

Newsletter

für Ärzte und Praxispersonal

Inhalt

- Ergebnisse
- Diskussion
- Telefonsprechstunde
- Mammobil
- Studie
- Kooperationen
- Kontakt und Informationen

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

das Mammographie-Screening geht in die zweite Runde. Dieses nehmen wir zum Anlass, Bilanz zu ziehen. Zum einen werfen wir einen Blick auf unsere Ergebnisse. Zum anderen haben wir einen niedergelassenen Kollegen und einen Kliniker gefragt, welche Erfahrungen sie nach drei Jahren Screening mit dem Programm gemacht haben.

Und die Frauen? Eine Studie des Referenzzentrums Münster weist einen ersten bevölkerungsbezogenen Nutzen nach. Und unsere Ergebnisse lassen ähnliche Effekte erwarten.

Der Nutzen nimmt jedoch mit der Teilnahmequote zu. Im Schnitt gehen 53% der eingeladenen Frauen zum Screening. Das ist für den Anfang gut, doch von unserem Ziel, einer Teilnahme von 70%, sind wir noch entfernt. Dieses Ziel können wir nur mit Ihrer Hilfe erreichen. Wir hoffen, dass unsere Ergebnisse Sie überzeugen und Sie die Frauen darin bestärken, das Angebot des Screenings zu nutzen.

Ihre



Dr. med. Susanne Löhers (PVÄ)



Dr. med. Janine Riemenschneider (PVÄ)

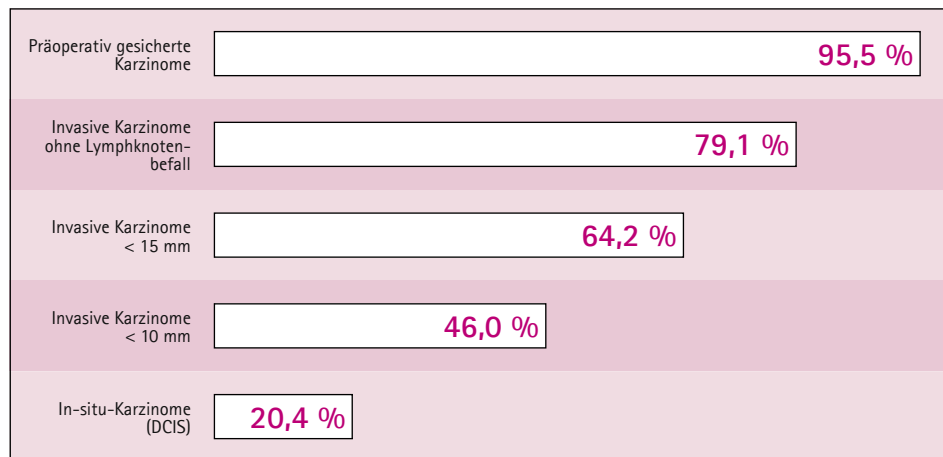
■ Ergebnisse

Positive Bilanz des Mammographie-Screenings

Internationale Studien haben den Nutzen des Brustkrebscreenings mehrfach belegt, andere Studien wiederum äußern Zweifel. Dass das Screening in Deutschland aber alle Voraussetzungen für ein effektives Früherkennungsprogramm erfüllt, hat im letzten Jahr der von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie vorgelegte Evaluationsbericht bewiesen. Darüber hinaus wurde bereits jetzt ein bevölkerungsbezogener Nutzen von einer Studie des Referenzzentrums Münster in Zusammenarbeit mit dem Krebsregister NRW nachgewiesen. Doch wie sieht es in unserer Region aus?

Die Ergebnisse (2009) können sich sehen lassen, wie nachfolgende Grafik zeigt.

Teilnahmerate (34.262 Frauen)	53 %
Wiedereinbestellungsrate	5,5 %
Brustkrebsentdeckungsrate (243 Fälle)	0,71 %



Ein Vergleich mit den Vorgaben der Europäischen Leitlinien macht deutlich: In unserer Region wird eine Früherkennung von hoher Qualität angeboten, so dass auch hier ein Rückgang der Mortalität zu erwarten ist. Die Teilnahmerate entspricht zwar mit 53% dem bundesweiten Schnitt und ist für den Start des Programms gut, kann aber noch verbessert werden. Und dafür brauchen wir Ihre Unterstützung. Wir hoffen, die Zahlen sprechen für sich.



