CAM EXPERTISE
Karl und Veronica Carstens-Stiftung

Raum für Eigensinn

Ergebnisse eines Expertentreffens zur Patientenkompetenz

Bettina Berger (Hrsg.)

KVC | VERLAG

KVC Verlag
Karl und Veronica Carstens-Stiftung
Am Deimelsberg 36, 45276 Essen
Tel.: +49 (0) 201 56305 0
Fax: +49 (0) 201 56305 30
www.kvc-verlag.de

Berger, Bettina (Hrsg.)
Raum für Eigensinn – Ergebnisse eines Expertentreffens zur Patientenkompetenz

CAM EXPERTISE
Karl und Veronica Carstens-Stiftung

ISBN 978-3-86864-006-9

© KVC Verlag – Karl und Veronica Carstens-Stiftung, Essen 2011

Alle Rechte, insbesondere die der Übersetzung in andere Sprachen, vorbehalten. Kein Teil dieses Buches darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlages in irgendeiner Form – durch Photokopie, Mikroverfilmung oder irgendein anderes Verfahren – reproduziert oder in eine von Maschinen, insbesondere Datenverarbeitungsmaschinen, verwendbare Sprache übertragen oder übersetzt werden.

Umschlaggestaltung: eye-d Designbüro, Essen
Druck: Union Betriebs-GmbH, Rheinbach

Vorwort

> „Wird Krankheit als eine Beeinträchtigung der gesamten Persönlichkeit des erkrankten Menschen verstanden und die Heilungstendenz als das Ringen der Individualität um Selbstverwirklichung, so ergibt sich daraus als Leitsatz des medizinischen und pflegerischen Handelns: Unterstütze den kranken Menschen darin, seine individuellen Möglichkeiten zu verwirklichen und in der Auseinandersetzung mit seinem kranken Leib, seinem Schicksal und der Umwelt neue Verwirklichungsmöglichkeiten zu veranlagen. Die gemeinsamen Anstrengungen der Mitarbeiter im Krankenhaus orientieren sich an der Idee der freien, sich selbst bestimmenden Persönlichkeit."
> (Gerhardt Kienle am 15.11.1975[1])

So heißt es in der Präambel zur Struktur des Herdecker Gemeinschaftskrankenhauses, formuliert von Gerhard Kienle, dem Initiator und langjährigen Leiter des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke, auf dessen Initiative auch die Gründung der Universität Witten/ Herdecke zurück geht, die anstrebt, die Studierenden so auszubilden, dass sie auf der Grundlage dieser Prämisse auch Patienten in Zukunft behandeln können.

Diese Worte im Hintergrund kann ein Buch wie das hier vorliegende eine wertvolle Lektüre für jeden Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin im Gesundheitswesen bieten, enthält es doch eine Vielfalt von Hinweisen darauf, welche zahlreiche Facetten in dem immer komplexer werdenden Gesundheitswesen wir berücksichtigen müssen, um wirklich unserem Anliegen gerecht zu werden – nämlich Menschen, gerade wenn sie krank sind, als sich selbst bestimmende Persönlichkeiten ernst zu nehmen. Das klingt so paradox wie der Begriff Patientenkompetenz, neigen doch auch wir als Ärzte zu allererst einmal dazu, in den Patienten bloß die Hilflosen und

[1] Gerhard Kienle: Die Struktur des Gemeinnützigen Krankenhauses Herdecke, 15.11.1975, unveröffentlichtes Manuskript. Aus: Peter Selg: Gerhard Kienle – Leben und Werk, Band 1. Eine Biographie. Dornach: Verlag am Goetheanum; 2003: 686, Anmerkung 691.

Expertinnen für sich selbst – Wissen (in) der Frauengesundheitsbewegung

Sylvia Groth

Gesundheitsinformation und ihre Qualität waren von Anfang an wichtige Themen der Frauengesundheitsbewegung. Um eigenverantwortliche Entscheidungen treffen zu können, brauchen Frauen Wissen, das zutreffend ist und das sie stärkt. Denn Gesundheit ist ein Markt, und Frauen haben erfahren, dass LeistungsanbieterInnen nicht ihre Interessen vertreten – wenn das auch häufig behauptet wird.

Die Debatte rund um die Hormonbehandlung zeigte deutlich, wie wichtig es ist, Frauen als Expertinnen für sich selbst zu sehen, ihre Erfahrungen ernst zu nehmen und ihnen die Möglichkeit zu geben, Wissen über gesundheitliche Belange zu erwerben und unter Behandlungsmöglichkeiten zu wählen. Dies haben die Aktivistinnen der Frauengesundheitsbewegung frühzeitig erkannt, benannt, veröffentlicht und eingefordert. Sie waren damit Vorreiterinnen für informierte Entscheidung. Ihre Initiativen – von und für Frauen – haben viel bewegt. Erfolge waren etwa die Einführung von Packungsbeilagen und die veränderte Verschreibungspraxis von Hormonen.

Studien der letzten Jahre, vorwiegend aus den Bereichen Frauengesundheitsforschung, Gesundheitsförderung und Public Health, belegen eindeutig: Sex und Gender sind evident. Es geht bei den Geschlechterunterschieden und den Erfordernissen, die sich daraus für die gesundheitliche Versorgung ergeben, daher heute nicht mehr um ein Wissensdefizit, sondern um ein Umsetzungsdefizit. Es geht darum zu handeln und wirkungsvoll Frauengesundheit umzusetzen.

„Das Private ist politisch!" ist ein Schlüsselsatz der Frauenbewegung. Auch für die Frauengesundheitsbewegung ist die Verbindung zwischen Privatem und Politischem wesentlich. Meine Biografie verlief ähnlich: Frauengesundheit als Forschungsgebiet lernte ich schon während meines Studiums in den 1970er Jahren kennen. Damals nahm ich an den Frauen-Sommeruniversitäten und an Selbsterfahrungsgruppen teil und schrieb

meine Magisterarbeit zu dem Thema Wechseljahre. Noch intensiver beschäftigte ich mich mit Frauengesundheit während meines Postgraduiertenstudiums in den USA zwischen 1979 und 1982. Dort arbeitete ich im *Feminist Women's Health Center* in Atlanta, das Verhütungsberatung und Schwangerschaftsabbrüche durchführte. Zudem war ich in das *National Women's Health Network* in Washington D.C. eingebunden. Dieses professionelle Netzwerk vertritt bereits seit 1975 Frauenanliegen politisch und mittels Lobbying. Danach arbeitete ich in Berlin zwölf Jahre im Feministischen Frauengesundheitszentrum. Seit 1995 lebe ich in Graz, Österreich, und habe dort das Frauengesundheitszentrum mit aufgebaut. Ich verstehe mich als *Women's Health Activist* und „Advokaten": Nach über dreißig Jahren vertrete ich immer noch beharrlich und leidenschaftlich die gesundheitlichen Interessen von Frauen.

