

In Kooperation mit The Susan G. Komen Breast Cancer Foundation – Verein für die Heilung von Brustkrebs

Brustkrebs-Früherkennung:

Statt Verunsicherung

Ehrlichkeit im Interesse der Frauen

Keine Frage, hier herrscht Einvernehmen: Wir benötigen dringend eine flächendeckende Qualitätsverbesserung in Diagnostik und Therapie, um in Deutschland die Sterblichkeitsrate bei Brustkrebs zu senken, um die Lebensqualität betroffener Frauen zu erhöhen. Immer noch wird bei uns Brustkrebs zu spät entdeckt – mit bitteren Konsequenzen für die erkrankten Frauen.

Gleichzeitig müssen wir aber auch auf Defizite im Informationsstand der Frauen aufmerksam machen: Women's Health Coalition und The Susan G. Komen Breast Cancer Founda-

tion haben gemeinsam mit anderen Partnern im vergangenen Jahr eine Befragung in Hessen durchgeführt, die genau diese Defizite aufspürte: Die gefährdeste Gruppe, das sind „gesunde, asymptomatische“ Frauen im Alter von 50 Jahren und darüber, von denen die meisten noch mitten im Leben stehen, Familien oder ältere Angehörige versorgen, zum Teil noch beruflich engagiert sind. Aber gerade deren Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, steigt mit jedem Jahr. Vorsorgemaßnahmen werden von diesen Frauen immer seltener wahrgenommen, die Mehrzahl hat kein Bewusstsein dafür, dass

Brustkrebs und Alter in einem deutlichen Zusammenhang stehen. Solange bei diesen Frauen dieses Wissen, diese Erkenntnis nicht vorhanden ist, wird es schwer sein, sie zu motivieren, an den notwendigen Früherkennungsmaßnahmen, der jährlichen Untersuchung beim Frauenarzt und an der regelmäßigen Mammographie, ab dem 50. Lebensjahr mindestens alle zwei Jahre, teilzunehmen.

Da ist es schon befremdlich, wenn gerade diese Frauen durch die Medien, so genannte Aufklärungsliteratur, mitunter sogar durch ihre Ärzte auch noch verunsichert werden. Abwertende Kommentare beziehen sich insbesondere auf die Mammographie, eine ohnehin „ungeliebte“ Maßnahme. Die Untersuchung könne schmerzhaft sein, auf das Ergebnis müsse man warten, die Umstände in der Radiologischen Praxis seien nicht immer angenehm, Betrieb und Ablauf der Untersuchung seien so technisch und die Qualität schlecht. Kein Wunder, wenn Frauen dann ins Grübeln kommen: Kann ich dem Ergebnis überhaupt vertrauen, schadet mir das Ganze nicht mehr als es hilft? Macht die Mammographie überhaupt Sinn, wenn sich noch nicht einmal die Experten einig sind?

So erlebt eine ganz sicher ungefährliche und altbekannte Maßnahme wieder eine Renaissance – die Selbstuntersuchung der Brust. Um allen Missverständnissen vorzubeugen: Wir halten dies für eine empfehlenswerte Möglichkeit, ein Gefühl für den eigenen Körper zu entwickeln und Veränderungen an der Brust festzustellen. Die Selbstuntersuchung ist aber keine Methode der Früherkennung, sie kann die Brustkrebssterblichkeit nicht senken. Es ist aus unserer Sicht unverantwortlich, die Selbstuntersuchung als Methode zu professionalisieren und den Frauen ein Gefühl von „Sicherheit“ vorzugaukeln.

Ehrliche und begründete Informationen über Nutzen und Schaden von Maßnahmen und Methoden zur primären Prävention und Früherkennung sind dringend notwendig, ja überfällig.

Die Entscheidung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags - von allen Parteien verabschiedet - hat am 20. März 2002 die ärztliche Selbstverwaltung verpflichtet, bis 2003 eine Lösung zum Mammographie-Screening zu finden. Die medizinisch-wissenschaftlichen Voraussetzungen sind durch die Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung definiert und am 1. März 2002 verabschiedet worden. Jetzt bedarf es konkreter Konzepte in der Umsetzung.

Dass der Brustkrebs in die Disease-Management-Programme einbezogen worden ist, ist letztlich auch ein Erfolg der engagierten Frauen- und Selbsthilfeorganisationen, die in der Politik Beachtung gefunden haben. Wir fragen nun: Inwieweit werden die Disease-Management-Programme zum Brustkrebs auch die Früherkennung berücksichtigen? Es ist noch viel zu tun!

Dr. Ute-Susann Albert, Präsidentin
The Susan G. Komen Breast Cancer Foundation
Verein für die Heilung von Brustkrebs



Irmgard Naß-Griegoleit
Präsidentin Women's Health Coalition e. V.



Erich Heckel: „Vorm Spiegel“ (1920)

tion haben gemeinsam mit anderen Partnern im vergangenen Jahr eine Befragung in Hessen durchgeführt, die genau diese Defizite aufspürte: Die gefährdeste Gruppe, das sind „gesunde, asymptomatische“ Frauen im Alter von 50 Jahren und darüber, von denen die meisten noch mitten im Leben stehen, Familien oder ältere Angehörige versorgen, zum Teil noch beruflich engagiert sind. Aber gerade deren Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, steigt mit jedem Jahr. Vorsorgemaßnahmen werden von diesen Frauen immer seltener wahrgenommen, die Mehrzahl hat kein Bewusstsein dafür, dass

INHALT

S. 2: Gesundheitspolitik

Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung

S. 3: Topthema

Konzertierte Aktion

S. 4/5: Experten zum Thema

Mammadiagnostik verbessern
Regionale Implementierung

S. 5: Das Interview

Leitlinien müssen outcome-basiert sein

S. 7: Aktuelles

Mehr Lehrstühle für Frauen
Politikerinnen unterstützen Screening

S. 8: WHC – In eigener Sache

WHC diskutierte mit Abgeordneten
Kommunikation über www.w-h-c.de

Das ist bisher einmalig: Im Konsens und gemeinsam mit Patientinnenverbänden entstand die

Fachübergreifende Leitlinie zur Durchführung und Qualitätssicherung der Brustkrebs-Früherkennung

Nach mehr als zweijährigen Vorarbeiten wurde am 1. März 2002 eine Leitlinie zur Brustkrebs-Früherkennung fertiggestellt. Im Rahmen eines bisher einmaligen Zusammenschlusses von 23 medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und ärztlichen Berufsverbänden wurde unter Mitarbeit von Fraueninitiativen und Selbsthilfegruppen (u.a. Frauenselbsthilfe nach Krebs, WHC, The Susan G. Komen Breast Cancer Foundation, Aktion Bewusstsein für Brustkrebs) eine Leitlinie für ein fachübergreifendes und flächendeckendes Brustkrebs-Früherkennungsprogramm mit einem hohen Konsens von 98 Prozent verabschiedet. Gesundheitspolitische Entscheidungen und Planungen der Kostenträger zur Umsetzung einer Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland benötigen eine derartige evidenz- und konsens-basierte Leitlinie als weitere Handlungsgrundlage.

