Sylvia Groth, Felice Gallé für Ebermann 4.12.2009

FRAUENGESUNDHEIT BEWEGT

Die Frauengesundheitsbewegung stellte von Anfang an die Definitionsmacht der Medizin in Frage. Sie richtete den Blick auf die vielen Faktoren, die Gesundheit von Frauen beeinflussen: ihre wirtschaftliche Situation und die Qualität ihrer Ausbildung, ihr Alter, körperliche oder geistige Beeinträchtigungen, sexuelle Orientierung, Herkunft, die familiäre Arbeitsteilung, ihr Ausmaß an gesellschaftlicher Teilhabe und Partizipation und die Entscheidung für oder gegen ein Leben als Mutter: "Ob wir Kinder haben oder keine, entscheiden wir alleine!" Wichtig war und ist ganzheitlich Zusammenhänge aufzuzeigen, Wahlmöglichkeiten zu benennen und eine informierte Entscheidung von Frauen zu unterstützen. Dies alles mit Respekt vor Frauen und der Vielfalt ihrer Lebenswege. Der Ansatz war radikal und er ist es bis heute.

Unser Körper – unser Leben

Die Idee der Frauengesundheitszentren entstand mit der Frauenbewegung rund um das Jahr 1968. Den ersten Gesundheitsaktivistinnen ging es darum, Frauen mehr Wissen über ihren eigenen Körper zu ermöglichen. Frauen begannen, sich selbst und ihre Bedürfnisse ernst zu nehmen. Und: ÄrztInnen und Ärzte sollten Frauen als Expertinnen für sich selbst ernst nehmen. Ausgehend von ihrem Konzept praktischer Selbsthilfe kritisierten sie das medizinische Versorgungssystem, verlangten eine frauengerechte Behandlung, forderten das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und eine gerechte Verteilung medizinischer Dienstleistungen.

1969 trafen sich Frauengruppen während eines Feministinnenkongresses in Boston, USA, und diskutierten über das Thema Frauen und Gesundheit (siehe Boston Women's Health Collective, 1981). 1970 protestierten Aktivistinnen rund um Barbara Seaman bei Anhörungen im US-amerikanischen Abgeordnetenhaus (Nelson Pill Hearings), um auf die unerwünschten Wirkungen und Gefahren der Anti-Baby-Pille hinzuweisen. Sie erreichten, dass alle Pillen-Packungen einen Beipackzettel enthalten müssen und trugen dazu bei, dass der Östrogenanteil in den Pillen reduziert wurde - ursprünglich war er zehnmal höher als für die Verhütung nötig. (de.wikipedia.org/wiki/Barbara_Seaman)

Gemeinsam sind wir stark

Die Aktivistinnen sahen den weiblichen Körper als den zentralen Austragungsort gesellschaftlicher Machtansprüche und sprachen von *gynäkologischem Imperialismus*. Sie untersuchten die Wirkung gesundheitlicher Versorgung auf Frauen, etwa die überproportionale Verschreibung von Psychopharmaka, die Abgabe von Verhütungsmitteln ohne Angabe der Risiken sowie Geburtspraktiken wie Dammschnitt und Kaiserschnitt, die für Frauen und auch ihre Kinder negative Konsequenzen haben können (Ehrenreich et. al. 1976.) Sie dokumentierten die Benachteiligung der Frauen als Gesundheitsarbeiterinnen und analysierten patriarchale Strukturen. Sie deckten auch das Ausmaß der unbezahlten Gesundheitsarbeit von Frauen auf (Kickbusch 1981). Das war neu und es war überfällig.

Zentral wurde der Widerstand gegen die Medikalisierung. So formulierte Barbara Seaman:

> "According to the Western model, pregnancy is a disease, menopause is a disease, and even getting pregnant is a disease. Dangerous drugs and devices are given to women, but not to men- just for birth control. I've reached the conclusion that to many doctors BEING A WOMAN IS A DISEASE."

(en.thinkexist.com/search/searchQuotation.asp?search=According+to+the+Western+model%2C+pregnancy)

Medikalisierung bedeutet, dass soziale Tatbestände als medizinische Frage definiert und in den Verantwortungsbereich der Medizin gestellt werden, obwohl sie gesellschaftlichen oder auch persönlichen Ursprungs sind und einer gesellschaftspolitischen, gemeinschaftlichen oder auch individuellen Lösung bedürfen (vgl. Zola 1972, zitiert nach 1979). Dass Medikalisierung gelingt, ist immer auch eine Frage der Macht. Diese Macht systematisch anzuzweifeln und zu enttarnen, war die große Leistung der Frauengesundheitsbewegung. Ihre Aufgabe ist nun, Strategien zur Veränderung zu entwickeln. Dafür braucht es UnterstützerInnen und Kooperationspartnerinnen.

