



# RUNDBRIEF

## Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

Nr. 23

Aus dem Inhalt:

Die Diskussion um die HPV-Impfung

Selbsthilfegruppen und Pharmasponsoring

Ehrenamtliches Arbeiten in der Selbstverwaltung einer  
Krankenkasse

August 2007



<b>Editorial</b> .....	<b>4</b>
<b>Aktuelles</b> .....	<b>5</b>
Für mehr Rationalität - .....	5
HPV - Impfung für zwölfjährige Mädchen???	5
HPV Infektionen in Deutschland/ Impfung gegen HPV 16/18.....	5
Stellungnahme des AKF zur HPV – Impfung .....	7
Die HPV-Impfung – ein Durchbruch in der Krebsprävention? .....	9
Erste Verdachtsfälle unerwünschter Arzneimittelwirkungen nach HPV-Impfung mit Gardasil® .....	11
Kommunale Kürzungen gefährden Frauenberatungsstellen .....	12
Frauen – Versuchsobjekte der Arzneimittelindustrie .....	12
Vielfältige Gründe von Frauen für eine Hormoneinnahme in den Wechseljahren.....	12
Gegen Magermodels.....	16
„Unbeschwert lachen, husten, niesen“ – eine Initiative zur Stärkung von Blasenfunktion und Beckenboden.....	16
<b>Nachrichten aus Politik und Gremienarbeit</b> .....	<b>17</b>
Neues aus GFMK.....	17
Neues aus der GMK.....	18
<b>Mitgliederseite / Neues aus den Regionen</b> .....	<b>19</b>
„Herz-Kontakt“ - Herzinfarkt bei Frauen vorbeugen.....	19
Diagnose: Gewalt.....	20
SENSIA sensibilisiert stationäre Gesundheitsversorgung für das Thema Häusliche Gewalt.....	20
Facharbeitskreis „Sexuelle Gewalt an Frauen und Mädchen mit Behinderungen“ .....	22
<b>Veranstaltungsberichte</b> .....	<b>23</b>
Applied Gender Research in Public Health.....	23
New Findings on Gender and Health Equity in Resource Poor Settings.....	24
<b>Reihe: Ehrenamtliches Arbeiten in Gremien</b> .....	<b>25</b>
Arbeiten in der Selbstverwaltung einer Krankenkasse .....	25
<b>Schwerpunktthema: Selbsthilfe und Pharmasponsoring</b> .....	<b>29</b>
Einfluss des pharmazeutisch-industriellen Komplexes auf die Selbsthilfe .....	29
Wes Brot ich ess, des Lied ich sing .....	33
Zum Förderanteil verschiedener Kostenträger bei überregionalen Selbsthilfeorganisationen.....	36
Selbsthilfe und Pharmazeutische Industrie.....	37
Umgang mit Spenden/Sponsoring im Selbsthilfebereich.....	38
Selbstverpflichtungserklärung als Instrument für Neutralität und Unabhängigkeit der Selbsthilfe? .	40
Impressum.....	41
Fundraising in Frauengesundheitsorganisationen .....	41
<b>Mediothek</b> .....	<b>42</b>
Geschlechtertypisierungen in Familie und Schule .....	42
Burn-out bei Frauen .....	42
Anonyme Geburt und Babyklappe .....	42
Geschlechterforschung in der Medizin.....	43
Häusliche Gewalt .....	43
<b>Termine im Überblick</b> .....	<b>44</b>

## Editorial

Liebe Frauen!

Liebe Netzwerkmitglieder!

In den letzten Monaten hat ein Thema aus dem Handlungsfeld „Mädchengesundheit“ eine unglaubliche Dynamik erfahren: Die Pharma Firma sanofi pasteur MSD startet mit ihrem neuen Impfstoff GARDASIL einen Werbefeldzug für eine Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs. So soll die sanofi z. B. kommunale Gleichstellungsbeauftragte gebeten haben, Kontakte zu Schulen, Mädchengruppen und Müttern herzustellen. Eine Pharmavertreterin ist auch im Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit vorstellig geworden mit dem Ziel, Informationsveranstaltungen mit Frauengruppen zu initiieren. Gynäkologinnen und Gynäkologen schreiben Mütter und Töchter an und werben für eine **HPV- Impfung**.

Der aktuellen Bedeutung und dem Informationsbedürfnis wollen wir gerecht werden. Lesen Sie unter „Aktuelles“.

Mit der Studie „Einfluss des pharmazeutisch-industriellen Komplexes auf die Selbsthilfe“ haben Kirsten Schubert und Gerd Glaeske vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen ein heißes Thema aufgegriffen und eine Diskussion im Selbsthilfebereich entfacht. Diese Diskussion haben wir im Schwerpunktthema dokumentiert.

Wir möchten zudem mit dem Fragebogen, der dem Rundbrief lose beiliegt, Ihre Meinung zum Rundbrief erfahren und Mög-

lichkeiten der Weiterentwicklung mit Ihnen diskutieren. Wir bitten Sie, den Fragebogen ausgefüllt an uns zurückzuschicken.

Herzlich einladen möchten wir Sie zur Netzwerktagung in Osnabrück zum Thema Schwangerschaft und Geburt am 9. Oktober 2007. Der Flyer der Tagung liegt ebenfalls dem Rundbrief bei.

Wir werden die Verschickung von Flyern langfristig auf E-Mail-Verschickung umstellen. Von daher möchten wir Sie bitten, **uns Ihre E-Mail-Adresse zu mailen** an: [ute.sonntag@gesundheit-nds.de](mailto:ute.sonntag@gesundheit-nds.de)

Damit auch der nächste Rundbrief aktuell zu den Geschehnissen in Niedersachsen berichten kann, sind Sie herzlich aufgerufen, Beiträge einzusenden. Bitte schreiben Sie uns, wenn etwas Neues in Ihrer Region zum Thema Frauen/Mädchen und Gesundheit geschehen ist oder Sie eine Veranstaltung planen oder oder..... Auch Vorschläge für Themen, die Sie gerne im Schwerpunkt behandelt wissen möchten, sind willkommen. Wir freuen uns über neue Mitarbeiterinnen in der Redaktionsgruppe.

Einsendeschluss ist 31. Oktober 2007. Wir wünschen Ihnen einen schönen Sommer mit viel Zeit für die Lektüre des Rundbriefes.

Ihre Trägerorganisationen des Netzwerkes:



Ursula Jeß

Nds. Ministerium für Soziales,  
Frauen, Familie und Gesundheit



i.A. Hildegard Müller

pro familia-Landesverband  
Niedersachsen e.V.



Ute Sonntag

Landesvereinigung für Gesundheit  
Niedersachsen e.V.

## Aktuelles

### Für mehr Rationalität - HPV - Impfung für zwölfjährige Mädchen???

In den letzten Monaten hat ein Thema aus dem Handlungsfeld „Mädchengesundheit“ eine unglaubliche Dynamik erfahren: Die Pharma Firma sanofi pasteur MSD startete mit ihrem neuen Impfstoff GARDASIL einen Werbefeldzug für eine Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs. So soll sanofi z. B. kommunale Gleichstellungsbeauftragte gebeten haben, Kontakte zu Schulen, Mädchengruppen und Müttern herzustellen. Eine Pharmavertreterin ist auch im Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit vorstellig geworden mit der Bitte, dass Multiplikatorinnen Informationsveranstaltungen mit Frauengruppen initiieren. Gynäkologinnen und Gynäkologen schreiben Mütter und Töchter an und werben für eine HPV-Impfung.

Zu der im Herbst 2006 neu zugelassenen HPV-Impfung gibt es eine Fülle zum Teil sehr unterschiedlicher Einschätzungen. Es fällt schwer, diese Informationen richtig einzuordnen und für sich bzw. für oder mit der Tochter die richtige Entscheidung zu treffen.

So empfiehlt z. B. die ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut die Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV) für Mädchen von 12 bis 17 Jahren, die Krankenkassen übernehmen

die Kosten für die Dreifach-Impfung in der genannten Altersgruppe. Es gibt aber auch zahlreiche bedenkenwerte andere Argumente, die uns veranlassen sollten, die HPV-Impfung zu hinterfragen. Beispielfähig sind die Stellungnahme des Arbeitskreises Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF), und der Aufsatz von Rolf Rosenbrock „Die HPV-Impfung – ein Durchbruch in der Krebsprävention?“ zu nennen und im Folgenden dokumentiert.

Das Interesse daran, sich vor Gebärmutterhalskrebs zu schützen, ist nachvollziehbar. Leider können wir nicht alle lesenswerten Einschätzungen abdrucken. Um eine informierte Entscheidung zu erleichtern, sind nachfolgend drei Aufsätze abgedruckt. Zur vertieften Information empfehlen wir darüber hinaus folgende Internetadressen :

[www.profamilia.de](http://www.profamilia.de) hat im März 2007 eine Information „Humane Papillomaviren (HPV) – Fachinformationen zur Impfung“ ins Netz gestellt.

[www.rki.de](http://www.rki.de)

Infektionsschutz→Impfen→Epidemiologisches Bulletin

[www.dr-claudia-schumann.de](http://www.dr-claudia-schumann.de)

[www.fgz.co.at/](http://www.fgz.co.at/)

Frauengesundheitszentrum Graz

[www.forum-gesundheitspolitik.de](http://www.forum-gesundheitspolitik.de)



### HPV Infektionen in Deutschland/ Impfung gegen HPV 16/18

*Dr. Frauke Gerhardt*

Die HPV (Humane Papilloma Viren) – Infektion ist eine der häufigsten virusbedingten sexuell übertragbaren Infektionen. Bislang sind circa 120 verschiedene HPV-Viren bekannt, viele von diesen Viren können Erkrankungen im Genitalbereich verursachen, wie z.B. Feigwarzen bei Männern und Frauen. Humane Papillomaviren befallen nicht nur den Gebärmutter

hals, sondern können sich auch im Bereich von Mund und Kehlkopf, Penis, Anus sowie Vulva und Vagina befinden. Zu unterscheiden sind die Hoch-Risikotypen und die Niedrig-Risikotypen. Von den Hochrisikotypen können 10 – 20 % Gebärmutterhalskrebs hervorrufen.

Ca. 2/3 aller Menschen werden in ihrem Leben mit diesen Viren infiziert. Bei den Frauen bleiben ca. 80 % der Infektionen unauffällig und heilen meist ohne therapeutische Behandlung aus. In Deutschland erkranken ca. ein Prozent der mit diesen Viren infizierten Frauen an Gebärmutter-

terhalskrebs, jährlich etwa 6500 Frauen und ca. 1700 Frauen sterben daran.

Die häufigste Ursache für die Entstehung des Gebärmutterhalskrebses ist die Infektion mit humanen Papilloma-Viren. (HPV). In 70 % der Fälle wird die Erkrankung durch die HPV Typen 16 und 18 hervorgerufen. Die HPV Typen 9 und 11 sind für die Feigwarzen im Genital- und Mundbereich verantwortlich und gelten als nicht krebserregend.

Das HP-Virus wird durch Geschlechtsverkehr, sowohl vaginal, anal als auch oral übertragen. Übertragungen durch Küssen; Petting, Schmierinfektionen, durch Körperkontakt beim gemeinsamen Baden sind sehr unwahrscheinlich, aber nicht auszuschließen. Die Hochrisikotypen werden meist nur zufällig bei der normalen gynäkologischen Krebsvorsorgeuntersuchung entdeckt, da sie häufig keine Symptome aufweisen.

Die Benutzung von Kondomen verringert die Gefahr, sich beim Geschlechtsverkehr mit den HP-Viren zu infizieren, da sie – nach heutigem Kenntnisstand – keine HP-Viren durchlassen. Da die Viren aber nicht nur über die Samenflüssigkeit übertragen werden können, können Kondome nicht so umfassend schützen wie bei anderen sexuell übertragbaren Krankheiten.

Nur lang anhaltende Infektionen mit bestimmten HP-Viren können zu Gebärmutterhalskrebs führen, so können Früherkennungsuntersuchungen wie regelmäßige Pap-Abstriche, die Zellveränderungen frühzeitig erkennen und so Gebärmutterhalskrebs vermeiden helfen. Die Beurteilung fällt leider, in Abhängigkeit von der Erfahrung der untersuchenden Ärztin, sehr unterschiedlich aus. Hier sollte im Rahmen der Qualitätssicherung eine Spezialisierung gefordert werden.

### HPV-Impfung

Die Impfung mit Gardasil ( in Deutschland seit Herbst 2006 zugelassen) wirkt gegen die HPV-Typen 16 und 18, die ca. 70 % der Erkrankungen an Gebärmutterhalskrebs verursachen, und gegen die HPV-Typen 6 und 11, die Feigwarzen verursachen. Andere HPV-Typen, die auch Ge-

bärmutterhalskrebs hervorrufen können, werden mit der Impfung nicht erfasst.

Die Impfung ist nicht wirksam bei bereits vorhandenen Infektionen mit HPV 16/ 18 bzw. 6/11 Infektionen. Die Impfung kann somit nur vorbeugend und nicht therapeutisch eingesetzt werden.

Die Impfung wirkt nur bei 30% der Krebs verursachenden HP-Viren und kann deshalb die regelmäßige Krebsvorsorge (Pap-Abstrich) nicht ersetzen.

Ein ausreichender Impfschutz ist erst nach drei Impfungen innerhalb eines halben Jahres aufgebaut. Die Impfung muss nach dem heutigen Erkenntnisstand nach ca. fünf Jahren erneuert werden.

Die STIKO (Ständige Impfkommision am Robert-Koch Institut) empfiehlt Mädchen und jungen Frauen, sich vor dem ersten Geschlechtsverkehr, im Alter von 12 - 17 Jahren impfen zu lassen. Für Jungen gibt es bislang keine Impfeempfehlung.

In Deutschland kosten die drei Impfungen, die durchgeführt werden müssen ( 3 x 155,00 Euro) insgesamt 465,00 Euro. Die Kosten für Mädchen und junge Frauen zwischen 12 und 17 Jahren werden von den meisten Krankenkassen übernommen.

In der Studie zur Impfung wurden nur Frauen berücksichtigt, da medizinische Tests an Kindern in Deutschland nicht erlaubt sind. Mädchen wird aber erstaunlicherweise die gleiche Impfdosis gegeben wie erwachsenen Frauen, die Impfdosis müsste entsprechend auf Mädchen eingestellt werden. Es gibt bislang keine Langzeitergebnisse über die Wirkung von Gardasil.

### Ausblick

Die HPV Infektion war 1971 die häufigste Krebserkrankung bei Frauen unter 45 Jahren. Dank intensiver Früherkennungsuntersuchungen (Pap-Abstrich) konnte die Häufigkeit der Erkrankung an Gebärmutterhalskrebs stark reduziert werden.

Durch die intensive Werbung des Impfstoffherstellers und einseitige Berichte in den Medien ist bei vielen Frauen und Mädchen eine große Verunsicherung

entstanden und die Hoffnung, sich durch eine Impfung 100%ig vor Gebärmutterhalskrebs schützen zu können. Dieses ist nicht möglich.

Eine strenge Indikationsstellung bei Kindern sollte in Anbetracht der Angst erzeugenden Impfstoff-Politik der Hersteller eingehalten werden. Zunächst sollten Familien mit bereits bestehenden HPV-Infektionen (bei Eltern oder älteren Geschwistern) berücksichtigt werden. Auch wenn HPV-Infektionen im Wesentlichen durch Geschlechtsverkehr übertragen werden, gibt es auch die Möglichkeit der Übertragung durch direkten Kontakt.

Bei der näheren Beschäftigung mit dem Thema stellen sich sicherlich viele Fragen, wie z.B.: In welchem Umfang kann tatsächlich Gebärmutterhalskrebs durch die Impfung von Mädchen und jungen Frauen verhindert werden? Hierzu fehlen noch Langzeitstudien.

Wie wirkt sich der an Frauen erprobte Impfstoff wirklich auf Mädchen aus und

## Stellungnahme des AKF zur HPV – Impfung

Im Herbst 2006 ist in Europa ein Impfstoff gegen 4 humane Papillomviren (HPV) zugelassen worden. In allen Medien wird seitdem ausgiebig darüber berichtet und unterschwellig Angst vor einer Erkrankung und gleichzeitig Hoffnung verbreitet, dass mit dieser Impfung der entscheidende Schritt zur Bekämpfung des Gebärmutterhalskrebses getan sei. Zur Zeit werden junge Mädchen massiv unter Druck gesetzt, sich frühzeitig impfen zu lassen. Dabei ist wichtig zu bedenken, dass nicht gegen Krebs, sondern gegen eine Virusinfektion geimpft wird, deren mögliche Folge in seltenen Fällen ein Gebärmutterhalskrebs sein kann.

### HPV-Infektion und Gebärmutterhalskrebs

HP-Viren kommen nur beim Menschen vor. Bisher sind über 100 Typen bekannt, von denen rund 40 die Haut und Schleimhaut im Genitalbereich befallen können. Diese 40 werden, je nach ihrer Fähigkeit

welche Dosis ist für sie angemessen? Steht die derzeitige „Panikmache“ in angemessener Relation zur Erkrankungswahrscheinlichkeit und möglicher Verhinderung der Erkrankung durch die Impfung? Warum wird nur Mädchen und jungen Frauen eine Impfung empfohlen? Warum nicht auch Jungen und jungen Männern?

Um eine solide Entscheidung für oder gegen die HPV-Impfung treffen zu können, hat jede Frau, haben jede Mutter und jeder Vater ausreichend Zeit, sich ausführlich über das Für und Wider zu informieren. Um Antworten auf einzelne Fragen zu finden, wären ausgewogene, sachliche und unabhängige Informationen sicherlich hilfreich.

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: DR. FRAUKE GERHARDT, Flassworth 13, 30900 Bissendorf, E-Mail: [info@dr-frauke-gerhardt.de](mailto:info@dr-frauke-gerhardt.de)*



auch bösartige Zellveränderungen mit zu verursachen, in high-risk und low-risk Typen unterteilt. Von der WHO wurden 13 HPV-Typen als high-risk eingestuft, darunter auch HPV 16 und 18. Letztere sind bei 9 % der HPV-Infektionen und 70 % der Fälle von Gebärmutterhalskrebs nachweisbar.

Die HP-Viren werden durch direkten Haut- oder Schleimhautkontakt übertragen. 70 % aller sexuell aktiven Menschen durchlaufen mindestens einmal im Leben eine HPV-Infektion, meist zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr. Die Infektion verläuft in aller Regel symptomlos und heilt zu 80-90 % nach 1 - 2 Jahren folgenlos aus.

In einigen Fällen kann die Infektion Genitalwarzen (Kondylome) und/oder Zellveränderungen am Gebärmutterhals hervorrufen. Weniger als 1 % der infizierten Frauen erkranken an Gebärmutterhalskrebs.

**Das heißt: Gebärmutterhalskrebs ist eine sehr seltene Folge einer sehr häufigen Infektion.**

In Deutschland macht diese Erkrankung lediglich 3,16 % aller Krebserkrankungen bei Frauen aus und verursacht nur 1,76 % der Krebssterblichkeit bei Frauen. Seit Einführung der Krebsfrüherkennung in den 70er Jahren ist die Häufigkeit des Gebärmutterhalskrebses von 38 / 100.000 Frauen auf 13 / 100.000 Frauen (2002) gesunken.

Bei dieser Früherkennungs-Untersuchung (auch Pap-Test genannt) werden Zellen vom Gebärmutterhals mikroskopisch beurteilt. So kann erkannt werden, ob krankhafte Veränderungen vorliegen. In den meisten Fällen bilden sich diese spontan zurück. Im Falle einer schwerwiegenden Zellveränderung kann das erkrankte Gewebe bei einem ambulanten Eingriff schonend durch Laser oder operativ durch einen Kegelschnitt (Konisation) entfernt und somit die Weiterentwicklung zum Gebärmutterhalskrebs verhindert werden.

Die meisten Gebärmutterhalskrebs-Erkrankungen werden bei Frauen gefunden, die nicht an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung teilgenommen haben.

### Die Impfung

Der Impfstoff enthält gentechnisch hergestellte Teile der Virushüllen der HPV-Typen 6, 11, 16 und 18 und kein aktives Genmaterial. Durch den Zusatz einer Aluminiumverbindung wird die Antikörperbildung angeregt.

Mögliche Nebenwirkungen der Impfung sind: Lokalreaktionen an der Injektionsstelle (Schmerz, Schwellung, Rötung, Juckreiz), häufig Fieber und Kopfschmerzen, selten allergische Reaktionen. Ob sich im Laufe der Jahre noch andere, möglicherweise schwere Nebenwirkungen herausstellen, ist noch nicht bekannt.

Die Impfung wurde entwickelt, um Gebärmutterhalskrebs vorzubeugen. Ob dieses Ziel erreicht werden kann, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch unklar: Die Studien zur Impfung laufen noch nicht lange. Größere Studien beziehen sich lediglich auf eine Beobachtungsdauer von 3 Jahren. Von den ca. 20.000 rekrutierten Personen wurden erst 160 geimpfte Probandinnen länger als 4,5 Jahre nachbeobachtet.