Veränderungsstrategie zur raschen Umsetzung gestartet

„Indem wir mit dieser Leitlinie Inhalt und Qualität der Früherkennung beschreiben, kann der Einstieg in eine von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in der vergangenen Woche für das Jahr 2003 angekündigte qualitätsgesicherte Früherkennung realisiert werden“, so Prof. Dr. Klaus-Dieter Schulz, Koordinator der Konzertierten Aktion zur Brustkrebs-Früherkennung, aus Anlass der Fertigstellung.

Ein modernes Brustkrebs-Früherkennungsprogramm muss die Qualitätssicherung der gesamten fachübergreifenden Diagnosekette einschließen, d. h. die individuelle ärztliche Risikoberatung, die klinische Untersuchung, die Mammographie, die im Einzelfall zusätzlich notwendigen apparativen Untersuchungen, die feingewebliche Un-

tersuchung der Gewebeprobe sowie die operative Intervention. Dieses Konzept wird zu einer entscheidenden Senkung der Brustkrebssterblichkeit in Deutschland beitragen und die Lebensqualität betroffener Frauen bewahren.

„Die fertiggestellte Leitlinie geht damit in vielen Bereichen über die Qualitätsanforderungen der Europäischen Leitlinie hinaus. Nun muss intensiv die Umsetzung in den medizinischen Alltag vorangetrieben werden“, forderte Schulz alle Beteiligten zum raschen Handeln auf. Die Beteiligung von Fraueninitiativen und Selbsthilfegruppen an den Vorarbeiten garantierte, dass die Selbstbestimmung der Frau eine besondere Priorität erhielt.

Ohne Zeitverzögerung Implementierung vorbereiten

Zur Umsetzung in den klinischen Alltag hat ein Implementierungsteam die Arbeit aufgenommen. Gleichzeitig wird die Leitlinie geschrieben und liegt voraussichtlich ab Juli vor.

Das Projekt steht unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Senologie, der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der World Society for Breast Health.

Prof. Dr. med.
Klaus-Dieter Schulz,
Koordinator der
Konzertierten Aktion
Brustkrebs-
Früherkennung

Weitere
Informationen:
www.senologie.org

Teilnehmer der Stufe 3-Leitlinien-Konsensus-Konferenz der „Konzertierten Aktion zur Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland“, 28.2. bis 1. 3. 2002:

Prof. Dr. Diethelm Wallwiener, Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie
Prof. Dr. Wilfried Lorenz, Vorsitzender der Ständigen Kommission Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
Prof. Dr. Klaus Peter Hellriegel, Vorsitzender der Berliner Krebsgesellschaft
Dr. Manfred Steiner, Vorsitzender des Berufsverbandes der Frauenärzte
Dr. Klaus König, Landesvorsitzender Hessen des BVF
Prof. Dr. Werner Schlake, Vorsitzender des BV Deutscher Pathologen
Dr. Klaus-Jürgen Winzer, Dt. Gesellschaft für Chirurgie
Prof. Dr. Hans Georg Bender, Präsident der Dt. Ges. für Gynäkologie und Geburtshilfe
Prof. Dr. Walter Lehmacher, Präsident der Dt. Gesellschaft für Med. Information, Biometrie und Epidemiologie
Dr. Annette Lebeau, Dt. Gesellschaft für Pathologie
Prof. Dr. Ingrid Schreer, Vorsitzende der Dt. Gesellschaft für Senologie
Prof. Dr. Rolf Kreienberg, Präsident der Dt. Krebsgesellschaft
PD Dr. Alfred Mueck, Dt. Menopause Gesellschaft
Prof. Dr. Ulrich Mödder, Vizepräs. der Dt. Röntgengesellschaft für Med. Radiologie

Hofrat Prof. Dr. Alfred Staffen, Österreich. Gesellschaft für Senologie
Prof. Dr. Klaus-Dieter Schulz, Präsident der World Society for Breast Health (WSBH)
Prof. Dr. Matthias Schrappe, Vors. d. Ges. f. Qualitätsmanagement in d. Gesundheitsvers.
Prof. Dr. Johannes Gostomzyk, Präsident der Dt. Ges. für Sozialmedizin u. Prävention
Dr. Christian Wilke, Vorstandsmitglied des Medizinischen Beirates der Dt. Krebshilfe
Dr. Ute-Susann Albert, Arbeitsgruppenleiterin Leitlinie Fraueninformation
Dr. Helmut Altland, Stellv. Vorsitzender des BV Dt. Radiologen
Prof. Dr. Manfred Dietel, Dt. Gesellschaft für Pathologie
Dr. Jutta Engel, Arbeitsgruppenleitung Dokumentation
Dr. Achim Stargardt, Ausschuss Mammadiagnostik der Dt. Röntgengesellschaft
Prof. Dr. Dieter Hölzel, Arbeitsgruppenleitung Dokumentation
PD Dr. Michael Koller, Arbeitsgruppenleitung Ev. bas. Medizin und Implementierung
Prof. Dr. Klaus Prechtel, Vorstandsmitglied BV der Dt. Pathologen
Gerd Schumacher, GF der BV Dt. Radiologen
Prof. Dr. Dietrich Berg, Vorsitzender der Leitlinien-Kommission der Dt. Gesellschaft für Gyn. und Geburtshilfe