Mein Bauch gehört mir

Eine Grass-Roots-Frauengesundheitsbewegung mit gesellschaftspolitischer

Bedeutung wie in Deutschland oder den USA hat es in Österreich nie gegeben. Hier werden gesellschaftliche Probleme noch häufig wie zu josephinischer Zeit gelöst: von den Herrschenden für die Bevölkerung. So kamen etwa in der Geburtshilfe fortschrittliche Ansätze von engagierten ÄrztInnen und nicht von Aktivistinnen oder betroffenen Frauen (Adam et al. 1989). Der Schwangerschaftsabbruch wurde 1975 unter der sozialdemokratischen Regierung Kreisky mit der Fristenlösung per Beharrungsbeschluss geregelt – also ebenfalls top-down.

Die Forderung nach Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches war das konstituierende Element für die zweite Frauenbewegung und ein zentrales Thema der Frauengesundheit (Riese 1989, Rosenberger 1998).
Zwischen der liberalen gesetzlichen Regelung und der Praxis klafft noch mehr als 30 Jahre später eine weite Lücke. Das Thema Schwangerschaftsabbruch bleibt gekennzeichnet durch ein gesellschaftliches Klima der Ablehnung, unzureichende Informationen über gesetzliche Regelungen, Verfahren und Zugangsmöglichkeiten und in der Folge mangelnde Transparenz und fehlende Qualitätsstandards. Zwischen und in den Bundesländern zeigen sich starke regionale Unterschiede. Daher war es auch 2009 wieder erforderlich, eine Broschüre zum Schwangerschaftsabbruch herauszugeben. Denn Frauen brauchen unabhängige Information, um die Entscheidung für oder gegen ein Leben mit einem (weiteren) Kind zu treffen.
(www.fgz.co.at/Broschueren.51.0.html)

By women for women – Wissen ist Macht

Die Veränderung der Abtreibungsparagraphen 94–96 des StGB im Jahre 1975 entkriminalisierte Frauen und bewirkte auch, dass die Themen Sexualität und Kolonialisierung des Frauenkörpers in den Mittelpunkt der sich bildenden Selbsterfahrungsgruppen in den größeren Städten, vor allem im Wiener und im Grazer Raum, traten (Wieser 1996). „Wissen ist Macht und mit unserem Spekulum sind wir stark!“ Dieses Motto charakterisiert die wichtigsten innovativen Entdeckungen der Frauenbewegung: die Bedeutung von Information und deren interessengeleitete gesellschaftliche Auswirkung in Form von Normierungen, die Bedeutung der Selbsthilfe sowie eine kollektive Herangehensweise (Riese 1989).

Neben Verhütung und Schwangerschaftsabbruch war Gewalt gegen Frauen ein wichtiges Thema der Frauen(gesundheits)bewegung. Die damit entfachte öffentliche Diskussion über von Männern ausgeübte Gewalt führte dazu, dass 1976 das erste Frauenhaus in Wien eröffnet wurde. Graz hat seit 1981 ein Frauenhaus. Der ursächliche Zusammenhang zwischen Gewalterfahrungen und Krankheit wurde aber erst ab 1990 thematisiert (WHO 1996). 2007 startete das Grazer Frauengesundheitszentrum gemeinsam mit der KAGes ein Projekt für MitarbeiterInnen steirischer Spitäler (www.fgz.co.at/Gesundheitliche-Folgen-von-Gewalt.264.0.html). Auch in Niederösterreich (www.gewaltgegenfrauen.at) und Wien (www.diesie.at/projekte/abgeschlossene_projekte/nach_themen/gewalt/gewaltcurriculum.html) werden derartige Fortbildungen angeboten. Denn während Frauenhäuser und Interventionsstellen konkrete Hilfe bieten und schon seit Jahren Polizei und Justiz fortbilden, fehlt im Gesundheitswesen noch Kompetenz bezüglich akuter und chronischer Folgen von Gewalt (vgl. auch Bundeskanzleramt 2009). HausärztInnen und Ambulanzen sind aber die ersten Anlaufstellen für von Gewalt betroffene Frauen.