Es ist noch nicht bekannt, wie lange der Impfschutz anhält und ob bzw. wann eine Auffrischimpfung erfolgen muss. Die Impfung schützt nur gegen die Infektion mit den HPV-Typen 6, 11, 16 und 18. Es gibt Hinweise darauf, dass andere high-risk-Virustypen deren Stelle einnehmen können und sich insgesamt an der Häufigkeit des Gebärmutterhalskrebses nichts ändert (sog. Replacement). Sogar eine Verschlechterung der Gesamtsituation kann derzeit nicht ausgeschlossen werden. Daten von Frauen, die bereits HPV-infiziert sind, wurden nicht ausgewertet.

Die Impfung ist europaweit zugelassen für Jungen von 9-15 Jahren und für Mädchen / Frauen von 9-26 Jahren. Die STIKO (Ständige Impfkommission) empfiehlt die Impfung für 12-17jährige Mädchen möglichst vor dem ersten sexuellen Kontakt. Sie begründet dies mit der „möglichen Verringerung der Wahrscheinlichkeit, an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken“.

### Kritische Stellungnahme

Obwohl das Ziel erstrebenswert ist, die Erkrankungsrate an Gebärmutterhalskrebs zu senken, wenden wir uns gegen die massive Propagierung der Impfung zum derzeitigen Zeitpunkt aus folgenden Gründen:

Es gibt kein ausreichendes Wissen über die Qualität des Impfschutzes oder über mögliche Spätfolgen. Es ist deshalb ein Skandal, trotz knapper Ressourcen eine massenhafte, teure Impfung von Jugendlichen durchzuführen.

**Wir fordern die Durchführung der Impfung nur im Rahmen von Studien, um Antworten auf die zahlreichen noch offenen Fragen zu bekommen.**

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) e.V., Geschäftsstelle: Sigmaringer Str. 1, 10713 Berlin, Tel.: 030/86393316, E-Mail: [buero@akf-info.de](mailto:buero@akf-info.de)*



## Die HPV-Impfung – ein Durchbruch in der Krebsprävention?

*Rolf Rosenbrock*

„Alle Mädchen sollen sich gegen Krebs impfen lassen“ titelte die Süddeutsche Zeitung am 27. 03. 2007 zur Entscheidung der Ständigen Impfkommision (Stiko). Diese rät dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), die Impfung gegen die Typen 16 und 18 des Humanen Papillom Virus (HPV) als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu empfehlen. Folgt der GBA, der dazu noch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) um Rat fragen kann, dieser Empfehlung, so könnte die HPV-Impfung schon bald eine Pflichtleistung der GKV werden: Von der Stiko empfohlene Impfungen sind aufgrund der neuen Regelungen der Gesundheitsreform 2006/07 (GKV-WStG) künftig nicht mehr Satzungs-, sondern Pflichtleistungen der Kassen. Fast alle Kassen hatten schon vor der Empfehlung bekannt gegeben, die Kosten für die Impfung zu erstatten. Dabei spielte die Konkurrenz um Versicherte wahrscheinlich eine wichtigere Rolle als Kriterien der Wirksamkeit. Die Pharma-Industrie selbst spricht von einem „Durchbruch in der Krebs-Prävention“.

Davon kann schon deshalb keine Rede sein, weil der Gebärmuttermundhals-Krebs (Cervix Ca) ein relativ seltener Krebs ist, der in Deutschland lediglich für 3,16 % der Krebs-Neuerkrankungen bei Frauen und 1,76% der Krebsmortalität bei Frauen verantwortlich ist (Zahlen für 2002). Cervix Ca ist der 11-häufigste Organkrebs bei der Frau in Deutschland. Eine Zunahme der Inzidenz ist nicht zu befürchten, eher im Gegenteil: der – vor allem wegen HIV – nach wie vor anzurathende und weit verbreitete Kondomgebrauch senkt das Risiko der Infektion mit HPV beträchtlich. Der einzig entgegengerichtete Faktor ist die anhaltende Zunahme des Rauchens bei Frauen.

Von einem „Durchbruch in der Krebsprävention“ zu sprechen, stimmt auch deshalb nicht, weil die Impfstrategie nicht weit trägt: von den häufigeren Karzinomen

weist wohl keines eine Virusinfektion als notwendige Bedingung auf.

Einem „Durchbruch in der Krebsprävention“ könnte man sehr viel näher kommen, wenn modernere Ansätze lebensweltbezogener Prävention, mit denen das Verhalten und die hinter dem Verhalten stehenden Bedingungen im Hinblick auf Ernährung, Stressbewältigung, Bewegung und Rauchen in großem Umfang umgesetzt würden. Schließlich erklären sich 30 % der Neuerkrankungen aller Krebsarten aus diesen Faktoren.

Die Inzidenz für Cervix Ca in Deutschland (ca. 12 je 100.000 Frauen, zum Vergleich: Haiti 94 je 100.000 Frauen) könnte hierzulande noch erheblich niedriger liegen, wenn im Hinblick auf die Früherkennung (Sekundärprävention) auch nur jene Qualität erreicht würde, wie sie in Schweden (Inzidenz 7,7 pro 100.000) oder Großbritannien (Inzidenz 8,2 pro 100.000) erreicht worden ist. Dass die Strategie der Sekundärprävention – das ist ein wenig atypisch für Public Health – die derzeit best verfügbare ist, illustriert sich auch an der Tatsache, dass die Inzidenz seit Einführung des Screenings in Deutschland zu Beginn der 70er Jahre um ca. 60 % gefallen ist. Für Verbesserungen müsste man sicherlich nicht den Abstand der Früherkennungsuntersuchungen (in Deutschland gesetzlicher Anspruch auf einen Abstrich – ‚Pap Smear‘ - pro Jahr) verkürzen, im Gegenteil: Gut organisierte Screenings kommen durchaus mit dem Dreijahresabstand aus, der in anderen Ländern üblich ist. Neben den Problemen der in Deutschland immer noch erheblichen Qualitätsmängel bei Befunderhebung und Interpretation stößt man dabei auf das ebenso gewichtige Faktum, dass Cervix Ca eine der Krankheiten ist, bei denen der Unterschied zwischen arm und reich am deutlichsten ausgeprägt ist: Frauen aus der Unterschicht haben ein ca. dreimal höheres Risiko zu erkranken als Frauen aus der Ober- und Mittelschicht. Andererseits gehen Frauen aus der Ober- und Mittelschicht in Deutschland 2,5 Mal häufiger zur Früherkennungsuntersuchung als Frauen aus der Unterschicht (inverser Schichtgradient). Insgesamt unterzieht sich nur knapp die Hälfte aller Frauen in Deutschland der kostenlosen Früherken-

nungsuntersuchung (Großbritannien ca. 70 %), mit einem scharfen Abfall nach der Menopause (und damit vor dem zweiten Altersgipfel der Inzidenz).

Um diesen Missstand anzugehen, helfen – dies hat gerade wieder ein Health Technology Assessment aus der Medizinischen Hochschule Hannover (U. Walter et al. 2006) ergeben – vor allem Systeme mit persönlicher Einladung und persönlicher Erinnerung oder eben auch zugehende Versorgung in sozialen Brennpunkten, wie z.B. durch „Health Visitors“ in Großbritannien. Freilich geht die deutsche Gesundheitspolitik im neuen GKV-WSG (§ 62 SGB V) einen ganz anderen Weg, für den es keinerlei Evidenz gibt: Wer an Früherkennungsuntersuchungen nicht teilnimmt und später von der Zielkrankheit befallen wird, zahlt statt bis zu einem in Zukunft bis zu zwei Prozent seines jährlichen Bruttoeinkommens dazu. Es ist weder erwiesen noch plausibel, dass auf diese Weise gerade Menschen mit schlechter Bildung und geringer Zukunftsorientierung erreicht werden können. Dabei wären zielgerichtete Bemühungen in dieser Hinsicht durchaus lohnenswert: Schließlich kann Cervix Ca – theoretisch – zu mindestens 90 % durch Früherkennung und Frühbehandlung (Konisation) verhütet werden.

Früherkennung bleibt auch nach der eventuellen Einführung einer Impfung erforderlich, weil die jetzt zugelassenen Impfstoffe lediglich jene Virustypen (16 und 18) ‚erwischt‘, die für 70 % der Inzidenz verantwortlich sind. Die Impfung ist damit eine typische Add-on-Technologie.

Für Früherkennung und Impfen gilt im Prinzip das gleiche: Menschen aus unteren Sozialschichten nehmen sie weniger in Anspruch als die besser Gestellten, obwohl letztere ein deutlich geringeres Risiko haben. Für die Bearbeitung solcher Herausforderungen ist fachlich Public Health und institutionell in Deutschland die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zuständig und kompetent. Man müsste sie nur beauftragen.

Eine Durchimpfung eines Mädchenjahrgangs in Deutschland (ca. 400.000) – das hat H. H. Abholz in der Zeitschrift für Allge-

meinmedizin (ZfA, 2007) vorgerechnet – kostet ca. 200 Millionen Euro. Das erhöht die Ausgaben der GKV für Arzneimittel um ca. 0,8%. Die jetzt empfohlene Impfung aller 12 – 17jährigen Mädchen kostet natürlich zunächst ein Vielfaches. Wenn eine Durchimpfungsrate von 100 % erzielt würde (was völlig unrealistisch ist), könnten durch die Impfung 70 % der jährlich auftretenden ca. 6.500 Fälle, d. h. ca. 4.550 Fälle verhütet werden. Die Kosten pro verhüteten Fall betragen dann 44.000 Euro. Analog kostet ein durch die Impfung verhinderter Todesfall ca. 160.000 Euro.

Das klingt nach viel Geld. Es ist auch viel Geld, aber die Versicherten in Deutschland leben in einem der wenigen Länder der Erde, wo solche Kosten bei schweren Krankheiten entstehen und – dank des Solidarprinzips – auch bezahlt werden. Ungewöhnlich hoch ist die Summe im Bereich der Prävention: Die Impfung kostet genauso viel Geld wie alle deutschen Krankenkassen zusammen für die Primärprävention nach § 20 SGB V ausgeben dürfen, mit denen „insbesondere ein Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“ geleistet werden soll.

Die Kosten pro verhindertem Krankheitsfall oder pro gerettetem Leben lägen noch ca. 30 % höher, wenn die Früherkennung in Deutschland ähnlich effizient organisiert wäre wie in Schweden oder Großbritannien. Die Kosten der durch Impfung verhütbaren Krankheits- bzw. Todesfälle sind dabei noch aus anderen Gründen sehr konservativ geschätzt: Zum einen wegen des bereits erwähnten inversen Schichtgradienten. Zum anderen gehen diese Berechnungen davon aus, dass mit der einmaligen Impfung (mit 3 ‚shots‘) tatsächlich eine lebenslange Immunisierung erreicht wird. Dies ist aber weder bewiesen (und auch nicht beweisbar) noch plausibel. Jede Wiederholungsimpfung, ggf. mehrfach im Lebenslauf würde die Kosten entsprechend erhöhen bzw. vervielfachen. Zum dritten ist auch keineswegs klar, wie die ‚Virus-Welt‘ des HPV auf den Angriff gegen einige wenige von ca. hundert Varianten reagieren wird. Ob dann vielleicht andere, vielleicht ebenfalls krebserzeugende Virustypen an die Stelle der neutralisierten treten (serotype replacement),

kann niemand voraussehen oder ausschließen. Das sind zwar ‚normale‘ (und unvermeidliche) Unsicherheiten vieler neuer Interventionen. Aber es gilt auch, dass die Strategie der Sekundärprävention solche Unsicherheiten nicht kennt.

Stellt man sich die – aus Systemsicht bereits stark eingeengte – Frage, wo und wie mit 200 Mio. Euro für die Krebsprävention die größte gesundheitliche Wirkung zu erzielen wäre, dann hätte die HPV-Impfung wahrscheinlich keinen guten Stand. Es böte sich vielmehr an, zunächst die Früherkennung auf Cervix Ca in ihrer Qualität und Reichweite zu verbessern und dabei von der soeben sehr aufwändig geschaffenen Logistik für das Brustkrebs-Screening Gebrauch zu machen. Da dies gewiss keine 200 Millionen Euro kosten würde, könnte man das restliche Geld in partizipativ gestaltete Setting-Projekte in sozial benachteiligten Orten bzw. Stadtteilen und Schulen stecken.

Dies würde freilich einen Grad an Rationalität bedeuten, den Gesundheitspolitik in der Regel nicht aufweist. Gegen die Koalition aus Pharma-Industrie und impfbereiten Ärzten haben Konzepte wie das hier

vorgetragene regelmäßig eine nur geringe Chance. Sie stoßen auch in der Bevölkerung nicht auf ungeteilte Zustimmung: Die Impfung als individuelle und passiv zu empfangende ärztliche Maßnahme entspricht noch immer weithin dem Wunschbild von Krankheitsverhütung des medizingläubigen Publikums. Wahrscheinlich ist deshalb, dass in Zukunft Impfung und Früherkennung nebeneinander her laufen werden. Die Inanspruchnahme der Früherkennung wird vermutlich infolge der Illusion ‚Sicherheit durch Impfung‘ sinken. Und ob für Impfung und für Früherkennung die notwendigen und möglichen Bemühungen zur Verringerung der schichtenspezifischen Inanspruchnahme ergriffen werden, bleibt ungewiss. Dies ist eine Frage des politischen Willens.

*PROF. DR. ROLF ROSENBROCK leitet die Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und ist Professor für Gesundheitspolitik an der TU Berlin. Seit 1999 gehört er dem Sachverständigenrat im Gesundheitswesen an.*



## **Erste Verdachtsfälle unerwünschter Arzneimittelwirkungen nach HPV-Impfung mit Gardasil®**

Bei der amerikanischen Arzneibehörde FDA sind seit der US-Zulassung der HPV-Impfmittels Gardasil im Juni 2006 1.637 Berichte über mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) eingegangen. Darunter waren 371 schwere Ereignisse wie Fazialis-Lähmungen, Guillain-

Barré-Syndrome und Krampfanfälle sowie drei Todesfälle. Unter den 1.637 Patientinnen mit UAW-Verdacht waren 42 Schwangere. Bei 16 Schwangeren kam es zu einem Abort, bei zwei weiteren wurden Fehlbildungen beobachtet. Da Gardasil® kein Lebendimpfstoff ist, hält der Leiter der Immunisation Safety Office der CDC einen kausalen Zusammenhang für unwahrscheinlich.

*Sie haben Interesse und möchten mehr wissen: [www.rme/aerzteblatt.de](http://www.rme/aerzteblatt.de).  
Deutsches Ärzteblatt 25. Mai 2007*



## Kommunale Kürzungen gefährden Frauenberatungsstellen

Im Sozialausschuss des Landkreises Verden wurden Mitte Januar 50 % der kommunalen Förderung (10.000 Euro) für den Bereich der psychosozialen Beratung/ Gewaltberatung der Frauenberatungsstelle Verden mit der Begründung gestrichen, dass der Kreis aufgrund der Erhöhung der

Landeszuschüsse für Gewaltberatungseinrichtungen seinen Anteil um die Hälfte zurückfahren kann. Eine angemessene kommunale Förderung bleibt jedoch neben Landesmitteln und Spenden in diesem Bereich erforderlich.

*Sie haben Interesse und möchten mehr wissen: Frauenberatungsstelle, Grüne Str. 31, 27283 Verden, Tel: 04231-85120, E-Mail: frauenberatung-verden@t-online.de*



## Frauen – Versuchsobjekte der Arzneimittelindustrie

Die EU-Arzneimittelbehörde hat das Hormonpflaster „Intrinsa“ zugelassen, obwohl die Langzeitfolgen nicht erforscht sind. „Intrinsa“ soll die sexuelle Lust von Frauen steigern. Die Arzneimittelbehörde EMEA der EU hatte die Zulassung erteilt, obwohl die amerikanische Aufsichtsbehörde FDA eine Zulassung in den USA bisher mit dem

Argument abgelehnt hat, dass die unerwünschten Neben- und Langzeitwirkungen zu wenig erforscht sind. So ist beispielsweise unklar, ob das im Pflaster enthaltene Hormon Testosteron ähnlich wie Östrogene das Risiko für Brustkrebs und für Herz-Kreislauf-Krankheiten erhöht.

*Aus: FrauenSicht, August 2007, Nr. 3/07, S.1*



## Vielfältige Gründe von Frauen für eine Hormoneinnahme in den Wechseljahren

*Nicole Höfling-Engels*

In den letzten Jahren ist ein deutlicher Rückgang der Hormonverordnungen zu verzeichnen, jedoch nehmen noch immer „1,5 Mio. Frauen in der Gesamtbevölkerung“<sup>1</sup> täglich Hormone in den Wechseljahren. Somit stellt sich die Frage, warum Frauen sich noch immer für eine Hormontherapie (HT) entscheiden, wenn doch die Risiken um solch eine Behandlung weitläufig bekannt sind. Diese Frage verfolgte die vom AOK-Bundesverband finanzierte Bremer Studie „Interviews mit Frauen unter lang dauernder Einnahme weiblicher Hormone in und nach den Wechseljah

ren“, welche 2005/2006 unter der Leitung von Prof. Dr. Norbert Schmacke (Arbeits- u. Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung) und Prof. Dr. Petra Kolip (Institut für Public Health und Pflegeforschung, IPP) stand und von Nicole Höfling-Engels durchgeführt wurde.

### Studiendesign

Es wurden 35 Frauen im Alter von 46-75 Jahren mittels teilstrukturierter narrativer Interviews befragt, die sich über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr für eine Hormontherapie entschieden hatten. Der Großteil der beteiligten Frauen nahm die menopausalen Hormone über einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren und mehr, nicht selten sogar bis zu einer Dauer von zwanzig Jahren und länger ein. Die Interviews dauerten im Schnitt etwa eine bis eineinhalb Stunden und gingen unter anderem der Frage nach, welche Informationen und Botschaften Frauen aus den Gesprächen mit ihren Ärztinnen bzw. Ärzten erhalten haben und welche Bedeu-

<sup>1</sup> vgl. Schwabe, U.: Sexualhormone. In: Schwabe, Paffrath (Hrsg.) (2007): Arzneimittelverordnungsreport 2006. Berlin: Springer, S. 899

tung diese für ihre Entscheidung für eine Hormoneinnahme hatten.

Von den 31 Interviews, die in den detaillierten Auswertungsprozess einfließen<sup>2</sup>, erläuterten nur elf Frauen, dass sie ausschließlich Hormonpräparate zur Linderung ihrer Beschwerden nutzten, der weitaus größere Teil kombinierte die HT mit einer homöopathischen Behandlung oder wechselte zwischen beiden Interventionsformen.

Mit den Frauen wurden umfassende qualitative Interviews geführt, die vor allem auch den lebensweltlichen Hintergrund und ihre Lebenssituation in den Wechseljahren berücksichtigten.

### **Motive von Frauen für eine Hormoneinnahme**

Die an der Befragung beteiligten Frauen nannten zumeist klassische Wechseljahresbeschwerden wie Hitzewallungen, Schweißausbrüche, atrophische Veränderungen an den Genitalien, Schlafstörungen und Reizbarkeit als Gründe für ihre Hormoneinnahme. Dabei beschrieben viele der Frauen letztlich eine Eskalation dieser Beschwerden, die sie zum Handeln getrieben hätte. So auch Frau V, 54J.: *„Also es äußerte sich in Hitzewallungen hauptsächlich, Schlaflosigkeit, Gereiztheit, ich war ziemlich schlecht drauf, und ich denk, das war so das Wichtigste. Was für mich am schlimmsten war, das war eigentlich, dass ich nicht schlafen konnte, und ich hatte irgendwann das Gefühl, ich kann meinen Alltag nicht mehr vernünftig organisieren. Und ich hab dann mit meiner Gynäkologin gesprochen (...) und sie hat mir halt die Möglichkeiten aufgeführt, zum einen eben ja, dass man eine Hormonersatztherapie machen kann und zum anderen eben pflanzliche Therapien, also sprich Remifemin. Ich hab mich dann erstmal für Letzteres entschieden und hab das*

*'n paar Monate durchgeführt. Ja ich glaub, ja 'n paar Monate, halbes, dreiviertel Jahr.“* (Interview 22, Z. 35-48)

Nicht selten gingen, wie bei Frau V, zum Teil auch jahrelange homöopathische Interventionsversuche einer klassischen Hormontherapie voraus. Hier stellt sich die Frage, ob nicht bereits an diesem Punkt eine Medikalisierung dieser eigentlich natürlichen Lebensphase der Frau stattfindet, da der Weg zu einer Interventionsnotwendigkeit mittels eines Präparates eröffnet wird.