Dr. Volker Duda, Arbeitsgruppenleitung Mammasonographie
Prof. Dr. Rüdiger Schulz-Wendland, 2. Vors. des Arbeitskreises Mammasonographie der Dt. Ges. für Ultraschall in der Medizin
Prof. Dr. Manfred Kaufmann, Vorsitzender der Aktion Bewusstsein für Brustkrebs
Hilde Schulte, Vorsitzende des BV Frauenselbsthilfe nach Krebs e. V.
Julia Doherty, MHSA, Susan G. Komen Breast Cancer Foundation e. V.
Dr. Astrid Bühren, Präsidentin des Dt. Ärztinnenbundes
Irmgard Naß-Griegolet, Präsidentin der Women's Health Coalition e. V.
Dipl.-Psych. Margarete Isermann, GF des Inst. für Innovative Gesundheits-Konzepte
Isa Berndt, Dt. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Prof. Dr. Max Geraedts, Medizinische Soziologie
Dr. Guido Tuschen, Westdeutsches Brustzentrum
em. Prof. Dr. Heinrich Maass, Moderation
Prof. Dr. Th. Junginger, Moderation
Dr. Peter Potthoff, Stellv. Vors. des Vorstands der KV Nordrhein
Margitta Glattes, AOK Rheinland
Christiane Tschoepe, Dt. Krebshilfe
Prof. Dr. Manfred Schönfelder, Dt. Gesellschaft für Senologie

Brustkrebs ist der häufigste bösartige Tumor bei Frauen. Allein in Deutschland erkranken jährlich rund 46.000 Frauen neu. Leider sterben noch immer fast 18.000 Frauen an den Folgen von Brustkrebs. Die Brustkrebs-Früherkennung ist deshalb neben der Brustkrebs-Diagnostik und -Therapie eine der wichtigsten Förderschwerpunkte der Deutschen Krebshilfe.

Anfang des Jahres 2000 haben sich Experten aller medizinischen Fachgebiete, die in die Behandlung von Brustkrebspatientinnen eingebunden sind, zur „Konzertierten Aktion zur Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland“ zusammengefunden. Die Konzertierte Aktion steht unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Senologie,



Brustkrebs. Plakat- und Posteraktion von Katharina Mouratidi (2000)

Seit mehr als 25 Jahren besteht unsere Organisation. Wir haben nicht nur wichtige Erfahrungen bei den Hilfsangeboten für Frauen mit Krebs gewinnen können, sondern uns zunehmend eine Stimme in der Gesellschaft, eben im Interesse dieser Frauen, verschaffen können. Die Mitwirkung der Organisation bei der Konzertierten Aktion war damit eine neue Stufe in diesem Prozess der Akzeptanz und der Mitwirkung bei wichtigen Entscheidungen. Die PatientenvertreterInnen werden ernst genommen, gehören zunehmend selbstverständlich in entscheidende Gremien, die bis jetzt von Fachgesellschaften, Berufsverbänden der Ärzte und von Experten besetzt waren.

Transparenz im Diagnose- und Behand-

Transparenz als Voraussetzung für den Erfolg der Früherkennung

der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe und hat sich zum Ziel gesetzt, eine Evidenz-basierte Leitlinie zu erstellen. Leitlinien dienen dazu, den Ärzten eine wissenschaftlich abgesicherte Richtschnur für ihr Handeln zu geben (Koordinator: Prof. Dr. K.-D. Schulz, Universitäts-Frauenklinik Marburg). Zur Erarbeitung der Leitlinie haben sich die sachkundigen Vertreter wissenschaftlicher Fachgesellschaften, ärztlicher Berufsverbände und Vertreterinnen von Selbsthilfegruppen in Arbeitsgruppen mit allen Aspekten der Brustkrebs-Früherkennung befasst.

Wichtiger Bestandteil der Leitlinie ist die „Leitlinie Fraueninformation“ (Koordinatorin: Dr. Ute-Susann Albert, Universitäts-Frauenklinik Marburg). Mit der Fraueninformation wollen wir dem Wunsch nach mehr Transparenz gerecht werden. Transparenz ist eine unverzichtbare Voraussetzung dafür, dass Frauen mitbestimmen und motiviert werden können, an den Brustkrebs-

Früherkennungsprogrammen teilzunehmen.

Das wichtigste Element der Leitlinie ist jedoch die qualitätsgesicherte Diagnosekette, in der die Mammographie eine wesentliche, aber nicht die alleinige Rolle spielt. Bei einer Konsensus-Konferenz aller Beteiligten wurde am 1. März 2002 nun festgelegt, auf welche Eckdaten zur Qualitätssicherung es ankommt, denn jede Diagnosekette kann nur so gut sein wie ihr schwächstes Glied.

Jetzt geht es darum, diese Leitlinie in die Praxis umzusetzen. Zum Wohle der betroffenen Frauen fordern wir die Vertreter der Kostenträger des Gesundheitswesens und die Gesundheitspolitiker dazu auf, die erarbeitete Leitlinie zur Brustkrebs-Früherkennung möglichst rasch zu implementieren. Jede Frau muss endlich die Sicherheit bekommen, dass sie nach gesicherten Qualitätsmaßstäben untersucht und behandelt wird.

*Prof. Dr.-Ing. habil.
Dagmar Schipanski
Präsidentin der
Deutschen Krebshilfe
www.krebshilfe.de*

Ohne die Mitwirkung von Patientinnen bleiben Leitlinien erfolglos

lungsprozess, die Bewertung von Qualität dabei und bis hin zur Rehabilitation – das war uns als Organisation schon immer ein wichtiges Anliegen. Dass wir dabei jetzt unsere Erfahrungen und Forderungen in eine Leitlinienarbeit einbringen konnten, war für die Frauen, denen wir helfen wollen, ungeheuer wichtig.

Jetzt kommt es darauf an, nicht bei dem Erreichten stehen zu bleiben.

Die Früherkennung muss qualifiziert realisiert werden, vor allem müssen diejenigen Frauen erreicht werden, die besonders gefährdet sind. Ich könnte mir vorstellen, dass wir auch hier wichtige Erfahrungen einbringen können.

Für das in den nächsten Wochen und Monaten zu etablierende Disease Ma-

agement Programm Brustkrebs wurde es höchste Zeit: Wir haben in Deutschland schon zu viel Zeit verloren, um strukturierte Versorgungsprogramme einzurichten. Das hat im Fall von Brustkrebs vielen Frauen das Leben gekostet.

Was wir dabei tun können, ist, auf unsere bewährte Weise Frauen zu informieren: Wie findet man einen guten Arzt, welche Anforderungen sind an die Mammographie zu stellen, welche Kriterien muss eine Klinik erfüllen.

Leitlinien durchzusetzen bedarf des Engagements von Ärzten, das ist richtig. Aber ohne die Mitwirkung der Patientinnen werden sie erfolglos bleiben. Dieses Zusammenspiel wollen wir nach Kräften mitgestalten.

