# Mammo REPORT



#### Januar 2017

Daten und Fakten zum deutschen Mammographie-Screening-Programm

Für das deutsche Mammographie-Screening-Programm werden jährlich Leistungsparameter und Frühindikatoren ausgewertet. Zu den wichtigsten zählen die Einladungsrate und Teilnahmerate, die Wiedereinbestellungsrate, die Brustkrebsentdeckungsrate sowie die Stadienverteilung.

In der Auswertung werden die erhobenen Daten mit den entsprechenden Vorgaben der EU-Leitlinien¹ (Referenzwerte) verglichen. Das ermöglicht eine kontinuierliche Beurteilung, ob neben der möglichst frühzeitigen Diagnose von Brustkrebs auch die Risiken so weit wie möglich minimiert werden.

# Einladungsrate, Teilnahmerate und Anzahl der Untersuchungen | 2014

Einladungsrate: 97 %Teilnahmerate: 54 %

- rund 600.000 erstmalig untersuchte Frauen (Erstuntersuchung)
- mehr als 2,3 Millionen wiederholt untersuchte Frauen (Folgeuntersuchung)

#### Wiedereinbestellungsrate und Abklärung | 2014

- 3 % für Folgeuntersuchungen
- 98 % Teilnahme in der Abklärung
- 1,1% untersuchte Frauen mit Indikation zur Biopsie
- 92 % präoperativ gesicherte Karzinome

#### Anzahl der entdeckten Karzinome | 2014

- 13.061 invasive Karzinome, 3.232 In-situ-Karzinome (DCIS)
- Brustkrebs wird im Bundesdurchschnitt bei 6 von 1.000 untersuchten Frauen entdeckt.

#### Stadienverteilung für Folgeuntersuchungen | 2014

- 77 % der invasiven Karzinome sind maximal 20 Millimeter groß
- 57 % kleiner als 15 Millimeter
- $\bullet$  75 % der invasiven Karzinome sind ohne Lymphknotenbefall

1 | European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis

### Stadienverteilung

#### Anteil der In-situ-Karzinome

Anteil der In-Situ-Karzinome in der Zielbevölkerung vor Einführung des Programms und bei Folgeuntersuchungen im Screening 2014



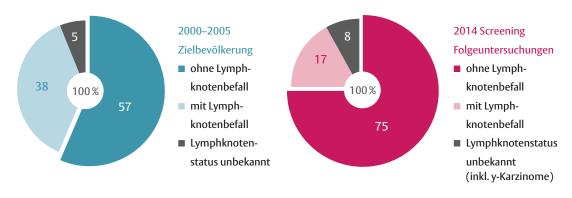
#### Größenverteilung der invasiven Karzinome

Größenverteilung invasiver Karzinome in der Zielbevölkerung vor Einführung des Programms und bei Folgeuntersuchungen im Screening 2014



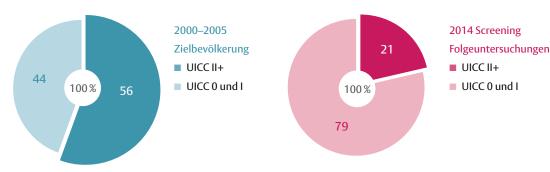
#### Lymphknotenstatus der invasiven Karzinome

Lymphknotenstatus der invasiven Karzinome in der Zielbevölkerung vor Einführung des Programms und bei Folgeuntersuchungen im Screening 2014



#### Anteil prognostisch ungünstiger Stadien (UICC II+)

Anteil der Karzinome im UICC-Stadium II+ in der Zielbevölkerung vor Einführung des Programms und bei Folgeuntersuchungen im Screening 2014



### **Ergebnis – und Prozessparameter**

#### Ergebnisse des Mammographie-Screenings 2014 und Referenzwerte der EU-Leitlinien

Die letzte Spalte kennzeichnet, in welchem Jahresbericht die Parameter ausgewertet werden: E – Evaluation nach § 23 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und Q – Qualitätssicherung nach § 36 Anlage 9.2 BMV-Ä.