Das Zitat von Frau V macht jedoch auch deutlich, dass die Haltung der behandelnden GynäkologInnen maßgeblich zu einer Entscheidung für oder gegen eine HT beitragen: Die Einnahme von homöopathischen oder allopathischen Präparaten zur ‚Bekämpfung‘ von Wechseljahrssymptomen wird zugleich nahe gelegt, anstatt z.B. ein Gespräch über mögliche Verhaltensmodifizierungen in dieser Lebensphase voran zu stellen. Zu dieser Form der Zusammenkunft trägt sicherlich auch die klassische Arzt/Ärztin-Patientin-Beziehung bei, in der eine schnelle Beschwerdebekämpfung eine tradierte Interaktionsform darstellt. Diese Rollenverteilung bestimmt jedoch nicht allein den medikamentösen Ausgang solch eines Arztbesuches. So beschreibt die 60jährige Frau U im Rahmen ihres Interviews die Reaktion ihres Gynäkologen auf die WHI-Studie, die sie selbst, wie fast alle Teilnehmerinnen, durchaus kennt, wie folgt: *„Ja, ach und dann hat er noch gesagt, die Presse würde das alles so hochjubeln, und das sei also überhaupt nicht wahr, und da müsste ich mir keine Gedanken machen, und das sei eigentlich nur von der Presse so fürchterlich in den Vordergrund gestellt, und die Studien seien gar nicht hundertprozentig beweisend.“* (Interview 21, Z. 587-593) An diesem Beispiel wird deutlich, dass noch viele Ärztinnen und Ärzte, wie auch in weiteren Untersuchungen bereits festgestellt<sup>3</sup>,

<sup>2</sup> Vier Interviews wurden nicht in die Auswertung aufgenommen, da die Einnahme der HT entweder in den 60er Jahren lag, nicht von der Einnahme einer Antibaby-Pille zu unterscheiden war oder eine chronische Erkrankung die Wechseljahresanzeichen und die HT-Einnahme überlagerten. Somit sollte einer Verzerrung der Ergebnisse vorgebeugt werden.

<sup>3</sup> siehe hierzu auch Klauber, J.; Mühlbauer, B.; Schmacke, N.; Zawinell, A. (2005): Wechseljahre in der Hormontherapie. Informationsquellen und ärztliche Einstellungen in der Praxis. Bonn: WIdO

noch immer die evidenzbasierten Erkenntnisse über die Risiken einer HT nicht ernst nehmen und durch ihre unkritische bzw. auch negierende Haltung gegenüber anerkannten Studienergebnissen, Frauen hinsichtlich einer Hormoneinnahme nicht aufklären, sondern in falscher Sicherheit wiegen und mit ihren Bedenken alleine lassen.

Der Großteil der befragten Frauen macht im Rahmen der Interviews deutlich, dass sie zumeist nur aufgrund ihrer Eigeninitiative Informationen oder Warnhinweise bzgl. der HT bekommen haben und dass sie zumeist mit der Versicherung einer individuell abgestimmten Behandlung bei regelmäßigen Kontrollen in der ärztlichen Praxis beruhigt wurden.

So erstaunt es auch nicht, dass die Frauen einen großen Bedarf nach mehr Aufklärung bzgl. der Wechseljahre und der Hormontherapie äußerten. Fast durchgängig war die Forderung nach einer aktiven und kontinuierlichen Begleitung durch ihre Ärztinnen und Ärzte, nicht nur im Bezug auf eine Hormoneinnahme, sondern auch zu möglichen Alternativen und Verhaltensmodifizierungen. Frau S, 69J.: *„Ja, das ist heute ganz schwierig, weil ...auf der einen Seite weiß man die Nebenwirkungen. Auf der anderen Seite ...weiß ich, äh..., auch die guten Seiten. Und ...natürlich müssten, aber das wird ja heute mit dieser Krankenkassenreform immer schlimmer, die Ärzte mehr Zeit haben, um die Frauen besser aufzuklären. Und immer wieder sie anzusprechen, zu sagen, wie ist es denn, müssen Sie sie noch nehmen, hat sich Ihre Situation verändert?“* (Interview 19, Z. 966-972)

### **Ermittelte Haltungen von Frauen zur Hormontherapie**

Ergänzend zu diesen Aussagen, die für den größten Teil der an der Studie beteiligten Frauen getroffen werden können,

---

und: Kolip, P.; Bucksch, J.; Deitermann, B. (2003): Hormontherapie in den Wechseljahren – Analyse der Webseiten von Gynäkologinnen und Gynäkologen zum Thema Wechseljahre/ Hormontherapie. Projekt im Auftrag des WIdO. Bremen: Zentrum für Public Health

war es anhand der ausführlichen qualitativen Interviews möglich, verschiedene Haltungen von Frauen zur HT herauszuarbeiten, die verdeutlichen, welche Beweggründe und Lebensumstände zu einer Entscheidung für die HT führten. Diese Haltungen sollen im Folgenden kurz skizziert werden.

Eine **„Integritätswahrende Haltung“** zur HT resultiert aus den von den Frauen wahrgenommenen Veränderungen des eigenen Auftretens und des Selbstbilds im Zusammenhang mit den erlebten Wechseljahrssignalen. Diese bedrohen die psychische oder auch physische Integrität der Frauen, wie auch zum Teil ihr Weiblichkeitsgefühl. So berichtet z.B. Frau V, 54J.: *„Ja, ja, also dieses Gefühl, wirklich neben sich zu stehen und so, so hilflos zu sein, also so, ich fühlte mich, ja ich fühlte mich so ausgeliefert. Wusste gar nicht, wie ich mir helfen sollte. (...) Meinen fehlenden Hormonen oder so was, ich weiß nicht, wie ich das sagen, ich hab ja, es war so was, ich fühlte mich so hilflos einfach. So 'ne Art meinem Körper ausgeliefert sein, und ich konnte ihn, ich konnte ihn nicht beeinflussen.“* (Interview 22, Z. 279-287)

Eine **„Funktionsorientierte Haltung“** beruht auf dem Anspruch oder auch der empfundenen Notwendigkeit von Frauen, ihre eigene Leistungsfähigkeit vor allem im Beruf, aber auch in der Familie und weiteren Bereichen sozialer Verpflichtungen, uneingeschränkt fortzuführen. Die zum Interviewzeitpunkt 55jährige Frau Sch. findet dafür klare Worte: *„ich bin Beraterin, ich kann mir nicht erlauben, mitten in einer Besprechung plötzlich anzufangen zu schwitzen und rot zu sein, ich bin auf einem Präsentierteller. Ich mache auch Schulungen, und das geht nicht. Außerdem ich kann auch nicht schlafen, wenn diese Wechseljahre zuschlagen. Ich hab versucht, wie gesagt, auf 1 mg runter zugehen, ich hatte Schlafstörungen und ich bin dann antriebslos. Ich, jede Kleinigkeit ist für mich, wächst zu einem Problem, und ich hab keine Kraft, die Probleme anzupacken. Und wenn ich meine Wechseljahre sozusagen bewältigen sollte ohne Hormone, dann müsste ich kündigen. Ich kann meinen Beruf nicht ausüben in dem Zustand.“* (Interview 34, Z. 151-162) Der Aspekt des Erhalts der eigenen Arbeits-

und Leistungsfähigkeit von Frauen im mittleren Lebensalter nimmt in sehr vielen Interviews eine zentrale Rolle ein und ist ein sehr starkes Motiv für eine Erstverschreibung der HT.

Eine weitere Haltung, die auch auf die divergierende Berichterstattung über die HT und einer fehlenden alternativen Behandlungsweise zurückzuführen ist, ist die „**Suchende Haltung**“. Frau Ü (53J.) erläutert dies wie folgt: *„wenn ich was angesprochen hab und hab was gefordert von ihr [die Gynäkologin, Anm. HE] an Rat oder so, das kam dann auch immer, nech? Nur ich hätte mir manchmal eben auch gewünscht, dass es von ihr so 'n bisschen ausgegangen wär, nech, dass sie mir selber von der Studie meinetwegen erzählt hätte und ja, im Grunde, sie hat ja immer gesagt, es ist meine Entscheidung. Es gibt im Grunde nur die zwei Möglichkeiten, ertrag ich es, oder nehm ich Hormone, so stellte sich mir das da, ja. Da war halt für mich so, dass ich gesagt hab, ertragen kann ich's zurzeit so nicht, denn nehm ich halt zähneknirschend die Hormone.“* (Interview 29, Z. 664-673) Die Interviewte verdeutlicht ihre innere Zerrissenheit, aber auch Ratlosigkeit bzgl. der HT und führt unverkennbar an, dass sie auf eine aktive Aufklärung und Unterstützung von Seiten ihrer behandelnden Ärztin gehofft hat.

Die vierte ermittelte Einstellung ist geprägt von der klassisch-traditionellen Sicht auf die heilende Profession der Medizin, von der sich die Frauen vertrauensvolle und zum Teil unmittelbare Hilfe erwarten. Auch dieser „**Medizinvertrauenden Haltung**“ liegt eine allgemeine Verunsicherung zugrunde. Frau J, 64J., steht stellvertretend für diesen Typus, indem sie ausdrückt: *„Also 'ne ganz moderne Ärztin, wirklich, total toll, total aufgeschlossen. Ich hab ihr natürlich auch vertraut, als sie mir das angeboten hatte, ne, also sie hat das angeboten, ich hab's, ich hab das nicht gefördert oder so, ne. Und als dann meine Zweifel kamen, hab ich natürlich mit ihr darüber geredet, aber sie ist dann ausgewichen, ne, also sie hat nie zu mir gesagt lass es oder hör auf damit oder das ist*

*also nie passiert, ne, sondern es hat sich immer irgendwie wieder verflüchtigt.“* (Interview 10, Z. 231-238)

Der ergründeten „**Nutzengeneralisierenden Haltung**“ zur HT von Seiten der Frauen, liegt zwar ebenfalls eine „Medizinvertrauende Haltung“ zu Grunde, jedoch geht sie darüber hinaus, indem in diesem Falle zumeist eine Ausweitung der Indikation der HT auf psychischer oder physischer Ebene statt findet. So werden die Hormone als Anti-Ageing- oder Aufputzmittel oder weiterhin zur Prophylaxe von Knochenbeschwerden genutzt. So schwärmt auch die 61jährige Frau R nach über 19jähriger Hormoneinnahme: *„Ich habe fast zwanzig Jahre Hormone genommen, regelmäßig, die gehörten nachher schon bei mir dazu wie Frühsport, jeden Morgen. Ich hab ein ganz tolles Leben geführt, in jeder Beziehung, alles, alle Probleme waren weg. (...) Also ich habe keinerlei Nebenwirkungen gehabt, ich bin ständig zur Kontrolle gegangen. (...) Ja, eigentlich war das für mich 'ne gute Zeit, die Hormonzeit, sag ich mal so.“* (Interview 18, Z. 49-63)

Anhand der vielfältigen Aussagen der Interviewpartnerinnen wird deutlich, dass es von Seiten der Frauen einen sehr unterschiedlichen Bedarf an Informationen, Unterstützung und Begleitung in den Wechseljahren gibt, dem die von den interviewten Frauen zu Rate gezogenen ÄrztInnen offensichtlich zur Zeit nicht gerecht werden.

Die Studie ist im Netz unter [www.praevention.uni-bremen.de/projekte/motivhor.php](http://www.praevention.uni-bremen.de/projekte/motivhor.php) abrufbar. Einzelne Druckexemplare können auch direkt bei Nicole Höfling-Engels angefordert werden.

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: NICOLE HÖFLING-ENGELS, Dipl.-Soz.päd/ Sozialarbeitswissenschaftlerin, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung  
E-Mail: [hoefling-engels@uni-bremen.de](mailto:hoefling-engels@uni-bremen.de)*



## Gegen Magermodels

Im Kampf um eine Veränderung des Körperideals in der Öffentlichkeit ging der britisch-niederländische Konsumgüterhersteller Unilever eine Selbstverpflichtungserklärung ein, keine untergewichtigen Models mehr für seine Produkte werben zu lassen. Unilever verfügt über einen Werbeetat von fünf Milliarden Euro pro Jahr und könnte zu einem Vorbild für andere Unternehmen werden. Die Regierung Spaniens unterzeichnete

Anfang 2007 einen Vertrag mit den größten Modeketten, in dem sich die Konzerne verpflichten, ab 2008 standardisierte Konfektionsgrößen zu verwenden. Schaufensterpuppen sollten mindesten Größe 38 tragen. In Italien sollen Models, die auf Modeschauen arbeiten, eine ärztliche Gesundheitsbescheinigung vorlegen.

*Aus: FrauenSicht, August 2007, Nr. 3/07, S. 18*



## „Unbeschwert lachen, husten, niesen“ – eine Initiative zur Stärkung von Blasenfunktion und Beckenboden

„Unbeschwert lachen, husten, niesen..“ – unter diesem Titel startet im September 2007 eine Initiative, die sich zum Ziel gesetzt hat, das Thema Harninkontinenz aufzugreifen und interessierte oder betroffene Frauen jeden Alters mit praktischen Tipps und gezielten Übungen zu unterstützen, um einer Blasenschwäche vorzubeugen oder deren Symptome zu lindern. Ein Arbeitsbündnis unter Federführung des Nds. Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit hat hierzu eine Informationsveranstaltung für Frauen konzipiert, die zunächst darauf gerichtet ist, Mitglieder der beiden LandFrauenverbände Hannover und Weser-Ems für die Prävention von Harninkontinenz zu sensibilisieren; das Angebot steht jedoch auch Nichtmitgliedern offen. Weitere Interessierte sind ausdrücklich eingeladen. Das Veranstaltungskonzept wird in vier unterschiedlich geprägten Regionen (Ammerland, Braunschweig/ Wolfenbüttel/Salzgitter, Oldenburg, Stade) erprobt und kann nach Abschluss der Pilotphase in anderen

Landkreisen und anderen Settings durchgeführt werden, wenn die vereinbarten Qualitätsstandards eingehalten werden.

Die Teilnehmerinnen an den Veranstaltungen erhalten einen Überblick über Organe und Funktionen des Beckenbodens, erlernen Beckenboden schonende Verhaltensweisen und Bewegungen, werden ermutigt, sich in der ärztlichen Praxis beraten zu lassen und werden bestärkt, weitere kontinenzfördernde Angebote z. B. in einer physiotherapeutischen Praxis oder in einem Sportverein wahr zu nehmen.

Dabei richten sich die Informationsveranstaltungen an zwei unterschiedliche Zielgruppen. Einerseits sollen Frauen in der Altersgruppe ab 50 Jahre angesprochen werden. Zum anderen gilt es, auch jüngere Frauen aufmerksam zu machen, die nach Schwangerschaft und Geburt/en den Folgen einer beanspruchten Beckenbodenmuskulatur entgegen wirken möchten.

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Ursula Jeß, Andra Saake, Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Postfach 141, 30001 Hannover, 0511/120 - 2962 / -2964, E-Mail: [andra.saake@ms.niedersachsen.de](mailto:andra.saake@ms.niedersachsen.de)*



## Nachrichten aus Politik und Gremienarbeit

In dieser Rubrik berichten wir über aktuelle Entwicklungen wie die neue Hausspitze des Sozialministeriums in Niedersachsen, sowie über Beschlüsse, die für die Bereiche Frauen- und Mädchengesundheit wichtig sind. Wir freuen uns über Rück

meldungen, ob Sie als Leserin diese Informationen interessant und finden und ob sie für Ihre Arbeit wichtig sind. Wir würden uns auch freuen, wenn diejenigen, die selbst in Gremienarbeit tätig sind, darüber berichten würden.

### Neues aus GFMK

*Andra Saake*

Die mittlerweile 17. Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenministerinnen, -minister, -senatorinnen und –senatoren der Länder (GFMK) fand in diesem Jahr am 31. Mai und 1. Juni in Potsdam statt. Aus der Vielzahl der gefassten Beschlüsse sind im Hinblick auf den Themenbereich „Frauen und Gesundheit“ insbesondere die folgenden interessant:

#### Migrantinnen stärker vor häuslicher Gewalt schützen

Die Bundesregierung wird gebeten, bei der geplanten Fortschreibung des Nationalen Aktionsplanes gegen häusliche Gewalt die Situation von Migrantinnen und ihren Kindern durch Aufklärungsmaßnahmen in den Integrations- und Frauenkursen zu verbessern. Zu diesem Zweck soll das Thema häusliche Gewalt in die vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge geförderten Integrations- und Frauenkurse einbezogen und gemeinsam mit ihm unter Beteiligung insbesondere der Dachverbände der gegen Beziehungsgewalt arbeitenden Frauenorganisationen und der Migrantenselbsthilfeorganisationen eine entsprechende Fachdidaktik entwickelt werden.

#### Entwicklung geschlechterdifferenzierter Arzneimittelforschung

Die GFMK bittet die Bundesregierung

- über ihre Erfahrungen und die Effekte im Umgang mit dem durch das 12. Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes neu gefassten § 42 Arzneimittelgesetz hinsichtlich geschlechterdifferenzierter Wirkungen von Arzneimitteln zu berichten,

- zu prüfen und zu berichten, wie die geschlechterdifferenzierte Auswertung von wissenschaftlichen Studien zur Arzneimittelforschung gefördert werden und insbesondere, ob eine öffentliche Förderung von Forschungsprojekten hiervon abhängig gemacht werden kann,
- darauf hinzuwirken, dass auf europäischer Ebene vermehrt geschlechtsspezifische Fragestellungen bei der Entwicklung und Zulassung neuer Arzneimittel berücksichtigt werden. Analog der EU-Verordnung zu Kinderarzneimitteln könnten für die forschende Pharmaindustrie ökonomische Anreize gesetzt werden, klinische Studien stärker geschlechterdifferenziert auszurichten.

#### Gender Mainstreaming in der gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung

Die GFMK begrüßt den vom Deutschen Bundestag in seiner 80. Sitzung am 2. Februar 2007 angenommenen Entschließungsantrag zu dem von ihm verabschiedeten Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich der auf die Förderung der Geschlechtergerechtigkeit im Gesundheitswesen zielenden Ziffer.

Die 17. Konferenz der GFMK sieht über die Umsetzung von Gender Mainstreaming in der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus auch in der gesetzlichen Pflegeversicherung entsprechenden Handlungsbedarf und bittet daher die Bundesregierung, bei einer der nächsten Gesetzgebungsverfahren in diesen Rechtskreisen Folgendes zu berücksichtigen:

1. Die Inhalte der o. g. Entschließung des Deutschen Bundestages hinsichtlich Gender Mainstreaming und Geschlechtergerechtigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung sind analog auch für die gesetzliche Pflegeversicherung umzusetzen.
2. Gender Mainstreaming ist als gesetzliches Ziel in § 1 des SGB V sowie in § 1 des SGB XI aufzunehmen.

### **Mädchen besser vor Genitalverstümmelung schützen**

Die GFMK bittet die Bundesregierung

1. eine Untersuchung in Auftrag zu geben, die das Ausmaß der Betroffenheit oder Bedrohung von Mädchen und Frauen durch rituelle genitale Verstümmelung erhebt und untersucht, welche Maßnahmen zur Prävention und dem Schutz von Mädchen hierzu in Deutschland erforderlich sind,

2. in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer, dem Berufsverband der Frauenärzte und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte dafür Sorge zu tragen, dass Ärztinnen und Ärzten in Deutschland im Rahmen der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung regelmäßig auch Kenntnisse über Genitalverstümmelung, die Strafbarkeit solcher Handlungen in Deutschland sowie die rechtlichen Möglichkeiten zum Schutz von bedrohten Mädchen vermittelt werden,
3. im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit und der humanitären Hilfe in Entwicklungsländern die internationalen Anstrengungen zur Beendigung der rituellen weiblichen genitalen Beschneidung zu intensivieren.



### **Neues aus der GMK**

*Andra Saake*

Die 80. Gesundheitsministerkonferenz der Gesundheitsministerinnen und -minister sowie -senatorinnen und -senatoren der Länder (GMK) fand am 4. und 5. Juli 2007 in Ulm statt. Unter anderem wurde ein Antrag Brandenburgs und Bremens zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland einstimmig von der Ministerrunde verabschiedet.

In dem Antrag betonten die Ministerinnen und Minister, dass die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung ein gesundheitspolitisches Thema von herausragender Bedeutung ist. Dahinter steckt die Sorge, dass vor allem wegen der demografischen Entwicklung die Sicherstellung insbesondere im ländlichen Raum immer schwieriger wird. Brandenburg und Bre

men hatten sich deshalb dafür stark gemacht, ein umfassendes Konzept zur Zukunft der hausärztlichen Versorgung auf den Weg zu bringen. Konkret wurde die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden beauftragt, ein Konzept zu dieser Thematik zu erarbeiten. Besondere Prüfpunkte sollen dabei die Wiedereinführung des Arztes für Innere Medizin, die Einbindung von Gesundheitsfachberufen in die ambulante Versorgung und das Selbstvertretungsrecht der Hausärztinnen und Hausärzte bei Vertrags- und Budgetfragen sein. Auch soll es um eine praxisnähere ärztliche Ausbildung und eine Optimierung der Weiterbildung gehen. In die Überlegungen sollen auch der Bund sowie wissenschaftliche und institutionelle Partner einbezogen werden. Das Konzept soll bis Anfang 2008 vorliegen.



## Mitgliederseite / Neues aus den Regionen

Liebe Mitgliedsfrauen des Netzwerkes,  
die Rubrik „Mitgliedsseite“ heißt dieses Mal „Mitgliederseite / Neues aus den Regionen“. Um die Netzwerkarbeit noch mehr mit Leben zu füllen und Impulse zu geben, sollen gesundheitsförderliche Aktivitäten vor Ort hier vorgestellt werden.