Die Frauengesundheitsbewegung hat sich – zwangsläufig – von Anfang an mit den Themen Wissen, Macht und Beteiligung auseinandergesetzt. Mit diesem Artikel möchte ich verdeutlichen, welche Auswirkungen diese Diskussionen und Aktionen bis heute auf die Gesundheitsversorgung und die politischen Diskurse haben. Dazu werde ich aus den Anfängen in den USA zitieren und Themen anführen, die die Frauen bewegten. Ich werde die zentralen Anliegen der Frauengesundheitsbewegung in Erinnerung rufen. Denn diese benannte erstmals Geschlecht, Interessen, Macht, Wissen, Zugang und Beteiligung als entscheidend für die Gesundheit von Frauen. Sie beleuchtete die Rolle der Ärzte und des Medizinsystems und erklärte die Erfahrung, das Erleben und das Wissen von Frauen für essenziell. Und ich werde von der Arbeit des Frauengesundheitszentrums in Graz berichten, das in der Tradition der Frauengesundheitsbewegung steht. Denn die Kompetenz von Patientinnen und Nutzerinnen des Gesundheitssystems zu stärken, bleibt eine wichtige politische Arbeit.

Der Kampf für Patientinneninformation: Ein Beipackzettel zur Antibabypille

Die erste Antibabypille kam 1960 auf den Markt: Enovid E, in den USA ausdrücklich als Verhütungsmittel zugelassen. Drei Jahre zuvor hatte die Pharmafirma G. D. Searle Enovid mit einer Wirkstoffkombination von 9,85 mg Norethindronel und 0,15 mg Mestranol zunächst als ein Hormonpräparat gegen unregelmäßige Zyklen und ungewollte Kinderlosigkeit auf den Markt gebracht (Goettle 1996). In Deutschland war Anovlar von Schering ab 1961 für Frauen zugänglich (Sieg 1996). Schon Ende der 1960er Jahre nahmen 13 bis 15 Millionen Frauen die Pille. Viele Frauen haben sie als Befreiung erlebt. Viele erlebten Nebenwirkungen. Diese unerwünschten Wirkungen wurden zwar vereinzelt in Fachzeitschriften diskutiert, doch die Nutzerinnen erhielten darüber keinerlei Information.

Barbara Seaman öffnete 1969 die Büchse der Pandora, als sie in ihrem Buch *The Doctors' Case Against the Pill* (Seaman 1969) nachwies, dass die Pille nicht so sicher und effektiv ist, wie propagiert wurde. Sie stellte Erfahrungsberichte von Frauen zusammen und publizierte die wachsende Evidenz, dass die Pille mit Thrombose, Schlaganfall, abnehmender Libido, Gewichtszunahme und einer Reihe von weiteren Beschwerden in Zusammenhang stand. Bis zu dem Erscheinen ihres Buches war es nicht üblich, NutzerInnen von Medikamenten über Risiken in Kenntnis zu setzen. Auch die Zulassung der Pille durch die *Food and Drug Administration* (FDA), die US-amerikanische Arzneimittelbehörde, war bereits nach einer Studie mit 132 Probandinnen erfolgt – wobei noch dazu viele Teilnehmerinnen vorzeitig die Einnahme abgebrochen hatten (Oudshoorn 1994).

Seaman und weitere Aktivistinnen betrieben Lobbying und alarmierten die Öffentlichkeit: 1970 hielt der US-amerikanische Kongress Ausschusssitzungen zur Antibabypille ab. Die Zeitschrift *Newsweek* publizierte zu dieser Zeit eine Umfrage, die zeigte, dass zwei Drittel der Frauen nie über mögliche Risiken aufgeklärt worden waren. Barbara Seaman und Alice Wolfson störten die Ausschusssitzungen und verlangten, als Betroffene gehört und als Zeuginnen zugelassen zu werden (Bernstein 2008).

Etwas zeitversetzt erreichte die Kunde von den negativen Auswirkungen des Pillengebrauchs und die Kritik an den fehlenden Informationen Deutschland. Die Zeitschrift *Der Spiegel* titelte am 16. März 1970: „Wie gefährlich ist die Pille?" (Abbildung 1)

Mangel an Information brachte also vor vierzig Jahren die Frauen auf – brachte sie zusammen, und aktivierte sie. Die Proteste der US-amerikanischen Aktivistinnen hatten zur Folge, dass die FDA für die Anti-

babypille die *Patient Package Inserts* (Beipackzettel) einführte. Dies geschah gegen den massiven Protest der *American Medical Association* und der Pharmaindustrie.

Beipackzettel gab es später auch für die Östrogene, die Frauen in den Wechseljahren nahmen. Die *Pharmaceutical Manufacturers' Association* und das *American College of Obstetricians and Gynecologists* verklagten daraufhin die FDA, um die Verbreitung dieser Beipackzettel zu verhindern. Das von Barbara Seaman und Alice Wolfson in der Folge gegründete *National Women's Health Network* und vier weitere Frauen- und KonsumentInnenorganisationen vertraten in einem Gerichtsprozess 1977 das Recht auf Basisinformation. Und sie gewannen: Die *Pharmaceutical-Manufacturers' Association* wurde dazu verpflichtet, Östrogenen Beipackzettel beizulegen.

Abbildung 1: *Spiegel*-Titel „Wie gefährlich ist die Pille?" 16. März 1970. Aufgrund beunruhigender Berichte über die krebsauslösende Wirkung der Pille bei Beagle-Hündinnen werden einige Präparate von den Pharmaunternehmen zurückgezogen.

Dass wir uns in Beipackzetteln informieren können, geht also auf diese aktiven Frauen zurück, die schon 1970 Information einforderten und sie vor Gericht erkämpften. Fachwissen, Lobbying, öffentlichkeitswirksame Maßnahmen und Vernetzung waren ihre erfolgreichen Strategien (Kasper

1983; Ruzek 1987). Weil sie sich engagierten, zusammenschlossen und kraftvoll für die Interessen von Frauen eintraten, gewann das Verlangen nach Wissen an Legitimität.

Unsere Körper, unsere Leben

Die Auseinandersetzung mit mächtigen Interessengruppen wie Ärzteschaft, Pharmaindustrie und Behörden nahm hier ihren Anfang und blieb bestimmend für die Frauengesundheitsbewegung. Frauen begannen, sich als Expertin für sich selbst zu definieren: Wir leben unser Leben, wir lassen uns keine Vorschriften machen, wir verlangen Information und auch Beteiligung! Damit forderten sie, Laienkompetenz anzuerkennen und Partizipation strukturell abzusichern. Sie zeigten die Interessen der Schulmedizin auf und stellten deren Definitionsmacht in Frage. Die Forderung nach Information erfolgte *bottom-up*.

Auffallend ist, dass sich die Aktivistinnen als eine heterogene Gruppe sahen. Entgegen den Rollenklischees drängten sie auf eine differenzierte Sicht, betonten die Unterschiedlichkeit von Frauen, die unterschiedlichen Lebensphasen, Lebensentwürfe und Lebensbedingungen. Denn diese Determinanten entscheiden über die Gesundheit von Frauen und müssen in ihrer gesundheitlichen Versorgung berücksichtigt werden (Whitehead, Dahlgren 2006). Klare, verständliche Information ist gerade deshalb so wichtig, weil Frauen unterschiedlichen Zugang zu Bildung und Wissen haben. Die Aktivistinnen fokussierten also bereits damals das heute aktuelle Thema Davorsitzt, auch wenn ihnen die Umsetzung in den eigenen Reihen erst viel später ein Anliegen wurde. Divers.