Parameter	Ergebnisse Screening 2014		Referenzwerte der EU-Leitlinien	
	Gesamtzahl	Anteil/Verhältnis für alle Untersuchungen bzw. Folgeuntersuchungen (Erstuntersuchungen)	Mindestanforderung/ Empfehlung für alle Untersuchungen bzw. Folgeuntersuchungen	Jahresbericht
Einladung				
Zielbevölkerung <sup>1</sup>	5.426.648	-	-	E
Einladungen	5.267.337	97 %	k. A.	E
Teilnehmerinnen <sup>2</sup>	2.856.756	54%	> 70 %   > 75 %	E
Untersuchung				
Untersuchungen <sup>2</sup>	2.871.103	81 % (19 %) <sup>3</sup>	k. A.	E
Wiedereinbestellungen	124.173	3,0%(10,0%)	< 5% / < 3%	E Q
Teilnahme in der Abklärung	121.316	98%	k. A.	Q
untersuchte Frauen mit Indikation zur Biopsie	32.988	1,1%	k. A.	Q
präoperativ gesicherte Karzinome	15.298	92 %	90%/>90%	E Q
entdeckte Brustkrebsfälle				
entdeckte Brustkrebsfälle	16.632	5,4 ‰ (7,4 ‰)	k. A.	E
relative Brustkrebsentdeckungsrate (Vielfaches der Hintergrundinzidenz, IR)	-	2,0 x IR (2,7 x IR)	1,5 x IR / > 1,5 x IR	E
In-situ-Karzinome (DCIS)	3.232	19%(22%)4	10%/>15%	E
invasive Karzinome	13.061 <sup>5</sup>	79%(76%) <sup>4</sup>	k. A.	E
invasive Stadienverteilung				E
≤ 10 mm	4.439	35%(29%)	≥ 25 % / ≥ 30 %	Е
< 15 mm	7.169	57%(48%)	50%/>50%	Е
≤ 20 mm	9.841	77%(70%)	k. A.	E
ohne Befall der Lymphknoten	9.650	75%(69%)	75%/>75%	E
im UICC-Stadium II+ <sup>6</sup>	3.431	21%(26%)	25%/<25%	E
Prozessparameter				
positive Vorhersagewerte				E Q
– PPV I (Befundung)	-	14%	k. A.	E Q
<ul><li>– PPV II (nicht-invasive Abklärung)</li></ul>	-	50%	k. A.	E Q
Bildwiederholungen	22.083	0,8 %	< 3 % / < 1 %	Q
unzureichende Biopsien				Q
– Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle	257	1,3 %	< 20 % / < 10 %	Q
– Vakuumbiopsien unter Röntgenkontrolle	155	1,2%	< 20 % / < 10 %	Q
Verhältnis von benignen zu malignen Biopsien				Q
– Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle	-	1:4,0 (1:0,9)	k. A.	Q
– Vakuumbiopsien unter Röntgenkontrolle	-	1:0,8(1:0,3)	k. A.	Q
Kontrolluntersuchungen	12.075	0,4 %	<1%/0%	Q
Wartezeit zwischen Screening- Mammographie und Ergebnismitteilung ≤ 7 Werktage	2.704.014	94%	≥ 90 % / > 90 %	Q
Wartezeit zwischen Mitteilung eines abklärungsbedürftigen Befundes und Ter- minvorschlag zur Abklärung ≤ 1 Woche	114.401	92%	≥ 90 % / > 90 %	Q

 $<sup>1\</sup> j\"{a}hrliche\ Zielbev\"{o}lkerung\ (entsprechend\ 50\%\ der\ gesamten\ Zielbev\"{o}lkerung); Datenquelle:\ Amtliche\ Bev\"{o}lkerungsstatistik\ des\ Statistischen\ Bundesamtes$ 

<sup>2</sup> Teilnehmerinnen werden gezählt, wenn die Einladungen im Betrachtungszeitraum lagen; Untersuchungen werden gezählt, wenn die Screening-Untersuchungen im Betrachtungszeitraum durchgeführt wurden.