Schicken Sie uns einen Bericht für diese Rubrik, wenn Sie:

- einen Frauengesundheitstag vor Ort durchgeführt haben,
- auf Aktivitäten in Ihrer Region hinweisen wollen, z.B. auf eine Ausstellung, eine Vortragsreihe, einen Film etc.
- eine Umfrage aus dem Bereich Frauen und Gesundheit organisiert haben,
- Mitstreiterinnen suchen.



### „Herz-Kontakt“ - Herzinfarkt bei Frauen vorbeugen

*Renate Löb, Ruth Zinner*

Herzinfarkt ist nicht nur eine Managerkrankheit, die Männer in den besten Jahren plötzlich trifft: Herz-Kreislaufkrankungen - dazu gehört auch der Herzinfarkt - sind die häufigste Todesursache bei Frauen. Mehr als 130.000 Frauen in Deutschland erleiden jährlich einen Herzinfarkt. Frauen ab 60 Jahren sind dabei besonders gefährdet, zunehmend sind aber auch Frauen zwischen 25 und 55 Jahren betroffen. Was viele nicht wissen: Frauen können bei einem Herzinfarkt ganz andere Beschwerden haben als Männer. Und sie kommen oft zu spät oder gar nicht in die Klinik, weil sie die Symptome nicht ernst genug nehmen. Dabei zählt jede Minute: Je kürzer die Zeit zwischen Infarkt und Einlieferung in ein Krankenhaus, desto größer die Überlebenschance.

#### Das Projekt „Herz-Kontakt“

Das Präventionsprojekt „Herz-Kontakt“ des Frauengesundheitszentrums Göttingen e.V. (FGZ), das vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit gefördert wird, bietet Veranstaltungen an, in denen Frauen informiert werden, wie sie einem Herzinfarkt vorbeugen können. Ziel ist, Frauen landesweit zu sensibilisieren, ihre körpereigenen Frühwarnzeichen wahrzu-

nehmen, frauenspezifische Symptome zu erkennen und ihre Risiken realistisch einzuschätzen. Das Projekt will Frauen mit ihrem Herzen in Kontakt bringen und durch die Aufklärungsveranstaltungen anregen, dass sie selbstverantwortlich und aufmerksam mit sich umgehen.

#### Die drei Teile des Konzeptes

In den Veranstaltungen, die jeweils gemeinsam mit einer Ärztin durchgeführt werden, erfahren die Teilnehmerinnen im ersten, theoretischen Teil zum Beispiel, dass sich bei Frauen ein Herzinfarkt auch durch Übelkeit und Erbrechen oder durch Schmerzen im Oberbauch, im Rücken oder Nacken äußern kann. Sie lernen die Risikofaktoren – wie Bluthochdruck, Diabetes oder ungesunde Lebensführung - kennen und sie erfahren, dass bei Frauen weitere Faktoren hinzukommen. So lässt in den Wechseljahren die Produktion des Hormons Östrogen, das sich positiv auf die Herzgesundheit und den Fettstoffwechsel auswirkt, nach – und das Infarktrisiko steigt.

Die Veranstaltungen von „Herz-Kontakt“ sind jedoch weit mehr als reine Vortragsveranstaltungen: Im zweiten, präventiv-praktischen Teil, erarbeiten die Teilnehmerinnen in Arbeitsgruppen gemeinsam, was sie selbst konkret für ihre Herzgesundheit tun können. Sport machen, für Entspannung sorgen, öfter spazieren gehen oder auch Grenzen setzen und „Nein“ sagen.

Im dritten Teil der etwa zweieinhalbstündigen Veranstaltungen erfahren die Frauen beim „Markt der Möglichkeiten“, welche Angebote es in ihrer jeweiligen Region gibt, die hilfreich sein und sie mit Gleichgesinnten zusammen bringen können. Oft bezuschussen die Krankenkassen Kurse für Ernährung, Sport und Entspannung. Und auch bei den Volkshochschulen finden sich viele Angebote rund um das Thema Gesundheit.

### **Bewertung und Ausblick**

Die Pilotveranstaltungen von „Herz-Kontakt“ – während eines pädagogischen Fachtages für Lehrerinnen, bei mehreren Landfrauenverbänden und in einem großen Göttinger Unternehmen – wurden sehr gut angenommen. Es hat sich ein riesiger Informationsbedarf und großes Interesse am Thema gezeigt. Sowohl der medizinische Vortrag als auch der präventive Teil der Veranstaltung werden bisher sehr gut bewertet. Über 90 % der Frauen fühlen sich nach den Veranstaltungen zu Veränderung angeregt und sind mehr im Kontakt mit sich und ihrem Herzen.

Das Frauengesundheitszentrum Göttingen wird „Herz-Kontakt“ nun landesweit anbieten. Auf Anfrage führen die Referentinnen die Veranstaltungen etwa bei Landfrauenverbänden, in Mütterzentren, in Betrieben oder Schulen durch.

Mit der finanziellen Unterstützung des Landes Niedersachsen können ab Juni 2007 auch überregionale Schulungen von ärztlichen Referentinnen und Co-Referentinnen stattfinden, die von den Mitarbeiterinnen des Projektes „Herz-Kontakt“ koordiniert und geleitet werden.

Literatur bei den Verfasserinnen

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Herz-Kontakt, Renate Löb, Ruth Zinner, Frauengesundheitszentrum Göttingen e.V., Groner Straße 32/33, 37073 Göttingen, Tel.: 0551 - 48 45 30, Fax: 0551 - 48 70 60, E-Mail: [fgz@fgz-goettingen.de](mailto:fgz@fgz-goettingen.de) Internet: [www.fgz-goettingen.de](http://www.fgz-goettingen.de)*



## **Diagnose: Gewalt SENSIA sensibilisiert stationäre Gesundheitsversorgung für das Thema Häusliche Gewalt**

*Ilse Hilliger*

Häusliche Gewalt ist keine Krankheit. Häusliche Gewalt macht krank. Gewalt gilt heute unbestritten als einer der größten Risikofaktoren für die Gesundheit von Frauen. Die Symptome sind vielfältig. Sie reichen von Hämatomen über Prellungen bis hin zu Knochenbrüchen. Vielfach allerdings sind die Erkrankungen weniger sichtbar und deutlich komplexer. Betroffene sind sich über die Zusammenhänge oft selbst nicht im Klaren oder sie vertuschen sie aus Scham. Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Personal indessen ziehen Gewalt nur selten als Ursache der Beschwerden ihrer Patientinnen in Betracht. Dass hier großer Handlungsbedarf be-

steht, ist seit längerem bekannt. Die Therapeutische Frauenberatung Göttingen leistet mit ihrem Projekt SENSIA einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung gewaltbetroffener Frauen.

Die Frauenberatungsstelle hat am Beispiel zweier südniedersächsischer Krankenhäuser Strategien erprobt, um unterschiedliche Berufsgruppen eines allgemeinen Krankenhauses für das Thema Häusliche Gewalt zu sensibilisieren. SENSIA will erreichen, dass alle Beschäftigten bei der Behandlung ihrer Patientinnen immer auch an einen möglichen Gewalthintergrund denken. Die Erfahrungen und Ergebnisse des bis März 2007 vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit geförderten 18-monatigen Projekts veröffentlicht die Frauenberatungsstelle demnächst in einer Handreichung.

## **Hinderliche und förderliche Faktoren bei der Implementierung**

Dass die Krankenhäuser seit der Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes im Jahr 2004 zu erheblichen Umstrukturierungen gezwungen sind, erwies sich als eines der hinderlichen Momente für SENSIA: Qualitätssicherung und Kostendämpfung erscheinen als mehr oder weniger eins; eine höhere Dokumentationspflicht und weniger Zeit am Krankenbett dämpfen die Motivation des Personals, sich dem neuen Thema zuzuwenden. Dennoch bieten gerade auch die Paradigmen in der aktuellen Diskussion der Gesundheitsversorgung durchaus gute Ansatzpunkte für das Thema Häusliche Gewalt. Zentrale Stichworte des Qualitätsmanagements wie Patientinnenorientierung oder Ganzheitlichkeit etwa sind da wichtig. Zunehmend wird unter der Überschrift Integrierte Versorgung ein vernetztes Vorgehen unterschiedlicher Disziplinen selbstverständlich, das alle Gesundheitsbelastungen in den Blick nimmt und alle Bereiche der Gesundheitsversorgung unterstützt. SENSIA hat diese Aspekte im Sinne des Projektziels erfolgreich aufgreifen können.

Zeitmangel indes blieb eine der größten Hürden. Dass sich die Projektverantwortlichen nicht scheuten, von idealen – und zweifellos wünschenswerten, aber zeitintensiveren - Durchführungsmodalitäten abzurücken, ist zweifellos als einer der förderlichen Faktoren von SENSIA zu bewerten. Das betrifft etwa den Verzicht auf eine kontinuierliche multidisziplinäre Projektgruppe oder auf verpflichtende Fortbildungen von jeweils mindestens drei Stunden. Jedes sich bietende Zeitfenster wurde vielmehr flexibel genutzt, um die zentrale Botschaft zu vermitteln. Die spezifischen Interessens- und Arbeitsschwerpunkte der jeweiligen Gruppen standen dabei im Vordergrund, um einen guten Bezug zur Praxis herzustellen.

Der Projektverlauf bestätigte die nicht überraschende Tatsache, dass die Akzeptanz der gesamten Leitung die krankenhauserinterne Implementierung des Themas Häusliche Gewalt erheblich erleichtert. SENSIA beweist allerdings ebenso, dass es sich sehr wohl lohnt, dem Engagement einzelner relevanter Schlüsselpersonen

einen hohen Stellenwert in diesem Sensibilisierungs- und Veränderungsprozess beizumessen. Sie sind wichtige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, deren veränderte Praxis im Umgang mit Häuslicher Gewalt langfristig „abfärben“ wird.

## **Information und Entlastung**

Statistisch, so wissen wir, findet sich unter den stationären Patientinnen täglich mindestens eine, die Gewalt erfahren hat. Dass dies für ihre Häuser auch gelten sollte, konnte sich zu Projektbeginn nahezu niemand vorstellen. SENSIA ging es um die Botschaft: „Das Thema ist relevant in meiner täglichen Arbeit. Ich kann hilfreich im Sinne der Opfer handeln, ohne damit überfordert zu werden.“ Selbstverständlich braucht es dazu das Wissen über Prävalenzen, Formen und Symptome Häuslicher Gewalt. Hier hat SENSIA vorhandenes Informationsmaterial genutzt (etwa die Arbeitshilfen vom AK Häusliche Gewalt bei der Ärztekammer Hannover). Wesentliche Leitlinie in den Fortbildungen bildeten indes die Erfahrungen und Bedürfnisse der Teilnehmenden. Sie sollten das neu erworbene Wissen möglichst mit Erinnerungen an Situationen verbinden, in denen ihnen etwas merkwürdig vorgekommen war, ohne dass sie es hätten konkret benennen können. Großes Gewicht hatten handlungsorientierte Tipps sowie Informationen über spezifische Hilfeeinrichtungen in der Region, an die verweisen zu können eine erhebliche Entlastung für das Personal bedeutete. Diese Strategie hat ein durchweg positives Echo gefunden.

## **Persönliche Kommunikation ist unerlässlich**

SENSIA zeigt, dass es eines ebenso kraftvollen wie die Situation vor Ort respektierenden Anstoßes bedarf, um Häusliche Gewalt zum Thema in der stationären Versorgung zu machen. Informationen breit zu streuen und zu hoffen, dass sie die Zielgruppe überzeugen, reicht nicht. Zwar hatten einige der Beteiligten durchaus Informationen etwa der Ärztekammer wahrgenommen und es standen auch vereinzelt entsprechende Materialien im Regal, einhellig aber war die Aussage: Vor SENSIA war

Häusliche Gewalt kein Thema in der Einrichtung. Dies deckt sich mit nationalen und internationalen Erfahrungen, dass in keinem Fall ein Krankenhaus von sich aus ein Projekt zur Sensibilisierung für die gesundheitlichen Folgen von Gewalt initiiert hat.

Man kann sagen, dass sich auch hier der pro-aktive Ansatz als zielführend erwies. SENSIA nutzte alle individuell sich bietenden Anknüpfungspunkte und Strukturen und suchte den persönlichen Austausch mit den beteiligten Akteuren. Materialien wie Checklisten oder Informationskärtchen für betroffene Frauen, wie sie im Rahmen von SENSIA erstellt worden sind, wirken unterstützend in diesem Prozess, begründen allein aber keine veränderte Praxis. Dass SENSIA mit seinem Vorgehen nachhaltige Verhaltensänderungen im praktischen Berufshandeln bewirken konnte, bestätigt der Geschäftsführer des beteiligten Evangelischen Vereinskrankenhauses Hannoversch Münden, Manfred Choryza: "So ist das Erkennen von Häuslicher Gewalt zum selbstverständlichen Bestandteil

ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Handelns in unserem Haus geworden und ein wichtiger Bestandteil in der Versorgung unserer Patienten."

SENSIA trägt auf der Mikroebene zur Umsetzung des politischen Willens bei, wie er im Aktionsplan II der niedersächsischen Landesregierung formuliert ist. Es mag zwar mühsam erscheinen, ernsthafte Veränderungen aber lassen sich kurzfristig kaum anders erreichen. Davon unberührt bleibt die Forderung, das Thema Häusliche Gewalt langfristig in den einschlägigen Ausbildungs- und Weiterbildungsordnungen zu verankern, um die Versorgungssituation gewaltbetroffener Frauen in Deutschland zu verbessern.

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: ILSE HILLIGER, Therapeutische Frauenberatung e.V., Groner Str. 32/33, 37073 Göttingen, Tel.: (05 51) 4 56 15, E-Mail: [therapeutische-frauenberatung@w4w.de](mailto:therapeutische-frauenberatung@w4w.de)*



### **Facharbeitskreis „Sexuelle Gewalt an Frauen und Mädchen mit Behinderungen“**

Der Frauennotruf Hannover hat im März 2007 den Aufbau eines Arbeitskreises von Fachkräften aus unterschiedlichen Einrichtungen und Institutionen zum Thema „Sexuelle Gewalt an Frauen und Mädchen mit Behinderungen“ initiiert. Verschiedene Fortbildungen zu diesem Thema haben bereits stattgefunden.

Die Treffen finden statt im Frauennotruf in Hannover, Goethestraße 23 / Eingang Leibnizufer statt. Geplant sind ca. drei bis vier Treffen pro Jahr. Dabei werden u.a.

folgende Themen im Mittelpunkt stehen: die Einrichtung eines Helferinnenkreises, Vorträge / Workshops zu verschiedenen Themen (z. B. von Polizei, JuristInnen, Ärztinnen) und das Erstellen von Leitlinien für Einrichtungen.

*Eine Anmeldung ist erforderlich beim Frauennotruf Hannover unter Telefon 0511-33 21 12, Fax 0511-388 05 10 oder per E-Mail an [info@frauennotruf-hannover.de](mailto:info@frauennotruf-hannover.de). Ansprechpartnerinnen sind Gabi Kuhl-Himstedt und Anneke Bazuin. Weitere Informationen finden Sie auch unter [www.frauennotruf-hannover.de/](http://www.frauennotruf-hannover.de/) Informationen.*



## Veranstungsberichte

### Applied Gender Research in Public Health

Vom 4. bis 5. Oktober 2006 trafen sich 39 ForscherInnen aus Schweden, England, den Niederlanden und Deutschland zur Tagung ‚Angewandte Genderforschung in Public Health‘ in Östersund / Schweden. Geladen hatte das ‚Centre for Gender Research, Faculty of Medicine / Umeå University‘ in Zusammenarbeit mit dem ‚Nationalen Institute for Public Health‘. Ziel der Tagung war, GenderforscherInnen aus diesen Bereichen zusammen zu bringen, Forschungsbedarfe zu identifizieren und die Forschung in diesem Bereich zu intensivieren. Konkret ging es

1. um eine Diskussion der theoretischen Ausgangspunkte der angewandten Genderforschung in Public Health,
2. um die Identifizierung von Problemen und relevanten Bereichen von Gender-Interventionen,
3. um Austausch von Erfahrungen über präventive, interaktive und Action Research Methoden in der Public Health Forschung sowie
4. um die Diskussion von ethischen Problemen in präventiver und interaktiver Forschung und in Action Research.

Gunnar Ågren, Direktor des ‚Swedish Nationalen Institute for Public Health‘, und Anne Hammarström, Umeå University, eröffneten die Tagung und stellten die derzeit am wichtigsten anzugehenden genderbezogenen Public Health Bereiche in Schweden dar. Es folgten zwei theoriegeleitete Beiträge zum Thema ‚Feminismus und die Soziologie von Gesundheit‘ sowie zur ‚Verbindung einer interaktiven Forschungsperspektive und der Genderperspektive‘. Der Nachmittag des ersten Tag war schwedischen Beispielen praktischer Public Health Gender-Interventionen aus den Bereichen ‚Gender Equality und Gesundheit im Setting ‚Arbeit‘, ‚Action Research im Schulsetting‘ und ‚Stress bei Mädchen‘ gewidmet. Auch der Vormittag des zweiten Tages stand im Zeichen theoretischer und methodischer Präsentationen zu ‚Gender Mainstreaming und Diversity‘, ‚Gender-Gaps in der Gesundheitspo-

litik‘ und ‚Gender Equality und Public Health‘. Nachmittags wurden weitere praktischer Beispiele präsentiert, u. a. zum Thema ‚Work-Life-Balance und Gesundheit‘, ‚Gesundheit von älteren Arbeitnehmerinnen‘ und zu ‚Vaterschaftsurlaub als kosteneffektive Public Health Strategie‘. Letzteres war vor allem vor dem Hintergrund der Einführung des Elterngeldes in Deutschland interessant, mit dem auch Väter ein Anreiz zur Übernahme von Elternzeit gegeben werden soll: Die schwedischen Ergebnisse zeigten nicht nur einen positiven Einfluss des Vaterschaftsurlaubes auf die Vater-Kind Bindung, sondern auch auf die Gesundheit der Männer, die diesen genommen hatten.

Den Tagungsabschluss bildete eine ‚Café model‘ Diskussion, in der die TeilnehmerInnen in unterschiedlicher Zusammensetzung

1. die theoretischen Ausgangspunkte erörterten sowie
2. relevante Forschungsgebiete / Forschungsbedarfe und
3. Voraussetzungen für zukünftige Interventionen identifizierten.

In Bezug auf die theoretischen Ausgangspunkte wurde deutlich, dass es unterschiedliche Theorieansätze aus unterschiedlichen Bereichen gibt, und keine ‚Meta-Level Theorie‘, die einfach in die unterschiedlichen Forschungsgebiete übersetzt werden kann. Als vordringliche Public Health Probleme wurde vor allem Diskriminierung in Verbindung mit Gender, Alter, Ethnizität, sexueller Orientierung und Behinderung identifiziert. Im Zusammenhang mit Public Health Problemen wurden verschiedene Altersgruppen ausfindig gemacht, wobei jedoch auch Konsens darüber bestand, dass die Probleme vor dem Hintergrund einer Lebenslaufperspektive angegangen werden müssen.

Die Beiträge sind abrufbar unter [http://www.fhi.se/templates/Page\\_9828.aspx](http://www.fhi.se/templates/Page_9828.aspx)



## New Findings on Gender and Health Equity in Resource Poor Settings

Eine Tagung ganz anderer Art fand am 6. Oktober 2006 in Stockholm statt. Wurden auf der Tagung in Östersund theoretische Grundlagen aus der Perspektive hoch entwickelter westlicher Länder diskutiert bzw. wissenschaftliche Projekte aus diesem Kontext vorgestellt, ging es in Stockholm um Grundlagenprojekte / Praxisbeispiele zur Beseitigung genderbezogener gesundheitlicher Ungleichheit in ressourcenarmen Regionen.

Diese Internationale Konferenz wurde organisiert von der ‚Swedish International Development Cooperation Agency‘ (Sida) und dem ‚Gender & Health Equity Network‘ (ghen).<sup>4</sup> Während in der ersten Arbeitsphase der beiden Organisationen die Verbesserung der Wissensbasis zu Gender und zur internationalen Gesundheit im Vordergrund stand, wurden auf der Tagung die Ergebnisse der zweiten Arbeitsphase vorgestellt: die praktische Umsetzung bzw. Implementierung von Gender in den Gesundheitssektor, um bestehende geschlechtsbezogene Ungleichheiten im Gesundheitsstatus und im Zugang zu Gesundheitsressourcen zu reduzieren. Präsentiert wurden Projekte aus Indien, China und Mozambique. Die Fallstudie in Indien (Koppal Distrikt des Staates Karnataka, Südindien) hatte zum Ziel, das öffentliche Gesundheitssystem zu verbessern und geschlechtsbezogene gesundheitliche und soziale Ungleichheiten zu verringern. Hauptpunkte waren die Verbesserung des kommunalen Gesundheitsbewusstseins und der Gesundheitspraxis, Verbesserung des Zugangs (physisch / Verfügbarkeit), in Hinblick auf Gleichberechtigung und die Qualität der Versorgung, und einer Stärkung der Verantwortung lokaler Gesundheitsdienste für kommunale Gesundheitsbedürfnisse.

<sup>4</sup> GHEN ist eine internationale Partnerschaft von Individuen und Institutionen, die sich mit angewandter Forschung für die Integration von Gender Equity in Gesundheitspolitik und -programme einsetzt. Die GHEN Action Research Netzwerkpartner sind derzeit Organisationen in China, Indien, Mozambique, Schweden und England (<http://www.ids.ac.uk/ghen/>).