Leitmedium der Frauengesundheitsbewegung war lange Jahre die Publikation *Our Bodies, Ourselves* (Titel der deutschen Ausgabe: *Unser Körper, unser Leben*), welches das *Boston Women's Health Book Collective* erstmals 1971 herausgab. Ihre Erfahrungen mit herablassenden, bewertenden und uninformierten Ärzten veranlasste sie, gemeinsam dieses Buch zur Gesundheitsbildung zu schreiben. Sie überprüften darin das medizinische System, vermittelten Wissen, diskutierten Ungleichheiten auf der Basis von Geschlecht, Behinderung, ethnischem Hintergrund sowie Schicht. Und sie

forderten die Leserinnen auf, Selbsthilfe anzuwenden und sich politisch einzumischen (Stephenson, Zelder 2008). Das Buch ist mittlerweile in 23 Sprachen und in Braille übersetzt und fand über 20 Millionen Leserinnen.

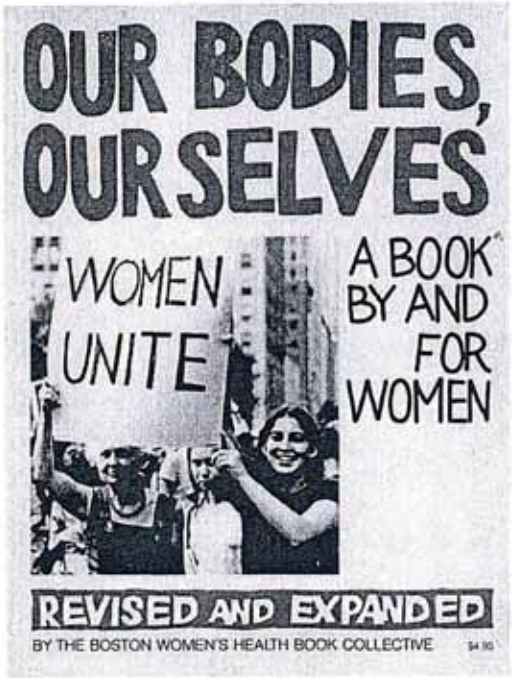

Abbildung 2: Frühes Leitmedium der Frauengesundheitsbewegung: Boston Women's Health Book Collective: *Our Bodies, Ourselves*, 1971

Sich dieses Buch immer wieder anzusehen, lohnt durchaus – gerade um die Form der Wissensvermittlung nachzuvollziehen, die beispielgebend für die heutigen Bemühungen um *Health Literacy* bleibt.

So war etwa eine Tabelle abgebildet, in der es um die Wirkungen und unerwünschten Wirkungen verschiedener Verhütungsmittel sowie der Schwangerschaft und des Schwangerschaftsabbruches geht. Diese Risikodarstellung ermöglicht Frauen einen Vergleich zwischen den Optionen, da die Bezugsgröße immer gleich bleibt. Somit können auch *Health Illiterates* – also Frauen, die wenig vertraut mit statistischen Darstellungen sind – die Aussagen der Tabelle gut verstehen und für ihre Entscheidungen nutzen.

Risk of Death for Women In the Age Group 15-45 (US-1973)*

1. Pregnancy[1]	17/100,000 Live Births†
2. Mortality (all causes excluding pregnancy)[2]	80/100,000 Women
3. Combined Mortality (1 + 2)	97/100,000 Women
4. Oral Contraceptors[3,4,5,6]	0.3-3/100,000 Women
5. IUD Users[7,8]‡	0.3-1.5/100,000 Women
6. Foam Users (mortality based on 20% pregnancy rate)	3.4/100,000 Women
7. Condom Users (mortality based on 10% pregnancy rate)	1.7/100,000 Women
8. Legal Therapeutic Abortion ("TAB")	3.2/100,000 Women
9. TAB + Unprotected Intercourse (mortality secondary to 80% pregnancy rate)	2.6/100,000 Women
10. TAB + Foam	.6/100,000 Women
11. TAB + Condom (mortality secondary to 10% pregnancy rate)	.3/100,000 Women

Abbildung 3: Vorbildhafte Wissensvermittlung in den 1970er Jahren: Risikodarstellung Boston Women's Health Book Collective: 1975, S. 189

Die Tabelle war damals äußerst innovativ. Sie setzt direkt an den Fragestellungen der Frauen an und vergleicht unterschiedliche Optionen in verständlichen Angaben. Die Herausgeberinnen stellten damit früh die Weichen für PatientInneninformation, wie sie viel später die evidenzbasierte Medizin forderte. Heute werden derartige Lösungen zunehmend bei der Erstellung von Entscheidungshilfen gefordert und verwendet.

Frauengesunde Forderungen

Die Auswirkungen gehen aber weiter. Frauen bemerkten, dass das medizinische Wissen ihre Erfahrungen mit ihren Körperlichkeiten nicht abbildete. Dies radikalisierte sie. Die Definitionsmacht der Medizin erstreckte sich außerdem auf das gesellschaftliche Wissen, etwa den Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wechseljahren. Die Frauen verloren ihren Glauben an die Ärzte. Ihr verkörpertes Wissen, ihre Wünsche und Bedürfnisse, ihre Lebenszusammenhänge, ihre Erfahrungen mit Grenzüberschreitungen wie sexualisierter Gewalt – all dies spielte in Interaktionen mit Ärzten und für deren Anamnese keine Rolle. Schäden durch medizinische Interventionen spürten die Frauen allerdings sehr wohl am eigenen Leib. Sie hatten also ein ureigenes Interesse daran, ernst genommen zu werden.

Anhand der fünf zentralen Forderungen lässt sich ein Bild der Frauengesundheitsbewegung skizzieren:

Der Slogan „Mein Bauch gehört mir!" verband sinnliche Erfahrung und biografische Entscheidungen mit der politischen Forderung, den damals illegalen Schwangerschaftsabbruch zu entkriminalisieren und zu legalisieren. Die Wahlfreiheit, sich für oder gegen eine Schwangerschaft entscheiden zu können, wurde in den 1970er Jahren in vielen Ländern durchgesetzt. Eine nicht diskriminierende Umsetzung ist aber nach wie vor nicht überall erreicht. Hinter der Einforderung des Rechts, als Frau über das Austragen einer Schwangerschaft und das Gebären eine Kindes entscheiden zu können, verbirgt sich eine umfangreiche Auseinandersetzung um das Selbstbestimmungsrecht von Frauen über gesundheitsrelevante Entscheidungen in Bezug auf das eigene Leben und mögliche Kinder.

Dieser Diskurs wurde begonnen mit dem Motto „Frauengesundheit in eigener Hand!". Es war die Parole gegen die Definitionsmacht der Medizin und für die Selbstbestimmung der Betroffenen. Wenn wir sehen, wie unzureichend PatientInnnen und KonsumentInnen gesundheitlicher Leistungen heute noch in Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens vertreten sind, wird deutlich, gegen welche großen Widerstände die Bewegung kämpft und wie lange Reformen brauchen. Immerhin ist heute die Legitimität dieser Forderungen nicht mehr in Frage gestellt.

