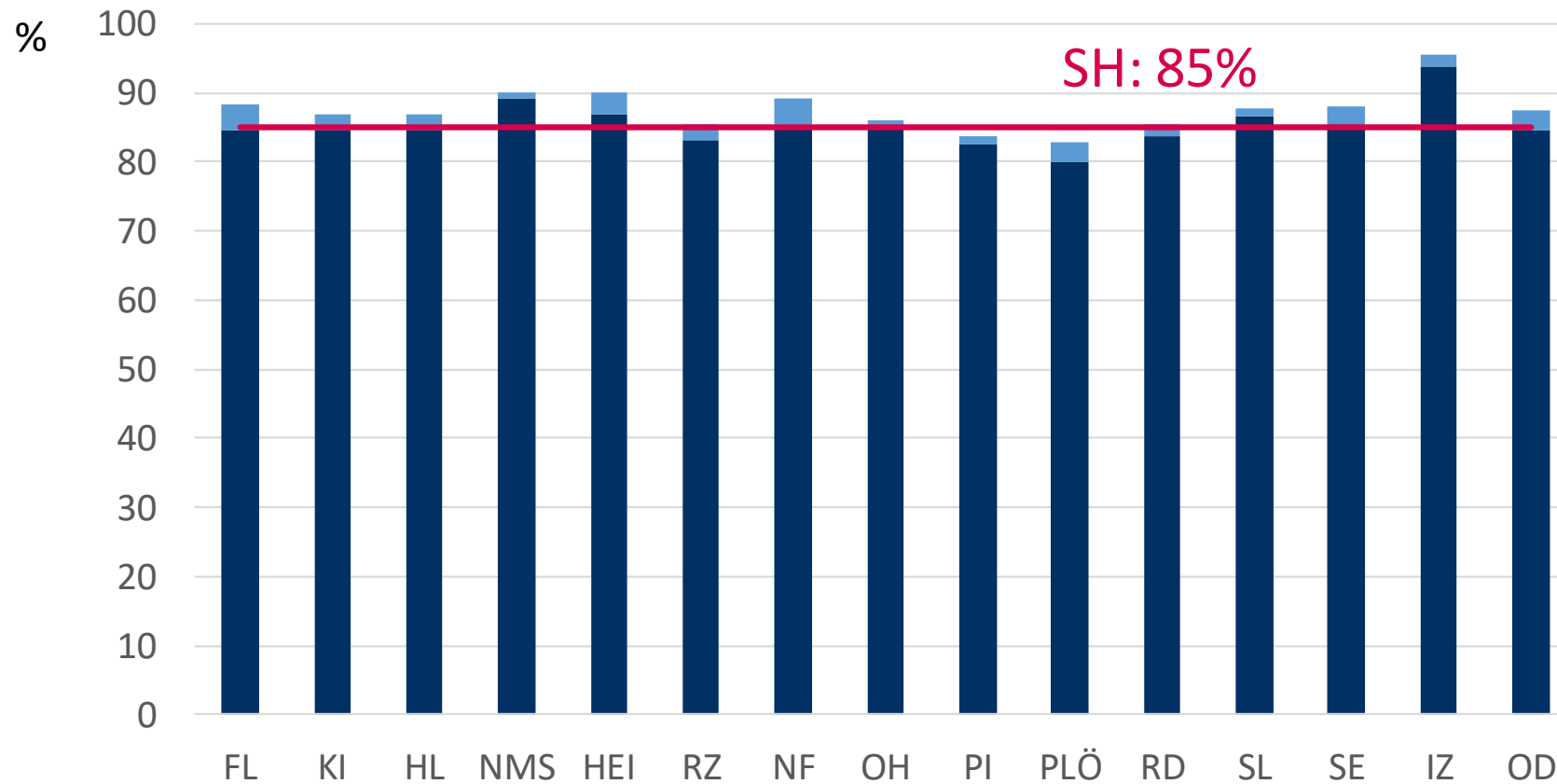


BET + Mastektomie

Alle Tumoren
mit UICC I

N = 5.759

Anteil BET bei UICC I

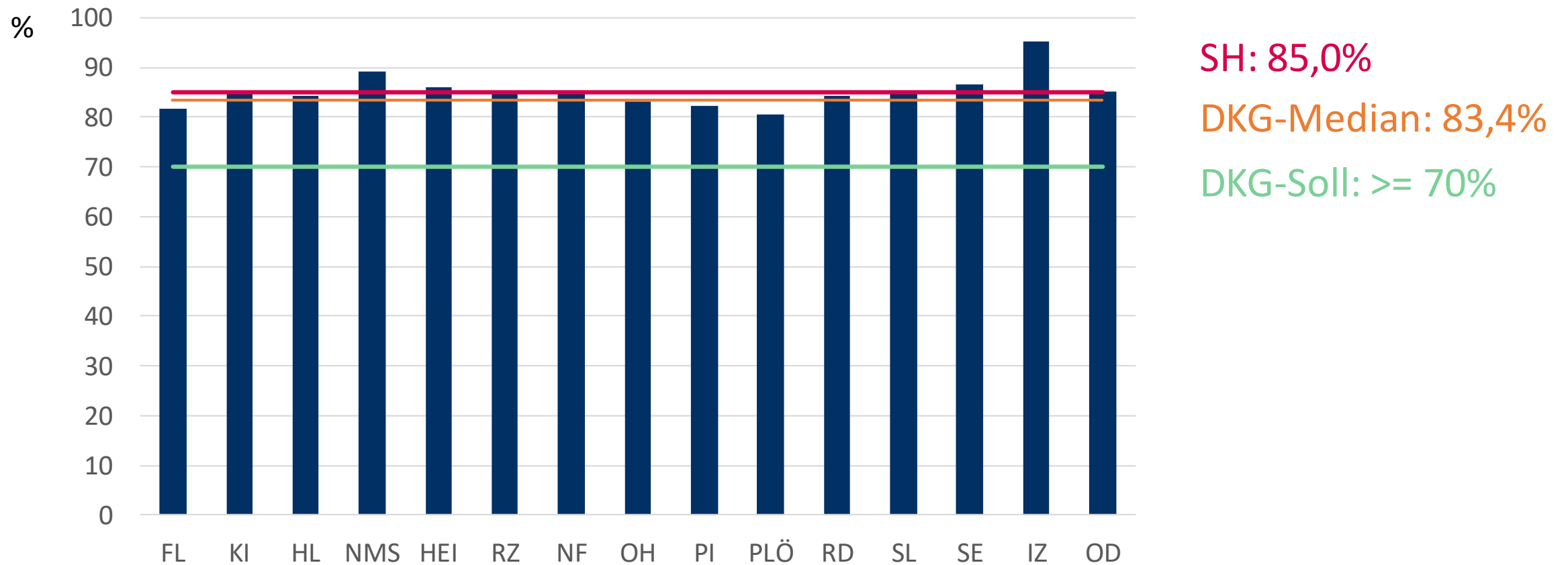


BET + Mastektomie