In China ging es um die Einbeziehung reproduktiver Gesundheit und Gender in die Gesundheitssektorreform. Hintergrund des Projektes war die letzte Gesundheitssektorreform, die vor allem durch Dezentralisierung und Privatisierung zu negativen Effekten bei der Versorgung mit reproduktiven Gesundheitsdiensten für arme Frauen auf dem Lande führte. Ziel des Projektes in Mozambique war die gesundheitliche Gleichberechtigung durch Empowerment von Frauen im Zugang zu und Forderung von (besseren) Gesundheitsdiensten. Vor dem Hintergrund, dass ca. 60% der Frauen die Erlaubnis des Ehemannes benötigen, um Gesundheitsdienste aufzusuchen, war eine der Hauptfragen, wie Machtbeziehungen, Ressourcen und Möglichkeiten in den Familien verteilt sind und wie diese den Zugang zu Gesundheitsdiensten und die Gesundheit beeinflussen. Das Projekt umfasste dabei vier Ebenen: Haushalt, Kommune, Bildung und den Gesundheitssektor.

Deutlich wurde vor allem, dass zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Frauen die Einbeziehung sowohl staatlicher Stellen (z. B. Gesundheitsbehörden und öffentlicher Gesundheitsdienste; top down) als auch eine Beteiligung der Betroffenen (bottom up) nötig ist. Wichtig ist auch die Einbeziehung bestehender kommunaler Gruppen, wodurch auf bereits erzielte Erfolge und bestehende Strukturen aufgebaut werden kann. Durch die wissenschaftliche Begleitung konnte nachgewiesen werden, wie strukturelle Reformen und Veränderungen des Gesundheitssystems einen positiven Einfluss auf Gender und Health Equity ausüben können. Die Pilotprojekte stellen damit Erfahrungen und praktische Tools zu Verfügung, die als Grundlage genutzt werden können für zukünftige Projekte zur Verbesserung von Gender und Health Equity im Kontext von Gesundheitsreformprozessen in Entwicklungsgebieten und an die jeweiligen Verhältnisse und Bedürfnisse adaptiert werden können.

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: ALEXANDRA JAHR, Dipl. Gesundheitswirtin,  
E-Mail: [Alexandra.Jahr@hamburg.de](mailto:Alexandra.Jahr@hamburg.de)*



## Reihe: Ehrenamtliches Arbeiten in Gremien

Diese Reihe, in der Frauen über ihr ehrenamtliches Engagement in einem Gremium berichten, begann mit Berichten über den Gemeinsamen Bundesausschuss (Rundbrief 20) und über die Arbeit als Selbstverwalterin in der Rentenver-

sicherung (Rundbrief 22). In diesem Rundbrief stellen wir die Arbeit im Selbstverwaltungsorgan der Krankenkassen am Beispiel des Verwaltungsrates der BARMER ERSATZKASSE vor.



### Arbeiten in der Selbstverwaltung einer Krankenkasse

Alle sechs Jahre finden die sogenannten Sozialwahlen statt. Dabei wählen die Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und die Rentenversicherten ihre VertreterInnen bei den Kassen und Rentenversicherern. 2011 stehen die nächsten Sozialwahlen an. Diese Vertreterversammlungen sind bisher überwiegend männlich besetzt, durch Gewerkschaftsvertretende, durch Arbeitgeber und häufig durch nicht als solche zu erkennende arbeitgebernahe Vereinigungen. In der Regel wird Listenwahl durchgeführt.

Die bei der BARMER ERSATZKASSE kandidierende BARMER-Versichertenvereinigung, die sog. „Genderliste“ (auf den ersten zehn Plätzen ausschließlich Frauen) hatte bei der letzten Wahl im Jahre 2005 einen sehr guten Erfolg. Im folgenden Interview beschreibt Ulrike Hauffe, Mitglied der BARMER-Versichertenvereinigung, worin die Arbeit als Versichertenvertreterin besteht und wie Frauen sich einmischen können. Obwohl vielfach in der Öffentlichkeit kritisch hinterfragt wird, ob Sozialwahlen noch sinnvoll sind, da das meiste der Gesetzgeber entscheiden würde, bejaht Ulrike Hauffe aufgrund ihrer Erfahrung die Sinnhaftigkeit eines solchen Engagements. Wir hoffen, dass dies vielen Frauen Mut macht, sich in solchen Ehrenämtern zu engagieren.

*Rundbrief: Frau Hauffe, Sie sind Landesfrauenbeauftragte des Landes Bremen. 2005 sind Sie in die Vertretungsversammlung der BARMER ERSATZKASSE gewählt worden. Um welche ehrenamtliche Arbeit handelt es genau?*

**Ulrike Hauffe:** Die gesetzlichen Krankenkassen haben jeweils einen Verwaltungsrat. Der Verwaltungsrat ist das entscheidende Organ der Selbstverwaltung. Die Mitglieder des Verwaltungsrats sind über Listen gewählte Versicherte. Die Mitglieder der jeweiligen Listen besetzen als Fraktionen den Verwaltungsrat abhängig von ihrem Wahlergebnis. Die Versicherten können sich vor den Sozialwahlen bei der Kasse, bei der sie versichert sind, auf Listen aufstellen lassen. Werden sie gewählt, so haben sie ein Mandat der Versicherten und vertreten deren Interessen. Die BARMER ist die größte Kasse in Deutschland. Von daher finde ich die inhaltliche Arbeit hier besonders interessant, denn wenn wir hier etwas bewegen, hat das große Auswirkungen.

*Um welche Aufgaben geht es in diesem Gremium Verwaltungsrat?*

**Hauffe:** Im Verwaltungsrat werden die essenziellen Themen einer Krankenkasse beraten und verabschiedet: Vertragsgestaltungen, Finanzen, Personalbelange, Marketingfragen... Unterhalb des Verwaltungsrates läuft die inhaltliche Arbeit in Ausschüssen, z.B. zu den Themen Vertragsgestaltung im Ausschuss ‚Gesundheit und Verträge‘, dem ich persönlich vorsitze. Politisch spielt hier zur Zeit die meiste Musik durch die Gesundheitsreform, richtig heißt es: das Wettbewerbsstärkungsgesetz. Hier haben die Kassen verstärkt die Möglichkeit bekommen, Einzelverträge mit verschiedenen Leistungsanbietern abzuschließen. Dann gibt es einen Ausschuss zu ‚Marketing und Vertrieb‘, einen Finanzausschuss, der selbstverständlich sehr wichtig ist. Er ist das Kontrollorgan für den Haushalt der BARMER. Der Ausschuss für Personalangelegenheiten berät alle Personalentschei-

dungen für die Leitungspositionen vor, auch die Maßnahmen der internen Frauenförderung. Der Verwaltungsrat ist das übergeordnete Gremium, dem die Ausschüsse zuarbeiten. Im Verwaltungsrat werden die politischen Entscheidungen getroffen, z.B. Beitragssatzerhöhung ja oder nein, und wenn ja, um wie viel Prozentpunkte. Das sind hochspannende Prozesse.

*Die Liste, auf der Sie gewählt wurden, hat sich Gender zum Thema gesetzt. Wie kann für Gender sensibilisiert werden?*

**Hauffe:** Die BARMER ist die Kasse mit dem höchsten Frauenanteil unter den Versicherten (über 70 %). Sie hat dadurch einen besonderen Blick auf Frauen- und Mädchengesundheit gerichtet. Es existiert eine hohe Bereitschaft, sich dieser Zusammensetzung in der Mitgliedschaft zu verpflichten. Die geschlechtsspezifische gesundheitliche Versorgung von Frauen und Männern ist damit ein wichtiges inhaltliches Thema.

Entscheidende Impulse sind hierfür von meiner Fraktion ausgegangen. Sie hat mit der Wahl 2005 - damit begann die zweite Legislaturperiode für diese Fraktion - einen großen Sprung nach vorne gemacht und ist nun fast gleichauf mit der vormals stärksten Fraktion. Ute Engelmann aus Hamburg hat unsere Wahlliste aufgebaut und das Thema Gender in die Kasse eingebracht – in Bezug auf das Personal, die Versicherten und ihre Versorgung.

Ihr Wunsch war, dass die Liste um Personen wie mich erweitert wird, um stärker Erkenntnisse geschlechtsspezifischer Versorgung in die Krankenkasse transportiert zu bekommen. In den ersten sechs Jahren, also der ersten Wahlperiode, lag der Schwerpunkt auf internen Schulungen aller Beschäftigten zu Genderfragen. Zudem sind die Personalentscheidungen vermehrt unter dem Genderaspekt betrachtet worden. Nach dem großen Wahlerfolg 2005 haben wir Ausschüsse besetzen und Vorsitze übernehmen können. Ute Engelmann selbst ist jetzt stellvertretende Verwaltungsratsvorsitzende, eine bedeutende Position. In den Ausschüssen ‚Gesundheit und Verträge‘, ‚Marketing

und Vertrieb‘ und im Beschwerdeausschuss hat meine Fraktion den Vorsitz.

Wir bringen dort überall Fragen der Geschlechtsspezifität aus der Position der Versicherten ein. Im Ausschuss Marketing und Vertrieb geht es z.B. um alle Veröffentlichungen der Krankenkasse. Sie sind geprüft worden, ob sie sich spezifisch an Männer, Frauen, Jungen, Mädchen, Seniorinnen und Senioren richten. Außerdem ist uns wichtig, das Verhältnis zwischen den Mitgliedern und der Krankenkasse zu reflektieren. Und dies drückt sich auch in den Informationsblättern aus. Informiert UNSERE Kasse uns so, dass wir selber auf Grund der Informationen entscheiden können (informed decision making) oder geht sie eher einen patriarchalen Weg des „Ich rate Dir“. Wir sind für eine Kommunikation auf Augenhöhe, die die Versicherten befähigt, Selbstkompetenz zu entwickeln und für sich Entscheidungen zu treffen. Ärzte/Ärztinnen oder anderes Fachpersonal haben ihre Fachkompetenzen, aber das privilegiert sie nicht zu einem patriarchalen Verhältnis, sondern die Versicherte oder Patientin ist auf gleicher Augenhöhe, weil sie ihre Lebenskompetenz hat, die Kompetenz, alles für sich einzuordnen. Nur im Zusammenspiel beider kann man zu richtigen Entscheidungen kommen. Die Entscheidung liegt immer bei den Versicherten/ den PatientInnen.

Bisher habe ich auch ganz spezifische Themen der Medikalisierung des Frauenlebens anregen können. Wir behandeln sehr klar die derzeitige Problematik um die HPV-Impfung. Die Techniker Krankenkasse ist aus meiner Sicht überschnell - aber aus Wettbewerbsgründen natürlich sehr geschickt – offensiv (und teuer) als erste Krankenkasse in die Werbung der Finanzierung der Impfung gegangen. Damit wurden die anderen Kassen gezwungen nachzuziehen, weil auf einmal besorgte Mütter/ Eltern reklamierten: „Wieso zahlt meine BARMER das denn nicht, wenn die Techniker die Impfung bezahlt. Das rettet doch das Leben meiner Tochter.“ Fachlich-inhaltlich ist das Unsinn und der fehlerhaften Aufklärung und Meinungsmache geschuldet. An dieser Stelle wird unsere Beschlusslage innerhalb der BARMER bedeutsam, die Informationsmaterialien erstellen will, die eine sog. informierte Ent-

scheidung ermöglichen – wie es der AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft) vorge-macht hat.

Schwangerschaft und Geburt haben wir zum Thema gemacht, z.B. auch die immer weiter steigende Zahl der Kaiserschnitte. Aus der Krankenkassenposition bedeutet das, einen dreieinhalbfachen Satz für einen Kaiserschnitt statt den einfachen für eine normale Geburt zu zahlen. Es geht bei dieser Entwicklung aber nicht nur um eine – häufig nicht notwendige – Operation, sondern um ein viel weitreichenderes Erleben von Frauen (und Kindern), mit Folgen, die wir nur ahnen können. Die hohe Zahl der Kaiserschnitte in Deutschland ist mit nichts zu rechtfertigen. An einer Senkung zu arbeiten hat nach meiner Überzeugung in der Folge kostenmin-dernde Wirkung. Wenn Frauen erfahren, dass sie das, wozu ihr Körper sie befähigt, können, hat das weitgehende Konsequenzen, neudeutsch: Empowerment. Gebären ist ein hochexistenzielles Geschehen, das prägt. Es schafft eine Haltung zu Gesundheit und Krankheit.

Wir haben das Thema Brustkrebs ausführlich bearbeitet. Die BARMER hat eine DVD herausgebracht, auf der insbesondere für die Situation der Frau nach der Diagnose sensibilisiert wird – eine Art Fortbildung für Ärztinnen und Ärzten. Filme sind oft ein-gängiger als schriftliche Ausführungen.

*Ist das denn ein Selbstläufer oder hat es auch Hürden und Hemmnisse gegeben?*

**Hauffe:** Es ist eine Gratwanderung der Kasse. Sie muss schauen, ob sie sich so aufstellen kann, dass ihre spezifische Qualität gewürdigt wird. Die BARMER ist ja nicht die Kasse mit dem niedrigsten Beitragssatz und es ist möglich, dass sie abgewählt wird, wenn jemand – aus meiner Sicht fälschlicherweise - nur auf den Cent oder Euro schaut.

Nehmen wir das Beispiel Mammografie-Screening. Die BARMER zahlt – wie alle Kassen - die Röntgenaufnahmen beim Mammografie-Screening. Die BARMER hatte zum Thema Brustkrebs eine Bro-schüre herausgebracht, die aus meiner Sicht nicht wirklich zur informierten Ent-

scheidung zur Teilnahme am Screening befähigt. Wir haben das Thema kritisch debattiert, auch unter der Fragestellung: Wie kann die Kasse den Versicherten, mit deren Geld sie das Mammografie-Screening bezahlt, verdeutlichen, dass das Screening für die Frauen nicht nur Nutzen, sondern auch individuelle negative Folgen haben kann. Das heißt, die Kasse kommt möglicherweise in einen Zielkonflikt. Und diesen Zielkonflikt gibt es an mehreren Stellen, so auch bei der HPV-Impfung.

*Wenn wir jetzt nach innen schauen, was waren die Gründe für Erfolge und für Misserfolge?*

**Hauffe:** Gründe für Erfolge sind zum einen die Stellung, die der Verwaltungsrat hat, denn der Verwaltungsrat entscheidet – auch über den Vorstand einer Kasse. Ich bin im informellen Verbund mit Frauen, die in anderen Kassen in den Verwaltungsräten sitzen, und sie werden an keiner Stelle so gut informiert, wie ich es in der BARMER erlebe. Und auch ihre Einflussnahme dort ist begrenzter. Sie berichten, dass Themen, wie wir sie innerhalb der BARMER besprechen, schlichtweg überhaupt nicht beraten werden. Ob Seitens des Vorstandes unterbunden oder den Machtverhältnissen innerhalb der jeweiligen Verwaltungsräte geschuldet, kann ich nicht beurteilen.

Zufriedenstellend ist: trotz der Wahlniederlage der bisher größten Fraktion und der anderen kleineren zu Gunsten meiner Fraktion: im Verwaltungsrat der BARMER pflegen wir mittlerweile eine Zusammenar-beit mit wenig Differenzen. Das geschieht über inhaltlich gute Arbeit.

*Was ist denn dafür das Geheimrezept?*

**Hauffe:** Hohe Transparenz und Fachlich-keit unserer Fraktionskolleginnen und -kollegen. Wir genießen bei den Verwal-tungsratsmitgliedern, den Mitarbeitenden der BARMER und beim Vorstand aufgrund unserer Kompetenzen hohe Anerkennung. Und außerdem: Spaß am Gestalten.

*Wie hoch ist der Arbeitsaufwand?*

**Hauffe:** Der Aufwand darf nicht unter-schätzt werden. Wir treffen uns zum Ver-waltungsrat viermal im Jahr jeweils für drei

Tage, incl. Anreise. Wenn man dann noch – wie ich – einen Vorsitz hat, dann sitzt man automatisch noch im Hauptausschuss. Der Hauptausschuss trifft sich eintägig drei- bis viermal im Jahr. Dabei sind die Anreisen zum Teil weit, weil die BARMER ja eine bundesweite Kasse ist. Bei den AOKen oder anderen ortsgebundenen Krankenkassen ist dieser Aufwand geringer. Aktenstudium mache ich, weil ich im Thema bin, viel im Zug. Es gibt bei der BARMER eine sehr gute Zuarbeit. Man gibt Aufträge in die Verwaltung. Dort sind Mitarbeitende für die Selbstverwaltung zuständig ist und arbeiten ihr zu. Im Rahmen dieser drei genannten Sitzungstage finden auch die Sitzungen der einzelnen Fraktionen statt.

*Welche Kompetenzen werden für eine solche Arbeit gebraucht? Wenn wir jetzt einmal ein Netzwerkmitglied nehmen, die sich dafür interessiert, was würden Sie raten, wie kann frau fit werden für eine solche Aufgabe?*

**Hauffe:** Erst einmal muss man Lust haben zu Gremienarbeit. Gremienarbeit bedeutet in Verbände zu gehen, es bedeutet Aushandlungsprozesse, argumentieren zu müssen usw. Fachlich gibt es in dem Spektrum der gesamten GKV (Gesetzlichen Krankenversicherung) so viele Themenverflechtungen und Gebiete, in denen sich die bisher erworbenen Präferenzen der einzelnen wieder finden können. Z.B. wenn sich eine Frauenbeauftragte für eine solche Aufgabe interessiert, kann es sein, dass sie eine hohe Personalkompetenz hat, weil sie in ihrer Kommune viel im Rahmen der Gleichstellung gemacht hat. Damit ist sie Gold wert. Sie wäre im Personalausschuss richtig. Oder es interessiert sich eine Frau aus dem Finanzbereich.... Man muss nur ein Interesse daran haben, die eigenen Kenntnisse mit Lust an Gremienarbeit und politischer Gestaltung in die Krankenkasse einzubringen.

Es muss eine Vorstellung von einem solidarischen Gesundheitssystem existieren. Das ist eine wichtige Haltung gerade jetzt, wenn wir durch das WSG (Wettbewerbsstärkungsgesetz) den Solidargedanken partiell aufgehoben sehen. Gemeinsam an dem Ziel eines solidarischen Gesundheitswesens mit einer star-

ken Selbstverwaltung arbeiten zu wollen muss man als Vision haben.

*Was kann frau in solchen Strukturen lernen?*

**Hauffe:** Ich habe ganz sicher viel gelernt. Man lernt, sich in derartigen Gremien zu behaupten. Es sind persönlichkeitsbildende Dinge, sich argumentativ dort durchzusetzen. Man lernt Instrumente des Verhandeln, die der eigenen persönlichen Karriere vor Ort dienlich sein können. Ich habe zusätzliche Souveränität gewonnen. Ich habe gelernt, wie die Strukturen im Gesundheitswesen sind, was sich aus der Versichertenposition heraus erst einmal als ziemlich undurchsichtig darstellt: Wer trifft an welcher Stelle Entscheidungen und welche Rolle spielen Krankenkassen? Man fängt an, solche Leistungen für das Gemeinwesen noch mal anders zu reflektieren. Komplexe Dinge werden auf einmal durchsichtiger. Außerdem lernt man auch spannende Menschen kennen.

Ich bin motiviert, auch für die nächste Amtszeit zu kandidieren. Ich finde, es sollten mehr Frauen auf die Wahllisten. Man muss sehr frühzeitig anfangen, sich damit zu befassen, um 2011 auf einer Liste gelandet zu sein.

*Wie kommt frau auf eine Liste?*

**Hauffe:** Auf der Homepage der eigenen Krankenkasse sind die Fraktionen aufgeführt, die es derzeit gibt, und wer dort Mitglied ist. Dann müsste frau schauen, wo sie sich am besten verortet - z.B. bin ich eher gewerkschaftlich orientiert oder nicht? – und gezielt Kontakt aufnehmen. In Bremen finden schon in diesem Jahr erste Sondierungen für eine mögliche Frauenliste bei einer regional verorteten Krankenkasse statt. Eine neue Liste aufzubauen ist aufwändiger als das Kandidieren auf einer vorhandenen Liste. Um eine eigene Liste aufstellen zu können, benötigt man eine Menge Unterschriften von Wahlwilligen. Für alle, die Interesse haben: Für die Selbstverwaltung einer Krankenkasse zu arbeiten, ist ein Ehrenamt. Es ist als Arbeitszeit anrechenbar. Der Arbeitgeber muss für diese Arbeit freistellen.

*Vielen Dank für dieses Gespräch.*

## Schwerpunktthema: Selbsthilfe und Pharmasponsoring

### Einfluss des pharmazeutisch-industriellen Komplexes auf die Selbsthilfe

*Kirsten Schubert*

Menschen, die in Selbsthilfegruppen organisiert sind, leiden an chronischen Erkrankungen, oft schwerwiegenden. Sie haben sich diesen Gruppen angeschlossen oder sie selbst gegründet, weil sie die Versorgung ihrer Erkrankung durch die Angebote des etablierten Medizinsystems, sei es unter medizinischen und insbesondere psycho-sozialen Aspekten, als unzulänglich erleben. Gesundheitsbezogene Selbsthilfe ist somit Ausdruck von Eigenverantwortung, Solidarität und Empowerment.