Der Slogan „Das Private ist politisch!" richtet die Aufmerksamkeit auf die gesellschaftliche Arbeitsteilung. Schon die erste Frauenbewegung zu Beginn des 20. Jahrhunderts hatte die unbezahlte häusliche und familiale Arbeit von Frauen als wichtigen Teil der gesellschaftlichen Arbeit identifiziert und wollte schlechte Bezahlung der Erwerbsarbeit von Frauen nicht mehr länger hinnehmen. Die auch daraus resultierende Ungleichheit zwischen Männern und Frauen sollte abgebaut werden – das Problem ist bis heute ungelöst (World Economic Forum 2010).

„Gemeinsam sind wir stark!" spricht den Zusammenschluss zwischen Betroffenen an und den Nutzen und die Wirkung von gegenseitiger Unterstützung und Vernetzung.

„Frauen haben das Recht auf Information!" betont den Bedarf nach und das Recht auf Wissen: Wissen über Medikamente, die Frauen einnehmen, aber auch über medizinische Eingriffe, die sie an sich machen lassen, sowie über Alternativen dazu.

Bewegte Frauengesundheit

Die zentralen Interessen der Frauengesundheitsbewegung waren also, die Expertenmacht in Frage zu stellen sowie den daraus abgeleiteten Anspruch auf die Kontrolle über die Körper von Frauen. Ziel war und ist die Selbstbestimmung der Frauen. Die Aktivistinnen wandten sich gegen professionelle Machtstrukturen in der Gynäkologie, aber auch gegen die Dominanz der Männer in der Sexualität. Erstmals thematisierten Frauen ihr sexuelles Begehren – und die Bedingungen für ihre Lust. Sie sprachen aus, dass manche Techniken für Frauen nicht befriedigend sind, dass sie aber das gleiche Recht auf ihre Befriedigung haben wie Männer. Erstmals wurde auch die Klitoris benannt und – im Gegensatz zur Fixierung auf die Vagina – als Quelle der Lust dargestellt (Groth und Pirker 2009). Die Klitoris und die Lust der Frauen sind bis heute nicht vollständig in Lehrbüchern der Anatomie oder in Schulbüchern verzeichnet.

Neben Schwangerschaftsabbruch und Sexualität wurde zunehmend Gewalt gegen Frauen ein wichtiges Thema. Die Aktivistinnen postulierten, dass Gewalt keine Privatsache ist, kein Einzelfall, der in einer Familie statt-

findet, sondern ein gesellschaftliches Problem mit enormen gesundheitlichen Auswirkungen. In der Folge forderten und erhielten Frauen Frauenhäuser, um geschlagenen Frauen Schutz zu bieten. Die männliche Gewalt selbst bleibt ein Problem in den meisten Gesellschaften. Die gesundheitlichen Folgen von Gewalt werden erst seit zehn Jahren thematisiert (Hagemann und Bohne 2003).

Die Impulse aus den USA erreichten Europa, Selbsthilfegruppen wurden gegründet. In Gruppen fanden vaginale und klitorale Selbstuntersuchungen statt, was damals kontrovers diskutiert wurde und heute vielen Frauen fremd vorkommt. Dass Frauen das Behandlungsmonopol der Ärzte in Frage stellten und sich selbst behandelten, wurde als unverschämt dargestellt. Sich selbst zu therapieren, galt als „practicing medicine without a licence" (Ruzek 1978). In den USA gab es sogar einen Prozess gegen Frauen, die sich mit Joghurt behandelt hatten. Heute steht in Frauenzeitschriften und gynäkologischen Büchern, dass Joghurt bei Vaginalinfektionen sinnvoll ist, um die Vaginalflora aufzubauen. Auch in der Schulmedizin wird nun nach diesem Therapieprinzip gearbeitet.

1974 entstand das Feministische Frauengesundheitszentrum in Berlin. 1976 erschien die erste Ausgabe der Zeitschrift *Clio*, einer periodischen Schrift zur Selbsthilfe. *Hexengeflüster* (Frauenselbstverlag 1975), das ebenfalls das Feministische Frauengesundheitszentrum herausgab, war eine sehr kleine radikale Ausgabe von *Our Bodies, Ourselves*, eine sehr kämpferische Zusammenstellung von Studien und persönlichen Erfahrungen. Frauengesundheit wurde darin in verschiedenen Facetten besprochen, inklusive Sexualität, Vaginalinfektionen, Schwangerschaftsabbruch.

Weitere Frauengesundheitszentren entstanden. Ihre zentrale Funktion war die unabhängige Gesundheitsberatung, die als eine politische Tätigkeit verstanden wurde. In den 1980er Jahren bildete sich die Gesundheitsbewegung heraus, die wichtige Impulse der Frauengesundheitsbewegung aufgriff (Schmidt 1988).

Abbildung 4: *Hexengeflüster*, eine kämpferische Zusammenstellung von Studien und den Erfahrungen von Frauen aus dem Jahr 1977

Streit um Hormonbehandlungen – Strategien für Frauengesundheit

Die Strategien der Gesundheitsaktivistinnen für ihr politisches Vorgehen beruhten vor allem darauf, sich selbst ernst zu nehmen und gegenseitig zu stärken. Austausch verifizierte ihre Erfahrungen und ließ sie gemeinsam öffentlich aktiv werden und Unrecht benennen.

Ich möchte dies auch am Beispiel der Hormonbehandlung in den Wechseljahren erläutern. Sie wurde zum Thema, weil die Selbsthilfegruppen darüber diskutiert hatten und Aktivistinnen die wissenschaftliche Literatur nach Evidenzen für diese Therapie durchforsteten (Bianzano et al. 1976; Röhring 1987). Sie machten die Interessen von Pharmafirmen und Ärzten sichtbar, die Frauen ohne wissenschaftliche Grundlage Hormone verschrieben. Diese beiden Gruppen hatten die Absicht, Frauen als Ab-

nehmerinnen ihrer Dienstleistungen und Produkte zu gewinnen. Die Experten- und Deutungsmacht der Ärzteschaft und der Pharmaindustrie verhinderte, dass unabhängige Informationen für Frauen zugänglich waren. Zu dieser Zeit gab es auch noch keine unabhängigen Beratungsstellen. Sie etablierten sich erst langsam mit den Frauengesundheitszentren.

Im deutschsprachigen Raum gab es damals keine qualitativ hochwertigen Studien zur Hormonbehandlung in den Wechseljahren. Alle Studien erschienen auf Englisch und wurden in Deutschland gefiltert über die Pharmaindustrie in Fachzeitschriften weitergegeben. Rückblickend war ein entscheidender Vorteil der Aktivistinnen in Deutschland, dass einige von uns sehr gute Englischkenntnisse hatten und daher die entsprechende wissenschaftliche Literatur aus den USA übersetzen konnten. So haben wir früh die Probleme aufgegriffen, die Frauen mit Hormonbehandlungen hatten, und haben die internationalen Studienergebnisse in unsere Beratungen und Vorträge integriert. Wir haben das Wissen auch in Pressemitteilungen verarbeitet, in Artikeln veröffentlicht und für Frauen eine Broschüre zu den Wechseljahren verfasst (Groth 2004; Feministisches Frauengesundheitszentrum, Groth 1990). Wir wussten durch die englischsprachigen Veröffentlichungen, dass die Grundlagen für die Hormontherapie wissenschaftlich in Frage standen – und wir haben sie in Frage gestellt. Denn einzelne WissenschaftlerInnen gaben bereits sehr früh Hinweise auf die Risiken, etwa Virginia Ernster et al. (1988) und Elina Hemminki (1988 und 2004).