Dr. med. Georg Wildermann
Niedergelassener Facharzt für Gynäkologie und
Geburtshilfe, St. Augustin



Dr. med. Matthias Wolfgarten
Leiter der Abteilung Senologie am Zentrum für Ge-
burtshilfe und Frauenheilkunde der Universität Bonn



Dr. med. Janine Riemenschneider
Programmverantwortliche Ärztin der Screening-
Einheit Bonn, Rhein-Sieg, Euskirchen

■ Diskussion

Ärzte debattieren Vor- und Nachteile des Screenings

Ende 2006 haben wir in unserer Region mit dem Programm zur Früherkennung von Brustkrebs begonnen. Nach gut drei Jahren tauschen Dr. Georg Wildermann, Dr. Matthias Wolfgarten und Dr. Janine Riemenschneider, die mit der Versorgung von Mammakarzinompatientinnen vertraut sind, ihre Erfahrungen aus.

Dr. Wildermann: Auch wenn ich mittlerweile zufrieden bin, fand ich die Einführung des Screenings anfangs unglücklich. Meine Patientinnen fühlten sich bis dahin gut versorgt: Je nach Risikoeinstufung habe ich erstmals ab 35/40 Jahren eine Mammographie empfohlen kombiniert mit einer Brustsonographie. Und je nach Befund wurde die Untersuchung dann in zwei/drei Jahren wiederholt. Das änderte sich mit dem Screening. Der Ablauf ist neu, es gibt keinen begleitenden Brustultraschall und für mich als Arzt weniger Verlaufskontrollen.

Dr. Wolfgarten: Die Bedenken sind nachvollziehbar. Zumal wir in Bonn vor Programmbeginn eine besondere Situation hatten. Hier wurden überdurchschnittlich viele Mammographien im Sinne eines „grauen Screenings“ erstellt. Die niedergelassenen Kollegen hatten gewissermaßen schon mit einer intensivierten Früherkennung begonnen. Die jetzige Struktur wurde bundesweit eingeführt, um flächendeckend, also insbesondere außerhalb der Ballungsräume, mit einer hohen Qualität Brustkrebs zu entdecken. Und als Kliniker, der sich täglich mit dem Screening befasst, stelle ich fest: Wir entdecken tatsächlich die frühen Karzinome, die pT1-Karzinome, die mit 93%iger Sicherheit geheilt werden können. Und wir sehen ein neues Patientenkollektiv, nämlich Patientinnen, die sonst nicht regelmäßig an Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen haben.

Dr. Riemenschneider: Das stimmt. Zum Screening kommen sehr oft Frauen, die keinen Gynäkologen haben oder das letzte Mal vor 10/15 Jahren eine Mammographie hatten. Für diese Frauen stellt das Screening eine große Chance dar. Aber Screening bleibt nur eine Untersuchung von vielen und sie ersetzt nicht weitere Früherkennungsuntersuchungen. Deshalb fordern wir die Frauen immer wieder im Gespräch und im Befundbrief auf, regelmäßig zum Gynäkologen oder Hausarzt zu gehen. Zumal in vielen Fällen ein ergänzender Ultraschall sinnvoll ist, z. B. bei dichtem Brustgewebe. Er erfolgt nur nicht mehr gleichzeitig bzw. automatisch.

Dr. Wildermann: Über diesen Ablauf waren viele Patientinnen verwundert, auch darüber, dass sie angeschrieben wurden. Ein Großteil meiner Patientinnen hat teilgenommen und war auch zufrieden. Unzufrieden waren die Frauen dann, wenn sie den Termin nicht wahrnehmen konnten und ihn verschieben mussten. Das war telefonisch nicht möglich, weil die zuständige Stelle nicht erreichbar war.

Dr. Riemenschneider: Das ist in der Tat ein Problem und muss verbessert werden. Kommen die Patientinnen nach dem Screening denn zurück in Ihre Praxis?

Dr. Wildermann: Der Weg zurück ist kein Problem. Die Patientinnen suchen meinen Rat. Denn auch vorher haben wir die Mammographie-Ergebnisse gemeinsam besprochen. Nur kommen einige Frauen ohne Befundbrief zu mir, der für mich aber wichtig ist.

Dr. Riemenschneider: Die Frau allein entscheidet darüber, wer den Befund erhält. Wir werden aber die Frauen in Zukunft auch in dem Befundbrief daran erinnern, bei ihrem nächsten Arztbesuch diesen Brief mitzubringen.

Dr. Wildermann: Das wäre gut. Kurze Wege und ich habe einen Rücklauf.

Dr. Riemenschneider: Nur leider machen wir immer wieder die Erfahrung, dass selbst die Aufklärungsbroschüren, die jeder Einladung beiliegen, nicht gelesen werden.

Dr. Wolfgarten: Das ist auch unsere Erfahrung aus der Brustsprechstunde. Zu viele Informationen, die selektiv wahrgenommen werden müssen. Deshalb sollte der niedergelassene Gynäkologe als Vertrauensperson stets in die Kommunikation einbezogen sein. Nach meinem Eindruck ist dies in unserer Region auch überwiegend der Fall. In anderen Städten sind beispielsweise Screening-Einheiten direkt an Brustzentren angegliedert. Dann besteht die Gefahr, dass der niedergelassene Gynäkologe erst nach Therapieende seine Patientin wieder sieht.