In den letzten Jahren wurde oft der Verdacht in der Presse beschrieben, die Selbsthilfe würde zunehmend unglaubwürdig, weil sie sich finanziell und meinungsbildend von pharmazeutischen Industrieunternehmen und der Medizintechnikindustrie beeinflussen lasse.

#### Die Fördersituation

Die Selbsthilfe war in den letzten Jahren einer wechselhaften und undurchsichtigen Fördersituation durch die öffentliche Hand, die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und die anderen Sozialversicherungsträger ausgesetzt. Die Zuschüsse der öffentlichen Hand auf kommunaler, Landes- und Bundesebene sind gesetzlich

nicht geregelt, damit freiwillig und sanken in den letzten Jahren stetig, auf Länderebene z.B. von 14,7 Mio. Euro im Jahr 2001 auf 12,1 Mio. Euro im Jahr 2005. Der bundesweite Durchschnitt für das Jahr 2005 lag bei 0,15 Euro je Einwohner.

Ähnlich verhält es sich mit der GKV. Ihre Zahlungen an die Selbsthilfe haben zwar seit der Novellierung des § 20 Abs. 4 SGB V im Rahmen der Gesundheitsreform im Jahr 2000 absolut zugenommen, von 24,2 Mio. Euro im Jahr 2003 auf 28,0 Mio. Euro im Jahr 2005, aber die Diskrepanz zwischen gesetzlich vorgegebenem Richtwert

von 0,54 Euro je Versichertem und tatsächlich ausgeschüttetem Fördervolumen von 0,40 Euro je Versichertem, beides für das Jahr 2005, ist deutlich. Seinerzeit wurde dies durch eine Soll- (von 2000-2006), heute durch eine Pflicht-Bestimmung geregelt. Bislang erfolgen die Bewilligungsverfahren uneinheitlich und wenig transparent für die Antragsteller.

Das Fördervolumen der übrigen Sozialversicherungsträger ist durch eine „Kann-Aufforderung“ geregelt und in seinem Umfang gering.

#### Die Studie

Um mehr Transparenz in die Förder- und Finanzierungssituation der Selbsthilfe zu bringen und somit auch in die Praktiken des Pharmasponsorings, beauftragte die Selbsthilfe-Fördergemeinschaft der Ersatzkassen das Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen mit einer qualitativen Studie. Beispielhaft sollte an fünf Indikationen chronischer Erkrankungen der Umgang der Selbsthilfe mit Meinungsbildnern aus pharmazeutischen und Medizintechnikunternehmen hinsichtlich ihrer Empfänglichkeit gegenüber sächlichen und finanziellen Anreizen sowie gegenüber Therapieempfehlungen untersucht werden.

Die durchgeführte Studie basiert auf Analysen schriftlichen Materials in Mitgliederschriften und Internet-Auftritten der einzelnen Selbsthilfeorganisationen und -gruppen sowie Interviews und eigenen Beobachtungen über den Umgang der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe mit pharmazeutischen Herstellern.

#### Die Ergebnisse

Als wichtigstes Ergebnis der Untersuchung konnten die unterschiedlichen Spielarten der Einflussnahme der Pharmaindustrie auf die verschiedenen Organisationsebenen der Selbsthilfe sichtbar gemacht werden (Selbsthilfegruppen und -organisationen).

Diese spielen sich auf finanzieller Ebene, in Form von Pharmasponsoring, und auf informativer Ebene in Form beeinflussender Arzneimittelempfehlungen in den Mitgliederzeitschriften und Internetauftritten, aber auch auf Vorträgen, Kongressen und Versammlungen ab.

Dieses Phänomen war primär nicht einfach aufzudecken, da es allseits an Transparenz mangelt. Gerade bei den ehrenamtlich organisierten Selbsthilfegruppen sind Bewusstsein und Kenntnis hierüber gering. Ein Mitglied sagte dazu im Interview: „...in den Gruppen wissen die doch oft gar nicht, was da oben entschieden wird.“ („Da oben“ meint die Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene, Anm. der Verfasserin). Zu jener Zeit (Februar 2006) bestätigten Berichte aus der Tagespresse (Süddeutsche Zeitung, Frankfurter Rundschau) die im Interview getätigte Aussage. Da waren Selbsthilfemitglieder aktiv aus ihren Gruppen ausgetreten, nachdem sie die jeweiligen Geschäftsführer der Bundesverbände (Bsp.: Parkinson, Diabetes) der „Verschwendung von Beitrags- und Spendenmitteln“ bezichtigt hatten. Es zeichnet sich demnach ein Hierarchiegefälle innerhalb der Selbsthilfestruktur hinsichtlich des Wissens um versuchte Einflussnahme und des Bewusstseinsprozesses darüber ab.

Ein relevantes Problem ist hier das unterschiedliche Kräfteverhältnis aufgrund der unterschiedlichen Bedarfslage der Beteiligten. Einflussnahme und Sponsoring vollziehen sich oft subtil, in jedem Fall professionell. Chronisch Kranke sind kontinuierlich auf Arzneimittel angewiesen und werden so ungewollt und unbewusst zu Werbeopfern und -multiplikatorenInnen.

Die Selbsthilfe ist heute professionell aufgestellt. Sie hat eine wichtige Stellung und Funktion in der gesundheitlichen Versorgungslandschaft. Zu ihrem Leistungsspektrum zählen medizinisch orientierte Dienstleistungen wie auch politische Interessenvertretung. Über das Mitspracherecht in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) erhält sie Einfluss auf Entscheidungen auf höchster politischer Ebene.

Dieses weit gesteckte Leistungsspektrum der Selbsthilfe bedarf einer verbindlichen Absicherung finanzieller und personeller Ressourcen und führt bei einigen Beteiligten zu einem Finanzierungsdefizit. Dieser Spagat zwischen patientenorientierten Tätigkeiten und Stärkung des institutionellen Charakters im Gesundheitswesen schafft Anfälligkeiten. Auf der Basis einer unzureichend gesicherten Finanzierung entstehen so Verbindungen zwischen Selbsthilfe und Industrie.

Noch im Jahr 2004 deckte die Selbsthilfe 40 % ihres Finanzierungsbedarfs mit Eigenmitteln ab, überwiegend aus Mitgliedsbeiträgen. Zahlen aus dem gleichem Jahr belegen, dass bei ca. 25 % der Selbsthilfeeinrichtungen der Sponsoringanteil unter 20 % liegt. 5 % der Einrichtungen geben an, bereits über die Hälfte ihres Etats aus Sponsoringbezügen zu bestreiten. Die Datenerhebung speist sich aus Selbstauskünften, wahrscheinlich ist, dass die Zahlen höher zu veranschlagen sind.

Gemeinsames Nutzenkalkül beider Sponsoringpartner ist der Wunsch nach Imagegewinn. Zusätzlich zu einer finanziellen Absicherung verspricht sich die Selbsthilfe Einfluss auf Arzneimittel-Produktentwicklung und -gestaltung. Ziel der Pharmaindustrie ist es, stets den Absatzmarkt für neue Medikamente, auch für solche, die noch gar nicht zugelassen sind, zu erweitern. Sie stehen im harten Wettbewerb mit ihren Konkurrenten um die schnellste Zulassung, die erste Veröffentlichung etc. Für diesen Kampf um den Endverbraucher sind Arzneimittelhersteller bereit zu zahlen; 4 Milliarden Euro investieren sie hierzulande in Arzneimittel-Marketing, 30 % des Umsatzes in diesem Bereich, etwa doppelt so viel wie in die Forschung.

Über viele Jahrzehnte suchte die Pharmaindustrie dieses Ziel über gezieltes Sponsoring der Ärzteschaft (z.B. Reisen, Geschenke, Software) umzusetzen, um diese zu entsprechendem Arzneimittelverordnungsverhalten zu veranlassen. Rund 35.000 Euro pro niedergelassenen Arzt und Jahr investiert die Industrie in diesen Zweck. Seit der Gesundheitsreform gibt es eine Gesetzesänderung, die sachfremde

Leistungen unter Strafe stellt. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber eine Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie (FSA) eingeführt, die einen Verhaltenskodex definiert. Viele Ärzte haben sich zudem freiwillige Selbstverpflichtungserklärungen über Selbstauskünfte zur Offenlegung von Interessenkonflikten z.B. über Beraterverträge mit der Industrie auferlegt. So ist die Industrie heute genötigt, den Umweg über die Arzneimittel-Anwendungsbeobachtungsstudien zu nehmen, um ÄrztInnen und PatientInnen mit neu auf dem Markt befindlichen Arzneimitteln „vertraut“ zu machen.

Für rezeptpflichtige Arzneimittel darf die Pharmaindustrie laut dem Heilmittelwerbegesetz nur in Fachkreisen werben. Der direkte Zugang zum Endverbraucher mittels des Multiplikatoreneffekts der Selbsthilfe ist ein unbezahlbares Potenzial. Die Glaubwürdigkeit, Betroffenheit und Neutralität der Selbsthilfemitglieder nutzen die Anbieter für ihre eigenen ökonomischen Interessen. Über das Mitspracherecht der PatientInnenvertreter u.a. in den Gremien des G-BA versprechen sich Lobbyisten der Anbieter, Einfluss auf Entscheidungen im Leistungskatalog der GKV nehmen zu können.

Die Strategien der Pharmaindustrie haben sich verfeinert, sind subtil und perfide, und werden über ausgelagerte Marketing- und PR-Agenturen abgewickelt. Nicht-Transparenz ist dabei ihr Motto.

### Strategien der Einflussnahme

Strategien der Einflussnahme seitens der Pharmaindustrie auf die Selbsthilfe:

- Arzneimittel-Produktwerbung auf Vorträgen und Kongressen, unter Umgehung des Heilmittelwerbegesetzes, auch im „off-label-use“
- Arzneimittel-Publikationen in Verbandszeitschriften, Web-Sites, auf Vorträgen, über den wissenschaftlichen Beirat
- Prä-Marketing von Arzneimitteln, Bedürfnisse nach neuen Arzneimitteln werden geweckt

- Rekrutierung von Selbsthilfe-Mitgliedern für wissenschaftliche Studien
- Über Adresslisten verschafft sich die Pharmaindustrie Zugriff auf große Mitgliederdateien
- Gründung, Beratung, Leitung von Selbsthilfegruppen durch die Pharma-Industrie
- Einrichtung von Web-Sites durch die Pharmaindustrie:  
www.selbsthilfe.de (bis 2006: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie-BPI, heute eine Kommunikations GmbH);  
www.leben-mit-MS.de (Serono);  
www.ms-life.de (Biogen Idec GmbH);  
www.selbsthilfegruppen.de (bis 30.4.2005: BASF AG, heute eine Consulting Agentur)
- Industriefreundliche Ergebnisdarstellung von wissenschaftlichen Studien
- Pharmagesponserte Leitlinienerstellung der medizinischen Fachgesellschaften
- Gleichzeitige inhaltliche Einbindung pharmagesponserter, wissenschaftlicher Meinungsführer in medizinische Fachgesellschaften sowie in wissenschaftliche Beirats-tätigkeit von Selbsthilfeorganisationen
- Organisation der Medienentwicklung und Öffentlichkeitsarbeit durch pharmagesponserte PR-Agenturen
- Pathologisierung physiologischer Vorgänge (Disease Awareness/ Disease Mongering Campaigns) – Nachfolgende Gründung von Selbsthilfegruppen der entstehenden „Krankheitsbilder“
- Arzneimittel-Werbung über Leitfiguren aus Sport und Unterhaltungsbranche

- Verdeckte Arzneimittel-Werbung über Prominente („Trojanisches Pferd“)
- Kommunikations- und Strukturanalyse von Selbsthilfegruppen/ Selbsthilfeorganisationen über ausgelagerte Meinungsforschungsinstitute
- Marketing als Gesundheitsaufklärung getarnt
- Entwicklung und Ausführung von Patientenschulungen
- Corporate Citizenship – Profit mit Non-Profit

### Lösungsvorschläge

1. Absicherung personeller, finanzieller und struktureller Ressourcen der Selbsthilfe unter Einbeziehung sämtlicher Sozialversicherungsträger und der öffentlichen Hand

2. Transparenz auf Nutzer- und Anbieterseite:

- auf Seiten der Selbsthilfe: Selbstverpflichtungserklärung über Mittelverwendung
- auf Seiten der Öffentlichen Hand und der Sozialversicherungsträger: Verbindlichkeit und Transparenz bei der Mittelvergabe
- auf Seiten der Industrie: Deklaration über Sponsoringverträge mit Selbsthilfe- und Patientengruppen sowie Vertretern der Wissenschaft
- auf Seiten der Wissenschaftlichen Beiräte: Offenlegung pharmagesponserter Verträge bei Vorträgen und der Erstellung medizinischer Leitlinien

3. Errichtung einer Monitoringstelle: Es wäre sinnvoll, eine unabhängige Beratungs- und Kontrollstelle zu errichten. Diese könnte Beratungsaufgaben beim Abwickeln von Sponsoringverhandlungen zwischen Selbsthilfe und Industrie übernehmen und als Schiedsstelle bei intransparenten Aktionen agieren.

Hier könnte ein Qualitätskodex entwickelt werden, der für die Selbsthilfe wie für die Industrie bindend sein sollte. Bei Nichteinhalten dieses Kodex würden die Betroffenen von einer entsprechenden Referenzliste gestrichen.

4. Kriterien für eine Selbstverpflichtungserklärung: Diese Kriterien sollten von den Selbsthilfegruppen erfüllt sein, die eine Förderung durch die GKV anstreben.

Es müssen ethische Grundregeln vereinbart und schriftlich verankert werden.

Die Anonymität der Mitglieder muss gewahrt bleiben. Adressen dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ziele über Angebote und Tätigkeiten in der Selbsthilfegruppe und -organisation müssen klar definiert werden.

Patientenschulungen müssen neutral, unabhängig von der Pharmaindustrie erfolgen.

Es dürfen keine Arzneimittelproduktwerbung oder Arzneimittelempfehlungen in Zeitschriften, in den Internetauftritten der Selbsthilfegruppe oder bei Vorträgen oder Kongressen vorkommen.

Jeglicher Werbekontakt auf Patientenkongressen zwischen Herstellern verschreibungspflichtiger Arzneimittel und Betroffenen sollte unterbleiben.

Arzneimittelpublikationen in Zeitschriften und Internet sollten nicht ausschließlich mit den Leitlinien deutscher Fachgesellschaften übereinstimmen, es sollte vielmehr ein Abgleich mit anderen Publikationen oder Stellungnahmen von industrieunabhängigen Institutionen vorgenommen werden (z.B. BfArM, NICE, IQWiG u. a.).

Der Wissenschaftliche Beirat sollte seine Unabhängigkeit von der Industrie darlegen können oder bestehende Beraterverträge allgemein zugänglich offen legen.

Der Wissenschaftliche Beirat sollte präzise formulierte Zielvorstellungen seiner Tätigkeit in der Selbsthilfeorganisation definieren.

Pharmagesponserte Referenten sollten für Vorträge nur dann akzeptiert werden,

wenn vor der Zuhörerschaft eine Erklärung erfolgt.

Es sollte keine verdeckte, pauschale oder personenbezogene Förderung erfolgen, ebenso wenig Sachleistungen durch die Pharmaindustrie.

Bei einer projektbezogenen Förderung durch die Pharma-Industrie sollten die Inhalte und die Finanzierung offen gelegt werden, nach innen und außen, z.B. auf der Homepage (zugänglich für Mitglieder und Andere).

Die Kontrolle über die Inhalte eines pharma-geförderten Projektes sollte stets der Selbsthilfe obliegen.

Es sollte das Fortbestehen eines gesponserten patientenrelevanten Projektes auch beim Wegfall der Förderleistung gesichert sein.

Es sollten keine Serviceleistungen zur Medienentwicklung und Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Erstellen von Web-Sites, Broschüren und Flyern etc.) über PR-Agenturen, von der Pharma-Industrie finanziert, erfolgen.

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen:*

*Quelle der Daten und Zahlen sowie weitere Details unter:*

[www.vdak.de/vertragspartner/Selbsthilfe/selbsthilfe\\_werkstattbericht\\_01\\_2007.pdf](http://www.vdak.de/vertragspartner/Selbsthilfe/selbsthilfe_werkstattbericht_01_2007.pdf)

*Dr. Kirsten Schubert, Ärztin, Zentrum für Sozialpolitik(ZeS), Universität Bremen, Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Parkallee 39, 28209 Bremen, Tel.: 0421 / 218 4371, Fax: 0421 / 218 7540, E-Mail: [kschubert@zes.uni-bremen.de](mailto:kschubert@zes.uni-bremen.de)*



## Wes Brot ich ess, des Lied ich sing

*Ein Interview mit Sylvia Groth, Geschäftsführerin des Grazer Frauengesundheitszentrums, zu dem schwierigen Verhältnis zwischen Selbsthilfegruppen und Pharmakonzernen.  
Felice Gallé*

*Welche Bedeutung haben Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen?*

**Groth:** In der Frauengesundheitsbewegung, aus der ich komme, eine sehr hohe! Wir hatten und haben das Motto: „Wir sind Expertinnen für uns selbst“. Dieses Bewusstsein ist Grundlage für Selbsthilfe. Durch zahlreiche internationale Erklärungen und Grundsatzpapiere hat Selbsthilfe auch offiziell Anerkennung gefunden und ist – wenigstens theoretisch – zu einem wichtigen Bestandteil des Gesundheitswesens geworden. Heute sitzen VertreterInnen von Selbsthilfegruppen in vielen Gremien und gewinnen damit auch politisch an Einfluss.

*Welche Entwicklung sehen Sie für die Zukunft?*

**Groth:** Der Anteil chronisch kranker Frauen und Männer wird steigen. „Erfahrene“ PatientInnen wirken verstärkt mit, überlassen nicht mehr alle Entscheidungen den ÄrztInnen. Sie wollen am Gesundheitswesen beteiligt werden. Durch die steigende Flut an Information wird Orientierung aber immer schwieriger. Heute sind etwa fünf Prozent Betroffene in Selbsthilfegruppen organisiert. Die Zahl wird zunehmen. Es wird immer mehr Selbsthilfegruppen geben – und sie werden weiterhin um ihr finanzielles Überleben kämpfen müssen. Lauter Faktoren, die es der Pharmaindustrie leicht machen, Einfluss zu nehmen.

*Was macht Selbsthilfegruppen für die Pharmakonzerne interessant?*

**Groth:** Mehr als alles andere: ihre Glaubwürdigkeit! Selbsthilfegruppen gelten als gemeinnützig, kritisch und unabhängig. Die Pharmafirmen wollen diese Glaubwürdigkeit kaufen, ihr Image verbessern, sich „fürsorglich, barmherzig, kooperationswillig“ präsentieren und natürlich ihre Gewinne maximieren. Das ist nicht grundsätzlich verwerflich. Pharmafirmen sind kommerzielle Betriebe. Ihr Ziel muss daher der Auf- und Ausbau von Absatzmärkten sein.

*Wie nützen ihnen dabei die Selbsthilfegruppen?*

**Groth:** Die Pharmaindustrie hat Selbsthilfegruppen als ideale Zielgruppe für ihr Marketing entdeckt. Das ist kein Wunder, denn – in der Sprache des Marketings gesagt – die ÄrztInnen sind als Vertriebskanal gesättigt, es bedarf neuer Geschäftsfelder. Selbsthilfegruppen bedeuten neues KundInnenpotenzial, neues Gewinnpotenzial. Dabei sichern gerade lebenslange Erkrankungen Absatzmärkte. Und im Falle Selbsthilfegruppen ist Werbung ohne Streuverluste garantiert. Sogenanntes „direct to patient marketing“ ist damit preisgünstig und effektiv.

*Mit welchen Strategien und Methoden arbeiten Pharmakonzerne?*

**Groth:** Die Strategien und Methoden sind zahlreich und werden auf ganz verschiedenen Ebenen angewandt. So werden etwa neue Krankheiten kreiert, wenn ein entsprechendes Medikament auf den Markt kommt – Beispiel: Reizdarm. Oder es werden schon lange bestehende Probleme plötzlich mit großem Aufwand und Budget thematisiert, weil es ein neues Arzneimittel gibt. Auf diese Art sind etwa Human-Papilloma-Viren (HPV) berühmt gemacht worden, seit es eine Impfung gegen sie gibt. Dieses Agenda Setting, als das Setzen von Themen in der Öffentlichkeit, ist für die Pharmafirmen besonders wichtig, weil für verschreibungspflichtige Arzneimittel selbst vernünftigerweise in Österreich und Deutschland nicht geworben werden darf.