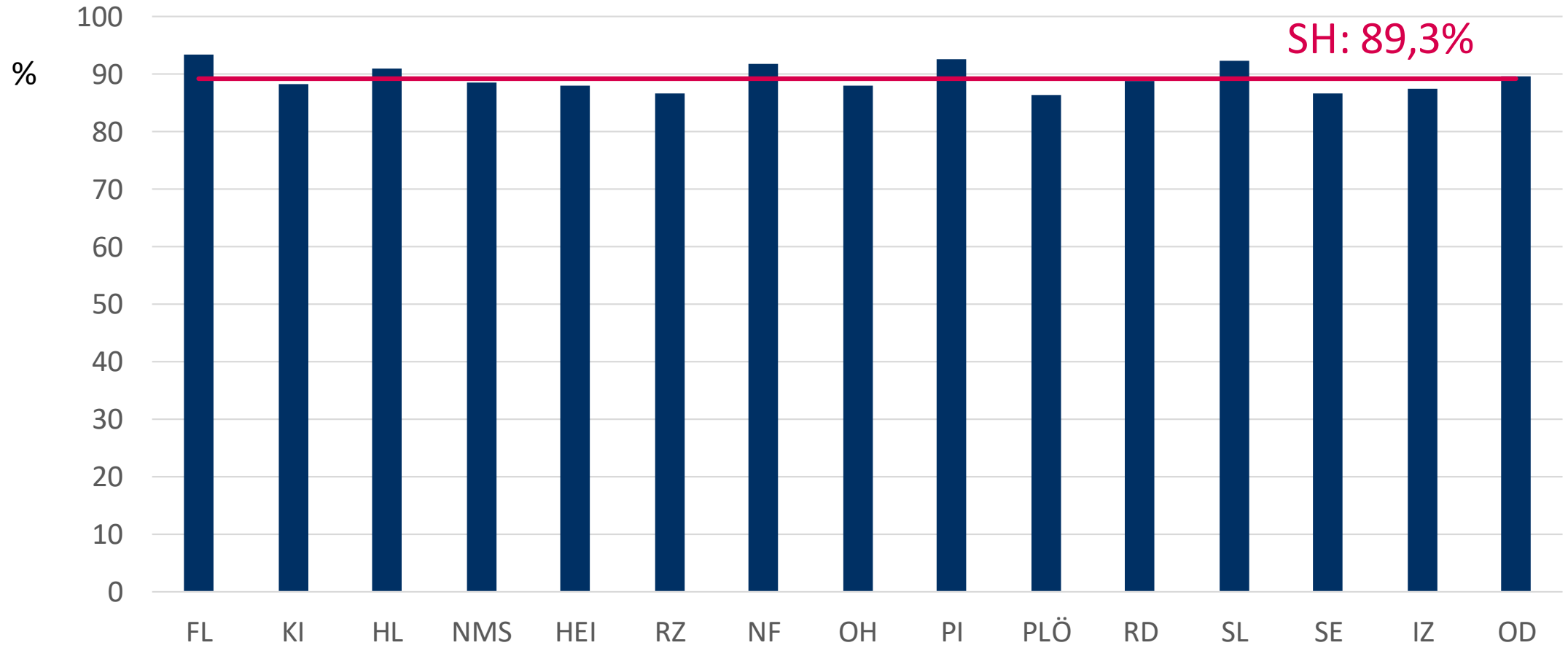
Alle Tumoren
mit UICC I
und
dokumentierter OP

N = 4.574

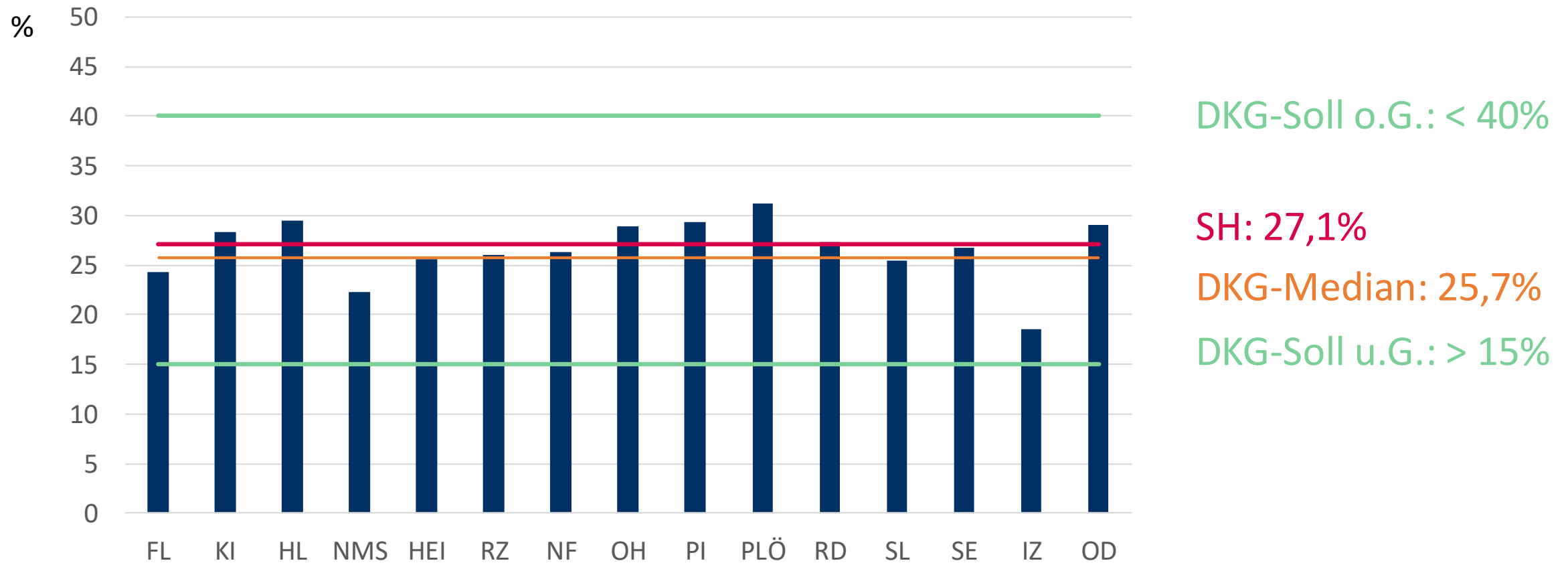
BET-Rate bei pT1 und OP (DKG-Kennzahl 15)