Frauengesundheit im Zentrum

„Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und daher weit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 1984). Mit diesem ganzheitlichen Zugang platzierten sich die Frauengesundheitszentren innerhalb des Gesundheitswesens. Die Arbeit von Frauengesundheitszentren steht im Einklang mit internationalen Versorgungskonzepten, wie sie auf der Weltfrauenkonferenz der Vereinigten Nationen eingefordert wurden. (Gijsberg et al. 1996, United Nations 1996, Bundesministerium für Frauenangelegenheiten 1996, WHO 2001.)

Das Berliner Feministische FrauenGesundheitsZentrum öffnete bereits 1974 seine Pforten. Ihm folgten viele weitere, auch das Wiener FEM.
Die Grazerinnen mussten bis 1993 auf ein Frauengesundheitszentrum warten. Heute gibt es Zentren in Graz, Wien, Linz, Wels, Salzburg und Villach. Sie sind im Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren verbunden.

2005 gelang es der Grazer Geschäftsführerin Sylvia Groth, den Begriff *Frauengesundheitszentrum* als Marke beim österreichischen Patentamt

registrieren zu lassen. Ein wichtiger Schritt, um die Qualität zu sichern und eine Kommerzialisierung zu verhindern. Nun ist *Frauengesundheitszentrum* in Österreich geschützt und auf den Broschüren des Grazer Frauengesundheitszentrums steht zu lesen: „Damit Frauen vertrauen können: Wo Frauengesundheitszentrum drauf steht, ist unabhängige Arbeit im Interesse von Frauen drin."

Es gibt Beispiele für frauengesundheitliche Interessenvertretung, die zur lokalen Frauengesundheitsgeschichte gehören (Groth 1997). Bereits 1989 führte die damalige Frauenbeauftragte, Grete Schurz, in Graz eine Untersuchung zum Wunsch von Frauen nach Gynäkologinnen durch. Die Untersuchung ergab, dass Frauen sich mehr niedergelassene Frauenärztinnen wünschen. Schurz zog den Schluss, dass mehr Ausbildungsstellen in der Gynäkologie für Frauen geschaffen werden müssten und die Krankenkassen und Ärztekammern vermehrt die Niederlassung von Ärztinnen ermöglichen sollten (Schurz, 1989). Durch eine geschickte politische Intervention konnte sie erreichen, dass mit der Besetzung des neuen Lehrstuhls die Ausbildungsstellen an der Grazer Gynäkologischen und Geburtshilflichen Universitätsklinik paritätisch besetzt wurden. Dies kann als gelungene Interessensvertretung gewertet werden. 2009 sind in der Steiermark von 176 FrauenärztInnnen 50 Frauen, davon haben allerdings nur 5 einen Vertrag mit der Gebietskrankenkasse.

Frauengesundheitszentren bieten frauengerechte Leistungen an und fordern Veränderungen im Interesse von Frauen und Mädchen. Sie informieren, unterstützen die individuelle Entscheidungsfindung, berücksichtigen psychosoziale und medizinische Aspekte und entwickeln frauenspezifische Angebote auch im Mainstream (Schultz et al. 1996, Groth 1997a, Broom et al. 1998). Das Spektrum wurde über die Jahre erweitert: Heute umfasst es auch zielgruppenspezifische Interventionsprojekte für Frauen auf dem Land, Frauen mit Behinderung, ältere Frauen, Mädchen oder MigrantInnen.

Frauengesundheitszentren arbeiten auf zwei Ebenen: individuell und strukturell. Empowerment durch gezielte Unterstützung ist untrennbar verbunden mit dem Anspruch, gesellschaftliche Strukturen zu verändern. Gesundheitsförderung geschieht in sozialen Zusammenhängen, in Settings, wo Frauen, Kinder und Männer leben, lieben, arbeiten. Insofern verstehen Frauengesundheitszentren

unter Gesundheitsförderung nicht einfach soziale oder medizinische Dienstleistungen, sondern gehen von dem emanzipatorischen Anspruch des Konzeptes der WHO aus (Schmidt 1995). Wichtig ist die Entwicklung einer alternativen und kritischen Gesundheitskultur. *Widerstand* macht medizinisch und politisch Sinn: Wenn die sozialen Lebensbedingungen Frauen krank machen, dann ist Widerstand gegen diese Lebensbedingungen ein zentrales Element von Frauengesundheitspolitik.