<sup>3</sup> Anteile der Folgeuntersuchungen (und Erstuntersuchungen) von allen Untersuchungen (2.871.103)

<sup>4</sup> Anteile bezogen auf die Anzahl entdeckter Karzinome. Karzinome, die weder zu den invasiven noch zu den In-situ-Karzinomen gezählt werden, wie z. B. Brustkrebsfälle, bei denen der Primärtumor nicht mehr nachweisbar war (pTO), Fernmetastasen und histopathologisch bestätigte Karzinome ohne postoperative Angaben sind in der Grundmenge enthalten. Der Anteil dieser Fälle an der Gesamtzahl der entdeckten Karzinome beträgt: für Folgeuntersuchungen 1,9 %, für Erstuntersuchungen 2,4 %.

<sup>5</sup> einschließlich invasive Karzinome mit neoadjuvanter Therapie

<sup>6</sup> gemäß 7. Auflage der TNM-Klassifikation (Wittekind und Meyer, 2010); Anteile bezogen auf In-situ-Karzinome und invasive Karzinome (mit bekannter Größe und Lymphknotenstatus)

# Mammographie-Screening-Programm kann Inzidenzrate fortgeschrittener Brustkrebsstadien senken

Der Rückgang fortgeschrittener Stadien gilt als einer der besten Surrogatindikatoren für ein effektives Mammographie-Screening und damit für die Brustkrebsmortalitätsreduktion. Eine aktuelle Studie des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin, Universität Münster, und des Epidemiologischen Krebsregisters Nordrhein-Westfalen zeigt für den Regierungsbezirk Münster: Die Rate fortgeschrittener Stadien sinkt nach Einführung des Mammographie-Screenings in den Altersgruppen 55 bis 69 Jahren signifikant. Seit 2012 liegt sie sogar deutlich unter dem Ausgangsniveau.

Die Studie von Simbrich et.al. erfasst 13.874 invasive, im Krebsregister gemeldete Brustkrebsfälle. Die Studienpopulation schließt Frauen zwischen 45 und 79 Jahren ein. Die Beobachtungzeit erstreckt sich von 2000 bis 2013.

Das Mammographie-Screening im Regierungsbezirk Münster, der rund 2,6 Millionen Einwohner aufweist, startete 2005 und ist seit 2008 vollständig implementiert. Die Teilnahmerate lag durchschnittlich bei 55 %.

Für die Screening-Altersgruppen stieg die Inzidenzrate für den UICC I-Brustkrebs erwartungsgemäß während der Einführungsphase des Screenings an und blieb seitdem erhöht. Für den UICC II-Brustkrebs stieg die Inzidenzrate in den Jahren 2006 bis 2008 zwar ebenfalls leicht an, ging danach aber wieder zurück.

Für die Altersgruppen von 55 bis 69 Jahren sank die Inzidenzrate signifikant und lag unter dem Ausgangsniveau.

Für die angrenzenden Altersgruppen hingegen zeigten sich keine signifikanten Änderungen der Inzidenzrate fortgeschrittener Stadien gegenüber dem Ausgangsniveau.

Diese Ergebnisse sind konsistent mit dem "lead-time"-Effekt des Mammographie-Screenings. Die Diagnose wird also von einer Altersgruppe in die nächst jüngere Altersgruppe "vorverlegt" und tritt dann nicht mehr als fortgeschrittener Tumor in der älteren Altersgruppe auf.

Der Effekt strahlt auch noch in die Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen ab, aber nicht mehr in dem Maße wie in den jüngeren Altersgruppen, da im höheren Alter keine systematische Früherkennung mehr durchgeführt wird.

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass das Mammographie-Screening-Programm die Inzidenzrate fortgeschrittener Tumorstadien in der Zielbevölkerung senken kann.