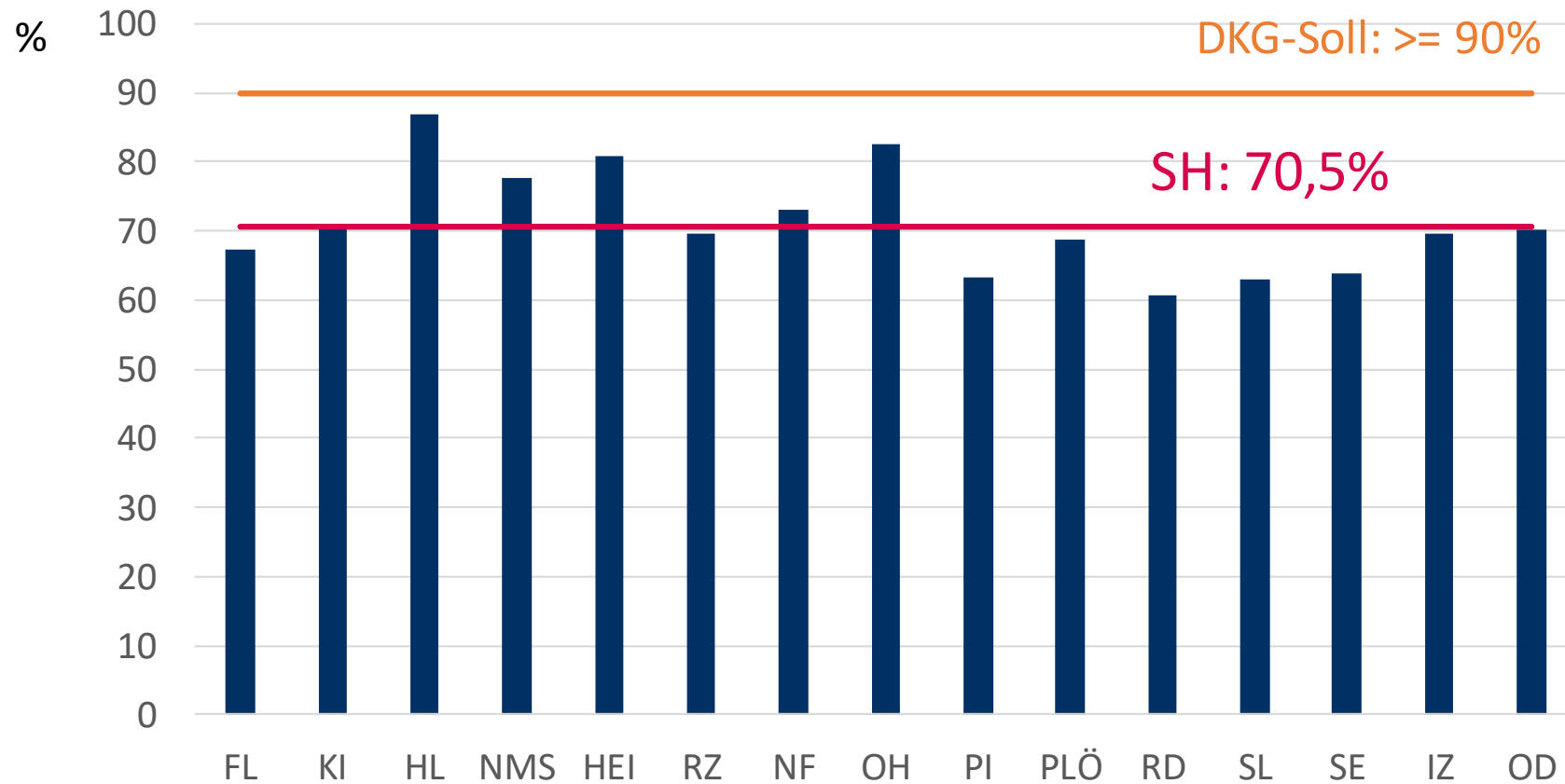
Anteil R0 bei BET



Anteil Mastektomien bei OP (DKG-Kennzahl 16)



Strahlentherapie nach BET (QI8)