Kritik und Erfolge

Wir Aktivistinnen der Frauengesundheitsbewegung haben die Hormonbehandlung als ein Experiment an Frauen benannt und gewarnt, dass Langzeituntersuchungen fehlen. Wir waren damit der medizinischen Zunft um Nasenlängen voraus. Wir erkannten, wie wichtig es ist, Frauen als Expertinnen für sich selbst zu sehen, ihre Erfahrungen ernst zu nehmen und ihnen die Möglichkeit zu geben, Wissen über gesundheitliche Belange zu erwerben und unter Behandlungsmöglichkeiten zu wählen. Damit waren wir Vorreiterinnen für informierte Entscheidung.

Wenn ich unsere Wirkung rückblickend kritisch bewerte, muss ich allerdings eingestehen, dass wir bei dem Thema Hormontherapie grandios gescheitert sind. Bis zur Veröffentlichung der Studie der *Women's Health Initiative* (WHI 2002) hatte der Anteil der Frauen, die Hormone einnahmen, um das Zehnfache zugenommen. Nur eine Elite von Frauen, die mit den Frauengesundheitszentren Kontakt hatten, konnte erfahren, was das Problem mit Hormonen war. Nur sie konnte Alternativen kennen lernen. Die „normalen" Frauen haben die Hormone damals verschrieben bekommen und sie, ohne zu hinterfragen, in steigendem Maß eingenommen (Groth 1992, 1994, 2004; Groth, Röring 1990; Mühlhauser, Meyer 2004).

Doch der Einsatz für Information und Aufklärung war nicht umsonst. Hormontherapie wurde dadurch von einer scheinbaren Selbstverständlichkeit zum umstrittenen Thema heißer Debatten. Seit der WHI verschreiben deutlich weniger Ärztinnen und Ärzte Frauen Hormone. 2009 wurde die Pharmafirma Pfizer zur Zahlung von Geldstrafen an Krebspatientinnen verurteilt. Die Schlagzeile lautete: „US-Gericht sieht Informationspflicht über Risiken der Medikamente verletzt – 10 000 weitere Verfahren gegen Pharmariesen anhängig." (DieStandard.at 2009). Ein Geschworenengericht war zu dem Schluss gekommen, dass die von den Pfizer-Töchtern Wyeth sowie Pharmacia & Upjohn hergestellten Medikamente gegen Wechseljahres-Beschwerden (Premarin, Provera und Prempro) bei Patientinnen Brustkrebs verursacht hätten. Die zusätzlichen Geldstrafen begründeten die Richter damit, dass Pfizer nicht über die Risiken der Medikamente informiert hätte.

Erfolge, die die Frauengesundheitsbewegung verbuchen kann, waren stets mit gesellschaftlichen Entwicklungen verbunden, etwa der Rationalisierung im Gesundheitswesen oder der zunehmenden Qualifizierung und Erwerbstätigkeit der Frauen und der Verringerung der Geburtenraten. Wirkungen und unerwünschte Wirkungen von medizinischen Interventionen wurden zunehmend benannt. Der Schwangerschaftsabbruch wurde legalisiert. Schwangerschaft und Gebären haben sich seit den 1970er Jahren sehr geändert: Gebärende Frauen weigerten sich, nur auf dem Rücken zu liegen. Sie wollten nicht mehr unter Medikamente gesetzt werden, fingen an, den Dammschnitt zu problematisieren, Geburtsvorbereitung zu entwickeln und Väter bei der Geburt einzubeziehen. All diese Neuerungen for-

derte die Bewegung in den 1970er und 1980er Jahren – und sie wurden umgesetzt. Ich denke hierbei auch an die Gesundheitsbewegung und an die Aufarbeitung der nationalsozialistischen Medizin und Gesundheitspolitik sowie an die verstärkte Thematisierung von gesundheitlicher Ungleichheit. Dennoch gibt es auch massive Rückschritte, wie die steigenden Kaiserschnittraten oder die Akzeptanz der Pränataldiagnostik zeigen (Baumgärtner, Schach 2010; Diekämper 2010).

Sex und Gender – Gesundheit hat ein Geschlecht

Aus der Frauengesundheitsbewegung kommend, fokussiert die Gesundheitswissenschaft seit den 1980er Jahren verstärkt auf Frauen: Die männliche Norm wird als Problem artikuliert. Frauengesundheitsforschung, Public Health und Gendermedizin sind weitere Ausdifferenzierungen und Entwicklungen. Gendermedizin ist allerdings heute noch weitgehend Etikettenschwindel. Die Medizin thematisiert unter diesem Titel im besten Fall Sex, nicht aber Gender, also die Lebenszusammenhänge und Lebenswelten von Männern und Frauen (Rásky 2009). Lebenszusammenhänge, die durch die gesundheitlichen Determinanten geprägt wurden, haben aber entscheidende Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit.

Zentral ist: Sex und Gender sind evident, ihre Wirkung ist wissenschaftlich erwiesen. "Gender inequality is an epidemiological fact." (WHO 1994)

In der Theorie wie auch in den internationalen Strategien ist der Faktor Geschlecht als wesentlicher Einflussfaktor auf die Gesundheit daher mittlerweile anerkannt (Whitehead, Dahlgren 2006; WHO 2010). Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass Frauen als heterogene Gruppe anzusehen sind, dass Frauen anders gesund, anders krank sind als Männer, dass Frauen das Gesundheitssystem spezifisch nutzen. So wurden etwa bei Herzerkrankungen Fehl-, Unter- und Überversorgung nachgewiesen. Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt es in der Nutzung von gesundheitlichen Angeboten, in der Diagnose, in der Therapie wie auch in der Rehabilitation (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2005; Kolip, Lademann 2010).

Neben dem Geschlecht gibt es weitere soziale Determinanten, die die Gesundheit von Frauen, Männern und Kindern bestimmen. Mit dem Postulat "No one should be sick or die because of gender inequality." stellt die Weltgesundheitsorganisation fest:

> "Women and men differ in terms of biological make-up, power, status, norms and roles in society. WHO Member States and international agreements stress that these differences must be acknowledged, analysed and addressed through gender analysis and actions. Without due attention to gender equality, health services, programmes, laws and policies will have limited effects. Women and men will not achieve their full health potential over the life-course. Furthermore, without achieving Millennium Development Goal 3 – gender equality and empowerment of women – the other MDGs will not be met by 2015." (WHO 2009)

Armut ist weiblich. Frauen sind häufiger als Männer nicht erwerbstätig oder in prekären Arbeitsverhältnissen tätig. Neben ihrer Erwerbsarbeit leisten viele Frauen un- oder unterbezahlt die soziale Reproduktionsarbeit der Familie und ihrer Netzwerke. Frauen tragen auch das Laiengesundheitssystem, in dem rund 80 Prozent der Beschwerden behandelt werden, ohne die professionelle Versorgung zu belasten. Als Betreuerinnen und Multiplikatorinnen beeinflussen sie und ihr Gesundheitszustand zudem die Gesundheit ihrer Kinder und ihrer Familien (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2005, 2010).