BERATUNG UND INFORMATION IN FRAUENGESUNDHEITSZENTREN

Gesundheitsinformation und deren Qualität ist ein wichtiges Thema der Frauengesundheitsbewegung. Health Competency (kompetent zu sein in und für die eigene Gesundheit) Health Literacy (also alphabetisiert zu sein in Gesundheitsfragen) ist eine Voraussetzung dafür, verantwortliche Entscheidungen treffen zu können. Frauen brauchen Wissen, das sie stärkt. Denn Gesundheit ist ein Markt und Frauen können nicht per se davon ausgehen, dass LeistungsanbieterInnen tatsächlich ihre Interessen vertreten – wenn diese es auch häufig behaupten. Selbstverständlich ist das Wissen, das weitergegeben wird, evidenzbasiert, also wissenschaftlich abgesichert durch seriöse unabhängige Studien. Wer Frauen und ihre Erfahrungen und Wünsche ernst nimmt, sagt ihnen bei Beratungen nicht, was sie tun müssen, belehrt sie nicht. Stattdessen erhalten Frauen in Frauengesundheitszentren Informationen, um selbst bestimmen zu können, was für sie in ihrer Lebenssituation das Beste ist.

Fallvignette

Im August 2009 nimmt eine Klientin, Frau G., erstmals eine Beratung im Frauengesundheitszentrum in Anspruch. Sie ist 49 Jahre alt, Verkäuferin. Im letzten Jahr hatte sie vier Mal starke Blutungen. Sie war deshalb auch bei ihrer Frauenärztin. Die Gynäkologin diagnostizierte Myome und verschrieb ein blutstillendes Medikament, das Frau G. bei Bedarf nehmen sollte.
Da man das Myom nicht herausoperieren könne - wie die Ärztin meinte -, schlug sie vor, die Gebärmutter herauszunehmen, da „Sie sie ja nicht mehr brauchen“. Es gehöre gleich gemacht. Sie wolle selbst operieren.

Frau G. kommt zur Beratung um sich auszusprechen und um zu erfahren, ob es noch weitere Möglichkeiten gibt. Sie fühlt sich sehr stark zu dieser Operation gedrängt und weint. Zudem äußert sie die Sorge, dass die Gebärmutterentfernung Konsequenzen für ihre sexuelle Erlebnisfähigkeit haben könnte. Nach dem Ende einer langen Beziehung genieße sie erst jetzt mit einem neuen Partner ihre Sexualität und wisse nun, „wie schön Sex sein kann“.

Sie ist sehr verunsichert, ob sie jetzt noch einen lang geplanten Urlaub antreten könne. Die Beraterin erfragt ihre Lebenssituation, ihre Blutungsanamnese und ihre Beschwerden. Sie informiert Frau G. über natürliche Veränderungen der Blutungen zu Beginn der Wechseljahre sowie über Myome, warum diese entstehen und häufig – hormonell bedingt – auch verschwinden. Frau G. hört in der Beratung zum ersten Mal, dass ihre Blutungen auch hormonell bedingt sein können und die Myome möglicherweise wieder schrumpfen.

Bei nicht akuten Operationen, etwa bei gutartigen Tumoren wie Myomen, haben Frauen zudem Zeit - insbesondere wenn sie keine Beschwerden haben oder mit den Beschwerden umgehen können. Das zu hören, ist für Frau G. sehr entlastend.
Die Beraterin bietet ihr an, sie zu einem Gynäkologen ihrer Wahl zu begleiten und dort eine zweite Meinung einzuholen. Dieses Angebot nimmt Frau G. gerne an.

In einem zweiten Treffen vor dem Termin bei dem Gynäkologen bespricht Frau G. mit der Beraterin, welche Unterstützung sie sich erwartet und was für sie das Ziel dieses Arztbesuches ist. Frau G. will Alternativen zu einer Gebärmutterentfernung erfahren. Zudem unterschreibt Frau G. eine Vereinbarung, in der sie sich bereit erklärt, den Arzt von seiner Verschwiegenheitspflicht zu befreien. Nur so kann die Beraterin sie begleiten und die nötigen Informationen erhalten.

Der Gynäkologe erfragt Frau G.s Krankengeschichte und untersucht sie sorgfältig manuell und per Ultraschall. Der Befund ergibt, dass ihre Myome

klein und nicht für Blutungen verantwortlich seien. Eine Gebärmutterentfernung sei nicht erforderlich. Er schlägt ihr einen Labortest vor, um eine durch die Blutungen mögliche Blutarmut abzuklären. Frau G. ist sehr erleichtert. Sie verstünde nicht, warum ihre Frauenärztin sie so in eine Operation gedrängt habe. Sie würde jetzt wechseln, da „ich kein Vertrauen mehr habe".