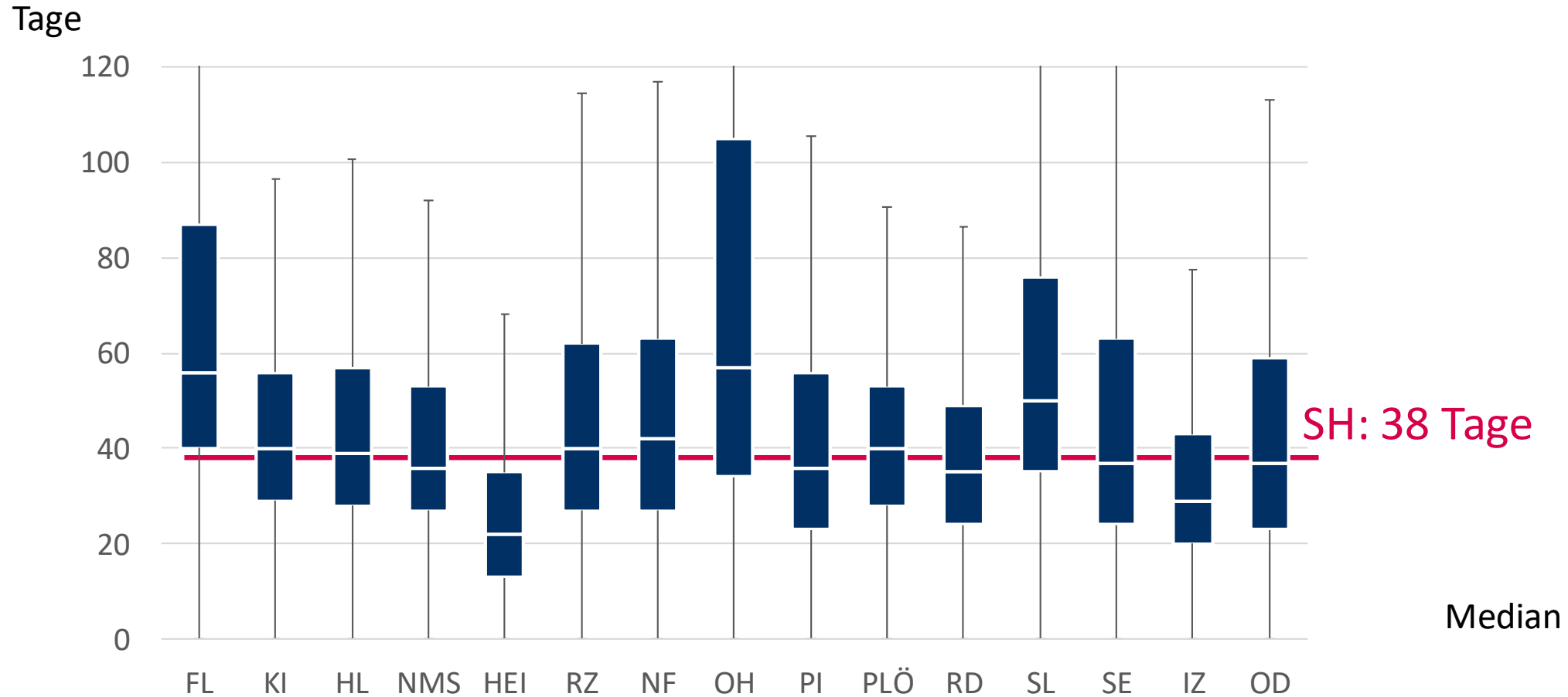


- BET ohne Mastektomie
- C50
- M ≠ 1
- Histo: 8010-8570

- Anschließende ST
(ohne Rücksicht auf Zielgebiet)
(ohne Berücksichtigung der Zeit)

N = 5.436

Zeit zwischen Diagnose und erster Therapie



Zeit zwischen Diagnose und erster Therapie

Nach Stadium

UICC 0/I	37 Tage
UICC II/III	37 Tage
UICC IV	31 Tage
<u>UICC X</u>	<u>70 Tage</u>
	38 Tage