In Bonn wird die Patientin an den behandelnden Arzt zurückverwiesen. Er kann dann seine Patientin in eines der Brustzentren der Region zur weiteren Therapie einweisen. So wird der Arzt in den Behandlungsprozess eingebunden und hat die Möglichkeit mitzusteuern.

Dr. Riemenschneider: Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen ist uns so wichtig, weil viele Frauen gar nicht über Screening informiert sind und deshalb hohe Erwartungen haben. Sie erwarten etwas Besonderes und sind enttäuscht, wenn es sich „nur“ um eine normale Mammographie handelt. Und sie erwarten eine 100%ige Sicherheit, die wir ihnen nicht geben können. Zwar stellt die Mammographie zur Zeit die beste Methode zur Früherkennung von Brustkrebs dar, doch auch sie hat ihre Grenzen. Und weil das so ist, motivieren wir die Frauen selbst im Befundbrief dazu, regelmäßig zu ihrem Arzt zu gehen.

Dr. Wolfgarten: Der Frauenarzt und der Hausarzt spielen eine zentrale Rolle bei der Aufklärung über Früherkennung. Sie sind Vertrauenspersonen für die Patientinnen. Und nur mit ihrer Hilfe kann es gelingen, mehr als die erforderlichen 70% der teilnahmeberechtigten Frauen zum Screening zu bewegen. Denn wie wir von unseren europäischen Kollegen gelernt haben, ist nur bei einer Teilnahme von mehr als 70% eine Reduktion der Mortalität zu erwarten. Und von diesem Ziel sind wir in Deutschland mit einer Teilnahmerate von 54% leider noch entfernt.

Dr. Riemenschneider: Mit unserer Quote von über 50% im Schnitt sind wir zufrieden. Aber wir hoffen natürlich, dass die Quote steigen wird. Dazu haben wir unsere Organisation verbessert, erste positive Auswirkungen sind bereits sichtbar. Wir möchten aber auch stärker mit den niedergelassenen Kollegen kooperieren, wir wünschen uns mehr Miteinander. Letztlich profitieren davon alle: die Frauen, weil Karzinome früher entdeckt werden, und die Ärzte, weil mehr Frauen die Früherkennungsangebote nutzen.

Dr. Wildermann: Das wünschen wir uns auch. Aber wir brauchen mehr Informationen, was das Screening betrifft. Die Strukturen und Abläufe sollten transparenter werden. Auf einen Blick sollte klar sein, wann wer der richtige Ansprechpartner ist.

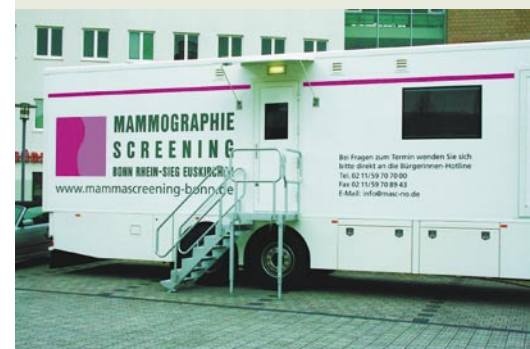
Dr. Riemenschneider: Dieses Ziel verfolgen wir unter anderem mit unserem Newsletter. Auf diesem Wege informieren wir über das Programm. Wir sind aber auch auf Ihre Rückmeldung angewiesen und hoffen, mit Ihnen im Gespräch zu bleiben.

■ Informationsveranstaltungen

Sie planen eine Veranstaltung, in der Sie über Brustkrebsfrüherkennung und Mammographie-Screening informieren möchten? Gerne stellen wir Ihnen Informationsmaterial zur Verfügung und unterstützen Sie. Nehmen Sie Kontakt auf: Maria Mester, Telefon: 02 21/430 37 43, E-mail: maria.mester@gmx.de

Telefonsprechstunde

Wenn Ihre Patientinnen Fragen haben
Wir bieten Ihren Patientinnen eine Telefonsprechstunde an. Jeden ersten Donnerstag im Monat beantworten Ärzte unseres Teams zwischen 17.00 und 18.00 Uhr Fragen zum Thema Screening unter der Rufnummer: **02 28/369 42 37-77.**



Mammobil

Standorte bis Ende 2010

- Euskirchen, Marien-Hospital **15.03.-30.07.2010**
- Mechernich, REWE Marienau **02.08.-03.09.2010**
- Bad Münstereifel, Netto Discount **06.09.-01.10.2010**
- Schleiden, Am Driesch **04.10.-12.11.2010**
- Euskirchen, Marien-Hospital **15.11.-22.12.2010**

Termine können telefonisch unter 02 11 / 59 70 70 00 vereinbart werden oder mit einem Formular online unter www.mammascreening-bonn.de. Eine Untersuchung ohne Termin ist auch als Selbsteinladung möglich.