Dieser Bericht ist exemplarisch für viele Beratungen, die Frauen im Frauengesundheitszentrum erleben. Viele Frauen kommen, weil sie sich unzureichend informiert fühlen. Sie haben zuvor nichts über den natürlichen Verlauf von körperlichen Veränderungen wie den Wechseljahren erfahren, auch nicht über Wirkungen und unerwünschte Wirkungen von Medikamenten oder verschiedene Handlungsmöglichkeiten bei Beschwerden oder Erkrankungen.
Zudem schildern Frauen immer wieder, dass sie sich zu Entscheidungen gedrängt fühlen, ihre Werte in der Wahl von Behandlungsmethoden keine Rolle spielen würden.

Die Gebärmutterentfernung ist nach wie vor eine der häufigsten Operationen. Sie bedeutet ein Risiko und kann unerwünschte Folgen haben wie frühere Wechseljahre, verändertes sexuelles Erleben oder Blasensenkungen. Frauen zu stärken, damit sie auf gleicher Augenhöhe mit ihren ÄrztInnen sprechen können und vor wichtigen Entscheidungen unabhängige Beratung und eine zweite Meinung einholen, bleibt eine zentrale Aufgabe, um die Kompetenz der Patientinnen zu erweitern.

VISIONEN UND WÜNSCHE

- Patientinneninformation, Patientinnenrechte und Patientinnenbeteiligung bleiben wichtige gesellschaftliche Themen. Hier sollte es weg von der rhetorischen Vereinnahmung hin zur Verwirklichung gehen.
- Frauengesundheit in Aus- und Fortbildungen für ÄrztInnen und alle anderen Gesundheits- und Sozialberufe
- Die Klitoris in die Schulbücher! Erklärungen zu und richtige Darstellungen von der Klitoris in Schulbüchern und Fachbüchern, damit Mädchen und

Frauen mit Selbstbewusstsein ihre sexuellen Rechte umsetzen können (Groth, Pirker 2009; Groth 1999).

- Brustzentren entsprechend der EUSOMA-Kriterien zur qualitätsgesicherten Versorgung von Frauen mit Brustkrebs
- Strukturen für systematische Rückmeldungen von PatientInnen und KonsumentInnen über ihre Erfahrungen mit Medikamenten, Therapien, Rehabilitation und LeistungsanbieterInnen
- Pubertät, Schwangerschaft, Wechseljahre sind Lebensphasen und sollen nicht weiter medikalisiert werden.
- Transparenz aufgrund veröffentlichter Daten, Abbau von Unter-, Über- und Fehlversorgung durch Qualitätssicherung
- Politischen Willen zur Verbesserung
- Öffentliche Unterstützung für Selbsthilfegruppen, auch um sie vor dem Einfluss der Pharmafirmen zu schützen.
- Systematische Überprüfung aller Policies (politische Prozesse und Aktivitäten politischer Akteure), um zu überprüfen, ob sie den Anforderungen der Frauenfreundlichkeit und den gesundheitlichen Rechten von Frauen entsprechen (United Nations 2000, Aim of Human Rights 2008)
- Gerechten Lohn für die Arbeit von Frauen und Grundsicherung, denn soziale Ungleichheit macht krank (WHO 2007).

QUELLEN UND LITERATUR

Adam, Michael; Korbei, Volker (1989): Ganzheitliche Geburtshilfe und ambulante Geburt. Das Geburtshaus Wien-Nußdorf. In: Forster, Rudolf; Froschauer, Ulrike; Pelikan, Jürgen (Hg.): Gesunde Projekte. Wien, S. 143–163.

Aim of Human Rights (2008): Health Rights of Woman Assessment Instrument, www.aimforhumanrights.nl/fileadmin/user_upload/pdf/HeRWAI_2006.pdf (Stand: 03.11.2009)

Boston Women's Health Collective (1981): Unser Körper – unser Leben. Reinbek bei Hamburg.

Broom, Dorothy H (1998).: By women, for women. The continuing appeal of women's health centers. Women & Health 28; S. 5–22.

Bundeskanzleramt – Bundesministerin für Frauen, Medien und öffentlichen Dienst (Hg.) 2009: Was ist CEDAW? Die UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau. Wien.

Bundesministerium für Frauenangelegenheiten (Hg.) (1996): Frauenpolitische Perspektiven nach der Weltfrauenkonferenz 1995. Wien.