Nach Therapieart

OP	35 Tage
ST	100 Tage
<u>SY</u>	<u>37 Tage</u>
	38 Tage

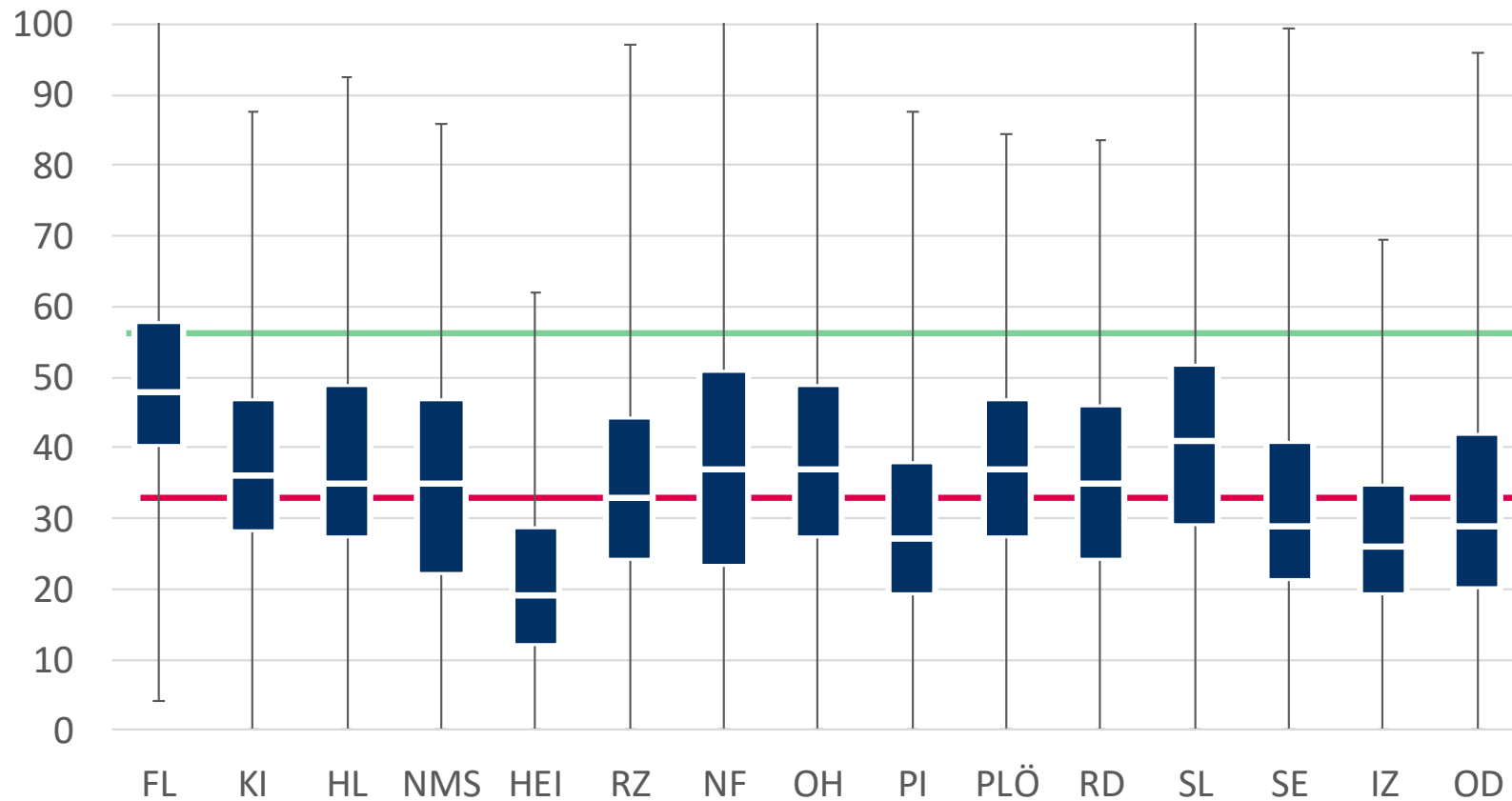
Nach Alter

< 58	39 Tage
59-72	40 Tage
<u>73+</u>	<u>37 Tage</u>
	38 Tage

Terzile

OP innerhalb 8 Wochen

Tage



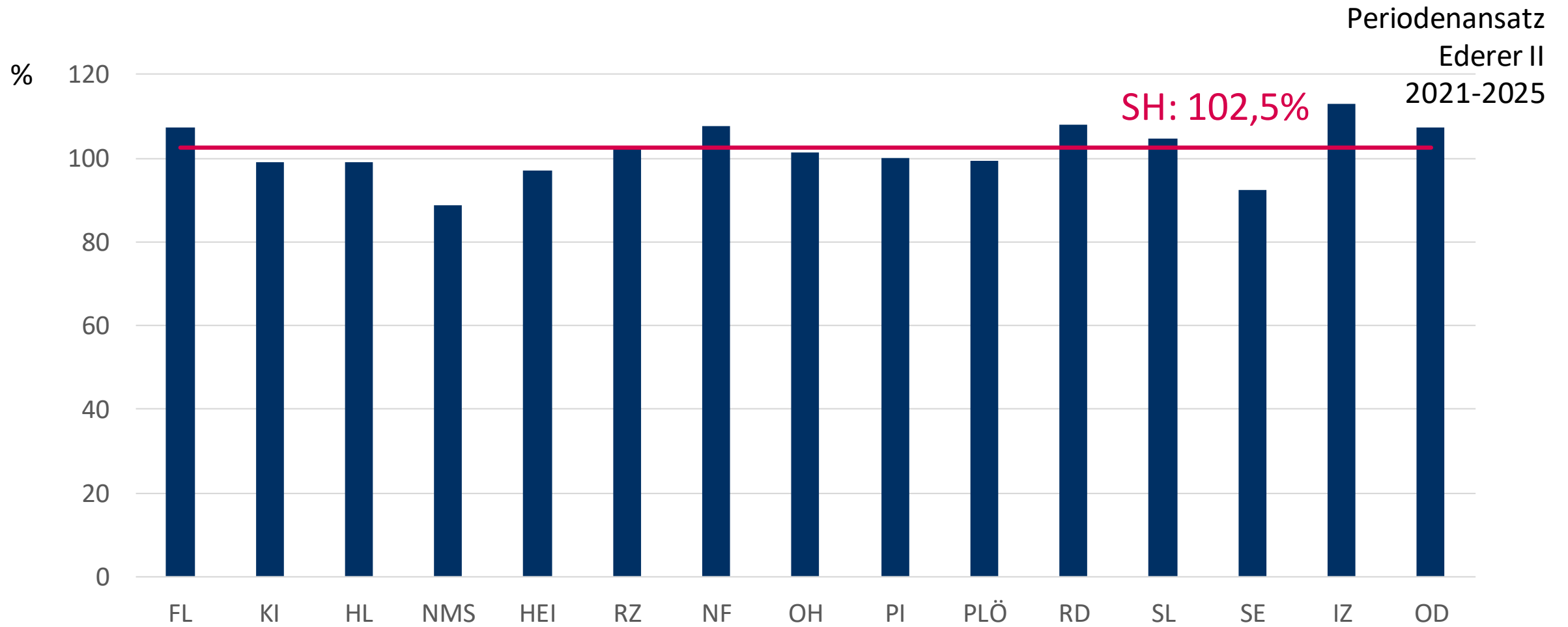
bei:

- pT 1-3
 - rezidierender OP
 - ohne neoadj. Therapie
- (JAMA Surg. 2023 May 1;158(5):485-492)