*Hilde Schulte,
Sprecherin des
Geschäftsführenden
Bundesvorstands
der Frauenselbsthilfe
nach Krebs e. V*

Bildgebende Untersuchungsmethoden benötigen hohe Qualitätsstandards

Die Mammographie ist die einzige für Brustkrebsfrüherkennung national und international anerkannte bildgebende Untersuchungsmethode. Sie bedarf allerdings eines umfassenden Qualitätsmanagements, da sie stör anfälliger ist als andere Röntgenuntersuchungen. Daher wird z. B. von den Mammographiegeräten hohe Qualitätskonstanz innerhalb enger Bemessungsgrenzen erwartet, der Einsatz kontrastreicher Filmfolienkombinationen liefert einerseits brillante Aufnahmen, führt jedoch zu einer hohen Empfindlichkeit für Fehlbelichtungen und Fehler im Entwicklungsprozess. Auch die vollständige Abbildung des gesamten Brustdrüsenorgans gelingt nur regelmäßig trainierten Röntgenassistentinnen.

Es wurden daher in der S3-Leitlinie „Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland“ bezüglich der technisch apparativen Qualitätssicherung und -kontrolle

die Inhalte der Europäischen Leitlinien übernommen, ergänzt durch die Standards bei ggf. notwendiger Ultraschalluntersuchung und ergänzt auch durch wichtige Aspekte von Selbstbestimmung und Lebensqualität der Frauen, die an einem Brustkrebsfrüherkennungsprogramm teilnehmen wollen.

Die gesamte bildgebende Diagnostik ist eingegliedert in einen genauen Ablaufplan (Algorithmus), der altersbezogen die verschiedenen diagnostischen Schritte vorgibt. Er setzt für den bildgebenden Bereich eine standardisierte Bildanalyse und Befundung voraus, definiert die weiteren Abklärungsschritte im Falle einer mammographischen Auffälligkeit und verpflichtet zur Einhaltung von Standards bei ggf. notwendigen Gewebeentnahmen mittels Stanz- und Vakuumbiopsie.

Für alle für die Bildgebung innerhalb der Diagnosekette relevanten Parame-

ter wurden sogenannte Qualitätsindikatoren definiert, die den gesamten Diagnoseprozess transparent und überprüfbar machen und damit einen wesentlichen Beitrag leisten nicht nur zur Qualitätssicherung, sondern zur sachbezogenen Information für ratsuchende Frauen.

Innerhalb der Diagnosekette zur Brustkrebsfrüherkennung spielt aber auch die Selbstuntersuchung der Brust eine wesentliche Rolle. Es gibt heute Silikon-Nachbildungen (Phantome), an denen unter Anleitung Frauen trainieren können, wie sie systematisch die eigene Brust abtasten. Die regelmäßige Selbstuntersuchung hilft, den eigenen Körper kennen und beobachten zu lernen, fördert die Eigenverantwortlichkeit für die Wahrnehmung normaler und evtl. gestörter körperlicher Veränderungen und unterstützt gleichzeitig das Präventionskonzept.

*Prof. Dr. med.
Ingrid Schreer
Universität Kiel
Präsidentin der
Deutschen
Gesellschaft für
Senologie*

Die Pathologin: Grundlagen für exakte und frühe Diagnose schaffen

Zur bestmöglichen Versorgung von Patientinnen mit Brustkrebs beizutragen, ist mir ein persönliches Anliegen. Ich verfolge dies in meiner ärztlichen wie wissenschaftlichen Arbeit seit knapp 10 Jahren nach Art der Arbeitsweise am Pathologischen Institut der Ludwig-Maximilians-Universität München in enger Abstimmung mit dem Lehrstuhlinhaber, Herrn Prof. Dr. U. Löhns.

Seit 1993 bin ich Mitglied der Projektgruppe „Mammakarzinom“ des Tumorzentrums München. An dem von dieser Gruppe herausgegebenen, regelmäßig aktualisierten Manual „Mammakarzinome“ mit „Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge“ bin ich seit 1996 als Autorin beteiligt.

Aufgrund meiner Fachkenntnisse und Erfahrungen wurde ich vom Berufsverband Deutscher Pathologen e. V. (Vorsitzender: Prof. Dr. W. Schlake) um die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe

„Qualitätssicherung der patho-histologischen Befundung“ in der Konzentrierten Aktion zur Brustkrebsfrüherkennung gebeten. Außerdem wurde mir die redaktionelle Verantwortung für die Erstellung des Beitrages „Anleitung Mammopathologie“ in dem Manual II zur Stufe-3-Leitlinien-Konsensuskonferenz anvertraut. Die Beiträge wurden von mir in wiederholter Abstimmung mit ihm und den Mitgliedern der Arbeitsgruppe verfasst. Dies bot Gewähr für die Verknüpfung universitärer und nicht-universitärer Pathologen in der Erarbeitung der Leitlinie.

Die flächendeckende Einführung der qualitätsgesicherten Brustkrebsfrüherkennung halte ich für dringend angezeigt. Die Überlebenschancen betroffener Frauen sind besser, je kleiner der Krebsknoten zum Zeitpunkt der Diagnose ist. Wird er als Vorstufe entdeckt, d. h. im Stadium eines sogenannten in-situ Karzinoms, liegt die Überlebens-

wahrscheinlichkeit nach vollständiger Entfernung praktisch bei 100%. Es ist nicht die frühe mammographische Identifizierung eines Krebsknotens allein, die über die Qualität der Versorgung der Frauen entscheidet. Vielmehr ist es sinnvoll, den Frauen ein Programm anzubieten, in dem sie eingebettet sind in eine qualitätsgesicherte, fachübergreifende Diagnose- und Behandlungskette, so dass ihnen die nach derzeitigem Kenntnisstand bestmögliche Versorgung zuteil wird. Dabei ist es die Aufgabe des Pathologen, anhand der pathomorphologischen Begutachtung der eingesandten Gewebeproben eine exakte Diagnose zu stellen. Dies ist die Basis, um für eine Brustkrebspatientin einen individuellen, Leitlinien-gerechten Betreuungs- bzw. Therapieplan erarbeiten zu können.