Die Studienpopulation ist auf den Regierungsbezirk Münster begrenzt und muss daher nicht repräsentativ für Deutschland sein. Da das Mammographie-Screening jedoch einheitlich organisiert ist und bundesweit den gleichen Qualitätsstandards unterliegt, kann davon ausgegangen werden, dass diese Ergebnisse grundsätzlich übertragbar sind.

QUELLE: Trends in advanced breast cancer incidence rates after implementation of a mammography screening program in a German population; Alexandra Simbrich, Ina Wellmann, Jan Heidrich, Oliver Heidinger, Hans-Werner Hense; doi:10.1016/j.canep.2016.07.006 | http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877782116300923

# Weniger belastende Therapien durch Mammographie-Screening-Programm: Robert Koch-Institut veröffentlicht Krebsbericht 2016

In den letzten Jahren wurden in Deutschland bei Frauen im Screening-Alter fortgeschrittene Brustkrebserkrankungen seltener diagnostiziert als vor Einführung des Mammographie-Screening-Programms.

Dies kann als erster Hinweis für einen Erfolg des zwischen 2005 und 2009 eingeführten organisierten und qualitätsgesicherten Programms interpretiert werden. Auch dürfte schon heute ein

Teil der betroffenen Frauen durch eine weniger belastende Behandlung von der früheren Diagnosestellung profitiert haben.

Diese Kernaussagen zur aktuellen Situation bei Brustkrebserkrankungen trifft das Robert Koch-Institut in seinem aktuellen Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland.

QUELLE: Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016, Kapitel 2, Epidemiologie von Krebserkrankungen, Seite 37

### Informatives für Ärztinnen und Ärzte im Netz

## AKTUELLES AUS UNSEREM BLOG



#### Mammographie-Screening entdeckt vermehrt Brustkrebs im Frühstadium

Dr. rer. nat. Elisabeth Hand | Ziel eines Krebsfrüherkennungsprogramms ist es, Tumore in möglichst frühen Stadien zu erfassen, bevor sie symptomatisch auffällig werden. Das Mammographie-Screening-Programm erreicht dieses Ziel. Der aktuelle Jahresbericht Evaluation 2014 zeigt, dass im Screening detektierte Karzinome kleiner und die Lymphknoten seltener befallen sind, als dies noch vor Einführung des Programms der Fall war.

▶ weiterlesen

Jede Woche neu: Im Mammographie-Blog bloggen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler als Gastautoren, Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeitende aus den Fachreferaten der Kooperationsgemeinschaft Mammographie.

Die Blogautoren berichten in ihren Artikeln über den aktuellen Stand der Wissenschaft und Forschung zum Mammographie-Screening und zur Brustkrebsfrüherkennung.

Weiterlesen unter: mammographie-blog.de

# Gut informiert entscheiden – Wissenswertes für Frauen zum Mammographie-Screening

Für interessierte Frauen gibt es ein umfangreiches Informationsangebot. Die Kooperationsgemeinschaft Mammographie hat ihr Onlineportal um einen FAQ-Bereich erweitert. Dort finden sich häufig gestellte Fragen und entsprechende Antworten zu folgenden Themenfeldern:

- Für wen ist das Programm?
- Chancen und Grenzen
- Einladung und Terminvergabe
- Aufklärungsgespräch und Verzichtserklärung
- Untersuchung
- Diagnose und nächste Schritte

Ergänzt wird das Angebot um kurze Videofilme sowie Informationsbroschüren.

Häufig gestellte Fragen zum Mammographie-Screening-Programm: fragen.mammo-programm.de



### Jahresberichte der Kooperationsgemeinschaft Mammographie

http://fachservice.mammo-programm.de/publikationen-und-stellungnahmer





#### **HERAUSGEBER**

**Kooperationsgemeinschaft Mammographie GbR**Goethestraße 85 | 10623 Berlin
info@koop-mammo.de

Die Kooperationsgemeinschaft Mammographie wird getragen vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

#### **KONTAKT**

**Pressestelle Kooperationsgemeinschaft Mammographie** presse@koop-mammo.de
Telefon 030 / 31 99 851-31