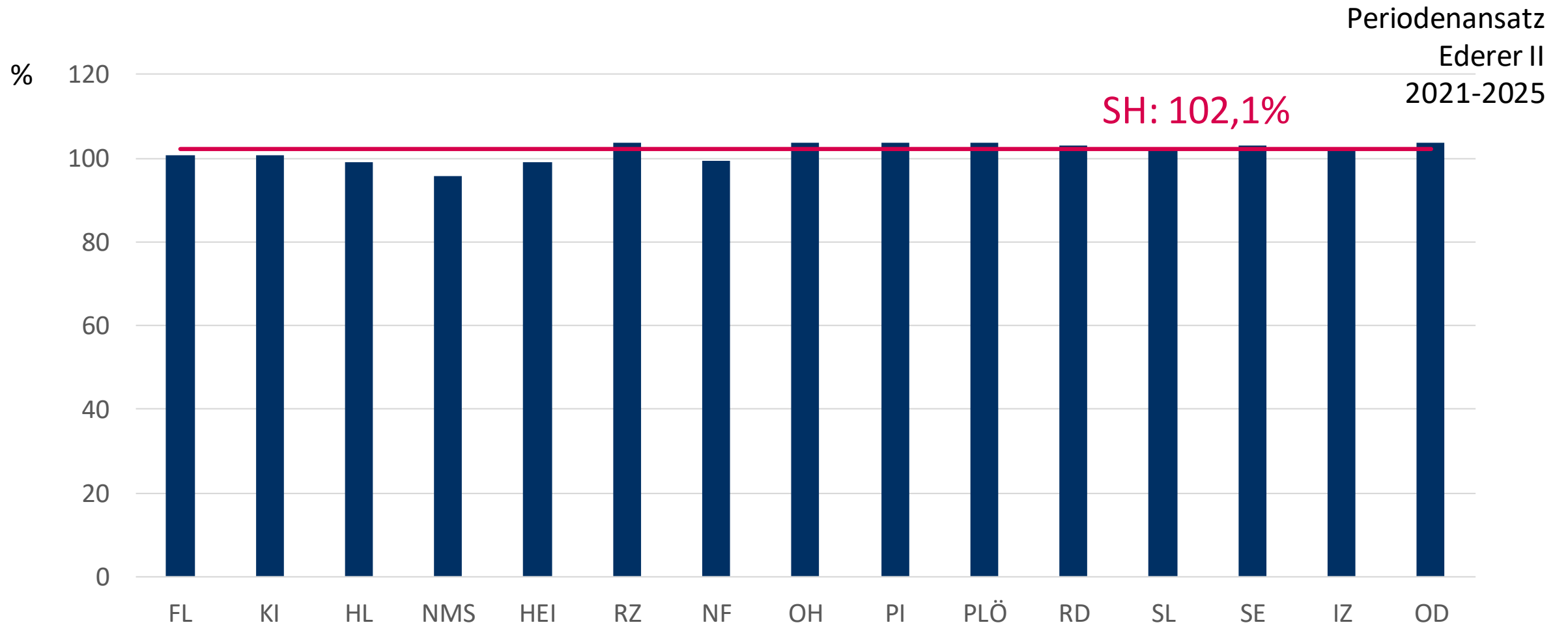
Soll: innerhalb 8 Wochen

SH: 33 Tage

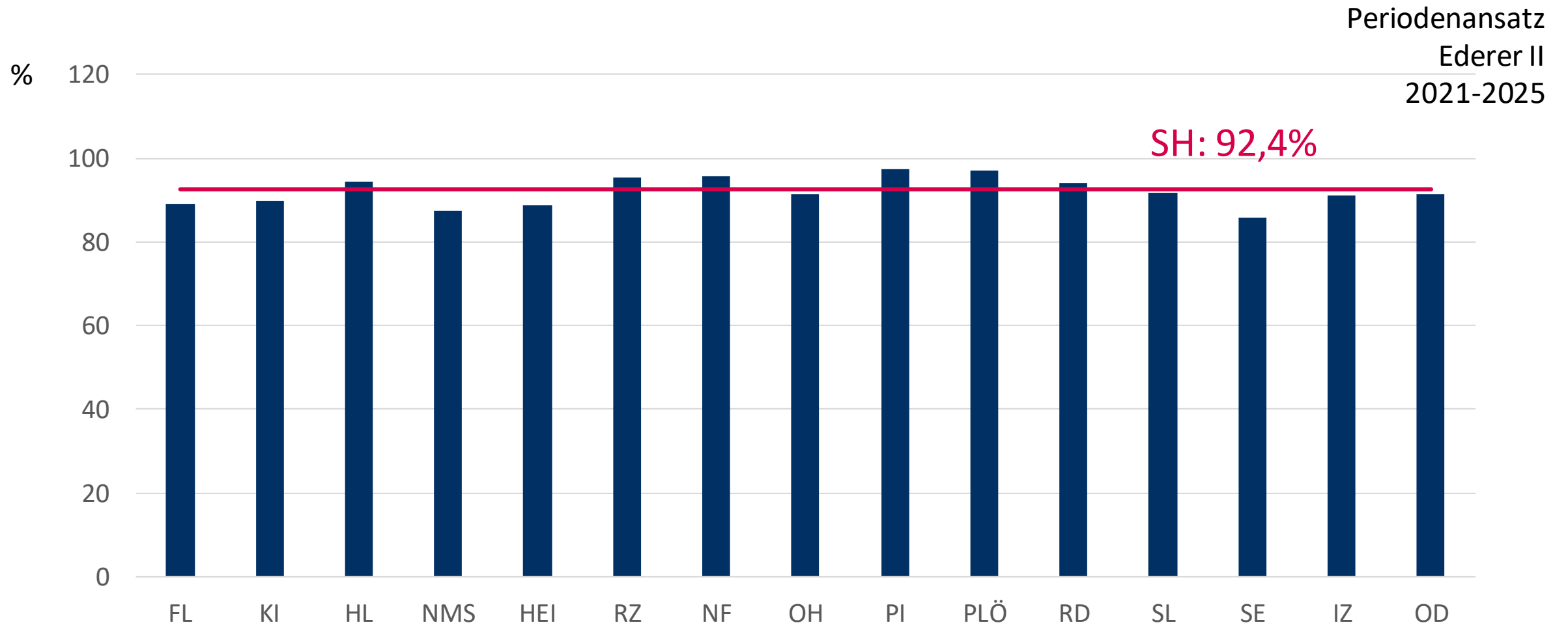
Relatives 5-Jahres-Survival – D05



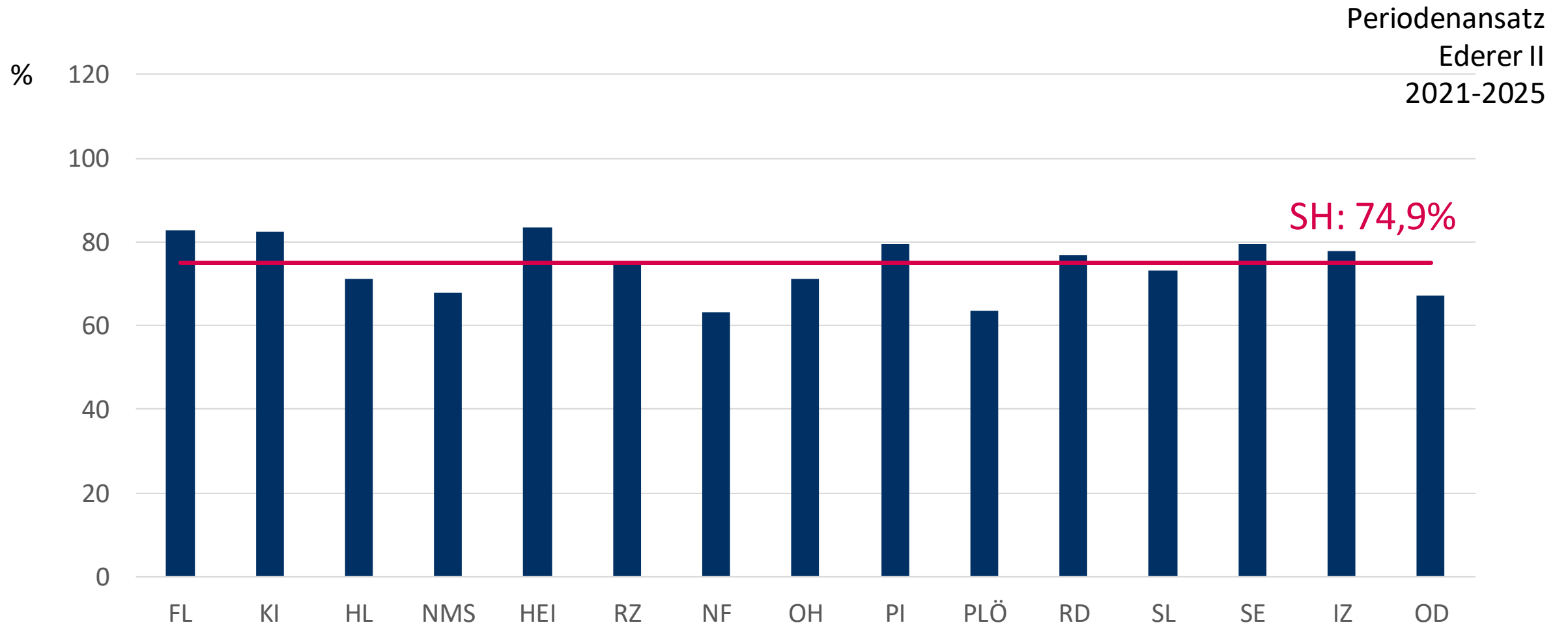
Relatives 5-Jahres-Survival – C50, UICC I