*Was bedeutet Astroturfing?*

**Groth:** Bei PR-Kampagnen zur Einführung eines neuen Medikaments werden häufig Selbsthilfegruppen aktiviert oder sogar gegründet. So wird vorgegeben, es handle sich um eine Bewegung von unten. Den Mitgliedern dieser Selbsthilfegruppen wird etwa nahe gelegt, bestimmte Medikamente von den ÄrztInnen zu fordern. Mitarbeiter von Pharmafirmen oder deren PR-Agenturen geben in Internet-Foren als angebliche Betroffene Tipps zum „richtigen“ Medikament. Man weiß auch von fingierten LeserInnenbriefen. Auf Veranstaltungen und Pressekonferenzen werden

Betroffene mediengerecht vorgeführt, um Druck auf die Politik auszuüben, damit ein gewisses Mittel für eine weitere Gruppe zugelassen wird oder die Kosten von der Krankenkasse übernommen werden.

*Gibt es dafür ein aktuelles Beispiel?*

Ein aktuelles Beispiel aus Österreich ist die Initiative gegen Gebärmutterhalskrebs. Die gleiche PR-Agentur betreut diese Initiative und den Impfstoff-Hersteller. Hier wird Identifikation über eine prominente Leitfigur geboten, eine beliebte Schauspielerin, die selbst in irgendeiner Form betroffen ist. Der Promi-Faktor garantiert, dass Medien gerne berichten. Zugleich wird die Arzneimittel-Wahl „gebahnt“. Dazu wird umfassende Information versprochen – die Qualität des Inhaltes entspricht aber nicht der Qualität des Layouts.

*Weshalb halten Sie Informationsmaterial von den Pharmafirmen für mangelhaft?*

**Groth:** Arzneimittelinformation von Pharmafirmen ist eher von wirtschaftlichen Interessen geprägt als von neutralen, wissenschaftlichen Forschungsergebnissen.

9 von 10 Studien sind ohnehin von der Pharmaindustrie bezahlt. Weiters werden Studienergebnisse nur veröffentlicht, wenn sie für die Produkte der jeweiligen Pharmafirma sprechen. Es werden nicht Vor- und Nachteile dargestellt. Vergleiche zu bisherigen, bewährten und oft billigeren Medikamenten fehlen – schließlich soll ja ein neues Produkt beworben werden.

*Ist es nicht für die PatientInnen wichtig, dass die Pharmaindustrie in die Forschung investiert?*

**Groth:** Im Prinzip schon. Wir müssen uns aber die Zahlen genau ansehen: So investiert die Pharmaindustrie nur 10 Prozent ihres Umsatzes in Forschung, aber 40 Prozent in Marketing. Seit 1990 wurden etwa in Deutschland 460 neue Medikamente zugelassen. Davon waren sieben tatsächlich neu. 453 waren Nachahmepreparate ohne medizinischen Fortschritt. Viele Produkte sind neu und teuer, tragen aber nicht zu einer besseren Behandlung bei – manchmal sogar im Gegenteil.

*Ist eine gleichberechtigte Partnerschaft zwischen Selbsthilfegruppen und Pharmakonzernen möglich?*

**Groth:** Pfizer hat einen Reingewinn von acht Milliarden Dollar pro Jahr. Das Jahreseinkommen des Geschäftsführers beträgt 75 Millionen Dollar. Es gibt also ein großes Machtgefälle. Dazu kommen die unterschiedlichen Aufgaben: Gewinnmaximierung auf Seiten der Konzerne. Selbsthilfegruppen hingegen stehen für: Gleichberechtigte, gegenseitige Beratung, Begleitung und Hilfe, um eine Krankheit besser zu bewältigen.

*Warum kooperieren Selbsthilfegruppen dann mit Pharmakonzernen?*

**Groth:** Weil sie chronisch unterfinanziert sind. Manche erhoffen sich, dass ihre Krankheit und ihr Engagement dadurch gesellschaftlich bekannt und anerkannt werden. Viele suchen Wege, um mehr Betroffene besser zu erreichen. Häufig bieten Pharmafirmen an, Flyer, Website und Veranstaltungen durch ihre PR-Abteilung machen zu lassen. Dadurch werden Dinge möglich, die sonst undenkbar wären – von der Hochglanzbroschüre bis zum Kongress samt großem Buffet. Da die Pharmafirma auch RednerInnen stellt, kommt garantiert die richtige (Werbe-) Botschaft an das (Ziel-)Publikum. Außerdem ist die Adressenliste solcher Veranstaltungen von großem Wert für ein Unternehmen. Trotzdem sind die Angebote natürlich verlockend. Viele Selbsthilfegruppen durchschauen das System auch bereits und glauben, es ihrerseits benutzen zu können.

*Was sollten Selbsthilfegruppen bedenken, wenn sie Sponsoring von Pharmafirmen annehmen wollen?*

**Groth:** Sie müssen wissen, es geht um ihre Glaubwürdigkeit – ihr höchstes Gut. Daher ist Transparenz wichtig. Beratung bietet etwa die Antikorruptionsorganisation Transparency International in Berlin und die Selbsthilfekontaktstellen SEKIS und NAKOS. Wichtig ist, dass die Selbsthilfegruppe verbindliche Regeln entwickelt, etwa eine Selbstverpflichtungserklärung oder Leitlinien. Diese sollte gemeinsam mit den Finanzen veröffentlicht werden,

auch auf der Website. Sponsoring – sei es in Form von Geld oder Dienstleistungen – sollte niemals für Kernbereiche wie die Öffentlichkeitsarbeit angenommen werden. Interessenskonflikte müssen genannt werden.

*Was wäre nötig, um die Situation generell zu verbessern?*

**Groth:** Die Selbsthilfegruppen müssen bewusst mit dem Thema umgehen. Frauen und Männer, die sich einer Selbsthilfegruppe anschließen wollten, sollten nachfragen: Welche Werte vertritt die Gruppe? Woher erhält sie Unterstützung und Geld? Wie kommt sie zu ihrem Wissen, ihren Empfehlungen und Forderungen? Und die Pharmaindustrie muss offen legen, wen sie bezahlt.

In Österreich etwa braucht es auch noch viel Aufklärung über die verschiedenen Marketing-Methoden der Pharmaindustrie. Vor allem aber braucht der Selbsthilfebereich als vierte Säule des Gesundheitswesens eine gesetzlich geregelte und öffentlich gesicherte Finanzierung. Theoretischen Bekenntnissen zur Bedeutung der Selbsthilfe sollen Taten folgen.

*Wie schaut es aus in der Steiermark?*

Wir hatten im Herbst 2006 ein Treffen der Steirischen Selbsthilfegruppen, in Kooperation mit der Selbsthilfekontaktstelle des SBZ in Graz, anlässlich derer wir das Thema Pharmafinanzierung von Selbsthilfegruppen vorstellten. Diese Selbsthilfegruppen hatten sich mehrheitlich noch nicht intensiv mit dem Thema befasst. Wir begannen mit einem Erfahrungsaustausch zum Thema Finanzierung.

Die grundsätzlichen politischen Informationen zum Marketing der Pharmafirmen lagen ihnen eher weiter weg. Was sie kritisierten, war, wie mühsam eine Förderung durch öffentliche Stellen ist. Dies bestätigte mich in der Einschätzung, dass die öffentliche Hand die Selbsthilfegruppen quasi ausliefert, wenn sie sie nicht als dritte Säule des Gesundheitswesens anerkennt und ihre Unkosten finanziert. Denn sie arbeiten ja schon ehrenamtlich.

Was ich bei dem Treffen hilfreich fand, war ein Vortrag der Anonymen Alkoholiker. Sie

sind nicht nur die älteste Selbsthilfegruppe, gegründet in den USA in den 1930er Jahren, sondern auch die, die von niemandem Geld nimmt, auch nicht von öffentlichen Stellen. Ihre Begründung fand ich eindrucksvoll. Jeder hat früher ja viel Geld für alkoholische Getränke verwendet, also können sie selbst Beiträge leisten, um nicht erneut abhängig zu werden. Sie finanzieren selbst mit eigenen Geldern ihre Fahrtkosten. Dafür übernehmen sie Verantwortung. Sie sind überzeugt davon, dass, wenn sie nicht unabhängig wären, es sie schon längst nicht mehr gäbe. Dann hätte sie jemand eingekauft. 1951 erhielten sie einen Preis. Sie nahmen die Urkunde und ließen das Geld liegen. Damals wies ein Mitglied darauf hin, dass sie dadurch sonst gekauft würden.

Ein zweites Treffen fiel mangels Teilnehmerinnen aus. Wir werden das Thema Pharmafinanzierung und Marketing weiter verfolgen, indem wir es in eine Fortbildung zur Finanzierung von Selbsthilfegruppen im Herbst 2007 integrieren.

*Mag.<sup>a</sup> Sylvia Groth MAS ist Medizinsoziologin und seit 1999 Geschäftsführerin des Grazer Frauengesundheitszentrums.*

*Dr.<sup>in</sup> Felice Gallé ist Referentin für Öffentlichkeitsarbeit am Frauengesundheitszentrum und hat das Interview geführt.*

*Internet: [www.fgz.co.at](http://www.fgz.co.at)*

#### Literatur

Angell, Marcia: Der Pharma-Bluff - Wie innovativ die Pillenindustrie wirklich ist. Bonn/Bad Homburg 2005.

Glaeske, Gerd; Schubert, Kirsten: Einfluss des pharmazeutisch-industriellen Komplexes auf die Selbsthilfe. Ein Werkstattbericht zur Entwicklung und Förderung des internen Diskurses zwischen Krankenkassen und Selbsthilfegruppen. Universität Bremen – Zentrum für Sozialpolitik, 2006.

Keller, Martina: Geben und einnehmen: Selbsthilfegruppen sind für Schwerkranke ein letzter Halt – dabei arbeiten sie oft mit Pharmakonzernen zusammen und riskieren ihre Glaubwürdigkeit. In: Die Zeit, 21/2005.



### Zum Förderanteil verschiedener Kostenträger bei überregionalen Selbsthilfeorganisationen

In Deutschland haben sich mittlerweile mehr als 430 landes- und bundesweit tätige Selbsthilfeorganisationen und -vereinigungen herausgebildet, die in der Regel zu einem umschriebenen Indikationsgebiet oder Problembereich arbeiten (z.B. Borreliose Bund Deutschland e.V., Deutscher Kinderhospizverein). Nahezu 95 % dieser Organisationen bieten Unterstützungsleistungen für Nicht-Mitglieder bzw. interessierte Betroffene an. Die Unterstützungsleistungen werden – je nach Größe und Mitgliederzahl der Organisation – auch durch hauptamtliche Mitarbeiter/innen

erbracht. Zur Aufrechterhaltung dieser Unterstützungsarbeit ergibt sich ein höherer Finanzierungsbedarf für Personal- und laufende Betriebskosten, der mit Größenordnungen des Förderbedarfs einer örtlichen Selbsthilfegruppe nicht vergleichbar ist.

Die NAKOS führt in regelmäßigen Abständen Erhebungen zur Arbeits- und Förderungssituation von bundesweiten Selbsthilfeorganisationen / -vereinigungen durch. Die letzte Erhebung fand im Jahr 2005 in Bezug auf das Jahr 2004 statt; die Zahl der in diese Befragung einbezogenen Organisationen und Vereinigungen betrug 357. Folgende wesentlichen Ergebnisse sind für die Frage nach dem Förderanteil verschiedener Kostenträger von Interesse:

1. Trotz der zunehmenden Bedeutung der direkten finanziellen Förderung der Selbsthilfe durch die öffentliche Hand und die Sozialversicherungsträger bestreiten die in der Selbsthilfe Engagierten einen erhebli-

chen Anteil (in 2004 durchschnittlich 42 %) ihres Finanzierungsbedarfes aus Eigenmitteln (überwiegend Mitgliedsbeiträge).

2. Rund die Hälfte der bundesweit tätigen Selbsthilfeorganisationen / -vereinigungen erhielt überhaupt keine Förderung auf Bundesebene.

3. Rund ein Fünftel des Finanzierungsbedarfs wurde aus Fördermitteln der gesetzlichen Krankenkassen bestritten.

4. Rund ein Sechstel wurde aus Spenden und Stiftungsmitteln gedeckt.

5. Der Finanzierungsanteil durch *Sponsoring* (was außer der pharmazeutischen und Heil- und Hilfsmittelindustrie auch andere Wirtschaftsunternehmen einschließt) betrug durchschnittlich lediglich 6 %. Über 70 % der Selbsthilfeorganisationen / -vereinigungen erhielten gar keine Sponsorenmittel, lediglich neun Organisationen ga-

ben einen Finanzierungsanteile durch Sponsoring zwischen 41 und 70 % an. Bei Selbsthilfeorganisationen aus dem Bereich chronische Erkrankung und Behinderung (gesundheitsbezogene Selbsthilfe) betrug der durchschnittliche Finanzierungsanteil durch Sponsoring 7,4 %.

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: DR. JUTTA HUNDERTMARK-MAYSER, Gesundheitsbezogene Selbsthilfe / Stv. Geschäftsführerin, NAKOS, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Wilmersdorfer Straße 39, 10627 Berlin, Tel.: 030 - 31 01 89 - 80, Fax: 030 - 31 01 89 - 70, E-Mail: [jutta.hundertmark@nakos.de](mailto:jutta.hundertmark@nakos.de) Internet: <http://www.nakos.de>*



## Selbsthilfe und Pharmazeutische Industrie

Seit November letzten Jahres wird bundesweit sehr engagiert über die Verflechtungen von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeverbänden und den sie finanziell fördernden pharmazeutischen Unternehmen diskutiert. Diese Diskussion ist sinnvoll und notwendig. Es gibt Strategien pharmazeutischer Unternehmen, über die Förderung der Selbsthilfe Einfluss auf die für sie wichtigen Patientinnen und Patienten zu erlangen. Denn diese finden in wichtigen Gremien des Gesundheitswesens immer stärker Gehör und sind mittlerweile an maßgeblichen Entscheidungen beratend beteiligt.

Wie soll nun die Selbsthilfe mit den Einflussnahmestrategien von Geldgebern umgehen? Wo ist die Grenze zwischen Förderung und Ausnutzung der Selbsthilfe?

Aufgabe der Selbsthilfe-Unterstützung ist es, Selbsthilfegruppen und -organisatio-

nen beim bewussten und verantwortungsvollen Umgang mit finanziellen Mitteln zu unterstützen, soweit dies nötig ist.

Das Selbsthilfe-Büro Niedersachsen und der Arbeitskreis Niedersächsischer Kontakt- und Beratungsstellen im Selbsthilfebereich haben sich dieser Fragestellung schon lange vor der öffentlichen Diskussion um die Bremer Studie angenommen und einen Beitrag zur notwendigen Diskussion über Möglichkeiten und Grenzen von Spenden und Sponsoring verfasst.

Das folgende Papier ist außerdem ein Orientierungsrahmen für Selbsthilfegruppen und -organisationen bei der Auseinandersetzung mit der möglichen Einflussnahme von Wirtschaftsunternehmen auf die Aktivitäten der Selbsthilfe.

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: Selbsthilfe-Büro Niedersachsen, DÖRTE VON KITTLITZ, Gartenstraße 18, 30161 Hannover, Tel: (05 11) 39 19 28, E-Mail: [selbsthilfe-buero-nds@gmx.de](mailto:selbsthilfe-buero-nds@gmx.de)*



## Umgang mit Spenden/Sponsoring im Selbsthilfebereich

*Selbsthilfe-Büro Niedersachsen und  
Arbeitskreis Niedersächsischer Kontakt-  
und Beratungsstellen im  
Selbsthilfebereich, Mai 2006*

### Finanzierung von Selbsthilfegruppen/ -organisationen und -kontaktstellen

Für verschiedene Anliegen und Aufgaben benötigen Selbsthilfegruppen, -verbände und Selbsthilfe-Kontaktstellen finanzielle Unterstützung. Die erforderlichen Mittel werden zu einem großen Teil von der öffentlichen Hand und von Krankenkassen zur Verfügung gestellt, aber auch von Rentenversicherungen und Wirtschaftsunternehmen, Pharmafirmen, Heil- und Hilfsmittelherstellern, Banken oder anderen. Dabei ist es üblich, dass die Förderquellen in der Öffentlichkeitsarbeit erwähnt werden.

Da die bisherigen Fördermöglichkeiten im Sozial- und Gesundheitsbereich oft nicht ausreichen, wird von verschiedenen Seiten immer wieder darauf hingewiesen und auch angeregt, Sponsoring und Spenden als weitere Finanzierungsquellen zu nutzen. Dies ist in vielen anderen Bereichen, etwa Kultur oder Sport, durchaus üblich. Vielen Selbsthilfegruppen und auch den meisten Selbsthilfe-Kontaktstellen bleiben diese Möglichkeiten aber verschlossen, da für Sponsoring entweder die Reichweite oder aber die öffentliche Wirkung ihrer Themen oder Dienstleistungen nicht ausreichend ist.

Einige Selbsthilfegruppen und -organisationen aus dem Gesundheitsbereich sind für Pharmaunternehmen und Heil- und Hilfsmittelhersteller interessante Partnerinnen. Manche dieser Gruppen und Verbände finanzieren einen Teil ihrer Arbeit durch diese Unternehmen. Auf der Ebene der Bundesverbände beträgt der Anteil der Finanzierung durch Sponsoring und Spenden allerdings nicht einmal durchschnittlich sechs Prozent der Gesamtfinanzierung (nach einer Erhebung der NAKOS 5,8 % im Jahr 2004; siehe Schilling, Ralph, 2006).

### Zur Rolle der Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen

Die Mitglieder der Selbsthilfegruppen und -organisationen verbindet insbesondere das gemeinsame Interesse an der Linderung ihrer Erkrankungen. Eine für viele wichtige Funktion der Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeverbände ist daher der Austausch von Informationen über Diagnose- und Therapiemöglichkeiten.

Selbsthilfegruppen definieren ihre Ziele und Aktivitäten und damit die Rolle, die sie im Gesundheits- und Sozialwesen übernehmen wollen, selbst. Diese Autonomie muss gewahrt werden. So kann zum Beispiel von Selbsthilfegruppen nicht erwartet werden, dass sie vorwiegend für bestimmte Arten von Therapien eintreten oder zum Beispiel eine Rolle als permanente Kritikerinnen von Pharmaunternehmen einnehmen.

Allerdings haben gerade die Mitglieder von Selbsthilfegruppen durch die gegenseitige Information sehr gute Möglichkeiten, Therapieverfahren kritisch zu vergleichen. Die Selbsthilfe ist also eher eine Garantin dafür, dass es einen kritischen Vergleich zwischen Medikamenten und/oder Heilverfahren gibt.

### Was „dürfen“ Selbsthilfegruppen und was sollten sie dabei beachten?

Selbsthilfegruppen und -verbänden muss erlaubt sein, einerseits Therapien und auch Medikamente, mit denen gute Erfahrungen gemacht wurden, weiterzuempfehlen und andererseits auf Therapien und Medikamente hinzuweisen, mit denen schlechte Erfahrungen gemacht wurden. Dabei kann es auch zu positiven Darstellungen zugunsten von Produkten kommen, deren Herstellerfirmen einen Selbsthilfeverband finanziell unterstützen und zwar dann, wenn es hierfür fachliche Gründe gibt. Dies kann zum Beispiel der wissenschaftlich nachgewiesene Nutzen gegenüber anderen Medikamenten sein. Manchmal liegen Erfahrungsberichte von Selbsthilfegruppenmitgliedern vor oder aber es gibt nur ein Medikament für diese Erkrankung.

**Vorsicht ist geboten bei Versuchen von Spender/innen und Sponsor/innen:**

- die Gründung oder die Arbeit von Selbsthilfegruppen aktiv mitzugestalten
- Vorgaben für die Öffentlichkeitsarbeit zu machen
- Werbung für bestimmte Produkte oder Therapien über die Selbsthilfegruppe zu lancieren
- über die Selbsthilfegruppen Patient/innen für Studien zu rekrutieren
- auf die Organisation und die Auswahl von Referent/innen für Veranstaltungen einzuwirken
- Vertreter/innen ihrer Firmen oder ihnen wohlgesonnene oder von ihnen finanziell begünstigte Personen in Beiräte von Selbsthilfeorganisationen zu entsenden
- Unterstützungsangebote zu etablieren, die geeignet sind, eine ihnen gegenüber unkritische Haltung unter den Mitgliedern der Selbsthilfegruppen zu schaffen

**Selbsthilfegruppen/ -organisationen und -kontaktstellen sollten**

- Neutralität und Unabhängigkeit wahren
- ihre Arbeit unabhängig von Pharmaunternehmen und Heil- und Hilfsmittelherstellern leisten können
- Transparenz über ihre Finanzierung herstellen
- Vereinbarungen mit allen Arten von Wirtschaftsunternehmen nachvollziehbar schriftlich fixieren
- die Inhalte ihrer Arbeit an den Interessen ihrer Mitglieder / der Betroffenen orientieren und nicht an den Interessen ihrer Geldgeber/innen

**Wie können Wirtschaftsunternehmen Selbsthilfegruppen finanziell unterstützen ohne korrupte Strukturen zu schaffen?**

- Transparenz der finanziellen Unterstützung herstellen
- sich schriftlich verpflichten, keinerlei Einfluss auf die Arbeit der Selbsthilfegruppe/ Selbsthilfeorganisation zu nehmen
- Selbsthilfefonds von Wirtschaftsunternehmen gründen

**Quellen:**

- Fachdiskussion zum Thema im Arbeitskreis Niedersächsischer Kontakt- und Beratungsstellen im Selbsthilfebereich November 2005
- DAG SHG e. V.: Leitlinien zur Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen vom 22.06.2004
- NAKOS-Erhebung 2004 zum Thema Finanzierung der Selbsthilfe-Bundesverbände durch Sponsoren
- Erika Feyerabend in: Pharma-Brief Spezial 1/2004: Selbsthilfe und Pharmaindustrie – eine gefährliche Partnerschaft
- Pharma-Brief 6/2004: Ohne Moos nichts los?
- Erika Feyerabend in Dr. med. Mabuse 154: Problematische Partnerschaften
- DIE ZEIT DOSSIER Nr. 21/2005: Geben und einnehmen
- DIE ZEIT DOSSIER Nr. 21/2005: Bloß keine Abhängigkeiten!
- Martina Keller in BRIGITTE Nr. 17/2005: Selbsthilfe braucht Schutz!