*Dr. med.
Annette Lebeau
Pathologisches
Institut der
Ludwig-Maximilians-
Universität München*

Der Radiologe: Interventionelle Methoden in der Mammadiagnostik

Sowohl in der komplementären Mammadiagnostik (Klinik, Mammographie, Sonographie) einschließlich der dynamischen MRT als auch in Screening-Projekten zum Mammakarzinom haben interventionelle Methoden, wie die sonographisch- bzw. mammographisch-stereotaktisch gezielte bzw. geführte Stanz-, Vakuum- und Exzisionsbiopsie, ihren festen Stellenwert.

Mit den transkutanen Biopsiemöglichkeiten stehen uns neue minimal-invasive Untersuchungsmethoden zur Verfügung, Läsionen der Mamma histologisch zu klären, damit bei histologisch gesicherten benignen Herdbefunden auf eine offene chirurgische Exzision verzichtet werden kann – entsprechend den Forderungen der EUSOMA (European Society of Mastology). Unter Beachtung strenger Kriterien ist dies ein Weg, die Spezifität und den negativen Vorhersagewert der komplementären

Mammadiagnostik zu verbessern. Darüber hinaus sind transkutane Biopsiemethoden kostengünstiger, zeitsparender und mit geringerer Morbidität belastet als ein operativer Eingriff.

Zu fordern ist aber eine eindeutige Diagnosestellung nach den Richtlinien des ACR (American College of Radiology) bzw. bei ultrasonographischen Befunden mit entsprechender Korrelation.



Prof. Dr. med.
Rüdiger Schulz-
Wendtland
Universität Erlangen
Institut für
Diagnostische
Radiologie
Gynäkologische
Radiologie

Nachgefragt bei

Prof. Dr. Dieter Hölzel,
Institut für Medizinische Informationsverarbeitung
der Ludwig-Maximilians-Universität München:

Sie haben mit anderen Wissenschaftlern an der Entwicklung der Leitlinie zur Brustkrebsfrüherkennung mitgewirkt. Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Botschaften, und wie sollte damit verfahren werden?

Vor allem halte ich eine Debatte darüber, ob alle Bestandteile einer solchen Leitlinie evidenzbasiert sind oder nicht, für unproduktiv. Zahlenexperimente nützen den Frauen, die Handlungsanleitungen brauchen, nichts. Ob ein Radiologe leitliniengemäß 5 000 Mammographien pro Jahr macht oder nur 4 000, ist im Endeffekt unentscheidend. Deshalb ist er nicht unbedingt schlechter. Was in Studien durchaus belegt ist, ist der höhere Effekt, wenn Mammographie und gleichzeitig die Palpation (Tastbefund) zur Befundermittlung herangezogen werden.

Verunsicherungen durch Datendiskussionen, wie jetzt auch in Bezug auf Evidenzbasiertheit, schaden dem Gesamtanliegen und gefährden letztlich Frauenleben.

Eine umfassende Information der Patientinnen, und das dürfte vielleicht die wichtigste Erkenntnis für die Umsetzung solcher Leitlinien sein, darf nicht Verunsicherung bedeuten, Solange wir

wissen, dass ein großer Teil der gefährdeten Gruppe das Früherkennungsangebot nicht annimmt, auch dort, wo es in Modellprojekten schon vorliegt, muss gehandelt werden. Und zwar nicht nur, weil Patienteninformation dem Zeitgeist entspricht.

Was die politischen Strategien einer Umsetzung dieser Leitlinien betrifft, so vertrete ich die Auffassung, dass eine regionale Implementierung uns in die Lage versetzt, Fakten zu sammeln. Wir können dabei auch besser auf vorhandenen Strukturen aufbauen, die dann auch funktionieren können. Ich denke an den umfassenden Prozess der Rezer-

tifizierung der Radiologen, der Zertifizierung der Geräte, an den Aufbau eines Einladungssystems. Das ist regional besser zu erproben. Auf diese Weise könnten sukzessive nicht nur Daten und Informationen zur Qualitätsverbesserung, sondern auch für ein Krebsregister vorliegen, das überfällig ist. Abgesehen davon, dass auf diese Weise auch die Kosten überschaubar würden. Schnellschüsse und eine immer wieder festzustellende, durch die Politik initiierte „Experimentierkultur“ schadet dem Gesamtanliegen. Davor möchte ich warnen.

Mit Prof. Hölzel
sprach
Annegret Hofmann

Kriterien für Mammazentren

Jährlich mindestens 150 Patientinnen, bei denen ein Brustkrebs als Primärtumor aufgetreten ist.

- Hochgeschwindigkeitsstanzbiopsie oder Vakuumbiopsie sowie pathologische Befunderhebung vor der Operation.
- Gemeinsame Therapieempfehlung durch ein fachübergreifendes Diagnose- und Behandlungsteam vor der Operation – unter Einbeziehung der Patientin.

- Präoperative Konsilien mit Gynäkologen, Chirurgen, Radiologen und Pathologen.
- Enge Zusammenarbeit der Kliniken mit niedergelassenen Gynäkologen und Radiologen.
- Zweitgutachten bei der Beurteilung der Röntgenbilder und der Gewebsanalyse durch den Pathologen.

(EUSOMA-Kriterien siehe auch N. M. Perry in *European Journal of Cancer* 37 (2001), 159-172)

Leitlinien sollten vor allem konsensus- und outcome-basiert sein

**Interview mit Prof. Dr. Wilfried Lorenz
Institut für Theoretische Chirurgie
Klinikum der Philipps-Universität Marburg
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen Fachgesellschaften (AWF)**

Leitlinien und in diesem Zusammenhang die Forderung nach evidenzbasierter Medizin werden allenthalben diskutiert – in Zusammenhang mit Disease Management Programmen, in der Debatte um eine Qualitätsverbesserung medizinischer Versorgung. Für die Brustkrebsfrüherkennung liegt jetzt eine S3Leitlinie vor, deren Entstehung Sie moderiert haben. Nun gibt es bereits Kritiker, die Leitlinien als „Listenmedizin“ abqualifizieren. Was halten Sie davon?

Lorenz: Ich gehe davon aus – Leitlinien sind notwendig. Sie dienen der Verbesserung der Qualität ärztlicher und nichtärztlicher Tätigkeit im Zusammenhang mit Diagnose und Therapie ebenso wie der klinischen Forschung, initiieren Verhaltensänderungen von Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern im Behandlungsprozess, gestalten Versorgung effektiver und u. U. kostengünstiger. Aber sie dürfen kein Korsett sein, sondern sind ein Korridor, der ärztliche Entscheidungsfreiheit gewährleistet. Das bedeutet auch: Leitlinien sind keine Richtlinien à la Planwirtschaft, sondern ihre Umsetzung bedarf des ganzen Spektrums menschlicher Fähigkeiten und Eigenschaften wie Verhalten, Emotion und Denken.