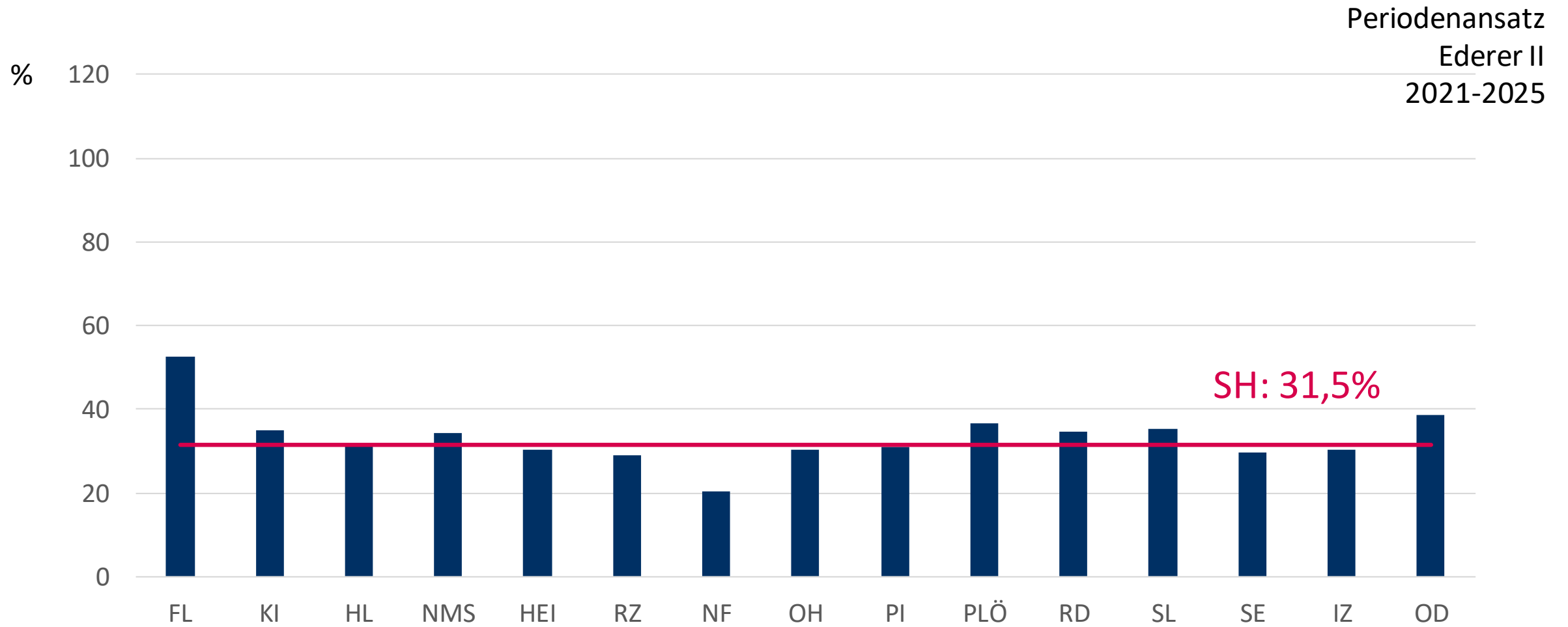
Relatives 5-Jahres-Survival – C50, UICC II



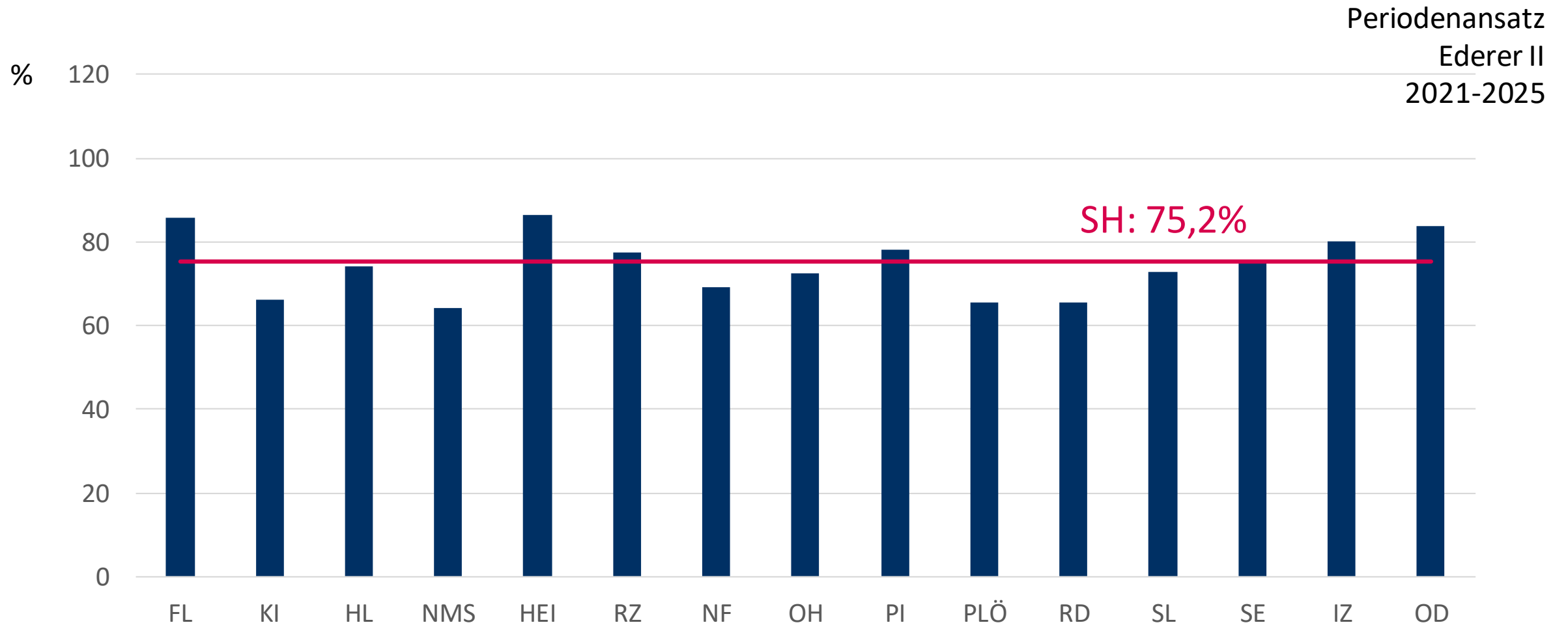
Relatives 5-Jahres-Survival – C50, UICC III