Beteiligte Praxen

- Gem. Praxis Dres. W. Wolfgarten, Ehlenz, Beckers, Dilcher-Spies, Rotter, Sturm, Ebert, Menschik, Prof. Kreft, Prof. Palmedo, Hoppe, B. Wolfgarten, Mühlhauser, Thomaschewski/Bonn
- Gem. Praxis Dres. Nückel, Sewing, PD Vahlensieck, Westermann, Otte, Paul, Schmitz-Amon, FiBene-wert, Wieres, Rechmeier/Bonn
- Gem. Praxis Dres. Grimm, Hoppenkamps/Bonn
- Gem. Praxis Dres. Schmidt, Linden, Nürnberg/St. Augustin
- Gem. Praxis Dres. Hortling, Hennes, v. Uexküll, Niemeyer, Ruhmhardt, Riemenschneider, Buchmüller/Siegburg
- Gem. Praxis Dres. Culemann, Wimmers, Peveling/ Troisdorf
- Gem. Praxis Dres. Sommer, PD Risse, Löhers, PD Pauleit, Kinkel, Wegen, Bloch/Bad Honnef

Kontakt & Informationen

Nehmen Sie Kontakt zu uns auf oder fordern Sie unser Informationsmaterial an:
per E-mail: info@mammascreeing-bonn.de,
per Fax unter: 02 28 - 369 42 37 39
oder telefonisch unter: 02 28 - 369 42 37 30.

Impressum

Copyright Mammographie-Screening Bonn, Rhein-Sieg, Euskirchen, Maximilianstraße 2, 53111 Bonn
Redaktion: Maria Mester
Druck: Juli 2010

■ Studie

Bevölkerungsbezogener Nutzen schon jetzt nachweisbar

Eine Studie des Referenzzentrums Mammographie in Münster belegt: Bereits zwei Jahre nach Programmeinführung ist ein bevölkerungsbezogener Nutzen des digitalen Mammographie-Screenings messbar. In der Studie werden von Oktober 2005 bis Ende 2007 die Daten zweier Screening-Einheiten aus Münster, Coesfeld, Warendorf mit Daten des Krebsregisters NRW hinsichtlich Brustkrebsinzidenz und Tumorcharakteristika verglichen.

Der Untersuchung nach lag die Brustkrebsinzidenzrate vor Programmstart (2002 bis 2004) bei 297,9 (pro 100.000 Frauen), nach Beginn stieg sie auf 532,9 an (2007). Waren innerhalb des Programms 76% der Karzinome invasiv, so waren es außerhalb 90%. Auch hinsichtlich der Stadienverteilung schneidet das Screening gut ab. Im Programm waren 37% der invasiven Karzinome kleiner als zehn Millimeter und in 75% der Fälle waren die Lymphknoten nicht befallen. Außerhalb des Screenings waren nur 15% aller invasiven Karzinome kleiner als zehn Millimeter und 64% wiesen keinen Lymphknotenbefall auf.

Die Studie kann im Internet kostenfrei unter www.thieme-connect.com heruntergeladen werden. Die Quellenangaben lauten: Weigel, S. et al. First Epidemiological Analysis of Breast Cancer Incidence and Tumor Characteristics after Implementation of Population-Based Digital Mammography Screening, Fortschr Röntgenstr 2009; 181: 1144-1150.

■ Kooperationen

Interdisziplinäre Zusammenarbeit garantiert optimale Versorgung

Programmergebnisse und Studien zeigen, dass durch Screening tatsächlich kleinere Tumore früher entdeckt werden.

Für eine Frau mit der Diagnose Brustkrebs jedoch ist eine frühe Diagnose nur dann sinnvoll, wenn sie anschließend die optimale Therapie bekommt. Damit dies geschieht, arbeiten die Ärzte unserer Einheit eng mit Kliniken zusammen, die sich auf die Behandlung von Brustkrebs spezialisiert haben. Gemeinsam und kollegial wird - vor und nach jedem Eingriff - besprochen, wie jede Frau bestmöglich behandelt werden kann. Entscheidet sich die Frau für eine Teilnahme am Programm, entscheidet sie sich für eine Versorgung von hoher Qualität - von der Diagnose bis zur Therapie.

Eingebunden in das Programm sind das Johanniter-Krankenhaus in Bonn, das St. Josef-Hospital in Troisdorf, das St.-Marien-Hospital in Bonn, das Marien-Hospital in Euskirchen und das Universitätsklinikum in Bonn. Bei allen Kliniken handelt es sich um zertifizierte Brustzentren, die über große Erfahrungen auf dem Gebiet der Brustkrebstherapie verfügen.