Sozioökonomische Determinanten wie Bildung, Einkommen, Sozialprestige, Lebensraum (Stadt/Land), Kultur, Migration, soziale Integration und soziale Netzwerke beeinflussen die Gesundheit von Frauen signifikant (Fachbeirat Frauengesundheit 2010).

> "Being a man or a woman has a significant impact on health, as a result of both biological and gender-related differences. The health of women and girls is of particular concern because, in many societies, they are disadvantaged by discrimination rooted in sociocultural factors (...) Some of the sociocultural factors that prevent women and girls to bene-

fit from quality health services and attaining the best possible level of health include:
- unequal power relationships between men and women,
- social norms that decrease education and paid employment opportunities,
- an exclusive focus on women's reproductive roles and
- potential or actual experience of physical, sexual and emotional violence.

While poverty is an important barrier to positive health outcomes for both men and women, poverty tends to yield a higher burden on women and girls' health (...)" (WHO o. J.)

Die Evidenz von Sex und Gender ist daher grundlegend. Die Verwendung des großen Binnen-I zur Kennzeichnung von Frauen und Männern scheint mir notwendig, aber nicht ausreichend. Es geht nicht um Rhetorik. Wenn man die Unterschiede zwischen Frauen und Männern in ihrem Gesundheits- und Krankheitsverhalten deutlich machen will, wenn Unterschiede transparent werden sollen und es erklärtes Ziel ist, adäquat nach Bedürfnissen zu versorgen und das Recht auf Gesundheit für Frauen umzusetzen, muss entsprechend der genannten Gesundheitsziele und Vorgaben gehandelt werden. Dies ist aber nur möglich, wenn auch spezifische Daten erhoben werden. Während für Herzinfarkt schon nachgewiesen ist, dass es große Unterschiede in der Symptomatik zwischen Männern und Frauen gibt (The WHO MONICA Project), steht die geschlechterspezifische Forschung zu Schlaganfall, eine weitere der häufigsten Erkrankungen, noch ganz am Anfang (Warner et al. 2009).

Doch schon die vorliegenden Forschungsergebnisse und die statistisch nachweisbaren Differenzen und Besonderheiten von Frauen und Männern machen eine Veränderung der gesundheitlichen Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation in einer integrierten Versorgung nötig (Statistik Austria: Gesundheit). Es geht bei den Geschlechterunterschieden und den Erfordernissen, die sich daraus für die gesundheitliche Versorgung ergeben, allerdings nicht mehr um ein Wissensdefizit, sondern um ein Umsetzungsdefizit. Es geht darum, zu handeln und wirkungsvoll Frauen- und Männergesundheit umzusetzen.

Beraten, begleiten, bewegen – Frauen(gesundheits)wissen im Zentrum

Das Konzept des *Empowerment* stammt aus dem US-amerikanischen *Community Organizing* und der Frauengesundheitsbewegung. 1986 fand es Eingang in die Definition der Gesundheitsförderung in der *Ottawa Charta*. Die Weltgesundheitsorganisation hat in ihrem Gesundheitsförderungskonzept den Lebensphasenansatz und die sozialen Determinanten von Gesundheit aufgegriffen und weiterentwickelt. Hierfür war Ilona Kickbusch mitverantwortlich, die aus der Frauengesundheitsbewegung kommt (Kickbusch 1981). Laut Kickbusch haben an der *Ottawa Charta* auch Expertinnen des *Boston Women's Health Book Collective* mitgearbeitet.[1]

Die Erkenntnisse und das Wissen der Frauengesundheitsbewegung wie auch der Frauengesundheitsforschung haben so über Lobbying und engagierte Professionelle ihren Weg in internationale Vereinbarungen und strategische Ziele gefunden (Women Watch o. J.; WHO 2009 a; WHO 2010; WHO 1994).

Institutionell ist Frauengesundheit heute in Verträgen und Vereinbarungen verankert, die Zielvorgaben machen und strategisches Vorgehen weisen, so etwa in CEDAW, der Konvention der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frauen aus dem Jahr 1979 (United Nations 1979). Sie wurde von 186 Staaten ratifiziert, auch von Österreich und Deutschland. Diese Konvention stellt nach wie vor die wichtigste internationale Grundlage zur Durchsetzung der Rechte von Frauen dar, da sich die Vertragsstaaten verbindlich zur Umsetzung verpflichten. Hauptziel der Konvention ist es, die Diskriminierung von Frauen in sämtlichen Lebensbereichen zu beseitigen: in Ehe und Familie, Arbeits- und Sozialbereich, Bildung und Ausbildung, im politischen und öffentlichen Leben.

Auch der Covenant des Sozialausschusses der Vereinten Nationen präzisiert die Menschenrechte und verankert die Rechte von Frauen in Bezug auf Gesundheit (United Nations 1991; WHO 2010):

[1] Persönliches Gespräch zwischen Ilona Kickbusch und Sylvia Groth, Wien 2009.

„The right to the highest attainable standard of physical and mental health. The enjoyment of this right is vital to their life and well-being their ability to participate in all areas of public and private life."

Der *Strategic Health Action Plan for Women in Europe* der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 2001 zeigt auf, wie man Politiken darauf prüft, ob sie frauengerecht sind. Das Netzwerk der österreichischen Frauengesundheitszentren hat die relevanten internationalen Vereinbarungen zu Frauen und Gesundheit zusammengestellt unter www.fgz.co.at/ Netzwerk-Frauengesundheitszentren-OEsterreich.89.0.html.

Auch wenn die Forderungen und Grundsätze der Frauengesundheitsbewegung quasi von der Straße aus die wichtigsten internationalen Gremien erreicht haben, bleibt die Arbeit der Frauengesundheitszentren politisch bewegt. Die Strategie besteht darin, individuell und zugleich strukturell anzusetzen – also Frauen zu stärken und das Gesundheitssystem tatsächlich zur Veränderung anzuregen.

2005 gelang es mir, den Begriff *Frauengesundheitszentrum* als Marke bei dem 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".

Gesundheitsinformation und deren Qualität ist nach wie vor ein wichtiges Thema für Frauengesundheitszentren. *Health Competency* (Kompetenz für die eigene Gesundheit) und *Health Literacy* (also alphabetisiert in Gesundheitsfragen) sind Voraussetzungen 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 das auch häufig behauptet wird. Selbstverständlich ist das Wissen, das in Frauengesundheitszentren weitergegeben wird, wissensbasiert, also wissenschaftlich abgesichert durch seriöse unabhängige Studien. Wer Frauen und ihre Erfahrungen und Wünsche ernst nimmt, sagt ihnen auch 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 (Groth, Gallé 2010).

Für BeraterInnen ist es besonders wichtig, über ein Gesundheits-Basiswissen zu verfügen, um PatientInnen und KonsumentInnen kompetent zu beraten und ihnen anbieterunabhängige Information zur Verfügung stellen zu können.