Relatives 5-Jahres-Survival – C50, UICC IV



Relatives 5-Jahres-Survival – C50, UICC X



Fazit

Fazit

- Unterschiede zwischen den Kreisen sind bei den meisten Indikatoren und Auswertungen nicht sonderlich groß.
- Da es relativ viele Leistungserbringer gibt, spricht das für eine gleiche Qualität.
- Die Datenqualität hat sich deutlich verbessert, auch wenn es immer noch Reserven gibt – insbesondere zeitlich.
- Sowohl regional (OH, FL), als auch inhaltlich (TUK) sind noch Meldungsdefizite zu finden.

Fazit

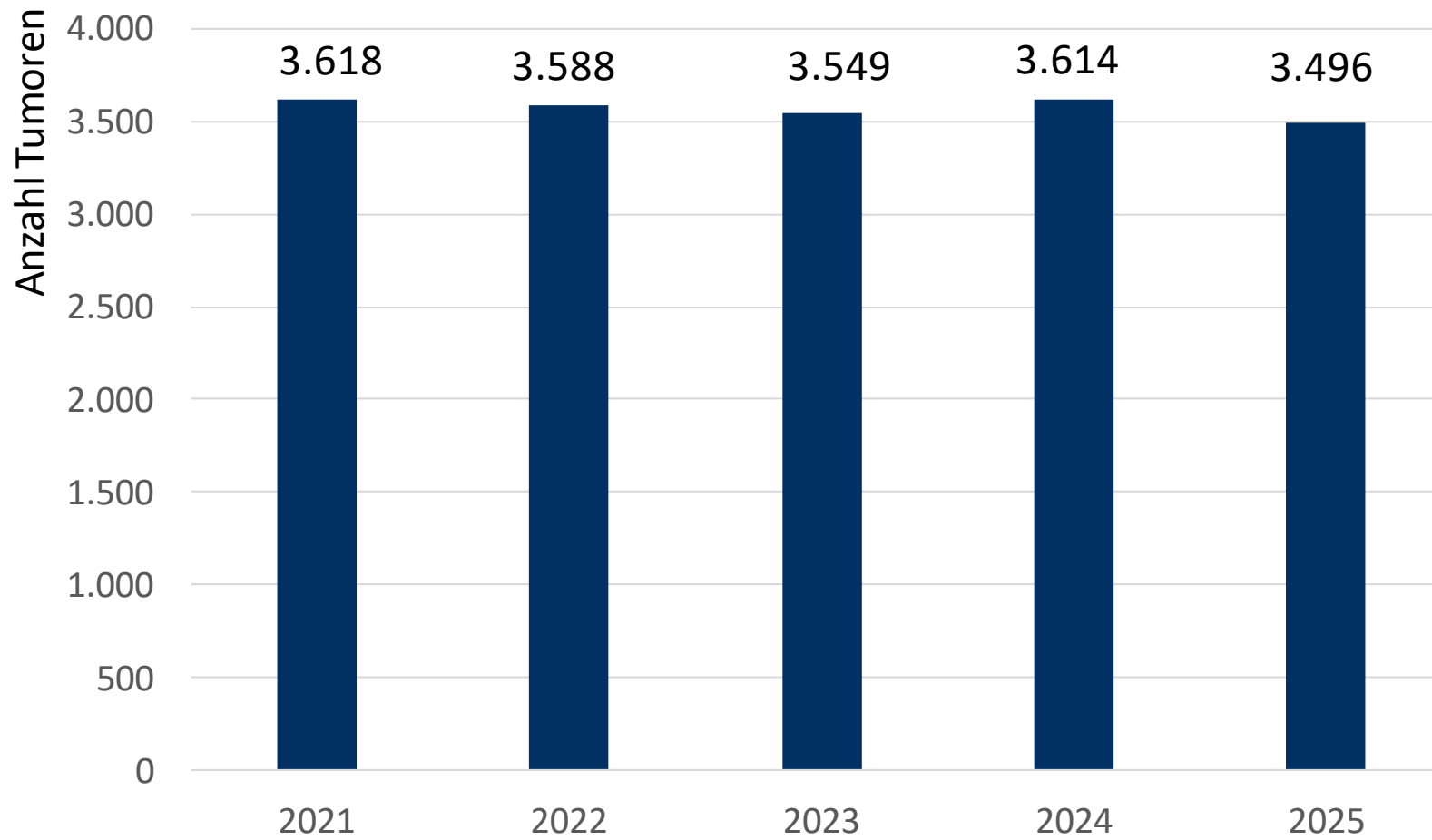
- Nur geringe Unterschiede im relativen 5-Jahres-Überleben.
- Mit steigender Datenqualität lassen sich anspruchsvollere Auswertungen durchführen.
- Bei regionalen Auswertungen muss auf eine ausreichend große Fallzahl geachtet werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Regionale Versorgungsqualität

Qualitätskonferenz Brustkrebs, 20. Mai 2026

Fallzahlen – C50/D05 nach Diagnosejahr



Summe: 17.865 Tumoren

Ausschluss

- 305 Tumoren (1,7%) nur aufgrund einer Todesbescheinigung (DCO)
- 855 Tumoren (4,8%) nur aufgrund einer solitären Pathologiemeldung
- 26 Tumoren (0,1%) nur eine Tumorkonferenz gemeldet
- 22 Tumoren (1,2%) nur aufgrund einer Verlaufsmeldung

Durchschnittl. Anzahl Therapien pro Tumor