Ehrenreich, Barbara; English, Deidre (1976): Zur Krankheit gezwungen. München.

Gijsberg van Wijk, Cecile MT; Van Vliet, Katja P; Kolk, Annemarie M. (1996): Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women. Social Science & Medicine 43, S. 707–720.

Groth, Sylvia (1997): Frauengerechte Gynäkologie für Patientinnen und für ÄrztInnen. In: Dür, Wolfgang, Pelikan, Jürgen M. (Hg.): Gesundheitsförderung regional. Wien, S. 137–143.

Groth, Sylvia (1997a): PatientInnenorientiert und frauengerecht. In: Grundböck, Alice; Nowak, Peter; Pelikan, Jürgen M. (Hg.): Gesundheitsförderung – eine Strategie für Krankenhäuser im Umbruch. Wien, S. 314–318.

Groth, Sylvia (1999): Bewegte Frauengesundheit. In: Groth, Sylvia; Rásky, Éva. Frauengesundheiten. Innsbruck: Studienverlag, 82-95.

Groth, Sylvia; Pirker, Kerstin (2009): Die Klitoris. In: Clio. Zeitschrift für Frauengesundheit 68, S. 4-9.

Kickbusch, Ilona (1981): Frauengesundheitsbewegung – ein Forschungsgegenstand? In: Schneider, Ulrike (Hg.): Was macht Frauen krank? Frankfurt am Main, S. 193–203.

Riese, Katharina (1989): AUF und Abtreibungen. In: Geiger, Brigitte; Hacker, Hanna: Donauwalzer Damenwahl. Wien.

Rosenberger, Sieglinde K (1998): Frauen begehren auf. Das österreichische Frauen-Volksbegehren. Zeitschrift für Frauenforschung 16, S. 43–58.

Schmidt, Roscha (1995): Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung. In: Impulse Newsletter, S. 4.

Schultz, Dagmar; Langenheder, Simone (1996): Die Entwicklung der Frauengesundheitszentren in der Bundesrepublik Deutschland und ihre Bedeutung für die Gesundheitsversorgung von Frauen. Berlin.

Schurz, Grete (1989): Mehr Frauenärzte brauchen Stadt und Land. In: Ludwig Boltzmann Institut. Medizinsoziologische Informationen 4, S. 50–56.

United Nations (1996): The Beijing Declaration and Platform for Action. www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/ (Stand 03.11.2009).

United Nations (2000): The right to the highest attainable standard of health. www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument (Stand 03.11.2009).

Wieser, Ilse (1996): Empörung lag in der Luft. Das erste Grazer Frauenzentrum in der Bergmanngasse 6 (1977–1981). In: Unterholzer, Carmen; Wieser, Ilse (Hg.): Über den Dächern von Graz ist Liesl wahrhaftig. Wien, S. 259–274.

WHO (1984): Ottawa-Charta. www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/ (Stand: 03.11.2009).

WHO (1996): Violence against women. Fact Sheet 128, S. 1–3. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/ (Stand: 03.11.2009).

WHO (2001): Strategic Action Plan Women´s Health. www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20030129_1 (Stand: 03.11.2009).

WHO (2007): Closing the Gap – Strategies for Action to tackle Health Inequalities. Taking Action on Health Equity. www.eurohealthnet.eu/images/publications/taking%20action%20on%20health%20equity.pdf (Stand: 03.11.2009).

Zola, Irving Kenneth (1979): Gesundheitsmanie und entmündigende Medikalisierung. In: Illich, Ivan et al (Hg.): Entmündigung durch Experten. Reinbek bei Hamburg.

AUTORINNEN

Mag.[a] Sylvia Groth MAS
Geschäftsführerin des Vereins Frauengesundheitszentrum, Graz
geb. 1955, Absolventin der Postgraduierten-Studiengänge Medizin-Soziologie und Frauengesundheitsforschung an der George Washington University, USA; Weiterbildungen in Projektmanagement, Gesundheitsförderung, Management .
Arbeitsschwerpunkte: Brustgesundheit - Mammografie-Screening, Wechseljahre, Patientinnenrechte - Patientinnenbeteiligung.
frauen.gesundheit@fgz.co.at; www.fgz.co.at

Mag.[a] Dr.[in] Felice Gallé
Pressesprecherin des Grazer Frauengesundheitszentrums
Kommunikationswissenschafterin, Theaterwissenschafterin, Autorin, Moderatorin, Referentin von Fortbildungen zu PR und Sozialmarketing
felice.galle@fgz.co.at