Gesundheitsbildung ist heutzutage so wichtig wie das Schreiben und Lesen. Aus der Flut an Informationen in Medien und Internet glaubwürdige Information herauszufiltern, bleibt aber schwierig. Nachhaltig geschützt sind BeraterInnen, PatientInnen und KonsumentInnen, die über *Health Literacy* verfügen. Die Fähigkeit, Informationen kritisch auf ihre Qualität zu prüfen, gehört in diesen „Gesundheits-Werkzeugkoffer", wie auch ein Grundverständnis über Zusammenhänge und Strukturen im Gesundheitswesen. Seit 2007 veranstaltet das Grazer Frauengesundheitszentrum deshalb das Kompetenztraining „Wissen macht stark und gesund" (siehe auch den gleichnamigen Buchbeitrag von Bettina Berger et al. im vorliegenden Band).[2] Bei dieser sechstägigen Fortbildung werden Interessierte darin geschult, sich in dem Informationsdschungel voller Studien, Broschüren und Werbungen der Pharmaindustrie zurechtzufinden. Ein Schwerpunkt 2010 war das Training für BeraterInnen und MultiplikatorInnen in den Krankenversicherungen.

[2] Das Frauengesundheitszentrum führt das Projekt „Wissen macht stark und gesund – Kompetenztraining in Österreich" durch und koordiniert es. Konzeptentwicklung: Dr. Bettina Berger, Private Universität Witten/ Herdecke. Das Konzept basiert auf dem Training in wissenschaftlicher Kompetenz für PatientInnen- und VerbrauchervertreterInnen der Arbeitsgruppe Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser, Gesundheitswissenschaften/ Universität Hamburg. Gefördert wird das Projekt aus den Mitteln des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Vom Wissen zur Umsetzung

Frauen individuell zu beraten und zu unterstützen, ihnen eine Stimme zu geben, ihre Anliegen und Interessen in Gremien und in der Öffentlichkeit zu vertreten, ist immer noch so nötig wie zu Beginn der Frauengesundheitsbewegung. Erfreulicherweise gibt es heute viel mehr Akzeptanz für Frauengesundheitsanliegen. Politik, Verträge und Vereinbarungen machen entsprechende Vorgaben. Deren Anwendung und Umsetzung einzufordern, erfordert von den Mitarbeiterinnen der Frauengesundheitszentren aber Beständigkeit, Fachkompetenz und Konfliktfähigkeit.

Vieles ist erreicht: Der Schwangerschaftsabbruch ist legalisiert, allein erziehende und verheiratete Mütter sind gleichgestellt, Vergewaltigung in der Ehe ist verboten, das Recht auf PatientInneninformation ist, wenigstens in der Theorie, anerkannt. Vieles bleibt zu tun. Frauen sind in Führungspositionen (auch im Gesundheitswesen) unterrepräsentiert. Sie haben nach wie vor Mühe, verständliche Information über Wirkungen und unerwünschte Wirkungen von diagnostischen und therapeutischen Verfahren zu bekommen, besonders wenn sie zu bildungsfernen Gruppen gehören oder die Mehrheitssprache nicht sprechen. Informationen sind im Überfluss erhältlich, doch variiert die Qualität – die häufig von den großen Interessensvertretern beeinflusst ist. Die Lebenszusammenhänge von Frauen werden vernachlässigt, trivialisiert oder falsch dargestellt. So bleibt es neben Stärkung und Interessensvertretung die politische Aufgabe der Frauengesundheitszentren, verlässlich richtige Informationen und glaubwürdiges Wissen zu bieten – und damit Orientierung. Wie es Jane Pinkus, eine der Frauen des *Boston Women's Health Book Collective*, formulierte:

> „From the start, our goals have been to share information, empower ourselves and one another, to make connections with one another, to create preventive-health alternatives, to improve health policies relevant to women and to work on changing the system to meet our needs. It has turned out to be work that never ends."
> (Stephenson und Zelder 2008)

Literatur

Baumgärtner B, Schach C. Wunschkaiserschnitt – Tabubruch? In: Kolip P, Lademann J. Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz. München: Juventa; 2010: 108–127.

Bernstein A. Obituaries Barbara Seaman, 72; Poineer In Women's Health Movement. The Washington Post. 2008; February 29. www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2008/02/28/AR2008022804118.html?nav=hcmodule [Stand 16.9.2010].

Boston Women's Health Book Collective. Our Bodies, Ourselves. Boston; 1971.

Bundeskoordination Frauengesundheit: Frauengesundheitsbericht der Bundesregierung; 2001. www.bkfrauengesundheit.de/cms/4_1_gbe/ [Stand 27.10.2010].

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Österreichischer Frauengesundheitsbericht. Wien; 2005.

Bundesministerin für Frauen. Österreichischer Frauenbericht. Wien; 2010.

DieStandard.at. Krebs durch Hormonersatz – Pfizer muss zahlen. 2009; 25. November. http://diestandard.at/1256745602643/Krebs-durch-Hormon-Ersatz-Pfizer-muss-zahlen [Stand 27.10.2010].

Diekämper J. Auf der Suche nach dem perfekten Kind. Von der Etablierung medizinischer Diagnostik vor und während der Schwangerschaft. In: Kolip P, Lademann J (Hrsg.). Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. München: Juventa; 2010: 58–72.

Ernster VL, Bush TL et.al. Benefits and Risks of Menopausal Estrogen and/or Progestin Hormone Use. Preventive Medicine. 1988; 17: 201–223.

Fachbeirat Frauengesundheit der Gesundheitsplattform Steiermark. Positionspapier 2010. www.verwaltung.steiermark.at/ cms/ dokumente/ 11150043_45359081/8bca9737/Positionspapier_Fachbeirat%20f%C3%BCr%20Frauengesundheit_J%C3%A4nner%202010.pdf [Stand 27.10.2010].

Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz. München: Juventa; 2010: 58–72.

Feministisches Frauengesundheitszentrum (Hrsg.), Groth S. Wechseljahre – eine Broschüre zur Selbsthilfe. Berlin: Eigenverlag; 1. Auflage 1990.

Frauenselbstverlag: Hexengeflüster. Frauen greifen zur Selbsthilfe. Berlin; 1975.

Goettle G. Sie waren weiß, grün oder rosa. Frauen erinnern sich. In: Staupe G, Vieth L. Die Pille. Von der Lust und von der Liebe. Deutsches Hygiene Museum. Dresden, Berlin: Rowohlt; 1996: 181–192.

Groth, S. Hitze … und Wut. Die Medikalisierung der Wechseljahre. In: Sozialwissenschaftliche Forschung & Praxis für Frauen e. V. (Hrsg.). AltersWachSinn. beiträge zur feministischen theorie und praxis. 1992; 33: 51–61.

Groth S. Die Medikalisierung der Wechseljahre. Argumente gegen eine generelle Hormontherapie. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 1994; 70: 421–424.

Groth S. Bewegte Frauengesundheit. Die österreichische Frauengesundheitsbewegung und die frauenspezifische Gesundheitsförderung des Frauengesundheitszentrums Graz. In: Groth S, Rásky É (Hrsg.). Frauengesundheiten. Innsbruck: Studienverlag; 1999: 82–95.