Ein anderer Kritikpunkt: Der Zeitdruck, unter dem gegenwärtig Leitlinien gefordert und entwickelt werden, ist enorm!

Lorenz: Das ist in der Tat so. Wenn jetzt gelegentlich der Vorwurf gemacht wird, dass z. B. der Forderung nach evidenzbasierter Medizin in den Leitlinien nicht genügend Rechnung getragen werde, so liegt das nicht nur an zum Teil mangelnder Kooperation der einschlägigen Einrichtungen, sondern auch am Zeitdruck. Natürlich sollen Leitlinien und DMP möglichst rasch eingeführt werden, auch um die Versorgung chronisch Kranker zu verbessern, und hier haben wir beim Brustkrebs eine besonders veränderungswürdige Situation. Aber wir laufen schon wieder einmal Gefahr, durch überzogene Eile wichtige Schritte bei der Entwicklung von Leitlinien zu über-

springen. Regionale Modellprojekte, deren gründliche Analyse und vor allem die Denkprozesse, die mit einer Weiterentwicklung der Medizin verbunden sind, dürfen nicht vernachlässigt werden.

Welche Denkprozesse meinen Sie?

Lorenz: Wir haben eine Medizin und ein Gesundheitssystem, in dem medizinische Experten meinen zu wissen, was Patienten wollen und denken. Wenn wir aber wirklich einen entscheidenden Schritt vorwärts kommen wollen, müssen wir genau anders heran gehen. Wesentlich ist das Outcome – Ziele des Heilens –, mit dem Patienten im Mittelpunkt: Was will er oder sie, was sind seine/ihre subjektiven Erfahrungen, was sind für ihn/sie die wichtigsten Kriterien bei der Behandlung der Erkrankung, was kann er/sie bewältigen, welche Prioritäten setzen PatientInnen bei ihren Leiden? Daran sollten sich Tätigkeit und Berufsauffassung des Arztes zukünftig orientieren.

Wir haben dazu aufschlussreiche Untersuchungen gemacht und in Marburg eine Befragung des Patienten nach Lebensqualitätsprofilen in einem Modellprojekt erprobt, dies sowohl bei Mammarkarzinom-Patientinnen sowie bei Patienten mit Colonkarzinom. Dabei hat sich herausgestellt, dass die Behandlungsziele von Ärzten und Patienten sich durchaus nicht in jedem Detail decken, dass es viele Unterschiede gibt. All

diese Erfahrungen gehören in die Entwicklung von DMP, von Leitlinien.

Was unterscheidet das Outcome aus Sicht des Arztes von dem aus Sicht des Patienten?

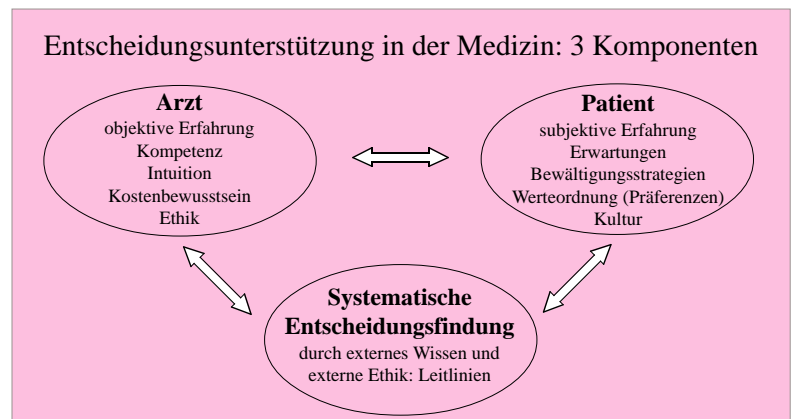
Lorenz: Während der Arzt zunächst die Überlebensrate als den wichtigsten Aspekt betrachtet, gefolgt von Rezidivfreiheit, Remission und Nebenwirkungen, steht nachgewiesenermaßen für den Patienten die Lebensqualität im Vordergrund, seine Einstimmung auf das Geschehen, auch die soziale Reflexion - wie werde ich in meiner Familie, in meinem Beruf mit dieser Krankheit und ihren Folgen leben können? Wie werde ich damit fertig? Wir folgern daraus, dass auch bei der Entwicklung von Leitlinien, also der Behandlungsstrategien, diese Outcome-Bewertung viel stärker in Betracht gezogen werden muss, wenn wir nicht Gefahr laufen wollen, dass alle Bemühen daneben gehen, dass der therapeutische Erfolg ausbleibt. Das Outcome-Modell Lebensqualität in der Tumornachsorge haben wir zwischen 1996 und 2001 im Landkreis Marburg-Biedenkopf bei verschiedenen Patientengruppen, darunter Frauen mit Mamma-Ca, getestet.

Welche Konsequenzen hat das für Sie in Bezug auf den Leitlinienboom?

Lorenz: Wir brauchen auch für die Entwicklung von Leitlinien die Kooperation mit dem Patienten, und zwar mit dem konkreten, dem individuellen. Das heisst auch: Wir brauchen keine standardisierte Medizin! Leitlinien ohne „konsensus- und outcomebasiert“ sind – gerade auch nach amerikanischen, schon früh gemachten Erfahrungen – eine Katastrophe, in die wir uns nicht hineinbegeben sollten. Insofern war die Entwicklung der konsensus- und outcome-basierten Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung unter Leitung von Schulz und Albert in engster Zusammenarbeit mit Betroffenenorganisationen ein mutiger und richtiger Schritt, dem viele solcher Kooperationen folgen müssen.

Mit Prof. Lorenz sprach
Anngret Hofmann

Entscheidungsunterstützung in der Medizin: 3 Komponenten



**Ärztinnenbund-Rangliste:
Im Osten mehr Medizin-Pro-
fessorinnen**

Köln. Nach einer erstmals vorgelegten Rangliste des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB) liegen die Universitäten Berlins (Humboldt-Uni, Klinikum Charité) und Hamburg (Klinikum Eppendorf) bei der Besetzung von Professuren in der Medizin mit Ärztinnen bundesweit vorn. In beiden Fakultäten haben jeweils drei Frauen einen C4-Lehrstuhl inne. Eine C3-Professur halten in Berlin 10 und in Hamburg 4 Ärztinnen. In Hamburg gibt es zudem zwei C4-Professorinnen für Zahnmedizin. Das ergab eine Umfrage des DÄB unter 36 Medizinischen Fakultäten in Deutschland.