## Selbstverpflichtungserklärung als Instrument für Neutralität und Unabhängigkeit der Selbsthilfe?

*Jutta Hundertmark-Mayser*

Für ihre Arbeit benötigen Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen finanzielle Unterstützung. Sie erhalten Zuwendungen von der öffentlichen Hand und von Krankenkassen, aber auch von Unternehmen aus der Gesundheitsindustrie, also von Pharmafirmen, Heil- und Hilfsmittelherstellern sowie von Banken oder als private Spenden. Das entbehrt nicht einer gewissen Brisanz, denn bei Selbsthilfegruppen holen sich Betroffene Rat und tauschen Erfahrungswissen aus und die Basis für ihre Akzeptanz ist ihre Neutralität.

In den Medien wird immer wieder der Verdacht geäußert, dass Selbsthilfegruppen und -organisationen durch Annahme und Verwendung von Sponsorengeldern dem Einfluss der Pharmaindustrie unterliegen würden. Ausgelöst wurde die Diskussion unter anderem durch eine öffentlichkeitswirksame Kampagne von Transparency Deutschland gegen „Transparenzmängel, Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen“, die die vielfältigen Verflechtungen zwischen Industrie, Verbänden und Patientenorganisationen aufzeigte.

Die Diskussion und Auseinandersetzung um ihre Neutralität und Unabhängigkeit wird in den letzten Monaten auch in der Selbsthilfe intensiver geführt. Dem Beispiel der Spitzenorganisationen der Selbsthilfe folgend verpflichteten sich immer mehr Selbsthilfeorganisationen zur Einhaltung von Leitlinien zur Zusammenarbeit mit Wirtschaftsunternehmen. Dabei nutzen Selbsthilfeorganisationen sogenannte „Selbstverpflichtungserklärungen“ als Instrument, in dem die Ziele der eigenen Arbeit definiert und, darauf aufbauend, klare Regeln für den Umgang mit Sponsoren zur Vermeidung von Interessenkonflikten festgelegt werden. Bei der Formulierung einer solchen Erklärung wird innerhalb der Selbsthilfeorganisationen die notwendige Diskussion über die potenziel-

len Gefahren von Einflussnahmen geführt und anhand konkreter Beispiele beleuchtet. Eventuelle nicht wahrgenommene Abhängigkeiten werden transparent.

### Monitoringverfahren

Die BAG Selbsthilfe und das FORUM im Paritätischen Wohlfahrtsverband als die beiden großen Dachverbände der Patientenselbsthilfe haben in 2007 ein Monitoringverfahren etabliert, in dem der Prozess der Erstellung solcher Erklärungen begleitet und Zweifelsfälle erörtert werden können. Dabei gilt: Sponsoring an sich ist ein legitimes Mittel zur Sicherung finanzieller Ressourcen. Ein Problem damit entsteht nur dort, wo Sponsoring nicht offen gelegt wird und Abhängigkeiten bestehen.

Auch die gesetzlichen Krankenkassen, die mittlerweile einen (teils) erheblichen Anteil an der Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe übernehmen (durchschnittlich rund 20 Prozent des Finanzierungsbedarfs bundesweiter Selbsthilfeorganisationen) thematisieren verstärkt die Notwendigkeit von Transparenz und Unabhängigkeit. Sie haben sich mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe auf eine ‚Erklärung zur Wahrung von Neutralität und Unabhängigkeit‘ verständigt, die ab dem Förderjahr 2007 zunächst für die Förderung der bundesweiten Selbsthilfeorganisationen verbindlich eingeführt wurde. Hierbei erklären die Antragsteller ihre Unabhängigkeit von Zuwendungsgebern, sofern sie nicht überwiegend von Wirtschaftsunternehmen finanziert werden. Sie verpflichten sich weiter zu einer transparenten Behandlung aller Unterstützungen und Kooperationen mit Wirtschaftsunternehmen und zur Veröffentlichung ihrer Einnahmen aus Fördermitteln und Sponsoring einmal jährlich, zur Einhaltung des Datenschutzes bei der Weitergabe personenbezogener Daten, zu schriftlichen Vereinbarungen bei der Weitergabe von Kommunikationsrechten und zum Verbot der unmittelbaren Produktwerbung sowie zur Wahrung ihrer Unabhängigkeit bei der Durchführung von Veranstaltungen. Die Erklärung soll zu mehr Transparenz über die Finanzsituation der Selbsthilfeorganisationen beitragen. Gleichzeitig soll sie die Chance bieten, die Problematik um die Einflussnahme – speziell der phar-

mazeutischen und der Heil- und Hilfsmittelindustrie – offen zu diskutieren. In der Selbsthilfeszene ist die Erklärung zu Neutralität und Unabhängigkeit grundsätzlich recht positiv aufgenommen worden. Die durch die Selbsthilfeverpflichtungserklärungen angestoßene Diskussion führt in jüngster Zeit zu einer Auseinandersetzung mit dem Thema und trägt schon heute zu mehr Sensibilität und zu mehr Transparenz auf beiden Seiten (Selbsthilfe und Wirtschaftsunternehmen) bei.

Die öffentliche Diskussion um die Beeinflussung der Patientenselbsthilfe hat auch bei der pharmazeutischen Industrie zu einem Umdenken geführt. Pharmaunternehmen bemühen sich mittlerweile verstärkt um Transparenz. Unternehmen wie Janssen-Cilag, Pfizer und auch der Verband forschender Arzneimittelhersteller haben eigene Leitsätze zur Zusammenarbeit mit Patientenselbsthilfegruppen, die öffentlich auch auf deren Internetauftritten

einzu sehen sind. Es gibt aber auch andere Beispiele, die zeigen, wie die Pharma-Industrie die neuen Anforderungen an Transparenz und Dialog mit der Selbsthilfe aufnimmt. Zum Beispiel publiziert die Firma Glaxo Smith Kline als Marketingelement einen eigenen Informationsbrief für Patienten und Selbsthilfegruppen.

*Sie haben Fragen und wollen mehr wissen: DR. JUTTA HUNDERTMARK-MAYSER, Gesundheitsbezogene Selbsthilfe / Stv. Geschäftsführerin, NAKOS, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Wilmersdorfer Straße 39, 10627 Berlin, Tel.: 030 - 31 01 89 - 80, Fax: 030 - 31 01 89 - 70, E-Mail: [jutta.hundertmark@nakos.de](mailto:jutta.hundertmark@nakos.de) Internet: <http://www.nakos.de>*



## Impressum

Rundbrief 23 des Netzwerkes Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen

August 2007, c/o Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Fenskeweg 2, 30165 Hannover, Tel. 0511/38811895, E-Mail: [ute.sonntag@gesundheitsnds.de](mailto:ute.sonntag@gesundheitsnds.de)

Redaktion: Ursula Jeß, Andra Saake, Hildegard Müller, Ute Sonntag

Beiträge: Dr. Felice Gallé, Dr. Frauke Gerhardt, Mag. Sylvia Groth, Ulrike Hauffe, Ilse Hilliger, Nicole Höfling-Engels, Dr. Jutta Hundertmark-Mayser, Alexandra Jahr, Dörte von Kittlitz, Renate Löb, Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Dr. Kirsten Schubert, Ruth Zinner

Der Rundbrief ist Informationsmedium von und für Mitgliedsfrauen des Netzwerkes Frauen/ Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Der nächste Rundbrief erscheint im Winter 2007. Redaktionsschluss ist Ende Oktober 2007.

## Fundraising in Frauengesundheitsorganisationen

Im Mai 1997 veranstaltete eine Gruppe von Frauenorganisationen mit Sitz in Toronto, Kanada, eine Podiumsdiskussion mit dem Titel: „Ethische Standpunkte zur Frauengesundheit: Das heikle Geschäft der Beschaffung von Mitteln aus der Pharmaindustrie“. 2006 wurde diese Diskussion, als Broschüre zusammengefasst, in deutscher Sprache vorgelegt und ist online verfügbar.

*Ein anderes Rezept. Fundraising und Ethik in Frauengesundheitsorganisationen. Pharmasponsoring, das Werbeverbot für verschreibungspflichtige Medikamente und die zerstörenden Effekte von Interessenkonflikten, Berlin, 2006, Reihe Alternativen 1, [www.bcaction.de/pdf/alternativen1.pdf](http://www.bcaction.de/pdf/alternativen1.pdf)*



## Mediothek

### Geschlechtertypisierungen in Familie und Schule

SABINE ANDRESEN, BARBARA RENDTORFF (HRSG.): *Geschlechtertypisierungen im Kontext von Familie und Schule. Jahrbuch Frauen- und Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft 2/2006*, Verlag Barbara Budrich, Opladen, 2006, 151 Seiten, ISBN 11: 3-86649-032-1, 18,90 Euro

Das Aufwachsen in der Familie und das Lernen bzw. die Sozialisation in der Schu-

le sind in hohem Maße durch Geschlechtertypisierungen geprägt. Deren Thematisierung und kritische Analyse hat sich der zweite Band des Jahrbuches Frauen- und Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft vorgenommen. In diesem Band finden sich u.a. Beiträge zur Bedeutsamkeit von familiären Rollenbildern und Geschlechtertypisierungen im Umgang mit Armut an Schulen, zur Herstellung von Männlichkeit im Schulalltag sowie zu Bildungs- und Ausbildungsentwürfen für jugendliche Mütter. (us)



### Burn-out bei Frauen

SABINE FABACH: *Burn-out. Wenn Frauen über ihre Grenzen gehen. Orell Füssli Verlag, Zürich, 2007, 206 Seiten, ISBN 978-3-280-05221-1, 24,00 Euro*

Sabine Fabach arbeitet im Wiener Institut Frauensache seit vielen Jahren mit Frauen, die von Burn-out betroffen oder davon bedroht sind. Sie legt mit diesem Buch ein Burn-out-Stufenmodell vor, mit dem Betroffene Schritt für Schritt aus der Überforderung herausfinden. Die Hinter-

gründe und der Verlauf des Burn-out-Syndroms werden sehr allgemein verständlich dargestellt. Das Buch streift eine große Menge an Themen, von Mobbing und Konfliktmanagement, Selbstwert und Kommunikationsfähigkeit sowie Übervorsorglichkeit bis zur Fleißfalle oder der inneren Achtsamkeit. Das Kapitel über den Umgang mit burn-out-gefährdeten Menschen sowie eine Adressen- und Link-Übersicht beschließen den Ratgeber. (us)



### Anonyme Geburt und Babyklappe

CHRISTINE SWIENTEK: *ausgesetzt – verklappt – anonymisiert: Deutschlands neue Findelkinder. Kirchturm Verlag Martina Gerts, Burgdorf, August 2007, 288 Seiten, ISBN 978-3-934117-10-5, 22,80 Euro*

Anonyme Geburt und Babyklappe sind nach wie vor Themen, die kontrovers diskutiert werden. Ziel bei diesen Aktivitäten ist immer, die Tötung von Neugeborenen (Neonatizide) zu verhindern. Die praktischen Erfahrungen bestätigen mittlerweile die von Anfang an geäußerte Einschätzung, dass dies nicht realistisch ist.

Frau Professor Christine Swientek, Adop-tionsexpertin und Kriminologin und „die“ Expertin bezüglich anonymer Geburt und Babyklappe in Deutschland, hat eine aktu-

elle Bestandsaufnahme zum Thema vorgelegt. Das Buch ist eine hervorragende Darstellung der vorhandenen Informationen zum Thema. Es findet sich ein Rückblick auf die nunmehr 7jährige Geschichte seit Etablierung der ersten Babyklappe in Deutschland; darüber hinaus sind juristische, politische sowie wissenschaftliche Aspekte und – soweit zugänglich – Zahlen und Erfahrungen aus der aktuellen Praxis anonymer Geburten und Babyklappen umfassend dargestellt. Auch die Perspektive betroffener Kinder („künstlich gemachte Findelkinder“) wird beleuchtet.

Dieses Buch ist in jeder Hinsicht lesenswert – egal, ob man sich über die Folgen solcher Maßnahmen Gedanken macht, die Neueinrichtung einer Babyklappe in Erwägung zieht oder Argumente für die Diskussion sammeln möchte.



## Geschlechterforschung in der Medizin

VERA REGITZ-ZAGROSEK; JUDITH FUCHS (HRSG.): *Geschlechterforschung in der Medizin*, Peter Lang Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main, 2006, 186 Seiten, ISBN 3-631-55252-1, 34,00 Euro

Frauen weisen bei vielen Erkrankungen andere Beschwerdebilder auf als Männer, gehen anders mit sich und ihren Erkrankungen um und benötigen andere Behandlungsansätze. Das Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin geht diesen Zusammenhängen in einem jährlich organisierten Symposium nach. Das Symposium von 2006 wird in diesem Sammelband als Werkstattbericht doku-

mentiert. Nicht nur die Vorträge, sondern auch die Posterpräsentationen und der Workshop „Integration von Gender in die medizinische Lehre“ sind präsentiert. Leider sind einige Beiträge nur ein bis zwei Seiten lang und einige medizinische Artikel für Nichtmedizinerinnen schwer zu verstehen. Es sind jedoch spannende aktuelle Ergebnisse z.B. zu Genderunterschieden bei rheumatologischen Erkrankungen und ein ganzes Kapitel mit Artikeln zu verschiedenen Erkrankungen aus dem Herz-Kreislauf-Bereich enthalten. Gender-spezifische Strategien für die Prävention werden ebenso angesprochen wie die Karriereplanung für Ärztinnen in Hochschule, Klinik und Praxis. (us)



## Häusliche Gewalt

FACHSTELLE FÜR GLEICHSTELLUNG STADT ZÜRICH, FRAUENKLINIK MATERNITÉ, STADTSPITAL TRIEMLI ZÜRICH, VEREIN INSELHOF TRIEMLI, ZÜRICH (HRSG.): *Häusliche Gewalt erkennen und richtig reagieren. Handbuch für Medizin, Pflege und Beratung*. Verlag Hans Huber, Bern, 2007, 271 Seiten, ISBN 978-3-456-84424-4, 29,95 Euro

In der Arztpraxis, in Krankenhäusern, in der psychotherapeutischen Praxis, in der Hauspflege – in vielen medizinischen und paramedizinischen Einrichtungen sind Fachleute des Gesundheitswesens mit häuslicher Gewalt konfrontiert. Menschen, die häusliche Gewalt erlebt haben, suchen hier oft als erstes Hilfe. Neben Mut und Verständnis ist auch Fachwissen notwendig, um häusliche Gewalt zu erkennen, sie angemessen anzusprechen, zu dokumentieren und bei Bedarf kompetent weiterzuverweisen bzw. weitere Schritte einzuleiten.

Das vorliegende Handbuch vermittelt eine Fülle von Informationen und Erkenntnis-

sen, die helfen, das komplexe Geschehen bei häuslicher Gewalt besser verstehen und einordnen zu können. Definitionen, Zahlen und Fakten zum Thema häusliche Gewalt stehen am Anfang. Die Situation von Frauen, die Gewalt in Partnerschaften erleben, die Dynamik der Gewalt in solchen Beziehungen, die Situation der Täter sowie Grundsätze der Beratung werden in mehreren Kapiteln dargestellt. Die Ausführungen zu den rechtlichen Interventionsmöglichkeiten sind zum Teil allgemein gültig, zum Teil speziell auf die Schweiz bezogen. Die gesundheitlichen Folgen von Gewalt und wie Gesundheitsfachleute damit umgehen können, wird ausführlich beschrieben. Dabei lehnt sich das Handbuch an die schon bestehenden Arbeitshilfen, die für den Gesundheitsbereich und besonders für Ärztinnen und Ärzte entwickelt wurden, an. Barrieren beim Erkennen und Handeln sowie die ausführliche Darstellung des Interventionsprojektes in der Frauenklinik Maternité runden das Handbuch ab. Im Anhang finden sich die Leitlinien dieser Klinik zu den verschiedenen Aspekten und Schritten des Interventionsprojektes. (us)



## Termine im Überblick

Datum / Tagungsort	Titel	Informationen über ...
17. September 2007 Frankfurt am Main	Medizinische Versorgung und Befunderhebung nach Vergewaltigung Fachtagung	<a href="http://www.frauennotruf-frankfurt.de/Fachtagung-17-09-2007.39.0.html">www.frauennotruf-frankfurt.de/Fachtagung-17-09-2007.39.0.html</a>
20.-23. September 2007 Regensburg	Lebensqualität Anspruch und Realität 30. Wissenschaftlicher Kongress des Deutschen Ärztinnenbundes e.V.	<a href="http://www.aerztinnenbund.de/">www.aerztinnenbund.de/</a> Kongressorganisation: Irmgard Scherübl, Tel.: 0941-944 6837
26.-29. September 2007 Wien	1st Black European Women's Congress Europe-wide Networking Meeting of Black Women	AFRA International Center for Black Women's Perspectives, Vienna, Tel.: 0043-1-9660-425 <a href="http://www.blackwomenscenter.org">www.blackwomenscenter.org</a>
23. September 2007, Braunschweig 29. September 2007	Im Rahmen der 7. Brustkrebsveranstaltungsreihe in Braunschweig: „Gemeinsam gegen Brustkrebs-Braunschweig läuft“, Solidaritätslauf Mut-MachTag für erkrankte Frauen	Das komplette Veranstaltungsprogramm wird ab Ende Juli zu finden sein unter: <a href="http://www.stadt.braunschweig.de/gleichstellungsreferat">www.stadt.braunschweig.de/gleichstellungsreferat</a>
5.-7. Oktober 2007 Berlin	Equity in Access to Health Promotion, Treatment and Care for all European Women; Workshop	<a href="http://www.gesundheit-nds.de/ewhnet/start.htm">http://www.gesundheit-nds.de/ewhnet/start.htm</a>
9. Oktober 2007 Osnabrück	Schwangerschaft und Geburt – Selbstbestimmung im Wandel	Netzwerktagung <a href="http://www.gesundheit-nds.de">www.gesundheit-nds.de</a>
9. Oktober 2007 Hannover	Theorie und Praxis lebensweltbezogener Mädchenarbeit Fortbildung für Mitarbeiterinnen aus der Kinder- und Jugendhilfe	Nds. Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Fachgruppe Kinder, Jugend und Familie, Jutta Gröne-Carl, Tel.: 0511-106-7297
11.-12. Oktober 2007- Berlin	Sex and Gender in Medicine 4 <sup>th</sup> Berlin Symposium	<a href="http://www.charite.de/gender">www.charite.de/gender</a>
18.-19. Oktober 2007 Berlin	AnVertraut: Schwangerschaft, Geburt und erste Elternzeit in achtsamer Beziehung gestalten Hausgeburtsstage	Bund freiberuflicher Hebammen Deutschland e.V., Geschäftsstelle: Tel.: 069-79534971 <a href="http://www.bfhd.de">www.bfhd.de</a>
1.-3. November 2007 München	Europa verrückt die Perspektiven Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.	DGSP-Bundesgeschäftsstelle, Tel.: 0221-511002
3.-4. November 2007 Erkner bei Berlin	AKF-Frauengesundheitsziele: Prävention und Gesundheitsförderung	<a href="http://www.akf-info.de">www.akf-info.de</a> AKF-Geschäftsstelle Tel.: 030-86393316
7. November 2007 Bremen	„Richterin, übernehmen Sie!“ Justiz im Umbruch? Hörkino: Feature	<a href="http://www.bremer-medienbuero.de">www.bremer-medienbuero.de</a>
9.-10. November 2007 Dresden	Geburt – Kreativität – Aktualität Geburt als Impuls für die Kunst Tagung von GfG, BDH und DHMD	GfG Geschäftsstelle, Tel.: 030-450269-20, E-Mail: <a href="mailto:gfg@gfg-bv.de">gfg@gfg-bv.de</a> <a href="http://www.gfg-bv.de/tagungen">www.gfg-bv.de/tagungen</a>
9.-10. November 2007, Klinikum Bremen Mitte, Bremen	Gesundheitssicherung neu denken?! - Das Spannungsfeld zwischen Subjekt und strukturellen Rahmenbedingungen"	Promotionskolleg "NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung", Universität Bremen, FB 11 <a href="http://www.promotionskolleg-fb11.uni-bremen.de/tagung2007">www.promotionskolleg-fb11.uni-bremen.de/tagung2007</a>
6. Dezember 2007 Hannover	Stalking Fachtagung	Landespräventionsrat Nds., Fr. Buskotte, Tel.: 0511-120-5253 Nds. Min. f. Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Fr. Dannenberg, Tel.: 0511-120-2981