Groth S. Die Klitoris – das verlorene, fragmentierte und wiederentdeckte Lustorgan der Frau. In: Groth S, Rásky É. Sexualitäten. Interdisziplinäre Beiträge zu Frauen und Sexualität. Innsbruck: Studienverlag; 2001: 93–107.

Groth S. Wechseljahre in Bewegung. Frauengesundheitsbewegt Interessen vertreten. In: Jahn I. Wechseljahre multidisziplinär. Was wollen Frauen – was brauchen Frauen. Bremen, Schwäbisch Gmünd: GEK; 2004: 119–136.

Groth S, Gallé F. Frauengesundheit bewegt. In: Ebermann T, Fritz J, Macke K, Zehetner B (Hrsg.). In Anerkennung der Differenz. Feministische Beratung und Psychotherapie. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2010.

Groth S, Pirker K. Die Klitoris – das Lustorgan der Frau. Clio. Zeitschrift für Frauengesundheit. Berlin; 2009; 68: 4–9.

Groth S, Röring R. Die Wechseljahre sind keine Krankheit. Erwiderung auf Gerald Mackenthun. Zur Diskussion um die Hormontherapie in den Wechseljahren. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 1990; 3: 339–342.

Hagemann White C, Bohne S. Versorgungsbedarf und Anforderungen an Professionelle im Gesundheitswesen im Problembereich Gewalt gegen

Frauen und Mädchen. Im Auftrag der Enquêtekommission Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen. Universität Osnabrück 2003.

Hemminiki E. Der Kampf um die Hormontherapie. In: Jahn I. Wechseljahre multidisziplinär. Was wollen Frauen – was brauchen Frauen. Bremen, Schwäbisch Gmünd: GEK Edition; 2004: 163–169.

Hemminki E. The Use of Combined Estrogen Progestin Therapy. International Journal of Health Technology Assessment in Health Care. 1988; 4 (4): 511–519.

Kasper AS. Women's Health and the FDA: A Case Study in Consumer Lobbying. In: Tinker I (Hrsg.). Women in Washington. Advocates for Public Policy. Beverly Hills: Sage; 1983: 276–285.

Kickbusch I. Von der Zerbrechlichkeit der Sonne. Einige Gedanken zu Selbsthilfegruppen. In: Kickbusch I, Trojan A. Gemeinsam sind wir stärker. Selbsthilfegruppen und Gesundheit. Frankfurt: Fischer; 1981: 11–24.

Kolip P, Lademann J (Hrsg.). Frauenblicke auf das Gesundheitssystem. Frauengerechte Gesundheitsversorgung zwischen Marketing und Ignoranz. Weinheim, München: Juventa; 2010.

Mühlhauser I, Meyer G. Hormontherapie in den Wechseltherapien. Kritische Blicke auf die Evidenzbasis. In: Jahn I (Hrsg.). Wechseljahre multidisziplinär. Was wollen Frauen – was brauchen Frauen. Bremen, Schwäbisch Gmünd: GEK Edition; 2004: 139–162.

Oudshoorn N. Beyond the Natural Body. An Archeology of Sex Hormones. New York, London: Routledge; 1994: 138 ff.

Rásky É. Gender Mainstreaming und Gender Medicine in der Allgemeinmedizin: (K)ein neues Thema? In: Steirische Akademie für Allgemeinmedizin. 40 Jahre Kongress für Allgemeinmedizin. Graz: Steirische Akademie; 2009: 100–103.

Ruzek SB. The Women's Health Movement. Feminist Alternatives to Medical Control. New York: Praeger; 1978: 36 ff.

Schmidt R. Frauengesundheit in eigener Hand. In: Kristine von Soden (Hrsg.). Der große Unterschied. Die neue Frauenbewegung und die siebziger Jahre. Berlin: Elefantenpress; 1988: 39–46.

Seaman B. The Doctors' Case against the Pill. Alameda, CA: Hunters House; 1969. http://nwhn.org/25th_anniversary [Stand 15.10.2010].
Sieg S. „Anovlar" – die erste europäische Pille. Zur Geschichte eines Medikaments. In: Staupe G, Vieth L. Die Pille. Von der Lust und von der Liebe. Deutsches Hygiene Museum Dresden. Berlin: Rowohlt; 1996: 131–144.
Statistik Austria: Gesundheit. www.statistik.at/ web_de/ statistiken/ gesundheit/index.html [Stand 4.10.2010].
Stephenson H, Zelder K. "Write a Chapter and Change the World". How the Boston Women's Health Book Collective Transformed Women's Health Then – and Now. American Journal of Public Health. 2008; 98 (10): 1741–1749.
The WHO MONICA Projekt. www.ktl.fi/monica/ [Stand 27.10.2010].
United Nations. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women; 1979. www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/ [Stand 4.10.2010].
United Nations. The Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Fact Sheet No.16 (Rev.1). Genf; 1991. www.ohchr.org/ Documents/ Publications/FactSheet16rev.1en.pdf [Stand 4.10.2010].
Warner Gargano J, Wehner S, Reeves MJ. Do Presenting Symptoms Explain Sex Differences in Emergency Department Delays Among Patients With Acute Stroke? Stroke 2009; 40:1114–1120; originally published online Feb 10, 2009; DOI: 10.1161/STROKEAHA.108.543116.
WHO, Weltgesundheitsorganisation. Wiener Erklärung über die Investition in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern; 1994. http://www.euro.who.int/ _data/ assets/ pdf_file/ 0019/ 114238/ E93952G.pdf [Stand 22.10.2010].
WHO, Weltgesundheitsorganisation. Strategic Health Action Plan for Women in Europe; 2001. www.euro.who.int/ __data/ assets/ pdf_file/ 0007/ 69532/ E73519.pdf [Stand 4.10.2010].
WHO, Weltgesundheitsorganisation. Gender, Women and Health; 2009. www.who.int/gender/en/ [Stand 4.10.2010].
WHO, Weltgesundheitsorganisation. Women and Health. Today's Evidence Tomorrow's Agenda; 2009a. www.who.int/ gender/ documents/ 9789241563857/en/index.html [Stand 27.10.2010].

WHO, Weltgesundheitsorganisation. Global Strategy for Women's and Children's Health; 2010. www.who.int/ pmnch/ activities/ jointactionplan/ 201009_globalstrategy_6lang/en/index.html [Stand 27.10.2010].
WHO, Weltgesundheitsorganisation. Women's health; o. J. www.who.int/ topics/ womens_health/en/ [Stand 4.10.2010].
Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. World Health Organization: Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006, reprinted 2007.
WHI, Women's Health Initiative 2002. www.whi.org [Stand 15.10.2010].
Women Watch. Directory of UN Resources on Gender and Women's Issues. Women and Health; o. J. www.un.org/ womenwatch/ directory/ women_and_health_3003.htm [Stand 27.10.2010].
World Economic Forum. Global Gender Gap Report 2010. www.weforum.org/en/Communities/Women%20Leaders%20and%20Gender%20Parity/GenderGapNetwork/index.htm [Stand 15.10.2010].