Die Umfrage zeigte weiter, dass alle Medizinischen Fakultäten in den neuen Bundesländern auf vorderen und mittleren Rängen zu finden sind. Schlusslichter sind u. a. die Unis Freiburg, Regensburg, Frankfurt und Bonn. Dringende strukturelle Reformen in dieser Beziehung seien notwendig, forderte DÄB-Präsidentin Dr. Astrid Bühnen.

**Frauen viel zu selten in der
Forschungsspitze**

Berlin. „Führung in der Forschung ist weiterhin eine geschlossene Veranstaltung“, stellt eine Studie des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) fest. Mit einem Anteil an weiblich besetzten Professuren von 9,8 Prozent, an außeruniversitären Forschungseinrichtungen sogar nur von 5,1 Prozent, so die Studie, liegt Deutschland in der internationalen Forschungslandschaft auf einem hinteren Platz. Die Ursachen sehen die Studienleiterinnen in einer männlichen Arbeitskultur und informellen Machtstrukturen.

**Kühn-Mengel (SPD):
Informieren –
nicht desinformieren!**

Berlin. Zu den Versuchen einiger Mediziner, die Selbstuntersuchung der Brust als ersetzende Alternative zum qualitätsgesicherten Mammographie-Screening zu propagieren, erklärte die SPD-Gesundheitsexpertin Helga Kühn-Mengel: „Selbstuntersuchungen sind keine Alternative zum Mamma-Screening, sondern eine Ergänzung.“ Patientinnen sollten auf diese Weise für die Interessenpolitik einiger Ärzte eingespannt werden.

Kühn-Mengel verwies auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand in dieser Beziehung: Die qualitätsgesicherte Mammographie ist die Methode, mit der der Brustkrebs am häufigsten entdeckt wird, noch bevor er zu tasten ist. Erst vor wenigen Tagen habe eine Stu-

die der WHO (International Agency for Research on cancer) dafür ausreichende Beweise geliefert. Die Senkung der Brustkrebssterblichkeit war dabei für die Gruppe der Frauen zwischen 49 und 69 Jahren mit etwa 35 Prozent angeben. Ein Erfolg der Selbstuntersuchung der Brust konnte hingegen nicht zahlenmäßig belegt werden.

Auch die Strahlenschutzkommission des Bundesumweltministeriums, so Kühn-Mengel, komme in ihrem aktuellen Gutachten zu dem klaren Ergebnis, dass der zu erwartende Nutzen das geringe Risiko durch die Strahlenbelastung überwiege.

**Widmann-Mauz (CDU/CSU):
Krebsregister
ist unverzichtbar**

Berlin. In ihrem Kommentar zum Beschluss des Gesundheitsausschusses, das Mammographie-Screening flächendeckend für die Gruppe der 50- bis 70jährigen aufzubauen, betonte Annette Widmann-Mauz, Vorsitzende der Gruppe der Frauen der CDU/CSU-Bundestagsfraktion: „Ein Krebsregister ist notwendig für eine nachhaltige Gesundheitsberichterstattung, die weitere Forschung und für den Aufbau verbesserter Behandlungsqualität.“ Zeit sei ein enorm wichtiger Faktor bei der Brustkrebsbekämpfung. Dass nun ein strafferer Zeitplan für die Einführung des Mammographie-Screenings erreicht worden sei, „ist ein großer Erfolg für die betroffenen Frauen“, sagte Widmann-Mauz.

**Kassenchef und Radiologe
fordern bessere Standards
für Mammographie**

Hamburg. Qualifizierte Früherkennungszentren für Brustkrebs, in denen erfahrene Radiologen Ärzte heranbilden und deren Diagnostik beaufsichtigen, forderte der Brustkrebspezialist Dr. Toni Birtel auf einer Pressekonferenz der Gmünder ErsatzKasse GEK in Hamburg. Jede zweite, nach einer Mammographie gestellte Diagnose sei falsch - was laut Birtel auf unterbelichtete oder unscharfe Bilder, auf nicht ausreichende Organerfassung bei der Bilderstellung und insbesondere auf mangelnde Ausbildung der Radiologen in Bezug auf die Interpretation der Bilder zurückzuführen ist.

Unterstützung erhielt der Hamburger Radiologe durch den Vorstandsvorsitzenden der GEK, Dieter Hebel. „Hier herrschen erschreckende Zustände“, warnte der Kassenchef. Unsicherheiten und Ängste von Frauen würden durch falsche Diagnosen von Ärzten noch geschürt. Hebel rät deshalb betroffenen Frauen, vor einer operativen Untersuchung der Brust auf Krebs in jedem Fall eine Zweitmeinung einzuholen.

In Deutschland gebe es 3.000 mammographierende Ärzte, aber nur wenige diagnostische Brustkrebszentren, mit speziell ausgebildeten Medizinerinnen, kritisierten beide Referenten. Die Folge davon: 100.000 Frauen werden jährlich in Deutschland operativ auf Brustkrebs untersucht, obwohl überhaupt kein Tumor vorliegt. www.gek.de



Am 22. September 2002 findet in Frankfurt/Main zum dritten Mal der von The Susan G. Komen Breast Cancer Foundation Verein für die Heilung von Brustkrebs organisierte Race for the Cure ® – 5 km Lauf und 2 km Walk – statt. Im vergangenen Jahr hatten Tausende Läuferinnen und Läufer, darunter brustkrebserkrankte Frauen, teilgenommen. (unser Foto)

Ziel der Susan G. Komen Breast Cancer Foundation ist es, Brustkrebs durch Förderung von Forschung, Aufklärung, Früherkennung und Behandlung als lebensbedrohliche Krankheit zu besiegen. www.raceforthecure.de

Die Women's Health Coalition e. V. – Lobby für eine geschlechtsspezifische Medizin in Forschung, Ausbildung und Versorgung – braucht Mitstreiterinnen und Mitstreiter.

Wir informieren Entscheider in Politik und Wirtschaft über Fakten, kooperieren mit Verbänden und Initiativen, die vergleichbare Ziele haben, bringen Veränderungen auf den Weg.

Werden Sie Mitglied bei der Women's Health Coalition!

Kontakt:
Irmgard Naß-Griegoleit,
Präsidentin der WHC

Tel. 06151/60 14 11
e-mail:
whc_nassde@yahoo.de

Berliner Büro WHC
Uhlandstr. 193
10623 Berlin

Tel. 030/28 38 50 02
e-mail: whc@mediencity.de

Mit ParlamentarierInnen im Dialog

Berlin. Zum Parlamentarischen Abend hatten WHC und The Susan G. Komen Breast Cancer Foundation e. V., Filiale Hessen, Gesundheitspolitikerinnen und –politiker am 14. März 2002 ins Haus der Parlamentarischen Gesellschaft in Berlin eingeladen. Im Mittelpunkt der Diskussion stan-

den die Ergebnisse des Modellprojekts „Brustgesundheit Hessen“. Der Einladung waren u. a. die Bundestagsabgeordneten Helga Kühn-Mengel (SPD), Monika Knoche, Irmgard Schewe-Gerigk (Bündnis 90/Die Grünen), Annette Widmann-Mauz (CDU) und Klaus Kirschner (SPD), Vorsitzender des Bundestagsausschusses für Gesundheit, gefolgt.



Parlamentarischer Abend der WHC. Foto oben: (2.v. li) Helga Kühn-Mengel (MdB, SPD); Dr. Jutta Semler (Vizepräsidentin der WHC); Monika Knoche (MdB, Bündnis 90/Die Grünen) Foto rechts: Klaus Kirschner (MdB, SPD), Vorsitzender des Gesundheitsausschusses



Frauenministerium in Brustkrebskonzepte eingebunden

Berlin/Bonn. In einem Schreiben an die WHC reagierte Bundesfrauenministerin Dr. Christine Bergmann auf die Einladung zum WHC-Workshop, an dem sie nicht persönlich teilnehmen konnte. In dem Brief heisst es u. a.: „Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend verfolgt die Entwicklungen auf dem Gebiet der Brustkrebsfrüherkennung und -behandlung mit besonderer Aufmerksamkeit und in engem Kontakt zu dem für Gesund-

heitspolitik zuständigen Bundesministerium für Gesundheit.“ Dort habe man durch die Aufnahme von Brustkrebs in die Disease Management Programme und die Integration einer eigenen Arbeitsgruppe zum Brustkrebs in den Prozess der Entwicklung von Gesundheitszielen in der letzten Zeit wichtige Schritte unternommen, die darauf abzielten, durch Prävention, Früherkennung, Information, psychosoziale Versorgung sowie durch Leitlinien, durch Nachsorge und Rehabilitation die Lebensqualität der Frauen mit Brustkrebs zu erhöhen.

Einladung zur Web-Kommunikation

Berlin. Die WHC-Website hat ein neues Gesicht: Die Internet-Plattform www.w-h-c.de folgt in ihrer grafischen Anmutung dem bereits bekannten Newsletter und bietet Informationen zur Arbeit der WHC, stellt Workshop- und andere Arbeitsergebnisse im Netz zur Verfügung und lädt ein, zu allen relevanten Themen einer geschlechtsspezifischen Medizin miteinander in Kommunikation zu treten. Außerdem kann der WHC-Newsletter über die Website eingesehen und abonniert werden.

Workshop zu PatientInnenrechten

Berlin. PatientInnenrechte stehen im Mittelpunkt des 3. Gesundheitspolitischen WHC-Workshops, der am 7. und 8. Juni 2002 in Berlin stattfinden wird. ExpertInnen diskutieren das Thema am Beispiel Brustkrebs-Früherkennung, -therapie und -nachsorge. Wichtiges Datenmaterial steht dafür aus dem Modellprojekt „Brustgesundheit Hessen“ zur Verfügung. Die TeilnehmerInnen werden zum Abschluss des Workshops eine Resolution verabschieden, über die wir im nächsten Newsletter berichten.

WHC bei gesundheitsziele.de

Berlin. Die WHC vertritt die Aspekte des „Gender Mainstreaming“ bei gesundheitsziele.de durch Mitarbeit in der Arbeitsgruppe 8 – „Gesundheitliche Kompetenz von BürgerInnen und PatientInnen stärken“.

In dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projektarbeit in Kooperation mit der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V (GVG) werden Ziele definiert und Umsetzungsstrategien erarbeitet. Zielbereiche sind: Transparenz, Kompetenz, Rechte, Beschwerdemanagement.

www.gesundheitsziele.de

Wissenschaftliche Kongresse: Brustgesundheit und Wechseljahre

Nürnberg/Berlin. Mit den neuesten Erkenntnissen und gesundheitspolitischen Entwicklungen bei Früherkennung, Diagnose und Therapie des Mammakarzinoms wird sich die 22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie vom 6. bis 8. Juni 2002 in Nürnberg befassen.

www.senologie.org

Die Zukunft der Wechseljahre, gleichzusetzen mit der Zukunft des Alterns, sind Schwerpunkte des Weltkongresses über die Menopause vom 10. bis 14. Juni in Berlin. Umstritten ist dabei die Hormonersatztherapie. Bei einer Vielzahl von Plenarsitzungen, Symposien und Diskussionsveranstaltungen wird es u. a. darum gehen, ob Hormonersatztherapien Krebs auslösen.

www.menopause-berlin.de

Buchtipps:

„Das Medizinkartell“

Aufschlussreich, über skrupellose Geschäftemacher in der Medizin.

Langbein/Ehgartner.

Das Medizinkartell. Die sieben Todsünden der Gesundheitsindustrie, 320 S., ISBN 3-492-04407-7

IMPRESSUM

Herausgeberin: Women's Health Coalition e.V. (WHC), Irmgard Naß-Griegoleit (Präsidentin)
Berliner Büro: WHC, Uhlandstr. 193, 10623 Berlin
Tel.: 030/28 38 50 02
Fax.: 030/28 38 50 05
e-mail: whc@mediencity.de
Verantwortl. für diese Ausgabe:
Dr. med. Ute-Susann Albert,
Irmgard Naß-Griegoleit

Redaktion: Annegret Hofmann (ViSP)
annegret.hofmann@mediencity.de
Fotos: Archiv/privat
Gestaltung, Produktion, Vertrieb: CONTENTIC MEDIA SERVICES GmbH, Berlin
info@mediencity.de
Druck: druckpunkt, Berlin

ISSN 1619-1285
Erscheinungsweise: 4 mal jährlich